Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en Antioquia

Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

LINEAMIENTOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CON-SENTIDO HUMANO EN ANTIOQUIA

Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Antioquia para todos.
¡Manos a la obra!

DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

Lineamientos para la promoción de la salud con-sentido humano en el departamento de Antioquia
Gobernación de Antioquia
Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Primera edición: 2010
ISBN: 978-958-8711-00-3
Diseño de cubierta: Carolina Velásquez Valencia, Imprenta Universidad de Antioquia
Fotografías: Grupo de trabajo de la DSSA

Diagramación, impresión y terminación: Imprenta Universidad de Antioquia

Prohibida la reproducción total o parcial con fines comerciales sin autorización expresa de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Impreso y hecho en Colombia / Printed and made in Colombia

Luis Alfredo Ramos Botero
Gobernador de Antioquia

Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Carlos Mario Rivera Escobar
Secretario Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Albeiro Valencia Cardona
Subsecretario de Protección Social de Antioquia

Héctor Manuel Quirós Arango
Director Administrativo de Atención a las Personas

Marta Elsy Isaza Escobar
Directora Administrativa de Asuntos Legales

Olga Cecilia Morales Rendón
Directora Administrativa Gestión Integral de Recursos

Paula Andrea Salazar Gallego
Directora Administrativa Calidad de Red de Servicios

Elkin Darío del Valle Garcés
Director Administrativo Factores de Riesgos

Equipo Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Marta Lucia Morant Ángel

Martha Elsa Zapata Rueda

Mercedes Ramírez Urán

Zulma del Campo Tabares Morales

Martha Cecilia Gómez Henao

Interventoras DSSA

Marta Lucia Morant Ángel

Martha Elsa Zapata Rueda

Gislena Montoya Pérez

Profesionales Universitarias
Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Interventores Universidad de Antioquia

Beatriz Elena Ospina Rave. Decana Facultad de Enfermería

Hugo Alberto Múnera Gaviria. Coordinador Oficina de Extensión.
Facultad de Enfermería

Contenido

Presentación 13

Introducción 15

Capítulo 1
Elementos teóricos 19
La promoción de la salud 21
Los entornos saludables para la promoción 29

Capítulo 2
Aproximaciones a un Modelo de Atención Primaria en Salud
para el departamento de Antioquia 45
Presentación 47
El contexto global y nacional: un punto de análisis en la atención primaria 49
Contexto sociocultural 50
Contexto epidemiológico 52
Contexto político y económico 56
Análisis de la situación de la salud pública en el contexto local 57
Antecedentes de la Atención Primaria en Salud (APS) 62
Logros y lecciones aprendidas en los últimos 27 años en la Atención Primaria en Salud 64
Asuntos pendientes del modelo APS 65
Dimensiones del modelo APS 67
Antecedentes de la Atención Primaria en Salud APS en Antioquia. 67
Modelo de atención primaria desde el enfoque familiar y del desarrollo humano 72
Perspectiva epistemológica 73
Referentes conceptuales 75
Elementos de Atención Primaria en Salud 75
La familia 77
Desarrollo humano 93
Cuidado de la familia 99

Ciclo vital humano 102
Elementos relacionales 108
La comunicación para la salud 108
La educación para la salud 108
La salud como derecho y las políticas públicas como garantes 113
Componente metodológico y de gestión 116
Monitoreo participativo en salud 116
Componente de gestión de la salud 118
La atención primaria y la planeación en salud: Una comprensión de las necesidades 120
Implementación del modelo de Atención Primaria en Salud 133
Momento de aprestamiento 134
Momento de diagnóstico 134
Momento reflexivo y analítico 135
Momento de conciliaciones y acuerdos 135
Momento de conciliaciones y acuerdos 135
Momento de planeación y organización 136
Modelo de intervención 138
Evaluación en la Atención Primaria en Salud 139
Anexo 1: Análisis de la familia 143
Anexo 2: Competencias enfermeras comunitarias 162
Anexo 3: Competencias para auxiliar de salud pública 166
Anexo 4: Guía metodológica APS 170
Anexo 5: Guía diagnóstico contexto municipal 201
Anexo 6: Técnica visita familiar 204
Anexo 7: Técnica entrevista 208
Anexo 8: Guía de observación 211
Anexo 9: Historia familiar 213
Anexo 10: Instructivo historia familiar 226
Anexo 11: Formato de canalización a los servicios sociales y de salud. 268
Anexo 12: Formato de canalización a los servicios 270
Anexo 13: Guía para el diagnóstico y valoración del proceso de implementación del Modelo 274

Capítulo 3
La escuela como escenario para la promoción de la salud 293
Presentación 295
¿Qué es la Estrategia? 296
Antecedentes 299

Fundamento Conceptual de la estrategia 305
Escuelas Saludables desde el Enfoque de Desarrollo Humano 307
Escuelas Saludables, impulsora de Derechos en Salud y Educación 310
Metodología..... 318
Sistema de Información Escuelas Saludables —SIES—..... 321
¿Qué se requiere para que un entorno escolar se configure como un entorno escolar saludable?..... 323
Anexo 1: Guía Orientadora para la Implementación de la Estrategia Escuelas Saludables 327
Anexo 2: Instrumento de recolección de información..... 347
Anexo 3: Instructivo Sistema de Información de Escuela Saludable.. 380
Anexo 4: Guía para la valoración y diagnóstico de la estrategia de Escuelas Saludables 435

Capítulo 4
Estrategia de Entorno Laboral Saludable..... 443
Introducción 445
Antecedentes 448
Marco normativo..... 457
Referentes teóricos 459
Objetivo general 467
Objetivos específicos..... 467
Componentes de la estrategia 467
Metodología..... 469
Ruta Metodológica 470
Anexo 1: Guía metodológica..... 475
Anexo 2: Matriz de planificación 488
Anexo 3: Sondeo inicial 490
Anexo 4: Guía para la valoración y diagnóstico 492

Capítulo 5
Información, educación y comunicación, una apuesta teórica y metodológica para la implementación de proyectos de promoción de salud en Antioquia..... 497
Presentación 499
¿Qué es la estrategia de información, educación y comunicación?... 500
Antecedentes 502
Componentes de la IEC..... 505
La Información..... 505

La Educación 506
La Comunicación 512
Metodología para el diseño y desarrollo de la estrategia Información, Educación y Comunicación 514
Momento Metodológico 1: Acercamiento a la Situación a Intervenir 515
Momento Metodológico 2: Diseñando la IEC 529
Momento Metodológico 3: Puesta en Marcha de la IEC 537
Momento Metodológico 4: Evaluación del Proceso 541
Conclusiones Finales 548
Soportes de la ruta metodológica 549
Anexo 1: Guía de valoración y diagnóstico 554

Capítulo 6
Sistemas de Información 559
Referente conceptual 561
Representación de los sistemas de información 563
Modelado de requisitos del sistema 563
Modelo de casos de uso 564
Modelado Entidad-Relación 564
Diagrama de clases 564
Diagramas de secuencia 564
Diagrama de actividad 565
Diagramas de colaboración 565
Algunas características de los sistemas de información 565
Procesos de los sistemas de información 566
Implementación de los sistemas de información 566
Desarrollo de los sistemas de información 567
Flujo de datos 568
El flujo de información 568
Gestión de la información 569
Calidad de los datos 570
Método para mejorar la calidad de los datos 571
Procesamiento y análisis de la información 572
Procesamiento de datos 572
Plan de análisis 573
Análisis de los datos 573
Análisis de la información 575
Glosario de términos 576

Bilbiografia referenciada 577

Presentación

En el departamento de Antioquia persisten condiciones de salud desfavorables que limitan el desarrollo humano integral de la población.

Para intervenir la problemática de salud, el Gobierno departamental desde el año 2004, ha desarrollado el proyecto de Promoción de la Salud y Bienestar de la Población Antioqueña. Proyecto estratégico intersectorial dirigido a promover en el departamento la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población, con enfoque poblacional, de determinantes, de ciclo vital humano, familiar, de derechos y de cuidado en los entornos, familiar, laboral, escolar y comunitario.

En el Plan de Desarrollo de Antioquia "Manos a la Obra 2008-2011", y en ejercicio de las competencias departamentales, se integra el Plan Departamental de Salud Pública, que contempla las prioridades y parámetros de articulación de las intervenciones colectivas y sus líneas de política, una de ellas la Promoción de la salud y la calidad de vida.

La Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia asume la promoción de la salud como un proceso político y social, retomando los postulados de la Conferencia de Ottawa 1986, en cinco áreas a saber: construcción de políticas públicas saludables, creación de ambientes y entornos saludables, desarrollo de aptitudes personales, refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud.

Es así como la promoción de la salud, responde a la "Débil inclusión social y bajos niveles de desarrollo humano del departamento", enmarcada en la Línea 2 "Promoción del Desarrollo Social", con la implementación de los programas Cuidar-nos e Integramos la familia con trato digno, con los proyectos Familia Saludable-Atención Primaria en Salud Renovada, Escuela Saludable y Entornos Laborales Saludables; los cuales desarrollan la participación comunitaria, la información, la educación, la comunicación, la investigación para la salud, y de manera esencial, la construcción e implementación del Modelo de Atención Integral a la Familia, como eje fundamental para el desarrollo del ser humano.

Para consolidar este propósito, la Dirección Seccional y de la Protección Social de Antioquia hace entrega del libro *Lineamientos para la Promoción de la Salud consentido humano, en el Departamento de Antioquia*, el cual es el producto de una construcción colectiva a partir de las experiencias y aprendizajes de las acciones desarrolladas y validadas por los diferentes actores del desarrollo municipal con el acompañamiento de la academia.

Este libro se constituye en los lineamientos y directrices de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, para promover la salud de los antioqueños; comprende orientaciones desde lo conceptual, lo metodológico y lo instrumental, apoyados con el sistema de información.

Se espera que estos contenidos y orientaciones faciliten la toma de decisiones en salud, se constituya en material de consulta permanente y sea la guía para los equipos de trabajo del sector salud y otros sectores del desarrollo, para ejecutar las acciones colectivas, contempladas en el Plan de Salud Pública.

Carlos Mario Rivera Escobar
Secretario Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

Introducción

Aunque la salud y la enfermedad connotan para la mayoría de las personas asuntos conceptuales pausados y separados, indefectiblemente no lo son, como tal, son un proceso y conjugan lo positivo y negativo de la humanidad. La salud se asume como un derecho humano que supera el aseguramiento o acceso a la atención y que, consecuentemente, define de modo relevante el grado de bienestar de individuos y colectivos; lo anterior para resaltar la promoción de la salud como un campo de acción de la salud pública que combina la diversidad social, política y la capacidad del propio individuo para mejorar su salud cuando así lo ha decidido y ha tomado consciencia de sí y de su responsabilidad social.

Desde lo político, la salud se centra en el derecho y la construcción social de lo público como asuntos de interés colectivo que se dimensionan desde la ética ciudadana con la corresponsabilidad social para el cuidado de sí y de los otros; es decir, la salud no se produce solo desde la visión e inversión del sector salud, sino desde una perspectiva y componente del desarrollo, que de alguna manera, se encuentra articulada a la propuesta que por años América Latina ha liderado, invitando a la reflexión desde esferas particulares —familia, escuela, lugares de trabajo, comunidades— como acciones manifiestas en las políticas públicas y hacen complejo, pero interesante el espiral en la producción y aplicación del conocimiento.

La Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, en un esfuerzo por definir, reorientar y fortalecer las agendas locales y regionales, presenta a través de seis capítulos un interesante recorrido conceptual y práctico de la promoción de la salud, producto del esfuerzo que realiza desde 2001, para proveer a las comunidades con estrategias de largo aliento que le permitan mejorar, promover y proteger su salud.

Cada capítulo plasma no solo capacidades cognitivas desde saberes y experticias diversas, sino percepciones y sensaciones que por años vienen empoderando a diferentes colectivos en el tema, lo cual significa que se unen métodos y disciplinas para traducir necesidades y problemas en torno a posibles escenarios de acción y cambio.

Se presenta una revisión analítica con su referente conceptual, acompañada de una ruta metodológica para poder llevar al terreno la comprensión y aplicación de la apuesta política en promoción de la salud.

El Capítulo 1 expone los elementos teóricos de la promoción de la salud y de los entornos saludables como una línea de acción para promover el desarrollo humano y social en los diferentes ámbitos donde conviven y se relacionan las personas.

El contexto en el que se realizan este proceso, demanda la necesidad de fortalecer la rectoría de la salud pública y los sistemas de salud. A manera de ejemplo, el capítulo 2 desarrolla los elementos para un modelo de atención con enfoques de desarrollo humano, familiar, ciclo vital y de derechos, que se vale de los principios y componentes de la atención primaria en salud renovada; modelo que, en otra hora, fue aplicado en contextos propios del departamento de Antioquia y que bien pudiera ser valorado por otros actores. La propuesta que se presenta se somete a consideración de la sociedad civil, para que sea nutrida por las instancias administrativas del Sistema de Salud, las universidades, las instituciones educativas, sociales y de salud; retomando las experiencias y reflexiones con los temas de debate actual y como alternativa por considerar en el marco de la crisis de la salud que hoy se afronta en el país.

El capítulo 3 presenta la estrategia para abordar la salud en el entorno escolar, la cual recoge los aprendizajes de las instituciones educativas que han caminado por estos senderos y los lineamientos internacionales y nacionales para desarrollar esta línea de política pública.

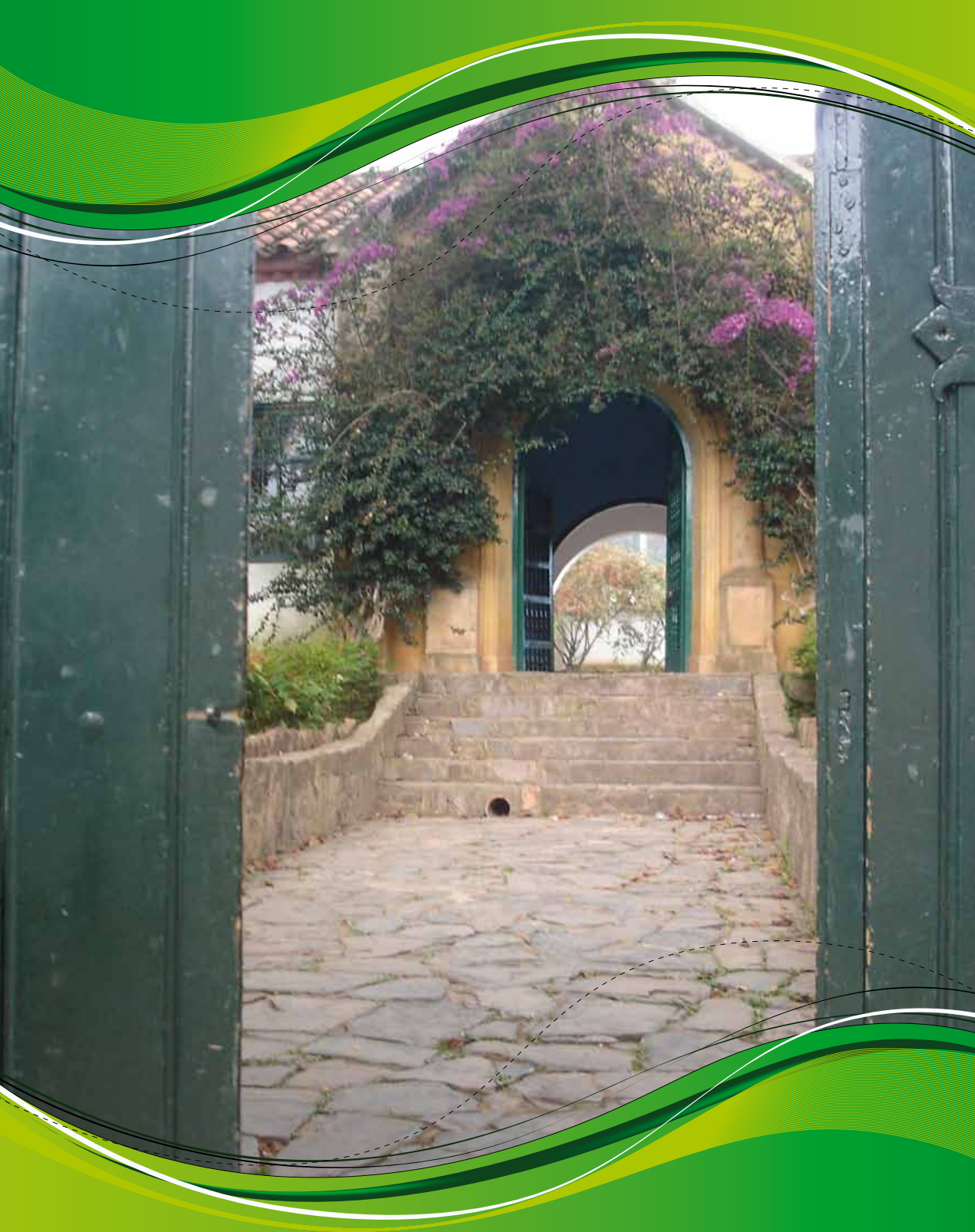
El capítulo 4 pretende dar fuerza para que se instalen en los municipios iniciativas en vía de superar las precarias condiciones en las que la población productiva ejerce el trabajo informal.

El capítulo 5 sobre la información, educación y comunicación hace plausible reconocer que estos procesos son centrales en toda acción por la salud y que ponen en escena los valores que la sociedad atribuye a la misma; propone una metodología para desarrollar este componente en los programas y proyectos de salud pública.

El capítulo 6 proporciona elementos y aplicaciones de los sistemas de información para la toma de decisiones, habida cuenta también del ejercicio altamente enriquecedor tras la aplicación y modelación de los ejes temáticos para la promoción de la salud en los entornos saludables como los desarrollados en los capítulos 2 y 3.

Este maravilloso material impregnará ética y políticamente, aptitudes en el ser, saber y capacidades en el hacer, desde el enfoque de desarrollo humano y de derechos, a los trabajadores de la salud, la comunidad, la sociedad civil y por supuesto a los tomadores de decisión, para que se piensen en el marco de los retos globales, con calidad y equidad para la vida y encuentren consenso en el desarrollo, que propicie una implantación y transición participativas con el espíritu y propósito de que los colectivos mantengan su salud, incorporándose en este proceso como gestores del mismo.

El material que se entrega en este libro, se constituye en la tecnología e innovación social que se viene transfiriendo a los municipios para la implementación de las estrategias de promoción de la salud; hace parte de los productos en el marco de la contratación interadmistrativa entre el Departamento de Antioquia Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y la Universidad de Antioquia Facultad de Enfermería en los años 2006, 2007, 2009 y 2010.



Elementos teóricos

CAPÍTULO 1

ELEMENTOS TEÓRICOS

Autores:
La promoción de la salud:
Dora Lucía Gaviria Noreña.
Enfermera. Mg. en Salud Colectiva
Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia
Entornos Saludables:
Luis Emilio Zea Bustamante.
Enfermero. Mg. en Desarrollo Educativo y Social
Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia

LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Pensar los elementos teóricos de la promoción de la salud es un intento de responder qué postulados conceptuales, metodológicos y de práctica social coexisten, desde la perspectiva de la salud colectiva como una propuesta alternativa que concibe la salud como bienestar y como lo afirman Filho, Paim, Breilh, Samaja, "es un hecho histórico y social, que se instaura en el mundo de la vida, del lenguaje y la cultura como una forma compleja, dinámica y llena de incertidumbre" (1).

La filosofía de la salud incluye la salud individual y pública, esta última se refiere a la ética y la metafísica. Canguilhem, afirma que la salud está inscrita en la historia vital del sujeto, en el genotipo y en las relaciones de vida con el medio ambiente. En este sentido, la salud implica sentimientos para afrontar con fuerza la enfermedad y la muerte, así como la posibilidad de la vida en condiciones de bienestar, armonía consigo mismo, con el otro y con la naturaleza.

La promoción de la salud se fundamenta en el conocimiento del ser humano y sus necesidades como ser individual y social que cambian de cultura en cultura e interaccionan permanentemente. Basada en el mundo simbólico y de las relaciones que el ser humano construye para su desarrollo, se hace más compleja la demarcaciónteórica y metodológica.

Desde la salud colectiva, el desafío en lo conceptual y práctico es generar cambios que superen la mirada globalista del mundo a manifestaciones más humanas y

equitativas, donde se trascienda en la dicotomía de salud-enfermedad, lo público y lo privado, la vida y la muerte, concibiendo al ser humano en un encuentro con lo cotidiano, con la incertidumbre y la complejidad del devenir histórico.

> La promoción de la salud se funda entonces a partir del concepto de dignidad humana entendida esta en relación al goce de estar vivo, al valor de la existencia como realidad social, cultural y política que se construye en la interacción cotidiana. Prioriza el lenguaje como vía interpretativa de los sentidos que tienen las diversas percepciones de los individuos y de los grupos sociales con relación a la salud y a la enfermedad, al bienestar, a la construcción de identidad (2).

Abordar la promoción de la salud desde una perspectiva humanista requiere planteamientos epistemológicos, teóricos y prácticos de las relaciones del ser humano con el entorno social y cósmico. Es pensar al ser humano desde su realidad, desde sus sueños y fantasías; improntas de la socialización y de la cultura, con capacidades para vivir el mundo con potencia creadora.

Concebir al ser humano como un ser con capacidades que hace uso productivo de sus poderes es muy importante en el contexto de la salud como medio, meta e instrumento liberador en una sociedad más humana. Es así como la noción primaria sobre la capacidad vital según Canguilhen, "es dinámica, y está relacionada con la salud en la medida en que existen capacidades en el hombre de tolerar, de asumir variaciones en las norma, de vivir afrontando riesgos. La salud engloba enfermedad y se acerca a la noción de hombre, es además según el autor, un conjunto de capacidades biopsicosociales del individuo o de un colectivo" (3).

Maturana nos ilumina en otras categorías epistémicas como la noción de lenguaje y cultura que pertenecen a la historia evolutiva de los seres humanos, se constituyen en marcos explicativos de las formas de relación que se tejen para proteger o promocionar la salud.

A través del lenguaje el ser humano puede explicar su experiencia en el vivir y asimilarla a la continuidad de su praxis de vida, el comprender es inseparable de la experiencia humana: Todo el reordenamiento racional cognitivo que pueda elaborarse se basa, en premisas tácitas que han sido proporcionadas por la experiencia inmediata. En palabras de Maturana, "Todo sistema racional tiene una base emocional y esto explica por qué no se puede convencer a nadie con un argumento lógico si no se ha aceptado antes su premisa a priori" (4). Desde lo ontológico el lenguaje corresponde a una expresión de la temporalidad humana: Todo lo que ocurre, ocurre en el lenguaje, en el aquí y en el ahora.

De este modo, la concepción de cultura para Humberto Maturana tiene lugar en nuestra manera de relacionarnos unos con otros y con el mundo que configuramos en nuestro diario vivir mediante el conversar. Sostiene que una cultura es una red cerrada de conversaciones y que el cambio cultural ocurre cuando se produce un cambio de conversaciones en esa red; cambio que surge, se sostiene y se mantiene en el emocionar de los miembros de la comunidad. De ello se desprende que lo humano es cultural; surge como un modo de vivir en el conversar y en redes de conversaciones.

Para la promoción de la salud es imperativo el conocimiento del ser humano situado en su espacio socio cultural para entender los modos de vida, que como seres naturales y simbólicos constituyen parte de la naturaleza y de la cultura, y con su mediación, entablamos una relación con los objetos todos cargados de sentido y de memoria. En palabras de Cassirer: "el hombre ya no vive solamente en un puro universo físico, sino en un universo simbólico —la cultura—. El lenguaje, el mito, el arte y la religión constituyen parte de ese universo. Forman los diversos hilos que tejen la red simbólica, la urdimbre complicada de la experiencia humana" (5).

La promoción de la salud desde una perspectiva política concibe la salud como un derecho humano, en este sentido, Brundtland Halen director de la OMS, plantea que la promoción de la salud,

> Es habilitar a las personas para que mantengan la mente y el cuerpo en condiciones óptimas durante el tiempo más largo posible. La promoción de la salud tiene que ver con adopción de decisiones en la familia, en la sociedad y en el Estado. Es responsabilidad de todos dotar a las personas para que hagan elecciones saludables para sí mismas y sus familias (6).

El derecho a la salud conforma en su naturaleza jurídica un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida y por ello se constituye en un derecho fundamental, y el segundo lo sitúa con un carácter asistencial ubicado en las referencias funcionales del denominado Estado social de derecho, a razón de que su reconocimiento impone acciones concretas. A esta doble calidad, fundamental por su conexidad y asistencialidad, puede razonablemente sumársele una tercera "La salud como un derecho de índole colectivo, en su acepción de salud pública, que involucra otros aspectos" (7).

En este sentido, en la promoción de la salud se debe concebir la ciudadanía o los sujetos sociales como actores políticos, pues solo así se permite reconocer el papel de las subjetividades en la renovación de la sociedad, entender el lugar relativo de

estas prácticas dentro del orden democrático y buscar nuevas formas de legitimidad, estructuradas como duraderas en otro tipo de Estado, reivindicar los derechos de acceder y pertenecer al sistema sociopolítico, como el derecho a participar en la reelaboración del sistema, es definir por tanto, aquello en lo cual queremos ser incluidos.

El ciudadano debe participar activamente en la vida democrática de los sectores y sistemas de la sociedad civil, en las decisiones del orden material, simbólico, jurídico y político.

El derecho a la salud es un instrumento que exige el cumplimiento de las responsabilidades del sistema de salud para con los servicios que normativamente garantiza y que deben responder a las necesidades de la población bajo parámetros de equidad y responsabilidad social.

La promoción de la salud, en su perspectiva ética, concibe un modo de vida que se construye y reconstruye en la cotidianidad, lo que permite la reflexión de la acción y de la responsabilidad social de nuestros actos individuales. Valores fundamentales como la solidaridad, para la praxis social en todos los procesos de promoción de la salud, requieren su reinvención permanente, en un contexto local y global con grandes crisis en lo humano.

La perspectiva ética se propone apoyándose en Cortina, "desde la ética de la sociedad civil, que invita a establecer una reflexión permanente de la acción transformadora, que movilice recursos para el cambio de una sociedad más humanitaria" (8).

Por su parte, Camps afirma que las acciones de la práctica social deben contemplar como premisa la educación para el civismo; forma de construcción de ciudadanía para un mundo mejor. Considera además, que es necesaria una transformación de la voluntad de las personas, hecho que sólo se produce si una serie de hábitos, costumbres o buenas maneras son cultivados con constancia, paciencia y asiduidad. "El civismo es una actitud, un modo de ser basado en la convicción de que toda sociedad —o toda ciudad— tiene unos intereses comunes que hay que defender" (9). Entendido así, el civismo ha acabado siendo el concepto que sintetiza los mínimos éticos que cualquier miembro de una comunidad democrática y laica tendría que aceptar y asumir.

El constructo ético en las propuestas de promoción de la salud incluye la reivindicación de los valores como la solidaridad, el respeto a la dignidad humana y la justicia como imperativos de la práctica social y del constructo teórico.

La promoción de la salud no es un concepto nuevo, en sentido amplio, se puede decir que la humanidad ha realizado durante muchos siglos, prácticas que hoy se

podrían reconocer como promoción de la salud. Según recopilación de Helena Restrepo (10), los griegos dieron la noción más clara de lo que hoy se podría llamar promoción de la salud: Esculapio en 1250 A. C. era el Dios de la salud y sus hijas Panacea e Hygea se conocen como las diosas de la curación y de la salud, respectivamente, dando la segunda origen a la palabra higiene.

Los romanos por su parte dieron un concepto más amplio de salud, incorporando la mente y de allí salió el aforismo: "mente sana en cuerpo sano". La contribución de los árabes también fue muy importante para la normalización de las formas de vida, por ejemplo sus hospitales contaban con jardines, bibliotecas, patios para la lectura, por la noche tocaban música suave para evitar el insomnio y contaban con una política de subsidios para los enfermos hospitalizados.

En el siglo XVIII Bernhard Christoph Faust, un médico general de un pequeño pueblo alemán, escribió el Catecismo de la salud, dirigido a padres, maestros y niños con mensajes de promoción de la salud y bienestar, los cuales fueron tan aplicables en esa época como en la actualidad. En el siglo XIX se dieron grandes avances, se destacan Edwin Chadwick quien se considera hoy como uno de los precursores de las ciudades saludables por su contribución al mejoramiento de las condiciones sanitarias de las ciudades y Rudolf Virchow, quien siendo patólogo, fue elegido para estudiar una epidemia de tifo en Prusia y cuyas recomendaciones eran lo que hoy la promoción de la salud reconoce como los determinantes de la salud.

En la historia más reciente se encuentra Henry E. Sigerist (1945), uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos, quien definió en las cuatro grandes funciones de la medicina la promoción de la salud como una de ellas, asignándole acciones basadas en la educación para la salud y acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida.

La primera conferencia mundial sobre la promoción de la salud generó en 1986 la carta de Ottawa, Allí se manifestó que la promoción de la salud, "es el proceso de proporcionar y pregonar en los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo, debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente" (11).

La salud se refiere a un bien social, como un recurso para la vida; es un valor positivo, es un concepto colectivo e implica que ésta se construye social y culturalmente.

En este encuentro, se enfatizó también en la necesidad de emprender acciones tendientes a reducir las diferencias presentes en la población y que de una u

otra manera, intervenían en el logro del anhelado bien común; se debe asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial humano.

Etimológicamente, promoción es la acción de promover; promover es impulsar, subir de nivel, destacar, facilitar el acceso, hacer más asequible algo, poner a disposición de los otros. Promoción es acción. Y esto es fundamental porque cuando se habla de promoción, se está en el territorio de la acción, de acciones coordinadas con una dirección y una finalidad, por lo tanto, la promoción es un conjunto de acciones articuladas, orgánicas y orientadas a una finalidad específica.

Sin duda, el concepto de promoción de la salud parte de una visión holística del proceso salud-enfermedad, de una visión no fundamentada solo en aspectos patológicos y morbosos, sino de la que concibe la salud y la enfermedad como parte del ciclo vital humano. Los indicadores del nivel de vida y del desarrollo social, económico, cultural y personal, entran a ser determinantes de las condiciones de los ciudadanos en un país. Es el cambio de las estructuras hospitalarias como escenarios principales de la atención en salud, hacia otros escenarios, aquellos donde la gente vive e interactúa, como son las calles, los barrios, las universidades, las escuelas, los parques, el comercio.

La cooperación técnica de la OPS en la habilitación de las comunidades se ha concentrado tanto en los dirigentes como en las personas, con el fin de hacer que la comunidad acepte mayor responsabilidad social por su salud y traduzca eso en actividades para el mejoramiento de las condiciones existentes y en la adopción de formas de elección y modos de vida más saludables. Esto incluye la salud física, la salud mental y la espiritual de los diferentes colectivos en el marco de los derechos humanos.

La promoción de la salud la define la OPS-OMS (1990) como: “la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (12).

Para que la población sea proactiva en el cuidado de su vida y de su salud, debe ser sujeto de acciones dirigidas hacia la modificación de actitudes, comportamientos y estilos de vida, en un ambiente que le permita el máximo desarrollo personal y social, además, tener participación efectiva y concreta en la fijación de prioridades, en la toma de decisiones y en la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

La salud es el resultado de los cuidados que las personas se prodigan a sí mismas y a las demás, es la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de

asegurar que la sociedad ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud; para esto se debe establecer un modelo sobre las acciones y elecciones de conductas personales y colectivas, en la forma de organizar los cuidados de salud. Se logra la salud, en tanto se imparta educación, pero el proceso educativo es más que el mero hecho de transmitir conocimientos, es formar el carácter, es una práctica social que responde a una determinada visión de individuo y de sociedad, es un proceso social inevitable, no sistemático, que se da cada vez que actuamos como un ser humano.

La promoción de la salud ha surgido internacionalmente como una estrategia importante para lograr equidad, democracia y justicia social. Ha demostrado ser capaz de abordar difíciles problemas de salud, sociales y económicos, ofreciendo un marco valioso para organizar la acción social y política con el fin de mejorar la salud y las condiciones de vida. La promoción de la salud es un enfoque técnico y político para trabajar con distintos sectores y mejorar la calidad de vida.

Retomando la primera Conferencia de promoción de la salud de Ottawa, 1986, la promoción de la salud es una estrategia de salud pública que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma. El núcleo de la estrategia es **el empoderamiento de la gente sobre** los determinantes que afectan su salud. "Se establece como prerrequisitos para la salud: paz, educación, vivienda, alimentación, ingreso, ecosistema estable, conservación de los recursos, Justicia Social y Equidad" (13).

La estrategia tiene cuatro ámbitos prioritarios: fortalecimiento de las habilidades de los individuos, mejoramiento de las condiciones sociales, mejoramiento de las condiciones ambientales y mejoramiento de las condiciones económicas. Y propone cinco áreas operacionales: construir una política pública de promoción de la salud en el marco del desarrollo social, crear ambientes de soporte social que favorezcan la salud, fortalecer la acción comunitaria en la toma de decisiones que afectan su salud, desarrollar las habilidades del personal para controlar la propia salud y los factores ambientales que la afectan y, Reorientar los servicios de salud no solo para que responda al perfil epidemiológico, sino también hacia los condicionantes del desarrollo social, para que puedan dar una respuesta más integral a las necesidades de la gente.

Las estrategias propuestas para la promoción de la salud, a partir de Ottawa, y manifiestas en diversas cartas de las conferencias que le han sucedido, aportan al desarrollo de las diferentes áreas de intervención: la Conferencia de Adelaida en 1988 —Políticas públicas para la salud— resalta el valor de la salud como derecho humano fundamental y como buena inversión social; una política que

favorezca el acceso a la salud, la equidad y el desarrollo, la responsabilidad de los gobiernos con la salud como elemento esencial para el desarrollo de la política, que responda a los retos sanitarios cambiantes con la participación de los diferentes actores y el gobierno. Propone como áreas de acción: proteger la salud de la mujer, los alimentos y nutrición, el tabaco y la salud, los entornos saludables, las alianzas en defensa de la salud y el compromiso con la salud pública global (14).

Sundsvall, en 1991, desarrolla los —entornos propicios para la salud— entornos físicos y sociales: el lugar donde la gente vive, su comunidad, su hogar, su ambiente de trabajo, y sus lugares de recreación, además las estructuras que determinan el acceso a los recursos para vivir y las posibilidades de tener medios para actuar. Propone como áreas de de acción: reforzar la acción social principalmente por grupos organizados de mujeres; dar a las comunidades y a las personas los medios para administrar su propia salud y su entorno mediante la educación y diferentes medidas para facultarlas; forjar alianzas en favor de la salud y de entornos propicios con miras a reforzar la cooperación entre las campañas y las estrategias en favor de la salud y del medio ambiente y conciliar los intereses en conflicto de la sociedad para garantizar un acceso equitativo a entornos propicios para la salud (15).

La Declaración de Santa Fé de Bogotá, 1992 —Participación de la población en acciones de salud pública y de atención primaria— plantea como estrategias para promover la salud: impulsar la cultura de la salud modificando valores, creencias, actitudes y relaciones que permitan acceder tanto a la producción como el usufructo de bienes y oportunidades para facilitar opciones saludables; transformar el sector salud poniendo de relieve la estrategia de promoción de la salud; convocar, animar y movilizar gran compromiso social para asumir la voluntad política de hacer de la salud una prioridad (16).

Yakarta, 1997 —Guiando la promoción de la salud hacia el siglo XXI—, propone la reorientación de los servicios de salud desde cuatro áreas de acción: promover la responsabilidad social para la salud; incrementar la inversión para el desarrollo de la salud; consolidar y expandir la colaboración para la salud, aumentar la capacidad comunitaria, empoderar al individuo y consolidar una infraestructura para la promoción de la salud (17).

La quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud celebrada en México en 2000 —Hacia una mayor equidad de las ideas a la acción— declara que la promoción de la salud debe ser un componente fundamental de las políticas y programas de salud en todos los países, en la búsqueda de la equidad y de mejor salud para todos; existen abundantes pruebas de que las buenas estrategias de promoción de la salud

son eficaces para lo cual sugiere a los Estados desarrollar las siguientes áreas de acción: situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales, ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil, apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud, establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud, propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo (18).

La Conferencia de Bangkok, en 2005 —Factores determinantes de la salud en un mundo globalizado— insta a que todos los sectores y ámbitos deben actuar a favor de la salud, asumiendo como compromiso lograr que la promoción de la salud sea un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial, una responsabilidad esencial de todo el Gobierno, un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil y lograr que la promoción de la salud sea un requisito de las buenas prácticas empresariales (19).

Como hecho reciente, en la Cuarta Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, celebrada en Medellín, se hizo un llamado a la solidaridad y a la responsabilidad política de los gobernantes, fundamentados en los principios de promoción de la salud y equidad en salud. Las temáticas que abordó la Cuarta Conferencia son: políticas públicas, promoción de la salud y equidad; determinantes socioeconómicos y culturales de la salud colectiva; vínculos entre promoción de la salud y educación para la salud; efectividad de la promoción de la salud desde sus logros, obstáculos y horizontes futuros (20).

Todas estas instancias de discusión y acuerdos fundamentan la necesidad de emprender acciones tendientes a reducir las diferencias en el estado actual de la salud, asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su potencial.

Con este amplio recorrido, como puede apreciarse, hoy la promoción de la salud, dispone de un marco epistemológico y teórico con una base ética que no permite excluir de las decisiones de estado y gobierno, la praxis por la salud, el bienestar, la equidad, como condiciones para la vida.

Entornos Saludables

Hablar de entornos saludables implica de antemano, asumir las teorías de promoción de la salud, y los postulados que configuran sus dimensiones y sus posibilidades; así como reafirmar a la familia, la escuela, la vivienda y los poblados

como espacios donde se dinamiza la promoción de la salud a partir de las necesidades y potencialidades de sus individuos, es allí en donde se recrea la vida, se dan significados al mundo y donde se fortalecen las bases para la consolidación de actitudes y aptitudes propios del desarrollo social y humano.

La promoción de la salud, fundamentada en los postulados del Alma Ata 1978 (21) hasta la fecha, se ha instalado como un discurso político-articulador de múltiples acciones sociales que permiten hacer de la salud una práctica socialmente determinada por elementos que se encuentran relacionados directamente con los modos y estilos de vida, y por aquellos relacionados con el contexto social, cultural, económico y político donde las personas y comunidades conviven. Los conceptos de promoción se han venido documentando en diferentes encuentros internacionales, hecho que ha dado paso a la configuración de los entornos como escenario, por excelencia para la puesta en marcha de programas y proyectos orientados a promover la salud de diferentes colectivos.

Es la conferencia de Sundsvall, celebrada en 1991, la que hace referencia de manera especial a los entornos propicios para la salud, entornos físicos y sociales: el lugar donde la gente vive, su comunidad, su hogar, su ambiente de trabajo y sus lugares de recreación; además las estructuras que la determinan el acceso a los recursos para vivir y las posibilidades de tener medios para actuar; se refuerza la acción prioritaria para desarrollar los entornos, como un medio para propiciar la salud de los colectivos humanos; realzan la participación comunitaria y el empoderamiento de las comunidades frente a su salud y aquellos aspectos que la determinan.

Propone como áreas de acción: reforzar la acción social principalmente por grupos organizados de mujeres; dar a las comunidades y a las personas los medios para administrar su propia salud y su entorno mediante la educación y diferentes medidas para facultarlas; forjar alianzas en favor de la salud y de entornos propicios con miras a reforzar la cooperación entre las campañas y las estrategias en favor de la salud y del medio ambiente; conciliar los intereses en conflicto de la sociedad para garantizar un acceso equitativo a entornos propicios para la salud (22).

Cada una de las conferencias que se han desarrollado a favor de la salud, aporta al desarrollo de las áreas de intervención que propuso la Conferencia de Ottawa, comprendiendo que en los entornos saludables, a su vez se desarrollan acciones de todas las líneas (23).

La promoción de la salud parte de comprender que sus acciones comportan un enfoque multisectorial y por ende interdisciplinario, a través de la creación de

"alianzas estratégicas en pro de la salud y el desarrollo social entre los diferentes sectores en todos los niveles del gobierno y de la sociedad" (24). Con lo anterior se demuestra que, tanto en contextos nacionales como internacionales, se ha dado lugar a la consolidación de propuestas de promoción de la salud, en donde los entornos saludables toman cada vez mayor importancia para la consolidación de políticas que se materializan en programas, planes y proyectos, los cuales tienen como norte, la trasformación de las condiciones de salud y de vida de los individuos y las comunidades.

Elementos históricos de los entornos saludables

Según Trevor Hancock (25) en su texto Ciudades y comunidades saludables: pasado, presente y futro; los entornos saludables tienen su asiento en los albores de 1840 en Inglaterra, cuando se crea la Comisión de Salud para las Ciudades con el fin de evaluar la salud de los trabajadores que fueron expulsados de la ciudad hacia los barrios pobres por el proceso de industrialización; para entonces, la ciudad se había convertido en un lugar inhabitable por la contaminación y la falta de acueductos para movilizar los residuos, producto del crecimiento poblacional y de las grandes industrias. Edwin Chadwick establece las primeras medidas para atenuar esta situación, estableciendo leyes para la construcción de las viviendas, un sistema de alcantarillado público y el suministro de agua, relacionando directamente los conceptos urbanísticos para dichas construcciones, y su impacto en la salud pública.

En 1875 el médico británico Sir Benjamin Richardson plantea la Hygeia, una ciudad saludable, con no más de cien mil habitantes, con ferrocarriles y metro, con caminos, senderos y parques naturales por toda la ciudad, centros de salud en diferentes lugares para el acceso de todos sus habitantes; una ciudad donde los modos y estilos de vida se destacan por ser saludables, nadie fuma, nadie bebe licor. Esta visión de una ciudad saludable, permitió plantear nuevos esquemas no solo de procesos arquitectónicos para el diseño y construcción de nuevas ciudades en los inicios de 1900, sino que planteó la relación directa entre la necesidad de gestar políticas en salud pública ligadas a políticas de vivienda, urbanismo, y oportunidades sociales, dando un paso amplio a comprender la relación existente entre las condiciones de vida, y los estilos y modos de vida.

Para el inicio de 1900, lugares como Toronto y Milwaukee, en Estados Unidos, dan los pasos necesarios para poner en juego estas teorías y hacen de sus ciudades lugares saludables para vivir, lo que empieza a configurar en el mundo la necesidad de gestar un movimiento amplio de ciudades saludables. Durante el siglo xx múlti-

ples experiencias se desarrollaron en todo el mundo, tanto países industrializados como países en desarrollo aplicaron a la promoción de la salud los postulados de ciudades y municipios saludables con un reconocido avance en la materia fomentando en las comunidades procesos participativos y de empoderamiento.

Para la OMS, las comunidades y municipios saludables son aquellos en los cuales, las autoridades de gobierno, las instituciones de salud y bienestar, las organizaciones públicas y privadas y la sociedad en general, dedican esfuerzos constantes a mejorar las condiciones de vida de la población, promueven una relación armoniosa con el ambiente y expanden los recursos de la comunidad para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión y la democracia (26).

En el caso de Colombia, la configuración de los entornos saludables tiene sus bases en la creación de los lineamientos para escuelas y viviendas saludables, cuando en 1995 la OMS, con su oficina regional y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/ OPS), realizó el lanzamiento oficial de la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud (IREPS), conocida en nuestro país como Escuela Saludable, "dirigida a facilitar la promoción y la educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar" (27).

Para el año 2003, se dio un primer acercamiento entre la Estrategia de Escuela Saludable y la de Vivienda Saludable en el marco de la estrategia de Atención Primaria Ambiental. Para ello se buscaron estrategias dirigidas a promover y fomentar la creación de entornos saludables, y de este modo, lograr mejores condiciones de vida de las personas, las familias y la comunidad en general.

En el año 2008, el Ministerio de la Protección Social por medio de la Resolución 425 en su artículo 17 propone la estrategia de entornos saludables como uno de los componentes del Plan de Salud Territorial, el cual debe ser ejecutado con participación intersectorial incluyendo acciones articuladas entre las empresas promotoras de salud, las administradoras de riesgos profesionales, y los sectores de educación, cultura y deportes entre otros (28).

Aproximación conceptual al entorno saludable

Considerando que el Desarrollo Humano y Social es el campo teórico que recrea la puesta en marcha de las acciones de la promoción de la salud, se entenderá el entorno como un conjunto de relaciones intersubjetivas que configuran un territorio específico, relaciones que se tejen entre sus habitantes, y que a su vez se considera como un constructo social que lleva consigo elementos culturales, sociales, políticos y económicos, que se recrean en un espacio físico delimitado

en muchos de los casos, por líneas o fronteras, pero que en sí mismo no se inscribe ni se subsume a tales leyes territoriales, pues los hilos intersubjetivos de la cultura le expanden y le comprimen según el momento histórico por el cual transita una comunidad.

Lo que importa en sí al planear, desarrollar y evaluar las acciones en los entornos saludables, además del espacio físico, es el trabajo con el grupo social sobre sus percepciones, creencias, actitudes y acciones que tiene frente a algo específico, para este caso, la salud.

La salud, al considerarse como un proceso social determinado por las formas en que se vive y se siente, y al estar directamente relacionada con condiciones sociales, históricas, culturales, políticas y económicas de las comunidades, define la importancia del entorno, la perspectiva del contexto social donde las personas recrean y asumen su visión del mundo; en razón de ello, el entorno es una construcción social que determina y a su vez es determinado por las relaciones sociales que en él se gestan.

El plantear el entorno como construcción social, es importante rescatar los aportes que hace la geografía crítica en la cual, autoras como Iñiquez definen el espacio como una visión que sobrepasa lo físico y linealmente definido; ella plantea "[…] otro enfoque proveniente de la evolución de la geografía critica, o la nueva geografía considera el espacio como un conjunto de relaciones y de formas que se presentan como testimonio de una historia escrita por los procesos del pasado y del presente" (29).

El concepto de entorno como espacio relacional supera la concepción material e individualista, se presenta más bien como posibilidad hermenéutica para leer un territorio específico, los lugares comunes y no comunes donde las personas desarrollan sus acciones cotidianas. Lo anterior provee el sustento técnico y teórico a la hora de comprender el porqué de las propuestas de entornos —laboral, escolar y familiar— en el contexto global, pues esta acción posibilita leer y recrear un municipio, ciudad o país, las personas que lo habitan, sus modos relacionales, formas productivas, procesos de participación y su relación directa con el Estado y con su proceso de salud enfermedad.

Un entorno se constituye a partir de las interacciones de las personas con su medio, su cultura y demás determinantes sociales; a este respecto la geografía crítica plantea:

> […] así todo espacio geográfico poblacional, portará una historia ecológica, biológica, económica, conductual, cultural, en síntesis social que inobjetablemente ha de orientar el conocimiento del proceso salud enfermedad […] La geografía

> deviene frente a la salud, no como un simple reservorio de climas, contaminantes, de microbios, de vectores de transmisión infeccionas, etc.; sino un espacio históricamente estructurado, donde también se expresan las condiciones benéficas y destructivas de la organización social (30).

Para concluir este aparte, es preciso señalar cómo la definición de entornos en esta perspectiva, se acerca también a la categoría de contexto en el cual, "se tienen aspectos permanentes, como la historia presente, la estructura de la sociedad, las condiciones socio económicas, los mitos y las creencias; otros elementos son circunstanciales, como los periodos de crisis, las modas y las coyunturas políticas o económicas" (31).

La salud en los entornos

La necesidad de resignificar la concepción de entornos frente a la salud es evidente, pero ¿qué implica bajo esta perspectiva de entornos, hablar de lo saludable?

Para responder a esto es importante construir un concepto de salud que trascienda la concepción morbocéntrica, asistencialista y medicalizada, que se acerque más a una concepción de aquello que denote la salud como una construcción social, centrada en las relaciones subjetivas y determinada por múltiples elementos, tanto del individuo como de los colectivos.

Existen múltiples definiciones de la salud, diferentes corrientes de pensamiento y momentos históricos, los cuales le han dado un nivel de complejidad diferente que ha permitido su trasformación y desarrollo. El concepto de salud, como construcción social, varía a lo largo de la historia y admitirlo así, abre una ventana para una mirada compleja sobre la relación directa entre la percepción de salud que una sociedad construye, y su vinculación a un concepto amplio de entorno saludable, la tabla 1 da cuenta de este proceso evolutivo del concepto de salud, sus características, el conocimiento generado al respecto y sus métodos de trabajo (32).

Estas múltiples definiciones y características se hacen útiles en tanto generan un reconocimiento de la salud como constructo cultural e histórico. La concepción de un entorno saludable no es ajena a la intencionalidad e intereses de la política del momento histórico, por lo que se hace imperativo definir las categorías que orientarán el análisis, el diseño y la ejecución de acciones al interior de sí mismo. Por ello la visión propuesta de entornos parte de considerar la salud como derecho fundamental, como proceso social y como construcción simbólica.

La salud como **derecho fundamental,** se inscribe como una obligación del Estado con los ciudadanos, manteniendo los principios de progresividad, indivisibilidad

Tabla 1. Proceso evolutivo concepto de salud

Concepción	Nota característica	Historia	Disciplina	Método de trabajo
Mágica	Animismo y existencia de lo sobrenatural	Antigüedad paleo y neolítica y hasta el presente	Del chaman al curandero actual	Ritos, exorcismos, oraciones, amuletos, hierbas, etc.
Natural	Salud como una necesidad de los seres vivos	Antigüedad clásica europea (Grecia)	Aplicaciones de la ecología antigua y de la medicina antigua	Clínicos, epidemiológicos y ambientales
Somático fisiológica	Salud como ausencia de enfermedad Objetividad	Los orígenes de la presente medicina	Medicina clínica	Exploración del cuerpo Examen de signos y síntomas Análisis varios
Sanitaria	Salud como estado positivo y colectivo. Transmisión social de la enfermedad. Prevención	Medidas profilácticas, la antigüedad, desarrollo científico Siglo XIX	Medicina preventiva y social. Sanidad y salud pública.	encuesta sanitaria: población ambiente. epidemiología. programas de salud. educación sanitaria. prevención individual
Económico social	Salud enfermedad como procesos de origen y distribución social: Teoría social de la salud	Síntesis aparece después de la Segunda Guerra Mundial	Ciencias biológicas, sociales y económicas; epidemiología, salud pública. Economía de la salud. Prevención social	Investigación científica de la salud : Epidemiología, Método estadístico, Antropología, Sociología, Economía política, Economía de la salud, Demografía, Psicología
Político Legal	Salud como derecho y obligación universal. Reconocimiento legal y participación estatal. Declaración de los derechos del hombre	Las revoluciones políticas a los sistemas de seguros sociales y de seguridad social.	Derechos fundamentales. Derechos de la seguridad social a la existencia sanitaria	Leyes fundamentales y constitucionales. Leyes y reglamentos de la seguridad social. Programas políticos

y universalidad. Esto implica que el Estado debe legislar para mejorar de forma progresiva y no regresiva la calidad, el acceso, y la humanización del servicio. De igual forma, el principio de indivisibilidad plantea que la salud no puede entenderse como un derecho aislado de otros derechos, como la educación, el

trabajo, la recreación o la vivienda y por último, la universalidad que aplica, en tanto no exista discriminación por raza, dialecto, religión, sexo, ideología o por barreras generadas en la prestación del servicio.

Lo anterior tiene amplias bases jurídicas que lo promueven, es el caso de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; que en su artículo 25 plantea que "toda persona tienen derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios" (33). De igual forma, la Declaración Alma Ata de 1978 expresa que "la salud es un derecho humano fundamental y el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud" (34).

La salud entendida como **proceso social** implica comprender que esta se configura en relación directa con aquellos elementos sociales, políticos, ambientales, culturales y económicos que la determinan, y que de igual forma, se nutren de los modos y estilos de vida de las personas y sus grupos sociales; la salud se comprende en término de lo cotidiano, es decir, la salud no solo se materializa con el acceso a los sistemas de salud, sino que se recrea en la cotidianidad de las personas y se expresa en los entornos sociales donde habita, trabaja y estudia. Esta idea, concentra la atención en comprender la salud como una acción social y política, por lo que, cualquier acción sobre los determinantes sociales le influye directa o indirectamente, positiva o negativamente. Según la OMS:

> La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno "natural", sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (35).

La salud entendida como **construcción simbólica** involucra una concepción cultural en su configuración, su complejidad, emana de las relaciones humanas y de aquellas relaciones que subyacen entre el ser y el medio. Patricia Granada expone al respecto:

Todo el campo de la salud como espacio simbólico debe ser entendido a partir de la complejidad de sus múltiples relaciones internas y externas. Las primeras, tienen como referente empírico los signos expresados a través del lenguaje y a su significado en el espacio interior de cada persona, es decir, a su mapa mental. Las relaciones externas se refieren a la manera como se da la construcción colectiva de los imaginarios de la salud (36).

Estas tres concepciones de salud permiten configurar la visión propuesta en este documento de lo que es un entorno saludable, cuyo propósito es buscar en todo punto de acción, el logro de la salud, su comprensión como derecho, proceso social y construcción simbólica para el disfrute máximo de la vida; media entonces, la construcción en conciencia del propio concepto, y las acciones individuales y colectivas que se producen para generarla. Para ello, la vinculación de procesos de educación para la salud y de participación comunitaria son las estrategias por excelencia que conducen a este empoderamiento; así como acercar a las personas a un concepto de salud más dinámico y participativo, en donde la promoción de la salud y la responsabilidad en la configuración de modos de vida saludable, sean epicentros de acción.

La salud como concepto dinámico demanda y crea una comunidad informada y educada, con altos niveles de participación comunitaria y social, conocedora de sus derechos y de los medios de exigibilidad; donde cada persona es responsable con sus deberes sociales en salud y con los de su comunidad; una salud dinámica se construye favoreciendo ésta responsabilidad y autodeterminación tanto de las comunidades como de sus individuos, eso es, en síntesis, aquello que edifica y define un entorno saludable.

En conclusión, la salud está directamente ligada con los comportamientos y estilos de vida de las personas pero, a su vez, los determinantes sociales influencian la salud, la vida y el desarrollo que ellas puedan alcanzar. Por ello “se promueve la salud cuando se generan condiciones de vida adecuada, buenas condiciones de trabajo, educación, vivienda, ambiente limpio, posibilidades de descanso y recreación, alimentación adecuada, ejercicio físico y todas las facilidades que hacen la vida más llevadera y sostenible” (37).

Los entornos y el desarrollo humano

> *Un Desarrollo a Escala Humana, orientado en gran medida hacia la satisfacción de las necesidades humanas, exige un nuevo modo de interpretar la realidad. Nos obliga a ver y a evaluar el mundo, las personas y sus procesos, de una manera distinta de la convencional*
>
> Manfred Max Neef

El concepto de desarrollo humano tiene tantas acepciones como el de salud y los entornos saludables. Su complejidad permite desvelar la riqueza y profundidad que se ha ido construyendo en torno al tema; esta diversidad de conceptos y de corrientes denota algunos acuerdos entre los cuales se resaltan los siguientes: el desarrollo a escala humana implica principalmente la concepción de un desarrollo centrado en las personas, sus relaciones sociales, sus necesidades —como potencialidades— y sus formas de satisfacerlas, teniendo como opción fundamental la ampliación de las opciones humanas, lo que implica reconocer las capacidades del ser, potenciándolo hacia el logro de sus metas: autonomía, autoestima, felicidad, creatividad, solidaridad, salud y resiliencia.

El desarrollo humano supone desplegar dos aspectos. Uno lo constituye la formación de capacidades humanas, como mejoras en la salud, conocimiento y habilidades. El otro es el uso que las personas hacen de esas capacidades adquiridas ya sea en empleo, actividades productivas, asuntos políticos o tiempo libre. Una sociedad necesita desarrollar capacidades humanas así como también asegurar el acceso equitativo a oportunidades. Se produce una importante frustración en las personas si la balanza del desarrollo humano no logra equilibrar ambos lados delicadamente (38).

Hablar del desarrollo humano y su relación con los entornos saludables nos ubica en términos del rescate de las potencialidades, y en la posibilidad que ofrece las necesidades —como potencialidades y no como carencias— de impulsar acciones transformadoras en las personas y al interior de las comunidades. Llegar a ello supone mucho más que una simple invitación a participar en los procesos sociales, implica la superación de viejos paradigmas que anteponen el desarrollo económico al desarrollo de las personas; supone además, el desarrollo de estrategias educativas que rescaten el valor de lo humano, que permitan resignificar a partir de las cotidianidades, la forma en la que se ve el mundo y se actúa en él; lo que implica una comprensión del individuo como parte de un mundo, en interacción permanente con el otro y con su entorno; “por ello, la pretensión clara de un hombre

ahistórico, o desligado de sus raíces culturales no existe, es más, el hombre, al estar dentro de un mundo en constantes transformaciones y tensiones, aparece —según Paulo Freire— como un ser integrado en el mundo" (39).

En este mismo sentido, las Naciones Unidas en su Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, propone como base para su consolidación:

el **derecho a la participación**, por medio del cual toda persona y todos los pueblos tienen derecho a una participación activa, libre y significativa en el desarrollo; el **derecho a ser el sujeto central** del desarrollo en el cual se plantea que este derecho está encaminado al mejoramiento constante del bienestar humano; éste constituye el derecho al desarrollo humano centrado en la gente, en el que la gente y su bienestar ocupan el primer plano, por encima de todos los otros objetivos y prioridades del desarrollo, por último, el **derecho a la libre determinación** donde el derecho humano al desarrollo implica, además, la plena realización del derecho de los pueblos a la libre determinación, que incluye su derecho inalienable a la plena soberanía sobre todas sus riquezas y recursos naturales (40).

Un entorno saludable que plantee la noción de desarrollo humano en el marco de la promoción de la salud como se ha sustentado, velará por la comprensión y la acción sobre las relaciones intersubjetivas que recrean y construyen dichos entornos, relación que se entreteje entre hombres y mujeres con su medio, lo que se manifiesta en sus condiciones de salud y vida, y que a su vez, permite direccionar las acciones al trabajo, y la educación en la salud, para potenciar las capacidades de las personas y comunidades, más que de imponer o describir conductas ideales para alcanzar la salud.

El propósito de trabajar en torno a la promoción de la salud debe ser concretado hacia el logro del más alto nivel de salud de las comunidades, afianzando su participación activa y crítica en la consolidación de estrategias o programas que se desarrollen con las comunidades educativas, los trabajadores, las familias y los grupos sociales y comunitarios. La promoción de la salud, busca el desarrollo humano, no como un medio, sino como un fin en sí mismo, que recrea y construye posibilidades con y para las personas, sus familias y comunidades.

Los entornos, participación y empoderamiento

Hablar de entornos saludables y desarrollo humano permite vincular algunas premisas importantes para comprender al ser humano como centro y fin mismo de la planeación e implementación de planes, programas y proyectos con los diferentes colectivos humanos. Esta perspectiva de desarrollo humano lograr la

autonomía del ser su vinculación al mundo como sujeto social, se busca con ello potenciar sus capacidades a través del trabajo conjunto.

Por medio de la participación se pueden afectar los determinantes sociales de la salud exigiendo transformar entornos a partir de fortalecer la respuesta y gestión social organizada de los ciudadanos, el reconocimiento y comprensión de las necesidades sociales en cada entorno social, el ejercicio del control político sobre los recursos y programas públicos, y la movilización social para exigibilidad del derecho a la salud.

La participación como empoderamiento implica interacción, respeto mutuo, reflexión crítica, acción grupal, compromiso, influencia e información, y por tanto, para poder participar efectivamente se requiere acceso real a la educación, a la información, a las actividades sociales y políticas y a la tecnología. Por tal razón, ésta se entiende como actitud de solidaridad, de diálogo y preocupación por la gestión de la vida colectiva.

Fabio Velásquez plantea la participación del individuo, "a través de la noción de sujeto, el cual, a partir de su identidad y a través de una conducta cooperativa, interviene en la esfera pública en función de intereses específicos; esta denominación de sujeto estaría dirigida igualmente a referir las comunidades participantes que mantienen la misma visión cooperativa" (41).

Un entorno saludable, definido en la perspectiva de las relaciones sociales, políticas y culturales, busca la comprensión de la participación en términos del empoderamiento de las comunidades, un empoderamiento basado en el conocimiento, que es crítico, reflexivo y dinámico. La Organización Mundial de la Salud plantea que el empoderamiento en salud es un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y la correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen.

Es importante resaltar que la participación de la comunidad en la construcción de entornos saludables tiene su fundamento en varias conferencias y encuentros internacionales que le dan soporte y viabilidad política. Plantean que los Estados deben garantizar el respeto de los procesos comunitarios y sociales. "La tercera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud da énfasis en capacitar a

las comunidades y a los individuos para ganar mejor control sobre su salud y el ambiente, a través de la educación y mejorar la participación en los procesos de toma de decisión" (42).

En este mismo sentido, la cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Yakarta expone que la promoción de la salud es realizada por y con la gente, y no les es impuesta. Ella mejora la capacidad de los individuos para actuar y la capacidad de los grupos, organizaciones o comunidades para influir en los determinantes de la salud. "Mejorar la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud requiere: educación práctica, práctica del liderazgo y acceso a los recursos. Empoderar a los individuos exige un acceso real y constante al proceso de decisión y a las herramientas y conocimientos esenciales para efectuar el cambio" (43).

Estas declaraciones son el ejemplo concreto de la intencionalidad que siempre ha estado presente, para que la participación tenga un papel activo en sus procesos para promover la salud. Es de primer orden, rescatar el valor de la participación como principio de la democracia, una participación real, que supere los viejos dilemas que la han instrumentalizado y que la han convertido en el caballo de Troya de personas inescrupulosas, que en su nombre, han usado la comunidad para su propio beneficio.

Se espera en la creación de entornos saludables, configurar una participación transformadora, edificadora de nuevos horizontes de acción comunitaria, en la cual, el poder sirva para disminuir las injusticias y cerrar las brechas sociales de exclusión. Se abogará entonces en esta perspectiva, por una participación que evoque y que logre el empoderamiento de las comunidades una perspectiva política, que rescate los espacios de encuentro entre hombres y mujeres, niños, jóvenes y adultos; que reúna los intereses de todas las personas que construyen sus entornos, que permita el diálogo permanente, sincero y constructivo con los entes territoriales; una participación autentica en rescate de los valores culturales y sociales de cada comunidad, que respete y dignifique la diversidad y que desde todo punto de vista, logre aunar esfuerzos, sin escatimar el más mínimo de ellos, para lograr el desarrollo humano y social de las personas, familias y comunidades.

Los entornos saludables para la promoción

La vida del ser humano trasciende en diferentes entornos, cada uno es parte constitutiva de su desarrollo el cual le provee los satisfactores que requiere para vivir la vida en sus diferentes ciclos y con la calidad que merece.

La promoción de la salud centra sus acciones en torno al desarrollo del ser humano, considerando su ciclo vital desde su gestación hasta la ancianidad; por lo que, es imperativo ético considerarlo en armonía con su entorno y contextos.

Se reconoce, entonces, que la vida humana se desarrolla fundamentalmente en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la comunidad, escenarios que se privilegian para las estrategias de promoción de la salud, en la apuesta política por la salud y la vida.

Entorno familiar

La salud desde el entorno familiar se constituye como el entramado de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales que se concretan a escala microsocial en el contexto del hogar. Esta trama se define como la capacidad de la familia para relacionarse, de cumplir con sus funciones, de propiciar el desarrollo armónico de sus integrantes, afrontar constructivamente las crisis propias de su desarrollo como familia o las que se presenten en determinado contexto social, cultural y económico de su existencia. Dicha capacidad se expresa también en el modo particular en que la familia provee experiencias potenciadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa del desarrollo biopsicosocial de sus integrantes, de la familia y de la vida social. La capacidad de salir adelante, de desarrollar estilos de vida y hábitos saludables se establecen principalmente en la familia a través del desarrollo de hábitos, actitudes, habilidades y capacidades para enfrentar la vida.

Entorno escolar

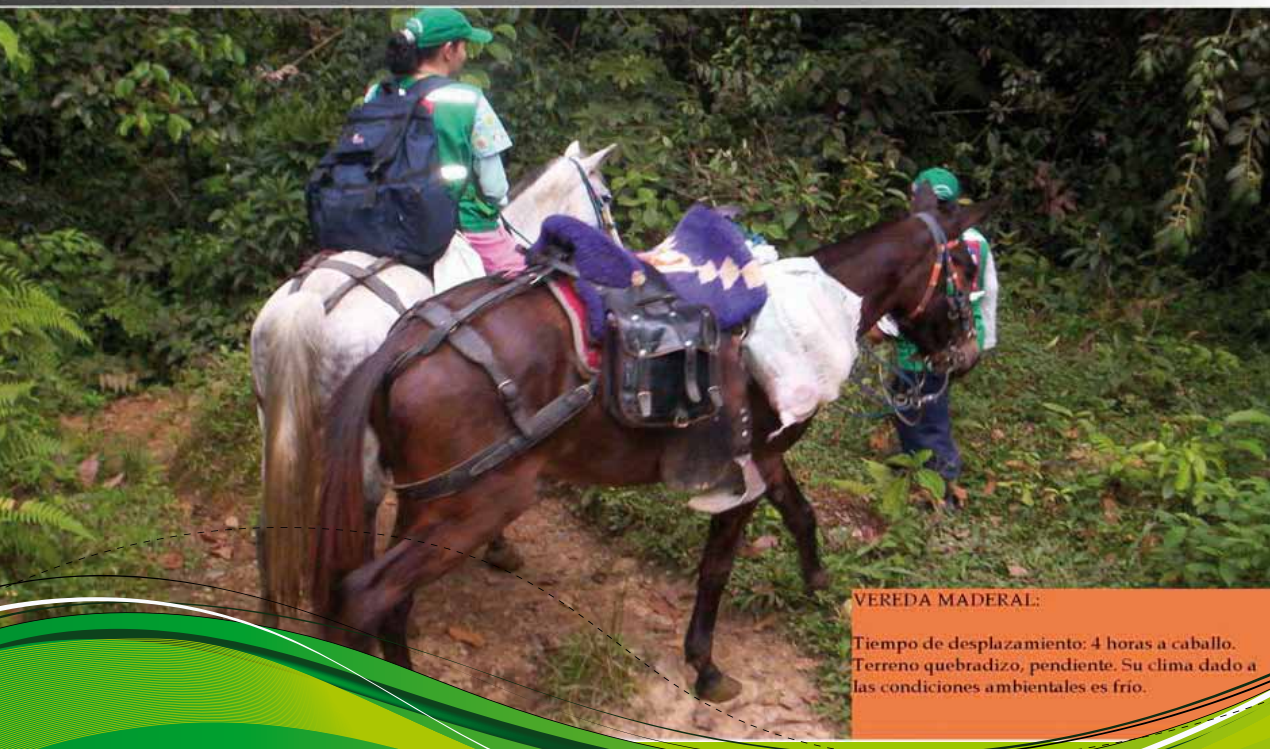
El entorno escolar debe comprenderse como aquellas relaciones que se construyen entre estudiantes, padres y madres de familias, docentes, directivos docentes, personal administrativo y en general, entre todas aquellas personas que se identifican como parte de la comunidad educativa. En este sentido, la escuela, posibilitadora de conocimientos y gestora de aprendizajes, se convierte en un constructo social, con unas dinámicas, políticas cultuales y sociales propias de este entorno. Los niños, niñas y jóvenes durante su ciclo vital, pasan la mayor parte de la vida en la escuela, donde la educación como función social, se constituye en el medio fundamental para el desarrollo humano. Es entonces que el entorno escolar, se considera como el escenario propicio donde la sociedad forma personas para el ejercicio de la ciudadanía de manera ética y coherente.

Entorno laboral

Generar un entorno laboral saludable significa articular, a través de una propuesta, enfoques conceptuales y elementos metodológicos apropiados, que permitan construir una cultura del autocuidado para la salud y un abordaje de los factores de riesgo desprendidos de las actividades económicas ejercidas por la población de la economía informal, su influencia en la salud de los individuos y colectivos, como también, la necesidad de fortalecer la organización y participación de los diferentes actores involucrados a nivel administrativo y en la sociedad civil organizada.

De lo anterior, se puede inferir que los entornos laborales saludables son aquellos centros de trabajo en donde las condiciones van dirigidas a lograr el bienestar de los trabajadores, procurando tener los espacios físicos en forma adecuada, buenas relaciones, organización, salud emocional, protegiéndolos de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral.

Queda demostrado que generar entornos propicios la salud es una necesidad latente en el contexto latinoamericano y colombiano, pensar los diversos escenarios como construcciones simbólicas y sociales donde acontece la vida, suscribe hacia la reflexión de las condiciones políticas, ambientales, psicosociales y culturales que lo configuran, donde es preciso intervenir con acciones coherentes para y por la salud de los colectivos.



VEREDA MADERAL:

Tiempo de desplazamiento: 4 horas a caballo. Terreno quebradizo, pendiente. Su clima dado a las condiciones ambientales es frío.

Aproximaciones a un modelo de atención primaria en salud para el departamento de Antioquia

CAPÍTULO 2

Aproximaciones a un modelo de atención primaria en salud para el departamento de Antioquia

Autores
Asesores:
María Aurora Cano López. Enfermera. Mg. en Salud Familiar y Atención Primaria
Ana Orfilia Martínez Ruiz. Enfermera. Mg. en Salud Pública
Gloria Amparo Aguirre Ospina. Enfermera. Esp. en Promoción de la salud y comunicación social
Rossete Elena María de Contreras. Enfermera. Esp. en Gerencia en Salud Pública
Consuelo Torres Tamayo. Antropóloga. Mg. en Educación y Desarrollo Humano
Nairoby Cárdenas Velásquez. Enfermera
Carlos Alberto Restrepo Restrepo. Enfermero
Blanca Orlanda Mesa Toro. Enfemera

Docentes Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia:
Sandra Lorena Duque Henao. Enfermera. Mg. en Epidemiología
Leslie Margarita García Blanquicett. Enfermera
Dora Lucía Gaviria Noreña. Enfermera. Mg. en Salud Colectiva
Maria Isabel Lalinde Angel. Enfermera. Mg. en Epidemiología
Hugo Alberto Múnera Gaviria. Enfermero. Mg. en Salud Colectiva
Bertha Lia Olaya Cuadros. Enfermera
Adriana Maria Pineda Giraldo. Enfermera. Esp. en Administración de Servicios de Salud
Elvigia Maria Posada Vera. Enfermera. Mg. en Educación y Desarrollo Humano
Martha Cecilia Ramírez Gómez. Enfermera. Mg. en Epidemiología
Astrid Helena Vallejo Rico. Enfermera. Mg. en Epidemiología
Nora Eugenia Zapata Gomez. Enfermera. Mg. en Salud Colectiva
Luis Emilio Zea Bustamante. Enfermero. Mg. en Desarrollo Educativo y Social
Lina María Zuleta Vanegas. Enfermera. Mg. en Educación y Desarrollo Humano

Presentación

El modelo de atención primaria en salud —APS—, desde el enfoque de desarrollo humano en el departamento de Antioquia, busca fortalecer en las familias del departamento procesos saludables, para que la vida del ser humano se dignifique en términos de oportunidades para el desarrollo social armónico. La familia es el

centro del modelo, esta se concibe como el escenario ideal de interrelación donde el ser humano teje los lazos afectivos, cognitivos y de desarrollo, es la generadora de potencialidades que nutren la compleja dimensión de la vida, condición para lograr seres libres, autónomos, solidarios, justos y finalmente respetuosos de sí y de los otros; como medio para garantizar el derecho a la salud, el acceso oportuno a los servicios de salud y sociales, en la búsqueda de la equidad y justicia social.

La propuesta de instalar sistemas de salud que tengan como eje la atención primaria en salud, toma auge como una propuesta sustentada de gran valor social y político para orientar la organización de los servicios de salud.

El Sistema de Salud de Colombia afronta, como otros de América Latina y del Caribe, una situación de crisis, manifiesta en la fragmentación de la visión de los conceptos salud y desarrollo, indiferencia hacia los determinantes de la salud, segmentación entre los sectores público y privado, énfasis excesivo en la atención curativa y especializada, limitación para el acceso a los servicios, fragmentación de los planes de beneficios con altos costos y aumento de los gastos de bolsillo para la población, entre muchos otros limitantes expresados de manera directa en la situación de salud de la población; lo que pudiera interpretarse como el resultado de los procesos de reforma en que se embarcaron en la década de los noventa, muchos países con diferentes tipos de sistemas y además con desarrollos económicos y políticos desiguales.

A dieciséis años de instalado el Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—, se hace prioritario que este corrija, la inequidad, la exclusión social, el déficit de cobertura de los servicios, garantice el derecho a la salud, responda de manera integral a las necesidades de la población y que brinde un impacto más contundente en la situación de salud de la población y sus determinantes. Esta búsqueda por un nuevo sistema conduce necesariamente a nuevos enfoques conceptuales y metodológicos, y la adecuación de sus servicios; en última instancia, a desarrollar modelos de atención debidamente asentados en los pilares básicos del desarrollo social y le permitan a la población el mayor disfrute de la vida.

En este capítulo se presentan algunos elementos que nos aproximan a la reflexión para la construcción de un modelo de salud, aplicando los aspectos conceptuales del desarrollo humano, el enfoque familiar, la epidemiología social y la disciplina de enfermería para el logro de un lenguaje articulado en la organización de la salud pública en el orden municipal y regional; así mismos aplica los principios, valores y elementos de la atención primaria renovada,

que responden a los ejes que el departamento de Antioquia demanda para su desarrollo social.

Esta propuesta se ha venido construyendo, instalando y monitoreando en los municipios con la asesoría y asistencia técnica del Departamento en el marco de los contratos interadministrativos entre la Gobernación de Antioquia-Dirección Seccional de Salud y Protección Social y la Universidad de Antioquia-Facultad de Enfermería, en los años 2006, 2007, 2009 y 2010.

La propuesta que se entrega a consideración de la sociedad deberá ser nutrida por las instancias administrativas del Sistema de Salud, las universidades, la instituciones educativas, organizaciones sociales e instituciones de salud del sector público y privado, retomando las reflexiones y conclusiones del Sexto Congreso Internacional de Salud Pública, celebrado en Medellín en 2009, y como alternativa para las reformas del Sistema de Salud que se plantean en el marco de la "Emergencia Social".

El capítulo presenta en su orden, los contextos global, nacional y el análisis de la problemática en el contexto local, los antecedentes que justifican la implementación de la atención primaria, los referentes conceptuales y componentes del modelo de atención primaria, el componente de gestión y metodológico, tratando de articular las diversas categorías que influyen de una o de otra manera en la prestación de los servicios de salud.

El contexto global y nacional: un punto de análisis en la atención primaria

Para conocer lo global hay que comprender la aldea

León Tolstoi

El contexto es definido por diversos teóricos como un modo de relación entre el ser humano y el mundo físico, social y cultural determinado por la historia. Es así como el conocimiento y la comprensión de las relaciones del contexto con los determinantes de la salud de los individuos y colectivos, se hace imprescindible para la implementación de la atención primaria en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la cual se aglutinan esfuerzos, voluntades y redes solidarias para contribuir al bienestar de las familias.

En cada ciudad, en cada región del mundo las relaciones entre el individuo y la sociedad se desarrollan en diferentes contextos, inmersos en procesos histó-

ricos, económicos, políticos y socioculturales que interfieren en el desarrollo de las políticas sociales y en las respuestas en salud que la sociedad establece para la satisfacción de las necesidades en el logro del bienestar. Es así como el proceso salud-enfermedad se da en contextos complejos, donde predomina la incertidumbre a consecuencia de factores tales como la organización del sistema económico internacional, el acelerado cambio tecnológico, el inusitado aumento de las demandas sociales, la permeabilidad del Estado conseguida por la sociedad, el desmoronamiento de las barreras entre lo público y lo privado y la competencia entre estos sectores por la captación y la gestión de los recursos económicos, generados en conclusión, por los procesos de globalización.

Contexto sociocultural

El conocimiento del ser humano en su espacio sociocultural es esencial para entender los modos de vida, que como seres naturales y simbólicos hacemos parte de la naturaleza y de la cultura, y con su mediación, entablamos una relación con los objetos todos cargados de sentido y de memoria. En palabras de Cassirer: "El hombre ya no vive solamente en un puro universo físico, sino en un universo simbólico [la cultura]. El lenguaje, el mito, el arte y la religión constituyen parte de ese universo. Forman los diversos hilos que tejen la red simbólica, la urdimbre complicada de la experiencia humana" (44).

Los cambios en los modos de vida, que están ocurriendo en este momento histórico, están enmarcadas como lo dice Canclini;

En aspectos como la interacción con organismos transnacionales procedentes de una economía y una cultura globalizadas, con una pérdida en las esferas de lo local y lo nacional y en el asentamiento urbano de las poblaciones con la redefinición del sentido de pertenencia e identidad. Hoy el ser humano se concibe como un ciudadano consumidor interesado en disfrutar de una cierta calidad de vida y no como el representante de una opinión pública. Este autor ratifica que en el momento, las sociedades se reorganizan para hacernos consumidores del siglo XXI y regresarnos como ciudadanos al XVIII (45).

Los procesos económicos de la globalización y la modernización, han generado transformaciones en los contextos mundial, nacional y regional, que han llevado a un cambio en la forma de la relación del hombre, la naturaleza y la cultura. Nunca como en la actualidad los diversos componentes del tejido social estuvieron tan interrelacionados. El proceso de globalización puede resumirse como el tránsito de las identidades modernas territoriales y casi siempre monolingüísticas, a identidades posmodernas que son transterrito-

riales y multilingüísticas organizadas por el mercado y no por los procesos de creencias y valores de las poblaciones, aspectos que han aumentado las brechas entre la pobreza y la riqueza y entre los avances tecnológicos y la presencia de muertes y enfermedades evitables.

Desde lo social la integración global ha dado como resultado una interconexión que supera las dimensiones del tiempo y del espacio, no solo en lo referente al consumo sino a la transferencia tecnológica; sin embargo, estos avances tecnológicos han incrementado profundas desigualdades entre el ingreso y las oportunidades que cada individuo tiene en su contexto social.

En el Informe sobre Desarrollo Humano 2005, el programa de Naciones Unidas hace un llamado para el cumplimiento de la alianza mundial para el desarrollo en la declaración del milenio, así mismo resalta tres pilares fundamentales de esta cooperación en el orden global, uno es en la prevención de enfermedades y muertes evitables, el segundo la educación y el tercero la superación de las desigualdades de género como la creación de condiciones para un desarrollo sostenible. En su informe resalta: "En un mundo interconectado, la pobreza masiva en medio de la abundancia es económicamente ineficaz, políticamente insostenible y moralmente indefendible" (46).

La declaración de los objetivos del milenio tiene como eje central, lograr mayor equidad para conseguir mayor impacto en la reducción de la pobreza. Para obtener un desarrollo social sostenible, sugieren la interacción de tres aspectos fundamentales que se conviertan en consensos universales: a) una política macroeconómica tendiente a alcanzar crecimiento sostenido que genere el volumen adecuado de empleos de calidad; b) una estrategia de desarrollo productivo orientada a disminuir la heterogeneidad estructural y a cerrar las brechas de productividad entre diferentes actividades y agentes productivos; c) una política social de largo plazo, destinada a aumentar la equidad y la inclusión (47).

Es prudente advertir que las proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para el año 2006 indicaban que el número de pobres y de personas en situación de extrema pobreza disminuiría a 205 y 79 millones, respectivamente. "A pesar que en los últimos años ha habido algún avance hacia una mejor distribución del ingreso, la Región sigue siendo la más desigual en el mundo" (48).

Igual sucede con la salud, las desigualdades también guardan estrecha relación con diversos determinantes socioeconómicos. Con relación a la esperanza de vida, en los países de mejor nivel económico, ésta suele ser más larga que en los países más pobres.

Colombia es el tercer país latinoamericano con los valores más altos de inequidad después de Brasil y Guatemala. El 10% de las familias más ricas reciben el 45% del ingreso total, mientras el 20% más pobre recibe solo el 2,7% (49). Sin embargo es el país más rico en recursos naturales, posee el 10% de biodiversidad mundial. El 56% de su territorio continental está cubierto de bosques naturales de los cuales 17,5 millones de bosques son habitados por comunidades indígenas y afroamericanas, las que paradójicamente viven en condiciones de extrema pobreza. Es un país multicultural, con zonas de desarrollo diverso, con grandes riquezas desde lo ambiental, pero con el 45% de su población por debajo de la línea de pobreza, lo que genera una inminente problemática social (50).

Contexto epidemiológico

En el informe sobre la salud del mundo "Cada madre y cada niño contaran" la OMS (51) enfatiza en su análisis sobre los determinantes sociales, tales como la distribución del ingreso, el desempleo, la pobreza, la falta de educación y sus efectos en la forma de enfermar y morir, específicamente en las mujeres y los niños. Las crisis humanitarias, la pobreza omnipresente y la epidemia de VIH/sida han contribuido todas ellas a exacerbar los efectos de la recesión económica y la crisis de recursos humanos sanitarios.

Siguiendo con el informe de la OMS:

> Cada año 3,3 millones de niños —quizá más— nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida y otros 6,6 millones mueren antes de cumplir los cinco años. Las muertes maternas también siguen constituyendo un grave problema: el total anual asciende ahora a 529.000 defunciones; con frecuencia se trata de muertes repentinas e imprevistas que se producen durante el embarazo propiamente dicho (unas 68.000 a consecuencia de aborto), durante el parto o después de nacer el bebé. Esas muertes dejan atrás a unas familias destrozadas, que a menudo se ven arrastradas a la pobreza, por tener que costear una atención sanitaria que llegó demasiado tarde o no dio resultado (52).

En términos mundiales, las tasas de mortalidad de menores de cinco años descendieron en la última parte del siglo xx de 146 por 1.000 nacidos vivos en 1970 a 79 por 1.000 en 2003. Hacia el cambio de milenio, sin embargo, esa tendencia general a la baja empezó a frenarse en algunas partes del mundo. Las mejoras continuaron o se aceleraron en las regiones de las Américas, Asia Suroriental y Europa, mientras que en las regiones de África, el Mediterráneo oriental y el Pacífico occidental se observó desaceleración de los avances. En 93 países que conjuntamente representan el 40% de la población mundial, la mortalidad de me-

nores de cinco años está disminuyendo rápidamente. En otros 51 países a los que corresponde el 48% de la población mundial, los progresos son más lentos. Aún más preocupante es la situación de los 43 países que comprenden el 12% restante de la población mundial, donde los niveles de mortalidad de menores de cinco años que ya de entrada eran altos o muy altos, están ahora en una fase de estancamiento o de retroceso. La diferencia entre países ricos y pobres parece acrecentarse cada vez más (53). En general, "las personas gozan de una salud mejor, disponen de más recursos económicos y viven más que hace 30 años" (54).

Sin embargo, no hay que pasar por alto otras tendencias. En primer lugar, los notables progresos registrados en el ámbito de la salud en las últimas décadas han sido muy desiguales; ha habido una convergencia hacia la mejora de la salud en gran parte del mundo, pero al mismo tiempo numerosos países están quedando cada vez más rezagados o perdiendo terreno. Además, la mayor información existente actualmente permite identificar la frecuente desigualdad sanitaria, creciente dentro de los países.

En segundo lugar, los problemas de salud están cambiando en un sentido poco predecible y a un ritmo totalmente inesperado, el envejecimiento incrementa la carga de trastornos crónicos y no transmisibles y las consecuencias de la mala gestión de los procesos de urbanización y globalización, aceleran la propagación de las enfermedades transmisibles a un orden mundial. La existencia cada vez más frecuente de personas con síntomas complejos y varias enfermedades plantea a los servicios de salud el reto de establecer una gestión integrada e integral para atender a las personas.

En tercer lugar, los sistemas de salud no están al margen de los cambios y transformaciones rápidas que caracterizan el proceso de globalización. Al igual que las crisis económicas y políticas, plantean a los mecanismos estatales e institucionales el reto de garantizar el acceso a la prestación y financiación de los servicios de salud, considerando además, que existe una atención no regulada de carácter comercial, con límites no claros entre agentes públicos y privados (55).

> "En muchos sentidos, las respuestas del sector de la salud a un mundo en transformación han sido inadecuadas e ingenuas. Inadecuadas, en la medida en que no han sido previsoras ni oportunas: a menudo no se ha hecho lo suficiente, se ha hecho demasiado tarde o se ha hecho demasiado en el lugar equivocado. E ingenuas, porque cuando un sistema falla se deben aplicar soluciones, no remedios transitorios" (56).

Colombia ha presentado descenso progresivo en la mortalidad infantil, registra para 2008, 15,5 por 1.000 nacidos vivos, se acerca a alcanzar la meta propuesta por los

ODM, de 14 defunciones por 1.000 nacidos vivos. En el contexto departamental, 13 de los 32 departamentos ya alcanzaron tasas inferiores a la meta propuesta, mientras que otros, como Chocó, Vaupés, Vichada, Amazonas y Guainía, están por encima incluso de la tasa calculada para América Latina y el Caribe (20,9 por 1.000 NV), según datos aportados por el Estado Mundial de la Infancia 2009, en el que Colombia ocupa el puesto 111 entre 194 países, de mayor a menor tasa registrada (57).

Referente a la salud de las mujeres se estima que cada año se producen 87 millones de embarazos involuntarios, inoportunos o no deseados. Más de la mitad de las mujeres afectadas, esto es, 46 millones cada año recurren al aborto; el hecho de que 18 millones se sometan a él en condiciones peligrosas, constituye un alarmante problema de salud pública.

> "La mortalidad materna puede reducirse mediante el efecto sinérgico de intervenciones combinadas en un marco político fuerte de promoción de la salud. Las mejoras en el sistema de salud son vitales, ya que las mujeres están muriendo en el nivel de prestación de servicios por la falta de una red obstétrica que vaya del nivel comunitario al nivel más alto de atención de complicaciones obstétricas" (58).

A pesar de la existencia de conocimientos científicos técnicos y tecnológicos, el reto actual está en mejorar las estrategias para el control de VIH/sida y la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, de la tuberculosis, de la malaria y del embarazo en adolescentes.

Las mujeres embarazadas, en particular las adolescentes, pueden estar expuestas a la violencia, a la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela o a la marginación. Estos problemas deben intervenirse, introduciendo mejoras en los entornos sociales, políticos y jurídicos por parte del Estado, buscando especial énfasis en el desarrollo humano como núcleo que centra la satisfacción de necesidades y que genera de una u otra manera mejoras sustanciales en la calidad de vida de la población. Los programas centrados en las enfermedades prevenibles e inmunoprevenibles, la malnutrición, las enfermedades diarreicas o las infecciones respiratorias aún tienen mucho camino por recorrer.

Colombia está viviendo un escenario de transición epidemiológica donde coexisten las enfermedades infectocontagiosas con las enfermedades crónicas y degenerativas como principal causa de enfermedad y muerte, donde ganan preponderancia enfermedades emergentes como el sida y reemergentes como la tuberculosis, además de las derivadas de la violencia, que en el caso de Colombia ocupa el primer lugar entre las causas de mortalidad.

Al analizar la tasa de fecundidad específica en mujeres de diez a catorce años en la última década (1998-2007) podemos ver que la tendencia es a aumentar, y se nota un incremento del 20% en este período, cifra muy preocupante por los riesgos que esto conlleva, principalmente para el desarrollo psicosocial tanto de la madre como del niño (59). El cáncer en el país ocupa el segundo lugar de la mortalidad general, sin embargo es la primera causa de muerte entre las mujeres de 30 a 59 años.

La violencia en sus distintas formas alcanza altos niveles, en 2008 se encontró que el 39% de las mujeres unidas, tuvieron experiencias de maltrato físico o sexual por parte de su pareja en el último año (60). También los accidentes originan indicadores importantes de morbimortalidad; los trastornos de salud mental, las adicciones (drogas, alcohol, tabaco) y el desplazamiento han aumentado la mortalidad y la morbilidad de la población, las cuales influyen en el deterioro de las condiciones sociales y ambientales. Todo ello se reconfigura significativamente, generando diversos contextos, en los cuales la salud debe garantizarse como derecho inalienable de la población. Reto de gran magnitud para la salud pública de hoy.

La enfermedad mental general en Colombia es de 13,6%, donde la depresión representa el 11,9% del total de enfermedades, siendo más frecuente en la población mayor y entre las mujeres. En el período comprendido entre 2000 y 2008, la tasa de mortalidad por suicidio presenta un leve descenso, al pasar de 5,14 a 4,14 por cien mil habitantes (61). Las enfermedades crónicas no transmisibles representaron el 59,2% del total de defunciones (62).

Otra de las amenazas para la salud de las poblaciones, la constituye el deterioro ambiental producto del uso desmesurado e irracional de los recursos naturales. La contaminación ambiental, es causa directa de daños a la salud y el uso no planificado de recursos naturales, han disminuido los medios de subsistencia de los grupos sociales más pobres.

La situación de salud requiere la búsqueda de mecanismos de participación y control ciudadano como un desafío importante para la formulación de políticas incluyentes y dinamizadoras de una transformación social que responda verdaderamente a las necesidades de las poblaciones. En este escenario, la salud se asume como un derecho social y como un deber, responsabilidad del conjunto de actores sociales, políticos y económicos y el Estado. Es decir, la salud es un asunto de interés público cuya realización como derecho, se inscribe en el ámbito de lo público y de la construcción de una ética ciudadana.

Contexto político y económico

En el contexto político se pretende profundizar en la comprensión de la interacción entre los sujetos y el Estado para establecer una organización de la sociedad. Las relaciones entre el Estado —poder político— y los ciudadanos dependen de cómo se ejerce ese poder político y de la posibilidad que tienen los ciudadanos para formar la voluntad colectiva pública y de fiscalizar el ejercicio del poder político.

En América Latina y particularmente en Colombia, a partir de los años noventa se registran cambios en la relación del Estado y los ciudadanos, se pasa de un Estado benefactor a un Estado regulador de las políticas sociales y económicas.

En salud, estos cambios se traducen en la privatización de los servicios de salud y en la implementación de estrategias de focalización y de descentralización (63). En este contexto, varios cambios se producen en los ámbitos administrativo, asistencial y hasta en la concepción de la salud. La responsabilidad social frente a la salud y a la enfermedad se centra en la responsabilidad de los individuos y sus familias; el mejoramiento de las condiciones de salud de la población como responsabilidad social dirigida por el Estado, se orienta especialmente a la población considerada vulnerable y por tanto con necesidades de focalización, y el mercado se configura en el principal regulador del juego de oferta y demanda de los servicios de salud.

La descentralización política ha ido acompañada de una desconcentración del gasto del gobierno y como resultado, tanto los gobiernos regionales como los locales deben asumir mayor responsabilidad en la entrega y gestión del financiamiento de los servicios sociales en general y del sector salud en particular.

Las decisiones que se toman en salud y las prácticas que de ellas se derivan pueden producir bienestar pero también inconformidad en la población. Es así como la aplicación de un concepto más democrático de las políticas públicas en el país, abre espacios a la participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en las formas de satisfacerlos. La administración pública ya no es patrimonio exclusivo de la burocracia estatal, sino de toda la sociedad aunque esta sea conducida y regulada por las autoridades.

Los mecanismos de participación y control ciudadano si bien son incipientes, constituyen un desafío muy importante para las autoridades en salud, habida cuenta de la necesidad de responder efectivamente a las demandas de la población en un contexto de restricción de recursos. Los servicios de salud se deben prestar de acuerdo con las necesidades individuales, locales, regionales y nacionales.

En el orden de lo social, los procesos de participación y de toma de decisiones están concentrados, centralizados y claramente jerarquizados por los actores políticos. Sin embargo no se puede desconocer el surgimiento de diferentes lógicas y razonamientos, creencias y actitudes que conducen a diversas prácticas en salud.

Bajo estas condiciones el cuidado de las personas debe plantarse teniendo en cuenta la gestión del desarrollo de la acción participativa en la formulación y aplicación de políticas públicas y así llegar a movilizar tanto la capacidad de integración y acción conjunta en las colectividades, como la capacidad de decisión autónoma responsable.

El contexto económico se caracteriza por las macro políticas de liberación del mercado con incidencia en la productividad y competitividad local y nacional. Los mercados financieros mundiales regulan y establecen la distribución de recursos así como la generación de reformas estructurales en las tasa de crecimiento del producto interno bruto de cada país del mundo. Desde esta perspectiva las reformas se han centrado en la estabilización de los precios del mercado, en las reformas tributarias, en las reformas laborales y en las financieras que influyen directa e indirectamente en el sistema de salud.

Esta realidad, sumada a una visión positivista de las variables macroeconómicas, la liberalización del comercio, la privatización de empresas del Estado, y las reformas laborales, entre otros, representan la inestabilidad y la fragilidad económica, social e institucional que actualmente vive Colombia. El incremento de la deuda pública continúa siendo una de las principales fuentes de inestabilidad financiera del país. Los efectos negativos del nuevo régimen económico y del ajuste estructural y la incapacidad de creación de puestos de trabajo de la economía colombiana, tienen como consecuencia la profundización del deterioro de la situación de los estratos sociales menos favorecidos de la población, llevando a grandes inequidades sociales y económicas.

Análisis de la situación de la salud pública en el contexto local

Los sistemas de salud se enfrentan a una demanda creciente de servicios, condicionada por los cambios demográficos en la población, el envejecimiento y los desplazamientos de esta, por el desarrollo de nuevas tecnologías y de fármacos de alta complejidad y costo, por las expectativas crecientes respecto a la calidad de vida, entre otros. Esta presión en la demanda compite con otras necesidades sociales. Lograr el acceso universal y equitativo a toda la población es uno de los

grandes retos del sector salud, así como el garantizar la integralidad de la atención que propicie el bienestar.

La estructura del sistema de salud en Colombia marca una profunda separación entre las acciones individuales y colectivas, organizadas en la lógica de planes de beneficios, en los servicios clínicos y de salud pública, así mismo el complejo flujo de los recursos con criterios de contratación e intermediación de diversos actores, ha privilegiado la lógica del control y la auditoria, haciendo más costosa la prestación de los servicios de salud.

El Sistema de Salud, privilegia acciones de educación y de vigilancia de las enfermedades de notificación obligatoria como acciones para la salud pública, pero su alcance es limitado para establecer un monitoreo con los colectivos humanos de zonas apartadas y de forma continua que permita el conocimiento del impacto de las acciones. El abandono de los programas comunitarios por una prestación de servicios más institucionalizada, ha generado mayores costos y pocos beneficios reales.

Las cifras de mortalidad y morbilidad revelan que la década del 90 fue una década perdida para la salud pública: de hecho, la mayoría de los indicadores de salud y desarrollo, como la mortalidad materna, la sífilis congénita, la mortalidad infantil, la malaria, el dengue y el cáncer, son eventos que se incrementaron significativamente a pesar de los importantes recursos científicos, clínicos y de laboratorio invertidos para su control.

En el departamento de Antioquia, los colectivos humanos se enfrentan a procesos deteriorantes que se manifiestan en un sinnúmero de necesidades que interfieren en su desarrollo armónico y que interfieren en el acceso a las acciones de promoción de la salud, la prevención, atención y rehabilitación requeridas. Es así como el conocimiento de los procesos de protección y los procesos deteriorantes de las personas en condiciones de discapacidad, personas sin techo, personas en condiciones de desplazamiento, los niños, los ancianos, las mujeres y la búsqueda de respuestas sociales para contribuir a su desarrollo, exigen la concertación de acciones intersectoriales para acercarlos al sistema social desde acciones solidarias y equitativas para garantizar el derecho a la salud.

En las realidades de los municipios antioqueños, el estudio de las muertes se constituye en un indicador indirecto de necesidades en salud, teniendo en cuenta que la mortalidad evidencia hechos epidemiológicos donde se palpan los procesos sociales que viven los pobladores. La muerte como indicador de

puntos frágiles de la sociedad refleja no solo las formas de morir (causas) sino también las respuestas sociales y las que desde los servicios de salud se tejen para garantizar el acceso, la atención y la calidad de ésta y que sirven para la adopción y adaptación de las políticas.

La Dirección Seccional de Antioquia (64) en su reporte del SIVIGILA, generado el 30 de marzo de 2006 presenta los diferentes indicadores generales y específicos sobre la mortalidad en Antioquia, desde 1994 hasta 2005. La mortalidad general en Antioquia en este período, ha presentado disminución en el número de muertes pasando de una tasa de 6,21 a 4,66 por mil habitantes.

La mortalidad perinatal para el año 1994 es de 11,57 por mil nacidos vivos y en 2005 se reporta una tasa de 30,17; su comportamiento ha estado con una tendencia al aumento desde 1998, "en la mortalidad materna en el período 2000–2006 se observa incremento del 1%, al pasar de 73,64 a 74,36 muertes por 100.000 nacidos vivos, lo cual deja al departamento lejos de alcanzar la meta planteada por los ODM de reducir la tasa de mortalidad materna a 45 muertes por cien mil nacidos vivos" (65). Al respecto conviene decir que los sistemas de vigilancia epidemiológica ratifican las dificultades para el acceso a la información en los lugares más apartados del departamento, así como de los procesos de acompañamiento a las familias y comunidades en estos hechos vitales.

La mortalidad infantil por su parte evidencia disminución de 327 casos pasando de una tasa de 14,07 a 12,98 por mil nacidos vivos, sin embargo analizando los años de 1994 a 2005, en el año 2000 se reporta la tasa más alta 18,88 por mil nacidos vivos; desde 2003 la tendencia es a la disminución. De 2005 a 2007 vuelve a verse aumento, al pasar de una tasa 12,98 a 14,89 por mil nacidos vivos, según el informe así vamos en salud (66).

Para este período, los registros estadísticos señalan un progresivo cambio en la estructura de las causas de mortalidad infantil, al surgir los trastornos respiratorios específicos del período perinatal y las malformaciones congénitas como las dos primeras causas de mortalidad en este grupo de edad, las causas infecciosas en los menores de cinco años ocupan un lugar menos relevante, observándose una tendencia sostenida en la reducción de la mortalidad por infección respiratoria aguda —IRA— (29,1 por 100.000 menores de cinco años en el 2000 y 17,95 en 2007) y por enfermedad diarreica aguda —EDA— (17,1 por 100.000 menores de cinco años en el 2002 y 9,37 en el 2007). Igual sucede con las enfermedades prevalentes en la infancia, resulta notable la baja en la incidencia de las enfermedades inmunoprevenibles por el progresivo y sostenido nivel de coberturas alcanzadas con los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones —PAI—

(cero casos de poliomielitis, sarampión, fiebre amarilla, tétano neonatal, difteria y rubéola en los últimos años) (67).

Entre las causas de muerte siguen predominando las muertes violentas por homicidios, accidentes de tránsito y el suicidio, así mismo las enfermedades cardiovasculares y el cáncer en todas sus formas.

Cabe señalar que en el departamento, los cambios demográficos y las condiciones de vida han tenido grandes implicaciones en el perfil de morbilidad en los diferentes grupos de edad. A pesar de los avances para el control de las enfermedades inmunoprevenibles y el aumento de coberturas útiles en vacunación, el comportamiento por regiones en el departamento, es diverso lo que hace más complejo el problema de salud pública.

Según las coberturas por biológicos para 2007 se observan los siguientes resultados: con anti polio la cobertura fue del 86,7%, con DPT, la cobertura alcanzada fue de 83,6%; Con BCG, la cobertura total del departamento, ascendió a 94,2%. Otros biológicos como la Hepatitis B y la *Haemophilus influenzae*, alcanzaron coberturas de alrededor del 87,2% y 87,4% respectivamente; en las mujeres gestantes se obtuvo cobertura de 92,3%, con relación al toxoide diftérico; estos resultados distan de la meta de mantener en la población, coberturas por encima del 95% con los diferentes biológicos, de manera que garanticen de alguna manera, la reducción y el control de las enfermedades inmunoprevenibles y cumplir con el objetivo del milenio, todo aunado al monitoreo epidemiológico que desde la atención primaria debe fortalecerse (68).

Los casos de malaria, en el departamento de Antioquia en 2007, fueron: malaria por *falciparum* 5.078 que corresponde a una tasa de 5,18 por 100.000 habitantes, los de *vivax* 30.626 con una tasa de 31,25 por 100.000 habitantes. Las estrategias del control de la malaria, tienen como elemento fundamental el diagnóstico y tratamiento oportuno; entre las regiones con mayor número de casos, se encuentran las zonas del Bajo Cauca y Urabá (69).

La incidencia anual del dengue clásico en el departamento es de 79,29, presenta elevaciones periódicas con comportamiento cíclico. Con relación al dengue hemorrágico, en 2007 la tasa de incidencia fue de 1,13 por 100.000 habitantes.

El patrón epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual es variable, con características asociadas al comportamiento sexual de la población, las experiencias sexuales en la adolescencia temprana son cada vez más comunes, con el consecuente incremento de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y de los embarazos no deseados.

Referente al VIH/sida en Antioquia se parte de una prevalencia 0,2 % en la población de 15 a 49 años en diciembre de 2007 y se pretende mantenerla en 0 o por debajo de 0,7% en el cuatrienio 2008 a 2011. En cuanto a la sífilis congénita, en el 2007 la tasa de incidencia por 1.000 nacidos vivos fue de 3,9 se espera bajarla en el cuatrienio a 0,4 (70).

De acuerdo con este perfil epidemiológico, debe ser prioridad política para el departamento, el fortalecimiento de la salud pública. Para lograr esta meta e incidir favorablemente en las condiciones de salud, en los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y los comportamientos de los individuos y grupos de la población, se requiere el mejoramiento de los entornos psicosociales, y estilos de vida saludables, reunir el esfuerzo de voluntades técnicas y políticas de diferentes sectores, especialmente el de educación y de la sociedad civil, en donde las acciones de promoción de la salud, sean potencializadas a través de una estrategia altamente costoefectiva como es la atención primaria, como un trabajo interdisciplinario que integre todos los programas sociales que favorecen la satisfacción de las necesidades de las familias y disminuyan efectivamente los indicadores de mortalidad y morbilidad.

La educación para la salud es de gran importancia para la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad, en la disminución del proceso de gestación en mujeres jóvenes, de abortos practicados en condiciones inseguras, en la prevención de las infecciones de transmisión sexual, la violencia en todas sus expresiones, la prevención de accidentes de tránsito, las enfermedades transmisibles y zoonosis, las enfermedades no transmisibles y las discapacidades, y potenciar los aspectos que favorecen la salud mental, la salud oral; fundamentalmente, con la educación se desarrollan las capacidades y habilidades de los seres humanos para asumir la vida en conciencia y responsabilidad y el disfrute de la vida.

Por lo anterior, se desarrollan los programas: “Cuidar-nos” e “Integramos la familia con trato digno” en el Plan de Desarrollo de Antioquia, 2008-2011.

- Programa Cuidar-nos:

  Consiste en una serie de acciones que contribuirán a modificar comportamientos nocivos para la salud de los antioqueños, responsabilizando a la población de su bienestar, mediante la adquisición de estilos de vida sanos. Se fortalecerán las acciones de educación para la salud con enfoque diferencial, información sobre deberes y derechos, el uso adecuado de servicios de salud y la comunicación social, con el fin de generar en la población una cultura del auto cuidado y au-

> toprotección. Se promoverá la generación de entornos y ambientes saludables en la familia, la escuela y el ambiente laboral. Se promoverá la conformación y organización de alianzas de usuarios y redes sociales para la promoción de la salud y la calidad de vida (71).

Las estrategias que se proponen para estos logros, entre otras, son: "La estrategia de entornos saludables" en los entornos escolar, laboral y comunitario y la estrategia de "habilidades para la vida".

- Programa Integramos la familia con Trato Digno:

> Pretende posicionar el trato digno en la interacción cotidiana que establecen los niños, las niñas y las personas adultas entre sí, en el espacio familiar, escolar y social, haciendo énfasis en la prevención de la violencia intrafamiliar. Se realizarán actividades educativas formativas en trato digno cotidiano; relaciones de autoridad, norma y castigo; deberes y derechos de los niños y los padres y prevención de los factores de riesgo para la salud mental, con énfasis en el ámbito familiar, además de promover la construcción de entornos y ambientes saludables. Se espera que el cambio generado en la familia tenga un efecto cascada en los individuos y la comunidad (72).

Se señala que la estrategia, por excelencia, que responde de manera integral a las necesidades de la población y permite alcanzar los resultados esperados, *es la atención primaria en salud renovada,* con enfoque familiar, de desarrollo humano, de ciclo vital y de derechos.

Antecedentes de la atención primaria en salud (APS)

En 1978 aparece la declaración de Alma Ata, carta de formalización de la atención primaria en el mundo. Allí fue reconocida por los líderes mundiales como una estrategia que recoge el pensamiento de salud para todos los pueblos en su universalidad humana; se definió la APS, como:

> La atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables, así como tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener... forma parte integral del sistema de salud del país y del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad. Llevando los servicios de salud tan cerca como sea posible hasta donde la gente vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud (73).

En 1978 con Alma Ata, se establece la meta "Salud para todos en el año 2000"

En los años 80 se fortalece el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como estrategia para la APS y se renueva la participación en salud.

En los años 90 se generan globalmente, reformas en los diversos sistemas sociales, incluyendo el de salud, liderado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional

A partir de 2003 se establece un escenario de reflexión sobre el impacto de los indicadores de la salud pública y la persistencia y vigencia mundial de los determinantes sociales, culturales y políticos que interfieren el proceso salud y enfermedad de los colectivos; se repiensa la APS como estrategia para enfrentar los desafíos sobre el futuro de la salud en las Américas.

Se reconoce que la atención primaria es la estrategia clave para lograr las metas del milenio y abordar de manera eficaz los principales determinantes de la salud.

En el año 2005, la OPS/OMS, promueve la atención primaria renovada como eje para la organización de los sistemas de salud, esta posición se ratifica con el informe de la salud en el mundo de 2008 "La atención primaria en salud más necesaria que nunca".

La OPS manifiesta que los profesionales de la salud de las Américas reconocen la importancia del enfoque de la APS; así mismo confirman que abundan las discrepancias y los conceptos erróneos respecto a su significado, incluso en un mismo país. La tabla 2 describe los enfoques principales que se han trabajado históricamente (74).

Tabla 2. Enfoques de la atención primaria de salud APS

Enfoque	Definición de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS selectiva	La APS selectiva se enfoca sobre un número limitado de servicios de alto impacto, dirigidos a los más importantes retos de salud en los países en desarrollo, que carecen de recursos para implementar cambios más amplios en su sistema de salud. Los servicios principales se conocían como GOBI (control de crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización); y después GOBI-FFF (que agregó alimento suplementario, alfabetización de la mujer y planificación familiar)	Conjunto específico de actividades de los servicios de Salud dirigidas a los pobres
Atención primaria	La atención primaria (en lugar de atención primaria de salud). Se refiere al punto de entrada al sistema de salud y al lugar para continuar la atención provista a la mayoría de la gente. Esta es la concepción más común de atención primaria de salud en Europa y en otros países industrializados. Dentro de su más estrecha definición, el planteamiento está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos que ejercen con especialización en medicina general o familiar. Conforme aumenta el conocimiento sobre los determinantes sociales de salud, este enfoque está comenzando a expandirse para incluir acciones intersectoriales y basadas en la comunidad	Nivel de atención en un sistema de servicios de salud

Enfoque	Definición de Atención Primaria de Salud	Énfasis
Alma Ata "APS integral"	La declaración de Alma Ata define la APS como el primer nivel de atención integral e integrada que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y confianza en diversos trabajadores de la salud y profesionales tradicionales. La declaración enunció varios principios, incluyendo la necesidad de dirigirse a determinantes más amplios de salud; accesibilidad universal y cobertura basada en la necesidad; participación individual comunitaria y autocuidado; acción intersectorial para la salud; y tecnología adecuada y costo efectiva en relación a la disponibilidad de recursos	Una estrategia para organizar Los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover a salud.
Enfoque de salud y derechos humanos	Este enfoque hace hincapié en el concepto de salud como un derecho humano y la necesidad de abordar los amplios determinantes sociales y políticos de salud. Difiere más en su énfasis de las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata, que en los principios mismos. Defiende que el enfoque social y político de la APS ha dejado atrás los aspectos específicos de la enfermedad y que las políticas de desarrollo deben ser más "inclusivas, dinámicas, transparentes y respaldadas por la legislación y los compromisos financieros" si pretenden lograr mejoras de salud equitativas.	Una filosofía que impregna los sectores de salud y sociales

Fuente: Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud.

En el informe Técnico de la OPS y de la OMS, renovando la APS en las Américas, se hace un análisis de los logros y lecciones aprendidas y se insta a los países del mundo, para que sean incluidas en las agendas políticas y de Estado como garantía al derecho a la salud y al logro de niveles óptimos de equidad y de desarrollo social.

Logros y lecciones aprendidas en los últimos veintisiete años en la atención primaria en Salud (75)

- Extensión de cobertura a áreas rurales y urbano-marginadas con desarrollo de programas prioritarios del primer nivel de atención.
- Participación comunitaria en la toma de decisiones políticas en salud.
- Recursos humanos acordes con los cambios de prácticas y contenidos de la Salud Pública actual.
- Ganancia neta en la esperanza de vida al nacer que se incrementó en 6 años, de 66 a 72 años y se redujo el 25% el riesgo de morir.
- El 50% de esta ganancia es atribuible a la reducción de la mortalidad por causas transmisibles y cardiovasculares durante ese período.

- Cerca de dos años de esperanza de vida fueron ganados únicamente por la reducción del riesgo de morir por enfermedades transmisibles (60%) y condiciones perinatales (25%) durante los primeros cinco años de vida.

Lecciones aprendidas

Durante los años y el recorrido histórico de los procesos que en atención primaria se han venido desarrollando, se han reconstruido y conformado otros y nuevos procesos, que de manera muy sucinta se resumen así:

- La APS cambia los paradigmas en salud pública, pues acerca las necesidades de la población, a los entes estatales que dirigen las políticas públicas en salud.
- Plantea un cambio al modelo de prestación de servicios y se anticipa a los procesos de reforma sectorial.
- Introduce el concepto de racionalización de recursos, pues es la APS un modelo de atención que a bajo costo genera gran utilidad y rentabilidad social.
- Incorpora la participación social y/o comunitaria a la coordinación intersectorial
- Prioriza la promoción de la salud ante las acciones preventivas.
- Acerca al personal de salud a la comunidad, logrando coberturas en salud y generando remisiones primarias, que a bajo costo aminoran el riesgo de posibles enfermedades de alto impacto social y económico para el sistema.

Asuntos pendientes (76)

De acuerdo con la experiencia en el desarrollo y planteamiento de los diversos enfoques que en atención primaria se conocen, se pueden evidenciar asuntos pendientes, que se convierten en retos para la salud pública:

- La APS y los principios de promoción de la salud han sido insuficientes para reorientar modelos asistenciales y para conseguir participación comunitaria más efectiva.
- Persiste la baja capacidad de respuesta del nivel primario de atención.
- Se deben hacer proyecciones a los cambios en los perfiles demográficos y epidemiológicos de las poblaciones para así poder planear con mayor certeza.
- Se deben generar intervenciones explícitamente dirigidas a la reducción de las desigualdades en salud y el alcance de la equidad.
- Se debe considerar la necesidad de desarrollo de investigaciones que aporten evidencia para orientar las intervenciones y los procesos de atención primaria en salud.

La atención primaria en salud renovada se basa en los valores, principios y elementos planteados por la OPS/OMS (77), como aspectos centrales que permiten operar en el marco cultural social y político de cada región del país.

Tabla 3. Valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud

Liderado por la atención primaria en salud OPS/OMS		
Valores	**Principios**	**Elementos**
Derecho a la Salud	Dar respuesta a las necesidades de salud de la población	Aceptabilidad, accesibilidad
		Atención integral e integrada
		Énfasis en promoción y prevención
		Orientación familiar y comunitaria
	Responsabilidad	Relevancia
		Efectividad y eficiencia
	Orientación a la calidad	Prácticas óptimas de gestión
		Recursos humanos adecuados a las necesidades
Equidad	Priorización de las poblaciones	Cobertura universal
		Políticas y programas pro equidad
Solidaridad	Sostenibilidad	Financiamiento sostenible
	Intersectorialidad	Enlace con las Funciones Esenciales SP
	Participación	Mecanismos de participación activa

Fuente: Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud.

Los valores que la OPS y la OMS le asignan a un sistema de salud liderado por la atención primaria en salud, resultan fundamentales para establecer las prioridades y para evaluar si los cambios sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población. Proveen una base moral para las políticas y programas que se proyectan en nombre del interés público. Los valores como el derecho a la salud, la solidaridad y la equidad buscan proteger a las personas más vulnerables de la sociedad y para crear una base legal que les permita reconocer sus derechos a la luz de la dignidad y de la libertad.

Los principios de las políticas de salud sirven de puente entre los más amplios valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud para acciones más equitativas donde predomine el beneficio común.

Los elementos de los sistemas de salud basados en la APS estructural y funcionalmente se entrelazan, formando parte de todos los niveles de un sistema de salud. Deben basarse en la evidencia actual de su efectividad y en la mejora de la salud, así como en el cumplimiento de las funciones esenciales del sistema de salud.

El sistema de salud basado en la APS requiere un marco legal, uno institucional y uno organizacional, así como de recursos humanos, financieros y tecnológicos adecuados y sostenibles. Todos ellos garantizados por un Estado que debe ofrecer servicios de salud en forma sólida y solvente.

Dimensiones de la APS

El objetivo último de la renovación de la APS es obtener resultados sostenibles de salud para todos y en el contexto actual, contribuir al logro de los objetivos de desarrollo del milenio, por lo que renovar la APS significa algo más que un simple ajuste a la realidad del momento actual, es preciso realzar su alcance para el desarrollo y logro de las aspiraciones de la sociedad, esto implica reconocer sus dimensiones ética, política y sistémica.

Antecedentes de la Atención Primaria en Salud —APS— en Antioquia

El interés por el cuidado de la salud y la vida y el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de la población es tema que se ha desarrollado a través de los tiempos acorde a las necesidades de cada una de las culturas, llevando esto a un cambio en las formas de intervención. Es así como se han creado diferentes estrategias que buscan garantizar la salud individual y colectiva de la población.

La atención primaria en salud con participación de la comunidad es una estrategia de la cual Antioquia puede dar fe de su contribución al mejoramiento de la situación de salud.

Lo que es el Promotor o la promotora de Salud, nace de la inteligencia del estudiante de Medicina Héctor Abad Gómez en el año 1940, quien por medio de la observación de la cotidianidad de su entorno familiar, el de las familias campesinas con dificultades de acceso a los centro urbanos, encontró el significado de las madres jefes de hogar, para la realización de acciones de protección y cuidado al interior de su propia familia y las comunidades vecinas, como práctica

Tabla 4. Dimensiones de la APS

Dimensión ética	Dimensión política	Dimensión sistémica
Involucra la salud como derecho humano y público	Involucra la salud como espacio de construcción de ciudadanía	Reorienta los servicios con criterio de promoción de la salud
Debe buscar la Justicia social como garante de salud para todos	Debe buscar la rectoría del Estado	Genera modelos de atención integral
Cumple con los objetivos del desarrollo del milenio	Genera la intersectorialidad en la política pública	Busca la calidad de la atención
Se debe fortalecer la solidaridad y la cooperación internacional	Fortalece la participación ciudadana, en búsqueda del protagonismo y del control social	Se debe garantizar la sostenibilidad de los sistemas e intervenciones en salud

comunitaria, con la intencionalidad no solo de disminuir muertes prevenibles principalmente de los niños, sino la de encontrar alternativas cotidianas para prevenir las enfermedades.

En el año 1945 conoció una iniciativa similar a su idea, propuesta por el Ministro de Salud Pública de México el doctor Morones Prieto en la cual se nombraba para cada vereda una promotora de agricultura, una promotora de educación y una promotora de salud con la finalidad de apoyar el desarrollo de las poblaciones en estos tres aspectos esenciales para la supervivencia en las comunidades.

Con este conocimiento fortaleció más la idea y, siendo médico, logró generar su convicción de que la salud está estrechamente relacionada con situaciones diferentes a la mera atención de la enfermedad. En el año 1956 tiene la oportunidad de fundar la cátedra de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y le propuso al decano realizar una obra social en el municipio de Santo Domingo (Antioquia) con 70.000 pesos donados por el señor Adolfo Aristizábal oriundo del municipio y exportador de café en Cali.

Al visitar el municipio para reconocer los principales problemas de salud de la comunidad se encontró que el problema mayor era la desnutrición y la gastroenteritis en los niños y decidió entonces, convertir su idea en realidad con la creación de lo que el doctor Abad denominó “Las Promotoras Rurales de Salud”.

La obra se desarrolló mediante la ubicación de un médico y dos enfermeras en el municipio de Santo Domingo en una casa que denominaron la Casa del Café y motivaron a 30 mujeres de la localidad para ser capacitadas en prácticas de higiene y salud y fue así, como estas primeras promotoras empezaron a ejercer su voluntariado comunitario.

La estrategia continúo y en cinco años se logró disminuir la mortalidad infantil de 163,4 a 87,5 por mil nacidos vivos, lo que motivó la decisión de desarrollar la iniciativa en todo el departamento de Antioquia bajo la dirección de la Escuela de Salud Pública.

El doctor Héctor Abad Gómez, Director de la Escuela de Salud Pública, diez años más tarde en el año 1965, presenta al Ministerio de Salud de Colombia la idea de capacitar promotoras rurales de salud para otros departamentos. En ese entonces, se capacitó personal profesional de quince departamentos como adiestradores de promotores rurales de salud, en el municipio de Copacabana, en cursos con una duración de tres meses, se diseñó el manual para su adiestramiento con énfasis en: La labor educativa en salud, la promoción del saneamiento ambiental, el estímulo a la organización y a la participación comunitaria, la vacunación y primeros auxilios en el hogar.

Con la extensión de la capacitación de las promotoras rurales de salud en diversos departamentos del país, la OPS y OMS, reconocen el alcance de esta iniciativa, y a comienzos de la década del 70 el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo de agencias internacionales, crea oficialmente el programa Materno Infantil y el de Promotoras Rurales (Voluntarias de salud) que dedican todo su tiempo al trabajo con las comunidades y reciben de las secretarias departamentales de salud pública una bonificación mensual.

A partir del año 1978 se incluye formalmente la promotora de salud como recurso humano propio del Sistema Nacional de Salud en Colombia, se intensifica su capacitación e interviene además en la prevención y detección temprana de otras enfermedades tales como la Tuberculosis —TBC—, la malaria y las enfermedades de transmisión sexual —ETS—. A partir del Plan Decenal de las América se crearon los módulos ampliados de cobertura —MAC—, con los cuales se fortaleció la atención en salud en las veredas y corregimientos con el recurso de auxiliares de enfermería y promotoras de salud, haciendo equipos de trabajo de una auxiliar por siete a diez promotoras de salud, cada una en su propia vereda.

En la década de los 80 con la promulgación de la estrategia de APS “Salud para todos en el año 2000” los Módulos de Ampliación de Cobertura, amplían su base de cobertura con las Unidades Primarias de Atención en Salud —UPAS—, fortaleciendo la capacidad de intervención de las promotoras rurales en el trabajo de salud comunitaria con participación de la comunidad, mediante la integración con las juntas de acción comunal, los maestros, los promotores de saneamiento, los técnicos agropecuarios, y fue así como se logró emprender el desarrollo del perfil epidemiológico del Departamento incluyendo las área rurales. Con esta

estrategia se logró incrementar las actividades de los profesionales de salud en las áreas rurales mediante la descentralización de los servicios especialmente las consultas médicas y odontológicas en los centros y puestos de salud.

El promotor de salud a través de la ficha familiar y el consolidado en la denominada la ficha comunitaria, recolectaba la información casa a casa y desarrollaba actividades de promoción de la salud y prevención de acuerdo con la situación de salud de cada familia. El enfoque de intervención era basado en el enfoque de riesgo. En el hospital de cada municipio, la enfermera era la encargada de la programación, seguimiento y educación continua de los promotores y esto fue lo que logró la extensión de cobertura de atención, el mejoramiento del sistema de información en el sector de la salud y el acercamiento de las entidades gubernamentales de los diferentes sectores a las áreas rurales. La capacitación en ese entonces estuvo a cargo de la Escuela de Auxiliares de Enfermería de la Dirección Seccional de Antioquia, que contaba con cuatro sedes ubicadas en diferentes regiones del Departamento, en el año 1992 ya contaba con una en cada región del departamento. La capacitación incluía además de los tres meses de capacitación un mes exclusivo de práctica laboral dirigida por una enfermera docente, lo que permitió que este recurso lograra mejorar sus competencias y credibilidad entre la comunidad y los diferentes actores municipales, convirtiéndose en los funcionarios clave del desarrollo intersectorial e interinstitucional junto con la enfermera zonal o enfermera del programa de promotores de salud.

En la década de los noventa, se introduce el enfoque de salud familiar para la atención a las comunidades, obteniéndose desarrollo parcial especialmente en su implementación, en particular en la región del suroeste.

Es claro que el desarrollo de un sector como el de la salud es también determinado por la influencia socioeconómica del desarrollo y es así como puede entenderse que en la época de la bonanza cafetera el sector avanzó en el desarrollo de la salud pública con el incremento y la capacitación del recurso humano en salud en los municipios, en sus áreas urbanas y rurales, el incremento de las coberturas de atención y el mejoramiento de la capacidad instalada en centros y puestos de salud. En el año 1988 el Departamento contaba con 718 promotores y promotoras de salud en ejercicio, 144 auxiliares de enfermería y 75 enfermeros y enfermeras en 144 UPAS ubicados en 82 municipios de las 9 regiones. Hecho que evidencia la prioridad otorgada a la salud pública en esa época.

Este enfoque de trabajo en equipo integrado y funcional con base comunitaria, *es y seguirá siendo*, un hito en la historia de la salud pública en Colombia.

El descenso de la salud pública en Colombia se da de manera abrupta a partir de los años 90, época en la cual inciden dos hechos que obstaculizan de manera contundente su desarrollo: uno fue el fenómeno de la violencia en su más alto nivel, lo que dio lugar a la muerte y el desplazamiento de comunidades rurales y urbanas incluidos los promotores y promotoras de salud y auxiliares de enfermería, y el otro, la sanción de la Ley 100 de 1993 la cual favoreció el impulso de los servicios hospitalarios frente a los relacionados con la Salud Pública y fragmentó los programas que atendían la salud de los colectivos.

En la primera década del siglo XXI en el departamento de Antioquia, año 2005, se identifica que hay tiempo perdido para la salud pública, se reconoce las bondades de la atención primaria como la estrategia por excelencia para lograr las metas del Pacto por la Salud Pública de Antioquia, avanzar en el logro de la equidad como efecto de hacer realidad el derecho a la salud en concordancia con la cobertura universal en el aseguramiento y contribuir al logro de los objetivos del desarrollo para el milenio. Surge en la dirección de Salud Pública de la Dirección Seccional de Salud y la Gobernación de Antioquia, la iniciativa de impulsar la atención primaria renovada con "Promotores y promotoras de vida".

Para hacer realidad esta intención, se inicia la construcción de una propuesta de modelo de atención en salud que incorpore los principios, valores y elementos de la *atención primaria renovada* y, que recoja las experiencias y aportes de las direcciones locales de salud de diversos municipios, las universidades, las instituciones educativas, sociales y de salud, de manera especial, los de la disciplina de la enfermería, reconocida esta profesión, en los ámbitos nacional e internacional como líder en atención primaria.

Hoy la atención primaria en salud es una realidad en 63 municipios, esto ha sido posible por el compromiso y el esfuerzo que han asumido los municipios y el departamento de Antioquia para hacer una inversión conjunta y mantener una relación de esfuerzos en este sentido, con la asesoría y asistencia técnica de un grupo de profesionales vinculados a la Dirección Seccional de Salud y de Protección Social de Antioquia, a las administraciones municipales, docentes y contratistas de la Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería y de ECOSESA Empresa Cooperativa de Servicios de Educación y Salud, desde el año 2005.

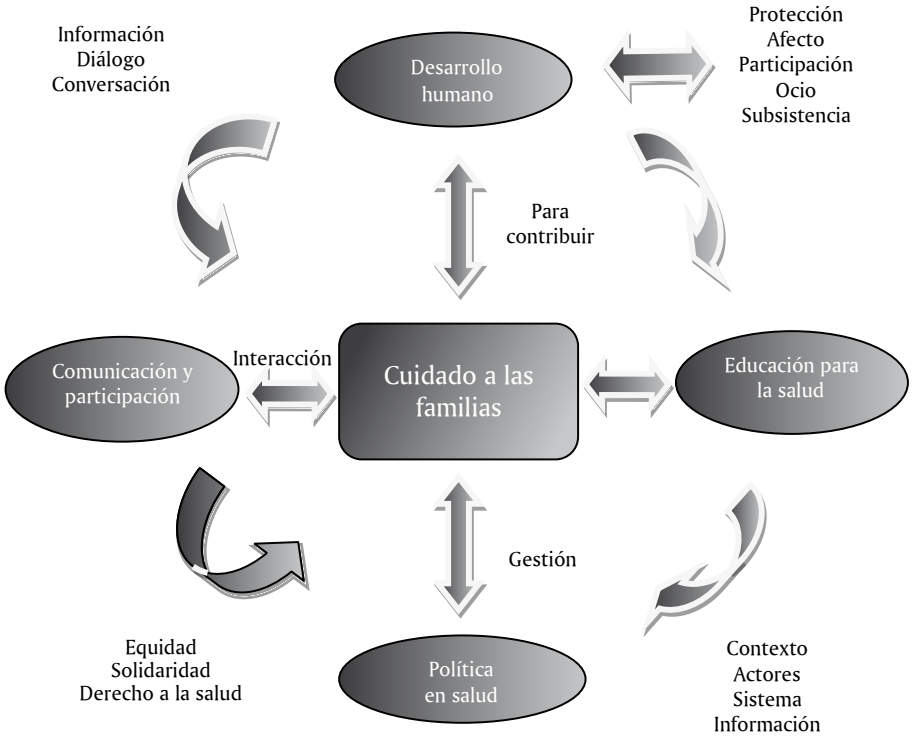
El modelo que se viene construyendo para el departamento de Antioquia, comparte el análisis que presenta la OPS/OMS sobre los "factores facilitadores y barreras para la implementación de la APS en las Américas". En la figura 1, se proyecta este modelo con un enfoque de desarrollo humano, enfoque familiar,

de ciclo vital y en la perspectiva de derechos, atendiendo a las demandas sociales y contextos actuales y a las experiencias en atención primaria, que han tenido las comunidades locales del Departamento.

Modelo de atención primaria desde el enfoque familiar y del desarrollo humano

La iniciativa de establecer un modelo de atención primaria en salud, busca evidenciar en el sistema de salud las necesidades reales de las familias y colectivos con el acercamiento continuo y permanente que posibilite un monitoreo de los procesos de protección como potencialidades desde el desarrollo humano, los procesos de riesgo y las respuestas sociales que se establecen para la movilización de recursos y de actores en el contexto municipal, buscando la justicia social, la equidad y hacer efectivo el derecho a la salud.

Figura 1. Modelo de atención primaria desde el enfoque familiar y del desarrollo humano



Perspectiva epistemológica

A partir de los postulados epistemológicos, la propuesta se enmarca en el concepto de salud como bienestar; en este sentido la salud colectiva en el estudio del proceso salud-enfermedad de los colectivos humanos ha fortalecido la comprensión de la salud desde la vida cotidiana, analizando la forma como se construyen las relaciones sociales y se favorece el desarrollo de nuevas metodologías para interpretar las necesidades poblacionales y generar acciones auto gestionadas de desarrollo social.

En el modelo de APS se concibe la salud, en el marco de los postulados de Almeida Filho, Paim, Breilh, Samaja, como un "hecho histórico y social, donde su instauración en el mundo de la vida genere nuevas metodologías interpretativas, que involucren el lenguaje y la cultura como formas de relaciones sociales complejas y dinámicas" (78).

La filosofía de la salud incluye la dimensión individual y pública, esta se refiere a la ética y a la metafísica, como forma de participar en el mundo de la vida. Canguilhem, afirma que la salud está inscrita en la historia vital del sujeto, en el genotipo y en las relaciones de vida con el medio ambiente. La salud implica sentimientos para afrontar con fuerza la enfermedad con apertura hacia los riesgos sociales, es entendida como el silencio de los órganos, y su argumento etimológico de salud es abarcador, significa totalidad.

Edmundo Granda postula la metáfora del poder de la vida, pues la vida genera salud y esta no se da únicamente por ausencia de la enfermedad "salud es una forma de vivir autónoma y solidaria, consustancial con la cultura humana, dependiente y condicionante de las relaciones de poder que se establecen con la naturaleza, la sociedad y el Estado" (79).

Jaime Breilh plantea que hablar de salud como bienestar requiere encontrar un nuevo estatuto para lo social y lo cultural, en el que los procesos de salud-enfermedad se expresen como dinámicas históricas, en el que el sujeto se relaciona con el contexto en interacciones de mutua afectación, en donde el proceso salud-enfermedad se comprenda como parte del proceso vital humano, en el que median relaciones sociales, culturales e históricas, implicando una visión de los individuos y los colectivos (80).

La salud ya no es entendida como un estado; es un proceso de construcción permanente que reconoce lo cultural y lo social como manifestaciones simbólicas y materiales, que comprometen todas las relaciones del hombre y por lo tanto de

su vida misma; la realización de un campo de salud implica una intervención sobre la vida, más que sobre la enfermedad. La salud como bienestar se funda en el concepto de dignidad humana, entendida esta como la relación entre el goce de estar vivo y el valor de la existencia como realidad social, cultural y política que se construye en la interacción cotidiana.

Comprende la realidad desde una dialéctica *pasado-presente-futuro. El pasado,* es un referente para reelaborar la identidad, el sentido de pertenencia y para conocer las raíces de determinación de muchos eventos actuales. *El presente,* debe ser mirado críticamente para desentrañar las posibilidades para la lucha, por el disfrute colectivo de los bienes de la dignidad, la equidad y la humanización de la vida. *El futuro*, debe ser valorado para planear las transformaciones de los proyectos de vida (81).

Este enfoque humanista de la salud se materializa en la propuesta de Max Neef y Elizalde a partir del desarrollo humano, a través de la comprensión de las necesidades y satisfactores, que el ser humano construye según el contexto cultural, social e histórico; estos autores expresan que el desarrollo humano analiza el mundo de la vida desde la perspectiva de las categorías existenciales y su relación con las necesidades humanas. "Esta combinación permite reconocer las categorías existenciales ser, tener, hacer y estar a la luz de las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad, en una comunidad determinada, a la luz de las cuales se hacen evidentes aquellas necesidades que requieren ser potencializadas, a través de diversas metodologías y procesos sociales" (82).

En la esfera de lo político, la salud se centra desde el derecho y la construcción social de lo público como asunto de interés colectivo, que se dimensiona desde la ética ciudadana, con la corresponsabilidad social, para el cuidado de sí y de los otros. Es decir que la salud no se produce solo desde la visión y la inversión del sector salud, sino desde una perspectiva del desarrollo humano y social.

En torno a la equidad y el desarrollo, Amartya Sen interpreta el desarrollo social y humano en el contexto del reconocimiento del derecho, donde el sujeto desarrolla capacidades para acceder a su proyecto de vida y a la redistribución de manera equitativa y en igualdad de oportunidades de los excedentes del capital. En su trabajo sobre la salud en el desarrollo, Sen afirma que "el desarrollo debe tener como principal objetivo la mejora de nuestras vidas y de las libertades que disfrutamos. Y una de las libertades más importantes de que podemos gozar es la de no estar expuestos a enfermedades y a causas de mortalidad evitables" (83).

Se ha constatado la relación directa que existe entre la salud y el desarrollo económico, e incluyen aspectos que ilustran la relación entre el producto nacional

bruto por habitante, la reducción de la pobreza y el gasto, en particular el que genera la atención en salud.

De acuerdo con la ilustración hecha en los párrafos anteriores, la atención primaria en salud no es solo una respuesta a las necesidades de las familias, sino que se constituye en una práctica social que tiene como ejes filosóficos el mundo de la vida, la interacción humana y la comprensión de los fenómenos de estar sanos o enfermos, en los momentos históricos que determinan el desarrollo humano.

Referentes conceptuales

Elementos de la atención primaria en salud

Los elementos de la atención primaria en salud están definidos desde la declaración de Alma Ata, que aunque han sido expresados en terminología diferente, contempla cinco elementos fundamentales que le dan a la APS características bien definidas: la atención centrada en las personas, en forma integral, integradora, continua y con participación de los usuarios, las familias y las comunidades. Para poder cumplir con esas características la atención en salud requiere servicios de salud bien organizados, equipos multidisciplinarios que estén cerca a los usuarios, con un objetivo común y una metodología de trabajo compartida, que se encarguen de un grupo de población determinada, que colaboren con otros sectores y servicios sociales, que conozcan y coordinen las contribuciones de los hospitales, especialistas y las organizaciones comunitarias (84), (85).

Atención integral. Esta visión permite comprender que las intervenciones sobre el individuo exigen considerarlo en estrecha relación con todos sus aspectos biopsicosociales y espirituales.

Atención integradora. Contempla los aspectos de promoción de salud, y la prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad; la atención de la enfermedad debe ser considerada en todo su proceso, desde antes de iniciarse hasta que el individuo es colocado nuevamente en los ambientes, familiar, laboral y social; razón por la cual para garantizar la atención, se debe coordinar el trabajo con otros sectores y servicios sociales requeridos.

Continua. Ha de proporcionar y promover cuidados de salud a lo largo de la vida de la personas y familias, no se centra en los episodios de enfermedad, es una atención longitudinal, por lo tanto facilita una interrelación personal y una comunicación estrecha del equipo de salud y las familias y comunidades atendidas, en sus entornos; es fácil así comprender por qué el doctor José Antonio Río

afirma: "el ser permanente, dota a la Atención Primaria de uno de sus máximos valores" (86).

Participación. La participación social es hacer explícito la diferencia que existe entre individuo y sujeto; individuo es aquel ser humano que asume una actitud y posición individualista frente a la sociedad, dirigiéndose acciones tendientes a resolver sus propios intereses, problemas, expectativas y deseos particulares, independientemente de la voluntad o necesidades de los otros. Igualmente el individuo está determinado por las normas sociales y el control que estas imponen, sin cuestionar si son buenas o malas; entendiendo por bien, el reconocimiento del otro como sujeto, y el mal, como el tomar al otro como instrumento para controlarlo y utilizarlo para beneficio propio. Se reconoce que en cierta medida, el individuo es un consumidor altamente pasivo de la realidad que se impone, se inserta acríticamente en las relaciones de comunicación, de producción y de consumo desmedido de bienes; igualmente se reconoce que el individuo hace parte del colectivo social pero desde la defensa de sus intereses propios.

El sujeto, se opone a la idea de que existe un orden impuesto para el mundo, se opone a la resignación. El sujeto sabe que tiene control sobre lo que le pasa y se reconoce como sujeto histórico que debe transformar las relaciones de dominación. Es decir, participa activamente en todos los procesos sociales de un Estado. El sujeto se reafirma reconociendo al otro como sujeto, a través del lenguaje, la comunicación y ahora, a través de las nuevas tecnologías en informática y comunicación, posibilitando la transformación personal en la relación intersubjetiva y construyendo conocimiento desde la experiencia cotidiana de estas relaciones, lo que lleva al reconocimiento de la diferencia, manteniendo la distancia y buscando el acercamiento desde el principio de la libertad.

Según Max Neef, la participación es una de las necesidades valorativas o axiológicas humanas. Está relacionada íntimamente con la formación de la persona desde la socialización del individuo. Hace referencia a la movilización, a la organización y la interacción responsable con otros actores, para generar desarrollo. Requiere un sujeto y colectivos conocedores de sus necesidades y potencialidades, para poder intervenir en la toma de decisiones, proponer y negociar propuestas que los favorezcan, logrando de esta forma una transformación social.

En consonancia con lo anterior, la participación asumida como la asunción del derecho, necesita de individuos, de familias y de comunidades activas y proactivas, capaces de lograr el reconocimiento de sus derechos, participar en la asignación de recursos y en la organización y regulación de la atención, constituyéndose en sujetos sociales con capacidad de controlar el entorno.

> En otras palabras, "una respuesta óptima a las aspiraciones de poder intervenir en mayor medida en las cuestiones de política sanitaria sería que hubiera pruebas de la existencia de un sistema estructurado y funcional de frenos y contrapesos. Ese sistema contaría con la participación de los interesados pertinentes y velaría por qué no hubiera grupos con intereses concretos que se apropiaran de la agenda de políticas" (87).

Las reformas en pro de la atención primaria en salud están planteadas en relación con los cuatro valores: cobertura universal, prestación de servicios, política del sector público y liderazgo, gozan de apoyo amplio, como una manera de enfrentar los desafíos mundiales comunes, producidos por las transformaciones sociales, demográficas y epidemiológicas, alimentadas por los procesos de globalización, urbanización y envejecimiento de la población (88).

Hoy se reclama que la APS sea el eje de los sistemas de salud el cual debe regirse por los principios, valores y elementos que contiene la atención primaria renovada; los cuales se asumen en esta propuesta.

La familia es el sujeto central del modelo, por lo tanto el conocimiento y la comprensión que se tenga de ella, sus procesos, su composición, sus crisis, su evolución y el contexto en que se desarrolla actualmente, son fundamentales para promover la salud en su entorno.

> Enfoque familiar y comunitario: La APS concibe la atención de las personas en el contexto más amplio de sus familias y su ambiente. Los servicios sociales y de salud que satisfacen las necesidades de la población se basan en información local y son prestados dentro de los contextos social y cultural de la familia, del individuo y otros contextos sociales relevantes. Las prácticas deben estar dirigidas a los problemas de salud de los individuos en el contexto de sus circunstancias familiares, redes sociales y culturales y su entorno laboral. Esto implica una comprensión efectiva de las circunstancias y hechos en la vida de una persona, su cultura, condiciones de vida, dinámica familiar, situación laboral y problemas de salud (89).

La familia

Tratándose la familia como unidad de análisis, se aprecia con relativa frecuencia la extensión del concepto de salud individual a la familia, y se pretende el uso de diagnósticos del campo de la clínica, como es por ejemplo, familia sana y enferma; no obstante, la salud de la familia es un concepto de grupo. "La OPS hace referencia a la salud de la familia como un campo de prioridad programática

integrado por la salud de la adolescencia y la niñez, el envejecimiento saludable, la salud sexual y reproductiva, la maternidad segura y saludable, y la reducción de la mortalidad materna" (90).

Para observar la salud de la familia hay que hacer un reconocimiento social de los problemas de salud, y en este contexto, se reconoce la indivisibilidad de la madre, el padre y el niño en el proceso de las intervenciones de salud, sin embargo para hacer alguna acción sobre un miembro de esta unidad familiar, es necesario situarse en su contexto de vida social para comprender mejor los efectos biológicos y psicológicos que tendrán dichas intervenciones.

Expertos de la OMS en 1978 plantearon: "La salud del conjunto de la familia es un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo de la misma, como unidad biosocial en el contexto de una cultura y sociedad dada" (91). Desde esa fecha al concepto de familia se le dio la noción de la dimensión grupal, que depende de las relaciones intrafamiliares y de las condiciones que favorezcan el funcionamiento efectivo, entendido como la capacidad de enfrentar los cambios del medio social y del propio grupo, propiciando el crecimiento y desarrollo individual según las exigencias de cada etapa de la vida. Se concluye además, que la salud de la familia no es una condición a la que se llega por suma del estado de salud o enfermedad de cada uno de los integrantes de la familia, como equivocadamente suele entenderse.

Al respecto, González Benítez (92) citada por Louro en 2004, plantea que la salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa de ciclo vital y familiar y afrontamiento a las crisis) y factores sociológicos (modo de vida de la comunidad, de la sociedad).

En este sentido, Clavijo Portieles (93) citada por Louro en 2004, describe la salud familiar a través del concepto familia saludable, y expresa que se considera saludable una familia cuando está presente la salud física y mental de sus integrantes, con adecuada integración estructural, funcional, psicodinámica, semántica y ecológica entre ellos y con el ambiente.

En todo lo relacionado con la conservación y protección de la salud, la familia cumple roles esenciales, de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas y el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos.

A la familia también hay que dársele la importancia que tiene en la formación de valores y hábitos relacionados con los comportamientos implicados en la salud, en su seno se gestan procesos, que actúan como protectores de salud o desencadenantes de enfermedad y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo.

En este sentido, el funcionamiento familiar resulta un factor predisponente o coadyuvante en la producción y curso de diversas enfermedades y problemas de salud de sus integrantes.

De igual manera la salud del grupo familiar se configura en una trama compleja de condiciones socioeconómicas, culturales, ambientales, biológicas, genéticas, psicológicas y relacionales, que se concretan a escala microsocial en el contexto del hogar. Esta trama se define como la capacidad de la familia de cumplir con sus funciones, de propiciar el desarrollo armónico de sus integrantes, afrontar constructivamente las crisis propias de su desarrollo como familia o las que se presenten en determinado contexto social, cultural y económico de su existencia. Dicha capacidad se expresa también en el modo particular en que la familia provee experiencias potenciadoras de salud, asume en forma constructiva y creativa las exigencias que devienen de cada etapa de desarrollo biopsicosocial de sus integrantes, de la familia y de la vida social. La capacidad de salir adelante, de desarrollar estilos de vida y hábitos saludables se establecen principalmente en la familia a través del desarrollo de hábitos, actitudes, habilidades y capacidades para enfrentar la vida.

La familia también puede ser potenciadora del desarrollo y crea en el hogar un clima de armonía, comunicación, afectos, unión, respeto y solidaridad, que se traduce en bienestar y satisfacción de sus integrantes. Este tipo de familia al enfrentar problemas y tomar decisiones sin adoptar mecanismos destructivos, asume cambios en las reglas, los roles y jerarquías para adaptarse a las exigencias de los procesos críticos de vida; así mismo es capaz de recurrir a recursos externos y asimilar nuevas experiencias cuando lo necesite.

El principal factor protector, cuando se habla de familia, es una familia unida, basada en unas relaciones afectivas fuertes de la pareja, con padres que destinan tiempo a conocer a sus hijos, reforzar sus logros, monitorear sus acciones y poner los límites necesarios. Si esto no ocurre, la familia se convierte en un factor limitante para el desarrollo humano.

Como una condición dinámica, la salud de la familia está sujeta a variaciones debido al funcionamiento sistémico del grupo, ante las influencias de cambio de los factores que la conforman, producidos por las vivencias y conflictos familiares relacionados con el tránsito por las etapas del ciclo de vida individual de sus integrantes, del ciclo

vital familiar con sus eventos característicos de salud, por la exposición a situaciones de la vida cotidiana en la sociedad, y por las propias características de las relaciones interpersonales familiares, además de los determinantes sociales y culturales.

Louro Bernal en 2004 encontró que los aspectos condicionantes de la salud familiar se configuran en seis **dimensiones:** contexto socioeconómico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social.

Contexto socio-económico y cultural de vida familiar. Teniendo en cuenta la importancia de este contexto en la vida familiar como sustrato esencial de la salud, se propone incluir bajo esta dimensión las categorías relacionadas con la inserción sociolaboral de la familia, la situación económica y las condiciones materiales de vida del hogar, junto a las expresiones del mundo cultural que vive la familia como son la religiosidad y los valores ético morales.

Composición familiar. Esta dimensión se refiere a las características de la estructura visible del núcleo familiar, como son: el número de convivientes, las relaciones de parentesco entre ellos y con relación a un jefe de familia, la edad y el sexo.

Procesos críticos de vida familiar. Se consideran procesos críticos la situación que genera en la familia la vivencia de acontecimientos de diferente naturaleza que potencialmente afectan su tranquilidad y armonía en un determinado período. Exige valorar las repercusiones de estos eventos en las relaciones familiares, en los sentimientos, la forma como producen exigencias y cambios en su funcionamiento interno y en la flexibilización de sus normas. Cualquier familia puede enfrentar a la vez procesos críticos que se derivan del tránsito por las etapas del ciclo vital de sus integrantes, del ciclo vital familiar, situaciones relacionadas con la vida social, los problemas de crecimiento, desarrollo y condición de salud de sus integrantes, así como las ocurridas por la carencia de servicios de atención médica y social, aspecto de importancia actual, dado que la prestación de los servicios de salud están estrechamente ligados a las condiciones socioeconómicas de la familia. Si bien es cierto que estos procesos tienen naturaleza y magnitud variable, de acuerdo con el significado y los resultados que tienen para la vida familiar, provocan nuevos retos y ponen a la familia en situación de crisis.

Relaciones intrafamiliares. La familia desarrolla ciertas pautas o maneras de relacionarse entre sí. Este conjunto de relaciones interpersonales e intrafamiliares, también llamado funcionamiento intrafamiliar, permite construir la base del comportamiento de sus miembros para la aceptación de sí mismo y del otro; al mismo tiempo va creando el clima propicio para el equilibrio psíquico, la expresión

amorosa, la forma de comunicarse, la confianza para establecer un referente de conductas morales de respeto y tolerancia, aspectos a reproducir por los hijos, quienes con el tiempo las van asumiendo como principios relacionales.

Afrontamiento familiar. Llamamos recursos de afrontamiento, a la capacidad que tiene la familia de movilizarse para la búsqueda de satisfactores, que permitan actuar sobre las necesidades y a la forma como la familia se comporta frente a los procesos críticos. El afrontamiento familiar tiende a configurar una forma relativamente estable de actuar como grupo, ante los procesos críticos de la vida familiar. Se considera que existe un afrontamiento familiar predominante, ya sea en un sentido constructivo o destructivo. En el sentido constructivo, las familias que asumen actitudes de cambio y comportamientos favorables a la salud, tales como: ajuste de roles, flexibilización de las normas establecidas y solicitud de apoyo comunitario o profesional; el sentido destructivo se refiere a los casos en que las familias exhiben comportamientos de negación y rechazo, a modo de ejemplo; cuando rehúsan orientaciones profesionales, descuidan las medidas higiénicas y sanitarias del hogar y su entorno y el cuidado de integrantes enfermos o con discapacidad; también están en este grupo, las que no hacen la adecuada reestructuración de la situación problemática y evaden la solución de los problemas.

Apoyo social. El apoyo social constituye el conjunto de recursos de diversa naturaleza con los que pueden contar las familias en la vida cotidiana y especialmente ante determinadas situaciones que exceden sus recursos y potencialidades. Se distingue en este grupo el apoyo instrumental, material o tangible y el psicológico, que incluye las relaciones de confianza, de aceptación y comprensión, ambos muy necesarios para afrontar las exigencias de la vida. En este apoyo social se incluyen las instituciones, tales como la escuela, la iglesia, los grupos comunitarios y los servicios de salud (94).

Ciclo vital familiar

En el tránsito por su ciclo vital, la familia atraviesa por períodos de estabilidad y períodos de cambios, caracterizados estos últimos por contradicciones internas que son necesarias e imprescindibles para propiciar su desarrollo. Estas contradicciones surgen a partir de eventos familiares que constituyen hechos de alta significación para el individuo y la familia, y que provocan alteraciones en el ritmo normal de la vida familiar, originando momentos de estrés, al tener la familia que enfrentarlos reestructurando sus procederes habituales. Estos momentos de cambio son etapas que conforman el ciclo de vida de la familia se inicia con la formación de la pareja y termina al desaparecer ambos miembros de esta.

Es importante señalar que estas crisis o momentos de desequilibrio no se deben considerar como circunstancias negativas, traumáticas o penosas, sino como momentos de desequilibrio debido a cambios esperados por los cuales atraviesan la mayoría de las familias y que requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que forman parte del desarrollo de la vida normal de las familias y se resuelven de acuerdo con la cultura y las costumbres que ellas poseen, razón por la cual no se puede afirmar que existan formas correctas o incorrectas para superarlas. Por ser cambios esperados se han llamado crisis normativas o evolutivas. Las crisis están marcadas por las etapas por las que atraviesa la familia a través de su desarrollo y han sido definidas por varios autores de formas diferentes o las han subdividido para enfocar con mayor precisión las situaciones que se observan al interior de la familia, a modo de ejemplo, el doctor Ramón Florenzano (95), citado por Raúl Cheix M. divide las etapas del ciclo familiar en: pareja, matrimonio, crianza inicial, párvulos, escolares, adolescentes, adulto y viudez.

Para las doctoras Estremero y Gacia Bianchi las etapas del ciclo familiar son: constitución de la pareja, nacimiento y crianza, hijos en edad escolar, adolescencia, casamiento y salida de los hijos del hogar, pareja en edad madura y ancianidad (96).

Las autoras antes mencionadas definen, en cada una de las etapas, los cambios y los aspectos que deben ser tenidos en cuenta en el cuidado de las familias.

Constitución de la pareja. Con la formación de una pareja queda constituido un nuevo sistema y el inicio de una nueva familia. Esta tendrá características nuevas y propias. A su vez cada uno de los miembros de la pareja traerá creencias, modalidades y expectativas heredadas de sus propias familias de origen, aspectos que tendrán que ser examinados y negociados para establecer la identidad de la nueva familia, de tal forma que permita aceptar las diferencias y mantener las individualidades, en esta etapa de adaptación habrá momentos de tranquilidad y de crisis, es un período donde ambos miembros de la pareja se hacen impermeables a las cosas externas (amigos, familia, trabajo), aislamiento que irá cambiando con el tiempo y que de persistir tiene que alertarnos para pensar en un problema.

Esta etapa también es de consolidación de la pareja en lo emocional, social y sexual. algunas situaciones que pueden llamar la atención son: alianza con la familia de origen de uno o ambos miembros, lo cual acarrea dificultad para asumir el rol de esposos, de padres, alianza fraternal entre los cónyuges como forma de poder salir del hogar de origen, búsqueda de un hijo para consolidar la unión de la pareja que todavía no ha sido lograda y el distanciamiento de amigos y familiares por tiempo prolongado.

Nacimiento y crianza. Al nacer un hijo, se producen muchos cambios no solo en las relaciones de pareja sino en toda la familia, aparecen nuevos roles y funciones delimitadas, la madre se dedica a brindarle al niño, la atención y cuidados que necesita, para lo cual se unirá estrechamente con el bebé, interpretando y descifrando sus demandas de cuidado y alimentación, esta unión es necesaria para la buena evolución de la familia. El padre es un observador que participa activamente desde afuera sosteniendo esta relación y haciendo el nexo entre madre-hijo/mundo exterior.

La aparición de estos nuevos roles y funciones: madre, padre, trae consigo los de la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc. Es un momento de vuelco hacia la familia extensa. A veces esto es tomado con alegría y en forma positiva y en otras aumenta la tensión o los conflictos.

La incorporación de un hijo en la familia, provoca inevitablemente mucha tensión en la pareja. Son frecuentes los reproches, la depresión, cansancio de ambos padres, dificultad para ponerse de acuerdo en cómo y cuándo hacer las cosas. Este período va cambiando hasta llegar al momento donde el hombre deberá recuperar a su mujer como pareja y a su hijo en relación a él.

Algunas situaciones que pueden llamar la atención: unión prolongada madre-bebé a lo largo del tiempo, intolerancia por parte del padre de ocupar un lugar secundario en esta tríada durante los primeros meses, excesiva participación de la familia extensa en el cuidado del bebé, con la consecuente dificultad de los padres para adaptarse a la nueva situación; y transferencia del rol de padre/madre en el otro miembro de la pareja.

Hijos en edad escolar. La ida a la escuela implica la salida parcial del niño de la órbita de su familia, para desarrollar sus capacidades intelectuales, sociales y de laboriosidad. La escuela constituye una prueba para la familia, ya que sus exigencias evalúan todo lo que la familia inculcó en el proceso de crianza y de socialización, en los primeros años del niño (límites, relación con la autoridad y pares, si es conveniente preguntar o no, etc.). La red social del niño se amplía y se comenzará a relacionar con otros adultos significativos (maestros), también tiene nuevos compañeros y amigos a quienes visitar, lo que les posibilitará conocer familias con otros estilos de funcionamiento. Esto le permite al niño por primera vez, tomar distancia de las características de la propia familia, y relacionarse con ellos de forma más objetiva.

Estas nuevas experiencias pueden ser transmitidas a los hijos como un sentimiento placentero, en el cual crecer tiene una connotación positiva o por el contrario, pueden ser vividas como una pérdida o un abandono, lo cual hará

que los niños, se encuentren en una situación muy conflictiva (de elección entre familia y afuera) y dificulte su adaptación.

También los padres tendrán por primera vez una imagen externa de su hijo, trasmitida por sus docentes. Por todas estas exigencias de la familia y del niño, la edad escolar es considerada una etapa crucial en la evolución de la familia.

Situaciones que pueden llamar la atención: Algunas familias se puede enfrentar a imágenes que no les gusta, responsabilizan al colegio o a sus docentes de ellas, hacen cambios frecuentes de colegio, provocan mayor dificultad para la adaptación del niño, frecuente en familias con dificultades para aceptar cambios. Familias que depositan a sus hijos en la escuela y demandan el cumplimiento de funciones que les corresponden a los padres; y por último en el niño, sentimientos de inseguridad e insuficiencia al no lograr desarrollar la capacidad de aplicarse al trabajo y de relacionarse con sus iguales mediante el juego.

Adolescencia. La adolescencia es una etapa de grandes crisis para la mayoría de los individuos y las familias. Por momentos el adolescente, se torna en un ser de difícil manejo y comprensión por parte de los padres, la familia y la sociedad en general. No se debe olvidar que en esta etapa los padres a su vez están pasando por la crisis de la edad media, momento en el cual aparece la incertidumbre de ya no ser joven, hay una evaluación de todo lo realizado hasta el momento en todos los planos, lo cual produce grandes cambios en todos los integrantes del núcleo familiar y en la relación de estos con el exterior.

La aparición de los caracteres sexuales secundarios bien definidos (Ej.: cambios en la voz, vellos) y los cambios físicos (aumento de talla, brazos y piernas largas para el cuerpo) originan una gran crisis de identidad. Se inicia en el adolescente, la necesidad de ampliar el mundo en el que se movía hasta ahora, lo cual lo impulsa a tener contacto con el mundo externo. En la parte emocional hay grandes altibajos ya que se atraviesa el desafío de transformarse en adulto y adulta, tiene que dejar la imagen idealizada de los padres de la infancia y la del cuerpo infantil, definir su identidad sexual y conquistar cierto grado de autonomía en lo emocional y mental.

Las relaciones con sus pares, pasan a ser primordiales en la vida del adolescente. Estos le ayudan a elaborar todos los cambios que le van sucediendo y también a separarse de sus padres. La rebeldía en la adolescencia es una manera de comprobar que puede alejarse de la casa sin la pérdida de los padres, aspecto importante, al igual que la presencia de límites firmes, con posibilidad de negociarlos de acuerdo con el crecimiento, con espacio para que ellos experimenten y se

equivoquen, teniendo la oportunidad de recurrir a sus padres si los necesitara. Esto genera un sentimiento de seguridad; de igual modo la ausencia de límites hace que el adolescente se sienta solo, desamparado y da lugar a que aparezcan conductas de riesgo (violencia, embarazos no deseados, drogas, etc.) que buscan captar la atención de sus padres.

Aunque hay diversidad en los hijos, puede afirmarse que este es un proceso lento y doloroso para muchos, también es justo decir que hay padres que reaccionan apoyando a sus hijos, manteniendo abiertos los canales de comunicación con estos, y proveyendo de las posibilidades sociales, emocionales y materiales para que el "lanzamiento" del sujeto hacia un vivir independiente sea exitoso. Pero hay otros que tienden a cerrarse y a tomar una actitud de control abierto o encubierto. La pareja paternal puede actuar de común acuerdo frente a estas tensiones o bien adoptar posiciones diferentes. Otro de los cambios que genera crisis en los padres con hijos adolescentes, es que se enfrentan al derecho de sus hijos a tomar decisiones personales frente a las nuevas potencialidades biológicas y sociales, su futuro familiar y laboral. Decisiones que muchas veces, no coinciden con las expectativas implícitas o explícitas de los padres.

Algunas Situaciones que pueden llamar la atención: sentimiento de inutilidad por cese de la vida laboral, distanciamiento de la pareja. Falta de proyectos nuevos que puedan compartir, incapacidad para aceptar a la persona jubilada en el hogar.

Ancianidad. En esta etapa se hace evidente las relaciones vividas y los lazos afectivos construidos a lo largo de la historia familiar, no solo en la pareja sino con los hijos y los nietos. Es época de cambios en lo corporal (mayor fragilidad, enfermedades crónicas), emocional (pensamientos con respecto a la muerte, pérdida de seres queridos) y económicos por disminución de los ingresos para quienes tienen jubilación, y quienes no poseer quien proporcione los recursos necesarios para el cuidado de los padres/abuelos (alimentación, vivienda, servicios médicos y medicamentos no contemplados en el sistema de seguridad social).

Con los cambios actuales en las condiciones económicas, estructurales (familias monoparentales) y funciones familiares (ejemplo, madres cabeza de familia), los abuelos han tenido que encargarse de la crianza de los nietos, a veces incluso, aportando los escasos recursos producto de sus jubilaciones; asumir este rol en este período de la vida, exige adaptaciones intergeneracionales para la familia extensa que aparece.

Algunos autores resaltan que hay un aspecto que se tiene descuidado y casi perdido en la sociedad actual y es el papel de los abuelos encargados de transmitir la

historia, ritos y costumbres a las nuevas generaciones, ayudando así a mantener su identidad individual y familiar y a fortalecer la imagen de los abuelos en la sociedad (97), (98).

En la familia también se han descrito otro tipo de situaciones que sobrevienen de forma brusca e inesperada desde las crisis no normativas o inesperadas, estás pueden ser, la muerte temprana de uno de los padres, el desplazamiento forzoso, la pérdida del empleo, la enfermedad de un miembro de la familia; estas crisis pueden ser resueltas de formas diferentes, dependiendo de las experiencias anteriores, los recursos y la capacidad de adaptación que tengan las personas y las familias (99).

Entender el momento que vive la familia permite, a las familias y a los trabajadores de la salud, buscar anticipadamente alternativas que posibiliten sortear de manera más fácil las crisis, para garantizar que la convivencia al interior de ella no se rompa y que sea una experiencia de crecimiento para cada uno de sus miembros y se preserve la salud familiar.

Contexto Actual de la Familia

La Constitución Política de Colombia, define en su artículo 42:

> La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla. El Estado y la sociedad garantizan la protección integral de la familia. La ley podrá determinar el patrimonio familiar inalienable e inembargable. La honra, la dignidad y la intimidad de la familia son inviolables. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes de la pareja y en el respeto recíproco entre todos sus integrantes. Cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley. Los hijos habidos en el matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica, tienen iguales derechos y deberes. La ley reglamentará la progenitura responsable. La pareja tiene derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, y deberá sostenerlos y educarlos mientras sean menores o impedidos. Las formas del matrimonio, la edad y capacidad para contraerlo, los deberes y derechos de los cónyuges, su separación y la disolución del vínculo, se rigen por la ley civil. Los matrimonios religiosos tendrán efectos civiles en los términos que establezca la ley. Los efectos civiles de todo matrimonio cesarán por divorcio con arreglo a la ley civil. También tendrán efectos civiles las sentencias de nulidad de los matrimonios religiosos dictadas por las autoridades de la respectiva religión, en los términos que

establezca la ley. La ley determinará lo relativo al estado civil de las personas y los consiguientes derechos y deberes (100).

El artículo 5 de la carta magna, "[…] ampara a la familia como institución básica de la sociedad" (101). En este artículo está claramente definido el tipo de vínculo, contrato social o religioso y los lazos de consanguinidad o de adopción, recoge además dos funciones fundamentales de la familia como son: proveer los recursos económicos necesarios para la supervivencia y la función socializadora de los hijos menores o impedidos.

Si bien la Constitución habla de la estructura y funciones esenciales de la familia, deja libre su forma de organizarse, al no definir el tipo de familia que será reconocido en el país y esto es entendible, dadas las transformaciones actuales de las familias colombianas. Al respecto, el estudio hecho por Virginia Gutiérrez de Pineda pudo establecer características claras en las tipologías de familias por regiones, hoy los cambios sociales y políticos han modificado grandemente estas formas de organización familiar (102).

En este contexto, conviene decir que la familia colombiana tiene una tarea inaplazable de revisar su estructura, dinámica y cumplimiento de funciones y tareas en la vida actual, que permita identificar cómo asumen los cambios originados por el desplazamiento del campo a la ciudad, el ingreso de las mujeres a la vida laboral, el empobrecimiento y la escasa presencia del Estado, el control de la natalidad, la vinculación de las mujeres a la educación superior con la exigencia de nuevas responsabilidades diferentes a las asumidas en el hogar, la posibilidad del divorcio y la nulidad de matrimonio católico, la aceptación de la unión libre como vinculo aceptado socialmente en el contexto nacional, la violencia, el narcotráfico, el conflicto armado y la globalización de las comunicaciones; así mismo es necesario recordar el papel que tiene la familia como mediadora de lo público y privado, además de la función de reproducir la especie, de aportar a la cultura transmitiendo normas y valores para formar los ciudadanos que espera el Estado.

Todo esto hace que las familias no sean homogéneas, que no sea fácil identificar el ciclo en el que se encuentran, que sufran conflictos permanentes, que no reconozcan fácilmente los valores identitarios para sus miembros y para el grupo familiar, que exija la modificación de los roles de los padres, aparición de tipologías nuevas de familia, todo esto en la parte interna familiar. En relación con los problemas externos, la familia, que es un sistema, recibe todo lo que sucede con las condiciones sociales y económicas; si hay violencia, la familia sufre las consecuencias con la muerte de sus miembros, la inclusión en los grupos armados o el temor y dificultad para andar libremente, por inseguridad en las

calles. Si hay pobreza o riqueza, igualmente toda la familia está afectada por esta situación (103).

Los cambios significativos sucedidos en Colombia en los últimos treinta años han dejado en la familia democratización de las relaciones familiares con el consecuente debilitamiento de la supremacía de la autoridad paterna y posibilidad de la participación e independencia de los otros miembros: diversas formas de unión con diferentes modalidades de convivencia, en especial el aumento de la unión libre con o sin residencia compartida, las separaciones, el madre-solterismo, la aparición de uniones repetidas, aumento de viudez femenina como consecuencia de las muertes violentas de sus cónyuges; modificación de roles de los padres, el rol instrumental relacionado con la provisión de recursos, representación legal y guardián de los hijos, no es de manejo exclusivo del esposo–padre; de igual forma el rol normativo de la madre encargada de proveer cuidados, transmitir normas y valores, de cumplir con las labores del hogar ya no es responsabilidad exclusiva de la esposa-madre.

Otros cambios significativos que se observan son: disminución de la fecundidad en Colombia, el número de hijos ha pasado de 4,1 hijos en 1998 a 2,6 en 2002, con diferencias con las familias en situación de pobreza que tienen en promedio 4,7 hijos; incremento en las parejas sin hijos originada por la valoración menor de la maternidad por parte de las mujeres, junto con mayor significación de la sexualidad y la vida en pareja (104), (105).

El estudio hecho en Colombia con base en la información de Encuesta de Hogares, etapa 19 de 1978, y el Censo Nacional de Población en 1993, permitió concluir que el tipo de familia que aparece con mayor claridad es la nuclear, seguido de la extensa y de familia unipersonal, como aparece en la tabla 5 (106).

En el estudio latinoamericano hecho por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2006) se encontró entre 1990 y 2005 diversificación en el tipo de familias en toda la región. A pesar que el prototipo de familia más importante es la familia nuclear biparental (dos padres con hijos), hay reducción en este tipo de familia al pasar de 46,3 en 1990 a 41,1 en 2005. Este modelo coexiste con la familia extendida de tres generaciones, que aparece en 21,7 algo más de un quinto de todas las familias latinoamericanas, también como en el estudio colombiano, las familias nucleares mono parentales y unipersonales aparecen en la tercera y cuarta categoría del estudio, 12,2 y 9,7 en 2005. Al respecto se destaca que la jefatura del tipo de familia monoparental está principalmente a cargo de mujeres. También se reportan familias nucleares sin hijos, los hoga-

Tabla 5. Tipologías familiares en Colombia

Tipologías familiares en Colombia	1978	1993
Nuclear	58,0	54,9
Extendida/compuesta	37,2	38,2
Unipersonal	4,8	6,9

res sin núcleo conyugal y familias compuestas. Es decir, existe gran variedad de arreglos familiares (107).

Como se analizó, en Colombia las tipologías familiares son diversas. No hay pues, en la base de esta sociedad un soporte familiar único e información histórica disponible, y algunas referencias que aparecen, en la segunda mitad del siglo xx tienen unas categorías que no son equivalentes.

En otro aspecto, el estudio de Zamudio y Rubiano en 1995 encontró que el 73% de las parejas se conforman por medio del matrimonio católico y el 23% por unión libre; con relación a las separaciones solo 20% de las parejas lo hacen motivadas en las relaciones sexuales, el 30% de los hombres y el 39% de las mujeres lo hacen por infidelidad de su cónyuge. Gallup (1999) (108) citado por Báez en el 2001 halló, que el grado de satisfacción sexual con la pareja va en descenso

Ante este panorama de familia en el país, se hace necesario, como dice Ligia Echeverri de Ferrufino, "reconocer que éste es un país de regiones y, una vez hecho este reconocimiento, los invito a decidirse por hacer de cada región, de cada formación social, un ente autónomo, fundado en su identidad histórica, cultural y ambiental con su propia y unitaria célula familiar, sus propios valores y sus propios propósitos comunes (109). Este planteamiento exige que los organismos de poder y las fuerzas políticas se esfuercen más en tratar de modificar el entorno social y económico en que se hallan inmersos los diversos tipos de familia, y menos en seguir en el sinsentido perpetuo de tratar de acomodar, a modo de un emplasto, esas tipologías familiares a un medio social anarquizado y carente de unos propósitos comunes" (110).

Estructura familiar

Es el modo particular como se organizan los sistemas y en el caso de la familia como se organizan los subsistemas que la conforman: subsistema conyugal (papá-mamá), subsistema paterno-filial (padres-hijos) y subsistema fraternal (hermanos),

el tipo de lazos que los une, las demandas funcionales que organizan y los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Existen varias maneras de caracterizar la tipología de familia:

*Si se hace de acuerdo con su integración, puede catalogarse como integrada, semi-integrada y desintegrada; s*i se estudia a la familia con base en la dinámica de las relaciones intrafamiliares, con enfoque psicosocial, puede clasificarse en funcional y disfuncional; y por último, si se analiza en relación con el parentesco y los elementos que la constituyen, pueden reconocerse los siguientes tipos de familia

- **Nuclear.** Se rige por un principio de parentesco, de tal manera que el núcleo familiar lo constituye la pareja y uno o más hijos, sean estos biológicos, producto de la fertilización in vitro o adoptivos.
- **Familia nuclear incompleta.** Se denomina así a la familia nuclear donde falta uno de los padres por alguna razón como: muerte, separación o divorcio, desplazamiento forzoso u otro lugar de residencia.
- **Familia nuclear ampliada.** Es una variedad de familia extensa, conocida también como comunal o fraternal en la cual, viven los padres, sus hijos y parientes cercanos o incluso lejanos como ahijados o amigos.
- **Familia monoparental. Familia con un solo padre a cargo de los hijos en el hogar.** Es decir, es toda agrupación familiar de hijos dependientes económicamente de uno solo de sus progenitores con el cual conviven, y que es a la vez quien ostenta, de hecho o de derecho, la custodia sobre los hijos. En la mayoría de los casos, en las familias monoparentales el progenitor cabeza de familia es la mujer, estas familias disponen de aprendizajes sociales diferentes, con situaciones sociales distintas a las que a diario se enfrentan y es plural el significado que los hechos tienen para sus miembros (111), (112).
- **Familia monoparental extendida.** Hay un progenitor, hijos o hijas con familia de sus padres o sus suegros.
- **Familia monoparental compleja.** Hay un progenitor y a su cargo hijos o hijas y comparten vida con personas ajenas a la familia.
- **Familia de facto o de hecho. Es un tipo de familia** que se configura de acuerdo a la unión, se caracteriza por conformarse por decisión voluntaria de la pareja, sin vínculo legal ni religioso. En Colombia, en los pliegos de peticiones de las organizaciones sindicales de los años ochenta se incluyen prestaciones sociales para la "compañera permanente". Este término a pesar de no aparecer

en el Código Civil, tendría aceptación social y sería común para referirse a la mujer que participaba de una unión libre (113).

- **Familia recompuesta.** Familia caracterizada por estar constituida por una pareja en la cual uno de ellos, o ambos, están casados por segunda vez y tienen hijos de su relación anterior e incluyen hijos propios de la relación actual, es lo que popularmente se llama como los tuyos, los míos y los nuestros. Los hijos viven la "biparentalidad" en dos hogares, el del progenitor que tiene su custodia y el de quien no reside con ellos (114).
- **Familia extensa.** Familia conformada por más de dos generaciones conviviendo en el hogar, por lo menos hay un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos), es el tipo de familias de algún hijo que con su esposa e hijos sigue viviendo en la casa de los padres; también es frecuente la familia extensa que en la separación con sus parejas regresan a la casa de sus padres, acompañados de los hijos (115).

Funciones de la familia

El sistema económico social modifica las normas y valores que repercuten en el funcionamiento familiar. El grupo familiar opera como un enlace entre la sociedad y el individuo por ser el ambiente de aprendizaje social y de regulación de fuerzas provenientes del exterior y del ambiente interno del individuo; la familia cumple funciones reproductivas, afectivas, económicas y educativas, por medio de las cuales transmite creencias, valores culturales; normas, actitudes y sentimientos que posteriormente serán complementados en el proceso educativo.

Función social de la familia. Para cumplir con esta función la familia proporciona el contexto que facilita identificar y movilizar satisfactores para las necesidades de todos sus miembros; al mismo tiempo construye valores de respeto con el otro para facilitar la interacción entre sus miembros y de este modo crear un ambiente nutricio, que posibilite relaciones amorosas, de atención, de afecto y de lealtad. La función social también está relacionada con la supervivencia física, el desarrollo personal de todos los miembros y la posibilidad de perpetuar la especie humana y contribuir a la creación de la identidad familiar.

De igual modo, el grupo familiar cumple funciones para el desarrollo individual de sus miembros, al satisfacer necesidades afectivas, facilitar el desarrollo de la identidad personal, ayudar al crecimiento y autonomía de sus integrantes, participar en la socialización al crear patrones de relaciones interpersonales, estimular el aprendizaje y la creatividad de sus miembros, establecer los linderos o límites entre las generaciones y al trasmitir la cultura a los hijos y a otras

generaciones (116). Todas las funciones familiares le permite a sus integrantes "crecer como persona, dándose y siendo aceptado: amando [...] con la guardia baja, sin necesidad de "demostrar" nada para ser querido" (117).

Dentro de este contexto la forma de ayudar al individuo a enfrentar la vida y comprenderse como persona redunda en su salud y la de su grupo familiar, en tanto garantiza el crecimiento, el desarrollo y el equilibrio emocional, que es el equipaje que le servirá de apoyo para enfrentar problemas y crisis en el proceso de crecer, de tener absoluta fe en su capacidad de rectificar el rumbo y de superarse a sí mismo, cuando fuere necesario, y de sumar con otros para descubrir lo que es la realidad social para cambiarla y crear condiciones nuevas que le brinden bienestar.

Según lo abordado, para analizar la familia hay que tenerla claramente definida para entender aspectos como: conformación, funciones familiares básicas; momento del desarrollo vital por el que esta atraviesa y la interacción familiar y social que tiene la familia; con la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, "el concepto de familia es referido al conjunto de personas unidas por el primer lazo de consanguinidad (familia nuclear) con el agravante que solamente quedan protegidos los hijos menores de dieciocho años o entre esta edad y los veinticinco años en caso que sean estudiantes y solamente permitiendo la afiliación de hijos mayores en los casos de discapacidad que no les permita valerse por sí mismo" (118).

En este mismo sentido, el artículo 42 de la Constitución colombiana deja por fuera muchas de las formas de convivencia familiar que actualmente emergen en el país, como consecuencia del urbanismo, los desplazamientos forzados, separaciones, divorcios y rupturas familiares, el conflicto armado y la violencia con la multitud de viudas y viudos por las vidas cobradas, el desempleo y la pobreza. Sorprende comprobar cómo las familias nucleares ampliadas, las extensas, las recompuestas o las de facto con o sin vínculo anterior vigente, las homosexuales, por mencionar algunas, están presentes frecuentemente en campos y ciudades donde se está brindando atención primaria con enfoque de salud familiar y estos aspectos tienen efecto para implementar este modelo, por las concepciones en las que se ubica el asegurador cuando no reconoce sino una tipología de familia para la cobertura en el aseguramiento.

Todo esto parece confirmar que aún existe un largo camino por recorrer para poder brindar una atención integral con equidad, que dé cuenta de las necesidades de la dinámica, de las relaciones y sobre todo que permita incluir a todos los miembros del grupo familiar.

La caracterización de la familia se hace teniendo en cuenta su estructura, su conformación, el ciclo vital familiar y su funcionalidad. En el anexo 1 de este

capítulo, se presentan de manera detallada los elementos e instrumentos que orientan el análisis de la familia.

Desarrollo humano

Para el desarrollo humano, el ser humano se entiende como una totalidad, poseedor de un conjunto de necesidades que interactúan entre sí, movilizándose simultáneamente sin establecer jerarquizaciones y que le dan razón de ser y de existir al individuo y al colectivo en forma digna y positiva. Estas necesidades se estructuran como un sistema y hacen referencia a las distintas dimensiones de lo humano: lo natural biológico, lo existencial, lo material, lo ético, lo humanístico, lo psicológico, lo afectivo y lo sociocultural.

La familia, como espacio de socialización primaria, se constituye en el lugar de primacía en el que los hijos se posicionan y establecen las primeras relaciones con su mundo interior y con el entorno. Allí se propicia un ambiente favorable para el desarrollo integral de todos sus miembros; la familia desde su constitución se convierte en la institución protectora de sus integrantes, por tal motivo moviliza formas de resolver, por un lado, las necesidades básicas que le ayudan al individuo al crecimiento biológico en términos de una economía sustentada en la racionalidad, y en otro sentido, el desarrollo de vínculos afectivos acordes a las situaciones biopsicociales que se presentan en su cotidianidad. Con lo anterior, se reconoce al ser humano como una tríada de la cual hace parte el cuerpo la mente y el espíritu (119). En este sentido, el ser humano necesita de un desarrollo integral que lo aprovisione de formas de subsistencia para su proceso fisiológico, y a su vez, le permita desarrollar las capacidades para resolver situaciones relacionadas con las necesidades afectivas y emocionales.

En concordancia con lo anterior, Max Neef propone una política de desarrollo orientada hacia la satisfacción de las necesidades humanas, en la que compromete al ser humano en su totalidad. Y esto lo fundamenta en uno de sus postulados cuando afirma “El desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos” (120).

De igual manera afirma que “el mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas” (121). Con estos planteamientos indaga sobre cuáles y quienes definen las necesidades. Continuando con esta línea, las necesidades son siempre las mismas y están presentes en todos los grupos humanos, pero la forma de satisfacerlas está condicionada por el contexto económico, político y sociocultural de cada latitud.

Max Neef propone el cruce de dos categorías que darían como resultado la identificación del nivel de satisfacción de las necesidades que inciden en la calidad de

vida y que son valoradas por el ser humano como indispensables. Estas categorías son: las existenciales (ser, tener, hacer y estar) y las axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad). La tabla 6 presenta la relación de estas categorías.

A la luz de las necesidades existenciales, se analizan las categorías axiológicas, obteniendo una amplia gama de posibilidades por las que transita el ser humano en una realidad cada vez más cambiante. Estas necesidades, como ya se dijo, son constantes en todos los seres humanos, las cuales se colman o satisfacen por gran diversidad de satisfactores de acuerdo con las culturas y los medios de que se dispongan. Uno de los aspectos que define la identidad de una cultura, es su elección de satisfactores.

Las necesidades revelan de la manera más apremiante el ser de las personas, ya que este se hace palpable a través de ellas en su doble condición experimental, como carencia y como potencialidad. Por eso, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, se está trascendiendo de la necesidad como carencia a la necesidad como recurso, como potencialidad.

Un satisfactor puede contribuir simultáneamente a potencializar o satisfacer diversas necesidades, aportando así a mejorar las condiciones de vida de las personas. En esta situación, los sujetos se hallan ante satisfactores protectores o sinérgicos. A la inversa, una necesidad puede requerir diversos satisfactores para ser satisfecha.

Los satisfactores no son solamente los bienes económicos disponibles, sino que están referidos a todo aquello que, por representar formas de ser, tener, hacer y estar, contribuyen a la realización de las necesidades humanas. Pueden incluir entre otras cosas las formas de organización, las estructuras políticas, las prácticas sociales, las condiciones subjetivas, los valores y normas, los espacios, los comportamientos y actitudes.

En el escenario de la familia el abordaje del desarrollo humano prioriza el lenguaje y la relación de ayuda como mecanismo para el cuidado de la salud y la enfermedad, el bienestar social y colectivo, la construcción de identidad local según el momento histórico, social, cultural y político en un mundo globalizado; situaciones vividas de forma significativa para el sujeto y su grupo social, es decir, es un conocimiento que se resignifica y da cuenta de la construcción subjetiva e intersubjetiva en la interacción de los grupos y la construcción de identidades sociales e individuales (122).

La familia es considerada como una

> [...] red de relaciones que se constituyen en forma íntima para satisfacer las necesidades de índole sociológica y social. Su marco de acción depende de un

Tabla 6. Matriz de Necesidades y satisfactores Desarrollo a Escala Humana Manfred Max Neef

Necesidades según categorías axiológicas	Necesidades según categorías.			
	Ser	Tener	Hacer	Estar
Subsistencia	1/ Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	2/ Alimentación abrigo, trabajo	3/ Alimentar, procrear, descansar, trabajar	4/ Entorno vital, entorno social
Protección	5/ Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	6/ Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	7/ Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	8/ Contorno vital, contorno social, morada
Afecto	9/ Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor.	10/ Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plan tas, jardines	11/ Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar	12/ Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro
Entendimiento	13/ Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	14/ Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	15/ Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	16/ Ámbitos de interacción normativa: Escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
Participación	17/ Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	18/ Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo	19/ Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	20/ Ámbitos de interacción participativa: Partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
Ocio	21/ Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	22/ Juegos, espectáculos, fiestas, calma	23/ Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	24/ Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes

Necesidades según categorías axiológicas	Necesidades según categorías.			
	Ser	Tener	Hacer	Estar
Creación	25/ Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	26/ Habilidades, destrezas, método, trabajo	27/ Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	28/ Ámbitos de producción y retroalimentación: Talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal
Identidad	29/ Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad	30/ Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo	31/ Comprometerse, integrarse, controlarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	32/ Socio-ritmos, en tornos de la cotidianeidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
Libertad	33/ autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	34/ Igualdad de derechos	35/ Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	36/ Plasticidad espacio-temporal

Fuente: Desarrollo a Escala Humana, una opción para el futuro. Reflexiones para una nueva perspectiva, Max Neef y colaboradores (1996).

> determinando sistema económico y social donde operan valores e imágenes, además de pautas de comportamiento transmitidos por los procesos de socialización, en los cuales se refleja la estructura económica y la ideológica de un determinado modelo histórico (123).

"Las dinámicas familiares permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones sin perder la identidad como grupo primario de organización social mediante la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que lo rodea" (124). Como grupo vital para el desarrollo y la socialización del ser humano, la familia es el vínculo entre los grupos y las redes sociales con los contextos locales y nacionales, convirtiéndose así en un sistema de formación que acompaña y apoya los procesos de adaptación para la conservación de la vida.

Cuando el ser humano satisface las necesidades se considera que está en estado de bienestar, lo que es definido como sensación subjetiva de agrado, placer, dicha, complacencia, armonía. Este estado del ser humano, tiene que ver con el buen vivir, con la calidad de vida, con el disfrute de la existencia, con la vida digna.

El bienestar humano tiene relación con la posibilidad de que todos los miembros de una sociedad puedan acceder a los bienes y servicios que les faciliten y permitan ese estado de bienestar.

Según el enfoque dado por Manfred Max Neef existen varias clases de satisfactores que conviene diferenciar para que al establecer un análisis, tengan mayor comprensión y estructuración:

Destructores. Son los que al satisfacer una necesidad imposibilitan totalmente el cubrimiento a otra necesidad.

Pseudosatisfactores. Equívoca sensación de satisfacción de una necesidad.

Inhibidores. Son aquellos que al satisfacer una necesidad, inhiben la satisfacción de otras.

Singular. Satisfacen una sola necesidad.

Sinérgicos. Son aquellos que satisfacen una necesidad y a su vez facilitan la satisfacción de otras necesidades.

Exógenos. Son los externos, impuestos por las instituciones del estado

Endógenos. Satisfactores propiciados por la comunidad.

Se debe hacer claridad en que no existe una correspondencia unívoca entre necesidades y satisfactores. Las necesidades humanas fundamentales de un individuo que pertenece a una sociedad consumista, son las mismas del que pertenece a una sociedad ascética; lo que cambia es la cantidad y la calidad de los satisfactores elegidos, y las posibilidades de tener acceso a los satisfactores requeridos.

Lo anterior obliga a repensar el contexto social de las necesidades humanas de manera distinta como ha sido habitualmente pensado por los actores sociales y políticos. Ya no se trata de relacionar las necesidades solamente con los bienes y servicios que presuntamente las satisfacen, sino de relacionarlas además con prácticas sociales, con tipos de organización, con modelos políticos y valores que repercuten sobre la forma en que se expresan las necesidades. Es obligada la pregunta acerca de cómo los satisfactores y los bienes disponibles o dominantes limitan, condicionan, desvirtúan o, por el contrario, estimulan nuestras posibilidades de vivir las necesidades humanas.

Es conveniente decir que antes de repensar el contexto social hay que profundizar en cómo se identifican las necesidades, que tipo de satisfactores son los que se movilizan al interior de la familia, para resolver estas necesidades, no podemos olvidar que la familia tiene una función básica de socialización y es a través de esta que se transmite la identidad personal, identidad familiar, valores y costumbres los cuales posibilitan entender la visión de ser humano y su desarrollo.

El bienestar humano tiene relación con la posibilidad de que todos los miembros de una sociedad puedan acceder a los bienes y servicios que les faciliten y permitan ese estado de bienestar. Por lo que la equidad en la distribución de las riquezas y las oportunidades es un requisito indispensable para el logro del mismo. También, es el resultado de la construcción colectiva de realidades, donde todos los sujetos y todos los sectores sociales, deben estar incluidos para aunar esfuerzos y así lograrlo.

El cambio cultural es consecuencia —entre otras cosas— del abandono o transformación de los satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otras construcciones sociales culturales y económicas en pro de cubrir las mismas necesidades —siempre permanentes en el concepto de lo humano—, pero acordes a las nuevas transformaciones sociales que imponen el mundo moderno y la globalización.

El desarrollo humano es un proceso continuo, donde el ser humano se constituye como sujeto individual y colectivo, allí desde lo cultural e histórico con que se relaciona permanentemente, mediados por la socialización. Así el modelo de atención primaria con enfoque familiar, de desarrollo humano y cuidado familiar que se propone, se debe convertir en el eslabón que une, el conocimiento de estas necesidades y satisfactores de las comunidades con la forma como individuos y colectivos, asumen y potencian acciones en la búsqueda de su bienestar.

En esta propuesta de modelo, la identificación de las necesidades y sus satisfactores es de vital importancia, pues solo así se logrará evidenciar desde el desarrollo humano y social la intervención del equipo comunitario y el beneficio en la población. De las nueve necesidades humanas, inicialmente se abordaron cuatro, ellas son las necesidades de protección, participación, ocio y afecto, y se consideraron solo veintisiete satisfactores que engloban la representatividad general, del diagnóstico aproximado para la existencia de una vida digna.

La escogencia de estos satisfactores y de las cuatro necesidades antes enunciadas, así mismo como de la potenciación de las necesidades y el análisis de ellas a la luz de las categorías existenciales, pueden potenciar otros satisfactores en cadena, que ampliarían en forma coordinada las necesidades básicas y los satisfactores,

lo que permitiera demostrar mejoras en la calidad de vida de la población, así como también, el análisis de la existencia y la práctica de varios satisfactores que potencializan otras necesidades. Algunas de éstas, insatisfechas o debilitadas interfieren significativamente en el proceso de salud enfermedad en la sociedad.

En este sentido el desarrollo humano se expresa en el aumento progresivo de la autodependencia del sujeto en la adecuada articulación entre las personas y la naturaleza y de estas con la tecnología, en la relación equilibrada entre lo micro y lo macro. El concepto de desarrollo humano, desde esta perspectiva, se valora por los niveles de calidad de vida la cual depende del grado de satisfacción de las necesidades humanas.

Cuidado de la familia

Sueño que algún día las enfermeras del mundo irán a los domicilios
a cuidar y curar a las personas que sufren y no tienen suficiente atención.
Pero eso tal vez sea para el año 2000

Florence Nightingale

Se reconoce el cuidado a las familias como punto de partida de la atención primaria en salud, ya que se considera a la familia como el contexto más propicio para favorecer la socialización y generar vínculos significativos entre las personas, estimulando así el desarrollo de los individuos. La familia es una unidad de supervivencia donde se construyen valores a través de los rituales cotidianos, los mitos y las ideas acerca de la vida, sus integrantes se organizan para resolver sus dificultades y conflictos, satisfacer sus necesidades básicas de orden afectivo, sexual, económico y de protección, decidir cómo se relaciona con el resto de la sociedad y proyectar su futuro, en una dinámica de influencia y reconocimiento mutuo.

El cuidado de las familias exige de los trabajadores de la salud el establecimiento de una relación empática, que permita estimular la cooperación de sus integrantes, el fortalecimiento de la corresponsabilidad para asumir los compromisos en el cuidado, la capacidad de identificar recursos internos y externos a la familia (económicos y psicosociales) que aporten a la satisfacción de las necesidades y a la adaptación ante las situaciones presentadas a lo largo del ciclo vital familiar. Zerwekh citado por Beatriz Pérez afirma que “establecer relaciones interpersonales durante las visitas domiciliarias de enfermería es la base para influir efectivamente en el comportamiento de salud y ayudar a que la gente se haga cargo de sus propias vidas” (125).

Estas relaciones que se tejen en las familias son las que constituyen la generación de capital social. Es fundamental trascender la atención individual y activar los

procesos de colaboración y de corresponsabilidad con la familia, porque al invertir en la familia como unidad, se está invirtiendo en el desarrollo de las personas y las comunidades.

La confluencia simultánea de circunstancias de orden social, político-económico y cultural, ubican a las familias en un continuo de vulnerabilidad y de protección, dependiendo de cómo ellas se apropian de los recursos disponibles. En consecuencia, la inclusión y la atención en el cuidado a las familias requiere estrategias de trabajo en red, que contemplen todos los factores que reducen la vulnerabilidad y los que aumentan la protección.

La función de la familia es proteger a todos sus miembros y por ende debe formar parte activa de esa red bajo un sentido de corresponsabilidad, colaboración y reciprocidad con el Estado y los demás actores de la sociedad, en una relación de solidaridad e inclusión como ideal de convivencia, que permite un desarrollo individual y colectivo.

"La familia es la primera escuela de aprendizaje social y de construcción de identidad, de valores, conductas y costumbres en forma permanente y esencial. Es un sistema social natural de seres humanos que interactúan recurrentemente en un tiempo y contexto determinados, para cumplir un objetivo común: posibilitar la vida de sus integrantes" (126).

En el cuidado de las familias se hace necesario establecer una relación de comprensión, caracterizada por respetar sus creencias y valores frente a los propios y frente a las pautas de actuación dadas por el sistema.

Teniendo en cuenta que la familia es un sistema inteligente con capacidad de aprendizaje y de cambio, el propósito planteado en la atención primaria en salud para trabajar con ellas está orientado hacia el logro de protección integral, tratando de fortalecer la vulnerabilidad y de afianzar los satisfactores. En esta tarea se abordan los sistemas de relación y se activan todos los vínculos familiares y las redes de pertenencia, con la idea de crear condiciones que incidan en el logro máximo del nivel de salud alcanzable, de acuerdo con las necesidades de la población.

El cuidado a las familias, como la esencia de la atención primaria y objeto de conocimiento de la disciplina de enfermería, es un acto humano que mantiene la vida y posibilita la salud. Entender entonces el cuidado de las familias desde el desarrollo humano, motiva a reflexionar sobre los conceptos de ser humano, de salud y de sociedad donde surgen nuevas realidades y nuevas necesidades humanas que deben ser identificadas, para luego ser potencializadas y evidenciadas en mejoras de la calidad de vida de la población (127).

La complejidad del cuidado radica en su naturaleza humana y social y en la relación dialógica y de interacción recíproca entre el profesional de Enfermería y el sujeto cuidado, en la cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte. En esta interacción con el sujeto cuidado, individuos, familias y colectivos, usan la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva, constituyendo un escenario para el encuentro con el otro y en un eje para desarrollarse y ser en relación con otros; es decir es un elemento fundamental del cuidado.

Puede decirse entonces, que en esencia el cuidado es un proceso de interacción sujeto-sujeto, dirigido a cuidar a apoyar y acompañar a las familias en el logro, fomento y recuperación de la salud, mediante la satisfacción de sus necesidades humanas fundamentales.

Heidegger, (128) declara que el cuidado es el ser de la existencia. El vocablo sorger que se traduce cuidado, debe ser entendido en un sentido de existencia, donde se plantea que el "cuido" dio forma al hombre y por ello este debe poseer al hombre mientras viva. El fenómeno del cuidado, según Heidegger, no tiene una estructura simple, así como la idea del ser tampoco lo es y como tampoco lo es, el ser de la existencia con lo cual el sentido del fenómeno del cuidado es complejo.

Cuidar en salud es a la vez ciencia y arte, se procura implementar el acercamiento a las familias con el propósito de establecer procesos de transacción, que permitan, tanto al cuidador, como a la familia o persona cuidada, explorar los medios para alcanzar metas comunes en salud, mediante acuerdos, que les permitan encaminar acciones conjuntas para llegar a promover la vida y fortalecer las potencialidades al interior de las familias.

Moyra Hallen (129) concibe al individuo y a la familia como sistemas abiertos en interacción constante, que establecen su concepto de salud como un proceso de descubrimiento personal que se aprende, entonces los cambios y las potencialidades que puedan promoverse y puedan establecerse en un individuo repercuten al interior de la familia y viceversa es decir, es un movimiento dialógico. Es en este proceso de aprendizaje al interior del hogar es donde se pretende establecer los cambios para el cuidado de la salud.

Abdell-Ha plantea que; "al ocuparnos del ser humano, tendremos que comprender que cada uno es diferente y que si deseamos ayudar al otro, ayudarle a estar vivo, habrá que partir de lo que vive porque esto es la esencia misma de los cuidados. Y si tenemos en cuenta que la salud, en su sentido fundamental, es la plenitud de vida, cuidar al otro será ayudarle a alcanzar esa plenitud en sí misma" (130).

En este mismo sentido Colllière afirma "Cuidar se sitúa en el cruce de lo que hace vivir y morir, es permitir nacer y renacer a la vida y de vivir la muerte" (131).

Ciclo vital humano

El ciclo vital humano es el tiempo trascurrido desde la concepción hasta la muerte, es un proceso de desarrollo marcado por etapas caracterizadas por cambios en la parte física, psicosexual y psicosocial; incluye símbolos, rituales y tareas propias de la cultura de la sociedad a la que se pertenece, y que ha sido transmitida mediante el proceso de socialización. El cumplir estas tareas marca definitivamente la forma de proceder de los individuos en determinados momentos de su vida.

Si bien varios autores como Piaget, Wallon y Erikson, entre otros, han teorizado al respecto, para el análisis del ciclo vital humano de los miembros de las familias en la estrategia de atención primaria en salud en Antioquia, se tomará como referente la clasificación hecha por Erik Erikson quien divide el ciclo vital humano en siete etapas que, como se mencionó anteriormente, están contrastadas por crisis que deben resolverse para pasar a un nivel más alto de desarrollo, o en el caso contrario, creará problemas que caracterizarán la forma de enfrentar el mundo y de relacionarse con los otros. Estas etapas según Erik Erikson (132) son:

— **Lactancia.** Se inicia desde el nacimiento hasta el primer año de vida. Con la lactancia, se desarrolla en el recién nacido la sensación física de confianza. El bebé recibe de su madre no solo la leche sino el calor de su pecho, de su cuerpo y sus cuidados amorosos. Este contacto permite tener las experiencias más tempranas que proveen aceptación, seguridad y satisfacción emocional, las cuales están en la base de nuestro desarrollo de la individualidad.

— **El recién nacido.** Es receptivo a los estímulos ambientales por medio de la boca principalmente, de igual modo a través de los sentidos incorpora estímulos, razón por la cual es sensible y vulnerable, a las experiencias de frustración. La madre contribuye a crear un sentimiento de confianza en sus hijos, mediante la combinación de calidad, satisfacción sensitiva de las necesidades individuales del niño y la firme confianza personal. Depende también de la confianza que tengan los padres en sí mismos y en los demás, de la combinación de amor y firmeza de lo que hacen sumado a la capacidad de inculcar en el niño la convicción profunda del sentido de lo que hacen, son los cimientos de la confiabilidad.

  Posibles problemas: desconfianza, temores infantiles, como el "haber sido abandonado". En esta etapa, la evolución psicosexual es oral, respiratoria

sensorial y en la parte psicosocial se crea la confianza o desconfianza básica, la fuerza básica es la esperanza y la patología de esta etapa es el retraimiento.

— **Niñez temprana.** Se da en el segundo y tercer año de vida, se presenta el mayor desarrollo muscular, del movimiento y del lenguaje. El niño inicia el control de la eliminación, al igual que una creciente afirmación de la propia voluntad de un yo naciente, muchas veces no da el brazo a torcer y se opone a los demás. El niño empieza a advertir su propia voluntad autónoma experimentando fuerzas impulsivas que se evidencian de diversas formas en la conducta del niño, que fluctúan entre la cooperación y la terquedad, entre el sometimiento dócil y la oposición violenta; explicado todo en la dinámica de los impulsos instintivos, las exigencias de la realidad y el yo. Las actitudes de los padres y su propio sentimiento de autonomía son el fundamento para el desarrollo de la autonomía del niño. Aquí se establece la primera emancipación (de la madre) actitud que se repetirá en otras etapas (la adolescencia), las emancipaciones se manifestarán de muchas maneras y esto le permite ser alguien, con capacidad de desear libremente, y orientarse por sí mismo. Son "las experiencias más tempranas de libre voluntad y deseo, la afirmación de un incipiente y rudimentario yo" (133). Este desarrollo es lento y progresivo y no siempre es consistente y estable, razón por la cual el niño pasa por momentos de vergüenza y duda.

Posibles problemas: las actitudes de los padres pueden dificultar el crecimiento del niño hacia su independencia con madurez, autocontrol y responsabilidad; sentimientos de vergüenza y duda, deterioro de la autoestima, creación de las bases de situaciones emocionales conflictivas. La exigencia temprana de autocontroles hace que se inicie la aparición de excesivos temores a equivocarse, duda e inseguridad o compulsión (134). Los padres y adultos contribuyen a superar esta etapa evitando avergonzar al niño y no exigiendo hacer algo que no está acorde con su edad y capacidad. La educación del niño está encaminada a controlarlo utilizando el ejemplo, el diálogo y la escucha, dando otras oportunidades y estimulando su cooperación. Es en esta etapa donde evoluciona la parte psicosexual: anal, uretral, muscular y en lo psicosocial: autonomía vs. Vergüenza y duda, la fuerza que se crea es la voluntad y la patología manifiesta es la compulsión.

Juego: en la tercera etapa, entre los 3 y los 6 años. El niño es más enérgico y locuaz, ha desarrollado una vigorosa actividad e imaginación. Cabe señalar que hacia el tercer año de vida, el niño es capaz de moverse más libre y violentamente y por lo tanto establece un radio de metas más amplio y sin límites para él.

El conocimiento del lenguaje se perfecciona, comprende mejor y hace preguntas asiduamente, lo cual le permite aumentar su imaginación hasta alcanzar roles que el mismo inventa, y que le permiten obtener sentimientos de iniciativa que constituye la base realista de un sentido de ambición y de propósito.

Del mismo modo que en las etapas anteriores hay crisis que se resuelve con un incremento de su sensación de ser él mismo.

Con la adquisición de la habilidad en la marcha, le es posible ocuparse de qué es lo que se puede hacer con la acción; puede establecer contacto más rápido con niños de su edad e incorporarse a grupos de juego.

En esta edad su aprendizaje se destaca por ser intrusivo (apoderarse sin razón ni derecho) y vigoroso, intrusión en el espacio, en lo desconocido y en el campo perceptual de los demás. También aparecen fantasías sexuales que se evidencian en los juegos, se presentan con frecuencia sentimientos de culpa y temores asociados a un proceso emocional complejo por los apegos de los niños y de las niñas a los padres del sexo opuesto, con presencia de rivalidades con el padre o la madre. De ahí que se haga necesario cultivar un compañerismo respetuoso entre padres e hijo para permitir crear un sentimiento de igualdad, básico en el valor que cada uno tiene.

Posibles problemas: bloqueo en la acción y la iniciativa, una tendencia paralizante a la culpa, o una fijación a un estado de dependencia que anula la capacidad, dependencia marcada de los padres, temor a equivocarse y una exagerada conciencia de lo que puede o no hacer.

Es aquí donde se evoluciona en la parte psicosexual, genital, motora y psicosocial iniciativa vs. Culpa, la fuerza que se desarrolla es la finalidad y la patología manifiesta es la inhibición.

— **Escolar.** Etapa de latencia caracterizada por la pérdida de interés en la sexualidad personal, social y en la laboriosidad. El niño inicia su etapa de formación escolar y entre los 6 años y 12 años realizan adaptaciones para ganar reconocimiento al aprender, de hacer cosas junto con otros, de compartir tareas, de planear las cosas que hace, y ya no obliga a los otros niños ni provoca su rechazo.

Afectuoso con maestros y padres de otros niños queriendo observar e imitar a otras personas que desempeñan ocupaciones que ellos pueden comprender.

Se torna insatisfecho y descontento cuando no es capaz de hacer cosas y de hacerlas bien y aun perfectas, precisamente por estar desarrollando un

sentimiento de laboriosidad que será la iniciación científica y tecnológica del futuro profesional, productividad y la creatividad.

El fracaso de la laboriosidad da paso al desarrollo de una sensación de inadecuación o sentimiento de inferioridad existencial, establecimiento de una autoimagen empobrecida, relacionada con una deficiente estimulación escolar, pues son precisamente los padres y la institución escolar quienes deben velar por el establecimiento del sentimiento de laboriosidad.

En esta etapa es definitivo permitir que el niño haga cosas con otros para poder desarrollar su sociabilidad y un sentimiento de idoneidad que significa un libre ejercicio de la destreza y de la inteligencia en el cumplimiento de tareas importantes sin que interfieran sentimientos infantiles de inferioridad. En esta época se obtiene un sentimiento de participación en el mundo real y hay identidad con el mundo laboral de los adultos.

La evolución psicosexual está en período de latencia, en aspectos psicosociales laboriosidad o inferioridad, la fuerza que se crea es la competencia o la inercia, como fuerza patológica.

— **Adolescencia.** Etapa marcada por procesos de crecimiento rápido y visible, maduración sexual, búsqueda de identidad y crisis de identidad, que llevará al adolescente a revivir conflictos de las etapas anteriores, a plantearse una recapitulación de su proceso hasta ahora para establecer una síntesis de sí mismo, integrando los aspectos antes disociados con nuevos sentimientos de continuidad para cohesionarse interiormente.

Los padres de los adolescentes se verán enfrentados a nuevos desafíos para cumplir su misión orientadora. Las características de identidad que emergen en el adolescente son:

confianza y seguridad en sí mismo, sentido de organización y adecuación de la vida personal. Experimenta con el rol, enfrenta situaciones diversas, énfasis en la acción. Orientado en tiempo y espacio, la asimilación de la experiencia es aprovechando aspectos del intercambio interpersonal y experiencia emocional. Su aprendizaje está centrado en el contacto con el ambiente y como estrategia de aprendizaje vital. Desarrollo del propio interés sexual; es líder y se adhiere al grupo de "pares"; en su compromiso ideológico, se orienta con parámetros y participa en el ambiente.

En esta etapa se evoluciona psicosexualmente hacia la pubertad, y en lo psicosocial a la identidad vs. Confusión de roles, se adquiere la fuerza de la fidelidad o se presenta la patología de repudio.

— **Juventud.** Etapa que transcurre entre los 18 y 40 años, la madurez de la adolescencia da paso a la evolución psicosexual llamada genitalidad, momento en el cual el joven adulto, tiene la capacidad de establecer una relación sexual saludable con otra persona, quien acepta y puede compartir con mutua confianza los ciclos de procreación, trabajo y ocio, para lograr de este modo asegurar a su descendencia mejores condiciones de vida y de trabajo. La intimidad es la fuerza que permite al joven entregarse a alguien como compañero en el amor y en el trabajo e integrarse en afiliaciones sociales y desarrollar la fuerza ética suficiente de ser fiel a esos lazos e imponerse sacrificios significativos.

  Cuando la intimidad fracasa se presenta el aislamiento afectivo, distanciamiento o exclusión expresado en el individualismo o egocentrismo, psicosexual o psicosocial en forma individual o en ambos, el equilibrio entre la intimidad y el aislamiento dan fuerza a la capacidad de realización del amor y el ejercicio profesional. En el orden social este principio se manifiesta con las relaciones sociales de integración y compromiso en las organizaciones y asociaciones culturales, políticas, deportivas y religiosas. La virtud que emerge es el amor y la capacidad de entregarse a otros, a la sociedad.

  En el caso de Colombia, la Política para la Juventud, considera esta etapa, entre los 14 y 26 años y como joven adulto al individuo entre los 27 y 29 años, acción que repercute en la inclusión de este colectivo en algunas acciones del programa de gobierno como son las de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del plan obligatorio de salud.

— **Adultez.** Etapa comprendida entre los 40 y 65 años, es caracterizada en la evolución psicosexual por la cualidad generativa, la inversión en el cuidado, la formación y educación de las nuevas generaciones, de los propios hijos, de los hijos de otros y de la sociedad en general, esta cualidad de generar, se traslada posterior a la paternidad y maternidad, a la generación de ciencia y tecnología, a la creación de nuevos productos que posibiliten el bienestar a las nuevas generaciones. La crisis psicosocial presente es la generatividad vs. El estancamiento.

  La fuerza que se encamine hacia el desarrollo de la vida humana o su extinción, hacia la procreatividad, se convierte para cada persona en la más esencial y

significativa cualificación, lo cual es determinante para la experiencia de vida y la muerte.

La superación de las crisis de las etapas anteriores, permite a la persona ser capaz de amar y de trabajar por el bien de otros que luego se traslada al grupo de la familia. La virtud propia de este estadío es el cuidado y el amor que trasciende la atención a la propia familia y al trabajo. Sentimiento de responsabilidad universal por todos los hijos y por todo el producto del trabajo humano.

La resolución de la crisis de esta etapa permite la emergencia de la caridad, en relación con el cuidado y el celo, en la capacidad de darse en el amor y en el trabajo. El fracaso de la fuerza generativa origina un sentimiento de estancamiento, de rechazo, depresión y narcisismo que imposibilitan la eficiencia y eficacia en el amor o matrimonio y trabajo o profesión. El aislamiento puede producir regresión psicosocial, caracterizada por una necesidad obsesiva a la pseudo-intimidad, que se compaña de sentimientos de infecundidad personal y social manifiesto en la incapacidad de generar, producir y criar.

— **Vejez.** Etapa que se inicia después de los 65 años. Estadio definido por la integridad que es la aceptación de sí, de su historia, de su proceso psicosexual y psicosocial, todos los procesos vividos en etapas anteriores son resignificados a la luz de los valores y experiencias de ese momento de la vida, sean estos sanos o patológicos; la integración emocional de la confianza, la autonomía, la laboriosidad y demás fuerzas adquiridas; la vivencia del amor universal como experiencia que resume vida y trabajo; la convicción de su propio estilo e historia de vida como aporte significativo a la humanidad; la confianza en sí de las nuevas generaciones y la tranquilidad de presentarse como modelo por la vida vivida y la muerte que se tiene que enfrentar. La ausencia o pérdida de integridad origina desespero con la pérdida de sus valores. "La virtud de esta etapa es la sabiduría que significa el saber acumulado de toda la vida, el juicio maduro y justo, la capacidad de ver, comprender los significados y recordar las experiencias de la vida. El debilitamiento o pérdida de integridad se da por el temor a la muerte, por el desespero, la desesperanza o el desdén" (135).

Elementos relacionales

La comunicación para la salud

Siendo la comunicación un proceso inherente al ser humano, la comunicación para la salud hace referencia a ese proceso de interacción de unos con otros, a través de la comprensión de un lenguaje que puede ser verbal o no verbal, personal o

impersonal, pero que tienen el mismo sentido para los actores de este proceso. De esta forma se inicia la exteriorización del ser social.

El lenguaje refleja la identidad cultural, por eso cada palabra o gesto no está relacionado con algo exterior a nosotros, sino con lo que somos y pensamos, con nuestro quehacer y con nuestra coordinación para ese quehacer con los otros. Son precisamente ese quehacer, y las emociones que están en su base, lo que especifica y da a nuestras palabras su significado particular.

"La palabra como símbolo permite la construcción de lo humano. En ella se da el reconocimiento de la instancia psíquica del yo, y este genera identidad, la convergencia de la palabra y su aceptación colectiva deriva a la cultura" (136).

La comunicación para la salud lleva implícita la información y la educación para favorecer la reflexión, el diálogo, la interacción y la motivación para la actuación en favor de la salud y del desarrollo humano. En ese sentido, el proceso de comunicación para la salud se convierte en un proceso de comunicación participativa que representa mayor responsabilidad del individuo, familia y comunidad. Este proceso se realiza a través de la interacción dialógica y reconocedora del otro como sujeto.

Con base en lo anterior, el acercamiento del equipo de salud (promotor y profesional de enfermería comunitaria) debe hacer que se facilite la comprensión de la salud y permitir el empoderamiento de las comunidades y de los individuos en la planeación, ejecución y evaluación de las acciones en pro de su autocuidado y a la movilización por la salud como derecho.

La educación para la salud

El ser ciudadano y su aproximación a la comunicación masiva y al consumo, tiene entre otros fines, reconocer nuevos escenarios de constitución de la cultura educativa, inmersa no solo en el ambiente privado, sino en el público; entendiendo que existen hoy nuevas formas identitarias que aparecen y construyen a su vez, nuevas formas de hacer cultura, nuevas formas de hacer educación, por lo tanto si se admiten los cambios antes mencionados es necesario que el Estado realice un alto en las políticas educativas, para así lograr pedagógicamente la construcción y la representación de las nuevas identidades sociales.

Para Néstor García Canclini (137) el concepto de identidad pasa por tres momentos:

- La identidad es hacer parte de un territorio; coleccionar objetos, mantener rituales; tener país, lugares, símbolos, relatos comunes, todo lo anterior entendido como patrimonio.

- La identidad se mueve a través de la desterritorialización en donde la transculturalidad forma parte importante de la transición de identidades, es característica la presencia de la hibridación cultural a través de la migración.
- Reterritorialización de las identidades en transición. La construcción de la identidad es un proceso histórico múltiple y complejo. La identidad no gira en torno a un territorio, ni a una lengua, sino entorno a la globalización al mundo cambiante, sujeto de atención.

Las identidades se construyen en la relación entre lo individual y lo colectivo en procesos socioculturales e históricos que posibilitan una adscripción identitaria. Son construcciones sociales definidas a partir de la inserción en contextos sociohistóricos determinados mediante la interacción social y se refrendan en lo simbólico.

Si se piensa en lo pedagógico, existen identidades pedagógicas, de las cuales hace referencia Silva (138), quien afirma que la reforma curricular contemporánea ha hecho que se produzcan notables cambios en la manera como se organizan y se socializan los contenidos de los procesos educativos. A partir de la generación de nuevas tendencias, movimientos y enfoques en el conocimiento y en la manera como se relaciona la sociedad con él, depende la constitución de los diferentes tipos de identidad pedagógica.

La identidad pedagógica se define y se constituye como proceso de regulación de los principios de orden social de las prácticas educativas, su función principal es la administración del cambio cultural, económico y tecnológico, a través de modelos que se interiorizan en los diferentes actores educativos; de este modo cualquier reforma educativa puede ser considerada como el resultado de la lucha por proyectar e institucionalizar identidades determinadas (139).

En atención primaria en salud, se busca fortalecer las identidades pedagógicas prospectivas y las identidades pedagógicas integradas descentradas, pues solo así se logrará fortalecer los procesos protectores, que se han convertido en costumbres sanas o no y que influyen de una u otra manera en la calidad y condiciones de vida de una población. “En la medida en que se reconozca al otro, en que se respeten los espacios de expresión de opiniones diversas, los procesos de construcción de identidad en los ambientes educativos tenderán a estar, cada vez más, mediados por el diálogo y más fundamentados en la interrelación, es decir, tenderán a ser más humanos” (140).

Además si se piensa en el hecho que:

> Cuidar es ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y

> permitir que ésta se continúe y reproduzca. Cuidar se constituye entonces en un acto educativo, que uno se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, requiere apoyo para asumirle cuidado de sus procesos vitales (141).

Dependiendo de su situación de salud o de enfermedad, el ser humano puede estar en capacidad de procurarse autocuidado o encontrarse en una situación de déficit de autocuidado. En ambas circunstancias el profesional de enfermería encuentra una oportunidad para cumplir con la función educativa, que hace parte implícita del ser enfermero o enfermera; así lo expresa Virginia Henderson: la única función de un profesional de enfermería es ayudar al individuo enfermo o sano, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad y conocimiento necesario. Y hacer todo de tal forma que lo ayude a ser independiente lo antes posible (142).

Las intervenciones de enfermería con la persona sana o enferma se realizan haciendo énfasis en la función de cuidador y en este proceso de cuidar se incluyen también las funciones de educación, gestión e investigación.

"La educación hoy es tan compleja como el mundo mismo. Por ello su organización se configura desde la complejidad de los sistemas que la abordan. La educación es un sistema que emerge desde la sociedad, y al mismo tiempo se abre a ella y a sus individuos. La educación en su complejidad emana de la sociedad y a ella retorna luego de sufrir transformaciones" (143).

El proceso educativo es aquel proceso de relaciones sociales que se da con el objetivo de formar los rasgos más trascendentales de la personalidad de los hombres, y las mujeres, así como prepararlos para el trabajo y para la vida. Mediante la educación se asegura la herencia cultural del hombre, y al mismo tiempo, la transformación de esa cultura para el bien de la comunidad (144).

Los procesos educativos pueden ser llevados a cabo por muchas instituciones sociales como la familia, los medios de comunicación masivos, los organismos gubernamentales y no gubernamentales. Por lo tanto, se debe asumir la formación como un sistema complejo, que se desprende del sistema social y se configura en una serie de sistemas como el pedagógico, el dialéctico y el curricular, los cuales se estructuran en componentes y funcionan en interrelaciones, para hacer del proceso educativo, un proceso transformador del tejido social.

Con base en lo anterior, la educación que se brinda al interior de los procesos de construcción de identidades saludables, dentro de la implementación de la estrategia de atención primaria en salud, se hace con base en el conocimiento como resultado de un proceso de construcción o reconstrucción de la realidad, a partir de la interacción entre las personas y el mundo —constructivismo— (145).

Para llevarse a cabo con optimización serán necesarias varias estrategias en lo didáctico y metodológico, dentro de las cuales se pueden incluir las charlas a los colectivos humanos o a los grupos constituidos al interior de cada comunidad, de éstas se desprenderá un conocimiento claro de la cultura relacionada con hábitos saludables o no, que influyen de alguna manera en las condiciones de vida de la población; la lúdica, como herramienta de aprendizaje, buscará acercar a las comunidades al conocimiento y mejoramiento de su actual plan y desarrollo de vida; la educación genera autoconciencia del estado de igualdad en donde todo poder y toda jurisdicción son recíprocos, en el que nadie tiene más que otro, puesto que no hay cosa más evidente que el que seres de una misma especie y de idéntico rango, nacidos para participar sin distinción de todas las ventajas de la naturaleza y para servirse de las mismas facultades, sean también iguales entre ellos, sin subordinación (146).

La educación, como la enfoca Casas B. (147), es una relación humana intencionada, que ejerce una influencia para aportarle al otro el conocimiento adquirido, esperando que se produzca un cambio de comportamiento. La educación es universal, es una condición humana de la individuación hacia la socialización. Es un medio para convivir con los semejantes, es un instrumento de generación de cultura. Es un bien, cuando su construcción permite la satisfacción de las necesidades humanas. Es el único bien que permite el abordaje para conocer los aprendizajes que los otros seres han producido. Es una herramienta, para cultivar y cosechar con títulos de propiedad los conocimientos de otros. Es un intangible al que todas las disciplinas acceden para asegurar su trascendencia.

La educación, enfocada como esa relación humana intencionada, que ejerce una influencia para aportarle al otro el conocimiento adquirido, esperando que se produzca un cambio de comportamiento, es la conclusión a la que se llega, al hacer un recuento histórico reflexivo de ese abstracto, en el cual nos dinamizamos cada día en el escenario mundial de la conciencia humana. La definen además, como el proceso utilizado por la sociedad para reproducir sus condiciones y para adaptar a los individuos a ella.

En el recorrido histórico de esta relación se encuentra que a través de ella, se perpetua el conocimiento desde el relevo generacional; y a través de ella se socializa

el individuo, se organizan las culturas y se evoluciona hacia los seres sociales que aportan a la historia. No han faltado pensadores que le han atribuido a esta relación la condición inherente de lo humano: solo la educación hace al hombre, solían decir los filósofos tradicionales. Los contemporáneos nos dirán: solo el hombre humaniza la educación.

Lo que más se vivencia por la mayoría de las personas en este estadío histórico de la humanidad es que, a través de procesos educativos diversos complejos y desde diferentes escenarios, damos cuenta de nosotros mismos como seres sociales productivos.

La educación es universal. Es una condición humana de la individuación hacia la socialización. Es un medio para convivir con los semejantes. Es un instrumento de generación de cultura. Es una construcción humana que perpetua, dinamiza o aliena su misma condición humana. Es un bien cuando su construcción permite la satisfacción de las necesidades humanas. Es el único bien que permite el abordaje para conocer los aprendizajes que los otros seres han producido. Es una herramienta para cultivar y cosechar con títulos de propiedad los conocimientos de otros. Es un intangible al que todas las disciplinas acceden para asegurar su trascendencia. Esta relación educativa ha evolucionado a un estadío dialéctico, ya que no es pasiva ni subyugada a los intereses del educador; se requiere de la participación activa del otro como interlocutor consciente del acto educativo.

El método, las técnicas y herramientas que se han utilizado para el proceso educativo han variado según el contexto histórico. No es difícil hacer compilaciones de las formas y medios tradicionales utilizados en la educación tradicional de las sociedades de clase de dominio, hacia las nacientes formas de educación popular de jóvenes y adultos, generadas en las sociedades contemporáneas en lucha de liberación.

Los sujetos que dinamizan la educación han evolucionado a estadíos de sujetos sociales. Aparecen en la historia con identidades de valores humanos independiente de la posición o escala económica social que ocupen. Son sujetos activos, pensantes, que interactúan con el otro, deciden y son más libres.

Los escenarios o espacios en donde se da el fenómeno educativo también ha sufrido su proceso de transformación: la casa, el barrio, el grupo, la asamblea, la publicidad, el cine y la televisión, la informática, el texto. En donde la comunicación humana con una intencionalidad, es escenario propicio para el aprendizaje.

La salud da cuenta del proceso de la vida y la percepción que de ella se tenga aporta a su desarrollo. Los comportamientos que realicen las personas contri-

buirán positiva o negativamente a su estadío óptimo de vida. Siendo un proceso cognitivo debe aprenderse, por lo que se asumen conductas y se transforman o se cambian conductas, si y solo si el individuo, está inmerso en estas relaciones intencionadas de trasladarle al otro el conocimiento adquirido.

Si se reflexiona sobre el quehacer como educadores de la salud, tenemos que la asimilación de lo entregado en la transmisión de conocimientos es bastante insuficiente; sin embargo, nos seguimos preguntando por la forma como se dictan los cursos y los modos de llevar los contenidos, cuando lo que tenemos que preguntarnos es por los sujetos participantes en ese trabajo educativo.

La educación para la salud, como estrategia innovadora, voltea la pirámide tradicional de la educación sanitaria y hace que el centro de este proceso no sean los conocimientos científicos, sino el sujeto social, protagonista de la aprehensión de su propio conocimiento, mediatizado en un encuentro de reconocimiento con otro sujeto, potencializando al máximo la palabra, no sólo como el símbolo de identidad, sino en un verdadero tejido humano de comunicación.

En el capítulo 5 de este libro se presenta una propuesta para desarrollar la estrategia de información, educación y comunicación –IEC–, como un elemento inherente a la gestión de la salud pública, haciendo énfasis en la educación popular y la comunicación educativa como soportes epistemológicos y pedagógicos para direccionar las acciones en APS desde una perspectiva crítica y activa en torno a la educación para la salud y el desarrollo humano.

La salud como derecho y las políticas públicas como garantes

Según el constitucionalista Carlos Gaviria (148), el derecho a la salud está enmarcado en el contexto de los derechos humanos conocidos como los derechos del hombre y del ciudadano, en todo tiempo y en todo lugar; basados en la idea del hombre y el hombre en sí mismo y sobre todo en la dignidad humana. Los derechos del hombre y del ciudadano son un corolario de la dignidad humana y se afirma que el hombre nace con una serie de derechos que el Estado no le otorga, sino que debe reconocérselos, constituyéndose en límites al ejercicio del poder político.

El derecho a la salud, por ser un derecho de segunda generación, sometido a un desarrollo gradual y progresivo y a la regulación del Estado, no es reconocido como un derecho de aplicación inmediata como lo es el derecho a la vida y que se reclama como tal, dada la conexidad con esta, según el cual afirmar el derecho a la vida equivale a afirmar el derecho a la salud, independientemente de la existencia de recursos económicos.

La Corte Constitucional también ha afirmado que el derecho a la vida abarca no solamente la mera supervivencia física, sino también una serie de condiciones que la hacen digna del ser humano y fomentar su bienestar para que pueda desempeñarse en sociedad con óptima calidad de vida. El derecho a la salud es un derecho fundamental, razón por la cual es un derecho tutelable.

En relación con las políticas públicas y salud se distinguen tres nociones: política pública de salud, política saludable y política pública y salud.

Se reconoce como política de salud, "al curso de acción que afecta al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del sistema de atención sanitaria". No depende solo de los servicios médicos, pues suele afectarse también por acciones e intenciones de otros actores (el gobierno, el sector privado, los medios y los grupos de interés), es sinónimo de la política sanitaria y sus efectos se circunscriben al sector de los servicios de salud, tiene poco impacto sobre los determinantes de la salud.

Hancock (1981), define políticas saludables como todas las acciones realizadas por organizaciones públicas, privadas y voluntarias que, al modificar las condiciones en que vive la gente y modificar sus opciones de decisión, tienen un impacto favorable en la salud, de otro lado Milio (1982) considera que una política saludable se ocupa tanto de los efectos del ambiente y de las condiciones socioeconómicas de la salud, como de la provisión de servicios de salud.

Las políticas públicas con efecto sobre la salud se conciben como directrices emanadas del Estado o de otros actores sociales, que se imponen de forma específica a la práctica del colectivo con el carácter de norma y que afectan favorable o desfavorablemente su salud, por el hecho de intervenir en sus determinantes, estas políticas asumen el carácter de públicas, allí la salud tiene un estatus de bien público. Pueden ser de tipo sectorial o extrasectorial con repercusiones en la salud.

Desde el enfoque de salud y derechos humanos se concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que por sus principios, defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud, este debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas *inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros* que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad.

Desde esta premisa, la atención primaria en salud como política pública, se constituye en una respuesta a este imperativo ético del sector salud en términos de

la justicia social, equidad y la solidaridad. En Antioquia, la atención primaria en salud y la cobertura universal en el aseguramiento, como programas de gobierno, representan la política del gobierno para hacer efectivo el acceso al derecho a la salud en un entorno descentralizado.

La descentralización es el mejor escenario para la APS cuando la comunidad puede demandar sus derechos; el Estado y la sociedad responden a las necesidades de la población; la comunidad participa activamente en los procesos de toma de decisiones; las entidades territoriales ejercen rectoría sobre el sistema de salud; hay suficiente voluntad política que asegura la asignación y distribución de los recursos y cuando hay adecuado desarrollo de la capacidad de gestión —todos los anteriores son requisitos necesarios para que la APS sea efectiva— (149).

La gestión de las políticas públicas implica un proceso social en virtud del cual una colectividad formula opciones y elige una decisión para ponerla en marcha; en la adopción de políticas la conciencia sobre la selección es colectiva, teniendo en cuenta los múltiples actores con diferentes intereses. Este proceso se caracteriza por ser dinámico y conflictivo, cargado de intereses y de entornos rápidamente cambiantes, como productos de un proceso político que sólo puede ser parcialmente comprendido y difícilmente controlado por uno solo de los actores.

Puede considerarse En general, el siguiente marco que describe los principales pasos del proceso de desarrollo de políticas:

- La identificación del problema. El sistema político advierte que cada problema exige un tratamiento diferente, mediado por el sistema social.
- La definición de la intervención. El sistema político caracteriza las ventajas de la intervención bajo su tutela y las encuentra ajustadas a sus intencionalidades.
- La defensa y la promoción. El sistema político admite la defensa y la promoción de los grupos de interés para estimular una respuesta del gobierno.
- El reconocimiento de la necesidad. El sistema político reconoce algunas evidencias iníciales del problema, admite la necesidad de resolverlo y lo incluye en la agenda de una autoridad pública.
- La recolección de información. Se diseñan, ejecutan y evalúan investigaciones que permiten corroborar la solidez de las evidencias existentes y la generación de nuevas.
- La formulación de soluciones. Se estudian las respuestas, se diseñan, se formulan y se negocian para establecer un proceso de acción por la autoridad pública.

- La toma de decisiones. El sujeto político oficialmente habilitado, elige una solución particular que se convierte en política legítima.
- La preparación de borrador. Un primer grupo de expertos habilitado por el sujeto político, prepara un documento borrador.
- La revisión de borrador. Un segundo grupo de expertos, revisa el documento borrador y emite concepto de consenso.
- La aprobación. El sujeto político admite las recomendaciones producto de los consensos y aprueba su implementación y asigna recursos.
- La ejecución de la política. Una política es aplicada y administrada sobre el terreno. Es la fase ejecutiva.
- El resultado de la política. Se produce una evaluación de resultados que desemboca en el final de la acción emprendida.
- La memoria técnica. Se documenta el proceso completo para la retroalimentación de futuras políticas.

El sistema de información en atención primaria privilegia la formulación, ejecución y evaluación de las políticas desde la perspectiva de las familias. La atención primaria como política pública se gestiona, e incluye entre sus acciones la instalación de la capacidad entre y con los actores del desarrollo, en la gestión de las políticas públicas, que afectan el desarrollo social y la salud de los colectivos. El concepto de políticas públicas en salud desde la aproximación al derecho, a la legislación vigente y al contexto de los derechos humanos es el fundamento empírico para lograr la formulación de estos derechos; es la idea del hombre de sí mismo y de la dignidad humana.

Componente metodológico y de gestión

Monitoreo participativo en salud

Ver la figura 2 que plantea cómo las relaciones existentes en cada fase y cada actor a nivel metodológico y de gestión.

El análisis de los determinantes del proceso salud-enfermedad, como la pobreza, el deterioro de las condiciones ambientales, los estilos de vida no saludables y la violencia social, entre otros, es imperativo para planear y evaluar los proyectos que se dan en materia de salud. Por esto se plantean tres subsistemas donde *la*

participación, el monitoreo y la toma de decisiones sean coherentes y basados en realidades sociales que ameritan el concurso interdisciplinario e intersectorial.

La propuesta metodológica está fundamentada en la epidemiología social desde el *monitoreo participativo*, que según Breilh (150) es un sistema integral en el seguimiento y en la comprensión de una necesidad social insatisfecha, de los logros de una acción popular y de la evaluación de las políticas, programas y proyectos de salud, en beneficio de la calidad de vida de los colectivos. Integra aspectos de los modos de vida y del comportamiento humano, así mismo de la producción de los servicios de salud, del análisis de los casos centinelas y de las estadísticas vitales. Es un proceso liderado por la comunidad, donde la salud es un interés colectivo y público, lo que permite su empoderamiento y la participación comunitaria, por la defensa de la vida y de su dignidad (151).

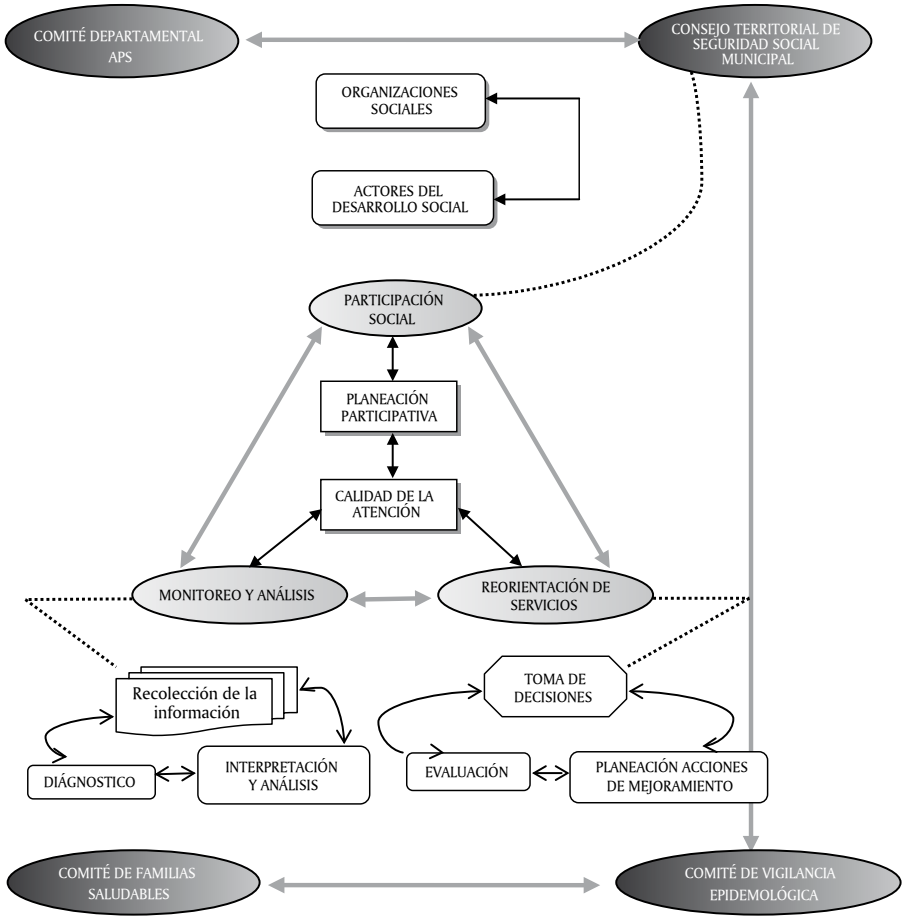
El modelo de APS propone reconocer y comprender con la familia sus necesidades en el enfoque de desarrollo humano, así mismo analizar los satisfactores, que responden a la satisfacción de las mismas.

El primer subsistema que constituye el monitoreo es el de participación-comunicación en el cual, se establece una relación entre el equipo de salud —*enfermera comunitaria y promotor de vida*—los grupos comunitarios, las familias y los individuos, allí se hace un intercambio de información para lograr una lectura del entorno de salud en el mejoramiento de las condiciones de vida. De esta manera el diagnóstico comunitario, la participación social y ciudadana y el proceso investigativo, aportan ampliamente al fortalecimiento de este subsistema.

El segundo subsistema corresponde al monitoreo crítico, que comprende la gestión de los sistemas de información. Se deben observar sistemáticamente las fuentes de información y los registros de salud, definir las fuentes de información, recolectar los datos por medio de la informática, crear bases de datos con enfoque familiar y del desarrollo humano y hacer un análisis crítico. Con esto se logra entender el evento o la necesidad, con sus respectivos determinantes, para tomar decisiones y plantear intervenciones sobre el proceso salud-enfermedad de los colectivos.

Y por último, está el subsistema de reorientación de los servicios que se fundamenta en la adecuación tecnológica y científica de los programas y proyectos sociales que se constituyen en satisfactores de las necesidades de las familias, mediante un diálogo de saberes, así como los servicios de salud en sus diferentes niveles de complejidad. La evaluación, el entrenamiento y la educación permanente del equipo responsable y de todos los grupos de la comunidad son estrategias indispensables para asegurar los logros del monitoreo y la autogestión colectiva.

Figura 2. Modelo operativo para fortalecer la capacidad de las entidades territoriales para la prevención y control de la mortalidad materna y sus factores condicionantes. Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia 2005



Componente de gestión de la salud

La gestión de la salud de la población como un campo de conocimiento y una práctica social y política, involucra elementos fundamentales como la comprensión de las necesidades, la calidad y el control social, así como los avances conceptuales y metodológicos de las ciencias sociales y humanas, para la movilización de recursos y la generación de alianzas en la construcción de propuestas que contribuyan a la satisfacción de las necesidades de los colectivos humanos.

La gestión permite obtener resultados que pueden ser previstos, definidos, analizados y evaluados, pero que tienen que ser alcanzados a través del esfuerzo de otras personas y en una interacción humana constante. "La formación en gestión posibilita asumir habilidades cognitivas, comunicativas y políticas, para modificar la realidad, a lo que se deben unir el arte de juzgar, de convencer, de ejercer el liderazgo para decidir y actuar mejor frente a riesgos e incertidumbres" (152).

Entre los retos que se deben liderar en la gestión de APS, están el de garantizar un acceso universal a la salud, que como lo expresan Aday y Anderson (153), significa que los bienes y servicios se encuentran disponibles en el momento y lugar en que las personas lo necesitan y que la forma de ingreso al sistema resulta clara; se refiere a la utilización de estos y su impacto en la satisfacción de las necesidades de las poblaciones. Incluye, además, unas prácticas de calidad basadas en el conocimiento y avaladas socialmente, así como la movilización dirigida a través de las políticas públicas en términos de equidad y pertinencia.

La gestión en APS se centra en la movilización de recursos de la comunidad. De la Cuesta afirma:

> Que los cuidadores, tanto los profesionales como los que no lo son, son artesanos en el sentido de que inventan, construyen y movilizan recursos. Las acciones que emprenden van desde incentivar la formación de grupos de voluntariado o de auto ayuda, a conformarlos y a apoyarlos participando en educación para la salud; hasta poner en contacto personas de la comunidad para que puedan ayudarse mutuamente a movilizar la opinión pública y la solidaridad en la satisfacción de las necesidades. En suma, lo que las enfermeras realizan en las comunidades, es catalizar, generar, apoyar, defender y promover el potencial de la gente para cuidarse a sí misma y cuidar de otros; promueven que las personas sean verdaderos actores, con participación efectiva en las cuestiones de salud (154).

Con estas acciones se construyen y se desarrollan procesos para la defensa del derecho a la salud, la comprensión de las necesidades, las capacidades y potencialidades de la comunidad en la búsqueda de un desarrollo armónico, generando la movilización de recursos y de conocimientos que propician la autonomía y la creatividad en el cuidado de la salud y de la vida.

La articulación de los procesos de la planeación participativa a partir del conocimiento de las necesidades, capacidades y potencialidades de las familias, con la organización, la dirección y la evaluación, es lo que busca la implementación de la estrategia del modelo de atención primaria en salud, convirtiéndose la

articulación de estos procesos, en elementos fundamentales que garantizan el monitoreo de la salud en un contexto territorial.

La gestión de la atención primaria en salud ha sido dividida en apartados, así: el primer apartado expone, los elementos centrales de la forma como la atención primaria enriquece el direccionamiento de la planeación en salud y a la vez se nutre de las decisiones y asignación de los recursos, el segundo apartado evidencia la organización de la APS, en la estructura del Sistema de Seguridad Social, la sostenibilidad técnica y financiera y finalmente como aporta en la evaluación de la situación de salud.

La atención primaria y la planeación en salud: una comprensión de las necesidades

La planeación como elemento fundamental de la gestión pública es un proceso racional y sistemático que materializa las necesidades y los problemas de los individuos, familias y colectivos y la utilización de los recursos. En salud, la planeación se constituye en un instrumento para hacer efectivos los principios de equidad y justicia como ejes del desarrollo social y humano.

El escenario de la planeación en salud está enmarcado en un contexto de complejidad e incertidumbre, que requiere el abordaje reflexivo desde lo conceptual y metodológico para develar los aspectos que facilitan y limitan este proceso en las comunidades y el uso eficiente de los recursos. Desde el contexto jurídico y legal actual, el desarrollo de competencias en este campo facilita la autogestión y liderazgo de los integrantes del equipo de salud en la formulación y financiación de programas y proyectos, así mismo, de la evaluación del cumplimiento de objetivos y metas planteados. Es un proceso de toma de decisiones y búsqueda de recursos que está inmerso en una reflexión continua y participativa de todos los actores del sistema social.

De acuerdo con Cano Gaviria (155), la planeación moderna es una acción consciente de la sociedad sobre sí misma es decir," como acción eminentemente política, que en cuanto política, tiene que ser reflejo de la voluntad soberana de una sociedad, de una comunidad o de una organización, acción que tiene que estar orientada al futuro". Es anticiparse al futuro desde diferentes visiones e intereses de los diferentes actores.

Repullo define la planeación como "anticiparse al futuro e intentar influir en él" (156), e identifica tres elementos de la planeación el futuro, la decisión y la acción.

Lazo (157), identifica además, otros elementos importantes en la planeación como son la constitución de los actores socios sanitarios, que avanzan desde el

auto reconocimiento, la organización, la legitimación (reconocimiento social), la institucionalización y la legalización (reconocimiento estatal).

La planeación le aporta a la salud pública, un método sistemático de análisis de la realidad, de discusión, de negociación, de búsqueda del consenso a partir del diseño del camino de transformación de esa realidad actual y de acción de cambio concreto, sectorial, global y participativo.

Enfoques estratégicos en la planeación en salud

Para el comienzo de los años 80, se incorpora en el campo de la administración de la salud el enfoque estratégico, cuyas características principales se pueden enunciar así:

Existe más de una forma de interpretar la realidad. Dado que la percepción de la realidad se encuentra influida por los intereses de quien la observa, se acepta la presencia de conflictos entre los participantes, obligándose a la negociación y al acuerdo para el diseño de un plan que comprenda el consenso de todos.

El resultado de la negociación y el consenso será siempre más dinámico y motivante que los elementos que conformaron el conflicto.

El planificador, a diferencia del sistema tradicional, es un sujeto incorporado al proceso como miembro activo de la comunidad; es un sujeto más del conjunto social que aporta su visión y su interpretación de lo que ocurre como cualquier otro miembro pudiese hacerlo.

Se distinguen varios enfoques en la planeación del desarrollo:

La planificación de situaciones o planeación estratégica situacional (PES).

Carlos Matus define la planeación estratégica sobre la noción de situación, como el lugar social donde está situado el actor y la acción. El sujeto hace parte de la realidad situacional, por lo tanto, tiene más de una explicación con respecto a esta; como actor social es creativo en medio de un sistema social de incertidumbre (158).

En este marco recomienda el Método Altadir de Planificación Popular (MAPP), el cual tiene su fundamento en la planificación estratégica situacional. Este es un método creativo, diseñado para guiar la discusión de los problemas en grupos y comunidades, propone que estos grupos identifiquen y seleccionen sus problemas, los jerarquicen y asuman el compromiso de enfrentarlos definiendo estrategias, operaciones y acciones para hacerlo. Para su logro determina los siguientes pasos:

- La identificación y definición de problemas, con su análisis de causas y consecuencias.
- La definición de objetivos.
- La selección de causas críticas y la selección de operaciones.
- La definición y presupuestos de recursos.
- Identificación y el análisis de los diferentes actores.
- Las trayectorias del plan.
- La evaluación de desempeño de los responsables del plan.

La planeación estratégica

Para Testa, la planeación

> [...] es un proceso permanente de discusión y análisis de los problemas sociales, lo cual lleva a proponer metas necesariamente conflictivas, puesto que se refieren a intereses de grupos en pugna, cada uno con planes propios de modo que el planificador es parte de alguna fuerza social para lo cual el objetivo de la planificación se inscribe en el marco de la lucha por el poder (159).

En su propuesta se articulan la parte programática con la estratégica, las acciones con el poder. Así el papel del Estado determina los propósitos de gobierno, la teoría determina los métodos y la historia determina la organización. La historia determina también la teoría y el papel del Estado y este determina la teoría, con lo cual se complementa el círculo de su postulado de coherencia.

La escuela de Medellín, liderada por J. Barrenechea y E. Trujillo Uribe, utiliza como argumento para su reflexión, la propuesta SPT/2000 y las estrategias regionales para su implementación. Partiendo de ese argumento,

> [...] se colocan como objeto del proceso de planificación, los "espacio-población", entendidos no sólo como área geográfica, sino como un espacio complejo, histórico y multidimensional (físico, geográfico, demográfico, epidemiológico, económico, social, cultural y político) en el que habitan grupos humanos suficientemente homogéneos entre sí en cuanto a sus condiciones de vida y en consecuencia, a sus necesidades básicas, incluyendo entre estas, las necesidades de salud (160).

En este sentido, la preocupación central de la escuela de Medellín está dirigida a los métodos y técnicas y considera el desarrollo del proceso de planeación en una realidad social determinada, convirtiendo la planeación en un proceso social,

conflictivo, de selección, de identificación y negociación en búsqueda de producir cambios o sostener algunas situaciones deseadas en una realidad sobre la cual tenga o quiera ganar poder. En este modelo el proceso de planeación estratégica, tiene que cumplir varios requisitos:

- Integrar la dimensión política y económica del proceso social, distinguiendo las áreas de consenso y de conflicto.
- Constituirse en un proceso que realmente recoja la demanda que emerge desde la base social.
- Convertirse en un proceso descentralizado que libere las capacidades para identificar problemas y soluciones en todos los niveles.
- Llevar la planificación hacia las instancias de gestión y operación, ya que éstas son las bases de la práctica concreta de la planificación.
- Ligar permanentemente la planificación de las situaciones de coyuntura con las de mediano y largo plazo.
- Disponer de un plan de corto y mediano alcance, que preceda y presida la acción de intervención y producción social.

El centro de la planeación estratégica, tiene que ser un sistema articulado de discusiones entre los distintos niveles sociales, "instituciones", que produzca como resultado un flujo periódico de decisiones que preceda y presida la acción. El plan es una definición de dirección, intensidad y velocidad de un cambio deseado que deberá ser puesto a prueba en la práctica y evaluado y monitoreado permanentemente para su alimentación a partir de su confrontación con la práctica.

Los componentes principales del enfoque de la escuela de Medellín, son la opción estratégica la cual surge de un proceso de negociación entre las fuerzas sociales o al interior de la fuerza social que establece la propuesta los planes de largo, mediano y corto plazo, que viabilizan la propuesta y constituyen su momento normativo, de monitoreo y de evaluación estratégica que son capaces de repensar el propio plan y la misma opción estratégica.

En síntesis, la planeación estratégica (161), es el proceso de construcción de un proyecto colectivo, es un movimiento de gestión del saber y de intervención organizada de dicho colectivo en busca de metas sociales definidas. La gestión del saber, se divide en los siguientes momentos:

- Momento de construcción de la situación de salud de un colectivo sobre los que se enfoca el conocimiento y la acción.

- Momento reflexivo en el que se establecen las relaciones determinantes y los procesos generativos.
- Momento político en el que se esclarecen los lineamientos y la agenda de la acción y se analizan las fuerzas involucradas (favorables y antagónicas).
- Momento de análisis propiamente estratégico en el que asumen las prioridades y las líneas de acción.
- Momento operativo.

Fases de la planeación:

El modelo de atención primaria propuesto, incorpora los principios generales que aportan los enfoques antes mencionados y adicionalmente los elementos de la gestión y la epidemiología para construir la propuesta en lo operativo y práctico para el monitoreo de la salud. En este sentido se establecen las fases que requieren recursos, insumos y unificación de criterios del equipo de atención primaria para su efectivo funcionamiento. Se debe comprender además su dinamismo, no desde un pensamiento lineal, sino desde el que hacer complejo de un proceso, que en la realidad, se construye desde la simultaneidad. La planeación identifica las siguientes fases:

- **Primera fase. Diagnóstico participativo en salud de un colectivo:** Ubicar una realidad dentro de un contexto delimitado, es un primer acercamiento que permite conocer y comprender la dinámica cultural de un colectivo humano. Esta premisa es la base del método a seguir para el acercamiento a las comunidades en las cuales se encuentran insertas las familias. Esta fase requiere de tres momentos: sensibilización, reconocimiento y recolección de la información.

  El diagnóstico municipal es el primer acercamiento a la comprensión de la realidad; el diagnóstico veredal, es el siguiente paso para adentrarse en el conocimiento de la comunidad, el diagnóstico familiar es el tercer paso y la última instancia que permite la totalidad de las dinámicas humanas en la concepción de la salud. Se realiza con la aplicación de la historia familiar, herramienta en la cual se recogen los datos de la fuente primaria y se establece una interacción comunicativa con la familia, buscando así desentrañar sus necesidades, potencialidades y capacidades.

  El acercamiento a la comunidad debe ser un proceso activo y participativo, en tanto involucra a los sujetos en la identificación de sus modos de vida y el medio que los rodea. Captura desde la misma fuente, la percepción y las prácticas de vida utilizadas, para satisfacer las necesidades humanas. Lo fundamental para que este suceso acontezca, es la interacción humana, mediada.

Lo anterior nos acerca al conocimiento que nos ofrece Sonia Duque de la siguiente manera:

> El cuidado de Enfermería se sustenta en una relación de interacción humana y social, que caracteriza su naturaleza como objeto. La complejidad estructural del cuidado de Enfermería, radica en su naturaleza humana y social y en la relación dialógica y de interacción recíproca entre el profesional de Enfermería y el sujeto cuidado, en el cual se desarrolla un intercambio de procesos de vida y de desarrollo humano distintos, con una manera particular de entender la vida, la salud, la enfermedad y la muerte (162).

En esta interacción con el sujeto cuidado, individuos y colectivos, el profesional de enfermería utiliza la comunicación en su forma verbal, gestual, actitudinal y afectiva, constituyendo un escenario para el encuentro con el otro y un eje para desarrollarse y ser con otros; es decir es un elemento fundamental del cuidado. Puede decirse entonces, que en esencia el cuidado, es un proceso de interacción sujeto-sujeto, dirigido a cuidar, apoyar y acompañar a individuos y colectivos en el logro, fomento y recuperación de la salud mediante la realización y satisfacción de sus necesidades humanas.

- **Segunda fase reflexiva-analítica.** Es el momento del procesamiento, análisis e interpretación de la información, así como de su validación con las familias. Para el análisis de la información se utilizan técnicas como la clasificación, búsqueda de categorías y su comparación constante para lograr una comprensión de la realidad a partir de las características establecidas o unidades de análisis, variables e indicadores; este abordaje permite la reflexión del contexto y determinar un análisis de estadio de la situación de la salud.

  Este análisis incluye el diagnostico familiar, que exige la construcción de la matriz de necesidades, la cual permite plasmar la identificación de cómo las familias satisfacen sus necesidades. Este proceso se da mediante la interacción permanente y continúa con la familia y el promotor de vida, potencializando al máximo la observación y la interacción humana. (Véase anexo: análisis de la familia).

- **Tercera fase conciliaciones y acuerdos.** Se materializa en la devolución de la información para la toma de decisiones y la reorientación de los servicios de salud. Se presenta el diagnóstico del municipio y de las comunidades, en las instancias competentes, tanto en el ámbito político como de organizaciones participativas del desarrollo. El diagnóstico familiar se presenta ante cada familia valiéndose de cuadros claros y significativos en los cuales se refleje la realidad familiar.

El documento síntesis es una herramienta valiosa la cual permite el diálogo, la interacción, la educación, la comprensión, la participación y el compromiso para la nueva dinámica de relación entre el profesional de enfermería, los promotores de vida y la familia, así como los diversos sectores del desarrollo, favoreciendo el cambio del comportamiento en beneficio de la salud.

Esta devolución de la información es solo el escenario propicio para generar la reflexión de los sujetos principales. Esta creación de pensamiento, estimulado por la adecuada comunicación genera diversas reacciones, ya sea de aprobación o rechazo por los sujetos, la cual debe ser llevada al plano del debate aclaratorio del equipo analizador de la información, buscando la mayor aceptación de la veracidad de la realidad, en la cual se sientan identificados los sujetos protagónicos de los diagnósticos.

- **Cuarta fase análisis de las prioridades y las líneas de acción.** Luego de obtener el reconocimiento y la aprobación de los diagnósticos en las diferentes instancias, municipal, comunitaria y familiar, se procede a concertar la priorización de los problemas identificados, dado que no es posible abordarlos todos al tiempo, sobre todo porque el cambio de comportamiento exige un proceso de etapas transformadoras que sólo se alcanzan con inversión de trabajo y tiempo.

- **Quinta Fase Formulación del Plan.** La formulación del plan debe dar respuesta a la determinación de alternativas, para la verificación de otras alternativas. Se deben elaborar los objetivos, que deben ser alcanzables y a través de los cuales se establecen actividades, recursos y tiempos de ejecución. A través de la formulación del plan, se debe dar respuesta a las siguientes preguntas:

  Qué: conjunto de actividades para llevar a cabo el plan
  Cómo: la forma o las estrategias para desarrollar el plan
  Cuándo: el tiempo que se requiere para ejecutar las actividades
  Quién: las personas responsables de ejecutar las actividades
  Cuánto: son los recursos que se requieren para la ejecución del plan

Criterios para la formulación del plan de salud:

Para la gestión de la salud, la planeación es un escenario para identificar las necesidades y problemas de los colectivos y movilizar recursos, es así como se requiere tener en cuenta además de las fases anteriores los siguientes aspectos:

La participación social. Proceso de reflexión-acción que debe estar basado en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad. Respondiendo a los siguientes criterios: la concertación; criterio central para que los diferentes

sectores adopten decisiones pactadas. Verificación del costo-efectividad; determinar el grado de reducción o variación de los problemas de salud frente a los costos derivados de la ejecución de las acciones.

Proyectos de desarrollo social y proyectos educativos

El proyecto se define como un conjunto coherente e integral de actividades tendientes a alcanzar objetivos específicos que contribuyen al logro de un objetivo general o de desarrollo, en un período de tiempo determinado, con unos insumos y costos definidos. Todo proyecto busca mejorar una situación, solucionar una necesidad sentida o un problema existente. Por ello, es necesario tener en cuenta que la formulación de un proyecto debe partir de una adecuada identificación de la necesidad o problema y contar con el respectivo diseño de las condiciones necesarias para su óptima solución.

Desde la planeación y su relación con el ente político, así como en los diversos enfoques que se tienen en cuenta en cada uno de los proyectos formulados, se incluye el componente de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con enfoque en salud familiar, desarrollo humano y ciclo vital, pues se constituye en parte fundamental de las directrices que orientan el desarrollo de las políticas públicas de salud, en cuyas propuestas, objetivos y metas se establece el mejoramiento de los indicadores de salud de su población, mediante una oferta integral de servicios de fomento, prevención y rehabilitación, donde las instituciones del sistema deben garantizar esta cobertura para toda la población.

Estas acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad están dirigidas esencialmente a incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de las familias y de la comunidad, permitiéndoles un estado saludable, un adecuado desarrollo humano y un mejoramiento de la calidad de vida y la vivencia de salud verdaderamente personalizada.

— **La organización para la atención primaria: un monitoreo participativo de la calidad**

La organización desde la gestión permite establecer la coordinación de los actores involucrados en una acción colectiva para el logro de los objetivos con los recursos necesarios en un contexto determinado. En la búsqueda de la salud colectiva, la organización se convierte en el monitoreo participativo de la calidad, como lo expresa Breilh "[…] es la mirada permanente de la colectividad, organizada sobre los procesos de los que dependen su bienestar, su funcionamiento democrático y la reproducción de sus conquistas materiales, culturales y humanas. El monitoreo se realiza sobre los determinantes de salud

de los grupos involucrados" (163). En una gestión participativa el monitoreo es la mirada de la colectividad y el seguimiento de la construcción del proyecto colectivo y de los obstáculos que enfrenta. Así mismo facilita el intercambio de saberes con todos otros sistemas del saber que acumulan una sabiduría fundamental, cercana a la cotidianidad de los colectivos y sus familias.

En este marco la organización se orienta al monitoreo de los valores y de la calidad en salud, que tiene como visión y misión constituirse en una "atención compasiva" según Torralba, "la compasión es la capacidad que tiene el ser humano de estar con el otro de establecer una relación de ayuda efectiva para resolver problemas y contribuir a la satisfacción de sus necesidades" (164) Los valores de la atención primaria como la solidaridad, la equidad y el derecho a la salud, son inspiradores para el cumplimiento de los principios y la construcción de los elementos estructurales que facilitan su operatividad.

La solidaridad como valor, según Aranguren G. L. Es la determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien común; es decir, por el bien de todos y cada uno, es un acto humano que requiere la comprensión de todas las condiciones que vulneran su existencia y que por lo tanto para su bienestar todos somos partícipes en la búsqueda de soluciones. Este autor, ha identificado cuatro categorías de la solidaridad: como espectáculo, campaña, cooperación y encuentro. Para la atención primaria se asume la solidaridad como encuentro. "Lo que significa, en primer lugar, la experiencia de encontrarse con el mundo del otro para descubrir sus problemas y ayudarlo en la búsqueda de soluciones se adopta una perspectiva transformadora y finalmente, se emprende la movilización para el cambio, la solidaridad no es un elemento que se añade sino que configura un modo de ser" (165).

El derecho a la salud está expresado en la Constitución Nacional y además, está articulado en los tratados internacionales, entre ellos la carta de la Organización Mundial de la Salud. Ello implica derechos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros actores y crea en los ciudadanos, la vía del recurso a la que pueden recurrir cuando los compromisos no son cumplidos. El derecho al nivel de salud más alto posible es instrumental, en el sentido de que debe garantizarse que los servicios de salud tengan la capacidad de responder a las necesidades de la población, que haya rendición de cuentas en el sistema de salud y que la APS sea orientada hacia la calidad, de tal forma que se logre la máxima eficiencia y efectividad y se minimicen los daños y perjuicios. El derecho a la salud y otros derechos están inextricable-

mente unidos con la equidad y estos, a su vez, reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social.

La estructura en la atención primaria

La atención primaria está conformada por un conjunto de elementos estructurales y funcionales para garantizar una cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población. Estos elementos promueven la equidad y buscan la atención integral, integrada y continua, hace énfasis en la promoción de la salud desde el desarrollo humano, la prevención de la enfermedad, el cuidado y la rehabilitación primaria, garantiza el primer contacto del usuario con el sistema; las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

La atención primaria está concebida como un modelo para el cumplimiento de la misión de la Dirección Local de Salud, dándole prioridad a las familias de los municipios de alternativas de cuidado de la salud, desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación en los entornos familiar, comunitario e institucional, que se requieran.

La estructura administrativa es matricial, orientada a las familias del municipio, permite abrir espacios para innovar, delegar, crear espacios de participación en el diseño, formulación y evaluación de programas y proyectos y facilitar el trabajo en equipos que nace desde las comunidades, en un proceso de interacción permanente que genere transformaciones para lograr un desarrollo armónico con las familias y en el contexto municipal, véase figura 3.

Esta estructura facilita la creación de espacios de participación y fortalecimiento de los propios existentes en la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—, la transformación desde el conocimiento y la comprensión de las necesidades y las capacidades del ser humano.

— Organización del municipio en función del logro de las metas

El municipio como ente responsable de la salud de todos los pobladores, debe organizarse idealmente, alrededor de los postulados de la estrategia de "Municipios Saludables", la cual convoca los diferentes sectores del municipio tanto del área urbana como rural, en torno a la salud como eje del desarrollo humano, integral, sostenible y diverso. Esta forma de organización garantiza la planeación participativa y la optimización de los recursos, aspectos fundamentales para una gestión local.

Figura 3. Estructura organizativa APS

El municipio cuenta con los mandatos de la Constitución Nacional que define la garantía de los derechos y deberes como uno de los fines esenciales y la razón de ser del Estado. Así como también, la atención en salud y la seguridad social como servicios públicos de carácter obligatorio a cargo del Estado que deben ser prestados conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Esto implica una responsabilidad indelegable para el Estado, que no se altera por la facultad que le confiere la Constitución de delegar la prestación de servicios en entidades privadas, sobre las cuales existe un deber de vigilancia y control y quienes deben asumir la prestación de los servicios de salud con criterios de responsabilidad social.

Actores involucrados, competencias y responsabilidades:

Según la Ley 715 diciembre 21 de 2001, las competencias de las entidades territoriales, están orientadas a direccionar la salud en el ámbito municipal, tal y como se describe en la tabla 7.

Tabla 7. Competencias de las entidades territoriales

Actores	Competencias y responsabilidades
Director Local de salud	Formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos en salud, en armonía con las políticas y disposiciones del orden nacional y departamental

Actores	Competencias y responsabilidades
	Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio y administrar los recursos del Fondo Local de Salud
	Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción
	Impulsar mecanismos para la adecuada participación social y el ejercicio pleno de los derechos y deberes de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud
	Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el sistema
	Promover planes, programas estrategias y proyectos en salud y seguridad social en salud
	Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública en conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar
Comité de familias saludables o comité de salud de las JAC	Liderar proyectos sociales
	Conformación de grupos de apoyo interfamiliares
Consejo Territorial de Seguridad Social	Asesorar a la Dirección Local de Salud en iniciativas y acciones para un adecuado funcionamiento de la atención primaria desde la formulación y monitoreo de los indicadores de salud
	Asesorara a la Dirección Local de Salud en la toma de decisiones sobre políticas publicas en salud
	Estudiar y dar concepto sobre la situación de salud para la reorientación de los servicios
	Definir los lineamientos para la formulación de programas y proyectos en salud para las familias
	Proponer procesos de seguimiento para la adecuada evaluación de los diferentes proyectos
Comité de Vigilancia Epidemiológica Municipal	Búsqueda de casos susceptibles, de enfermedades de notificación obligatoria, monitorización de los procesos de riesgo, de los procesos deteriorantes, actualiza el diagnóstico de salud, establece y fortalece los comités de participación comunitaria, entre otros
Profesional de Enfermería coordinador del Equipo de Atención Primaria en Salud	Acompañar a las familias en la identificación de sus necesidades y potencialidades y asegurar un cuidado integral movilizando recursos materiales y humanos
	Planear, organizar, coordinar y controlar las acciones del equipo de atención primaria
	Véase anexo 2 competencias del profesional de enfermería según las funciones esenciales de la salud pública
Promotor de Salud	Véase anexo 3 competencias del promotor de salud o auxiliar de salud pública
	Prestar los servicios con calidad a la población
	Implementar programas de educación permanente a la población en general sobre los programas de salud sexual y reproductiva

Actores	Competencias y responsabilidades
Empresa Social del Estado	Garantizar un sistema de información en salud oportuno y adecuado
	Evaluar permanentemente los programas para el establecimiento de correctivos
	Contratar con las IPS y ESE, los planes de beneficios para sus afiliados
EPS–ARS	Contratar la realización de acciones de protección específica y detección temprana para los cotizantes y beneficiarios y población subsidiada
	Establecer auditorias que propendan a la calidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud

Tabla 8. Criterios y normas para el funcionamiento de la Atención Primaria según los Estándares de Habilitación

Estándar	Definición Res. 1043 (abril del 2006)	Criterios para la atención primaria
Recurso humano	Son las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de este recurso para el volumen de atención	Competencias del profesional de enfermería y el auxiliar de salud pública para la atención primaria
		Programa de inducción y entrenamiento
		Programa de capacitaciones, de evaluación de desempeño e incentivos
		Estudio de dotación de personal según los criterios estipulados por el Consejo Internacional de Enfermería, las necesidades de las familias y las comunidades, el contexto, la intensidad de los cuidados y la capacidad profesional
Infraestructura	Son áreas o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales	Espacio físico para el funcionamiento del equipo de Atención primaria con condiciones de iluminación, ventilación y circulación de acuerdo a las normas sanitarias y de bioseguridad
		Georreferenciación (ubicación Municipal, accesibilidad)
		Mantenimiento de la infraestructura
Dotación y Mantenimiento	Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos que condicionen procesos críticos institucionales	Dotación de material didáctico y educativo para el trabajo con las familias, pesas, tallas, registros y material de oficina
		Equipo de computación para la sistematización de la información de APS

Estándar	Definición Res. 1043 (abril del 2006)	Criterios para la atención primaria
Gestión de insumos	Es la existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los medicamentos y de los dispositivos médicos	Procesos de adquisición, almacenamiento y disposición de elementos para la atención primaria, material informativo, educativo registros y otros que se requieran para brindar el cuidado a las familias
		Gestión del transporte para el desplazamiento del quipo de atención primaria donde las familias
Procesos Prioritarios	Es la existencia de procesos de atención según las principales causas de morbimortalidad del país	Véase anexo 4 con los procesos prioritarios de atención primaria, que hacen parte de la ruta metodológica establecida para la implementación del modelo de APS
Registros	Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de manejo	Sistema de información para el modelo de Atención primaria en salud, historia familiar con el instructivo, proceso de recolección, análisis y divulgación de la información
		El capítulo 6 de este libro describe de manera detallada el sistema de información SIMAPS 2
Interdependencia de Servicios	Es la existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos	Definición de los mecanismos de coordinación con actores y grupos sociales de la comunidad así como con los sectores del desarrollo social para el cuidado a las familias que se definió como un proceso prioritario
Referencia de pacientes	Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbimortalidad	Seguimiento y análisis de las remisiones de las familias desde atención primaria a la red de servicios de salud y de servicios sociales, tanto en el ámbito hospitalario, como de organizaciones de la comunidad
Seguimiento a riesgos	Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezcan	Monitoreo de eventos adversos del cuidado en atención primaria
		Sistema de vigilancia epidemiológica

Implementación del modelo de atención primaria en salud

Para la implementación del modelo, y con el fin de orientar sus procesos, los procedimientos y los mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación, se describen de manera detallada los momentos, procesos y procedimientos, así como las técnicas que se aplican para algunos de ellos.

Para la implementación del modelo de APS, se ha diseñado una ruta metodológica, que sirve de orientación para el talento humano y los actores involucrados en el nivel operativo. La ruta permite visualizar todo el proceso de manera lógica y secuencial, a través de la metodología de flujogramas, la cual consiste en representar gráficamente los hechos, las situaciones, movimientos o relaciones de diferente tipo entre las variables, por medio de los símbolos.

En el levantamiento de procesos y procedimientos, al igual que en el diseño de la ruta metodológica, se tuvieron en cuenta elementos de la planeación estratégica como metodologías para la construcción de acciones de largo y mediano plazo y los proyectos colectivos, con el movimiento de gestión del saber para la organización de intervenciones para el logro de metas sociales.

La guía propuesta para la gestión establece cinco momentos, denominados como momento de aprestamiento, momento de diagnóstico, momento reflexivo y analítico, momento de conciliaciones y acuerdos y el momento de planeación, los que se definen y documentan para mayor comprensión y aplicación en el anexo. Véase anexo 4 guía metodológica para la implementación del modelo APS.

Momento de aprestamiento

Entendido como la preparación y la disposición del municipio para acoger el modelo; se diseño teniendo en cuenta contenidos del modelo de gestión integrado APS, AIEPI, MANA en el marco de la Protección Social (166), el cual contempla valores como la intersectorialidad, la participación social, la equidad, los derechos, la familia como sujeto clave del proceso de intervención y las alianzas para el logro de la sostenibilidad entre otros, teniendo como objetivo principal el desarrollo humano integral.

El aprestamiento implica acciones para la sensibilización y promoción del Modelo, desde el nivel central hacia alcaldes y actores municipales relacionados, así como la concertación de voluntades políticas, la inclusión del modelo en los planes municipales, una vez sea formulada la propuesta para la implementación, hasta la contratación del talento humano obedeciendo a los perfiles establecidos en los lineamientos departamentales.

Momento de diagnóstico

Considerado en la planeación como la base para la formulación y ejecución de todo proyecto de desarrollo social; el diagnóstico de la familia y colectivos humanos, en la perspectiva del desarrollo humano, requiere metodologías y técnicas activas y participativas, pues involucra a los sujetos en la identificación de sus necesidades, las

situaciones a intervenir, la priorización y definición de alternativas de solución relacionadas con los satisfactores a trabajar; hasta la toma de decisiones para su gestión.

El diagnóstico en el modelo de APS inicia con procesos relacionadas con el primer acercamiento del talento humano a las comunidades y municipios, la sensibilización de actores y sectores relacionados con el modelo, la recolección de información de tipo cualitativo y cuantitativo que permita obtener un contexto municipal con base en el cual se puedan establecer áreas prioritarias para la cobertura y la asignación de familias según normas de concentración y rendimiento para el trabajo de campo del equipo de salud, finalizando con el proceso de visita domiciliaria, de gran connotación para los propósitos del modelo, si se tiene en cuenta que es a partir de ésta, que se establece contacto con las familias en su entorno para conseguir de ellas la información de su historia familiar y obtener el diagnóstico familiar, a partir del cual se orientan la programación de acciones de intervención de manera concertada y la canalización hacia los diferentes servicios de carácter social que se ofertan en cada municipio, así como la obtención de los diagnósticos generales de las familias que habitan las veredas.

Momento reflexivo y analítico

Es el momento que permite el reconocimiento de la información por parte del colectivo, pues es el espacio que se tiene para analizar los hallazgos arrojados por el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud (SIMAPS) sobre el estado del desarrollo humano de las familias y de la comunidad en sus contextos, advertir incoherencias y errores en la percepción o captura de los datos por parte del equipo de salud, proceder a validar la información y a priorizar tanto las necesidades a intervenir como las alternativas de solución de manera participativa con las familias y comunidad en general.

Con base en lo anterior, se tienen como procesos del momento reflexivo y analítico, el análisis de la información, la validación de la información con las comunidades y la priorización de las necesidades.

Momento de conciliaciones y acuerdos

Es el momento que procede a la validación de la información por las comunidades y con las familias beneficiarias en cada área de cobertura o vereda. Una vez obtenidos los diagnósticos veredales, se obtiene el consolidado de diagnóstico municipal, a partir del cual se conocen las necesidades priorizadas al interior de cada área de cobertura, se socializan en los espacios de participación municipal, se inician las

gestiones y acciones intersectoriales que permitan reorientar la oferta de servicios y la asignación de recursos tendientes a la solución de las necesidades priorizadas. Este momento exige, reconocer la importancia del ejercicio de la participación social, condición indispensable para su empoderamiento en todos los procesos.

Momento de planeación y organización

De acuerdo con las concertaciones y negociaciones entre actores y sectores, las comunidades y el municipio inician la gestión por proyectos que respondan a la solución de las necesidades de las familias, priorizadas de manera participativa. Los proyectos de carácter educativo y los de desarrollo social, se deben formular utilizando la metodología de marco lógico, la cual es exigida por los bancos de proyectos gubernamentales para la cofinanciación y la movilización de recursos desde agencias no gubernamentales o de carácter internacional.

Una vez se formulen los proyectos y sean aprobados, se inscriben en los bancos de proyectos de las respectivas oficinas de planeación municipal y departamental y se gestionan los recursos.

El modelo orienta no solo en la formulación de los proyectos, sino en su ejecución, entendiendo que el actor principal son las familias con sus recursos y potencialidades lo cual debe alimentarse del monitoreo continuo de los procesos, permitiendo la aplicación de correctivos y ajustes necesarios para el cumplimiento de los objetivos. De igual manera se procede a la evaluación, teniendo como insumo la información que entrega el SIMAPS, mediando en todo caso la realimentación a las familias, comunidades, actores sociales y gubernamentales.

Con base en las consideraciones anotadas, se ha conformado el momento de planeación con los siguientes procesos: formulación de proyectos intersectoriales, la gestión de recursos para cofinanciación y la evaluación.

Para la atención primaria se asumen como procesos, el conjunto de acciones que se realizan para el logro de los objetivos, de los proyectos y de los programas que son de interés colectivo como escenario de relaciones de complementariedad y de sinergia que facilita la construcción de conocimientos y prácticas para el cuidado de la salud. La definición de algunos de los procesos de atención primaria en todo momento aporta al desarrollo de actitudes, valores y comportamientos y en general, a los procesos formativos de los actores que participan en la salud municipal.

La aceptación del modelo y su implementación está mediado, en los diferentes estadíos por los siguientes elementos de gestión y que son imprescindibles para el éxito de cualquier política que se pretenda ejecutar.

- **Viabilidad política:**

  La viabilidad de una decisión, también se refiere a su posibilidad de éxito, pero en este caso está determinada por el respaldo social que garantice el alcance de los resultados previstos. Analizar la viabilidad de una decisión, en este caso la adopción de la APS como el eje orientador de la atención en salud, consiste en establecer si cuenta con el respaldo de los actores sociales, como para lograr el éxito. Este respaldo depende de los intereses de las fuerzas sociales que actúan en el grupo y se reflejan en sus valores éticos individuales, sus normas morales predominantes, los patrones culturales vigentes, sus leyes y sus acuerdos políticos. Este hecho se materializa en la firma de acuerdos entre el gobierno departamental y los gobiernos municipales y las empresas administradoras de planes de beneficios, para la implementación de esta política desde 2005; así mismo como el interés por que sea acogido como el modelo de salud que media la prestación de los servicios de manera integral e integrada, de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

  El contexto social es otro factor importante y determinante del impacto que tendrá la APS en la salud de la población. Servicios exitosos de APS estimulan la participación de la comunidad, son mesurables y cuentan con la inversión necesaria para garantizar disponibilidad de servicios adecuados y asequibles a todas las personas, sin importar su capacidad de pago.

- **Factibilidad técnica, administrativa, legal y financiera:**

  La factibilidad de una decisión se refiere a su posibilidad de éxito en función de los recursos requeridos para lograr los resultados previstos.

  La factibilidad técnica. Se refiere a la disponibilidad de tecnología apropiada para responder al problema a resolver.

  La factibilidad administrativa. Obedece a la posibilidad de adecuación de las estructuras organizativas del sistema y los sistemas administrativos, para hacerla operativa en los niveles territoriales. Así mismo la adecuación del talento humano, los recursos físicos y logísticos.

  Los elementos de un sistema de salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. En la medida en que forman parte de todos los niveles de un sistema de salud, los elementos deben estar interconectados y fundamentados en evidencias que prueben su efectividad para mejorar la salud y/o su importancia para asegurar otros aspectos de un sistema de salud basado en la APS. Incluye:

La accesibilidad. Es el fundamento de un sistema de salud equitativo. Implica la ausencia de barreras de atención geográfica, financiera y organizacional; por eso, un sistema de salud basado en la APS debe organizar la ubicación, operación y financiamiento de todos los servicios de cada uno de sus niveles de atención teniendo en cuenta este elemento.

La aceptabilidad. Requiere que el desarrollo de las entradas y procesos del sistema de salud tenga en cuenta las necesidades de salud, las preferencias, la cultura y los valores. La aceptabilidad determina si las personas usarán los servicios y si estos son accesibles. También influye en las percepciones sobre el sistema de salud, en la satisfacción de las personas con los servicios ofrecidos, en su nivel de confianza en los proveedores y en su grado de comprensión de las orientaciones que reciben del personal de salud.

Factibilidad financiera. Se refiere a determinar los costos de las acciones y a identificar los recursos financieros con los que se dispone para la operación de la APS. Los recursos asignados por el SGSSS en el orden territorial para salud pública y el componente de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los planes de beneficios POS y POSS, pudieran orientarse de manera sinérgica para la ampliación de coberturas. Parte de los recursos asignados para las acciones colectivas del plan de salud pública se vienen aplicando en el marco del modelo de atención primaria en salud.

Factibilidad legal. Las estructuras y funciones de un sistema de salud basado en la APS deben estar provistas de un marco de referencia institucional política y legalmente aceptable. Tal referente permite identificar y empoderar las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que le permiten a la APS desempeñar sus funciones específicas. Este marco está fundamentado en un conjunto consistente de políticas de salud; define las instituciones que gestionan, proveen, financian y regulan los servicios; desarrolla un conjunto de normas y estándares que posibilitan la innovación y la adaptación local; y trabaja en el conjunto del sistema para eliminar los incentivos organizacionales y financieros perversos. Debe estar conectado con la función de rectoría del sistema de salud, por lo que debe ser transparente, sujeto al control social y libre de corrupción.

Modelo de intervención

La intervención que se realiza en las familias se orienta a la movilización articulada, concertada y coordinada de los satisfactores provistos por los diferentes actores sociales para satisfacer las diversas necesidades que demandan estas y enfrontar los determinantes sociales que afectan su salud.

Las acciones que se ejecutan están enmarcadas en los planes, programas y proyectos del plan de salud como componente del Plan de Desarrollo Municipal que implementan las acciones que establecen las diferentes políticas para atender a los colectivos según necesidades, su ciclo vital y condiciones de vulnerabilidad, entre otras. Las establecidas en el Plan Nacional de Salud Pública, la política de infancia y adolescencia, la política de salud sexual y reproductiva, el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional, las políticas para la población en situación de desplazamiento, y situación de discapacidad, la política de juventud, la política de equidad de género para las mujeres, la política de prestación de servicios, de aseguramiento y diferentes directrices emitidas mediante otros actos administrativos que establecen formas específicas para que se ofrezcan los servicios según las normas de calidad establecidas, para garantizar los derechos a la población, como es el caso especial de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, del plan de beneficios.

Son múltiples las acciones de atención primaria que en este marco se pueden ofrecer en los diferentes niveles de atención y complejidad de los servicios de salud; así como las ofertadas por otros servicios sociales que se prestan en el contexto local.

Cobra especial importancia la educación para la salud como la principal actividad para el cuidado de la salud y la vida de los miembros de las familias en su proceso vital y en el marco de su funcionalidad familiar.

La estrategia información, educación y comunicación —IEC—, que se implementa en los municipios a la par con la implementación del modelo APS, genera las metodologías para realizar el proceso educativo con características de pertinencia, adaptabilidad para potenciar las capacidades de los sujetos, empoderándolos para el desarrollo de hábitos positivos y estilos de vida saludables, véase capítulo 5.

Evaluación en la atención primaria

Entre los retos para la salud pública está el develar con precisión en qué medida las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la atención tienen impacto en el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos, de las familias y de las comunidades.

La evaluación como un proceso sistemático que favorece el análisis de los procesos de atención de acuerdo a los lineamientos de la calidad, requiere con una reflexión integral de la estructura, de los procesos de atención y de los efectos que ésta tiene en la salud de las poblaciones.

La evaluación debe arrojar información sobre el funcionamiento actual de la atención primaria desde el cumplimiento de su misión y del plan estratégico, identificando las debilidades y fortalezas y la factibilidad de cambio, utilizando diferentes técnicas o herramientas para comparar los resultados obtenidos, incluyendo las características y circunstancias que contribuyeron a su alcance. Este proceso de evaluación permitirá hacer ajustes y modificaciones oportunas y adecuadas.

En la evaluación también se determinaran los indicadores epidemiológicos que den cuenta de los cambios logrados en las familias, en este sentido el análisis de la información de la historia familiar así como la sistematización de experiencias y aprendizajes, serán insumos para la comprensión de la realidad de las familias del municipio y el monitoreo de su salud.

El Sistema de Información municipal para la atención primaria en salud —SIMAPS— genera múltiples indicadores que dan cuenta del análisis de las familias y las variaciones que las características de las mismas varían a consecuencia de las intervenciones a través del tiempo.

Como referente para la evaluación se parte de las funciones esenciales de la salud pública —FESP—, dado que el modelo basado en la atención primaria aplica todas ellas. La tabla 9 presenta un esquema de cómo se orienta la conformación del sistema de monitoreo y seguimiento.

Tabla 9. Monitoreo del Modelo de Atención Primaria en Salud

Función esencial de salud pública	Indicadores	Criterio desde la atención primaria
Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud	Guías y procesos del monitoreo de la salud de la población	Establecimiento de la atención primaria para el monitoreo de la salud de las familias
	Evaluación de la calidad de la información	Protocolo del Sistema de Información para Atención primaria
		Informe de crítica de la información para su validez interna y externa
		Oportunidad y calidad en el flujo de información de la APS
		Informes del Consejo Territorial de Seguridad Social Municipal
Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	Sistema de vigilancia epidemiológica municipal Indicadores de morbilidad y mortalidad locales	Informes del COVE Municipal y sistemas de notificación comunitaria

Función esencial de salud pública	Indicadores	Criterio desde la atención primaria
	Conocimientos del equipo de salud en el monitoreo de la salud publica	Difusión de los protocolos de Vigilancia Epidemiológica
		Programas de educación y entrenamiento
	Asesoría y acompañamiento técnico	Visitas de asesoría
Promoción de la salud	Evidencia de acciones de promoción de la salud	Existencia de líneas de trabajo y ejecución de proyectos de promoción con las familias
		Gestión de políticas públicas desde las familias
		Participación en las redes para la defensa del derecho a la salud
Participación de los ciudadanos en la salud	Fortalecimiento del poder de las familias en la toma de decisiones en salud.	Espacios de socialización y difusión identificados en los escenarios de las familias, grupos y contexto institucional municipal
		Grado de apropiación y aceptación de la atención primaria desde su filosofía, objetivos y metas de los actores del municipio
		Participación de las familias y sectores del desarrollo en actividades programadas desde la APS
Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública	Establecimiento de mecanismos de evaluación de la salud de las familias Indicadores que genera el SIMAPS	Evaluación anual de las acciones de atención primaria con las familias para garantizar un control social
	Gestión en el modelo de atención primaria	Cumplimiento de la Misión, Visión y Plan Estratégico
	Eficiencia en el funcionamiento de la APS según la asignación de recursos	Costos y rendimiento de la APS según los proyectos ejecutados
Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a la red de servicios de salud	Evaluación del acceso a los servicios	Estudio del acceso de las familias a los servicios. Ver plan de análisis de la historia familiar
	Indicadores que genera el SIMAPS	Aseguramiento de las familias a los servicios de salud
		Análisis de la canalización de las familias a los diferentes servicios sociales
Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	Análisis de cargos y competencias del recurso humano	Criterios de la Habilitación

Función esencial de salud pública	Indicadores	Criterio desde la atención primaria
Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	Sistema de garantía de la calidad Indicadores de calidad exigidos	Coberturas de vacunación de las familias de APS % de Cumplimientos de visitas familiares Cambios de conductas no saludables
		Coberturas en los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud
		Satisfacción de las familias con la APS
Investigación en salud pública	Vinculación a proyectos de investigación en salud pública	Convenios docente asistenciales y con grupos de investigación
Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud	Desarrollo de políticas para aminorar las emergencias y los desastres	Vinculación del equipo de atención primaria a la red de emergencias y desastres

Anexo 1
Atención primaria en salud

Análisis de la familia

La familia se analiza desde la estructura, el ciclo vital familiar, el funcionamiento familiar, que hace relación al cumplimiento de las funciones básicas (afectiva, económica, educativa y reproductiva), evaluación de la funcionalidad familiar que atiende a la dinámica de las relaciones internas y externas de los miembros de la familia y la situación de salud de sus integrantes.

La función reproductiva se aborda en el cumplimiento de tareas exigidas a la familia en cada una de las etapas por las que transita la familia en el ciclo vital familiar. Las demás funciones, se analizan a través de los satisfactores que moviliza la familia para transformar sus necesidades y desarrollar sus potencialidades, para lo cual se aplica las matrices de síntesis negativas y positivas que se describen adelante.

— **Análisis desde la estructura**

En relación con el parentesco y los elementos que constituyen la familia, puede clasificarse en alguna de las siguientes tipologías:

Nuclear. Familia constituida por la pareja y uno o más hijos.

Familia nuclear incompleta. Falta uno de los padres, por alguna razón como: muerte, separación o divorcio, desplazamiento forzoso u otro lugar de residencia.

Familia nuclear ampliada. Es una variedad de familia extensa, viven los padres, sus hijos y parientes cercanos o incluso lejanos como ahijados o amigos.

Familia monoparental. Familia con un solo padre a cargo de los hijos en el hogar. Es decir, es toda agrupación familiar de hijos dependientes económicamente de uno solo de sus progenitores con el cual conviven, en este aspecto es importante consignar si es un padre o madre quien está a cargo de los hijos.

Familia de facto o de hecho. Es un tipo de familia que se configura de acuerdo a la unión, se caracteriza por conformarse por decisión voluntaria de la pareja, sin vínculo legal ni religioso; "unión libre" en Colombia ampliamente difundido por efecto de las rupturas familiares.

Familia recompuesta. Esta familia se caracteriza por estar constituida por parejas en las cuales uno o ambos, están casados por segunda vez y tienen

hijos de su relación anterior e incluyen hijos propios de la relación actual, es la familia que comúnmente definen como "los míos, los tuyos y los nuestros".

Familia extensa. Familia conformada por más de dos generaciones conviviendo en el mismo hogar, por lo menos hay un padre de otra persona que es padre a su vez (viven desde abuelos hasta nietos).

Según el ciclo vital familiar se identifican las siguientes etapas:

Tabla 10. Etapas ciclo vital familiar

Etapas de desarrollo	Desde	Hasta
Constitución de la pareja	Matrimonio	Nacimiento primer hijo
Nacimiento y crianza	Nacimiento primer hijo	Salida del hijo a la escuela
Hijos en edad escolar	Salida del hijo a la escuela	Hijo adolescente
Adolescencia	Hijo adolescente	Matrimonio del hijo
Salida de los hijos del hogar	Matrimonio del hijo	Salida último hijo
Edad Madura	Salida último hijo	Jubilación de los padres
Ancianidad	Jubilación de los padres	Muerte de los dos padres

Tareas y problemas según las etapas del ciclo vital familiar. Las tareas son exclusivas de cada etapa. De su cumplimiento depende la aparición o no de problemas.

La evaluación de las tareas permite disponer de guías anticipatorias, para ayudar a cumplir con ellas, o adaptarse más fácilmente a la crisis (167).

Con fines metodológicos se presenta la tabla 11 esquema consolidación etapas familiares, en el que se muestran diversos aspectos: identificación de la etapa, las tareas, los aspectos problemáticos y la intervención (guía anticipatoria) que pueda surgir, según el caso.

Tabla 11. Esquema consolidación etapas familiares

Etapa de desarrollo: etapa I Constitución de Parejas					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
Construcción conjunta del proyecto de vida para el futuro			Frustración de expectativas relacionadas con la vida matrimonial		

Etapa de desarrollo: etapa I Constitución de Parejas					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
Acoplamiento funciones cotidianas			Dependencia de la familia de origen de uno o ambos miembros		
Ajuste con las familias de origen e hijos si los hay			Dificultad para asumir el rol de esposo/a		
Definición de límites y roles entre cónyuges			Búsqueda de un hijo para consolidar la unión de la pareja que todavía no ha sido lograda		
Determinar la anticoncepción.			Disfunciones sexuales		
Ajuste sexual			Problemas concepcionales versus planificación familiar		
			Disputa de poder entre los cónyuges		
			Desacuerdo en la proyección futura del proyecto familiar		
			Distanciamiento de amigos, familiares por tiempo prolongado		

Etapa de desarrollo: Nacimiento y Crianza					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
Aprendizaje nuevo rol padre-madre			Dificultad para definir límites, roles y funciones entre los padres, con los hijos y con los abuelos		
Ajuste del rol de esposo/padre; esposa /madre			Dificultad para asumir el rol de padre/ madre con más de un hijo		
Criar y educar a los hijos			Unión prolongada madre–bebe		
Acomodarse con las instituciones educativas infantiles			Afrontamiento inadecuado a los cambios propios de edad o enfermedades		

Etapa de desarrollo: Nacimiento y Crianza					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
			Intolerancia por parte del padre de ocupar durante los primeros meses un lugar secundario en la tríada madre, hijo y padre		
			Manejo inadecuado de posibles celos fraternos		

Etapa de desarrollo: Hijo en edad escolar					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
Criar y educar a los hijos			Cambios frecuentes de colegio		
Acomodarse con las instituciones educativas infantiles			Dificultad para la adaptación del niño al colegio		
Ayudar a la adaptación del niño a la institución educativa			Ingresar a los niños en la escuela y demandar el cumplimiento de funciones que les corresponden a los padres		
			Se presenta en el niño sentimientos de inseguridad e insuficiencia al no lograr desarrollar la capacidad de aplicarse al trabajo y de relacionarse con otros niños en el juego		

Etapa de desarrollo: Adolescencia					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
Adaptación a cambios físicos y psicosociales			Dificultad de los padres para poner límites adecuados		
Cambio de rol frente a la adolescencia			Dificultad para permitir la salida (desprendimiento) del adolescente del seno familiar		

Etapa de desarrollo: Adolescencia					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
Ajuste de límites firmes, con posibilidad de negociación			Control abierto o encubierto excesivo		
Definición de canales de comunicación			No permitir la toma de decisiones del adolescente		
Respeto por las decisiones del hijo adolescente			Afrontamiento inadecuado a los cambios propios de edad		

Etapa de desarrollo: Salida de los hijos del hogar (nido vacío)					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
Ajuste de nuevos roles familiares, ante la salida definitiva de los hijos del hogar			Dificultad para aceptar la salida de los hijos del hogar, con sentimientos profundos de soledad		
Reencuentro de la pareja y requerimiento de nueva formas de comunicación			Dificultad para aceptar la salida de los hijos del hogar, con sentimientos profundos de soledad		
Replanteamiento de nuevas metas por parte de la pareja			Duda de la pareja para reencontrarse, estar solos o aceptar el paso del tiempo		
			Disfunción del rol padre s/ hijos, adultos		
			Incumplimiento de límites, deberes y responsabilidades como esposos, padres y abuelos		
			Dificultad para aceptar el “nido vacío”		

Etapa de desarrollo: Edad madura					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
Nuevos roles: abuelo/a			Sentimiento de inutilidad por cese de la vida laboral		

Etapa de desarrollo: Edad madura					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
Adaptación a la jubilación			Distanciamiento de la pareja. No encuentran nuevos proyectos que puedan compartir		
			Incapacidad para aceptar a la persona jubilada en el hogar		

Etapa de desarrollo: Ancianidad					
Tareas	Cumplimiento		Aspectos problemáticos	Crisis inesperadas	Plan de intervención (guías anticipatorias)
	Sí	No			
Integración de la pérdida			Poco apoyo familiar y social ante la perdida		
Resolución del duelo por perdida del cónyuge o padre /madre			Afrontamiento inadecuado del duelo		
Adaptación a cambios a nivel corporal, emocional (mayor fragilidad, enfermedades crónicas, temor a la muerte, etc.) y económicos			Transferencia de afectos y necesidades a los hijos y nietos		
Adaptación al envejecimiento y la viudez					
Reorganización familiar por falta de la pareja					
Los hijos adultos asumen la responsabilidad de los padres					
Cambio del proyecto de vida por la viudez					
Modificación de metas necesidades e intereses					

También en la familia pueden suceder eventos inesperados o de aparición súbita son las *crisis no normativas o inesperadas*: como, muerte temprana de uno de los padres, desplazamiento forzoso, pérdida del empleo, enfermedad de uno o varios miembros de la familia, suicidios, embarazos no deseados, entre otros, estas crisis pueden aparecer ligándose con las crisis normativas y emerger más

de una crisis a la vez. Esto hace que la familia enfrente esa o esas crisis haciendo cambios lo que se evalúa como la capacidad de afrontamiento familiar.

El afrontamiento de la crisis en la familia puede ser: adecuado cuando se introducen cambios constructivos que incluye, modificación de roles, flexibilización de normas y solicitud de apoyo. No adecuado cuando no se emprenden cambios que permitan el ajuste del grupo familiar, no se hace la correcta reestructuración de la situación problemática. "El afrontamiento a las crisis por parte de la familia, incluyendo el tiempo de duración de las mismas, depende de los recursos internos y externos con que cuenta la familia" (168).

Recursos internos. Experiencias anteriores, funcionamiento familiar, condición social y económica, con que cuenta la familia.

Recursos externos. Es todo el apoyo social con que cuenta la familia, se incluyen: amigos, vecinos, familia de origen, iglesia, instituciones educativas, laborales, de salud y comunitarias.

- **Familiograma**

Es una representación gráfica de una familia, constituido por un formato de símbolos para dibujar un árbol familiar, registra información sobre: la estructura de una familia; relaciones entre sus miembros; problemas de cada uno de los integrantes de la familia relación entre problemas físicos y psicosociales: tener información de tres generaciones que le preceden cuando se tiene identificado integrante de la familia con problemas de salud que están asociados a la herencia.

Trazado de la estructura. Cada miembro de la familia se representa como un cuadrado o círculo dependiendo de su género. Es importante saber que el sexo masculino —hombre— siempre se coloca a la izquierda. Figura 4

Figura 4

Persona clave en el Familiograma se representa con una doble línea en el cuadrado si es masculina, o en el círculo si es femenina. Figura 5

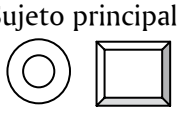


Figura 5

Para una persona muerta, se coloca una X dentro del círculo, usualmente indicando la edad al fallecer. Figura 6

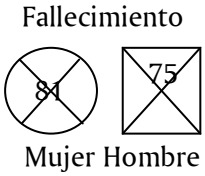


Figura 6

Los símbolos que representan miembros de la familia están conectados por líneas que simbolizan sus relaciones biológicas y legales. Dos personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha. Una letra "m" seguida por una fecha indica cuando la pareja se casó. Figura 7

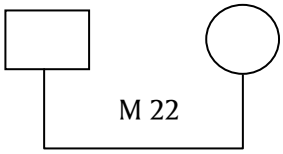


Figura 7

Unión libre. Las parejas que no están casadas se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. Figura 8

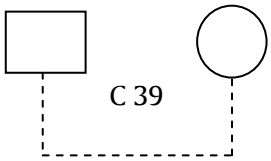


Figura 8

Disoluciones. La línea que los une también es el lugar donde las separaciones y divorcios se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción en el matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio. Figura 9 y Figura 10

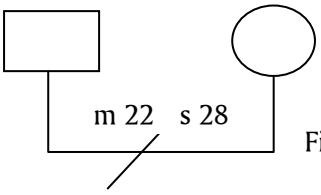


Figura 9

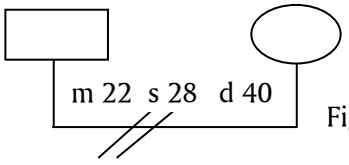


Figura 10

Hijos. Se grafican con líneas que cuelgan de la línea horizontal, de los padres, se colocan de izquierda a derecha, empezando por el mayor, sin importar la

representación sexual. Los hijos adoptivos con línea punteada, mellizos con dos líneas unidas y gemelos con un triangulo unidos ambos con la línea de los padres. Figura 11 y Figura 12

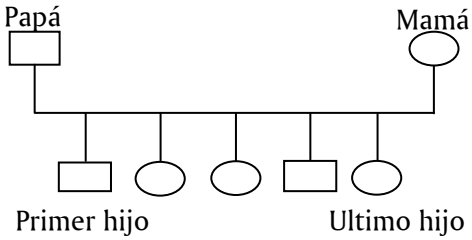


Figura 11

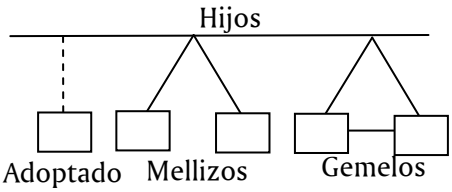


Figura 12

Información demográfica. Fecha de nacimiento se coloca dentro del cuadrado o del círculo, igualmente la edad de la muerte. Figura 13

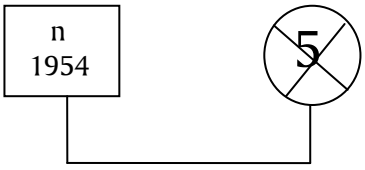


Figura 13

Situación de salud. Se coloca fuera del cuadrado o del círculo la información requerida. Figura 14

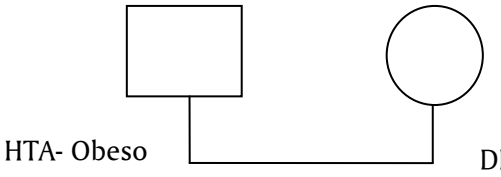


Figura 14

HTA: hipertensión arterial

DM: diabetes mellitus

Embarazo. Se representa por un triangulo. Figura 15

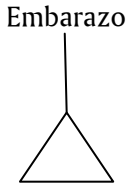


Figura 15

Aborto espontáneo. Círculo pequeño sombreado y aborto Inducido se representa por x minúscula. Figura 16

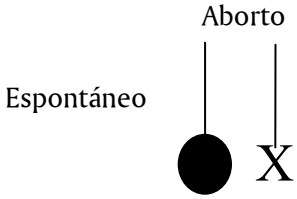


Figura 16

Muerte del recién nacido. Si es recién nacido masculino se coloca una X en el cuadrado y si es femenina en el círculo. Figura 17

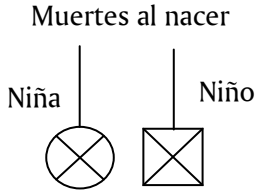


Figura 17

- **Ecomapa**

Es la forma de representar gráficamente el entorno donde se desarrolla la vida de la familia, permite señalar los integrantes de la familia que comparten habitación y los contactos que poseen con el ambiente que les rodea: instituciones educativas, de salud, trabajo, la iglesia, la recreación, etcétera, por tener este uso complementa el familiograma. Se representa con una línea punteada o entera, alrededor de los integrantes que comparten habitación; al lado de dicha línea puede indicarse el período en el cual la familia se juntó (169). Para representar las relaciones exteriores se trazan líneas similares a las trazadas para indicar las relaciones intrafamiliares. Figura 18

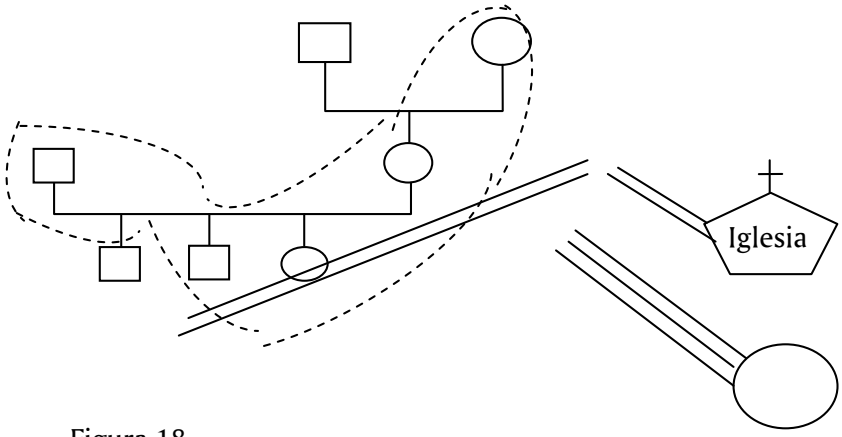


Figura 18

Relaciones familiares. Señala el tipo de relación existente entre los miembros, además permite ver el trato cada miembro de la familia tiene con los otros y viceversa, es cambiante y puede ser prolongada por largos años. Figura 19

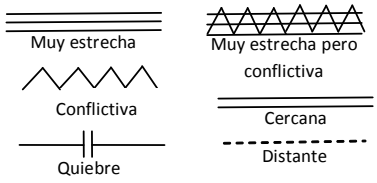


Figura 19

Relaciones violentas. Relaciones caracterizadas por manifestaciones de agresión física psicológica, abuso sexual y/o abandono. La representación gráfica se indica por flechas con la dirección hacia el que recibe la violencia. Si es mutua la agresión, se representa con flechas en ambos sentidos. Figura 20 y Figura 21

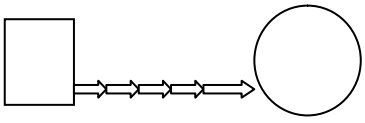


Figura 20

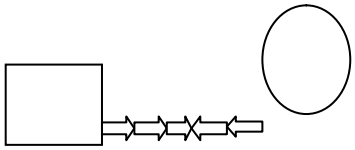


Figura 21

- **Evaluación del funcionamiento familiar**

Según el cumplimiento de las funciones básicas de la familia, las funciones básicas de la familia están destinadas a satisfacer necesidades que tienen que ver con el afecto, la subsistencia (recursos materiales), la función reproductiva y la educación.

Función afectiva. Para evaluar esta función se analizan los satisfactores para las necesidades de: afecto, protección, identidad y libertad. La evaluación se hace con los miembros de la familia para encontrar cómo movilizan cada una de las necesidades en las categorías existenciales (ser, tener, hacer y estar), que les permite evidenciar y expresar sentimientos de afecto y sentirse perteneciente a esa familia. Véase tabla 12.

Tabla 12. Matriz de necesidades y satisfactores (170)

Función afectiva

Necesidades existenciales Necesidades axiológicas	Ser	Tener	Hacer	Estar
Protección	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad.	Derechos, familia	Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender	Contorno vital, contorno social
Afecto	Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad	Amistades, parejas, animales domésticos, plantas, jardines	Acariciar, expresar emociones, compartir, apreciar	Hogar, espacios de encuentro
Identidad	Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, valores, normas, roles, memoria histórica	Comprometerse integrarse, controlarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
Libertad	Autonomía, voluntad, pasión, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse	Plasticidad espacio-temporal

Evaluación de la función económica. La movilización de satisfactores van dirigidos a satisfacer las necesidades de subsistencia y protección, es importante identificar en esta evaluación qué tipo de satisfactores utiliza la familia para modificar o potenciar sus necesidades.

Función económica

Necesidades existenciales Necesidades axiológicas	Ser	Tener	Hacer	Estar
Subsistencia	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, adaptabilidad	Alimentación, abrigo. Trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social
Protección	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio. Solidaridad	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud. legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar, prevenir planificar, defender	Contorno vital, contorno social, morada

Evaluación de la función educativa. Para evaluar esta función se identifica, cómo moviliza la familia los satisfactores para las necesidades de: entendimiento, participación, ocio, creación y libertad, aquí cobra nuevamente importancia, revisar que tipo de satisfactores son los que moviliza la familia para satisfacer estas necesidades.

Función educativa.

Necesidades existenciales Necesidades axiológicas	Ser	Tener	Hacer	Estar
Entendimiento	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar	Ámbitos de interacción normativa: escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
Participación	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	Ámbitos de interacción participativa: partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias
Ocio	Curiosidad, imaginación, humor, tranquilidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar.	Espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes

Necesidades existenciales Necesidades axiológicas	Ser	Tener	Hacer	Estar
Creación	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación: talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal
Identidad	Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguajes, hábitos, costumbres, grupos de referencia, valores, normas, roles, memoria histórica	Comprometerse integrarse, controlarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse. crecer	Entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas
Libertad	Autonomía, voluntad, pasión, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer	Plasticidad espacio-temporal

Evaluación de la funcionalidad familiar atendiendo la dinámica de las relaciones internas: "el funcionamiento familiar, como dinámica de las relaciones entre los miembros de la familia se produce en forma sistémica y es relativamente estable. El ajuste de estas relaciones, está condicionado por "el medio social y el bienestar subjetivo de sus integrantes" (171).

La evaluación del funcionamiento familiar según la dinámica de las relaciones familiares internas se puede hacer con el FF-SIL "Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), evalúa siete procesos implicados en las relaciones intrafamiliares, que son: cohesión, roles, armonía, comunicación, afectividad, permeabilidad, adaptabilidad" (172), está compuesta por 14 afirmaciones que aparecen en la FF-SIL, esta matriz fue elaborada por expertos en familia de Cuba como una manera de contar con un instrumento que permitiera medir los procesos relacionales familiares Tabla 13. "La ausencia de un instrumento cubano para la medición de procesos relacionales familiares motivó el diseño de una prueba que aportara información válida y confiable para tal propósito" (173).

Tabla 13. Instrumento de medición procesos relacionales

Preguntas	Casi nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
En mi casa predomina la armonía	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Podemos conversar diversos temas sin temor	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos
Nos demostramos el cariño que nos tenemos	1 punto	2 puntos	3 puntos	4 puntos	5 puntos

Esta prueba fue sometida a varios procedimientos de investigación en los años 1994 y 2000, para demostrar su validez y confiabilidad. Para el modelo de atención primaria con enfoque familiar en Antioquia se hizo una adaptación de la prueba de percepción del funcionamiento familiar de Cuba. Véase tabla 14.

Funcionalidad familiar-afecto: Prueba de evaluación de las relaciones intrafamiliares (FF-SIL), modificada.

Tabla 14. Instrumento para la medición de procesos relacionales familiares adaptada para Antioquia

Pregunta	Casi siempre	Muchas veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca
Se toman decisiones acordadas para cosas importantes de la familia	5	4	3	2	1
En mi casa predomina la armonía	5	4	3	2	1
En mi casa cada uno cumple las responsabilidades	5	4	3	2	1
Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida familiar	5	4	3	2	1
Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa	5	4	3	2	1
Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	5	4	3	2	1
Tomamos en consideración las expresiones de otras familias ante situaciones difíciles	5	4	3	2	1
Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan	5	4	3	2	1
Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté sobrecargado	5	4	3	2	1
Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	5	4	3	2	1
Podemos conversar diversos temas sin temor	5	4	3	2	1
Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	5	4	3	2	1
Los intereses y necesidades de cada cual son respectados por el núcleo familiar	5	4	3	2	1
Nos demostramos el cariño que nos tenemos	5	4	3	2	1
Total:	La familia es:				

Categorías que se deben evaluar con la aplicación de FF-SIL (174).

Cohesión. Unión familiar física y emocional para enfrentar diversa situaciones y toma de decisiones en relación con las tareas del hogar.

Armonía. Correlación entre intereses y necesidades individuales con los de la familia, en equilibrio emocional positivo.

Comunicación. Capacidad que tienen los miembros de la familia para transmitir experiencias y conocimientos en forma clara y directa.

Adaptabilidad. Habilidad que poseen los miembros de la familia para modificar estructuras de poder, relación de roles y flexibilizar reglas ante situaciones que lo requieran.

*Afectividad. C*apacidad que tienen los miembros de la familia para experimentar y expresarse unos a otros, sentimientos de amor y cariño.

Roles. Papel que desempeña cada miembro de la familia en el cumplimiento de responsabilidades y funciones, negociadas por el grupo familiar.

Permeabilidad. Capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Estas categorías quedan distribuidas en los ítems que se investigan así:

Cohesión: 1 y 8

Armonía: 2 y 13

Comunicación: 5 y 11

Adaptabilidad: 6 y 10

Afectividad: 4 y 14

Roles: 3 y 9

Permeabilidad: 7 y 12

El puntaje final es el resultado de sumar la calificación otorgada, a cada ítem, lo cual permite obtener el diagnóstico del funcionamiento familiar.

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL (175).

Funcional: 70 a 57

Moderadamente funcional: 56 a 43

Disfuncional: 42 a 28

Severamente disfuncional: 27 a 14

También se puede hacer análisis cualitativo a las respuestas dadas a los ítems de la prueba y se puede identificar con detalle el área problemática de la funcionalidad familiar.

La evaluación del funcionamiento familiar según integración de las evaluaciones anteriores, para hacer una evaluación integral de la familia desde el punto de vista de la funcionalidad familiar, es recomendable:

1. Matriz de síntesis que puede ser positiva si el tipo de satisfactores movilizados por la familia para modificar o potenciar las necesidades son positivos o negativos si sucede que los satisfactores encontrados en la familia son negativos. Véase tabla 15

Tabla 15. Matriz de síntesis negativa (Mendoza, Argentina) (176)

Necesidad axiológica	Ser	Tener	Hacer	Estar
Subsistencia	Dependencia	Desempleo	Depender	Destrucción del oasis
Protección	Paternalismo	Seguridad social inadecuada	Depender	Aislamiento
Afecto	Egoísmo	Falta de valoración de las actitudes positivas del prójimo	Criticar	Diseminación temporal dé la familia por cuestión laboral
Entendimiento	Incomunicación	Autoritarismo mediocridad	Aceptar, seudo-informar	Destitución inadecuada de la población
Participación	ignorancia	Desconocimiento de derechos y obligaciones	Depender	Aislamiento
Ocio	Desinterés	Carencia de medios recreativos	Desvalorizar	Ausencia de ámbito incentivador
Creación	Conformismo	mediocridad	Destruir	Aislamiento, hacinamiento
Identidad	Falta de personalidad	Falsos prejuicios	Dividir	Aislamiento
Identidad	Dependencia	Falta de conciencia de las verdaderas libertades	Dividir, especular	Ámbito de dependencia

Tabla 16. Matriz de síntesis positiva (177)

Necesidad Axiológica	Ser	Tener	Hacer	Estar
Subsistencia	Toma de iniciativas	Capacidad de finiquitar	Edificar	Conciencia de los recursos naturales y amarnos
Protección	Personalidad	Respeto por el núcleo familiar	Concientizar	Integración
Afecto	Solidaridad	Entrega mutua	Criticar constructivamente	Espacios de encuentro
Entendimiento	Armonía, Conciencia	Perseverancia	Valorar virtudes personales	Comunicación sin discriminación: familia, escuela y comunidad

Necesidad Axiológica	Ser	Tener	Hacer	Estar
Participación	Iniciativa, Humanidad crítica, diálogo	Respeto de los derechos humanos	Dialogar	Fábricas y universidades
Ocio	Predisposición, originalidad	Imaginación	Recrearse	Lugares de encuentro
Creación	Imaginación	Originalidad	Trabajar	Ámbitos de producción
Identidad	Autenticidad	Personalidad integrada	Asumir	Participar en el medio social
Libertad	Respeto	Responsabilidad	Tomar conciencia	Disponer de ámbitos propicios

Resultado de la prueba de funcionalidad familiar/afecto FF-SIL modificado

El diagnóstico integral de la funcionalidad de la familiar puede ser:

1. Familia funcional. Cuando satisface las necesidades la familia (cumpliendo con las funciones familiares) y moviliza satisfactores positivos y el puntaje obtenido en la prueba funcionalidad familiar/afecto corresponde al diagnóstico, funcionalidad familiar.
2. Familia con riesgo de disfuncionalidad. Familia funcional cuando satisface las necesidades la familia (cumpliendo con las funciones familiares) y moviliza satisfactores positivos y el puntaje obtenido en la prueba funcionalidad familiar/afecto corresponde al diagnóstico, familia moderadamente funcional.
3. Familia disfuncional. Cuando la familia no cumple con la satisfacción de las necesidades o parte de las necesidades o moviliza satisfactores negativos y el puntaje obtenido en la prueba funcionalidad familiar/afecto corresponde al diagnóstico, familia disfuncional o severamente disfuncional.

Anexo 2

Atención primaria en salud

Competencias generales y específicas para la enfermera comunitaria del modelo APS según las funciones en salud pública (178)

Función esencial de salud pública	Competencia general	Competencia específica
Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud	Evaluar, interpretar y priorizar los problemas del municipio, medio ambiente, la situación de salud, las necesidades de individuos, familias, grupos y comunidades Realizar diagnósticos en salud y desde el desarrollo humano en la vereda y en las familias.	Valorar y hacer seguimiento a las necesidades y capacidades de cuidado humano y autocuidado de sujetos, familias y grupos Desarrollar y usar herramientas para analizar la salud local y general Evaluar e intervenir en los cuidados brindados a las familias. Definir factores de riesgo y protectores para el cuidado a las familias Analizar las condiciones de salud nacionales, departamentales, municipales, veredales y familiares Priorizar de forma acordada con las familias, las comunidades, y las entidades municipales las necesidades de atención Comunicar resultados de hallazgos basado en evidencias a las entidades municipales pertinentes Actualizar el diagnóstico de salud, diagnóstico comunitario, perfil epidemiológico y red de servicios disponibles en el municipio y generar actualizaciones basadas en la evidencia
Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	Establecer estrategias de vigilancia permanente con base a criterios de investigación participativa con la comunidad, que favorezca la identificación clara, concreta y real de los principales riesgos y daños para cada una de las familias atendidas a través de la visita familiar Concretar indicadores o variables que permitan la toma de decisiones, sobre aquellos aspectos que se consideren sistemas de vigilancia y alarma Describir e identificar comportamientos personales, familiares y comunitarios que influyen en la salud y calidad de vida, tales como las condiciones de trabajo, alimentación, ejercicio, higiene, estrés, el uso del cigarrillo y alcohol, así como, el abuso físico o mental y abordarlo a través de la educación para la salud	Participar en comités de Vigilancia Epidemiológica Local, Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, entre otros Hacer la identificación, remisión y apoyar seguimiento de las enfermedades de notificación obligatoria Conocer las bases de datos, fuentes de información y recursos informáticos para conocer datos básicos de las condiciones de salud, daños, factores protectores y de riesgo de la comunidad, crear estrategias comunicativas y de participación Diseñar programas de vigilancia comunitaria Vigilar la adherencia al tratamiento y a las acciones de promoción de la salud realizadas por el equipo APS en las familias, seguimiento a la demanda inducida realizada Detectar precozmente las reacciones adversas y complicaciones de la enfermedad, articulación directa con programas municipales como MANA, AIEPI, UROC, UAIRAC, entre otros

Función esencial de salud pública	Competencia general	Competencia específica
Promoción de la salud	Aplicar modelos y conceptos teóricos de promoción de la salud para fortalecer factores protectores y estilos de vida saludables en individuos, grupos, familias y comunidad, contemplando la heterogeneidad social, económica, cultural, política, familiar e individual enmarcados desde el ciclo vital humano y familiar Promover comunidades saludables: ambientes y estilos de vida protectores para la salud y bienestar Desarrollar acciones de promoción de la salud que no se circunscriban a las redes de servicios de salud, creando redes de participación social en salud entre la familia y la comunidad	Adoptar el cuidado humano enmarcado en la teoría del desarrollo humano como proceso promotor y protector de la salud y la vida Responder a las necesidades sentidas e identificadas de las poblaciones atendidas, planeando, elaborando, gestionando y evaluando planes, programas o proyectos apropiados a individuos y colectivos. Coordinar acciones de cuidado familiar y promoción de la salud con otros profesionales sociales y de la salud Promover y propiciar ambientes saludables Promover estilos de vida saludables en el individuo, la familia y la comunidad utilizando didácticas educativas desarrolladas con la estrategia de IEC Realizar educación para la salud y desarrollar conocimientos, comportamientos y habilidades de autocuidado
Participación de los ciudadanos en la salud	Establecer procesos para la democratización en la gestión, favoreciendo cauces políticos para que la población tenga capacidad de decisión y control sobre los servicios sociales y las políticas públicas Promueve estrategias para el empoderamiento de la población para la toma de decisiones en aspectos relacionados con la salud	Presentar la estrategia ante la comunidad municipal. Desarrollar el plan de acción APS con participación de la comunidad sujeto de estudio Desarrollar estrategias educativas, de consejería, de autogestión y de liderazgo para lograr que individuos, familias y comunidades tomen el control de sus vidas Promover la participación de la comunidad en las investigaciones relacionadas con los problemas de salud identificados desde ellas Favorecer la organización de los ciudadanos con el fin de enfrentar problemas y gestionar oportunidades de solución Educar sobre el derecho a la información y formación para facilitar que los ciudadanos sean agentes de cambio en su comunidad
Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública	Analizar y proponer cambios como forma de participación activa en la búsqueda de soluciones a los problemas de salud Participar activamente en el diseño, propuesta, operación y evaluación de políticas públicas saludables Evaluar y proponer modificaciones a programas de salud pública derivados de políticas públicas con asociación de la comunidad, otros profesionales de salud y personas que tomen decisiones	Participar en ámbitos sociales políticos y económicos, que permitan la gestión en materia de salud desde una perspectiva de desarrollo humano Analizar y confrontar las políticas de salud y la legislación en salud en el ámbito local y su relación con la práctica en el modelo APS Gestionar planes, programas y proyectos orientados al cuidado de enfermería a los colectivos. Reconocer y analizar estrategias de promoción de la salud, sus líneas de trabajo y la aplicación en la localidad para crear articulación con estas

Función esencial de salud pública	Competencia general	Competencia específica
Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a la red de servicios de salud	Promover y fortalecer los principios, la legislación y la filosofía del derecho a la salud para hacer los servicios de salud accesibles, universales, equitativos y de calidad Establecer con los niveles correspondientes los mecanismos de accesibilidad y universalidad a la salud pública que dé respuesta a las necesidades reales de la comunidad Fomentar el conocimiento de políticas públicas que dan prelación a la incorporación de los grupos vulnerables en las actividades desarrolladas por los municipios	Ejercer la profesión con criterios científicos, éticos y legales, reconociendo y respondiendo a los dilemas de la práctica cotidiana Evaluar y analizar los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas de la población, con respeto por la diferencia Promover el acceso a los servicios de salud con equidad y calidad, a toda la población sin distinciones de ninguna índole Apoyar y orientar a la población para que seleccione adecuadamente los servicios de salud conforme a sus necesidades y recursos Planear y ejecutar las acciones de cuidado de enfermería, en las familias y entidades municipales de acuerdo con la legislación vigente
Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	Acompañar el desarrollo del talento humano en salud pública, conforme a las necesidades de salud, y a los estándares de calidad establecidos para las competencias Desarrolla habilidades del técnico en salud pública para el trabajo en equipo con las familias y la comunidad	Desarrollar sistemas de gestión del talento humano Fortalecer la educación permanente de su personal, de acuerdo a las necesidades y dificultades que presenten Establecer un programa de adiestramiento personal y grupal al equipo de APS para la realización de acciones acorde a los lineamientos técnicos Realizar una oportuna supervisión y evaluación del impacto de las acciones implementadas por parte del equipo APS
Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	Promover una cultura de calidad en Atención Primaria en Salud. Participar en el diseño operación y evaluación de planes, programas y proyectos de mejoramiento y garantía de calidad. Promover la participación de la comunidad en los sistemas de mejoramiento y garantía de calidad de los servicios de salud Establecer y utilizar los indicadores de calidad de la atención y de acceso a los servicios.	Diseñar indicadores de calidad de servicios de enfermería en salud pública. Evaluar la calidad del cuidado de enfermería en salud pública Elaborar normas y estándares de calidad en salud pública. Analizar y aplicar las metodologías para el cuidado de enfermería a individuos y colectivos Realizar informes de gestión en APS periódicos Hacer el plan de mejoramiento de aquellas actividades que por algún motivo no se pudieron cumplir durante la fecha acordada. Aportar en la construcción del modelo APS con enfoque familiar y de desarrollo humano

Función esencial de salud pública	Competencia general	Competencia específica
Investigación en salud pública	Participar en grupos uni y multiprofesionales en líneas y programas de investigación en salud pública conforme a las prioridades locales, nacionales e internacionales para hacer avanzar el conocimiento científico	Producir conocimientos científicos, técnicos y prácticos que aporten a la disciplina de enfermería comunitaria Basar y fundamentar la práctica profesional de enfermería en la evidencia científica Identificar, analizar y publicar la información científica derivada de la investigación en bases de datos, revistas científicas, información electrónica de calidad que documente decisiones y juicios de acuerdo con los términos contractuales vigentes para el modelo en el municipio
Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud	Participa en planes, programas, proyectos y grupos que atienden, limitan o reducen los efectos e impacto de las emergencias y desastres dentro del municipio Descubrir, describir, informar y discutir con las comunidades los factores que afectan el medio ambiente como causa de posibles emergencias o desastres	Actuar ante problemas que amenacen a la comunidad Coordinar los recursos de la comunidad para favorecer las acciones tendentes a reducir el impacto de factores amenazantes de la salud de la población Asesorar sobre los riesgos y promover el bienestar, seguridad y tranquilidad del entorno Participar en la planeación, preparación y gestión del cuidado de Enfermería en emergencias y desastre Realizar la intervención en crisis de ser necesaria

Anexo 3

Atención primaria en salud

Competencias generales y específicas para el auxiliar de salud pública en el modelo de Atención primaria en salud según las funciones esenciales en salud pública (179).

Competencia general

Desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad enmarcadas en el desarrollo humano, orientadas hacia la canalización de la población a los servicios, como parte de los programas y proyectos de salud pública diseñados en el municipio, los cuales son promovidos por las diferentes instituciones y entidades prestadores de servicios con el fin de contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y de bienestar de la familia, con el acompañamiento y supervisión del profesional de enfermería.

Función esencial de salud pública	Competencia general Competencia global	Competencia específica
Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud	Participa con el profesional de enfermería en la evaluación y priorización de los problemas de las familias, medio ambiente, la situación de salud, y de las necesidades de individuos, familias y comunidades	Hacer la valoración y el seguimiento de las necesidades y capacidades de las familias por medio de la visita familiar Definir y analizar los procesos de riesgo y protección y participar en la priorización de necesidades para la atención con el profesional de enfermería Participar en la elaboración del diagnóstico situacional de su área de influencia
Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública	Describir e identificar comportamientos personales, familiares y comunitarios que influyen en la salud y calidad de vida, tales como las condiciones de trabajo, alimentación, ejercicio, higiene, estrés, el uso del cigarrillo y alcohol, así como, el abuso físico o mental de las familias del municipio	Hacer identificación, remisión y seguimiento de las enfermedades de notificación obligatoria Vigilar la adherencia de la familia al tratamiento y a las acciones de promoción, así como la efectiva asistencia a los diferentes servicios municipales Detectar precozmente las reacciones adversas y complicaciones de la enfermedad Identificar el riesgo y el estado sanitario en lo relacionado con: agua para consumo humano, desechos sólidos y líquidos y alimentos Realizar el censo y diagnóstico de viviendas Promover las condiciones sanitarias del ambiente intradomiciliario Realizar el censo de población canina y felina. Promoción de la vacunación antirrábica en perros y gatos
Promoción de la salud	Implementar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los colectivos de acuerdo con las normas vigentes	Adoptar el cuidado humano enmarcado en la teoría del desarrollo humano como proceso promotor y protector de la salud y la vida Responder a las necesidades sentidas e identificadas de las familias, planeando, elaborando y evaluando planes de acción concertados Promover ambientes y estilos de vida saludables en el individuo, la familia y la comunidad Educación para la salud y desarrollar conocimientos, comportamientos de salud y habilidades de autocuidado con cada una de las familias asignadas Informar a la población sobre factores protectores y de riesgo cardiovascular Movilizar la población alrededor de las medidas de control Brindar información adecuada a la población sobre las medidas de diagnósstico, prevención y control Promover la salud integral en los niños, niñas y adolescentes Promover la salud sexual y reproductiva

Función esencial de salud pública	Competencia general Competencia global	Competencia específica
		Promover la salud en la tercera edad Desestimular la exposición al tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas Promover la práctica de la actividad física en escolares, adultos mayores y población económicamente activa. Promover una cultura, patrones y hábitos alimentarios sanos Desestimular el autoconsumo de medicamentos. Promover la utilización oportuna de los servicios de salud
Participación de los ciudadanos en la salud	Establecer estrategias para el empoderamiento de la población para la toma de decisiones en aspectos relacionados con la salud, la vigilancia y control de los derechos y deberes en salud	Brindar Información, educación y promover la movilización social Promocionar la participación social implementando espacios y mecanismos (CTSSS, veedurías, comités de salud, redes sociales) Promover la convivencia pacífica con énfasis en el ámbito intrafamiliar Educar al individuo y a la comunidad acerca de los deberes y derechos en Salud Promover la intervención de la comunidad en la solución de las necesidades de las familias a través de las redes de apoyo
Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública	Participar activamente en la operación y evaluación de políticas públicas saludables	Participar en la ejecución de proyectos y servicios que estén orientados al cuidado de colectivos Articularse con estrategias de promoción de la salud existentes en el municipio
Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a la red de servicios de salud	Apoyar la definición del diagnóstico individual aplicando las guías establecidas y la tecnología requerida	Promover el acceso a los servicios de salud con equidad y calidad Realizar la canalización para motivar la afiliación a los diferentes regímenes de seguridad social
Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	Generar actitudes y prácticas saludables en el sitio de trabajo	Mantener el ambiente de trabajo en condiciones de higiene y seguridad acorde con la reglamentación Ejecutar prácticas de trabajo seguras conforme a las normas técnicas y legales establecidas

Función esencial de salud pública	Competencia general Competencia global	Competencia específica
Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva	Promover la participación de la comunidad en los sistemas de mejoramiento y garantía de calidad de los servicios de salud	Realizar cronograma mensual de actividades y elaborar de informes mensuales que den cuenta de la gestión realizada dentro del área de cobertura asignada Mantener actualizado el plan de acción familiar incluidos los nuevos acuerdos para aquellas actividades que no fue posible ejecutar por parte de las familias
Investigación en salud pública	Participar con el profesional de enfermería en las investigaciones que mejoran la atención primaria en salud	Aportar en la construcción del modelo de atención primaria con el enfoque familiar y de desarrollo humano Apoyar eñ análisis de la situación de salud del ente territorial según metodología vigente Priorizar eventos de salud a estudiar según indicadores utilizados para el análisis de situación de salud Indagar factores determinantes que inciden en la salud de la comunidad
Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud	Participar en proyectos de reducción de impacto de las emergencias y desastres de la salud pública con el profesional de enfermería	Atender a las personas en caso de accidente o enfermedad súbita de acuerdo con los protocolos de atención Participar en los procedimientos para la prevención y atención de emergencias de acuerdo con las normas técnicas y legales

Anexo 4

Atención primaria en salud

Guía metodológica del modelo

Para la implementación del modelo de APS, se ha diseñado una ruta metodológica que sirve de herramienta orientadora para el talento humano y los actores involucrados en el nivel operativo. La ruta permite visualizar todo el proceso de manera lógica y secuencial, a través de la metodología de flujogramas, la cual consiste en representar gráficamente los hechos, las situaciones, movimientos o relaciones de diferente tipo entre las variables, por medio de los símbolos.

En el levantamiento de procesos y procedimientos, igual que en el diseño de la ruta metodológica, se tuvieron en cuenta los elementos de la planeación estratégica como proceso para la construcción de proyectos colectivos, movimiento de gestión del saber y organización de intervenciones para el logro de metas sociales (180).

Considerando lo anterior, la ruta metodológica se realiza en cinco momentos: momento de aprestamiento, momento de diagnóstico, momento reflexivo y analítico, momento de conciliaciones y acuerdos, y el momento de planeación, los que se definen a continuación para mayor comprensión.

Cada momento se desarrolla mediante varios procesos, como lo indica la figura 22.

Generalidades

El Manual de Procesos y Procedimiento elaborado para implementar el modelo de atención primaria en salud en Antioquia (APS) con enfoque familiar y desarrollo humano, agrupa las principales acciones que se deben realizar durante la implementación, consolidación y ejecución de la estrategia; además establece las bases para avanzar hacia la óptima gestión de la misma.

La utilización del manual permite contextualizar, visualizar y racionalizar los recursos, asignar funciones y responsabilidades para evitar la repetición de acciones por parte del talento humano, actores y sectores involucrados de manera que se garantice la continuidad en los procesos. Este instrumento además permite realizar evaluación en cualquiera de los momentos de ejecución, dando paso a la aplicación de correctivos y a la obtención de insumos necesarios para la planificación, (según el ciclo PHVA: planificar, hacer, verificar y actuar); la sistematización y la validación de procesos.

La construcción del Manual de Procesos y Procedimientos se hizo teniendo en cuenta una metodología unificada y participativa, la cual inicia con la identificación de un marco referencial, seguido del diseño de los procesos y procedimientos, levantados, analizados y ajustados por los asesores y validados por los enfermeros(as) comunitarios involucrados en la implementación del modelo de APS en Antioquia.

Definiciones

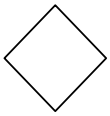
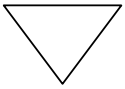
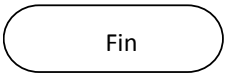
- Proceso. Conjunto de fases o etapas secuenciales e interdependientes que agregan valor a unos elementos de entrada para suministrar un resultado a un usuario externo o interno. Secuencia de pasos necesarios para realizar una actividad.
- Procedimiento. Descripción de las actividades que se desarrollan dentro de un proceso e incluyen el qué, el cómo y a quién corresponde el desarrollo de la tarea, involucrando el alcance, las normas y los elementos técnicos entre otros.
- Manual. Recopilación en forma de texto, que recoge en forma minuciosa y detallada todas las instrucciones que se deben seguir para realizar una determinada actividad, de manera sencilla, para que sea fácil de entender, y permita a su lector, desarrollar correctamente la actividad propuesta sin temor a errores. De manera global el manual es una recopilación de procesos.

Simbología utilizada

Para mayor comprensión de los procedimientos, a continuación se representa gráficamente la simbología utilizada en el levantamiento de los mismos. Véase tabla 17.

Tabla 17. Simbología utilizada manual de procesos y procedimientos APS

Símbolo	Descripción
Inicio	Indicador de inicio de un procedimiento.
	Forma utilizada en un diagrama de flujo para representar una tarea o actividad.
	Forma utilizada en un diagrama de flujo para representar una actividad predefinida expresada en otro diagrama.

Símbolo	Descripción
	Forma utilizada en un diagrama de flujo para representar una actividad de decisión o de conmutación.
	Forma utilizada en un diagrama de flujo para representar una actividad combinada.
	Conector. Úsese para representar en un diagrama de flujo una entrada o una salida de una parte de un diagrama de flujo a otra dentro de la misma página.
	Documento. Representa la información escrita pertinente al proceso.
	Conector utilizado para representar el fin de un procedimiento.

Objetivo

Proporcionar al talento humano de APS elementos teóricos y metodológicos que permitan la identificación de los momentos que integran la ruta metodológica del modelo de atención primaria en salud para Antioquia con enfoque familiar y desarrollo humano, así como los procesos y procedimientos correspondientes a cada uno de ellos, unificando criterios y determinando los recursos e insumos que permitan avanzar en la implementación del modelo en cada uno de los municipios del departamento.

La descripción de los procesos se presenta, para cada momento según la ruta metodológica así:

- **Momento de aprestamiento**

Entendido como la preparación y la disposición del municipio para acoger el modelo; se diseñó teniendo en cuenta contenidos del modelo de gestión integrado APS, AIEPI, MANA en el marco de la protección social, el cual contempla valores como la intersectorialidad, la participación social, la equidad, los derechos, la familia como sujeto clave del proceso de intervención y las alianzas para el logro de la sostenibilidad entre otros, teniendo como objetivo principal el desarrollo humano integral (181).

El aprestamiento implica acciones para la sensibilización y promoción del modelo, desde el nivel central hacia alcaldes y actores municipales relacionados, así como la concertación de voluntades políticas, la inclusión del modelo dentro de los planes municipales, una vez sea formulada la propuesta para la implementación, hasta la contratación del talento humano obedeciendo a los perfiles establecidos en los lineamientos departamentales.

Este momento se desarrolla mediante los procesos de:

- Sensibilización a municipios (alcaldes y secretarios de salud).
- Sensibilización y consideración de la estrategia en el Comité Municipal de Política Social COMPOS.
- Inclusión en planes municipales.
- Véase cuadros del momento aprestamiento
- Momento de diagnóstico

Considerado dentro de la planeación como la base para la formulación y ejecución de todo proyecto de desarrollo social; el diagnóstico de colectivos en la perspectiva del desarrollo humano, requiere metodologías y técnicas activas y participativas, pues involucra los sujetos desde la identificación de las situaciones hasta la priorización y definición de alternativas de solución relacionadas con los satisfactores.

El diagnóstico en el modelo de APS, inicia con procesos relacionados con el primer acercamiento del talento humano a las comunidades y municipios, la sensibilización de actores y sectores relacionados con el modelo, la recolección de información de tipo cualitativo y cuantitativo que permita obtener un contexto municipal en base al cual se puedan establecer áreas prioritarias para la cobertura y la asignación de familias según normas de concentración y rendimiento para el trabajo de campo de los funcionarios APS, finalizando con el proceso de visitas domiciliaria, de gran connotación para los propósitos del modelo, si se tiene en cuenta que a partir de ésta, se establece contacto con las familias y su entorno para conseguir como productos la historia y el diagnóstico familiar que permiten orientar la programación de acciones de intervención de manera concertada y la canalización hacia los diferentes servicios de carácter social presentes en cada municipio, así como la obtención de los diagnósticos veredales.

Véanse cuadros del momento diagnóstico

- **Momento reflexivo y analítico**

Es el momento que permite el reconocimiento de la información por parte del colectivo, pues es el espacio que se tiene para analizar los hallazgos arrojados por

el Sistema de Información de Atención Primaria en Salud (SIMAPS) sobre el estado del desarrollo humano de las familias y de la comunidad en sus contextos, advertir incoherencias y errores en la percepción o captura de los datos por parte del equipo de APS, para poder proceder finalmente a validar la información y priorizar tanto las necesidades de manera participativa como las alternativas de solución.

Con base en lo anterior, se tienen como procesos del momento reflexivo y analítico, el análisis de la información, la validación de la información por parte de las comunidades y la priorización de las necesidades.

La tabulación y análisis de la información consiste en la organización y clasificación de la información que se ha recogido, así como en la gestión para su digitación, el SIMAPS facilita el consolidado de los datos así como el cruce de variables los apuntes hechos en otros registros facilitan la comprensión de las necesidades de las familias y quedan transcritos en el informe veredal y municipal del diagnóstico.

El análisis permite comprender la información recopilada, las relaciones entre los problemas encontrados, con las necesidades humanas y la identificación de los procesos protectores y deteriorantes.

El análisis se puede hacer en grupos pequeños con participación de la comunidad sobre diferentes temas y luego ampliarlo en reuniones y asambleas comunitarias.

Del análisis debe quedar un documento escrito que sirva de apoyo a las organizaciones y de material de consulta en caso de elaborar proyectos y de necesitar la presencia de instituciones en las acciones comunitarias.

La priorización de problemas, consiste en definir con la comunidad cuál es el problema o necesidad más importante que los afecta en ese momento. No es conveniente empezar a solucionar todos los problemas de una vez porque crea confusiones, desgaste, gastos económicos y sociales y finalmente, sería muy difícil obtener resultados satisfactorios en el trabajo con la comunidad. La priorización permite ir trabajando los problemas en orden para que sea más productiva su resolución.

Existen varias formas de analizar la información para priorizar los problemas en orden de importancia. Para este trabajo se propone analizar los siguientes aspectos:

Magnitud del problema. Hace referencia al número de personas afectadas por ese problema.

Gravedad del problema: Es el aspecto más importante para priorización y depende mucho de lo que piensen las personas afectadas. Para establecer qué tan grave es la situación, tendremos presentes los siguientes elementos:

- Qué lesiones está causando en la comunidad (físicos, emocionales)
- Incapacidades que ha causado.
- Complicaciones y muertes.

Posibilidad de solución o prevención del problema. Se relaciona, con los beneficios que se obtendrían al poner en práctica una o varias alternativas de solución para el problema que se está analizando.

Interés municipal y de la comunidad. Se refiere al interés y el apoyo que se tendrá por parte de la administración municipal, si el problema está contemplado entre las prioridades municipales, (Plan de Desarrollo Municipal), departamentales y nacional.

Para el análisis del interés municipal también se tiene en cuenta que otras instituciones contribuyen con recursos, además de los que podría aportar la comunidad. Un aspecto muy importante es el interés que la propia comunidad demuestre en el problema, porque habrá más compromiso y menos conflictos entre vecinos al momento de aportar los recursos humanos, materiales o económicos.

Véanse cuadros del momento de reflexión y análisis

- **Momento de conciliaciones y acuerdos**

Es el momento que procede a la validación de la información por las comunidades y familias cubiertas con el modelo de atención. Una vez obtenidos los diagnósticos veredales, se obtiene el consolidado de diagnóstico municipal, a partir del cual se conocen las necesidades priorizadas al interior de cada área de cobertura, se socializan en los espacios de participación municipal, se inician las gestiones y acciones intersectoriales que permitan la canalización y asignación de recursos tendientes a la solución de las necesidades, garantizando la reorientación y optimización de los servicios sociales.

La atención primaria propicia el fortalecimiento de la participación como la posibilidad de movilizar en forma consciente los recursos sociales para la satisfacción de las necesidades Desde el proceso se establece una relación simétrica activa de colaboración sistemática entre los actores del desarrollo social para la identificación y priorización y análisis de intereses, problemas, potencialidades y la reflexión colectiva de las alternativas de solución.

La participación como un derecho y un deber ciudadano posibilitan la negociación de las decisiones desde la planeación, la ejecución y la veeduría o control social. Es un espacio de concertación de acuerdos y compromisos frente la solución de problemas sociales.

Para llevar a cabo este momento, se enfatiza en la importancia de fomentar el ejercicio de la participación social en las modalidades que se tengan establecidas en cada municipio pero de manera genuina, por ello se incluye a través de los procesos que hacen parte del momento de conciliaciones y acuerdos como son: la consolidación del diagnóstico municipal, la socialización del informe de las áreas de cobertura con APS, la negociación y concertación de acuerdos y voluntades.

Véanse cuadros del momento conciliación y acuerdos.

- **Momento de planeación y organización**

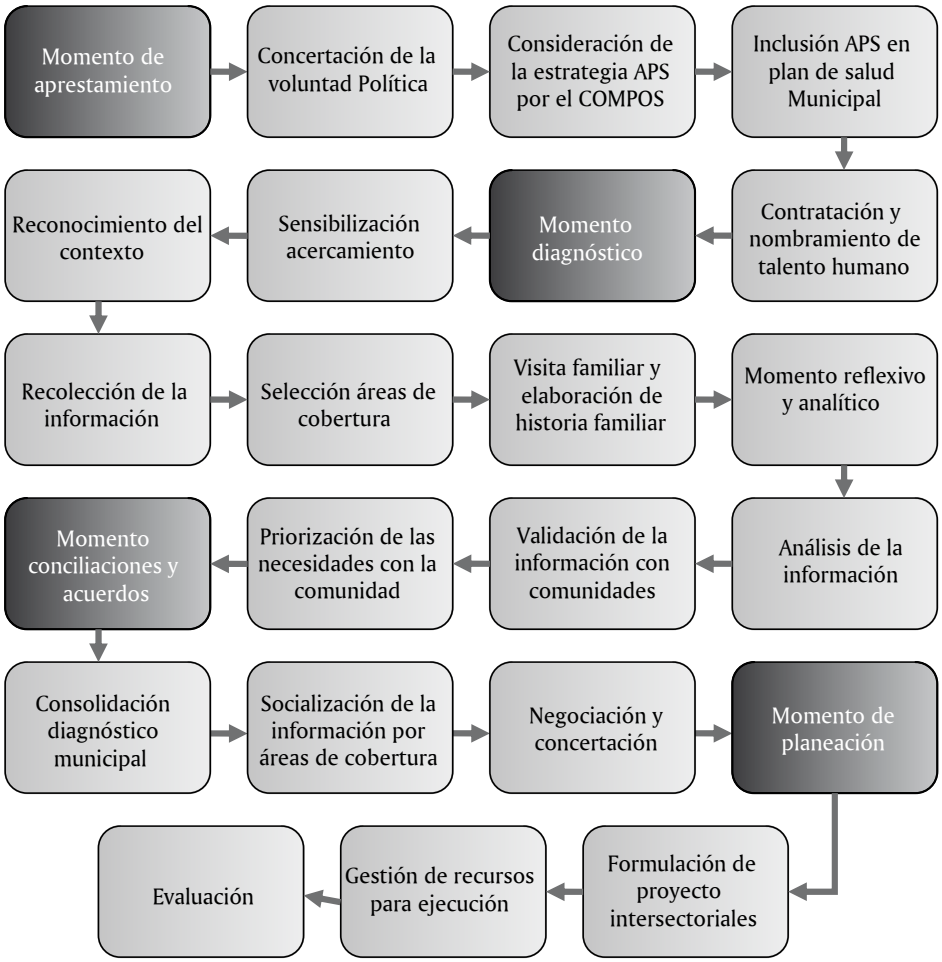
De acuerdo con las concertaciones y negociaciones entre actores y sectores, las comunidades y el municipio inician la gestión por proyectos que respondan a la solución de las necesidades de las familias, priorizadas de manera participativa. Los proyectos de carácter educativo y los de desarrollo social, se deben formular utilizando la metodología de marco lógico, la cual es exigida por los bancos de proyectos gubernamentales para la cofinanciación y la movilización de recursos desde agencias no gubernamentales o de carácter internacional.

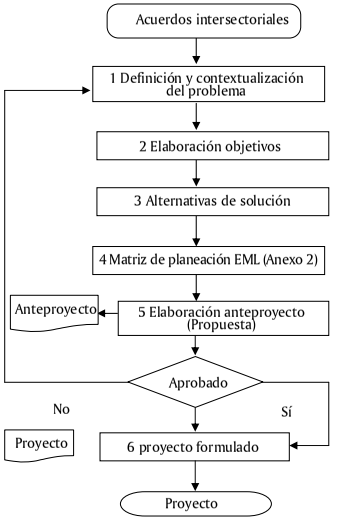
Una vez se formulen los proyectos y sean aprobados se inscriben en los bancos de proyectos de las respectivas oficinas de planeación municipal y departamental y se gestionan los recursos.

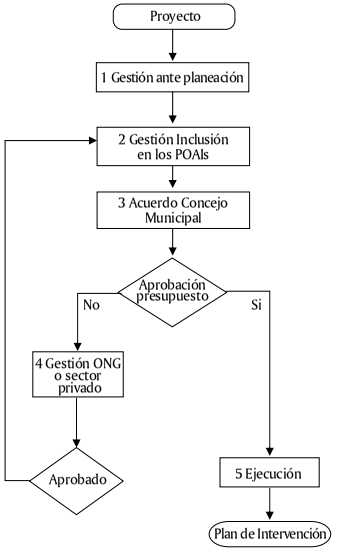
El modelo orienta no solo en la formulación de los proyectos, sino en su ejecución, entendiendo que el actor principal son las familias con sus recursos y potencialidades lo cual debe alimentarse del monitoreo continuo de los procesos, permitiendo la aplicación de correctivos y ajustes necesarios para el cumplimiento de los objetivos. De igual manera se procede a la evaluación, teniendo como insumo la información que entrega el SIMAPS, mediando en todo caso la realimentación a las familias, comunidades, actores sociales y gubernamentales.

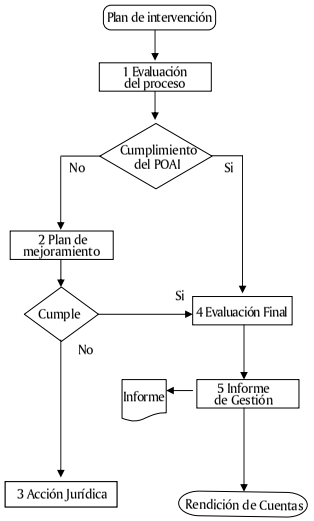
Con base en las consideraciones anotadas, se ha conformado el momento de planeación con los siguientes procesos: formulación de proyectos intersectoriales, la gestión de recursos para cofinanciación y la evaluación.

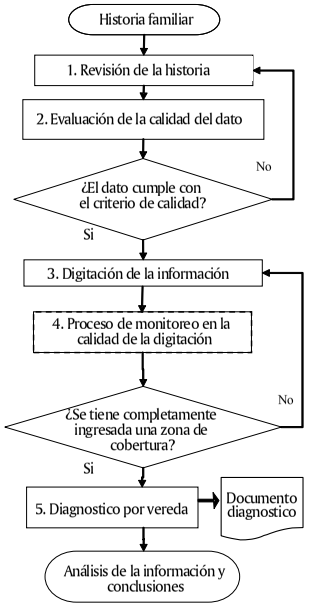
Figura 22. Esquema ruta metodológica modelo APS

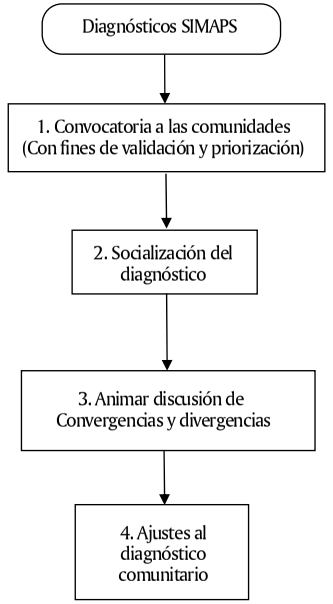


Momento de planeación y organización Proceso: formulación de proyectos intersectoriales					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Actores relacionados con la situación a intervenir	Utilizando metodología EML (árbol de problemas)	Vigencias anteriores a elaboración de los POAI municipales	Oficina de actores Involucrados	Debe Partirse de un análisis juicioso de la situación a intervenir con sus causas y efectos a nivel municipal
	Actores relacionados con la situación a Intervenir	A partir del árbol de problemas (causas)	Posterior a la contextualización del problema	Oficina de Actores Involucrados.	Deben determinarse los propósitos del proyecto
	Actores relacionados con la situación a intervenir	A partir del árbol de problemas (efectos)	Posterior a la contextualización del problema	Oficina de actores involucrados	Deben plantearse la viabilidad y los alcances de las acciones a implementar
	Actores relacionados con la situación a Intervenir	Según Metodología EML siguiendo cada paso según su orden	Una vez obtenidas las herramientas de los 3 primeros procedimientos y el análisis de involucrados	Oficina de actores involucrados.	A partir de la matriz se construyen los POA, cronogramas y presupuesto
	Actores relacionados con la situación a intervenir	Elaborando documento según normatividad de planeación municipal	Elaborada la matriz de planeación	Oficina de actores involucrados.	Es necesaria la aprobación de planeación municipal para continuar a la formulación del proyecto.
	Actores relacionados con la situación a intervenir	Según formato de entidad financiera	Con anterioridad a la aprobación del presupuesto municipal	Oficina de actores involucrados.	Es necesario para la inclusión en los POAI los acuerdos del concejo municipal.
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

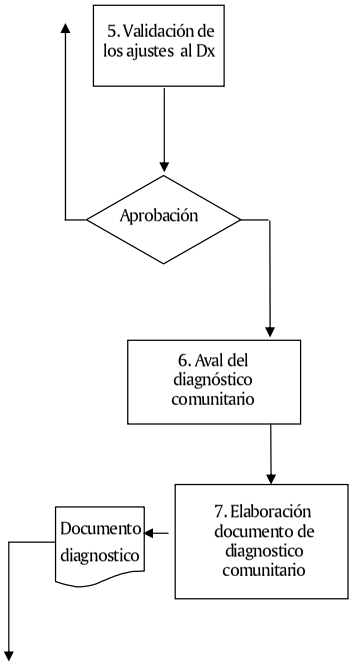
Momento de planeación y organización Proceso: Gestion de recursos para la cofinanciación					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Grupo involucrado en el Proyecto (o líder del grupo)	Según protocolo administración (radicado)	Último trimestre del año	Oficina de planeación Municipal	Es necesario contar con el aval de planeación Municipal
	Grupo involucrados (incluyendo secretarios de despacho)	Participando en reuniones de planificación de POAI de cada sector involucrado	Último trimestre del año	Oficina de diferentes secretarias	Debe buscarse la asignación de recursos por parte de cada sector o secretaria involucrada
	Honorable Concejo Municipal	De acuerdo al protocolo acto administrativo	Momento de aprobación de presupuesto Municipal	Recinto de Honorable Concejo Municipal	Para garantizar la apropiación de recursos por las diferentes partidas presupuestales
	Grupo involucrado en el Proyecto (o líder del grupo)	Concertando agendas y presentando propuesta a las posibles entidades de cofinanciación	Posterior a la desaprobación del presupuesto por parte del Honorable Concejo Municipal	Sedes de Instituciones de Cofinanciación	Deben agotarse recursos para el soporte financiero del proyecto
	Talento humano contratado para la ejecución del proyecto	De acuerdo al plan de acción propio del proyecto	Posterior a la aprobación sea por parte del municipio, ONG o empresa Privada	En el colectivo y área programada desde el proyecto	Para dar solución a la situación a intervenir.
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

Momento de planeación y organización Proceso: Evaluación					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Dependiendo de la entidad financiera se realiza evaluación durante la ejecución por parte de la ONG, entidad privada o Municipio	A través de procesos de interventora interna y externa establecidos por el Municipio y ONG o empresa privada	Según cronograma del proyecto	Oficina del coordinador del proyecto y en área de trabajo	Porque debe hacerse verificación de la inversión de recursos y el cumplimiento de accione para medir impacto e implementar correctivos
	Entidad financiera (Personal contratado para Interventoría)	La entidad que financia según protocolo establece aspectos a mejorar y tiempo para cumplirlo	Durante la visita de evaluación del proceso	Oficina del coordinador del proyecto y en área de trabajo.	Para mejorar el proceso y garantizar cumplimiento de indicadores.
	Se asume por instancias jurídicas de la entidad financiera	Según normatividad pertinente y vigente	Una vez cumplido el plazo de plan de mejoramiento y no se encuentre cambio problemática	Instalaciones competentes a nivel jurídico	Debe garantizarse la ejecución de los recursos según objetivos
	Entidad financiera	A través de procesos de interventora interna y externa establecidos por el Municipio y ONG o empresa privada	Según cronograma del proyecto.	oficina del coordinador del proyecto y en área de trabajo	Debe garantizarse el cumplimiento de POAI, metas e impacto
	Talento humano (coordinador del proyecto).	A través de informe de gestión según normatividad municipal que permita visualizar transparencia del proceso	Finalizado el cronograma del proyecto	Asamblea comunitaria y reunión del COMPOS	Debe garantizarse resultados a la comunidad municipal
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

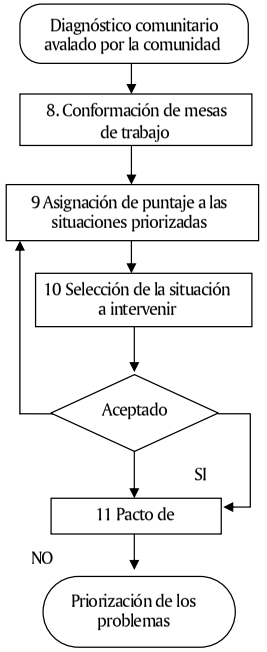
Momento de aprestamiento Proceso: Sensibilización y consideración de la estrategia en el comité municipal de política social-COMPOS					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Alcalde o Delegado	Invitación a través de los medios de comunicación existentes en el municipio	En el ultimo o primer COMPOS anual	Sitio establecido para el COMPOS	Se requiere concertar voluntades a nivel de actores y sectores municipales para la implementación de APS
	Alcalde o Secretario de Salud	Organizando principales contenidos en una presentación	De acuerdo a la fecha de convocatoria	Sitio establecido para el COMPOS	A través de la información se va creando el empoderamiento en los actores para que se legitime la estrategia a nivel municipal
	Asistentes al COMPOS	En las diferentes mesas del COMPOS relacionadas con desarrollo humano y social del Municipio	De acuerdo a la fecha de convocatoria	Sitio establecido para el COMPOS	Es pertinente que cada actor y sector social asuma compromisos con la estrategia
	Integrantes del COMPOS	Según formato establecido para acta del COMPOS	En el momento final de la reunión	Sitio establecido para el COMPOS	Es necesario contar con evidencia de compromisos asumidos por los diferentes actores para evaluar el proceso de la estrategia en el municipio
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

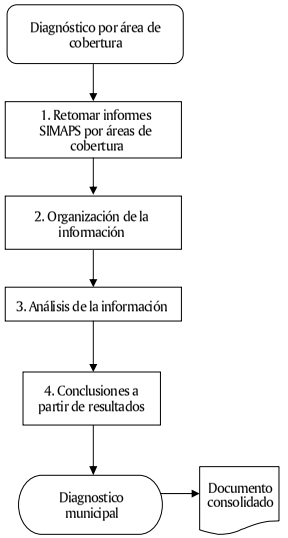
Momento de aprestamiento Proceso: Inclusión APS en planes municipales					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Secretario de salud con apoyo de la ESE	Según metodología de marco lógico	Una vez sumida la estrategia a nivel municipal	En la oficina del director local de salud o ESE	Es Necesario presentar propuesta de solución para problemáticas de desarrollo social y humano a partir de acciones de APS
	Secretario de planeación y secretario de Hacienda	Según protocolo municipal	Una vez terminada la propuesta	En las secretarias respectivas	Se debe obtener el visto bueno por parte de las secretarias para garantizar la viabilidad del proceso
	Asistentes al COMPOS	En las diferentes mesas del COMPOS relacionadas con desarrollo humano y social del Municipio	De acuerdo a la fecha de convocatoria	Sitio establecido para el COMPOS	Es pertinente que cada actor y sector social asuma compromisos con la estrategia
	Secretario de Salud	Presentando el proyecto según protocolo ante el Concejo Municipal	Ultima sesiones anúlales del concejo municipal donde es aprobado el presupuesto para el años inmediatamente siguiente	En el recinto del Concejo Municipal	Para garantizar la apropiación de recursos necesarios para la ejecución del proyecto

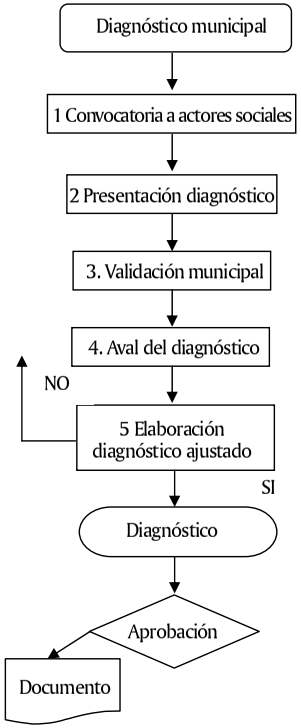
Momento de aprestamiento Proceso: Inclusión APS en planes municipales					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Secretarios municipales y Concejo Municipal	Elaboración de POAI en conceso con las diferentes secretarias	Posterior a la aprobación del presupuesto municipal	Secretarias involucradas en el proceso	Es pertinente definir desde el principio los rubros y las acciones a ejecutar para el momento de rendición de cuentas y audiencias
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

Momento de planeación y organización Proceso : Selección talento humano APS (Véase anexos 2 y 3 competencias talento humano)					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Director Local o Secretario de salud, Gerente de la ESE	Publicando requisitos acordes con los perfiles establecidos en el modelo APS: Enfermero-a Comunitaria, Auxiliares de enfermería y/o técnicos en salud pública y digitador	Al iniciar vigencia de ejecución del POAI	En el contexto Departamental	El equipo APS debe reunir las competencias necesarias en el ser y saber hacer aplicando el modelo de atención integrada AIEPI, APS y MANA para el trabajo con las familias en el marco del desarrollo humano
	Jefe de talento humano con apoyo del Secretario de salud y gerente de la ESE	Siguiendo el lineamientos establecidos por el modelo de APS para cada cargo	De acuerdo al cronograma del proceso de selección	En la oficina de talento humano	Deben cumplir con el perfil definido por los lineamientos de la estrategia para cada uno de los cargos solicitados; además de debe preseleccionar aspirantes
	Oficina de Talento humano	De acuerdo a los protocolos establecidos	Posterior a la preselección y publicación de precandidatos y confirmación de fechas y horarios por parte de Talento humano	En la oficina de talento humano	Esto implica verificar la información consignada en la hoja de vida, además conocer competencias en el ser y en saber hacer relacionados con el trabajo a desarrollar en APS
	Oficina de Talento humano	Según tecnologías de información y comunicación del municipio	Una vez realizado el consenso de pruebas	Contexto municipal	Para garantizar transparencia en los procesos municipales

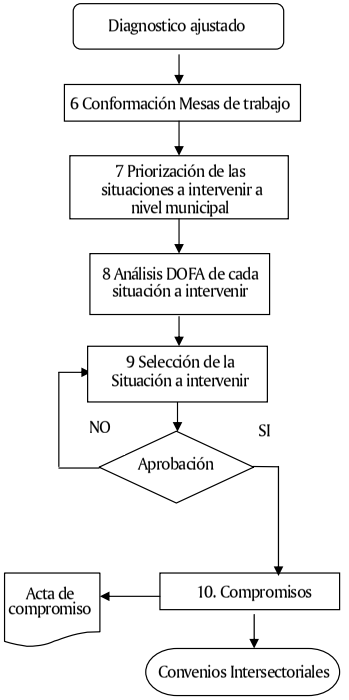
Momento de planeación y organización Proceso : Selección talento humano APS (Véase anexos 2 y 3 competencias talento humano)					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Oficina de talento humano y gerente de la ESE	Firmando contrato a las personas seleccionadas según protocolo de la ESE	Según cronograma de la convocatoria	Sede de contratación establecida por la parte contractual	Es necesario dar cumplimiento a los lineamientos jurídicos de la normatividad laboral colombiana
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

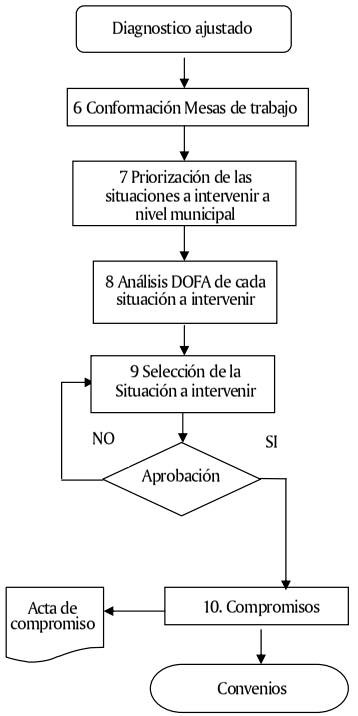
Momento diagnóstico Proceso: Reconocimiento del contexto Véase anexo 5 guía diagnóstico contexto municipal					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Enfermera comunitaria	El profesional de enfermería debe presentarse ante los actores administrativos y sociales	Al iniciar vigencia de contrato.	Lugar habitual donde se encuentran los actores (oficinas de la administración municipal, ESE hospital, etc.)	Es importante que el profesional de enfermería sea reconocido para que empiece a posicionarse en el municipio como líder y coordinador del modelo de APS en el Municipio
	Enfermera comunitaria y técnicos en salud pública	Realizando desplazamientos en la cabecera municipal y a las diferentes veredas del municipio	En el momento en que se esté haciendo la ubicación en el municipio y durante todo el proceso de reconocimiento	Diferentes sectores del municipio, susceptibles de ser intervenidos	Es necesario contextualizarse para tener criterios claros sobres las necesidades de la población a intervenir
	Enfermera comunitaria y técnicos en salud pública	Interacción con los diferentes actores Observación en los diferentes escenarios sociales del Municipio y áreas de cobertura y la obtención de información de monografías y documentos previos	Al inicio de la implementación del modelo APS, actualizándose según la ruta metodológica	En las oficinas de la administración municipal, hospital, iglesia, casa de la cultura, sedes de los actores sociales, etc.	Es indispensable el conocimiento de los aspectos socioculturales, económicos y demográficos del municipio para obtener elementos pictográficos sobre el marco social e institucional donde se desarrolla el modelo APS
	Enfermera comunitaria	Analizando la información obtenida y siguiendo la guía del contexto Municipal (véase anexo)	Una vez recolectado la información necesaria del municipio	En la oficina para el equipo de trabajo del modelo APS	Se requiere conocimiento de aspectos geográficos, políticos, sociales, culturales, económicos y las necesidades de las familias del municipio para planear actividades
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

Momento diagnóstico Proceso: Sensibilización (Véase capitulo 5 Estrategia información, educación y comunicación)					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Enfermera(o) comunitario y técnicos en salud pública	Utilizando las metodologías sugeridas en el componente de comunicación, de acuerdo al grupo a intervenir	Según agenda concertada con los diferentes actores	Cabecera Municipal y veredas seleccionadas	Los diferentes grupos administrativos y sociales de interés deben motivarse hacia los propósitos expresados en el modelo atención primaria en salud con enfoque familiar y desarrollo humano
	Enfermera(o) Comunitario y técnicos en salud pública	Siguiendo la metodología del componente de comunicación	Durante la implementación del modelo de APS en el municipio	En el lugar concertado con los diferentes actores	A través de la información se va creando el empoderamiento en los actores
	Enfermera comunitaria, técnicos en salud pública y los diferente actores sociales	Concertando los compromiso de los diferentes actores para la implementación del modelo. (COMPOS)	Al finalizar cada encuentro con los grupos relacionados con el modelo APS. (MANA, Infancia y adolescencia, entre otros)	En el lugar donde se realizó el encuentro de presentación del modelo APS	Se promueve el compromiso y la participación efectiva activa de los diferentes actores con la implementación y desarrollo del modelo
	Enfermera comunitaria	Describiendo el desarrollo y evaluación de la actividad realizada y los compromisos adquiridos por cada actor en el acta de reunión	Al finalizar cada encuentro de presentación con el grupo de interés	En la oficina del equipo de trabajo de APS	Es importante dejar registro de los compromisos adquiridos por cada actor para garantizar su participación y evidenciar compromisos
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

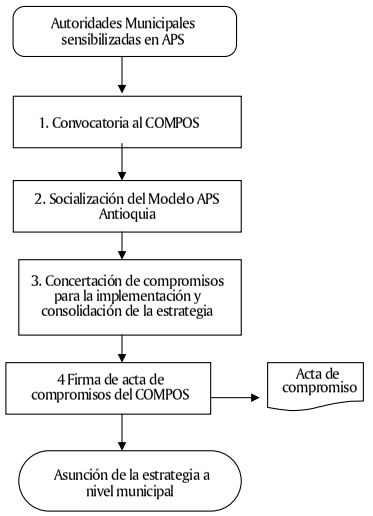
Momento diagnóstico Proceso: Selección de Áreas de cobertura					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Enfermero(a) comunitario(a) y Director Local o secretario de Salud	Teniendo en cuenta el informe del Contexto municipal y el proyecto APS incluido en los planes municipales	Una vez se tenga la información del contexto	En las oficinas de la administración municipal	Se debe garantizar coberturas con atención Primaria en Salud a zonas y grupos de acuerdo a los criterios de Vulnerabilidad, factores de riesgo y accesibilidad a red de servicios
	Enfermero(a) comunitario(a), Director Local o secretario de Salud, líderes comunitarios y representantes de programas sociales.	Según criterios priorizados y utilizando la información de georeferenciación actualizada en el reconocimiento de área, además considerando el inventario del talento humano	Después de obtenido el contexto municipal y definición de criterios de priorización	En las oficinas de la administración municipal	Se debe garantizar coberturas con atención Primaria en Salud a zonas y grupos de acuerdo a los criterios de Vulnerabilidad y equidad; factores de riesgo y accesibilidad a red de servicios
	Enfermera comunitaria, técnicos en salud pública y líderes comunitarios	En concertación con las JAC y con los criterios establecidos por el equipo administrativo y el coordinador APS según modelo	Después de la reasignación o ajuste a las áreas de cobertura planteadas en la propuesta inicial del municipio	En el sitio concertado con Asocomunal y el equipo de trabajo.	Para garantizar el cubrimiento con APS a las familias prioritarias, no cubiertas por RED JUNTOS

Momento diagnóstico Proceso: Selección de Áreas de cobertura					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Enfermera (os) y Director Local o secretario de Salud	Según croquis geográfico del área y con conocimiento de las distancias entre las viviendas, el tiempo de desplazamiento y el talento humano con que se cuente	Después de la identificación de las familias prioritarias y teniendo en cuenta en el inventario del recurso humano	En sitio asignado para trabajo del recurso humano de APS a nivel municipal	Se debe garantizar que cada auxiliar en salud pública cubra un promedio de 100 mínimas y máximo 200 familias (nucleadas), considerando características de accesibilidad, distancias y medio de transporte en su área de cobertura
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

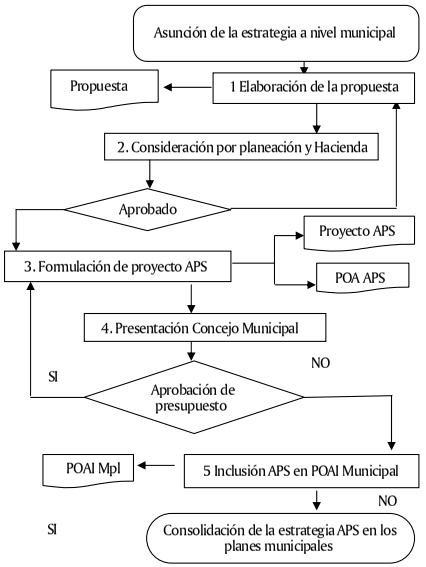
Momento de conciliación y acuerdos Proceso: Consolidación del diagnostico municipal					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Enfermera comunitaria, técnicos en salud pública y SIMAPS	Solicitando al digitador el consolidado del área de cobertura con el respectivo cruce de variables y gráficos	Posterior a la última asamblea	Oficina de APS	En necesario tener la información de la totalidad de las familias que integran las áreas de cobertura que fueron abordadas por APS
	Enfermera comunitaria y SIMAPS	Organizando y consolidando la información por variables obtenidas de áreas de cobertura	Una semana después de haber solicitado el informe final a SIMAPS	Oficina de APS	Es necesario estructurar de forma ordenada la información para observar cuales son la situaciones a intervenir más comunes dentro municipio
	Enfermera Comunitaria y SIMAPS	Por medio de la comparación de base de datos con los diferentes planes y proyectos de carácter social a nivel municipal (MANA, JUNTOS, ACCIÓN SOCIAL)	Posterior a la organización una semana después debe estar terminado	Oficina de APS.	Es necesario sustentar y comparar la información en conglomerados que den cuenta de las situaciones encontradas a nivel municipal por APS
	Enfermera Comunitaria y SIMAPS	Conjugando los resultados de la sistematización con la apropiación teórica y el conocimiento de del contexto municipal	Una semana antes de la reunión del COMPOS o COPACO	Oficina de APS	Deben reunirse los resultados obtenidos con las posibles soluciones y efectos hallados respecto a situaciones a intervenir
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

Momento de conciliación y acuerdos Proceso: Consolidación del diagnostico municipal					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Enfermera comunitaria y técnicos en salud pública	Según análisis de involucrados integrantes COMPOS y COPACOS y por medio de las metodologías aportadas en IEC	Según agendas COMPOS o COPACOS del municipio	En el municipio	Es necesario contar con la participación de los actores involucrados dentro de la estrategia APS
	Enfermera Comunitaria y DLS o Secretario de Salud Municipal	Se presentarán consolidados, análisis y conclusiones arrojadas durante el proceso anterior de acuerdo a recursos disponibles en IEC a nivel municipal	Según agendas COMPOS o COPACOS del municipio	Al interior del COMPOS o COPACO	Es necesario que los actores involucrados conozcan los resultados y avances obtenidos durante el proceso APS
	Los participantes al COMPOS o COPACO coordinados por la enfermera	Ajustando el diagnostico inicial según las convergencias y divergencias expuestas por los participantes	Durante la reunión de socialización en el COMPOS o COPACOS del municipio	Al interior del COMPOS o COPACO.	En el proceso de participación es necesario socializar las síntesis de las convergencias y divergencias suscitadas
	Alcalde y los participantes al COMPOS	Firmando un acta en formato previamente estructurado, en la cual asumen la validación del proceso con la participación comunitaria	Posterior a la aprobación de los ajustes al diagnostico por los participantes	Al interior del COMPOS o COPACO	La evidencia escrita es elemento de verificación en el momento de evaluar el cumplimiento de los procesos.

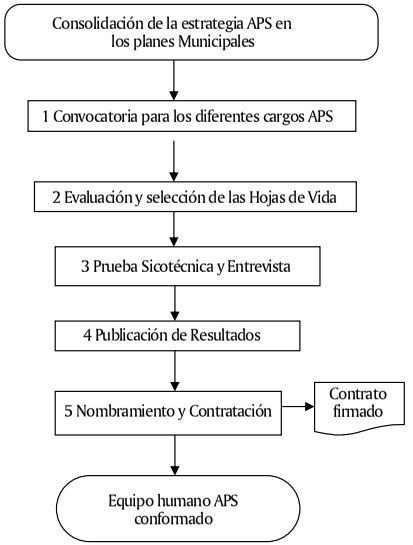
Momento de conciliación y acuerdos Proceso: Consolidación del diagnostico municipal					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	La enfermera, Técnicos en Salud Pública, funcionario del SIMAPS y el Secretario de Salud municipal	Elaborando documento de acuerdo con la validación y ajustes acordados en COMPOS, según las normas ICONTEC actualizadas	Una semana después de la reunión de socialización en el COMPOS o COPACO	En la oficina APS.	Es necesario dejar evidencia del proceso realizado por el grupo además este servirá de línea de base para futuros momento políticos de la estrategia en el municipio
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

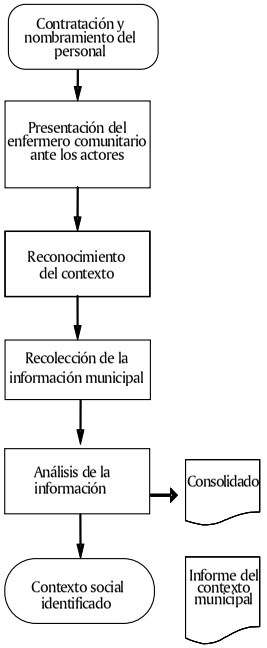
Momento de conciliación y acuerdos Proceso: Socialización de la información por áreas de cobertura					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Enfermera comunitaria y técnicos en salud pública	Según análisis de involucrados integrantes COMPOS y COPACOS y por medio de las metodologías aportadas en IEC	Según agendas COMPOS o COPACOS del municipio	En el municipio.	Es necesario contar con la participación de los actores involucrados dentro de la estrategia APS
	Enfermera comunitaria y DLS o Secretario de Salud Municipal	Se presentarán consolidados, análisis y conclusiones arrojadas durante el proceso anterior de acuerdo a recursos disponibles en IEC a nivel municipal	Según agendas COMPOS o COPACOS del municipio	Al interior del COMPOS o COPACO	Es necesario que los actores involucrados conozcan los resultados y avances obtenidos durante el proceso APS
	Los participantes al COMPOS o COPACO coordinados por la enfermera	Ajustando el diagnostico inicial según las convergencias y divergencias expuestas por los participantes	Durante la reunión de socialización en el COMPOS o COPACOS del municipio	Al interior del COMPOS o COPACO	En el proceso de participación es necesario socializar las síntesis de las convergencias y divergencias suscitadas
	Alcalde y los participantes al COMPOS	Firmando un acta en formato previamente estructurado, en la cual asumen la validación del proceso con la participación comunitaria	Posterior a la aprobación de los ajustes al diagnostico por los participantes	Al interior del COMPOS o COPACO	La evidencia escrita es elemento de verificación en el momento de evaluar el cumplimiento de los procesos

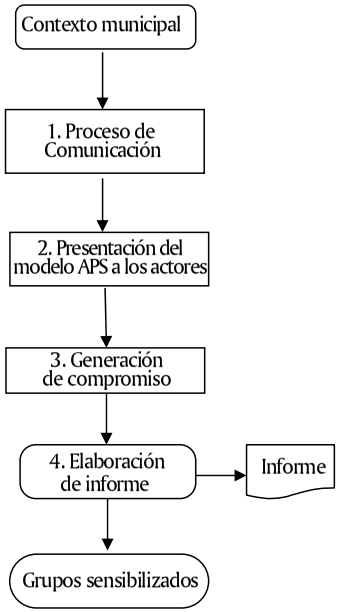
Momento de conciliación y acuerdos Proceso: Socialización de la información por áreas de cobertura					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	La enfermera, técnicos en salud pública, funcionario del SIMAPS y el Secretario de Salud municipal	Elaborando documento de acuerdo a la validación y ajustes acordados en COMPOS, según las normas ICONTEC actualizadas	Una semana después de la reunión de socialización en el COMPOS o COPACO	En la oficina APS	Es necesario dejar evidencia del proceso realizado por el grupo además este servirá de línea de base para futuros momento políticos de la estrategia en el municipio
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

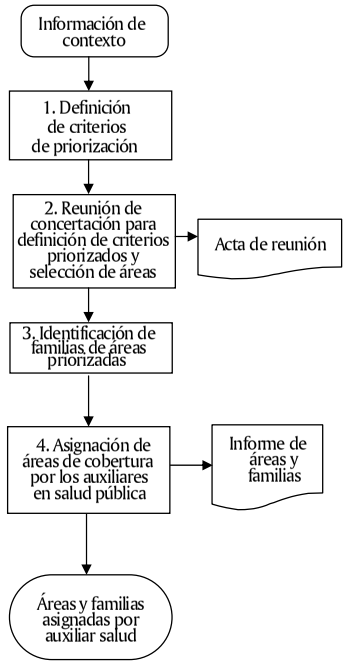
Momento de conciliación y acuerdos Proceso: Negociación y acuerdos Ver anexo 12 Formato informe gerencial para la estrategia de atención primaria en salud					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Enfermera comunitaria	De manera aleatoria, según el número de participantes en el COMPOS o COPACO	Según agenda establecida para el COMPOS o COPACOS del municipio	Al interior del COMPOS o COPACO	El trabajo en grupos permite la apreciación de diferentes miradas
	Los integrantes del COMPOS o COPACO	Por votación abierta de una a una de las situaciones a intervenir garantizando la transparencia en la participación	Posterior a la elaboración del diagnostico ajustado	Al interior del COMPOS o COPACO	Concretar y delimitar las problemáticas permite concentrar fuerzas colectivas para transformar la realidad evitando la dispersión de intereses
	Los integrantes del COMPOS o COPACO coordinados por la enfermera	Realizando el análisis de las dificultades, oportunidades, fortalezas y amenazas de cada situación a intervenir a nivel municipal	Posterior a la priorización de las situaciones a intervenir	Al interior del COMPOS o COPACO	Se necesita mirar la realidad del contexto municipal para la posible solución en coordinación con los diferentes actores y sectores relacionados
	Los integrantes del COMPOS o COPACO	Considerando resultados del análisis DOFA	Posterior a la aplicación de la matriz DOFA.	Al interior del COMPOS o COPACO.	Con el fin de optimizar y potencializar recursos a nivel intersectorial

Momento de conciliación y acuerdos Proceso: Negociación y acuerdos Ver anexo 12 Formato informe gerencial para la estrategia de atención primaria en salud					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Los integrantes del COMPOS o COPACO que hagan parte activa de la solución de la situación a intervenir	Firmando un acta en formato previamente diseñado, en la cual se consigna la necesidad a intervenir, posibles soluciones y compromisos específicos de los actores y sectores involucrados	Finalizado el encuentro de negociación y acuerdos	Al interior del COMPOS o COPACO	La evidencia escrita es elemento de verificación en el momento de evaluar el cumplimiento de los procesos
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

Momento de reflexión y análisis de la información Proceso: Análisis de la información (Véase capítulo 6 Sistemas de Información)					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Enfermera comunitaria	Revisando una a una de las variables de la totalidad de la historias familiares, según instructivo	Al recibir historias familiares que los técnicos en salud pública han diligenciado	Oficina APS	Se valida la información antes de ingresar al sistema y se hace seguimiento del trabajo del auxiliar en salud pública
	Digitador	Utilizando el software SIMAPS, actualizado	Cuando las historias familiares ya han sido revisadas y cumplen con la calidad para la digitación	Oficina de SIMAPS	Debe ingresarse información capturada para su procesamiento
	Enfermera comunitaria	Seguimiento para verificación de la fidelidad del dato	Cuando se cuenta con el 10% aleatorio del 100% de familias asignadas por cobertura	Por ser un subproceso, se explica detalladamente en SIMAPS	Garantiza la calidad de la información digitada
	Enfermera comunitaria y digitador	Analizando la información generada por el SIMAPS y demás insumos	Finalizada primera ronda de visitas y su digitación en el SIMAPS	En la sede APS municipal	Es indispensable reunir la información para la toma de decisiones sobre planes de intervención comunitarios
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

Momento de reflexión y análisis de la información Proceso: Análisis de la información (Véase capítulo 6 Sistemas de Información)					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Enfermera comunitaria y Técnicos en Salud Publica	Concertando con los líderes comunitarios utilizando medios de comunicación colectivos y personalizados	Se disponga del diagnostico de salud comunitario	En el sitio de reuniones de la comunidad	La participación activa exige reconocimiento del otro como sujeto social
	Enfermera comunitaria y Técnicos en Salud Publica	Presentando en forma directa y con didácticas pertinentes a la cultura de la comunidad, la información analizada en los diagnósticos comunitarios	Según fecha de convocatoria realizada previamente a los diferentes actores sociales	En el sitio de reuniones de la comunidad	Los participantes tienen derecho a conocer los hallazgos de la implementación del modelo de APS
	La enfermera, Técnicos en Salud Pública y los participantes de la comunidad en la actividad	Facilitando el dialogo y la conversación según modelo IEC, enfocándolo en cada uno de los componentes de la atención primaria en salud	Inmediatamente termine la presentación del diagnostico comunitario	En el sitio de reuniones de la comunidad	La participación permite el Reconocimiento del otro como sujeto social y por lo tanto conlleva la validación de la información
	La enfermera y técnicos en salud pública	Ajustando al diagnostico inicial con el consenso obtenido de la asamblea comunitaria	En el momento que acuerde la asamblea comunitaria	En el sitio de reuniones de la comunidad	Es obligatorio en la participación comunitaria considerar e insertar los aportes dados por la comunidad
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

Momento de reflexión y análisis de la información Proceso: Análisis de la información (Véase capítulo 6 Sistemas de Información)					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Por qué**
	Los participantes de la comunidad, que asisten a la asamblea	La enfermera presenta a los participantes las convergencias y divergencias expuestos por la asamblea durante la validación	Según orden del día de la agenda propuesta	En el sitio de reuniones de la comunidad	Se debe socializar las síntesis de las convergencias y divergencias abordadas por la comunidad
	Los participantes de la comunidad, la enfermera y técnicos en salud pública	Firmando un acta en formato previamente estructurado, en la cual asumen la validación del proceso con la participación comunitaria, con copia a los lideres o representantes de la comunidad	Posterior a la aprobación de los ajustes al diagnostico por los participantes	En el sitio de reuniones de la comunidad	La evidencia escrita es elemento de verificación en el momento de evaluar el cumplimiento de los procesos
	La enfermera, técnicos en salud pública, funcionario del SIMAPS y el Secretario de Salud municipal	Elaborando documento de acuerdo a la validación y ajustes acordados en la asamblea comunitaria, según las normas ICONTEC actualizadas.	Una semana posterior a la aprobación del diagnostico con la comunidad	En la oficina de APS	Es la representación del producto obtenido de los procesos y procedimiento del momento de reflexión y análisis
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

Momento de reflexión y análisis de la información Proceso: Análisis de la información (Véase capítulo 6 Sistemas de Información)					
Área:	**Responsable:**				
Flujograma	**Quién**	**Cómo**	**Cuándo**	**Dónde**	**Porqué**
	Enfermera comunitaria	De manera aleatoria, según el número de participantes	Durante la reunión convocada y en momento posterior al aval del diagnostico.	En el sitio de reuniones de la comunidad	El trabajo en grupos permite la apreciación de diferentes miradas
	Líder de cada mesa conformada en coordinación de la enfermera comunitaria	Por votación abierta de una a una de las situaciones a intervenir	Posterior a la discusión de las situaciones a intervenir por cada grupo de trabajo	En el sitio de reuniones de la comunidad	La priorización debe garantizar la participación de los miembros de la asamblea
	La asamblea	Considerando las posibilidades en el contexto y por parte de los actores. involucrados para la solución	Una vez de hayan votado las situaciones a intervenir	En el sitio de reuniones de la comunidad	Concretar y delimitara las problemáticas permite concentrar fuerzas colectivas para transformar la realidad evitando la dispersión de intereses
	Líder de cada mesa y representantes de cada sector implicado con la necesidad a intervenir	Firmando un acta en formato previamente diseñado, en la cual se consigna la necesidad a intervenir, posibles soluciones y actores	Finalizada la discusión y concertación de competencias	En el sitio de reuniones de la comunidad	Se requiere la evidencia del compromiso como elemento de juicio al momento de hacer seguimiento
Fecha:	**Revisado por:**		**Aprobado por:**		
	Fecha		**Fecha**		

Anexo 5

Atención primaria en salud

Guía diagnóstica del contexto municipal

Objetivo. Reconocer el contexto municipal y su relación con la situación de salud de los colectivos, para dinamizar los procesos en la planeación, la estructuración del modelo de atención primaria desde la perspectiva del desarrollo humano y el enfoque familiar.

Producto. Documento escrito que complemente el diagnóstico en salud, para la ubicación e inducción en el municipio.

Metodología:

- Presentación en la dirección local de salud.
- Reconocimiento y contacto con los actores sociales del municipio.
- Concertación de reuniones informativas para el análisis de información.
- Revisión de documentos y fuentes primarias del municipio.
- Análisis de la información.
- Elaboración del documento de síntesis del contexto municipal.

Primera parte: contexto municipal

- Identificación del municipio. Breve reseña histórica, ubicación geográfica, división político-administrativa y características generales.
- Situación demográfica general y por grupos de colectivos, según ciclo vital humano.
- Estructura poblacional por edad, sexo y área. Pirámide poblacional del área de influencia.
- Población régimen contributivo, subsidiado y vinculado, según edad y sexo.
- Número de familias identificadas en el municipio y número promedio de personas que la integran.
- Situación económica, política, social y ambiental del municipio.
- Contexto cultural. Creencias y costumbres.

- Contexto físico. Medio ambiente, vías de transporte, servicios públicos.
- Contexto social. Educación, ocio y recreación, procesos, medios y mecanismos de participación existentes. Redes de participación. Espacios y escenarios de participación.
- Contexto político. Organización político-administrativa del municipio.
- Contexto económico. Tasa de desempleo, situación económica actual, ingresos y fuentes de empleo, plan de inversiones y fuentes de financiación del plan de desarrollo municipal.
- Caracterización de las grandes problemáticas de salud del municipio y documentación de las mismas, según indicadores epidemiológicos.
- Problemáticas que tiene priorizado el municipio para su intervención.

Cuadro de análisis de actores del desarrollo municipal, así:

Nombre del actor social	Población que atiende	Funciones o acciones que realiza

Listado de programas y proyectos que desarrolla el municipio con sus grupos beneficiarios, esta información la puede presentar en un cuadro resumen así:

Nombre del programa o proyecto	Objetivo general	Grupos de población a los cuales dirige sus acciones	Principales avances o logros	Actividades que ha realizado la enfermera(o) comunitaria	Actividades que han realizado los(as) técnicos en salud publica

Segunda parte: estructuración del sector salud municipal

- Políticas de salud.
- Síntesis y análisis del Plan de Desarrollo Municipal, Plan de Salud Pública, Plan Operativo Anual.
- Programas, proyectos y estrategias.
- Sistemas de información en salud
- Sistema de vigilancia de la Salud pública

- Estructura y funcionamiento de la Dirección Local de Salud
- Plataforma estratégica: visión, misión, políticas, estrategias, objetivos y valores corporativos.
- Recursos humanos, físicos, tecnológicos.
- Red de servicios de salud, unidades hospitalarias y comunitarias, parteras.
- Procesos. Principales procesos técnicos, manual de estándares, guías de atención integral o protocolos.
- Servicio de atención al usuario.

Formato informe gerencial para la estrategia de atención primaria en salud

Período Municipio Responsable

Objetivo	Actividades realizadas	Análisis de logros y dificultades	Acciones de mejoramiento
defina los objetivos de su plan de acción o cronograma mensual de actividades	Enuncie en forma general las acciones realizadas según las siguientes categorías: Diagnóstico de salud. Vigilancia epidemiológica Promoción de la salud Participación social Educación para la salud.	Describa en forma analítica sus logros y dificultades para el cumplimiento de las acciones planeadas	Enuncie acciones y compromisos para redefinir de nuevo el plan y priorizar las acciones

Indicadores de gestión notificación mensual

Nombre del indicador	Definición operacional
Cobertura	Total de familias visitadas por mes x 100/total de familias del municipio atendidas
% de cumplimiento de visitas familiares realizadas por mes	Total de visitas realizadas por mes x 100/total de visitas programadas por mes
% de seguimiento a las demandas inducidas realizadas en la visita	Total de remisiones efectivas a los diferentes programas y proyectos del municipio x 100/total de remisiones realizadas en la visita
Total de acciones educativas realizadas	Total de acciones educativas realizadas en forma colectiva/total de acciones educativas programadas

Anexo 6

Atención primaria en salud

La visita familiar es la técnica mediante la cual el o la promotor/a de vida y la enfermera o enfermero comunitaria/o establecen contacto directo, personal y permanente con las familias en la vivienda, posibilitando un acercamiento y conocimiento real de la situación de cada grupo familiar.

La visita familiar es el momento oportuno para establecer una relación más cercana con la familia, reconocer a sus integrantes, identificar sus necesidades, sus satisfactores y los factores deteriorantes de la salud; detectar precozmente las personas en riesgo de enfermar; compartir conocimientos y desarrollar actividades de promoción y educación para la salud, realizar la remisión de las personas según sea necesario, entre otras.

A través de la visita el o la promotor/a de vida y la enfermera o enfermero comunitaria/o, podrán estimular la participación de la familia en los programas ofrecidos por las diferentes entidades municipales y desarrollar toda una labor educativa de acuerdo con las condiciones del grupo familiar. La familia que participa en la visita descubre sus potencialidades y la forma en la que debe buscar satisfactores a sus necesidades, además, de la utilidad de construir su proyecto de vida.

Es a partir de la visita familiar que se construye la imagen de la familia, observando su entorno, su mundo, es allí donde se revelan las normas más intimas de convivencia.

Puntos claves antes de la visita

- Realizar el croquis con georeferenciación de área de cobertura asignada.
- Mantener una actitud positiva, abierta al diálogo y entusiasta.
- Revisar y analizar los datos de la historia familiar y del formato de remisiones para tener claridad en su manejo y diligenciamiento.
- Revisar y analizar los instructivos que servirán de apoyo en el diligenciamiento de los instrumentos.
- Tener claridad sobre el objetivo, la importancia de la visita y las actividades que debe desarrollar en ella.
- Hacer una cita. Acordar con la familia la fecha y hora para la visita, informando la importancia de que al momento de la visita haya presencia de adultos respon-

sables en la vivienda y que tengan disponibles copias de todos los certificados y documentos requeridos.

- Informar el tiempo estimado de duración de la visita (aproximadamente tres horas).
- Diligenciar el consentimiento informado una vez comprendida la información por parte de los miembros de la familia, sobre objetivos, metodología en la visita, importancia, propósito y uso de la información suministrada por los miembros de la familia.
- Antes de llegar a la casa, asegúrese de que tiene todos los materiales que necesita, haga memoria de los nombres de las personas y piense en lo que va a decir.

Fases de la visita

La secuencia lógica que se debe seguir para realizar la visita familiar:

- **Fase 1: Planeación de la visita familiar**

  Realizar un reconocimiento del área asignada y una buena observación del entorno, para identificar aspectos sobresalientes de la unidad de cobertura. Este reconocimiento contribuye a ubicar a cada una de las familias en el croquis del área, sobre todo cuando es población flotante.

  Establecer contacto con líderes y actores de esa comunidad.

  Planear y programar la visita domiciliaria definiendo el objetivo de ésta.

  Realizar cronogramas de visita familiar donde se especifique toda la logística necesaria para el desplazamiento: rutas, transportes, etc.

  Considerar si es visita de primera vez (en la cual se debe aplicar la historia familiar y en la cual se requiere tiempo mayor) o si es una visita de seguimiento.

  Analizar la información recibida y consignada en el diario de campo y en la historia familiar previa.

- **Fase 2: Ejecución de la visita familiar**

  En esta fase usted debe tener en cuenta:

  - Realizar visita en la fecha acordada.
  - Saludar de forma cálida, sea amigable pero sin exagerar.
  - Preséntese y siga las instrucciones contenidas en la guía para la entrevista

- Desarrollar la visita teniendo en cuenta los aspectos generales contemplados en la historia familiar, su herramienta principal, mediante la cual usted registra y actualiza información.
- Realizar plan de visitas concertado con las familiar (plan de acción), este plan debe quedar consignado en la historia familiar y debe evaluarse con la familia para ver su cumplimiento, interiorización de la educación impartida traducida en cambios de actitudes y comportamientos.
- Orientar a la familia de acuerdo con la situación encontrada, de acuerdo con necesidades particulares basadas en el análisis de los componentes del desarrollo humano y de los procesos protectores.
- Estimular aspectos positivos e inducir al descubrimiento de todas las potencialidades que tiene el grupo familiar.
- Educar y evaluar aprendizajes impartidos antes, determinado si hay cambios en actitudes y comportamientos.
- Realizar canalización a los servicios (inducción a la demanda) a los diferentes programas o proyectos que estén ejecutando en el municipio.
- Motivar o sensibilizar a la familia o integrante de la familia para que haga efectiva la canalización al servicio ofrecido.
- Diligenciar el formato de canalización a los servicios y orientar sobre día, hora y documentos necesarios para realizar el proceso de remisión.
- Escuchar con atención y respeto lo que expresan las personas, indagando lo que no comprenda.
- Brindar información coherente y clara a las familias, si no se sabe algo, nunca diga mentiras, es preciso informarse y regresar a la familia con la información correcta.

- **Fase 3: Observación de la vivienda**
  - En esta fase debe realizar:
  - Observación de la vivienda en cuanto a: características de la vivienda, materiales, abastecimiento de agua, disposición de excretas y basuras, condiciones que ofrece la vivienda desde la infraestructura física y ubicación, convivencia con los animales domésticos.

Registrar estos aspectos en la historia familiar.

- Observar atentamente para ver si existen elementos ambientales o comportamientos que ofrezcan riesgos para la salud de la familia o por el contrario sean aspectos dignos de estimular.

- **Fase 4: Evaluación de la visita familiar**
  - Al terminar la visita haga un resumen de lo tratado, evalúe los logros mediante preguntas o demostraciones si es el caso.
  - Verificar que la historia quedó completamente diligenciada
  - Despedirse y acordar la fecha para una nueva visita.
  - El acompañamiento de su enfermera/o comunitaria/o es muy importante. Su asesoría retroalimenta este proceso, siendo el eje fundamental de su trabajo como promotor/a de vida.
  - Diligenciar el formato actividades diarias del promotor/a.

Puntos claves después de la visita

- Entregar la historia familiar a la enfermera coordinadora.
- Verificar de nuevo los datos.
- Entregar a SIMAPS.

Anexo 7

Atención primaria en salud

Técnica de la entrevista

Una entrevista es una conversación que tiene una estructura y un propósito. En la estrategia de Atención Primaria en Salud la entrevista busca entender a la familia desde la perspectiva de sus miembros, compartir conocimientos, identificar procesos protectores y factores que pueden deteriorar la salud, estimular aspectos positivos encontrados e inducir al descubrimiento de todas las potencialidades que tiene el grupo familiar.

Es una técnica que, mediante el interrogatorio de los sujetos, permite obtener datos relevantes y constituye un proceso de recolección de datos.

En la entrevista con la familia se observa, entre otros, el proceso y los patrones de socialización y las formas de comunicación; mediante su desarrollo se captan emociones, sentimientos, mensajes y se perciben ideas para identificar y atender las necesidades; por lo que es importante saber preguntar y escuchar lo que se quiere decir y no se dice verbalmente.

Fases de la entrevista

La secuencia lógica que debe seguir toda entrevista es la siguiente:

1. **Saludo y acogida**

   Conviene llegar unos minutos antes, de modo que no vayamos apresurados y se cumpla con la cita previamente convenida. En esta fase usted debe:

   - Saludar amablemente.
   - Presentarse con su nombre completo y cargo.
   - Informar el objetivo de la visita y entrevista.
   - Explicar que se estará tomando nota durante el desarrollo de la entrevista.
   - Hacer alguna pregunta general para estimular el diálogo y generar ambiente confianza para el desarrollo del diálogo; debe ser una pregunta pertinente e interesante para el receptor, pero que no dé pie a controversias o a respuestas monosílabas. Por ejemplo, puede estar relacionada con la participación de la familia en la estrategia de APS. Esta forma de empezar

ayudará a despertar el interés del o de los entrevistados, independiente de que sepan o no de ella.

- Sensibilizar y motivar a la familia sobre la importancia de brindar información veraz, clara, oportuna, actualizada y completa.
- Propiciar y provocar la participación activa de la familia.
- Garantizar a la familia la reserva de la información recibida.

2. Desarrollo de la entrevista

En esta fase se debe desarrollar una conversación fluida con los miembros de la familia guiada siempre por la historia familiar y el orden de las variables contenidas en ella. Recuerde que en esta fase usted debe:

- Evitar hacer preguntas capciosas es decir, preguntas que sugieran una determinada respuesta o que presupongan una determinada condición.
- Formular preguntas de control para verificar doblemente la respuesta a preguntas delicadas o aquellas que requieren una respuesta precisa.
- Evitar que el entrevistado se salga del tema, pero sin interrumpirlo bruscamente.
- Mostrar atención: el entrevistado sabrá valorarlo.
- Dirigir la entrevista, pero de forma muy flexible.
- Permitir que sea él (no el entrevistador) el que responda.
- Crear ocasiones para que el ambiente sea cómodo y cordial (sin tensión).
- No abusar de la terminología técnica, utilizar palabras sencillas, de la conversación cotidiana.
- Tomar nota con discreción, sin distraer al entrevistado.
- No superar el límite del tiempo establecido
- Mantener una actitud neutral ante las respuestas de los entrevistados, evitando gestos, cambios de comportamiento o actitudes que puedan reflejar juicios de valor u opiniones personales.

Final de la entrevista

Lo ideal es que el o la promotor/a finalice contando a la persona entrevistada cuales son los siguientes pasos en el proceso, por ejemplo, si va a haber más visita familiares, etc.

En esta fase es conveniente:

- Revisar la historia familiar y demás instrumentos para verificar que su diligenciamiento está completo.
- Verificar el entendimiento y comprensión de la educación e instrucciones específicas que se han dejado a la familia, aclarando las dudas que surjan.

Despedida

Es el o la promotor/a quien debe cerrar el encuentro. No es conveniente mostrarse impaciente por terminar la entrevista. Despedirse amablemente de los miembros de la familia que lo recibieron durante la entrevista, no sin antes agradecer el tiempo y atención dispuestos.

Consejos que no se pueden omitir:

- Llegar puntual.
- Saludar a la persona entrevistado/a por su nombre, pero sin llegar a tutearle.
- No sentarse hasta que no se lo indiquen.
- No fumar.
- Mantener el celular en silencio o apagado durante la entrevista.
- Hablar con sencillez, sin usar palabras rebuscadas.
- Respetar siempre los saberes, creencias y costumbres de las familias.
- Vigilar el lenguaje corporal y aquellos gestos que demuestren fragilidad, confusión, distracción o pereza.
- No entrar en polémicas.
- Agradecer siempre la atención prestada.

Anexo 8

Atención primaria en salud

Guía de observación

La observación es un registro visual de lo que ocurre en una situación real, consignando los acontecimientos, lenguajes, actitudes, movimientos, expresiones, dichos, prácticas, costumbres, comportamientos, entre otras; de acuerdo con algún esquema prediseñado según la situación que se pretende observar. En la estrategia de Atención Primaria en Salud la observación es una técnica de recolección de datos que permite identificar si existen condiciones ambientales o de comportamiento, actitudes y prácticas que reflejen información relacionada con la salud de la familia, que puedan ser considerada para su cuidado.

Fases de la observación

No hay un modelo o guía únicos para la recolección de la información, sin embargo a continuación se presenta una guía general. Los pasos son:

Fase inicial

- Revisar con anterioridad la historia familiar para identificar y tener claridad sobre las variables, conductas y comportamientos que se deben observar durante la visita familiar y la forma como se presentan para registrar la información.
- Hacer reconocimiento previo del área y del entorno para identificar aspectos que incidan en el desarrollo humano y la funcionalidad familiar.

Fase de observación

En esta fase se debe:

- Realizar observación en cuanto a: características de la vivienda, materiales, abastecimiento de agua, disposición de excretas y basuras, condiciones que ofrece la vivienda desde la infraestructura física y ubicación, convivencia con animales domésticos.
- Durante todo el tiempo que dure la visita familiar se debe estar atento y observar cuidadosamente todo el entorno familiar, la situación de la familia, su estado de Salud, sus relaciones afectivas, su desarrollo y crecimiento como grupo familiar, identificar procesos protectores, condiciones de vida, hábitos de vida, de tal forma que pueda tener información que lo oriente en estos

aspectos para interpretar la realidad de la familia en torno a los medios utilizados para satisfacerlas y la funcionalidad familiar.

- Registrar estos aspectos en la historia familiar, estimular los aspectos positivos que se observen y orientar sobre los que afectan el funcionamiento familiar.

Fase de finalización

En esta fase es necesario revisar toda la información registrada, verificando que corresponde a la situación observada, que no falten datos y sea suficiente para orientar el plan de acción familiar.

ANEXO 9

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
DIRECCION SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
HISTORIA FAMILIAR

Formulario N°: _____	Familia N° 1: _____	Familia N° 2: _____	Familia N° 3: _____	Vivienda N°:	N° de familias que habitan la vivienda:	Fecha de apertura (dd/mm/aaaa)

A. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

1. Municipio:	2. Corregimiento:	3. Vereda:	4. Barrio:	5. Zona ubicación: (1) Urbana (2)Rural
6. Dirección:	7. Teléfono:	8. Distancia en minutos a la cabecera municipal más cercana :	9. Medio de transporte:	

B. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

10. Tipo: (1) Casa (2) Apartamento (3) Tambo (4) Inquilinato (5) Rancho (6) Pieza

11. Estado: (1) Bueno (2) Malo (3) Regular

12. La vivienda es: (1) Propia (2) Arrendada (3) Prestada (4) Otro - ¿Cuál? _____

13. Uso de la vivienda: (1) Familiar (2) Comercial ¿Cuál? _____

14. Tipo de alumbrado: (1) Material combustible (2) Electricidad

C. MATERIALES DE LA VIVIENDA

15. Pisos: (1) Tierra (2) Madera (3) Baldosa (4) Cemento (5) Otros ¿Cuáles? _____

16 Paredes: (1) Tapia (2) Bahareque (3) Madera (4) Ladrillo/Bloque (5) Plástico (6) Cartón (7) Otros -¿Cuáles? _____

17. Elementos y dispositivos eléctricos (1) Si (0) No (Ir a la No 18)

17.1 Están debidamente aislados (0) No (1) Si

17.2 Pueden generar cortos circuitos o incendios (0) No (1) Si

18. Techo: (1) Teja de barro (2) Teja Plástica (3) Cemento (4) Zinc (5) Eternit (6) Palma o paja (7) Cartón (8) Plástico (9) Otros -¿Cuáles? _____

D. FUENTES DE AGUA

19. Tipo de fuente (1) Superficial (2) Subterránea – Pozo **(Ir a la No 21)** (3) Acueducto **(Ir a la No 22)**

20. Fuente de agua superficial (1) Agua lluvia (2) Río / Caño (3) Laguna

21. Estado de la fuente (1) Descontaminada (2) Contaminada (3) En Riesgo de Contaminación

E. ABASTO AGUA

22. Conexión acueducto (1) Intradomiciliaria (2) Extra domiciliaria

F. CONSUMO DEL AGUA

23. Calidad (1) Potable (2) No Potable (3). Desconocida

24. Tipo de tratamiento (1) Hervida (2) Sin Hervir (3) Filtrada (4) Desinfectada

G. EXCRETAS

25. Artefacto excretas (1) Inodoro (2) Taza sanitaria (3) Letrina (4) Ninguno

26. Disposición Final (1) Alcantarillado (2) Sumidero (3) Pozo séptico (4) Campo abierto

H. AGUAS GRISES

27. Disposición Final (1) Alcantarillado (2) Sumidero (3) Pozo séptico (4) Campo abierto

28. Artefacto (1) Lavadero (2) Lavaplatos (3) Lavamanos (4) Ninguno

I. BASURAS

29. Recolección en la vivienda (1) Vasija con tapa (2) Vasija sin tapa (3) Bolsa (4) Pisos

30. Realiza separación (0) No **(Ir a la N° 32)** (1) Si

31. Realiza **(1)** Compostaje **(2)** Reciclaje

32. Disposición final (1) Relleno sanitario (2) Campo abierto (3) Quemada (4) Enterrada (5) Río / Quebrada (6) Otro - ¿Cuál? _____

J. CONDICIONES QUE OFRECE LA VIVIENDA – DESDE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y LA UBICACIÓN para las preguntas 33 a 43 coloque en el espacio según corresponda (0) NO (1) SI

33. Hacinamiento	42. Cocina	43.Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda (Si la respuesta es **NO** ir a la Características Generales)			
34. Buen estado higiénico					
35. Roedores o Insectos	42.1 Independiente de las habitaciones	43.1 Perros ¿Cuántos? _____	43.2 Gatos ¿Cuántos? _____	43.3 Cerdos ¿Cuántos? _____	43.4 Gallinas ¿Cuántas? _____
36. Iluminación adecuada	42.2 Buenas condiciones Higiénico-sanitarias				
37. Ventilación adecuada	42.3 Fogones a gas	¿Cuántos perros vacunados? _____	¿Cuántos gatos vacunados? _____	¿Cuántos cerdos vacunados? _____	¿Cuántas gallinas vacunadas? _____
38. Espacios para la convivencia	42.4 Fogón eléctrico				
39. Diseño Y estructuras adecuadas	42.5 Fogones abiertos que queman combustible	43.5 Otros	¿Vacunados? ¿Cuáles? _____		
40. Servicios básicos de buena calidad					
41. Construida en terreno geológicamente estable	42.6 Fogones de leña, Carbón				

K. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Apellidos Flia 1: _____
Apellidos Flia 2: _____
Apellidos Flia 3: _____

1. La familia está en situación de: (1) Desplazamiento (2) Retorno (3) Reubicación (4) Estable (5)Otros - ¿Cuál?_____

Familia 1 ( ) Familia 2 ( ) Familia 3 ( )

L. CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA

2. Tipo de familia: (1) Nuclear (2) Extensa o Conjunta (3) Monoparentales (4) Ampliada (5) Diada conyugal (6) Simultánea, Superpuesta o Reconstruida (7) Unipersonal (8) Fraternal

Familia 1 ( )
Familia 2 ( )
Familia 3 ( )

3. Ciclo vital de la Familia (1) Formación (2) Expansión (3) Escolar (4) Adolescente (5) Plataforma de Lanzamiento (6) Post Parental (7) Disolución

Familia 1 ( ) ( )
Familia 2 ( ) ( )
Familia 3 ( ) ( )

M. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Número de la Familia	4. Número de orden	5. Documento de identidad		6. Nombre completo		7.Parentesco	8. Fecha de nacimiento					9. Sexo	10. Población				11. Estado civil	12. Escolaridad			12.4 Analfabetismo	13. Posición ocupacional	14 SISBEN		al	15. Afiliación al SGSSS	
		5.1 Tipo	5.2 Número	6.1 Nombres	6.2 Apellidos	(1) Jefe (2) cónyuge o compañero(a) (3) hijos (4) Nietos (5) Padres (6) Hermanos (7) Yerno o nuera (8) Abuelos (9) Suegros (10) Tíos (11) Sobrinos (12) Primos (13) Cuñados (14) Otros parientes (15) servicio domestico (16) hijo servicio domestico (17) No parientes	Día	Mes	Año	8.1 Edad: Años cumplidos (Ir al N° 9)	8.1 Edad: Meses (Menores de un año)	(1) H (2) M	(1) Indígenas	(2) Afro-Colombianos	(3) Población Rom	(4) Otro	(1) Soltero(a) (2) Casado(a) (3) Unión Libre (4) Separado(a) (5) Viudo(a) (6) Divorciado	12.1 Actualmente estudiando (0) No (1) Si	12.2 Estado de escolaridad (1) Preescolar (2) Básica Primaria (3) Básica Secundaria (4) Media técnica - académica (5) Nivel Superior (6) Educación no formal (7) Ninguno (8) No aplica	12.3 Último grado aprobado	(1) Analfabeta funcional (2) Analfabeta absoluto (3) No Aplica	(1) Trabajador familiar sin remuneración (2) Obrero, empleado particular (3) Obrero, empleado del gobierno (4) Empleado doméstico (5) Trabajador por cuenta propia (6) Trabajador comunitario sin remuneración (7) Jornalero (8) Patrono o empleador (9) Desempleado (10) Pensionado (11) No aplica	14.1 Está encuestado (0) NO (1) SI	14.2 Nivel sisben		15.1 .Tipo de Afiliación (1) Subsidiado (2) Contributivo (3) No Asegurado (4) Otro Régimen	15.2 Nombre de la EPS
	1																										
	2																										
	3																										
	4																										
	5																										
	6																										
	7																										
	8																										
	9																										
	10																										
	11																										
	12																										
	13																										
	14																										
	15																										
	16																										
	17																										
	18																										
	19																										
	20																										

* Corresponde al jefe de la familia

N. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

Grupos de edad	0 -11 mes	1-4 años	5 A 6 Años	7 A 9 Años	10 A 11 Años	12 A 14 Años	15 A 17 Años	18 – 19Años
Número de la Familia								
16. Número de orden								
17. Consulta médica último año (0) No (1) Si								
18. Crecimiento y desarrollo (0) No (1) Si								
19. Evaluación nutricional: 19.1 Peso en Kg								
19.2 Estatura en Cm								
19.3 Índice de Masa Corporal (IMC) (1) Bajo peso (2) Normal (3) obesidad (4) En riesgo de obesidad o sobrepeso								
19.4 Signos de desnutrición (0) NO (1) SI								
19.5 Recibió lactancia materna (0) NO (1) SI								
19.6 Exclusivamente Nro. meses								
19.7 Recibió lactancia materna y alimentación complementaria Nro. meses								
19.8 Solo Alimentación Mes de Inicio								
20. Vacunación: Cumple con el esquema de vacunación de acuerdo a la edad (0) NO (1) SI (2) No Sabe								
21. Enfermedad diarreica aguda EDA en el semestre: (0) NO (1) SI								
Nro. Episodios								
Sabe su manejo: (0) No (1) Si								
22. Infección respiratoria aguda IRA en el semestre: (0) NO (1) SI								
Nro. Episodios								
Sabe su manejo: (0) No (1) Si								
23. Atención preventiva odontológica (0) NO (1) SI								
24. Toma de agudeza visual (0) NO (1) SI								
25. Planificación Familiar (0) NO (1) SI								
Método: (1) Anovulatorio oral (2) Dispositivo Intrauterino (3) Condón (4) Óvulos (5) Espermicidas (6) Métodos Naturales (7) Quirúrgico (8) Parches (9) Implantes (10) Inyectables								
26. Citología Cervico Uterina: 26.1 Se la ha realizado alguna vez (0) No (1) Si								
26.2 Fecha última citología: Mes								
Año								
26.3 Resultado (1) Normal (2) Alterado (3) No sabe								
27 autoexamen de mama: Ha recibido educación (0) No (1) Si								
Se lo realiza periódicamente (0) No (1) Si								
30 alteraciones del joven: Consulta de detección temprana de alteraciones (0) No (1) Si								
Le han realizado la prueba de hemoglobina (0) No (1) Si								
31. Discapacidad: (0) NO (1) SI								
Tipo: (1) Física								
(2) Cognitiva								
(3) Sensorial								
32. Morbilidad: (1) EPOC (2) Hipertensión (3) Diabetes (4) Dislipidemia (5) Cáncer (6) Otros (7) Ninguna En caso de contestar Ninguna pasar al a pregunta 34								
33. Recibió: (1) Atención tradicional o popular (2) Tratamiento médico convencional (3) Tratamiento con medicina alternativa (4) Seguimiento (5) Ninguno								

N. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

Grupos de edad	Número de la Familia	16. Número de orden	17 Consulta médica último año: (0) No (1) Si	19. Evaluación nutricional: 19.1 Peso en Kg	19.2 Estatura en Cm	19.3 Índice de Masa Corporal (IMC): (1) Sobrepeso (2) Normal (3) Bajo peso	19.4 Signos de desnutrición: (0) No (1) Si	20. Vacunación: Cumple con el esquema de vacunación de acuerdo a la edad (0) NO (1) SI (2) No Sabe	21. Enfermedad diarreica aguda EDA en el semestre: (0) NO (1) SI	(Nro. Episodios	Sabe su manejo (0) No (1) Si	22. Infección respiratoria aguda IRA en el semestre: (0) NO (1) SI	Nro. Episodios	Sabe su manejo (0) No (1) Si	23. Atención preventiva odontológica: (0) No (1) Si	24. Toma de agudeza visual: (0) NO (1) SI	25. Planificación Familiar: (0) NO (1) SI	Método: (1) Anovulatorio oral (2) Dispositivo Intrauterino (3) Condón (4) Óvulos (5) Espermicidas (6) Métodos Naturales (7) Quirúrgico (8) Parches (9) Implantes (10) Inyectables	26. Citología: 26.1Se la ha realizado alguna vez (0) No (1) Si	26.2 Fecha última citología: Mes	Año	26.3 Resultado: (1) Normal (2) Alterado (3) No sabe	27. auto-examen de mama: Ha recibido educación (0) No (1) Si	Se lo realiza periódicamente (0) No (1) Si	28 Mamografía: 28.1 Se la realiza cada dos años (0) No (1) Si	28.2 Fecha última mamografía: Mes	Año	28.3 Resultado: (1) Normal (2) Alterado (3) No sabe	29. Tamizaje de próstata: 29.1 Se realiza anualmente el examen (0) No (1) Si	29.2 Resultado: (1) Normal (2) Alterado (3) No sabe	30 alteraciones del joven: Consulta de detección temprana de alteraciones (0) No (1) Si	Le han realizado la prueba de hemoglobina (0) No (1) Si	31 Discapacidad: (0) NO (1) SI	Tipo: (1) Física (2) Cognitiva (3) sensorial	32. Morbilidad: (1) EPOC (2) Hipertensión (3) Diabetes (4) Dislipidemia (5) Cáncer (6) Otros (7) Ninguno	33. Recibió: (1) Atención tradicional o popular (2) Tratamiento médico convencional (3) Tratamiento con medicina alternativa (4) Seguimiento (5) Ninguno
20 – 24 años																																										
25 -29 años																																										
30 -39 años																																										
40 - 44 años																																										
45 – 49 años																																										
50 - 59 años																																										
60-69																																										
70 +																																										

34. CANALIZACIÓN A LOS SERVICIOS													
SERVICIO	Si	NO	34.1 Número de orden del o los integrantes que han sido canalizados					34.2 Fecha de Asistencia			34.3 Fecha de atención		
								Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Consulta Médica General													
Consulta Odontológica													
Vacunación													
Crecimiento y Desarrollo													
Centro de Recuperación Nutricional													
Programa Salud Oral													
Alteraciones del Joven													
Red de Infancia Adolescencia													
Toma de Agudeza Visual													
Planificación Familiar													
Control Prenatal													
Citología Cérvico Uterina													
Programa Hipertensión													
Programa Diabetes Mellitus													
Tamizaje de Próstata													
Programa del Adulto Mayor													
Programa de Discapacidad													
AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia)													
MANA (Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia)													
SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales de Programas Sociales)													
Aseguramiento SGSSS													
Acción Social													
Personería													
Programa de Vivienda													
Bienestar Familiar													
Comisaría de Familia													
UMATA													
Registraduría													
Notaría													
Otro/Cuál_____													

O. GESTACIÓN PARTO Y POSTPARTO																															
35. Nº de orden	36. Nº de la Familia	37. Fecha parto anterior			38. Edad gestacional		39. Fecha última menstruación				40. En control prenatal		41. Riesgo	42. Fecha probable de parto				43. Esquema de vacunación	44. Examen VDRL 1ra Muestra	45. Examen VDRL 2da Muestra	46. Examen VIH	47. Terminación del embarazo							48. Recién nacido
																						47.1 Fecha de parto			47.2 Lugar de atención	47.3 Persona que lo atendió	47.4 Forma en que terminó		
		Día	Mes	Año	(Semanas)	Sin Dato	Día	Mes	Año	Sin Dato	(1) SI (0) NO	Trimestre en el que ingresó 1, 2 ó 3	(1) Alto (2) Bajo	Día	Mes	Año	Sin Dato	(0) NO (1) SI	(0) NO (1) SI	(0) NO (1) SI	(0) NO (1) SI	Día	Mes	Año	(1) Institución (2) Casa	(1) Médico (2) Enfermera (3) Auxiliar (4) Partera	(1) PVE (2) Cesárea (3) Fórceps (4) Aborto	(1) Sano (2) Enfermo (3) Muerto	

P. PROCESOS DE RIESGO RESPECTO A LA SALUD MENTAL	FAMILIA 1		Número de orden del o los integrantes que han presentado esta situación					FAMILIA 2		Número de orden del o los integrantes que han presentado esta situación					FAMILIA 3		Número de orden del o los integrantes que han presentado esta situación				
49. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA:	Si	NO						Si	NO						Si	NO					
49.1 Consume (regularmente) alcohol u otras sustancias psicoactivas																					
49.2 Han tenido situaciones problemáticas que terminaron en hechos violentos																					
49.3 Considera que puede superar los obstáculos que la vida le pone.																					
49.4 Ha intentado o ha pensado en acabar con su propia vida																					
49.5 Ha sufrido algún problema emocional, mental o de los nervios																					
49.6 Se siente cansado, sin fuerzas o con deseos de no levantase de la cama																					

Q. DESARROLLO HUMANO

50. NECESIDADES	SATISFACTORES	FAMILIA 1			FAMILIA 2			FAMILIA 3		
		Si	NO	NA	Si	NO	NA	Si	NO	NA
50.1 SUBSISTENCIA	Las dificultades de los miembros de la familia se afrontan solidariamente									
	Los miembros de la familia consumen alimentos suficientes y de variedad.									
	La familia habita en vivienda segura, higiénica, cómoda y ofrece privacidad.									
	Existe en la familia un proyecto de vida									
	Los alimentos se preparan teniendo en cuenta las edades y gustos de los Integrantes de la familia.									
	La familia se siente satisfecha y segura en el lugar de residencia.									
	Los ingresos de la familia son suficientes para cubrir los gastos de manutención									
	Las personas adultas aportan equitativamente al sostenimiento del hogar									
	Otros satisfactores que reconoce la familia:									
50.2 PROTECCIÓN	Los integrantes de la familia son conscientes y aceptan las actividades que protegen su salud.									
	Los miembros de la familia sienten motivación por la educación en salud									
	Los integrantes de la familia tienen conocimientos sobre los deberes y derechos como ciudadanos.									
	Los menores de un año reciben lactancia materna									
	Los menores de edad participan en actividades acordes para su edad									
	Los integrantes de la familia tienen acceso al transporte									
	Los integrantes de la familia realizan acciones preventivas de las enfermedades, accidentes y/o agresiones.									
	Los miembros de la familia defienden y protegen la vida por encima de todo									
	La madre y el padre asumen su rol con responsabilidad									
	Los integrantes de la familia tienen cuidado de la vivienda									
	Los niños, niñas, jóvenes, ancianos y discapacitados reciben atención por parte de los demás integrantes de la familia									
	Los integrantes de la familia tienen acceso a los servicios de salud									
	Los integrantes de la familia tienen acceso a la educación									
	Otros satisfactores que reconoce la familia:									

NECESIDADES	SATISFACTORES	FAMILIA 1			FAMILIA 2			FAMILIA 3		
		Si	NO	NA	Si	NO	NA	Si	NO	NA
50.3 AFECTO	La sexualidad es un tema que se puede conversar abiertamente entre los integrantes de la familia									
	Las familias mantienen relaciones autónomas									
	Los niños son cuidados con esmero por los adultos									
	Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida familiar									
	La familia se demuestra el cariño que nos tenemos									
	En nuestra casa predomina la armonía									
	Otros satisfactores que reconoce la familia:									
50.4 ENTENDIMIENTO	La familia se expresa sin insinuaciones, en forma clara y directa									
	La familia puede aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos									
	La familia toma en consideración las expresiones de otras familias ante situaciones difíciles									
	Cuando alguno miembro de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan									
	La familia puede conversar diversos temas sin temor									
	Los integrantes de la familia toman decisiones acordadas para cosas importantes de la familia									
	Otros satisfactores que reconoce la familia:									
50.5 PARTICIPACIÓN	Algún(os) miembro(s) de la familia participan activamente en redes sociales de la comunidad									
	Los miembros de la familia ejercen sus derechos y deberes en salud									
	La familia tiene conocimientos sobre los problemas de salud comunitarios									
	Los miembros de la familia respetan participan en la toma de decisiones comunitarias									
	Los miembros de la familia respetan las decisiones tomadas en consenso familiar o social									
	La familia cuida los animales domésticos									
	Otros satisfactores que reconoce la familia:									

NECESIDADES	SATISFACTORES	FAMILIA 1			FAMILIA 2			FAMILIA 3		
		SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
50.6 OCIO	Las personas adultas se sienten satisfechos con su ocupación									
	La familia dispone de espacios para la recreación y el esparcimiento									
	La familia realiza fiestas, rituales reuniones o celebraciones especiales.									
	Los miembros de la familia practican deportes o actividades físicas									
	Comparten en familia, el tiempo libre.									
	Otros satisfactores que reconoce la familia:									
50.7 CREACIÓN	Los integrantes de la familia son curiosos, buscan alternativas para afrontar las circunstancias de la vida.									
	Los integrantes de la familia poseen habilidades especiales tales como: música, danza, manualidades, pintura, poesía, escritura, teatro.									
	La familia ha diseñado artefactos para resolver sus necesidades o como hobby.									
	Los integrantes de la familia participan en espacios, agrupaciones o talleres artísticos, literarios, o investigativos.									
	Otros satisfactores que reconoce la familia:									
50.8 IDENTIDAD	Los miembros de la familia se sienten cómodos y aceptan el lugar que ocupan dentro de ella.									
	Los miembros de la familia tienen asignadas las funciones de acuerdo a sus roles.									
	La familia comparte con sus vecinos en las actividades que se requieren para el bien común.									
	Otros satisfactores que reconoce la familia:									
50.9 LIBERTAD	Los miembros de la familia son autónomos para tomar sus propias decisiones.									
	Los miembros de la familia pueden manifestar sus discrepancias sobre las decisiones familiares.									
	Los miembros de la familia participan por voluntad propia en las rutinas familiares.									
	Los miembros de la familia tienen la posibilidad de expresar directa y con claridad lo que piensan.									
	Los miembros de la familia pueden desplazarse por el territorio con seguridad.									
	Otros satisfactores que reconoce la familia:									

R. FUNCIONALIDAD FAMILIAR / AFECTO		FAMILIA 1				
Nro.	PREGUNTA	Casi Siempre	Muchas Veces	A Veces	Pocas Veces	Casi Nunca
1	Se toman decisiones acordadas para cosas importantes de la familia	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
2	En mi casa predomina la armonía	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
3	En mi casa cada uno cumple las responsabilidades	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida familiar	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
5	Nos expresamos sin insinuaciones, en forma clara y directa	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
7	Tomamos en consideración las expresiones de otras familias ante situaciones difíciles	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
9	Se distribuyen las tareas de manera que nadie esté sobrecargado	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
11	Podemos conversar diversos temas sin temor	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respectados por el núcleo familiar	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
		TOTAL: _____		LA FAMILIA ES: _____		

FAMILIA 2				
Casi Siempre	Muchas Veces	A Veces	Pocas Veces	Casi Nunca
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
TOTAL: _____		LA FAMILIA ES: _____		

FAMILIA 3				
Casi Siempre	Muchas Veces	A Veces	Pocas Veces	Casi Nunca
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
TOTAL: _____		LA FAMILIA ES: _____		

(Adaptado de: Formato de funcionamiento Familiar FF-SIL Instrumento Cubano)

NO APLICA PARA FAMILIAS UNIPERSONALES

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA SEGÚN EL RANGO	
Funcional	70 - 57
Moderadamente funcional	56 -43
Disfuncional	42 -28
Severamente disfuncional	27 – 14

S. INTERVENCIÓN FAMILIAR								
52. PLAN DE ACCION								
VISITA	52.1 ACCIONES DE CUIDADO CON LA FAMILIA				52.2 COMPROMISOS			52.3 SEGUIMIENTO
	Familia	Fecha	Proceso de riesgo	Actividades realizadas	La familia se compromete a:	Responsables	Fecha de cumplimiento	Fecha
1								
2								

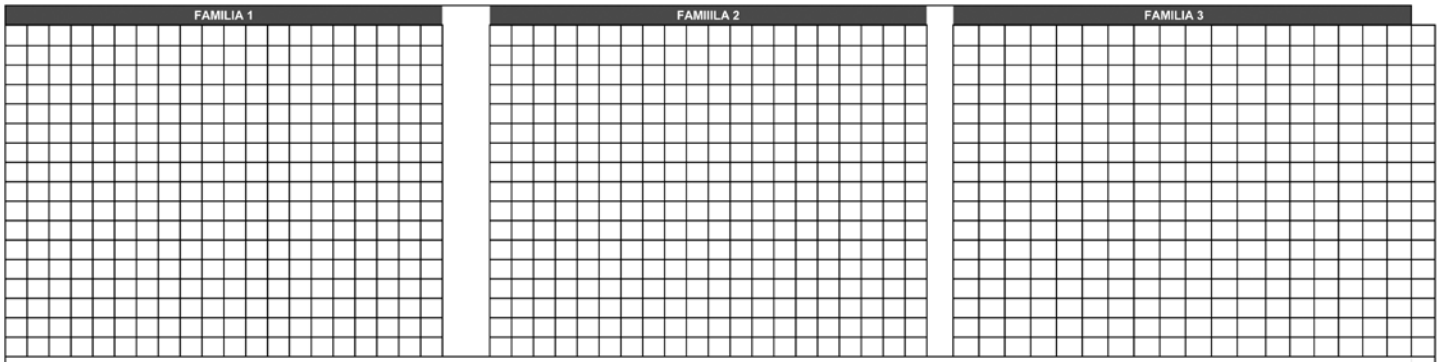
52. PLAN DE ACCION									
VISITA	52.1 ACCIONES DE CUIDADO CON LA FAMILIA				52.2 COMPROMISOS			52.3 SEGUIMIENTO	
	Familia	Fecha	Proceso de riesgo	Actividades realizadas	La familia se compromete a:	Responsables	Fecha de cumplimiento	Fecha	
3									
4									

52. 4 NOMBRE Y CARGO DE QUIEN DILIGENCIÓ LA HISTORIA:

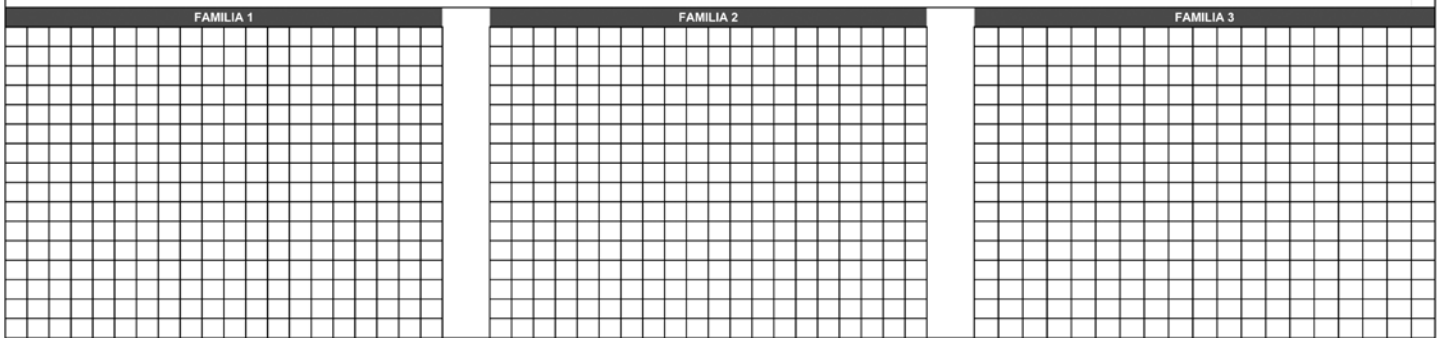
Visita 1: _____, _____ Visita 2: _____ _____

Visita 3: _____, _____ Visita 4: _____ _____

53. FAMILIOGRAMA



54. ECOMAPA



Anexo 10

Sistema de información atención primaria en salud —SIMAPS—

Guía para la aplicación del instrumento (anexo 9)

Presentación

El modelo de atención primaria en salud —APS— en el departamento de Antioquia se concibe como un modelo de promoción de la salud en el entorno familiar que busca articular acciones de orden inter- e intrasectoriales en todo el municipio de tal forma que incidan en el bienestar y la calidad de vida de las Familias y en el desarrollo humano y social sostenible, incluyente y territorialmente equilibrado.

Dicho modelo propone para su aplicación cinco momentos apoyados en el levantamiento de procesos que fortalecen la ejecución de la estrategia dentro de los municipios de una forma secuencial, organizada, ágil y dinámica. En general los momentos expresan.

Momento 1. El aprestamiento, describe el proceso en el cual el municipio se prepara para acoger el modelo dentro de las estrategias de intervención, contempla la sensibilización de la Administración municipal, la inclusión en los planes de Acción y la selección del talento humano según los perfiles definidos por la estrategia.

Momento 2. Se denomina diagnóstico, contempla el trabajo desde el momento de sensibilización en la comunidad hasta el trabajo de campo realizado con el instrumento de recolección de la información.

Momento 3. Reflexivo y analítico, cuenta con períodos que se ajustan a las etapas de análisis estadístico, validación y priorización con las familias, ya que el modelo consigna el trabajo a la luz de las comunidades, con la participación activa.

Momento 4. Conciliación y acuerdos, consolida la información municipal, la cual se socializa ante las directivas municipales quienes son los encargados de tomar decisiones y se concretan acuerdos.

Momento 5. Planeación, apunta a la formulación, gestión y evaluación de los proyectos que den respuestas a las necesidades de las comunidades las cuales fueron abordadas a través de la estrategia y son planteados y ejecutados conforme a los acuerdos asumidos por los entes municipales.

El instructivo tiene como propósito estandarizar la manera como el equipo APS municipal recolecta los datos e información de manera clara, concisa y precisa en la historia familiar, la cual desde la ética de la información y basados en un proceso investigativo en salud, debe efectuarse según normas ético-legales, científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el Sistema, según estipulado por el Ministerio de Protección Social.

En este sentido, el talento humano de APS, debe contemplar los lineamientos que se establecen en la Resolución 8430 de 1993 (182) , puesto que este proceso involucra grupos de seres humanos; por consiguiente, se debe desarrollar el consentimiento informado tal como se dispone en los artículos 14, 15 y 16 de la resolución mencionada, el cual garantizará la responsabilidad en el manejo de la información y se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice, además, debe contemplarse algunos apartes de la Resolución 1995 de 1999 (183), donde se dan lineamientos para el manejo de la historia clínica, los cuales pueden ser homologados ya que el modelo de APS contempla información clínica confidencial.

Identificación de la vivienda

Formulario N. Número asignado por el *software* a la ficha de historia familiar, el cual se compone de doce dígitos y deberá ser escrito en la parte superior derecha de la ficha. En números arábigos —0, 1, 2, 3, etc.— Se diligenciarán de la siguiente manera.

- Al código de la región. se le asignará un dígito.
- Al código del municipio. se le asignará tres dígitos.
- Al código de la vereda. se le asignará tres dígitos.
- Al consecutivo. se le asignará cinco dígitos.

Familia N. Este espacio es de uso del digitador, es este se escribe el código que le sea asignado por el *software* en el momento de digitar la historia familiar.

Vivienda N. Es el número que el promotor de vida asigna a la vivienda de acuerdo al croquis elaborado por éste para su unidad de cobertura. En números arábigos —0, 1, 2,3 etc.— De obligatorio diligenciamiento.

Número de familias que habitan la vivienda. Teniendo en cuenta la dinámica familiar y la tipología familiar (184) colocar el número total de familias que habitan la vivienda. En números arábigos —0, 1, 2,3, etc.— De obligatorio diligenciamiento.

Fecha de apertura de la ficha (aaaa/mm/dd) corresponde al año, mes y día en que se realiza visita, colocar la fecha en números arábigos —0, 1, 2,3 etc.— utilizando los dígitos especificados. No puede ser posterior a la fecha actual. De obligatorio diligenciamiento.

Localización de la vivienda

1. Municipio. Nombre completo del municipio al cual corresponde la vivienda visitada. De obligatorio diligenciamiento.
2. Corregimiento. Nombre completo del corregimiento al cual corresponde la vivienda visitada.
3. Vereda. Nombre completo de la vereda a la cual corresponde la vivienda visitada.
4. Barrio. Nombre completo del barrio al cual corresponde la vivienda visitada.
5. Zona de ubicación. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

   5.1 Urbano. Si la vivienda se encuentra localizada sobre el casco urbano el cual se identifica por calles, carreras, entre otras.

   5.2 Rural. Si la vivienda se encuentra ubicada fuera del perímetro urbano y cuya dirección se encuentra identificada por el nombre de la zona.
6. Dirección. Escribir en números arábigos —1, 2,3, etc.— la nomenclatura completa con la cual se identifica la vivienda. En el caso de no tener nomenclatura, las viviendas se identifican con el número del contador o por algún punto de referencia.
7. Teléfono. Es el número telefónico de la vivienda ya sea fijo o móvil, si no tiene teléfono, se puede referir el número telefónico de un vecino o un pariente cercano.
8. Distancia en minutos a la cabecera municipal más cercana. Anotar el tiempo (en minutos) necesario para el desplazamiento desde la vivienda hasta llegar a la cabecera municipal (parque principal del municipio).
9. Medio de transporte. Combinación de redes de vehículos y operaciones que sirven para movilizar una persona de un lugar a otro (185), marque el medio de transporte utilizado para trasladarse de la vivienda hacia la cabecera municipal. Escriba una de las siguientes opciones según el tiempo marcado en la pregunta anterior.

   9.1 Caminando

   9.2 Carro

9.3 Bestia

9.4 Motocicleta

9.5 Canoa/Planchón

9.6 Teleférico

9.7 Garrucha

9.8 Carro-Caminando

9.9 Carro-Bestia

9.10 Caminando-Bestia

9.11 Carro, Bestia y caminando

9.12 Carro-Garrucha

9.13 Carro-Teleférico

9.14 Canoa/Planchón-Bestia

9.15 Canoa/Planchón-Caminando

Características de la vivienda

La vivienda es un refugio para nuestra intimidad y para construir nuestra vida en familia (186); constituye el sitio de residencia habitual de los habitantes que conforman el grupo familiar (u hogar) objeto de la información a recopilar.

Recuerde que se puede seleccionar solo una opción y todas las preguntas son de obligatorio diligenciamiento.

10. Tipo. Escriba en el espacio, el número que corresponde al tipo de vivienda que habita la familia de acuerdo a los siguientes criterios.

    10.1 Casa. Vivienda construida por el hombre que se compone generalmente de los siguientes elementos. baño, cocina, corredor, dormitorios, sala, lavandería y terraza y/o patio. Una casa tiene generalmente por lo menos una entrada o más, normalmente en la forma de una puerta o un portal (187).

    10.2 Apartamento. Vivienda generalmente pequeña, que forma parte de un edificio, en el que hay otras similares. Un apartamento consta de una o dos habitaciones, tiene una cocina y cuarto de baño (188).

    10.3 Tambo. Choza construida en guadua o palma, especifica de comunidades indígenas (189).

10.4 Inquilinato. Edificación con una entrada común desde la calle, que aloja tres o más hogares que comparten los servicios públicos domiciliarios y los servicios sanitarios (190).

10.5 Tugurio rancho. Conjunto de viviendas precarias que están agrupadas geográficamente, se refieren al poblamiento espontáneo, muchas veces irregular, producto de tomas o invasiones de terrenos o a la erradicación de cierto sector de la población (191), por lo general pequeña y pobre, que cuenta con servicios básicos inadecuados. (se recomienda utilizar la palabra "rancho" en vez de "tugurio", ya que esta primera puede ser un poco fuerte y ofensiva).

10.6. Pieza. Cualquiera de las habitaciones de una casa destinada para la vivienda.

11. Estado. Escriba en el espacio el número que corresponde a las características generales de la vivienda.

11.1 Bueno. Si la vivienda tiene el piso, las paredes y el techo en buen estado.

11.2 Malo. Si el piso, las paredes o el techo se encuentran deteriorados.

11.3 Regular. Si el piso, las paredes o el techo no se encuentran ni en bueno ni mal estado.

12. La vivienda es. Indica si los habitantes de la vivienda son propietarios o no de la vivienda. Escriba en el espacio el número que corresponde según sea el caso.

12.1 Propia. Cuando quien la habita es dueño de la propiedad.

12.2 Arrendada. Cuando los habitantes no son los dueños de la propiedad y pagan un dinero por el uso de la vivienda.

12.3 Prestada. Si la vivienda ha sido asignada para habitarla un tiempo, con la condición de que deberá ser devuelta y sin pagar por el uso de ésta.

12.4 Otro ¿Cuál? Escriba el nombre de la tendencia de la propiedad, que debe ser diferente a las opciones ofrecidas anteriormente, solo si seleccionó la opción "otros".

13. Usos de la vivienda. Hace referencia a la(s) actividad(es) para la(s) cual(es) está destinada la vivienda.

13.1 Familiar. Escriba en el espacio el número de esta opción si la vivienda sólo se utiliza para que la familia habite en ella.

13.2 Comercial. Escriba en el espacio el número de esta opción si adicionalmente al uso familiar que se le da a la vivienda, en ésta, también se realiza una actividad comercial.

¿Cuál? Si se seleccionó la opción comercial, especifique el nombre de la actividad que se realiza.

14. Tipo de alumbrado. Indica el recurso que se utiliza en la vivienda para iluminarla.

14.1 Material Combustible. Escriba en el espacio el número de esta opción si la vivienda utiliza queroseno, petróleo, velas o gasolina.

14.2 Electricidad. Escriba en el espacio el número de esta opción si la vivienda cuenta con el servicio de energía eléctrica.

Materiales de la vivienda

Recuerde que solo se puede seleccionar una opción y todas las preguntas son de obligatorio diligenciamiento.

15. Pisos. Hace referencia al material en el que está construido el piso de la vivienda. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones.

15.1 Tierra.

15.2 Madera.

15.3 Baldosa.

15.4 Cemento.

15.5 Otros ¿Cuáles? Escriba el nombre del material del piso de la vivienda este debe ser diferente a las opciones ofrecidas anteriormente, solo si seleccionó la opción “otros”.

16. Paredes. Indica el material en que están construidas las paredes de la vivienda. Escriba en el espacio el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

16.1 Tapia. Pared construida de una sola vez con tierra amasada.

16.2 Bahareque. Pared de palos entretejidos con cañas y barro.

16.3 Madera.

16.4 Ladrillo/bloque.

16.5 Plástico.

16.6 Cartón.

16.7 Otros ¿Cuáles? Escriba el nombre de los material de las paredes de la vivienda estos deben ser diferentes a las opciones ofrecidas anteriormente, solo si seleccionó la opción "otros".

17. Elementos y dispositivos eléctricos. Escriba en la casilla el número uno —1— si en la vivienda existen elementos y dispositivos eléctricos. De lo contrario escriba el cero —0— y continué con la pregunta 18.

17.1 Están debidamente aislados. Escriba en la casilla el número uno —1— si los elementos y dispositivos eléctricos de la vivienda están debidamente aislados. De lo contrario escriba el número cero —0—.

17.2 Pueden generar cortos circuitos o incendios. Escriba en la casilla el número cero —0—, si los elementos y dispositivos eléctricos de la vivienda están en buenas condiciones, de manera que no representa riesgo de generar algún accidente, como cortos circuitos o incendios. De lo contrario escriba el número uno —1—.

18. Techo. Indica el material en que está construido el techo de la vivienda. Escriba en el espacio en blanco el número que corresponda a una de las siguientes opciones. En caso que exista más de una opción, señale la que ofrezca un mayor predominio.

18.1 Teja de Barro.

18.2 Teja Plástica.

18.3 Cemento.

18.4 Zinc.

18.5 Eternit.

18.6 Palma/Paja.

18.7 Cartón.

18.8 Plástico.

18.9 Otros ¿Cuál? Escriba el nombre de los materiales del techo de la vivienda estos deben ser diferentes a las opciones ofrecidas anteriormente, solo si seleccionó la opción "otros".

Fuentes de agua

Recuerde que solo se puede seleccionar una opción y todas las preguntas son de obligatorio diligenciamiento.

19. Tipo de fuente. Indica la fuente de suministro del agua que se consume en la vivienda. Escriba en el espacio el número que corresponde según sea el caso.

    19.1 Superficial

    19.2 Subterránea, Pozo

    19.3 Acueducto

En caso de escoger la opción subterránea (pozo) pasar a la pregunta N. 21 y en caso de escoger la opción Acueducto pasar a la pregunta N. 22.

20. Fuente de agua superficial. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones.

    20. 1 Agua lluvia. Son las aguas que se recogen en recipientes y provienen de la lluvia.

    20.2 Río/Caño. El agua es obtenida directamente del río o caño.

    20.3. Laguna. Estanque de agua que se genera de forma natural.

21. Estado de la fuente. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones.

    21. 1 Descontaminada. Si la fuente de agua está libre de agentes contaminantes (plaguicidas, excrementos, basuras entre otros) y si tiene un procedimiento físico o químico y así puede ser considerada como potable.

    21. 2 Contaminada. Cuando el agua está contaminada con agentes contaminantes (desperdicios humanos, animales, productos químicos, industriales, hojas insectos, polvo) y se vuelve inapta para beber y para usos diversos.

    21. 3 En riesgo de contaminación. Si la fuente de agua está cerca de fuentes de contaminación.

Abasto agua

Recuerde que solo se puede seleccionar una opción y todas las preguntas son de obligatorio diligenciamiento.

22. Conexión acueducto. Indica la forma en que llega el servicio de agua a la vivienda. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones.

22. 1Intradomiciliaria. Si el agua llega hasta la cocina y/o el servicio sanitario de la vivienda.

22. 2 Extradomiciliaria. Si el agua solo llega hasta el patio o a una zona externa a la casa o a la habitación.

Consumo del agua

Recuerde que solo se puede seleccionar una opción y todas las preguntas son de obligatorio diligenciamiento.

23. Calidad (192) Indica si el suministro de agua que llega a la vivienda es de buena calidad. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones.

    23. 1 Potable. Agua sometida a procesos físicos-químicos de potabilización y que es apta para el consumo humano.

    23. 2 No potable. Agua sin tratamiento

    23. 3 Desconocida. No se conoce la condición del agua

24. Tipo de tratamiento. Es el tratamiento tipo físico, químico o biológico previo que se le da al agua que es empleada para el consumo y preparación de alimentos. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones.

    24.1 Hervida. Agua sometida a proceso de ebullición y a partir de este proceso pasaron como mínimo 10 minutos.

    24.2 Sin hervir. Agua que no se somete al proceso de ebullición.

    24.3 Filtrada. Agua que pasa por proceso de filtro natural.

    24.4 Desinfectada. Agua que pasa por un medio químico (cloro, ozono), con el fin de disminuir la cantidad de gérmenes.

Excretas

Recuerde que solo se puede seleccionar una opción y todas las preguntas son de obligatorio diligenciamiento.

25. Artefacto excretas (193). Es el implemento en el cual se realiza la disposición final de las excretas. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones.

    25.1 Inodoro. Artefacto provisto de taza y tanque de agua.

25.2 Taza sanitaria. Artefacto provisto de un recipiente recolector que requiere ser vaciado con agua externa.

25.3 Letrina. Recipiente de cemento que va directamente al sumidero o tierra.

25.4 Ninguno. La vivienda carece de artefacto para la disposición final de excretas.

26. Disposición final. Indica el modo en que son evacuados los residuos orgánicos producidos en la vivienda (excretas). Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones.

26.1. Alcantarillado. Sistema de recolección de aguas servidas (aguas utilizadas o producto de los servicios sanitarios, cocinas o lavamanos) que van a través de tuberías Intradomiciliaria y extradomiciliarios.

26.2 Sumidero. Pozo en la tierra que recibe las aguas de los servicios sanitarios, y cubierto con cemento o madera y con tubo para la ventilación de gases.

26.3 Pozo séptico. Es construido por cemento, ladrillo o fibra de vidrio, como un tanque que tiene varios compartimientos para la separación de los elementos sólidos y líquidos de las aguas servidas (aguas utilizadas o producto de los servicios sanitarios, cocinas o lavamanos), y allí puede ir todas las aguas provenientes de la vivienda.

26.4 Campo abierto. Las aguas servidas (aguas utilizadas o producto de los servicios sanitarios, cocinas o lavamanos) dispuesta al aire libre.

Aguas grises

Recuerde que puede seleccionar una ó varias opciones y todas las preguntas son de obligatorio diligenciamiento.

27. Disposición final. Indica el modo en que son evacuados los residuos líquidos (aguas utilizadas o producto de cocinas, lavamanos, duchas o posetas) producidos en la vivienda. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones.

27.1 Alcantarillado. Sistema de recolección de aguas servidas que van a través de tuberías intradomiciliaria y extradomiciliarios.

27.2 Sumidero. Pozo en la tierra que recibe las aguas de los servicios sanitarios, y cubierto con cemento o madera y con tubo para la ventilación de gases.

27.3 Pozo séptico. Es construido por cemento, ladrillo o fibra de vidrio, como un tanque que tiene varios compartimientos para la separación de los elementos sólidos y líquidos de las aguas servidas (aguas utilizadas o producto de los servicios sanitarios, cocinas o lavamanos), y allí puede ir todas las aguas provenientes de la vivienda.

27.4 A campo abierto. Las aguas servidas dispuestas al aire libre.

28. Artefacto. Es el implemento con el cual se realiza la disposición las aguas grises. Escriba el número correspondiente de la(s) opción(es) pertinentes, separe cada numero con una coma.

28. 1 Lavadero. Sitio utilizado para el lavado de las ropas, traperos y otros utensilios.

28. 2 Lavaplatos. Usualmente ubicado en la cocina para el lavado de la loza y alimentos.

28. 3 Lavamanos. Ubicado dentro o cerca de los servicios sanitarios para el lavado de las manos y los dientes.

28. 4 Ninguno. Lugar de donde proviene el agua a utilizar.

Basuras

Recuerde que solo se puede seleccionar una opción y todas las preguntas son de obligatorio diligenciamiento.

29. Recolección en vivienda. Identificar y verificar como se hace la recolección de las basuras dentro de la vivienda. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones de recolección de basuras; se debe educar a la familia haciéndole saber que la forma más adecuada de recolección de basuras es en vasija con tapa y en bolsas y separadas.

29. 1 Vasija con tapa. Si el recipiente en donde se depositan las basuras tiene tapa.

29. 2 Vasija sin tapa. Si el recipiente en donde se depositan las basuras no tiene tapa.

29. 3 Bolsa. Utilización de bolsa para la disposición de las basuras.

29. 4 Pisos. Si las basuras de la vivienda están dispuestas en el piso.

30. Realiza separación. Escriba en la casilla el número uno —1— cuando en la vivienda se hace separación de las basuras o desechos orgánicos (restos de

alimentos, papel, cartón y estiércol) e inorgánicos (el vidrio, plásticos, metales, y otros materiales). De lo contrario escriba el cero —0—. Si marcó la opción No, proceda a diligenciar el numeral 32.

31. Realiza. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones, si la familia realiza las dos acciones marque ambas separando el número con una coma.

    31.1 Compostaje (194). La descomposición biológica aeróbica de residuos orgánicos en condiciones controladas

    31.2 Reciclaje (195). Si la familia tiene la cultura de separar las basuras y además, estas posteriormente se someten a un proceso de reciclaje.

32. Disposición final. Se refiere al modo en que son evacuados los residuos sólidos producidos en la vivienda. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones. En caso de que exista más de una opción, señale la de más frecuencia.

    32.1 Relleno sanitario. Si la comunidad cuenta con un relleno sanitario en una zona ubicada y delimitada.

    32.2 Campo abierto. Si la familia deposita o deja las basuras al aire libre.

    32.3 Quemada. Si la familia quema las basuras en un lugar específico.

    32.4 Enterrada. Si la familia entierra las basuras.

    32.5 Río/Quebrada. Si las basuras son depositadas en el río o la quebrada de la localidad.

    32.6 Otro ¿Cuál?. Escriba el nombre de la disposición final; esta debe ser diferente a las opciones ofrecidas anteriormente, solo si seleccionó la opción "otros".

Condiciones que ofrece la vivienda desde la estructura física y la ubicación

En los siguientes numerales responda de acuerdo a su valoración y apreciación de la estructura física de la vivienda. Escriba en el espacio el número que corresponda a cada una de las siguientes opciones.

33. Hacinamiento. Escriba en la casilla el uno —1—, si en la vivienda se tienen cuatro o más personas por habitación y las habitaciones sin ventilar, de lo contrario marque cero —0—.

34. Buen estado higiénico. Escriba en la casilla el uno —1—, si la vivienda cuenta con los techos, paredes, y pisos limpios, la disposición de basuras es adecuada,

la casa es limpia y libre de presencia de animales. Si no se cumple la mayoría de estos criterios escriba el cero —0—.

35. Roedores e insectos. Escriba en la casilla el uno —1—, si existe la presencia o no de este tipo de animales. De lo contrario escriba el cero —0—.

36. Iluminación adecuada. Escriba en la casilla el uno —1—, si las habitaciones y espacios al interior de la vivienda permite iluminación natural. De lo contrario escriba el cero —0—.

37. Ventilación adecuada. Escriba en la casilla el uno —1—, en caso de que las habitaciones y espacios al interior de la vivienda permitan ventilación de forma natural. De lo contrario escriba el cero —0—.

38. Espacios para la convivencia. Escriba en la casilla el uno —1—, si la vivienda cuente con espacios definidos y utilizados para la integración familiar como es el caso del comedor, la sala y las demás espacios comunes. De lo contrario escriba el cero —0—.

39. Diseño y estructuras adecuadas. Escriba en la casilla el uno —1—, si la vivienda tiene adecuada distribución espacial que le permite optimizar los espacios dentro de la vivienda. De lo contrario escriba el cero —0—.

40. Servicios básicos de buena calidad. Escriba en la casilla el uno —1—, si la vivienda se cuenta con los servicios públicos básicos de buena calidad. De lo contrario escriba el cero —0—.

41. Construida en terreno geológicamente estable. Escriba en la casilla el uno —1—, si existen medidas mínimas que dan cuenta sobre la protección de la vivienda en relación a riesgos como derrumbes, inundaciones por desbordamiento de ríos o quebradas entre otros. De lo contrario escriba el cero —0—.

42. Cocina. Escriba en la casilla el número uno —1—, si la vivienda cuenta con cocina. De lo contrario escriba el cero —0— y continúe con la pregunta N. 43.

42.1Independiente de las habitaciones. Escriba en la casilla el uno —1—, si la cocina está ubicada en un espacio delimitado y diferente a las habitaciones de la casa. De lo contrario escriba el cero —0—.

42.2 Buenas condiciones higiénico-sanitarias. Escriba en la casilla el uno —1—, si el aspecto de la zona destinada a la cocina, tiene las normas mínimas de higiene y se observa un adecuado manejo de los alimentos. De lo contrario escriba el cero —0—.

42.3 Fogones a gas. Escriba en la casilla el uno —1—, si se consume alimentos procesados en fogones a gas. De lo contrario escriba el cero —0—.

42.4 Fogones eléctricos. Escriba en la casilla el uno —1—, si se utilizan fogones convencionales que requieren de energía eléctrica para su uso. De lo contrario escriba el cero —0—.

42.5 Fogones abiertos que queman combustible. Escriba en la casilla el uno —1—, si para la preparación de alimentos se emplean fogones ubicados dentro o fuera de las viviendas los cuales utilizan combustible (gasolina, petróleo, alcohol, entre otros). De lo contrario escriba el cero —0—.

42.6 Fogones de leña o carbón. Escriba en la casilla el uno —1—, si para la preparación de alimentos se emplean fogones ubicados dentro o fuera de las viviendas con leña o carbón.

43. Convivencia con animales domésticos dentro de la vivienda. Cuando la familia convive con animales y ellos no tienen corral escriba en la casilla el uno —1—. De lo contrario escriba el cero —0— y remitirse a diligenciar las características generales de la familia.

Escriba en la casilla el uno —1— en caso que el tipo de animal conviva con la familia y en el espacio ingrese el número de estos. De lo contrario escriba el cero —0—. Es posible seleccionar varias opciones. Además, escriba el número de animales que estén vacunados.

43.1 Perros

¿Cuántos?

¿Cuántos perros Vacunados?

43.2 Gatos

¿Cuántos?

¿Cuántos gatos Vacunados?

43.3 Cerdos

¿Cuántos?

¿Cuántos cerdos vacunados?

43.4 Gallinas

¿Cuántas?

¿Cuántas gallinas vacunadas?

43.5 Otros animales. Escriba en la casilla el uno —1— cuando la familia cohabita con otro tipo de animal que no se encuentra en la lista anterior. De lo contrario escriba el cero —0—.

¿Cuántos vacunados?. Escriba el número de estos animales que se encuentran vacunados.

¿Cuáles?. Escriba el tipo de animal y la cantidad.

Características generales de la familia

Apellidos. En caso de encontrar en una vivienda más de una familia diferenciarlas según sus apellidos de la siguiente manera.

Apellidos Familia 1

Apellidos Familia 2

Apellidos Familia 3

1. La familia está en situación de. Para cada familia se define la situación en la que se encuentra; en caso de que algunos miembros de la familia este en otro tipo de situación, se define la que predomine en el grupo familiar. Escriba cada uno de los espacios el número que corresponda a cada una de las familias.
    1. Desplazamiento. Población que ha sido obligada a abandonar su lugar de residencia o trabajo habitual; porque su vida, su integridad física o mental se han visto amenazados con ocasión del conflicto armado interno.
    2. Retorno. Si la familia ha regresado a su vivienda o sitio de origen.
    3. Reubicación. Si la familia por situación de desastre o alto riesgo fue ubicada en otra zona.
    4. Estable. Si la familia no ha presentado ninguno de los criterios anteriores.
    5. Otros ¿Cuál?. Escriba el nombre de la situación en la que se encuentra actualmente la familia. Esta debe ser diferente a las opciones ofrecidas anteriormente, solo si seleccionó la opción “otros”.

Clasificación de la familia (196)

2. Tipo de familia. Escriba en el espacio el número que corresponda a cada una de las familias según el tipo.
    1. Nuclear. Conformada por dos generaciones, Padres-Hijos, unidos por lazos de consanguinidad y que conviven bajo un mismo espacio.
    2. Extensa o conjunta. Compuesta por más de tres generaciones, en ella se encuentran; una pareja con o sin hijos y otros parientes consanguíneos.
    3. Monoparentales. Solo progenitor.

4. Ampliada. permite la convivencia de otras personas no consanguíneas (vecinos, paisanos).
5. Díada conyugal. Conformada por una pareja sin hijos; en esta también se tendrá en cuenta las familias conformadas por. lesbianas, transgeneristas, bisexuales y gais.
6. Simultánea superpuesta o reconstruida. Conformada por parejas en las que uno de ellos o ambos vienen de tener otras relaciones de parejas anteriores.
7. Unipersonal. Conformada por una persona
8. Fraternal. Aunque no es tipología de familia definida desde las teorías de familia, ésta por estar compuesta de hermanos se puede ubicar desde lo fraternal.

3. Ciclo vital de la familia. Se seleccionará la etapa del *ciclo vital* que corresponda al estado de la familia teniendo en cuenta los parámetros definidos para cada uno y en caso de familias recompuestas o ampliadas siempre primará el primogénito de mayor edad para definir el *ciclo vital*; se podrá combinar la categoría *disolución* con cualquier otra de las categorías (*formación expansión, escolar, adolescente, plataforma de lanzamiento y post parental*).

   Escriba en el espacio el número que corresponda al ciclo vital de la familia. Escriba cada uno de los espacios el número que corresponda a cada una de las familias.

   1. Formación. Es la etapa de preparación y ajustes entre quienes deciden unirse.
   2. Expansión. Comprende desde la gestación, llegada del primer hijo hasta la edad preescolar.
   3. Escolar. Es la etapa en la que el hijo mayor de la familia llega a la escuela, transcurre aproximadamente entre los cinco y diez años de edad.
   4. Adolescente. El hijo mayor se encuentra entre los diez y diecisiete años y es el momento en el que buscan y tratan de lograr la independencia, identidad y su rol sexual.
   5. Plataforma de lanzamiento. Etapa de la familia en la que los hijos mayores se preparan y empiezan abandonar el hogar indiferentemente de su edad, por diferentes razones como lo son el estudio, matrimonio, trabajo, servicio militar.
   6. Post Parental. Cuando el hijo mayor y los demás terminan de abandonar el hogar para lograr sus metas y formar nuevos hogares.

7. Disolución. Puede ocurrir en cualquier etapa del ciclo de la familia y es cuando uno de los padres muere y se disuelve la unidad matrimonial. Es una etapa de mucha crisis en la familia.

Datos sociodemográficos

Número de Familia. En caso de encontrar más de una familia colocar en este espacio el número de la familia que coloco antes, según corresponda con los apellidos.

4. Número de orden. Asigne un número consecutivo a los integrantes de la familia. Debe ingresarlos en orden descendente tomando como referencia a la cabeza de cada familia, el cual deberá ser señalado con un asterisco.

5. Documento de identidad (197). Por medio del cual la persona está identificada a nivel nacional y con la cual se hacen todas las diligencias públicas.

   5.1 Tipo. Escriba el tipo de documento que identifica a los integrantes de la familia, utilizando las abreviaturas que se encuentran en los paréntesis.

   1. Cédula (CC). A partir de los dieciocho años.
   2. Tarjeta de identidad (TI). Menores de dieciocho años y mayores de ocho años.
   3. Registro civil (RC). Si son menores de siete años.
   4. Número Único de Identificación (NUIP). El NUIP numérico (compuesto por diez dígitos) se aplicó en todo el país desde el 2004 permitiendo al colombiano tener un número único de Identificación desde que nace hasta que muere.
   5. Cédula extranjera. Cuando la persona procede de otro país
   6. Sin Documento de Identificación (SD). Cuando la persona no cuenta con ninguna identificación.

Nota. La persona que en la actualidad tiene la edad pero no tiene el soporte correspondiente, se debe colocar el tipo de documento que posee.

   5.2 Número. Escriba el número correspondiente al documento de identificación que se indicó previamente en tipo de documento (cédula, tarjeta de identidad o registro civil, NUIP, cédula extranjera).

6. Nombre completo.

   6.1 Nombres. Escriba los nombres que aparecen en el documento de identidad de la persona integrante de la familia.

6.2 Apellidos. Escriba los apellidos que aparecen en el documento de identidad de la persona integrante de la familia.

7. Parentesco (198). Se diligenciará tomando como referente la cabeza de la familia.

1. Jefe

2. Cónyuge o compañero(a)

3. Hijos

4. Nietos

5. Padres

6. Hermanos

7. Yerno o nuera

8. Abuelos

9. Suegros

10. Tíos

11. Sobrinos

12. Primos

13. Cuñados

14. Otros parientes

15. Servicio doméstico

16. Hijo servicio doméstico

17. No parientes

8. Fecha de nacimiento. Se debe registrar la fecha de nacimiento que aparece en el documento de identidad, con números arábigos y en el orden que aparecen los siguientes ítems.

Día. Se debe registrar el día de nacimiento de la persona. Dos dígitos

Mes. Se debe registrar el mes de nacimiento de la persona. Dos dígitos

Año. Se debe registrar el año de nacimiento de la persona. Cuatro dígitos

8.1 Edad.

Edad en años. Se debe registrar la edad en años de la persona y por consiguiente se diligencia la pregunta N. 11.

Meses. A los menores que todavía no han cumplido su primer año se les debe ingresar en este campo la edad en meses.

9. Sexo. Escriba en el espacio el número que corresponda al sexo de la persona, según su documento de identidad.

   1. Hombre

   2. Mujer

10. Población (199). Para cada familia definir el tipo de población al cual pertenece cada miembro; en caso de que algunos miembros correspondan a otro tipo de población, se define la que prevalezca en el grupo familiar. Escriba cada uno de los espacios el número que corresponda a cada una de las familias. En caso de que exista más de una opción, señale la de más frecuencia.

    1. Indígenas. Si pertenece a un grupo identificado como indígena.

    2. Afro-colombiano. La población de raza negra.

    3. ROM. Si pertenece a población Gitanos

    4. Otro. Población diferente de las anteriores.

11. Estado civil (200). Escriba en el espacio el número que corresponda la condición actual de la persona según las siguientes categorías.

    1. Soltero(a). Si no tiene ningún vínculo, ni compromiso de pareja.

    2. Casado(a). Cuando se tiene compañero (a) permanente y es unión legal.

    3. Unión libre. Cuando se tiene compañero (a) permanente y es unión de hecho.

    4. Separado(a). Cuando se tuvo compañero(a) permanente y se terminó la relación.

    5. Viudo(a). Cuando se tuvo compañero (a) permanente hasta la muerte del cónyuge.

    6. Divorciado. Es el medio que se utiliza como procedimiento especial destinado a lograr el cese legal o de hecho de la relación nupcial.

    7. No aplica. Cuando la persona no está en edad de ser clasificado dentro del grupo de edad que define el estado civil (menores de dieciocho años).

12. Escolaridad. Este ítem corresponde a nivel escolaridad de los integrantes de la familia y se debe tener en cuenta la siguiente clasificación para cada uno de las personas. Se acoge a la Ley General de Educación 115 de Febrero 8 de 1994 (201).

12.1 Actualmente estudiando. Si la persona se encuentra estudiando en la actualidad, escriba en la casilla el uno —1—. De lo contrario, escriba el cero —0—.

12.2 Estado de escolaridad. Escriba en el espacio el número que corresponda al estado de escolaridad alcanzado o el cual se encuentra cursando actualmente. Sólo se debe marcar uno de los siguientes.

1. Preescolar. Estudios escolares que se realizan a los cuatro años de edad.
2. Básica primaria. Estudios básico que van de primero al quinto y se certifica en una escuela. Debe escribir el número del último nivel cursado.
3. Básica secundaria. Se realizan en los colegios y van del grado sexto al grado noveno. Debe escribir el número del último nivel cursado.
4. Media técnica académica. Es la que a su término otorga el título de bachiller. Está conformado por los grados décimo y undécimo. Debe escribir el número del último nivel cursado.
5. Media Técnica. Prepara a los estudiantes para el desempeño laboral en uno de los sectores de la producción y de los servicios, y para la continuación en la educación superior.
6. Nivel Superior. En este nivel se encuentran las personas que han realizado estudios en Instituciones técnicas, profesionales, Instituciones universitarias o escuelas tecnológicas y universidades.
7. Educación no formal. Es la que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar, en aspectos académicos o laborales recibida en instituciones paralelas al sistema escolar oficial pero no incluidas en él.
8. Ninguno. Se refiere a las personas que no han estudiado.
9. No aplica. Cuando la persona no se encuentra dentro del grupo de edad que define el estado de escolaridad (menores de cinco años).

12.3 Último grado aprobado. Escriba el número del último año aprobado por cada uno de los miembros de la familia.

12.4 Analfabetismo (202). Persona que no tiene ningún nivel de educación escolarizada posterior a los dieciséis años de edad. Escriba en el espacio el número que corresponda a una de las siguientes opciones.

1. Analfabeta funcional. Es la persona que no recibió educación escolarizada pero sabe leer y escribir.

2. Analfabeta absoluto. Es la persona que no recibió educación escolarizada y no sabe leer ni escribir.

3. No aplica. A personas menores de dieciséis años a quienes no se les considera analfabeta si no desescolarizados.

13. Posición ocupacional (203). Escriba en el espacio el número que corresponda a la posición que la persona adquiere en el ejercicio de su trabajo. Sólo se debe marcar uno de los siguientes.

1. Trabajador familiar sin remuneración. Se refiere a la ocupación que ejerce un miembro de la familia para el cuidado de los miembros. Ama de casa, cuidador familiar de personas en situación de discapacidad u otro oficio y no recibe ingresos por esta labor.

2. Obrero, empleado particular. Trabajador retribuido vinculado a organizaciones privadas. En la categoría de obrero se encuentran generalmente las personas que trabajan en las obras, construyendo edificios u otras estructuras. La categoría de empleado se refiere a las personas con cargos administrativos u otros que laboran dentro de organizaciones de esta misma naturaleza.

3. Obrero, empleado del gobierno. Trabajador retribuido vinculado a organizaciones estatales. En la categoría de obrero se encuentran generalmente las personas que trabajan en las obras, construyendo edificios u otras estructuras. La categoría de empleado se refiere a las personas con cargos administrativos u otros que laboran dentro de organizaciones de esta misma naturaleza.

4. Empleado doméstico. Se refiere a la persona que realiza actividades propias de una casa.

5. Trabajador por cuenta propia. Se refiere a la persona que no depende de ningún patrón o empleador, no cumple horarios laborales y desempeña su labor por cuenta propia.

6. Trabajador comunitario sin remuneración. Se refiere a líderes comunitarios que realizan acciones de soporte y ayuda para el desarrollo de su comunidad pero no reciben ningún incentivo económico por ello.

7. Jornalero. Persona que trabaja a cambio de un jornal o pago diario

8. Patrón o empleador. Si tiene empleados u obreros a cargo.

9. Desempleado. Que no realiza ninguna actividad productiva.

10. Pensionado. Dinero que recibe periódicamente una persona por servicios que ha prestado anteriormente.

11. No aplica. Cuando la persona no se encuentra dentro del grupo de edad que define la posición ocupacional (menores de quince años)

14. SISBEN. Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales y principal instrumento con el que cuentan las autoridades de las entidades territoriales para focalizar el gasto social descentralizado.

14.1 Está encuestado. Si la persona ha sido encuestada por el SISBEN, escriba en la casilla el uno —1—. De lo contrario, escriba el cero —0—.

14.2 Nivel SISBEN. Se refiere al nivel de SISBEN que se le asignó a la familia dentro del municipio. En caso que la persona no esté informada del nivel de SISBEN al cual corresponde aclararlo en la base de datos municipal.

14.3 Listado censal. Se refiere a las personas que no están en el SISBEN y son poblaciones especiales (Indígenas, reinsertados, indigentes etc.).

15. Afiliación al SGSSS (204). Si la persona miembro de la familia está registrada y clasificada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

15.1 Tipo de afiliación. Escriba en el espacio el número que corresponda al régimen al cual pertenece la persona. Sólo se debe marcar uno de los siguientes.

1. Subsidiado. Si la persona está vinculada a alguna Entidad Promotora de Salud subsidiada (EPS-S).

2. Contributivo. Si la persona está vinculada a alguna Entidad Promotora de Salud (EPS).

3. No asegurado. Si no se encuentra vinculado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (población pobre no asegurada).

4. Otro régimen. Si cuenta con otra vinculación o afiliación diferente a las anteriores. Dentro de los otros regímenes están. Fuerzas Militares, Magisterio, Policía, Ecopetrol.

15.2 Nombre de la EPS. Escriba en el espacio el nombre de la EPS a la cual pertenece.

Accesibilidad a los servicios de salud (205)

Grupos de edad. La persona se clasifica en un grupo etáreo determinado, según la edad que tenga el día del diligenciamiento de la Historia Familiar, calculada a partir de la fecha de nacimiento.

Número de la familia. En una vivienda pueden haber varias familiar diferenciar a la familia (familia 1, familia 2 y familia 3).

16. Número de orden. Pertenece al mismo número asignado en la hoja 1 de la historia familiar a cada miembro de la familia.

17. Consulta médica último año. Sólo para personas mayores de diez años. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona ha asistido por lo menos a una consulta médica en el último año, con el fin de realizarse una detección temprana. De lo contrario, escriba el cero —0—.

18. Crecimiento y desarrollo. Aplica para el grupo de 0 meses a nueve años. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando ha tenido controles de acuerdo a la edad. De lo contrario escriba el cero —0—.

19. Evaluación nutricional.

    19.1 Peso. Escriba en Kilogramos el peso valorado en la visita.

    19.2 Estatura. Escriba en centímetros la estatura valorada en la visita.

    19.3 Índice de Masa Corporal (IMC) (206). Es la relación entre el peso y la estatura, para diligenciar este espacio es preciso calcular el dato de la operación matemática, y analizarlo. La forma para obtener el dato varía de acuerdo a la edad así.

    En Niños. Los nuevos Patrones de crecimiento infantil presentados por la OMS en abril de 2006 incluyen tablas del IMC para lactantes y niños de hasta cinco años. No obstante, la medición del sobrepeso y la obesidad en niños de cinco a catorce años es difícil porque no hay una definición normalizada de la obesidad infantil que se aplique en todo el mundo. La OMS está elaborando en la actualidad una referencia internacional del crecimiento de los niños de edad escolar y los adolescentes. El IMC se puede calcular con la siguiente fórmula.

    Peso en kilogramos ÷ estatura en metros cuadrados

    El análisis debe hacerse de acuerdo con las siguientes gráficas donde están ubicados los perceptibles.

Véase Tabla 18 IMC en niñas desde el nacimiento hasta los cinco años según la OMS.

Véase Tabla 19 IMC en niños desde el nacimiento hasta los cinco años según la OMS.

Además para los niños mayores (207) de cinco años se recomienda esta tabla y analizar los datos con las siguientes tablas.

Véase Tabla 20. Índice de masa corporal percentiles en niños de 2 a 20 años

Véase Tabla 21. Índice de masa corporal percentiles en niñas de 2 a 20 años

Bajo de peso. IMC para edad por abajo de 5. Percentil.

Peso normal. IMC para edad entre la percentil 5 y la 84.

En riesgo de obesidad o sobrepeso. IMC para edad entre la 85. y la 94. percentil

Obeso. IMC para edad en la 95. percentil o mayor.

En adultos (208) el proceso es más rápido solo se calcula el IMC con la siguiente formula y se analiza.

Peso en kilogramos ÷ [estatura en metros] cuadrados

Bajo de peso BMI de menos de 18.5

Peso normal BMI de 18.5 a 24.9

En riesgo de obesidad o sobrepeso BMI de 25 a 29.9

Obesidad grado I BMI de 30 a 34.9

Obesidad grado II BMI de 35 a 39.9

Obesidad grado III BMI de 40 o más

Para responder la pregunta escriba

1. Bajo de peso

2. Peso normal

3. Obesidad

4. En riesgo de obesidad o sobrepeso

19.4 Signos de desnutrición (209). Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona presenta cabello en bandera, caquexia, piel seca, edema en

miembros inferiores, abdomen globuloso, etc. De lo contrario escriba el cero —0—.

19.5 Recibió lactancia materna (210). Es preciso conocer este dato en niños menores de 10 años, para tal efecto diligencie uno —1— si la respuesta es sí o cero —0— si la respuesta es No

19.6 Exclusivamente, N. De meses. Escribir el número de meses que el menor recibió exclusivamente lactancia materna. Aplica para menores de diez años.

19.7 Recibió lactancia materna y alimentación complementaria. Escriba hasta que edad el niño recibió leche materna mas otros alimentos. Aplica para menores de diez años.

19.8 Solo alimentación complementaria. Escriba el mes en el cual el niño comenzó a recibir solo alimentación. Aplica para menores de diez años.

20. Vacunación (211). Observe si la persona cumple con el esquema de vacunación de acuerdo con la edad (con carné en mano).

Cumple con esquema de vacunación de acuerdo con la edad. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona cumpla con el esquema de vacunación de acuerdo con la edad, escriba en la casilla el cero —0— cuando la persona no cumpla con el esquema de vacunación de acuerdo con la edad y escriba en la casilla dos —2— cuando la persona no sabe si cumple con el esquema de vacunación de acuerdo con la edad. Véase tabla 22.

Tabla 22. Esquema de Vacunación 2010

Edad	Biológico
RN a término y antes de los 29 días	BDG/Hepatitis B
Dos meses de edad	Polio/pentavalente/rotavirus
Cuatro meses de edad	Polio/pentavalente/rotavirus
Seis meses de edad	Polio/pentavalente
Doce meses de edad	SRP/fiebre amarilla
Dieciocho meses de edad	Polio/DPT
Cinco años de edad	Polio/DPT/SRP
Embarazadas y edad fértil	Td

21. Enfermedad diarreica aguda (EDA) en el semestre. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona ha presentado enfermedad diarreica aguda (EDA) en el último semestre. De lo contrario escriba el cero —0—. Aplica para menores de 5 años y para mayores de 60 años.

Número de episodios. Indique el número de episodios de diarrea presentados en el último semestre.

Sabe su manejo. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona tiene conocimiento en el manejo de la EDA. De lo contrario escriba el cero —0—, verificando el conocimiento o impartiéndolo si lo desconoce.

22. Infección respiratoria aguda (IRA) en el semestre. Escriba en la casilla el uno —1— cuando la persona ha presentado infección respiratoria aguda (IRA) en el último semestre. De lo contrario escriba el cero —0—. Aplica para menores de 5 años y para mayores de 60 años.

    Número de episodios. Indique el número de episodios de IRA presentados en el último semestre.

    Sabe su manejo. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona tiene conocimiento en el manejo de la IRA. De lo contrario escriba el cero —0—, verificando el conocimiento o impartiéndolo si lo desconoce.

23. Atención preventiva en odontología. Escriba en la casilla el uno —1—, si la persona ha recibido atención odontológica preventiva por lo menos una vez al año, a partir de los dos años de edad. De lo contrario escriba el cero —0—.

24. Toma de agudeza visual. Escriba en la casilla el uno —1—, si la persona se ha realizado el tamizaje de agudeza visual a partir de los cuatro años de edad. De lo contrario escriba el cero —0—.

25. Planificación familiar (212). Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona utiliza métodos de planificación familiar. De lo contrario escriba el cero —0—. Aplica para la población entre diez y cincuenta años.

    25.1 Método. En caso de que utilice algún método de planificación, escriba el tipo de método empleado utilizando las abreviaturas que se encuentran en los paréntesis.

    1. Anovulatorio oral (AO).
    2. Dispositivo Intrauterino (DIU).
    3. Condón (C).
    4. Óvulos (OV).
    5. Espermicidas (ES).
    6. Métodos Naturales (MN). Contempla entre otros la temperatura basal, el método del ritmo, moco cervical y el coito interrumpido.

7. Quirúrgico. Hace referencia tanto a la ligadura de trompas o vasectomía.

8. Parches.

9. Implantes.

10. Inyectables.

26. Citología cérvico uterina. Aplica para la población femenina mayor de diez años.

26.1 Se la ha realizado alguna vez. Escriba en la casilla el uno —1—, si la persona se ha realizado alguna vez en la vida la citología. De lo contrario escriba el cero —0—.

26.2 Fecha Última citología. Escriba el mes y año en el cual se realizó la última citología.

26.3 Resultado. Escriba en el espacio el número que corresponda al resultado.

1. Normal. Si el resultado de la citología fue normal
2. Alterado. Si en el resultado se detectaron alteraciones.
3. No sabe. Si no cuenta con el resultado del examen o desconoce su lectura.

27. Autoexamen de mama.

Ha recibido educación. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona ha recibido educación en la realización del autoexamen de mama (incluyendo hombres). De lo contrario escriba el cero —0—. Verificar conocimiento o impartirlo si lo desconoce.

Se lo realiza periódicamente. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona por lo menos una vez al mes se realiza el autoexamen de mama con la técnica adecuada, de lo contrario escriba el cero —0—.

28. Mamografía. Aplica para mujeres mayores de cincuenta años.

28.1 Se la realiza cada dos años. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona se realiza la mamografía cada dos años. De lo contrario escriba el cero —0—.

28.2 Fecha Última mamografía. Escriba el mes y el año de la ultima mamografía realizada.

28.3 Resultado. Escriba en el espacio el número que corresponda al resultado.

1. Normal. Si el resultado de la mamografía fue normal

2. Alterado. Si en el resultado se detectaron alteraciones.

3. No sabe. Si no cuenta con el resultado del examen o desconoce su lectura.

29. Tamizaje de próstata. Aplica para hombres mayores de 45 años.

29.1 Se realiza anualmente el examen. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona se ha realizado el tamizaje de próstata. De lo contrario escriba el cero —0—.

29.2 Resultado. Escriba en el espacio el número que corresponda al resultado.

1. Normal. Si el resultado del tamizaje de próstata fue normal.

2. Alterado. Si en el resultado se detectaron alteraciones.

3. No sabe. Si no cuenta con el resultado del examen o desconoce su lectura.

30. Alteraciones del joven. Aplica para adolescentes y jóvenes entre diez y veintenueve años de edad.

Consulta de detección temprana de alteraciones. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona ha recibido consulta de detección temprana de alteraciones. De lo contrario escriba el cero —0—.

Le han realizado la prueba de hemoglobina. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando le hayan realizado la prueba de hemoglobina. De lo contrario escriba el cero —0—.

31. Discapacidad (213). Se considera a la condición de discapacidad y el riesgo de padecerla, como el conjunto de condiciones ambientales, físicas, biológicas, culturales, económicas y sociales, que pueden afectar el desempeño de una actividad individual, familiar o social en algún momento del ciclo vital. Es decir, la discapacidad tiene una dimensión superior a la de un problema de salud individual y por tanto afecta al individuo en relación con su familia y en su integración social. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la persona presenta alguna discapacidad. De lo contrario escriba el cero —0—.

Tipo. Marque con una equis el tipo de discapacidad que padezca la persona. Puede seleccionar más de una opción.

1. Física. Imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona

2. Cognitiva. Es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales.

3. Sensorial. Disminución de algunos de los sentidos, están la discapacidad visual, la discapacidad auditiva entre otros.

32. Morbilidad (214). Período en el cual se altera el estado de salud de alguno o algunos miembros de la familia por diferentes factores; biológicos y físicos entre otros. Escriba en el espacio el número que corresponda a la morbilidad.

1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfermedad del adulto que dificulta la correcta circulación del aire, específicamente la respiración.
2. Hipertensión. Presión arterial alta.
3. Diabetes. Trastornos metabólicos caracterizados por el aumento de la concentración de glucosa en sangre.
4. Dislipidemia. Alteración del metabolismo de los lípidos.
5. Cáncer. Marcar solo si algún miembro que habita en la vivienda presenta o ha presentado algún tipo de cáncer.
6. Otros.
7. Ninguna.

33. Recibió. Escriba en el espacio el número que corresponda al resultado.

1. Atención tradicional o popular. Si recibió algún tipo de atención específica en el momento de la aparición de la enfermedad por agentes comunitarios tradicionales, como curanderos o chamanes. Todo lo representado en el saber popular.
2. Tratamiento con medicina convencional. Si la persona recibió atención en la red prestadora de servicios de salud por médico, profesional de enfermería, odontólogo, nutricionista u otro integrante del equipo de salud.
3. Tratamiento con medicina alternativa. Si recibió tratamiento diferente a los anteriores como bioenergética, masoterapia, acupuntura, etc.
4. Seguimiento. Si la persona enferma recibe revisión periódica por cualquiera de los métodos tratantes.

34. Canalización a los servicios.

Servicio. Se refiere a los programas y proyectos desarrollados por las diferentes entidades u organizaciones dentro del municipio.

34.1 Número de orden de los integrantes que han sido canalizados. Si algún integrante de la familia fue remitido a una institución prestadora de

servicios de salud (EPS) u otra entidad municipal, escriba en la casilla de cada programa el número del orden dado desde la primera página en la casilla correspondiente.

34.2 Fecha de asistencia. Hace referencia a la asistencia de la persona remitida al servicio indicado y que se ha registrado en el instrumento canalización a los servicios.

34. 3 Fecha en la que es atendido. Hace referencia al inicio de la atención

Gestación parto y postparto (215)

Se aplica solo a mujeres que en el momento de la visita, se encuentren en estado de embarazo o están en el puerperio tardío (seis meses posteriores al parto).

35. Número de orden. Pertenece al mismo número asignado en la hoja 1 de la historia familiar.

36. Número de familia. Colocar el número de familia a la cual pertenece la gestante.

37. Fecha parto anterior. Indique la fecha del último parto o aborto. En números arábigos y en la siguiente forma (dd/mm/aaaa). Si es el primer embarazo no llene esta información

Día. Se debe registrar el día del último parto. Dos dígitos

Mes. Se debe registrar el mes del último parto. Dos dígitos

Año. Se debe registrar el año del último parto. Cuatro dígitos

38. Edad gestacional. Indique el tiempo calculado en semanas teniendo en cuenta la fecha de la última menstruación, hasta la fecha en que se efectúa la visita. (Hasta 42 semanas), si no se tiene el dato favor marcar la casilla sin dato con una equis.

39. Fecha última menstruación. Indique la fecha de la última menstruación. Colocar la fecha en números arábigos en el siguiente orden (dd/mm/aaaa).

Día. Se debe registrar el día de la última menstruación. Dos dígitos

Mes. Se debe registrar el mes de la última menstruación. Dos dígitos

Año. Se debe registrar el año de la última menstruación. Cuatro dígitos

Nota. Si no se tiene el dato favor marcar la casilla sin dato con una equis.

40. En control prenatal. Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y

tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Escriba en la casilla el uno —1—, cuando la materna asista al control prenatal en la institución prestadora de servicios de salud, de lo contrario escriba el cero —0—.

Trimestre en el que se inscribió. Escribir el trimestre en el cual empezó los controles prenatales. (1, 2 ó 3)

41. Riesgo. El grado de probabilidad que pueda sufrir un daño la madre, el feto o ambos. Escriba en el espacio el número según sea el caso. (revisar carné materno).

1. Alto

2. Bajo

42. Fecha probable de parto. Indique la fecha estimada para el nacimiento del neonato. Colocar la fecha en números arábigos (dd/mm/aaaa).

Día. Se debe registrar el día de la fecha probable de parto. Dos dígitos

Mes. Se debe registrar el mes de la fecha probable de parto. Dos dígitos

Año. Se debe registrar el año de la fecha probable de parto. Cuatro dígitos

Nota. Si no se tiene el dato favor marcar la casilla sin dato con una equis.

43. Esquema de vacunación. Escriba en la casilla el uno —1—, si la mujer gestante en su carné de vacunación cumple con el esquema de vacunas. De lo contrario escriba el cero —0—.

44. Examen VDRL primera muestra. Escriba en la casilla el uno —1—, si la mujer gestante se ha realizado el examen de VDRL (prueba serológica para detectar sífilis, 1ra Muestra). De lo contrario escriba el cero —0—.

45. Examen VDRL segunda muestra. Escriba en la casilla el uno —1—, si la mujer gestante se ha realizado el examen de VDRL (prueba serológica para detectar sífilis, 2da Muestra). De lo contrario escriba el cero —0—.

46. Examen VIH/sida. Escriba en la casilla el uno —1—, si la mujer gestante se ha realizado el examen de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). De lo contrario escriba el cero —0—.

47. Terminación del embarazo.

47.1 Fecha. Indique la fecha de terminación el último parto. Colocar la fecha en números arábigos (dd/mm/aaaa). Aplica solo si en alguna visita familiar se encontró a una mujer en gestación y en la posterior el embarazo había terminado.

Día. Se debe registrar el día que culminó el embarazo. Dos dígitos.

Mes. Se debe registrar el mes que culminó el embarazo. Dos dígitos.

Año. Se debe registrar el año que culminó el embarazo. Cuatro dígitos.

47.2 Lugar de atención del parto. Escriba en el espacio el número según sea el lugar donde fue atendido el parto de acuerdo a las siguientes opciones

1. Institución. Institución prestadora de servicios de salud.

2. Casa. Vivienda de la madre o de otra persona.

47.3 Persona que atendió el parto. Escriba en el espacio el número de acuerdo a la persona que realizó la atención del parto.

1. Médico

2. Enfermera

3. Auxiliar de enfermería

4. Partera

47.4 Forma en que terminó. Escriba en el espacio el número de acuerdo con la forma en como terminó el embarazo.

1. PVE. Parto vértice espontáneo.

2. Cesárea. Cirugía que se realiza a la gestante cuando el parto no puede darse por vía vaginal.

3. Fórceps. Cuando hay dificultad para el descenso o la expulsión de la cabeza del neonato, en ciertas oportunidades puede emplearse instrumentos que ayudan "artificialmente" a extraerla.

4. Aborto. Es la muerte y expulsión del feto antes de las veinte (20) semanas de gestación.

48. Recién nacido. Es el estado del neonato al momento de su nacimiento. Escriba en el espacio el número según sea el caso.

1. Sano

2. Enfermo

3. Muerto

Procesos de riesgo respecto a la salud mental (216)

49. En los últimos seis meses usted o algún miembro de su familia.

Para realizar esta pregunta tenga en cuenta las siguientes consideraciones.

Las siguientes preguntas no buscan hacer un diagnóstico o un tamizaje en salud mental, pretenden identificar procesos de riesgo y señales de alarma para la detección temprana de comportamientos relacionados con ansiedad, depresión, trastorno mental, riesgo suicida y consumo de alcohol salud mental y canalización a los servicios de salud.

Tenga presente crear un clima de confianza durante la visita familiar, no se deben hacer preguntas sobre las preguntas, pues el propósito no es hacer atención psicológica, indague solo si siente que la persona no ha entendido la pregunta, además evite hacer juicios de valor como muy bien, eso es malo, eso es pecado, no le da pena, etc.

Para estas preguntas aplican las consideraciones legales presentes para el consentimiento informado.

Las preguntas se hacen tanto para la persona que responde como para los miembros de la familia, en caso de que haya una respuesta afirmativa se colocará una equis y seguidamente se escribirá el número de orden del miembro de la familia que corresponda al dado en la etapa de datos sociodemográficos.

Desarrollo humano (217)

El desarrollo humano se comprende como el mejoramiento en el nivel de calidad de vida de las personas mediante la satisfacción de sus necesidades. Este enfoque orientado a la satisfacción de las necesidades, exige un nuevo modo de interpretar la realidad, nos obliga a ver el mundo, las personas y los procesos de manera distinta a la convencional, de considerar al hombre como un sujeto individual, dotado de conciencia, que le posibilita la reflexión para pensarse en sí mismo, a los demás, de pensar en su cultura, su sociedad, su historia y sus condiciones de vida.

50. Necesidades. Son las valoraciones del ser humano para el logro de una óptima calidad de vida. La necesidad no se concibe solo como una carencia, sino como una potencialidad que moviliza, motiva y compromete al ser humano en el logro de su desarrollo.

    50.1 Subsistencia. Una familia o comunidad que satisface su necesidad de subsistencia es física y mentalmente sana y alegre, tiene alimentación, vivienda y trabajo, vive en comunidad.

    50.2 Protección. La persona y la familia se encuentran protegidas a través de la adecuada utilización de los medios que ofrece la sociedad, para

anticiparse a la aparición de procesos de riesgo. Indague a la familia sobre los siguientes satisfactores para la necesidad de protección. Marque Sí, cuando haya presencia del satisfactor según las necesidades, de lo contrario marque No.

50.3 Afecto. Se refiere al aprecio por sí mismo(a), además del respeto, receptiva y le gusta dar y recibir cariño y amor. Expresa sus emociones y disfruta la compañía de los demás.

50.4 Entendimiento. Una familia o comunidad que satisface su necesidad de entendimiento o conciencia crítica es, disciplinada pero curiosa y quiere conocer todos los porqués, tiene acceso a la educación tanto de la escuela como de las otras formas e investiga su propia realidad.

50.5 Participación. Proceso de movilización activa de las personas, la familia y los grupos en torno a un objetivo común. Indague a la familia sobre los siguientes satisfactores para la necesidad de protección. Marque Sí, cuando haya presencia del satisfactor según las necesidades, de lo contrario marque No. Tenga en cuenta el siguiente significado.

50.6 Ocio. Tiempo dedicado al descanso, la diversión.

50.7 Creación. Se refiere a la imaginación, dinámica y hace nuevos usos de ella misma y de su ambiente. Tiene y desarrolla habilidades y destrezas nuevas, inventa, hace teatro, poesía etc.

50.8 Identidad. Se refiere a seguridad de lo que es y se identifica como miembro de una familia, religión y patria. Tiene un lenguaje y una cultura comunitaria y las defiende. Actúa en grupo y se compromete con su comunidad.

50.9 Libertad. Se refiere a la autonomía para tomar decisiones con respecto a su presente y a su futuro, expresa sus ideas, defiende su punto de vista, tiene en cuenta el punto de vista de los demás. Es consciente de sus derechos y puede pensar distinta a los demás, al tiempo que se conoce a sí misma.

Satisfactor. Son las formas o acciones de carácter individual y/o colectivo que posibilitan la satisfacción de las necesidades. Al momento de la visita se debe estar atento y observar cuidadosamente todo el entorno familiar, la situación de la familia, su estado de Salud, sus relaciones afectivas, su desarrollo y crecimiento como grupo familiar, identificar procesos protectores y de riesgo, condiciones de vida, estilos de vida, etc., de tal forma que pueda tener información que lo oriente para interpretar la realidad de la familia en torno a la satisfacción de las necesidades y los satisfactores o medios utilizados para satisfacerlas y la funcionalidad familiar.

Al momento de diligenciar se debe señalar para cada satisfactor si estos son reconocido o no por la familia, basados en su observación.

Observaciones. Registre aspectos que considere relevantes que no se nombran en los ítems anteriores y que aportan información sobre la satisfacción de las necesidades.

Funcionalidad familiar

Para la evaluación de la funcionalidad familiar se adopta el instrumento FF-SIL del Ministerio de Salud de Cuba (218). Es un instrumento que permite valorar la unión física y emocional del grupo familiar, la capacidad para compartir experiencias, para asignar roles, para demostrar sentimientos y emociones, para determinar interacciones con otras familias.

Para valorar la funcionalidad familiar debe preguntar los 14 ítems a los participantes del grupo familiar en la visita y valorarlos así:

Casi siempre: 5

Muchas veces: 4

A veces: 3

Pocas veces: 2

Casi nunca: 1

Luego sume verticalmente cada columna y por último totalice todas las columnas, para hacer su interpretación así;

Una familia es:

Funcional: 70-57

Moderadamente funcional: 56-43

Disfuncional: 42-28

Severamente disfuncional: 27-14.

Intervención familiar

52. Plan de acción.

Este espacio está destinado para se escriba detenidamente todo lo relacionado con la educación a la familia.

52.1 Acciones de cuidado con la familia

Familia. Corresponde al número inicial dado a la familia

Fecha. Escriba la fecha en la cual se realiza la visita y se da educación a la familia

Proceso de Riesgo. Se refiere al hallazgo encontrado sobre el cual se va a trabajar con la familia para mejorar las condiciones de salud.

Actividades Realizadas. Son todas las actividades o intervenciones de educación en salud que se realizan de forma individual y grupal con los miembros de la familia.

52.2 Compromisos

Responsables. Se refiere a las personas de la familia que se comprometen con determinado acción.

La familia se compromete a. Acciones a las cuales se compromete la familia para mejorar o potenciar las condiciones iniciales encontradas las cuales son siempre establecidas en común acuerdo.

Fecha de cumplimiento. La fecha en la cual la familia se compromete a tener las acciones cumplidas dejadas por el promotor.

52.3 Seguimiento

Fecha. En este espacio se escribe la fecha en la cual la familia fue visitada para el seguimiento, en el espacio en blanco se coloca lo encontrado con respecto a los compromisos dejados.

52.4 Nombre y cargo de quien diligenció la historia. Escribir de forma clara el nombre de la persona responsable de diligenciar la Historia Familiar en cada visita. No se aceptan firmas.

53. Familiograma (219).

Es un instrumento simplificado de valoración familiar que describe la estructura o composición familiar. Un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Hay mitos, reglas y cuestiones con cargas emocionales de generaciones previas, se hacen evidentes pautas reiterativas, proporcionando una rica fuente de hipótesis sobre qué es lo que lleva al cambio a una determinada familia.

Crear un familiograma supone tres niveles:

Trazado de la estructura familiar.

Registro de la información sobre la familia.

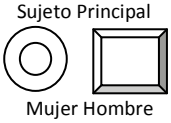
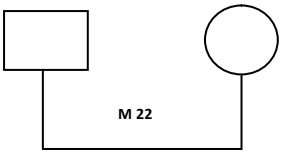
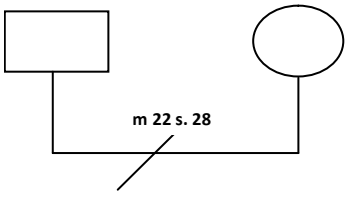
Delineamiento de las relaciones familiares.

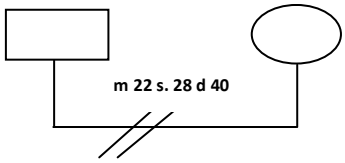
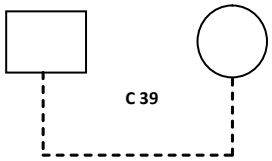
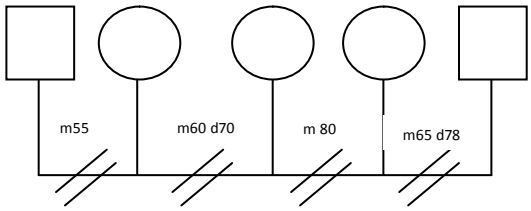
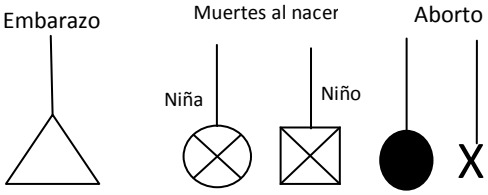
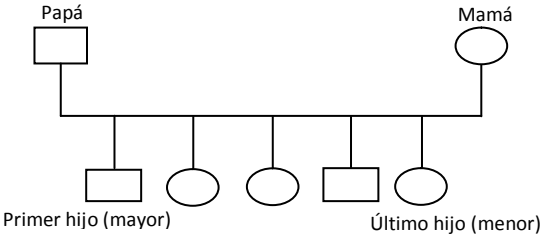
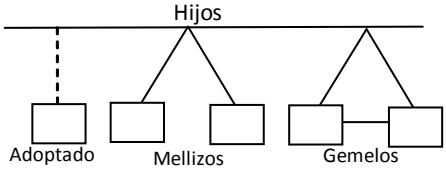
El familiograma se utiliza para:

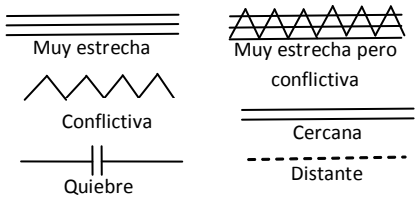
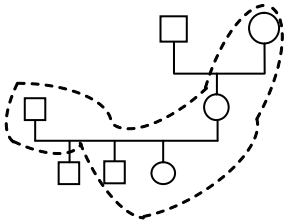
1. Establecer quiénes son los miembros de la familia de convivencia, el tipo de familia y el ciclo evolutivo en el cual se encuentra.
2. Ver el programa de salud (caso índice) dentro del contexto familiar.
3. Recoger información sobre las relaciones familiares.

Este instrumento debe realizarse con la familia o por lo menos con uno de sus miembros. Para su realización se utilizan símbolos sencillos, de fácil interpretación y manejo por parte de los miembros del equipo de salud extramural. Véase tabla 23.

Tabla 23. Símbolos del familiograma

Sexo interrogado	
Mujer	
Hombre	
	
Unión legal	
Separación	

Divorcio	
Convivencia	
Matrimonios múltiples	
Relacionados con la gestación	
Relacionados con hijos	
	

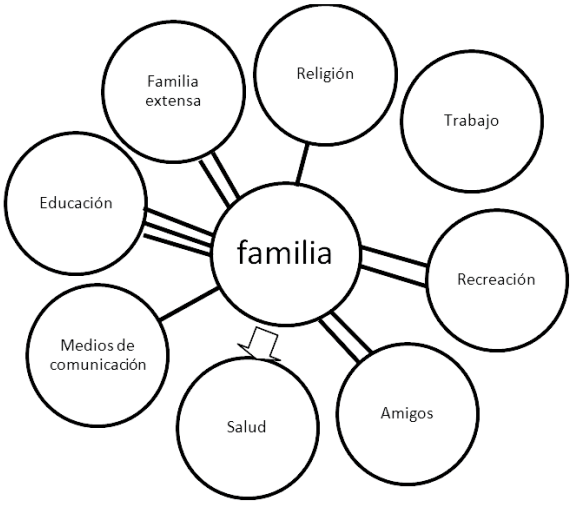
Relacionado con relaciones interpersonales	
Cuando la familia vive en el mismo lugar	

54. Ecomapa

El ecomapa es un instrumento simplificado de valoración familiar que muestra el entorno cercano y mediano de la familia (escuela, recreación, salud, religión, etc.) y extrafamiliares, según los grados de comunicación existentes. Evalúa y observa cómo se relaciona la familia con el exterior. Véase figura 23.

El ecomapa permite establecer la red social extrafamiliar, se utiliza para dar respuesta a situaciones de conflicto que no puede resolver la familia, en forma individual.

Figura 23. Ecomapa



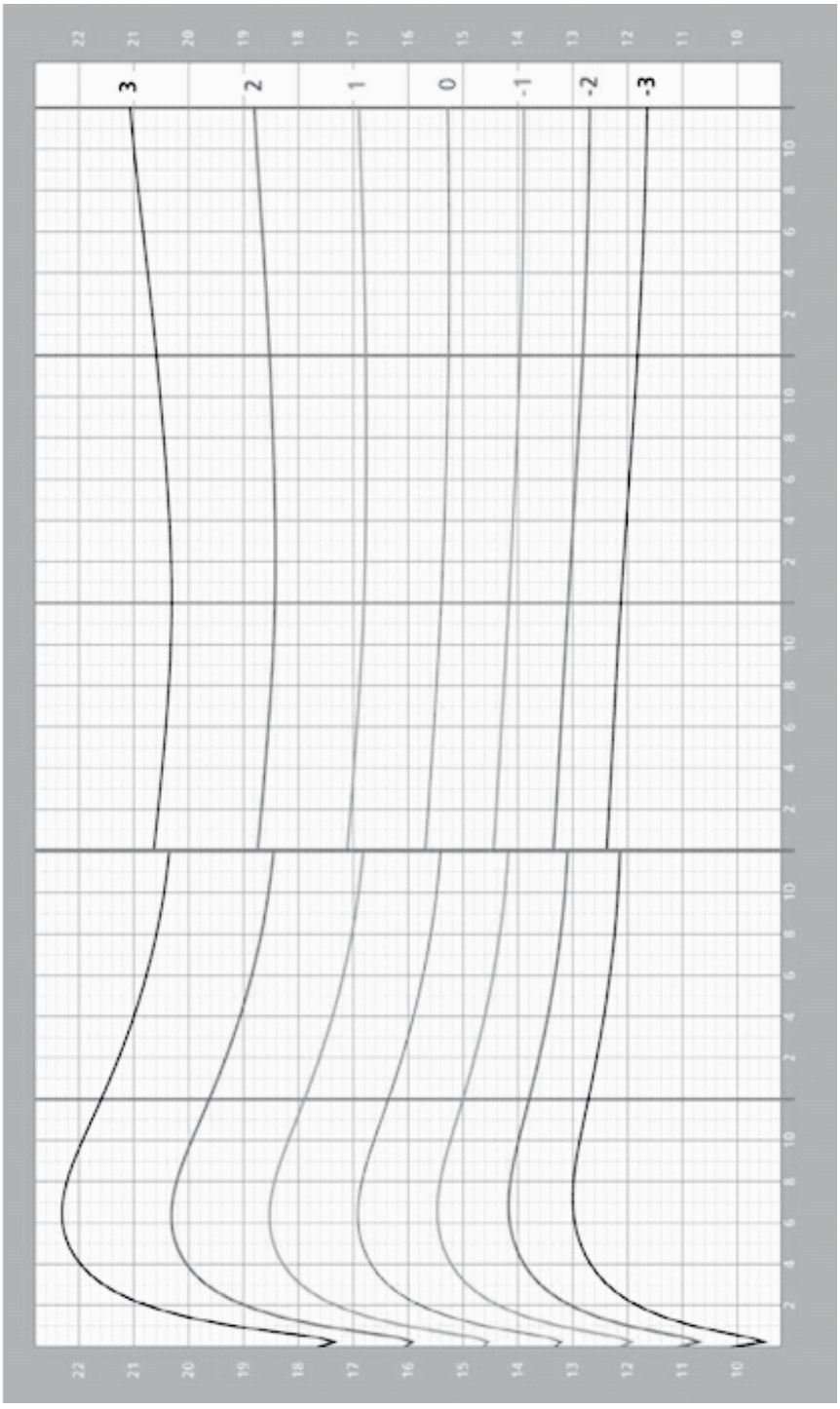


Tabla 18. IMC en niñas desde el nacimiento hasta los cinco años según la OMS

Tabla 19. IMC en niños desde el nacimiento hasta los cinco años según la OMS

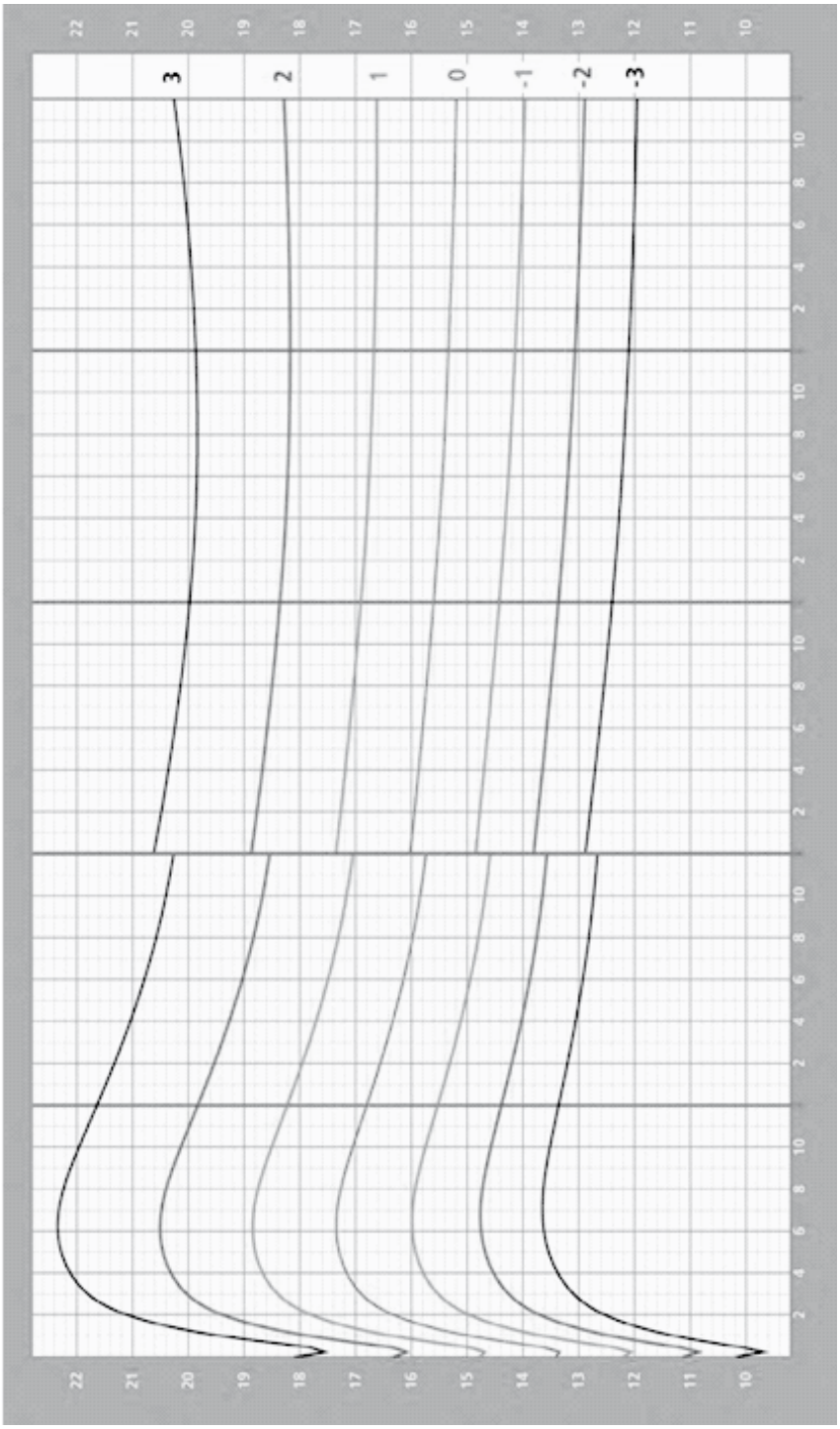


Tabla 20. Índice de masa corporal percentiles en niños de 2 a 20 años

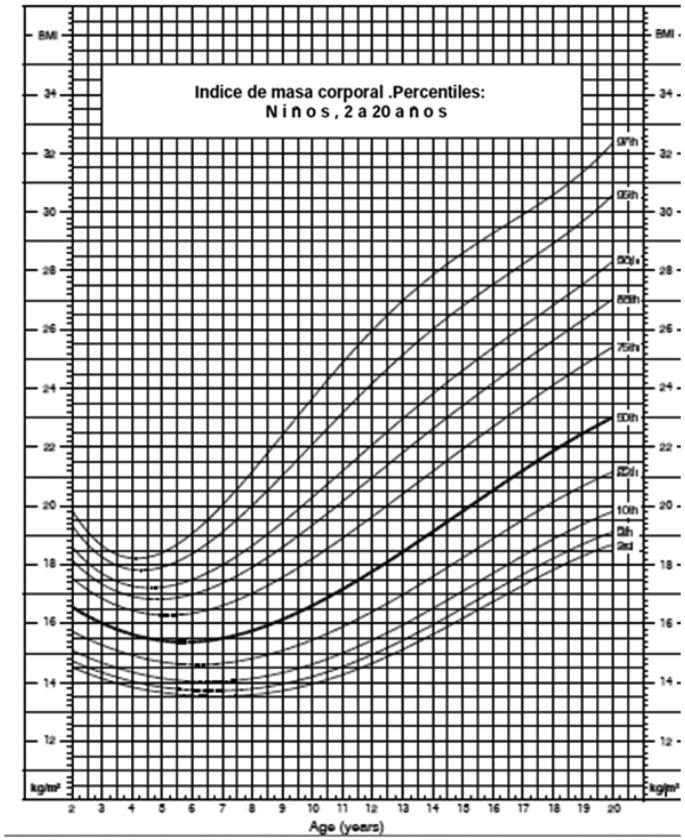
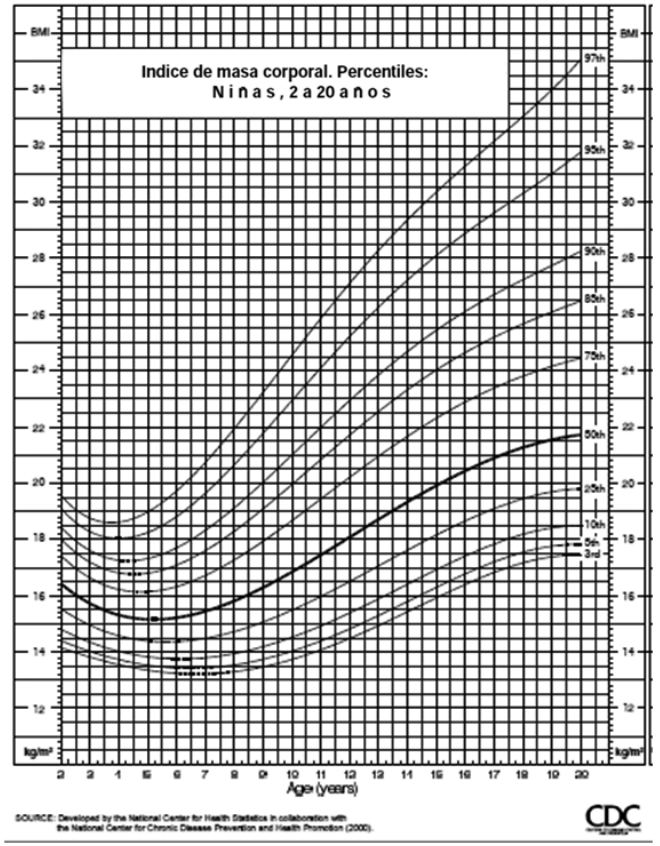


Tabla 21. Índice de masa corporal percentiles en niñas de 2 a 20 años



Anexo 11

Atención primaria en salud

Formato canalización a los Servicios

Formulario Nº Fecha: dd/mm/aaaa
Municipio Zona de residencia: urbana ☐ rural ☐
Barrio/vereda Dirección
Nombre del usuario:
Tipo documento: CC ☐ CE ☐ TI ☐ RC ☐ NUIP ☐ Otro. Cuál
Nº documento:
Usuario de la historia Nº Vivienda Nº
Tipo de afiliación al SGSSS: Subsidiado ☐ Contributivo ☐
No asegurado ☐ Otro ☐ .
Nombre de la EPS
Nombre del promotor (a) de vida
Firma del usuario(a)

Canalizado a:

	Servicio	Fecha de asistencia	Fecha que es atendido
1	Consulta médica general		
2	Consulta odontológica		
3	Vacunación		
4	Crecimiento y desarrollo		
5	Centro de recuperación nutricional		
6	Programa salud oral		
7	Alteraciones del joven		
8	Red de infancia adolescencia		
9	Toma de agudeza visual		
10	Planificación familiar		
11	Control prenatal		
12	Citología cérvico uterina		
13	Programa hipertensión		
14	Programa Diabetes Mellitus		

	Servicio	Fecha de asistencia	Fecha que es atendido
15	Tamizaje de próstata		
16	Programa del adulto mayor		
17	Programa de Discapacidad		
18	AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia)		
19	MANA (Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia)		
20	SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales de Programas Sociales)		
21	Aseguramiento SGSSS		
22	Acción social		
23	Personería		
24	Programa de vivienda		
25	Bienestar Familiar		
26	Comisaría de familia		
27	UMATA (Unidad Municipal de Asistencia Técnica Agropecuaria)		
28	Registraduría		
29	Notaría		
30	Otro. Cuál?		
Observaciones:			

Nombres y apellidos

Responsable de la atención

Anexo 12

Atención primaria en salud

Instructivo para formato de canalización a los servicios

El formato de canalización consta de dos hojas las cuales serán diligenciadas exactamente iguales, la original será dada al usuario para que sea presentada en los diferentes servicios a los cuales fue enviado y la copia se quedará en manos del promotor y coordinadora de la estrategia y servirá en conjunto con la planilla de seguimiento a la demanda, para realizar el conglomerado y la evidencia realizada por los usuarios.

Formulario N. Número consecutivo, se compone de seis dígitos y deberá ser escrito en la parte superior derecha del instrumento.

Fecha de remisión (dd/mm/aaaa) Corresponde al día, mes y año en que se realiza visita, colocar la fecha en números arábigos utilizando los dígitos especificados. No puede ser mayor a la fecha actual, como tampoco menor al primero de marzo de 2006. De obligatorio diligenciamiento.

Municipio. Nombre completo del municipio al cual corresponde la vivienda visitada. De obligatorio diligenciamiento.

Zona de residencia. De obligatorio diligenciamiento.

- Urbana. Marque con una equis si la vivienda se encuentra localizada sobre el casco urbano, el cual se identifica por calles, carreras entre otras.
- Rural: marque con una equis la vivienda se encuentra ubicada fuera del perímetro urbano y cuya dirección se encuentra identificada por el nombre de la zona.

Barrio/vereda. Nombre completo del barrio/vereda al cual corresponde la vivienda visitada.

Dirección. Escriba de forma completa la dirección de la casa del usuario canalizado a cualquier servicio utilizando las abreviaciones establecidas así: Cl. Calle, Cra. Carrera; Dg. Diagonal, Trv. Transversal. Y el número de la vivienda dado desde la nomenclatura municipal.

Nombre del usuario. Escriba los nombres y apellidos que aparecen en el documento de identidad de la persona, en caso de no tener segundo apellido llenar el espacio con guion.

Documento de identidad. Por medio del cual la persona está identificada en el ámbito nacional y con la cual se hacen todas las diligencias públicas.

Tipo. Escriba el tipo de documento que identifica a los integrantes de la familia, utilizando las abreviaturas que se encuentran en los paréntesis.

- Cédula (CC) a partir de los dieciocho años
- Tarjeta de identidad (TI). Menores de dieciocho años y mayores de ocho años.
- Registro Civil (RC). Menores de 7siete años.
- Número único de identificación (NUIP). El NUIP numérico (compuesto por 10 dígitos) se aplicó en todo el país desde 2004 permitiendo al colombiano tener un número único de identificación desde que nace hasta que muere.
- Sin documento de identificación (SD). Cuando la persona no cuenta con ninguna identificación.

Nota. A la persona que en la actualidad tiene la edad pero no tiene el documento de identidad correspondiente, se le debe colocar el tipo de documento que posee en el momento.

Número. Escriba el número correspondiente al documento de identificación que se indicó previamente en tipo de documento (cédula, tarjeta de identidad o registro civil, NUIP).

Usuario de la historia número. Corresponde al número de la historia familiar que el sistema asigna a la familia.

Vivienda No. Es el número que el o la promotor(a) de vida asigna a la vivienda de acuerdo al croquis elaborado por este para su unidad de cobertura. De obligatorio diligenciamiento.

Tipo de afiliación al SGSSS. Escriba en el espacio el número que corresponda al régimen al cual pertenece la persona. Sólo se debe marcar uno de los siguientes:

1. Subsidiado. Si la persona está vinculada a alguna entidad promotora de salud subsidiada (EPS-S)
2. Contributivo. Si la persona está vinculada a alguna entidad promotora de salud (EPS)
3. No asegurado. Si no se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud

4. Otro régimen. Si cuenta con otra vinculación o afiliación diferente a las anteriores.

Nombre de la EPS. Escriba en el espacio el nombre de la EPS a la cual pertenece.

Nombre del(a) promotor (a) de vida. Escriba los nombres y apellidos que aparecen en el documento de identidad del promotor (a).

Firma del usuario. En este espacio escriba el nombre del usuario que ha aceptado la canalización al servicio a firmar, en caso de que no sepa escribir, colocar huella digital y si es menor de edad que el tutor o tutora legal firmen por él.

Canalización a servicios. Los Siguientes son los servicios a los cuales el promotor de vida canaliza para ser atendido según su condición. Véase tabla 24

Tabla 24. Canalización a los servicios APS

	Servicio
1	Consulta médica general
2	Consulta odontológica
3	Vacunación
4	Crecimiento y desarrollo
5	Centro de recuperación nutricional
6	Programa salud oral
7	Alteraciones del joven
8	Red de infancia y adolescencia
9	Toma de agudeza visual
10	Planificación familiar
11	Control prenatal
12	Citología cérvico uterina
13	Programa hipertensión
14	Programa Diabetes Mellitus
15	Tamizaje de próstata
16	Programa del adulto mayor
17	Programa de discapacidad
18	AIEPI (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia)
19	MANA (Mejoramiento Alimentario y Nutricional de Antioquia)
20	SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales de Programas Sociales)

	Servicio
21	Aseguramiento SGSSS
22	Acción Social
23	Personería
24	Programa de vivienda
25	Bienestar Familiar
26	Comisaria de familia
27	UMATA (Unidad Municipal de Asistencia Técnica Agropecuaria)
28	Registraduría
29	Notaría
30	Otro.

Fecha de asistencia. Hace referencia a la asistencia de la persona remitida al servicio indicado y que se ha registrado en el instrumento canalización a los servicios.

Fecha en la que es atendido. Hace referencia al inicio de la atención o al inicio del proceso según el servicio al que fue remitido.

Nombre y apellido del responsable de la atención. Se diligencia el nombre y apellido del responsable del servicio al que fue remitido el usuario.

Anexo 13

Guía para la valoración y diagnóstico de atención primaria en salud

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	**Variable**	**Indicador**	**Valor**	**Elemento de juicio**	**Fuente de verificación**	**Observaciones**	**Necesidades de asesoría y asitencia técnica**
C 1. (25 puntos) Dimensión diagnóstico	V 1. (5 puntos) Reconocimiento del contexto	Proceso de selección del recurso humano para APS	1	I 1. Convocatoria municipal			
				I 2. Pruebas psicotécnicas u otras			
				I 3. Entrevistas			
				I 4. Cumplimiento de perfiles según modelo APS			
				I 5. Contratación			
		Presentacion de la persona nombrada para el cargo	1	I 6. Separación de agenda con alcalde y equipo APS			
				I 7. Realización de entrevista con el alcalde, equipo y actores de los diferentes sectores			
		Búsqueda de información del municipio y fuentes	3	I 8. Se realiza la identificación del municipio en las áreas rurales y urbanas seleccionadas			
				I 9. Caracterización sociodemográfica			
				I 10. Revisión perfil epidemiológico actual			
				I 11. Verificación de actores, planes y proyectos municipales relacionados con Atención Primaria en Salud			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	Variable	Indicador	Valor	Elemento de juicio	Fuente de verificación	Observaciones	Necesidades de asesoría y asitencia técnica
				I 12. Verificación de las políticas en salud implementadas y sistema de información			
				I 13. Revisión plataforma estratégica DLS			
				I 14. Documento contexto municipal			
	V 2. (5 puntos) Sensibilización	Presentación del modelo de atención primaria a los diferentes actores municipales	0,5	I 15. Identificación de los actores administrativos y líderes comunitarios objeto de la presentación			
			0,5	I 16. Concertación y programación de agendas con los actores			
			0,5	I 17. Preparación de presentación de acuerdo a los actores y recursos (material didáctico, espacio físico y apoyo logístico)			
			0,5	I 18. Elaboración de la agenda			
			0,5	I 19. Invitación formal y por los diferentes medios de comunicación municipal			
			0,5	I 20. Presentación del talento humano, socializando funciones a desarrollar en el municipio			
			0,5	I 21. Presentación Modelo de Atención Primaria en Salud de acuerdo al orden del día			
			0,5	I 22. Concertación de compromisos			
			0,5	I 23. Evaluación de la actividad			
			0,5	I 24. Elaboración informe anexando actas de compromiso y lista de asistentes			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	**Variable**	**Indicador**	**Valor**	**Elemento de juicio**	**Fuente de verificación**	**Observaciones**	**Necesidades de asesoría y asitencia técnica**
C 1. (25 puntos) Dimensión diagnóstico	V 3. (5 puntos) Selección del área de cobertura	Reonocimiento del área de cobertura	0	I 25. Presentación del profesional de enfermería ante los actores veredales			
			0,3	I 26. Revisión mapas municipales y ubicar áreas para cobertura APS			
			0,3	I 27. Consulta sobre itinerarios de transporte interveredal y tarifas			
			0,3	I 28. Programación de salidas de campo individual o grupal			
			0,3	I 29. Comunicación con líderes veredales para informar sobre actividades y solicitar apoyo			
			0,3	I 30. Solicitud de apoyo logístico para desplazamiento y pasar programación de trasportes al DLS			
			0,3	I 31. Desplazarse a veredas según programación			
			0,3	I 32. Realización de recorrido físico			
			0,3	I 33. Registro de actividad en diario de campo			
			0,3	I 34. Elaboración de croquis definitivo			
		Procesamiento análisis interpretación	1	I 35. Tabulación de información			
			1	I 36. Elaboración de cuadros y mapas conceptuales y de georeferenciación			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	**Variable**	**Indicador**	**Valor**	**Elemento de juicio**	**Fuente de verificación**	**Observaciones**	**Necesidades de asesoría y asitencia técnica**
	V 4. (5 puntos) Selección de áreas de cobertura	Criterios de priorización	0,3	I 37. Búsqueda y utilización de la información requerida como material para el procedimiento, la observación de campo y las políticas de salud públicas vigentes			
			0,3	I 38. Cruce de variables según criterios de vulnerabilidad, magnitud, gravedad de los eventos en la población			
			0,3	I 39.Consideración de los aspectos demográficos (movimientos poblacionales, grupos etáreos prioritarios, etc.)			
			0,3	I 40. Revisión de indicadores de oferta-demanda según la red de servicios instalada			
			0,5	I 41. Elaboración de la proporción entre población objeto y talento humano disponible según propuesta municipal			
			0,3	I 42. Otras formas de selección y priorización de áreas			
		Reunción de concertación y priorización de áreas de cobertura	0,25	I 43. Reunión alcalde, secretarios de despacho, Asocomunal			
			0,5	I 44. Revisión de áreas priorizadas de acuerdo con los criterios de APS y poblaciones más vulnerables.(Según NBI, accesibilidad, presencia de grupos etáreos vulnerables).			
			0,3	I 45. Definición de áreas a trabajar desacuerdo a la disponibilidad de recurso APS disponible y contratado			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	Variable	Indicador	Valor	Elemento de juicio	Fuente de verificación	Observaciones	Necesidades de asesoría y asitencia técnica
C 1. (25 puntos) Dimension diagnóstico	V 4. (5 puntos) Selección de áreas de cobertura	Identificación de familias de áreas de cobertura	0,25	I 46. Reunión con equipo APS, alcalde, representantes comunales.			
			0,25	I 47. Definición de familias para trabajar con la estrategia en cada área de cobertura APS			
			0,5	I 48. Verificar bases de datos de familias incluidas en otros proyectos afines a APS, (MANA, AIEPI, ALIANZA, JUNTOS…) para optimizar acciones y recursos			
		Asignación de áreas de coberura y familias por promotor	0,25	I 49. Reunión de equipo APS con enfermera comunitaria, alcalde o delegado			
			0,25	I 50. Verificar disponibilidad de promotores de vida de acuerdo con áreas priorizadas y teniendo en cuenta el área de origen del promotor			
			0,5	I 51. Definir el número de familias por promotor y el número de áreas de cobertura			
	V 5. (5 puntos). Recolección de información y trabajo de campo	Programación de visitas familiares	0,5	I 52. Organización de número de visitas según la georeferencia (accesibilidad, viviendas agrupadas o no tiempo de desplazamiento)			
			0,25	I 53. Elaboración de agendas y bitácora			
			0,25	I 54. Seguimiento de cumplimiento de programación y ajustes			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	**Variable**	**Indicador**	**Valor**	**Elemento de juicio**	**Fuente de verificación**	**Observaciones**	**Necesidades de asesoría y asitencia técnica**
	V 5. (5 puntos). Recolección de información y trabajo de campo	Sensibilización a familias	0,25	I 55. Convocatoria a los líderes veredales o presidentes de acción comunal para que organicen y convoquen asamblea comunitaria en sus áreas de cobertura			
			0,25	I 56. Reunión comunitaria en la vereda o área de cobertura para presentar el modelo APS			
			0,5	I 57. Conformación de grupos de apoyo de la comunidad			
		Planeación de visitas	0,5	I 58. Determinación de objetivo de la visita			
			0,25	I 59 Preparación de los materiales necesarios para la visita			
			0,25	I 60. Información a la familia cuando sea visitada			
		Acarcamiento a las familias	0	I 61. Realizar visita durante la fecha acordada			
			0	I 62. Saludar y realizar un acercamiento			
			0,1	I 63. Desarrollo del objetivo de la visita (explicar)			
			0,1	I 64. Diligenciamiento de la historia familiar teniendo en cuenta capacidad de escucha y confianza durante la visita			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	**Variable**	**Indicador**	**Valor**	**Elemento de juicio**	**Fuente de verificación**	**Observaciones**	**Necesidades de asesoría y asitencia técnica**
			0,3	I 65. Brindar información a las familias coherente y clara de los objetivos de la visita, observación del entorno familiar y su ambiente y exploración de las necesidades y satisfactores a través de las preguntas			
C 1. (25 puntos) Dimensión diagnóstico	V 5. (5 puntos).Recolección de información y trabajo de campo	Acercamiento a las familias	0,1	I 66. Verificación de que la familia comprendió el objetivo de la visita			
			0,1	I 67. Elaboración de remisiones a los distintos sectores acorde a necesidades			
			0,1	I 68. Registro de acuerdos concertados con la familia según diagnóstico familiar y programación de nueva visita			
		Historia familiar elaborada	0	I 69. Registro de la información recolectada durante la visita familiar			
			0,2	I 70. Revisión de la información obtenida a través de la visita para tomar decisiones e intervenir			
			0,2	I 71. Planeación de la siguiente ronda de visitas: según número de familias, problema y tiempo se determina la frecuencia			
			0,2	I 72.Entregar a la persona encargada del SIMAPS para el ingreso en el sistema de la información obtenida			
			0,2	I 73. Seguimiento a la gestión de la información por parte de SIMAPS y a la demanda inducida			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	Variable	Indicador	Valor	Elemento de juicio	Fuente de verificación	Observaciones	Necesidades de asesoría y asitencia técnica
C 2. (25 puntos) Dimensión reflexión y análisis	V 6. (25 puntos) Validación de la información con familias y comunidades	Diagnóstico por veredas	5	I 74. El equipo de APS retoma los diagnósticos realizados por zonas, procesados por el SIMAPS			
			1	I 75. Identificar los medios de información y comunicación existentes en el municipio			
		Convocatoria a las comunidades	1	I 76. Establecer contactos con los medios			
			2	I 77. Elaborar pautas para los medios			
			1	I 78. Identificar actores involucrados en la estrategia (actores sociales, tomadores de decisiones) para la convocatoria , registro de convocatoria			
		Socialización del diagnóstico veredal	3	I 79. Diseño de la metodología y ayudas para dar a conocer los hallazgos del diagnóstico, según modelo IEC			
			2	I 80. Aplicación de la metodología seleccionada diseño anterior			
		Animar conversación de convergencias y divergencias	2	I 81. Estimular el debate			
			3	I 82. Elaborar conclusiones, para validar la información			
		Ajuste al diagnóstico comunitario del área de cobertura	5	I 83. Consignar los ajustes hechos por la comunidad, en los hallazgos del diagnóstico (acta y lista de asistencia)			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	**Variable**	**Indicador**	**Valor**	**Elemento de juicio**	**Fuente de verificación**	**Observaciones**	**Necesidades de asesoría y asitencia técnica**
C 3. (25 puntos) Conciliaciones y acuerdos	V 7. (10 puntos) Socialización del diagnóstico municipal	Validación diagnóstico municipal ajustado	2	I 84. Consolidación de diagnósticos ajustados por veredas y áreas de cobertura			
			2	I 85. Convocatoria a asamblea comunitaria y representantes de los distintos sectores			
			2	I 86. En asamblea comunitaria se hará socialización mediante exposición de los puntos ajustados al diagnóstico por parte de quien está liderando			
			2	I 87. Se conforma una comisión o comité de verificación por parte de la comunidad de los ajustes hechos al diagnóstico			
			2	I 88. Se elabora un registro de soporte de asistencia a la validación del diagnóstico			
C 3. (25 puntos) Conciliaciones y acuerdos	V 8. (5 puntos) Negociación	Pacto de ajuste al diagnóstico	2	I 89 .Preparar actividades que incentiven el diálogo, reflexión y discusión según modelo comunicación APS			
			1	I 90. Se firma un documento o acta donde conste el procedimiento y la participación de la comunidad			
			1	I 91. Nombrar relatores que socialicen conclusiones o acuerdos			
			1	I 92. Se divulga el informe por diferentes medios a la comunidad			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	**Variable**	**Indicador**	**Valor**	**Elemento de juicio**	**Fuente de verificación**	**Observaciones**	**Necesidades de asesoría y asitencia técnica**
	V 9. (15 puntos) Creación de acuerdos y compromisos municipales	Priorización de problemas	5	I 93. Se priorizan necesidades y problemas del diagnóstico ajustado, en asamblea comunitaria			
			3	I 94 .Se crean grupos de debate con participación de los diferentes actores y sectores			
			2	I 95. Se elabora acta donde constan los grupos de debate para priorización			
	V 9. (15 puntos) Creación de acuerdos y compromisos municipales	Acta de compromisos y acuerdos	2	I 96. Una vez conformados los grupos de debate y priorizados los problemas, se procede a delimitar responsabilidades y compromisos por parte de la comunidad y demás sectores			
			1	I 97. Se elaboran actas de compromisos			
			1	I 98. Se elaboran acuerdos por parte del sector legislativo			
			1	I 99. Se publican o divulgan por diferentes medios de comunicación los compromisos y acuerdos, así como las comisiones			
C 4. (25 puntos) Dimensión planeación y organización	V 10. (5 puntos) Gestión del proyecto	Identificación del problema	1	I 100. Lluvia de ideas acorde con las necesidades identificadas en el diagnóstico			
			3	I 101. Establecer categorías y prioridades			
			1	I 102. Hacer un cotejo con el Plan de Desarrollo Municipal			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	Variable	Indicador	Valor	Elemento de juicio	Fuente de verificación	Observaciones	Necesidades de asesoría y asitencia técnica
		Defínción de la metodología	1	I 103. Identificar la metodología utilizada por la institución a la cual se va a presentar el proyecto			
			1	I 104. Incluir la idea de proyecto en la metodología elegida (MGA, marco lógico)			
		Formulación del anteproyecto	2	I 105. Elaborar propuesta según metodología seleccionada			
			1	I 106. Presentar la propuesta a los entes relacionados. (Planeación municipal y alcalde), para aprobación			
			1	I 107. Inscripción en el Banco de Proyectos			
			1	I 108. Verificar la inclusión del proyecto dentro del POAI			
	V 10. (5 puntos) Gestión del proyecto	I28. Elaboración del documento	0,2	I 109. Análisis situacional			
			0,2	I 110. Planteamiento del problema			
			0,2	I 111. Justificación			
			0,2	I 112. Objetivos			
			0,2	I 113. Metodología			
			0	I 114. Cronograma			
			0	I 115. Presupuesto			
			0,2	I 116. Monitoreo y evaluación			
			0,2	I 117. Revisión y ajustes			
			0,2	I 118. Redacción documento final			

Estrategia de atencion primaria en salud(APS)							
Aspectos a considerar							
Componente	Variable	Indicador	Valor	Elemento de juicio	Fuente de verificación	Observaciones	Necesidades de asesoría y asitencia técnica
		I29. Acto administrativo que avale la implementación y desarrollo del proyecto	1	I 119. Concertación con los actores de salud (ESE, DLS) para la inclusión del proyecto, en el Plan de Salud Municipal. Verificación del perfeccionamiento del acto administrativo			
			1	I 120. Verificación del perfeccionamiento del acto administrativo			
		I30. Gestión de recursos de cofinanciación	2	I 121. Inventario de instituciones y redes de apoyo relacionadas con el proyecto en el contexto municipal			
			3	I 122. Creación de alianzas que apoyen el proyecto			
		I31. Ejecución	1	I 123. Desarrollo de actividades según plan de acción o cronograma			
			1	I 124. Elaborar informes de ejecución según requerimientos			
		I32. Evaluación	1	I 125. Seguimiento al proyecto durante su ejecución			
			0,5	I 126. Valoración de resultados			
			0,5	I 127. Elaboración de informe final			

Valoración de la estrategia atención primaria en salud -APS-				
			Fecha:	
Municipio:				
Componente	Variable	Puntos	Elemento de Juicio	Puntaje
C1	V1	1	I1	
			I2	
			I3	
			I4	
			I5	
		1	I6	
			I7	
		3	I8	
			I9	
			I10	
			I11	
			I12	
			I13	
			I14	
	V2	0,5	I15	
		0,5	I16	
		0,5	I17	
		0,5	I18	
		0,5	I19	
		0,5	I10	
		0,5	I11	
		0,5	I12	
		0,5	I13	
		0,5	I14	
		0,5	I15	
		0,5	I16	
		0,5	I17	
		0,5	I18	
		0,5	I19	
		0,5	I20	

Valoración de la estrategia atención primaria en salud -APS-				
			Fecha:	
Municipio:				
	V3	0,5	I21	
		0,5	I22	
		0,5	I23	
		0,5	I24	
		0	I25	
		0,3	I26	
		0,3	I27	
		0,3	I28	
		0,3	I29	
		0,3	I30	
		0,3	I31	
		0,3	I32	
		0,3	I33	
		0,3	I34	
		1	I35	
		1	I36	
C1	Variable	Puntos	Elemento de Juicio	Puntaje
	V4	0,3	I37	
		0,3	I38	
		0,3	I39	
		0,3	I40	
		0,5	I41	
		0,3	I42	
		0,25	I43	
		0,5	I44	
		0,3	I45	
		0,5	I46	
		0,25	I47	
		0,5	I48	
		0,25	I49	
		0,25	I50	

Valoración de la estrategia atención primaria en salud -APS-				
			Fecha:	
Municipio:				
		0,5	I51	
		0,5	I52	
		0,25	I53	
		0,25	I54	
		0,25	I55	
		0,25	I56	
		0,5	I57	
		0,5	I58	
		0,25	I59	
		0,25	I60	
		0	I61	
		0	I62	
	V5	0,1	I63	
		0,1	I64	
		0,3	I65	
		0,1	I66	
		0,1	I67	
		0,1	I68	
		0	I69	
		0,2	I70	
		0,2	I71	
		0,2	I72	
		0,2	I73	
		5	I74	
		1	I75	
		1	I76	
C2	V6	2	I77	
		1	I78	
		3	I79	
		2	I80	
		2	I81	

Valoración de la estrategia atención primaria en salud -APS-				
			Fecha:	
Municipio:				
		3	I82	
		5	I83	
C3	Variable	Puntos	Elemento de Juicio	Puntaje
	V7	2	I84	
		2	I85	
		2	I86	
		2	I87	
		2	I88	
	V8	2	I89	
		1	I90	
		1	I91	
		1	I92	
	V9	5	I93	
		3	I94	
		2	I95	
		2	I96	
		1	I97	
		1	I98	
		1	I99	

Valoración de la estrategia atención primaria en salud -APS-				
			Fecha:	
Municipio:				
C4	V 10	1	I100	
		3	I101	
		1	I102	
		1	I103	
		1	I104	
		2	I105	
		1	I106	
		1	I107	
		1	I108	
		0,2	I109	
		0,2	I110	
		0,2	I111	
		0,2	I112	
		0,2	I113	
		0	I114	
		0	I115	
		0,2	I116	
		0,2	I117	
		0,2	I118	
		1	I119	
		1	I120	
	V10	2	I121	
		3	I122	
		1	I123	
		1	I124	
		1	I125	
		0,5	I126	
		0,5	I127	
Responsable:				

"Consolidación de estrategias en promoción de la salud en el departamento en los entornos familiar, escolar, laboral y comunitario " Contrato Interadministrativo 2009SS198160								
Departamento	**Subregión**	**Municipio**	**Código**	**Periodo de gobierno**	**Alcalde**	**Total habitantes**	**Urbano**	**Rural**
Objetivo general	Reconocer las estrategias, proyectos y acciones que se vienen realizando en los municipios del Departamento de Antioquia en el marco del Plan Territorial de Salud Pública, para Identificar las necesidades y potencialidades respecto a la promoción de la salud, para definir apoyos y asesorías que contribuyan con el mejoramiento y fortalecimiento de las condiciones de la salud desde un enfoque de desarrollo humano.							
Objetivo específico	Identificar que estrategias de Promoción de la salud, planteadas en la línea estrategia, de desarrollo social desde el Plan de Desarrollo Departamental 2008- 2011, Atención primaria en salud - APS- Escuelas Saludables -EES-, Información, Comunicación y Educación -IEC-, Participación social en salud, Sistemas de Información; se vienen implementando a partir de los componentes, variables e indicadores							
Estado actual de implementación para cada una de las estrategias								
Según el Plan Nacional de Salud Pública, que estrategias de promoción de la salud, viene adelantando el municipio								

Estrategia		**Idea/Noción**	**Anteproyecto**	**Proyecto formulado**	**Proyecto en ejecución**	**Observaciones**
1	Atención primaria en salud -APS-					
2	Escuelas saludables -EES-					
3	Entronos laborales saludables -ELS-					
4	Información, educación y comunicación -IEC-					
5	Particpación social en salud					
6	Sistemas de información					

La escuela como escenario para la promoción de la salud

CAPÍTULO 3

La escuela como escenario para la promoción de la salud

Autores:
Lina Gómez Lopera. Licenciada en Educación Especial.
Consuelo Torres Tamayo. Antropóloga. Mg. en Educación y Desarrollo Humano.
Lina Patricia Zapata Vélez. Licenciada en Educación Especial.
Ana Orfilia Martínez Ruiz. Enfermera Mg. en Salud Pública
Jairo Esteban Páez Zapata. Psicólogo.
Rosalba Londoño Zapata. Antropóloga. Mg. en Educación y Desarrollo Humano.
Asesor:
Humberto Ramírez Gómez. Médico Pediatra. Mg Salud Pública

Presentación

La Estrategia de Escuelas Saludables ha recorrido amplio camino como alternativa para la promoción de la salud, en el campo de la intersectorialidad, especialmente entre los sectores de salud y educación. La preocupación por propiciar entornos saludables ha llevado a las instituciones públicas y privadas a pensar estratégicamente en cómo materializar procesos de articulación para que el desarrollo de los seres humanos y su relación con el mundo sea cada vez más holístico y transformador. En este sentido, Colombia adopta la Estrategia de Entornos Saludables, la cual tiene como fin último el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población, en el marco del logro de los objetivos del desarrollo de milenio. De esta manera, propiciar entornos saludables en la escuela —entorno escolar— no son solo las acciones individuales que realizan los sectores vinculados para el desarrollo del escolar, sino que estas trascienden a las dinámicas políticas, sociales, educativas, culturales y éticas de, en y para el desarrollo de las comunidades educativas.

Este ejercicio de articulación intersectorial posibilita en un primer momento, la orientación del quehacer de manera integral, para la puesta en marcha de las políticas internacionales, nacionales y locales que se configuran en planes, programas, proyectos y estrategias; en un segundo momento, la transformación hacia un entorno saludable, y finalmente la generación de conocimiento que se

constituye en la consecución de aprendizajes significativos para la vida de los niños, niñas, adolescentes, docentes, directivos docentes, padres, madres de familia y la comunidad educativa en general.

Atendiendo a lo anterior, la propuesta que se presenta a continuación se considera una herramienta de carácter reflexivo y pedagógico que propende a la comprensión de Escuelas Saludables como una estrategia que con sus fundamentos y acciones metodológicas, contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de toda la comunidad educativa.

El presente capítulo se desarrolla en cuatro partes. La primera, contiene definiciones y antecedentes de la Estrategia Escuelas Saludables; la segunda, comprende las aproximaciones conceptuales: enfoque de desarrollo humano, desde la perspectiva de necesidades, desarrollo a escala humana y desde la perspectiva de derechos; la parte siguiente, describe acercamientos metodológicos con base en un enfoque crítico social y la presentación de una propuesta metodológica con varios anexos: guía orientadora para la implementación de la Estrategia en el departamento de Antioquia, instrumento de diagnóstico inicial, instrumentos e instructivo; este hace parte del Sistema de Información de Escuelas Saludables —SIES—. Estos anexos son insumo para el proceso de caracterización y seguimiento en su implementación. Por último, se presentan algunas ideas que ponen de manifiesto cómo se puede configurar un entorno escolar en un entorno escolar saludable.

¿Qué es la estrategia?

El concepto estrategia se considera como un conjunto de acciones con el propósito de alcanzar un objetivo previamente determinado. Diseñar una estrategia requiere evaluar varias posibilidades de acción para lograr tal propósito; sin embargo, estas propuestas tienden a cambiarse con relación a las necesidades, los ambientes, la factibilidad y demás factores que inciden en el contexto.

En este sentido, la Estrategia de Escuela Saludables concibe ese conjunto de acciones planificadas, coordinadas, integradas e integrales con el propósito de mejorar el entorno escolar, escenario que posibilita el desarrollo y disfrute de la vida de la comunidad educativa.

El departamento de Antioquia retoma Escuelas Saludables como una estrategia de promoción de la salud en el entorno escolar para contribuir en la salud, el bienestar y en el desarrollo humano, social, sostenible, incluyente y territorialmente equilibrado de la comunidad educativa, mediante la articulación y coordinación de acciones intra- intersectoriales (salud, medio ambiente, educación, entre otros).

La Estrategia incorpora los cinco componentes generados desde los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables construidos por el Ministerio de la Protección Social y otros (220), estos son:

Políticas públicas y planes para la escuela. Busca la articulación de políticas institucionales en salud, educación y el empoderamiento de las mismas para responder a las necesidades propias de la comunidad, incorporándolas a planes educativos municipales, proyectos educativos institucionales, proyectos escolares de salud sexual y reproductiva, salud infantil, salud mental, medio ambiente, aprovechamiento del tiempo libre y participación ciudadana, articulando dichas acciones a las que se realizan en el plan de salud pública; finalmente, se propone la generación de propuestas y estrategias enmarcadas en políticas saludables que tengan mediación en los determinantes de la salud.

Ambientes saludables en la escuela. Este componente identifica dos ambientes, los físicos y psicosociales; los primeros, tienen como objetivo mejorar las condiciones de los espacios en donde habita la comunidad educativa; entre las acciones que se implementan, se encuentran los planes de atención a emergencias, prevención de desastres y mejoramiento de infraestructura; y los segundos, ambientes psicosociales, se refieren a la calidad y calidez de las relaciones entre las personas, a la manera como estos resuelven los conflictos, además se dinamiza la cultura escolar, convirtiéndose así, en factores de bienestar emocional y factores protectores; entre las acciones que se realizan están los proyectos de salud mental, habilidades para la vida, proyectos de convivencia escolar con enfoque de género, incluyendo las metas del desarrollo humano (autoestima, autonomía, creatividad, felicidad, solidaridad, salud y resiliencia) planteadas el Grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia (221) y que fueron adoptadas por Comité Técnico Nacional de Entornos Saludables (222).

Empoderamiento y participación social en salud. Pretende que las comunidades educativas reconozcan y sean conscientes de sus derechos y deberes, se generen alianzas estratégicas que permitan la sostenibilidad de acciones y fomente la participación activa de todas y todos. Entre los escenarios propicios para el empoderamiento, se encuentran la Escuela de Padres, el Gobierno Escolar, Personerías estudiantiles, entre otros.

Educación para la salud con enfoque integra. Tiene el propósito de fomentar conocimientos en hábitos y estilos de vida saludable, pretendiendo que las acciones en salud, no sean únicamente preventivas y asistenciales, ni responsabilidad exclusiva del sector salud, comúnmente denominadas, “salud escolar”. Los distintos proyectos y programas que se ejecutan por los diferentes sectores

a favor de la primera infancia son una fortaleza para articular este componente en el inicio del ciclo vital.

Reorientación de servicios de salud y vigilancia en salud pública. Propende a la integración y articulación con los servicios que promueven la salud, la prevención de la enfermedad y la atención de los escolares de manera oportuna, equitativa y de óptima calidad, como respuesta a sus necesidades y contingencias, especialmente con los programas del Plan de Seguridad Nutricional y Alimentario para Antioquia (MANA), salud visual, salud bucal, vacunación, salud sexual y reproductiva, programa de acompañamiento a la madre gestante (control prenatal), programa de crecimiento y desarrollo, Salud Integral para Infancia (SIPI) ,"Por su Salud Muévase Pues", entre otros, que se ofrezcan en los niveles local y otros con carácter departamental y nacional, todos ellos son fuente primordial de escuelas saludables, considerando que la *articulación intersectorial* es un eje transversal de esta estrategia.

Con base en lo anterior, la escuela es considerada un espacio de interrelaciones entre los sujetos, donde se vivencian diferentes expresiones en el aprendizaje, la cultura y la diversidad, estableciendo construcciones, intercambios y significaciones, conlleva a la conformación del tejido social y del desarrollo humano en el contexto educativo y social, en los cuales, acontece un escenario histórico que a su vez transforma el entorno escolar con el devenir de los cambios políticos, económicos, sociales y culturales que influyen cotidianamente en la sociedad.

En síntesis, la Estrategia Escuelas Saludables reconoce la escuela como portadora de una historia sociocultural, constructora de cotidianidades y forjadora de ambientes saludables. En el campo de la promoción de la salud, esta se constituye como:

- Escenario para la construcción de un sujeto saludable, entendido como aquel que reconoce sus derechos, sus deberes, los mecanismos de exigibilidad que conlleva a una vida armoniosa y al fomento de la participación social. Es, de igual forma, aquel que en sus cotidianidades promueve estilos de vida saludable, construye relaciones solidarias con los otros y comprende la diversidad en la construcción de dichas relaciones sociales.
- Espacio para la formación, la información, la educación y la comunicación en y para ella.
- Promotora de salud, dirigiendo acciones hacia la construcción de metas de desarrollo, para la transformación de actitudes y aptitudes frente a la vida y al desarrollo de habilidades para vivir y convivir en sociedad.

Antecedentes

Escuelas saludables en el ámbito internacional y nacional

En el año 1950, se iniciaron las primeras acciones de salud escolar, propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización para la Educación, la Ciencia y la Cultura de las Naciones Unidas (Unesco), y el Fondo de las Naciones para la Infancia (Unicef), en razón de los altos niveles de mortalidad en la población infantil, especialmente la menor de cinco años.

Como se menciona en el capítulo uno, desde la Declaración de Alma-Ata, en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud en septiembre de 1978, la Organización Mundial de la Salud, reafirma que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad; se dice que es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector sanitario (223).

Posteriormente, el Grupo Escocés de Educación para la Salud, centro asesor de la OMS, dio fuerza a las acciones en salud a través de diversas reuniones en Burley (Reino Unido) en 1984, Lieja (Bélgica) 1985, y posteriormente el Simposio sobre la Escuela Saludable en Peebles (Escocia) 1986 (224).

Dichas reuniones se centraron en considerar la escuela como aquel lugar ideal para la educación en salud y el entorno más conveniente para el desarrollo y el bienestar físico, mental, social y ecológico de las y los estudiantes; por consiguiente, los programas de salud escolar, fueron considerados fundamentales en las décadas de los 80 y 90 para mejorar la situación de salud de la población estudiantil.

La idea fundamental de los diferentes encuentros, se centró en aunar esfuerzos para que la salud sea equitativa y acorde a las necesidades de todas las personas. Este precepto también es considerado en la Carta de Ottawa (1986), que hace referencia a la promoción de la salud como el medio de empoderamiento de los pueblos para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre los determinantes de la misma. En la Carta se desarrollan cinco principios o lineamientos para la participación activa en la salud, estos son: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales, y la reorientación de los servicios sanitarios (225).

Según el Grupo Escocés de Educación para la Salud (GEES) la promoción de la salud en la escuela debe entenderse como una combinación entre la educación para la salud y el conjunto de acciones que la escuela adopta para proteger o conservar la salud de las personas. Estas acciones deben ser pensadas con y para la comunidad educativa ya que los integrantes de la misma, son el foco principal de cualquier actividad en promoción de la salud, razón por la cual una Escuela Saludable requiere la integración de los conocimientos, actitudes y necesidades propias de cada comunidad.

En la Cuarta Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud organizada en Yakarta (Indonesia) en julio de 1997, se señala que la salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social. Junto a esto se hace referencia a los determinantes de la salud entendidos como aquellas características que aseguran el desarrollo y el bienestar de los individuos, las comunidades, las naciones y se establecen los nuevos desafíos para el siglo XXI: La paz, la vivienda, la educación, la seguridad social, las relaciones sociales, la comida, los ingresos, el empoderamiento de las mujeres, un ecosistema estable, el uso sostenible de los recursos, la justicia social, el respeto de los derechos humanos y la equidad (226).

De acuerdo con lo expuesto, se considera promoción de la salud el conjunto de estrategias que se direccionan de manera organizada y articulada en los entornos familiares, escolares, laborales y comunitarios para lograr la salud pública, es decir la salud de todas y todos.

En América Latina, la idea de escuelas saludables es reforzada con la iniciativa regional de Escuelas Promotoras de Salud, dada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tras la reunión de Costa Rica en el año 1994 (227), buscando integrar los servicios de salud a los programas de educación en países del continente. No obstante, la educación para la salud, no estaría orientada solamente en acciones de salud escolar de carácter asistencial, sino al mejoramiento de los ambientes físicos, psicosociales y al fomento de la participación por medio de proyectos integradores en salud con la comunidad educativa.

En Colombia, el desarrollo de la Estrategia de Escuela Saludable ha recorrido un camino arduo en lo político, social y público. El énfasis dado a la atención en salud en las décadas de los 70 y 80, dirigido primordialmente a las mujeres en edad fértil, a las complicaciones de las mujeres gestantes y a la intervención en las enfermedades prevalentes de los niños y niñas menores de cinco años, dejó de lado en cierta medida las acciones en salud para la población en edad escolar. Con la Constitución Política de 1991, se empezó a madurar la idea de mantener la salud

y la calidad de vida de esta población, enfatizando que la salud debe considerarse un derecho fundamental en todos los grupos de edad, no sólo para los niños y niñas menores de cinco años, sino también para los jóvenes y adultos. Por tanto, la escuela se concibe como uno de los entornos primordiales para la promoción de la salud, para todas las comunidades, municipios y países.

Mediante la Ley 100 de 1993, se plantea la promoción de la salud como una estrategia para mantener la salud de toda la población y solo hasta el año 2000, el Ministerio de Salud, orientó la vinculación e integración de programas de escuelas saludables al Plan de Atención Básica (PAB), reemplazado posteriormente por el Plan de Salud Pública (Ley 1122 de 2007 y Decreto 3039 de 2007).

En el sector educativo, la Ley General de Educación 115 de 1994, en el artículo primero resalta la importancia de la educación como un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y sus deberes (228). Se entiende que a partir de esta ley, se abre un espacio institucional para que el diseño y ejecución de los programas de educación en salud se conviertan en un instrumento pedagógico primordial para el desarrollo de acciones que benefician al entorno escolar y a la comunidad, y así mismo, sea el soporte para la creación de programas que involucren el componente del desarrollo humano integral y sostenible. Es así como se hace necesaria la implementación de acciones en la escuela, que orienten a las y los estudiantes a participar en las decisiones en el marco de entorno saludable, y en correlación con los objetivos de la promoción de la salud promulgados en la Carta de Ottawa.

El desarrollo de las políticas que favorecieron la creación de la Estrategia y el reconocimiento de problemáticas crecientes de la población en edad escolar, llevaron a los Ministerios de la Salud, Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) a la formulación de los lineamientos de la Escuela Saludable en el año 1999, definiendo tres grandes áreas: la educación para la salud, la creación de ambientes y entornos saludables, y la reorientación de los servicios de salud, educación, alimentación (229).

El documento resultante de la anterior iniciativa arrojó el perfil del escolar colombiano, su situación demográfica, de salud, educación y los principales factores de riesgo a los que está expuesto. Se definió Escuela Saludable como una Estrategia que busca fundamentalmente, la promoción de la salud de niñas niños y jóvenes mediante el abordaje de la problemática que afecta la salud de los escolares, gestionando la participación de sectores, instituciones y organizaciones sociales interesadas en este mismo fin (230); y así mismo sentó las bases para la

implementación de la Estrategia en los departamentos y municipios y la iniciativa de organizaciones no gubernamentales para presentar propuestas de trabajo.

En este sentido, el instituto Proinapsa de la Universidad Industrial de Santander (UIS), orientó su trabajo en la construcción de una guía denominada, "Hacia la construcción de Escuelas Saludables" (231), documento líder en la implementación metodológica de la estrategia, dirigida a docentes y personal de salud. La iniciativa del Instituto le permitió interactuar en espacios académicos y de formación; en el año 2000 ofreció el primer curso-taller nacional "Construyendo Escuelas Saludables", en el cual participaron coordinadores de promoción y prevención de varias regiones del país. Este texto, fue insumo para el fortalecimiento de la Estrategia, mediante asesoría y asistencia técnica a municipios y departamentos, además de un *software* para la vigilancia nutricional a escolares (Sivine).

Otra iniciativa que se considera insignia, después de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud en 1998, fue el establecimiento de la red colombiana de Escuelas Saludables en el año 2000. Para la construcción de esta red participaron las secretarías departamentales y distritales de salud y educación, ministerios de salud y educación, el Instituto Nacional de Salud, la Universidad Nacional, Universidad del Bosque y la Organización Panamericana de la Salud. Esta red tiene como propósito fundamental establecer mecanismos de comunicación adecuados entre las instituciones educativas, las instituciones del sector salud y bienestar, los entes municipales, departamentales o gubernamentales nacionales, las personas y entidades particulares, organizaciones no gubernamentales para así mejorar la calidad de vida de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y comunidad educativa en general para contribuir a la construcción cultural de la paz, fomentando el intercambio de conocimientos y experiencias entre diferentes actores que dan cuenta de la Estrategia (232).

Otra experiencia importante fue la desarrollada en la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá en el año 2003, institución que estableció el programa TIPICA-S (233), estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los espacios educativos. Esta pretende reorientar el proyecto misional de las instituciones educativas, incluye principios de responsabilidad cívica, y práctica de comportamientos seguros en salud, disminuye las conductas de riesgo, y favorece el autocontrol emocional y la resolución adaptativa de conflictos. Busca además que los proyectos educativos institucionales vinculen nuevas estrategias en la formación para la comunidad educativa, como el desarrollo de *habilidades para la vida.*

El equipo técnico de entornos saludables, conformado por: Ministerio de la Protección Social (MPS), Ministerio de Educación Nacional (MEN), Ministerio de

Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT), Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), Acción Social, Secretaría de Salud de Cundinamarca, Secretaría de Salud de Bogotá, Secretaría de Educación de Cundinamarca y la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, en alianza con otros sectores e instituciones, entre ellos: Universidad Nacional de Colombia, Universidad de Antioquia, Universidad de los Andes, UN-HABITAT, Plan Internacional, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Dirección Departamental de Salud de Antioquia, Dirección Departamental de Salud del Cauca, Dirección Departamental de Salud de Nariño, Fe y Alegría, y la Universidad Industrial de Santander, a través del Instituto PROINAPSA, publica en el año 2006, los Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables Escuela Saludable y Vivienda (234); este documento, desarrolla antecedentes internacionales y nacionales, componentes, líneas de acción y actividades específicas que facilita la comprensión y ejecución de la estrategia escuelas saludables en este caso.

En 2009, el equipo técnico, liderado por el Ministerio de la Protección Social, presenta un compendio de documentos, denominado: entornos saludables y desarrollo territorial en Colombia: impulso al logro de los objetivos de desarrollo del milenio con equidad: estrategia de entornos saludables. Serie de documentos (235).

Durante esta trayectoria histórica, se pueden evidenciar en la tabla 25 los grandes cambios que ha vivido la Estrategia, iniciando con salud escolar, continuando con escuelas promotoras de salud y hasta la fecha escuelas saludables:

Tabla 25. Resumen histórico escuelas saludables. Internacional y nacional

Año	Organización	Suceso
1950	OMS, UNICEF y UNESCO	Se iniciaron las primeras acciones en salud escolar, orientadas a niños y niñas menores de cinco años, centradas en la prevención de la enfermedad
1986	Conferencia Internacional de Promoción de la salud de Ottawa, Canadá,	Se establecen las condiciones y requisitos para la salud (la paz, la educación, la alimentación, la renta, la vivienda, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad)
1990	Cumbre Mundial en favor de la Infancia Nueva York	Derecho a la educación primaria para todos y todas. Reducción de la tasa de analfabetismo
1990	La iniciativa Mundial de Salud y la Educación Sanitaria en las Escuelas	Diseño de directrices generales sobre educación en salud escolar (pruebas piloto de escuelas promotoras de salud en países europeos)
1994	OPS	Escuelas Promotoras de Salud en América Latina. Análisis de problemáticas de salud en la escuela, inicio de perspectiva integral

Año	Organización	Suceso
1995	OPS/OMS	Lanzamiento oficial en Colombia de la Iniciativa Regional de Escuelas Promotoras de la Salud, IREPS, conocida en nuestro país como Escuela Saludable, dirigida a facilitar la promoción y la educación para la salud con enfoque integral en el ámbito escolar
1997	Ministerio de Salud y de la Protección Social	Adopción de la Estrategia para el país
1998	Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud	Acuerdos para establecer la Red de Escuelas Promotoras de Salud
2006	El Comité Técnico Nacional de Entornos Saludables	Lineamientos de las Estrategias de Escuela Saludable y Vivienda Saludable.
2009	El Comité Técnico Nacional de Entornos Saludables	Divulga la Estrategia de Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia: Impulso al Logro de los objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad: Estrategia de Entornos Saludables. Serie documentos.

Escuelas saludables en el ámbito departamental

Desde la década de los 80, en el departamento de Antioquia, las acciones de salud en la escuela se implementaron mediante la ejecución del Plan Nacional para la Supervivencia y Desarrollo Infantil (Supervivir) y el Programa de Educación Familiar para el Desarrollo Infantil (Pefadi), conjuntamente entre la Secretaría de Educación para la Cultura (Seduca), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Dirección Seccional de Salud y Protección de Antioquia (DSSA).

La Universidad de Antioquia, desde el año 2000, viene profundizando en las Estrategias de Municipios Saludables (EMS) y Escuelas Saludables, a través de la conformación del Grupo Base EMS. Escuelas Saludables, que en los marcos misionales de la investigación, docencia y extensión universitaria, ha contribuido con diversas reflexiones conceptuales y experiencias comunitaria, a partir del enfoque de desarrollo humano en las esferas, metas del desarrollo, perspectiva de derechos necesidades y potencialidades (236).

En el 2001 para dar cumplimiento a las metas del Plan de Desarrollo Departamental Una Antioquia Nueva, el Departamento de Antioquia, incorpora Estrategias de Municipios Saludables (EMS) y Escuela Saludable para promover la salud.

Para la ejecución del componente de Salud del Plan de Desarrollo del Departamento de Antioquia "Antioquia nueva": un hogar para la vida 2004-2007, la Dirección Seccional de Salud, en los años 2003 y 2004, estableció convenios interadministrativos con la Universidad de Antioquia para implementar en algunos municipios

del departamento las estrategias Municipio Saludable y Escuela Saludable; y en 2006-2007, la implementación de la estrategia Atención Primaria en salud, como acciones de promoción de la salud con el enfoque de Desarrollo Humano.

De igual manera en el año 2009, en el marco del Plan de Desarrollo "Antioquia para todos Manos a la obra" 2008-2011, en la línea estratégica de Desarrollo Social, mediante convenio interadministrativo con la Universidad de Antioquia, se realiza asesoría y asistencia técnica a municipios del departamento, para la consolidación de la Estrategia Escuelas Saludables.

En este recorrido histórico de la Estrategia Escuelas Saludables se vislumbran diversas transformaciones en la concepción de salud, salud pública, salud en la escuela y entorno escolar; cada vez más, buscando el bienestar de la población a partir del enfoque de desarrollo humano social, sostenible, incluyente y territorialmente equilibrado. Es aquí donde el reto se constituye en la articulación intersectorial de las organizaciones y en el desarrollo integral de la población que allí se construye. Es por esto que Escuelas Saludables como estrategia de promoción de la salud establece una apuesta política y pública que busca la formación de seres humanos con herramientas para desarrollarse en su cotidianidad y en su cultura, construyendo colectividades y prácticas saludables frente a las relaciones que se establecen con los otros y las otras.

Después de haber realizado una contextualización general frente a cómo ha evolucionado la Estrategia Escuelas Saludables en los ámbitos internacional, nacional y departamental, se presentan a continuación, algunos acercamientos conceptuales que han permitido fundamentar su puesta en marcha en el departamento de Antioquia.

Fundamento conceptual de la estrategia

Para desarrollar los planteamientos que fundamentan la Estrategia Escuelas Saludables desde el enfoque de Desarrollo Humano, se hace necesario comprender la noción de desarrollo.

Generalmente, el desarrollo está asociado con la forma como un país provee a la población de bienes y servicios. Dicha concepción centra su interés habitualmente en lo económico, tecnológico y manejo de los recursos naturales; aspectos que en la mayoría de las veces, están enfocados hacia el crecimiento de la economía para la satisfacción de las necesidades básicas como alimentación, vivienda y salud, partiendo así de un modelo de economía clásica. Sin embargo, varios autores describen que este crecimiento no se traduce en la satisfacción de todas las necesidades para lograr la calidad de vida y el bienestar de la población.

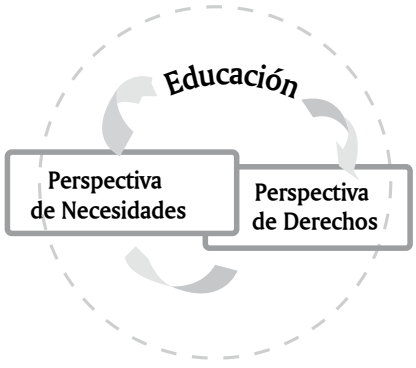
En el enfoque de Desarrollo Humano esta idea de desarrollo desde la economía neoestructural genera la tensión cuando se formula la pregunta por el desarrollo en términos de lo humano, y se plantea la necesidad de articular el crecimiento económico para satisfacer las necesidades básicas con las necesidades de orden psicosocial, teniendo en cuenta la diversidad de contextos socioculturales y reconociendo individualidades y colectividades.

El desarrollo humano comprende que la necesidad desde factores económicos solo se constituye en un segmento de lo que necesita el ser humano para vivir y transformar su realidad, puesto que se resaltan las necesidades y potencialidades afectivas, comunicativas, relacionales, de entendimiento, de comprensión de su realidad social, posibilitando, así, la articulación entre las esferas ontológicas, económicas, políticas, sociales, culturales, ambientales, tecnológicas y morales en que las relaciones con los otros, las otras y con el mundo son determinantes para el desarrollo integral de un país.

Otro abordaje del desarrollo humano es la perspectiva de derechos, los cuales reconocen al ser humano como ser social poseedor de conciencia y merecedor de sus derechos como ciudadano. Ser ciudadano significa situarse como colectividad, lo que implica actuar con libertad ante el reconocimiento de las dinámicas sociales, políticas y culturales de la sociedad; la libertad, se entiende como la capacidad que tienen los sujetos para tomar decisiones en las relaciones que cotidianamente tejen y al sentido que le dan a la vida elegida.

La figura 24 representa el acercamiento conceptual de la Estrategia Escuelas Saludables fundamentada desde el enfoque de desarrollo humano, estas dos perspectivas propuestas (necesidades-satisfactores y de derechos) toman fuerza en la medida en que la educación, es un expansor de libertades y potencialidadades.

Figura 24. EES desde el enfoque de desarrollo humano



Escuelas saludables desde el enfoque de desarrollo humano

Después de la Segunda Guerra Mundial, el bienestar de la población giraba en torno a la economía clásica, la cual proponía que el crecimiento económico de la mano del progreso tecnológico implicaría bienestar para toda la población, asumiendo que el mejoramiento de las condiciones de vida sería una resultante del fortalecimiento de los procesos productivos, comerciales y financieros. Esta concepción, deja de lado al ser como sujeto social y creador de su propia historia; produciéndose un desequilibrio entre el ser humano, la tecnología y la naturaleza.

Desde el primer informe de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de 1990 se define el desarrollo humano "como un proceso de ampliación de opciones de las personas, considerando tres opciones esenciales: llevar una vida saludable, adquirir conocimientos, y tener acceso a los recursos necesarios para mantener una vida decente, si no se dispone de esas opciones esenciales, muchas otras oportunidades permanecen inaccesibles" (237).

Ante esta reflexión, surgen nuevas miradas frente al desarrollo, entre las cuales está la propuesta por Manfred Max Neef, autor que centra sus postulados en una economía transdisciplinaria para la sustentabilidad, entre otros aspectos expone que: "la economía está para servir a las personas y no las personas a la economía y también que ningún proceso o interés económico, bajo ninguna circunstancia, pueden estar por sobre la reverencia por la vida" (238). Con estos postulados, el autor fortalece y argumenta el *desarrollo a escala humana*, centrado en el sujeto social, capaz de desarrollar procesos participativos; un ser comprometido en la construcción de procesos sociales y políticos, fortaleciendo redes de ayuda social, en los diferentes entornos que habita.

De acuerdo con Max Neef "la calidad de vida depende de las posibilidades que tienen las personas de satisfacer las necesidades humanas fundamentales". En este sentido, propone hablar de necesidades y satisfactores. Las necesidades son comunes a todos los individuos, lo que varía es la forma de satisfacerlas. Los satisfactores son múltiples y variados, dependiendo, entre otros, de los valores, creencias, hábitos y conductas individuales y colectivas (239).

Para visibilizar esta perspectiva, el autor en mención, propone la *matriz de desarrollo a escala humana* en la cual se plantean las necesidades ontológicas, relacionadas con el ser, el tener, el hacer y el estar del ser humano, categorías que obedecen a la construcción y desarrollo de las capacidades y potencialidades, y ubica la necesidad en lo existencial y no en lo material; y desde lo axiológico plantea las necesidades de: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, ocio,

creación, participación, identidad y libertad. Las necesidades ontológicas y axiológicas se pueden interrelacionar, interactuar y compensar entre sí; esto, dependiendo sustancialmente de cómo el ser humano da significado a las necesidades que demanda y a los satisfactores que requiere para lograr el pleno bienestar.

La forma de satisfacer las necesidades puede dar cuenta del grado de desarrollo o no de una población. Max-Neef afirma que "cualquier necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha, revela una pobreza humana" (240). El desarrollo humano es integral e integrado; integral porque los procesos de desarrollo biológicos, cognitivos, éticos, sociales, afectivos, sociales y políticos de los seres humanos, no se generan de manera fragmentada; e integrado porque estos procesos "se encuentran interrelacionados, por lo tanto la armonía del desarrollo se relaciona con el progreso sinérgico de estos procesos, y no con su evolución aislada" (241).

Desde esta perspectiva, el desarrollo humano es un proceso continuo cuyo escenario es la vida cotidiana, así la familia, la escuela, la calle, el barrio, el parque, son por excelencia espacios de socialización, construcción social y por ende, *escenarios para la educación*. Allí se hace necesario promover en los niños, niñas y adolescentes estilos de vida que contribuyan a crear bienestar individual y colectivo, que les permita edificar su mundo, crear identidad, reconocer y ser reconocidos, cuidarse y cuidar al otro.

Para crear un ambiente favorable en los núcleos de socialización primaria (entorno familiar) y secundaria (escolar y comunitario), es necesario analizar la forma de cómo los niños, niñas y adolescentes, viven la cotidianidad. Los espacios escuela-familia-comunidad, como lo plantea Nicolás Buenaventura, la "Escuela Grande" (242), son entornos que propician el empoderamiento del ser humano, participando en las acciones y decisiones que buscan el desarrollo integral de su comunidad. En este sentido, la escuela no se considera como único escenario para el aprendizaje.

Con base en lo anterior, es fundamental mencionar que a partir del enfoque de desarrollo humano, se han establecido estrategias que en el marco de Escuelas Saludables, contribuyen con el alcance de una vida saludable en todos los entornos. Entre estas estrategias, se encuentran las Metas del desarrollo y Habilidades para la vida.

Metas del desarrollo

El Grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia, mediante la propuesta de *crianza humanizada*, para la generación de un entorno familiar saludable, sugiere incorporar las siguientes metas del desarrollo desde la primera infancia:

autoestima, autonomía, creatividad, felicidad, solidaridad, salud y resiliencia (243). Comprendiendo meta como el deseo o el fin para ser en la vida y lo que implica formarse y transformarse.

Si bien se debe hacer énfasis en los primeros años de vida, estas metas cobran sentido en la escuela para que los niños, niñas y adolescentes desarrollen formas saludables de estar en el mundo, es considerable potenciar estas metas con toda la comunidad educativa, puesto que son propias para el desarrollo de todos los seres humanos, siendo la escuela uno de los escenarios, donde tanto estudiantes como docentes y familias afianzan las relaciones, construyen sueños, expresan sentimientos y emociones, relaciones que pueden dar cuenta de la forma de satisfacer algunas de las necesidades fundamentales como lo son el entendimiento, el afecto, la protección, la identidad y la libertad.

Desde esta mirada, la escuela posibilita la interacción social y académica entre los sujetos, allí se expresan diversas formas de sentir, pensar y actuar, tres verbos que en educación, son indispensables para el desarrollo y bienestar de los niños, niñas adolescentes y jóvenes; abriendo así, el abanico de posibilidades para el desarrollo de habilidades y el diseño de proyectos saludables para la vida.

Habilidades para la vida

Es una propuesta planteada por la Organización Panamericana de la Salud, 2001 (244), la cual tiene como propósito incidir en los niveles de calidad de vida de adolescentes y jóvenes proporcionando herramientas para ser, tener, hacer y estar en el mundo.

Las habilidades para la vida, se consideran aquellas aptitudes que requiere el ser humano para enfrentarse a las diversas situaciones de la vida. Para la OPS, las habilidades para la vida abarcan tres categorías básicas, que se complementan y fortalecen entre sí: 1 *Habilidades sociales o interpersonales* incluye comunicación, habilidades para negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía. 2 *Habilidades cognitivas,* incluye solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y autoevaluación. *3 Habilidades para el control de emociones*, incluye el manejo del estrés, los sentimientos, el control y el monitoreo personal.

Estas estrategias, toman relevancia en las acciones que se realizan en el marco de Escuelas Saludables, puesto que uno de sus componentes está orientado a crear y recrear ambientes psicosociales saludables situaciones de aprendizaje que posibiliten la formación en contexto, la resolución de problemas, aprender a vivir, a convivir y a establecer canales de comunicación asertivos y amables, lo

que implica primordialmente el reconocimiento y aprendizaje de sí mismo, para la construcción de colectividades.

Escuelas saludables, impulsoras de derechos en salud y educación

La educación en Colombia se constituye en un derecho fundamental tal como se expone en la Constitución Política de 1991 en el Art. 67 "es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura".

Así mismo, se define que:

> La Educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente. El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la Educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y que comprenderá como mínimo, un año de preescolar y nueve de Educación básica. La Educación será gratuita en las instituciones del Estado, sin perjuicio del cobro de derechos académicos a quienes puedan sufragarlo (245).

Con relación a lo anterior, el establecimiento educativo se considera uno de los espacios donde converge el acto educativo, de allí devienen todas las acciones para que los niños, niñas y adolescentes desarrollen sus capacidades y potencialidades para el mejoramiento de la calidad de vida, según sus diferencias, estilos, ritmos y maneras de comprender la vida. Es la escuela un escenario de interacción social, que *va* más allá de una estructura física donde comúnmente habitan las personas para recibir conocimiento.

Comprender la escuela en esta perspectiva, implica que los procesos sociales, educativos y culturales que allí se construyen, dirijan la mirada al ser humano desde la integralidad, quiere decir esto que el desarrollo del sujeto se constituye en todas las dimensiones y no de manera fragmentada; en tanto, la educación "es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes" […] (246).

El desarrollo humano promovido en la escuela, busca el reconocimiento de las capacidades de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, adaptando su proceso de formación, a la mejora de los niveles de autonomía y del ejercicio de la libertad. Ser autónomo implica adoptar el desarrollo de la libertad como satisfactor sinérgico para el proceso de transformación. Esta noción de libertad se refiere,

según Amarthya Sen "al tipo de vida que tenemos razón para valorar" (247) y que nos permite elevar la calidad de vida hacia un estado de bienestar.

Hablar de estado de bienestar implica fundamentalmente remitirse a salud, que como se expresa en los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables, es "un concepto amplio que depende de múltiples factores como la educación, la vivienda, la cultura, la alimentación, el empleo, las condiciones de trabajo, los hábitos personales, las redes sociales de apoyo, el entorno psicosocial, el ambiente físico y las capacidades individuales, comunitarias e institucionales" (248), siendo la educación un proceso constante e integrador, que busca además, la "formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre" (249). En esta medida, la salud incursiona en todos los actos educativos, pedagógicos, culturales, sociales y políticos de la vida escolar, incidiendo de forma positiva en la consolidación de hábitos y estilos de vida saludables que propenden al desarrollo integral de sujetos sociales con capacidades y habilidades para vivir.

En Colombia la Constitución Política, en su artículo 49, plantea que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos que están a cargo del Estado, por tanto se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Con este panorama legal se propone Escuela Saludable con el fin de articular las acciones para y en la salud, realizadas en el entorno escolar, fundamentadas en el Decreto 1860/94 (Proyecto Educativo Institucional) y entre otros, con la integración de los proyectos de enseñanza obligatoria, estipulados en la Ley 115/94, artículo14 (250). Por consiguiente, son los derechos el soporte para propiciar el desarrollo humano integral de la comunidad educativa.

La Ley 1098 de 2006 o Código de la Infancia y la Adolescencia, propende al desarrollo integral de los niños niñas y adolescentes para que se fortalezcan ambientes favorables y armoniosos que garantice bienestar en desarrollo familiar y social bajo el amor y la comprensión. El artículo 27 hace referencia al derecho a la salud, expresa que "todos los niños y las niñas y los adolescentes tienen derecho a la salud integral. Entendiendo la salud, un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico. Por tanto ningún hospital, clínica, centro de salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requieran atención en salud" (251).

A partir de esta ley se afianza el enfoque de desarrollo humano; un desarrollo armónico e integral que atienda las individualidades de cada sujeto dentro de un

ambiente colectivo como lo es la institución educativa. Estas obligaciones se hacen manifiestas en el artículo 44 de la ley referida, que hace alusión a las obligaciones de las instituciones educativas de contribuir a la formación de estilos de vida saludable, que enfatizan entre otros aspectos, al fortalecimiento de la identidad, el respeto por la dignidad y la integridad física, a la solución adecuada de conflictos, a la prevención del consumo de psicoactivos, orientación en la salud sexual y reproductiva, el derecho a la recreación, la participación, en la vida cultural y en las artes, elementos básicos en la construcción de un mundo más amable para los niños, niñas y adolescentes.

La construcción de sujetos sociales va más allá de un discurso asequible al derecho; comprender un sujeto social implica un reconocimiento de derechos y deberes y al mismo tiempo, el empoderamiento de los mismos para que las condiciones de vida sean cada vez más oportunas, permanentes y pertinentes. Cuando existe reconocimiento y empoderamiento de los derechos, en la escuela se hace necesario transformar el concepto que predomina sobre la salud (ausencia de enfermedad). Por ello la promoción de la salud trasciende este concepto, comprendiéndose como una situación que se incorpora en la cotidianidad del ser, en los modos y estilos de vida y en el disfrutar la vida encaminada hacia la felicidad, meta del desarrollo humano.

En tal medida, la promoción de la salud en el entorno escolar no se delimita a la puesta en marcha de acciones dirigidas a la población en edad escolar, sino que esta se constituye en un conjunto de estrategias que buscan el bienestar de toda la comunidad educativa, visibilizando esta como un sistema que representa una localidad donde interactúan los estudiantes, docentes, directivos docentes, personal administrativo, personal de servicios generales, padres, madres de familia o acudientes y personas que circundan la escuela, donde todos sus participantes devienen con una función social, así:

Docentes como gestores del conocimiento, con la responsabilidad de liderar desde un constructo pedagógico la formación en el ser, saber, hacer y saber hacer, el educar en contexto y con la capacidad de generar preguntas sin limitarse a dar respuestas.

Padres y madres de familia corresponsables del proceso educativo de sus hijos e hijas, colaboradores de los docentes en la cualificación continua del conocimiento; estos, son poseedores de conocimientos cotidianos y populares, que permiten construir saberes para la vida, para movilizar políticas y estrategias en pro del mejoramiento de la comunidad.

Estudiantes como gestores de su proceso educativo, no como receptores de postulados y problemas abstractos, sino pensadores de su propia existencia, de su relación con los otros y con el mundo.

Directivos docentes, administrativos, directivos y profesionales de servicios generales como líderes de gestión para que la comunidad educativa equilibre sus procesos de desarrollo educativo, familiar, social y comunitario.

Personas circundantes a la escuela, cómplices de la escuela, aquella vecindad en que incursionan diversas dinámicas socioculturales y que permean los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Es en este sentido que la comunidad educativa se constituye como un colectivo ciudadano, donde la participación y movilización para el desarrollo integral de los seres humanos que la habitan, se dimensiona sobre las realidades cotidianas que la atraviesan. Comprender estas realidades implica que sus actores respondan desde la lógica social, educativa, política y cultural a la exigibilidad de sus oportunidades y responsabilidades.

En esta vía, en el desarrollo humano, especialmente en la niñez y adolescencia, debe comprenderse la inclusión constante de las distintas dimensiones físicas, emocionales, afectivas, éticas y morales que permiten potenciar las capacidades para el desarrollo del pensamiento crítico, resolver conflictos y discernir frente a los sucesos que se presentan en la vida. Para la configuración de sujetos sociales Unicef, 2006 integra los derechos de esta población, en cuatro áreas (252), así:

- *Supervivencia y salud.* Contiene aquellas garantías centradas en la preservación de la vida y de un estado general de salud, nutrición y bienestar de los niños y las niñas.
- *Protección.* Contiene aquellas garantías que niños y niñas deben tener, tanto de su familia como del Estado, para ser atendidos en todas las situaciones que representen riesgo para su integridad física y emocional, entre otras, el maltrato, el abandono, la explotación laboral y el abuso sexual.
- *Educación y Desarrollo.* Contiene aquellas garantías que facilitan el desarrollo de las potencialidades de niños y niñas, como el afecto, la comunicación, la recreación, la educación en los primeros años de vida y el respeto por su cultura.
- *Participación:* contiene aquellas garantías necesarias para que los niños y las niñas desarrollen su capacidad para pensar y expresar libremente sus opiniones y para que estas sean tenidas en cuenta.

Una de las premisas del derecho a la educación y a la salud es que todos los seres humanos gocen de estos sin ninguna discriminación, comenzando así por el respeto a la diversidad, la comprensión de las costumbres, las creencias, los modos y estilos de vida, por tanto, la representación que cada uno percibe y

construye de la vida. En esta medida, la educación como derecho para todos y todas, se constituye en una meta del milenio en la que Colombia ha puesto su interés, especialmente para aquella población que por diferentes situaciones se le dificulta la accesibilidad y permanencia en el sistema educativo con calidad y pertinencia.

Como lo expone el Ministerio de Educación (2005):

> El derecho a la Educación se desarrolla en dos grandes dimensiones: a) la libertad individual que se ejerce a través de la construcción de autonomías en el mundo de saberes y valores, y b) la sociopolítica que se desarrolla en el marco de la solidaridad, la cooperación, la justicia y el bienestar social. Ambas dimensiones tienen un proceso gradual acorde con el crecimiento de los niños, niñas y jóvenes, buscan disminuir los obstáculos para garantizar el acceso al sistema educativo y fortalecer el crecimiento personal y colectivo mediante la apropiación de elementos que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida (253).

En esta medida, la Estrategia Escuelas Saludables, como escenario que permite la consecución del derecho a la salud y educación, mediante la articulación estratégica desde la intersectorialidad, programas y proyectos que propenden al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades educativas, concibe el beneficio de la misma para todas las poblaciones, haciendo énfasis en aquellas que por diversas situaciones se presenta vulneración de los derechos humanos y fundamentales, en especial, los anteriormente mencionados.

Como bien se sabe, no todos los seres humanos pueden acceder y vivir sus derechos de manera equitativa. La población infantil se considera un grupo especial al cual deben dirigirse acciones orientadas hacia el reconocimiento y otorgamiento de sus derechos, con el fin de potenciar su desarrollo al máximo, para que el paso por las diferentes etapas del ciclo de la vida, sea cada vez más saludable.

Cuando existe desigualdad en el libre ejercicio de los derechos ya sea por factores históricos, económicos, políticos, biológicos y sociales, se considera que existe un estado de mayor riesgo para el desarrollo del ser humano, planteado como situación de vulnerabilidad social. El Ministerio de Educación Nacional, en el año 2005, publicó los Lineamientos de Política de Atención Educativa a Poblaciones Vulnerables (254), allí se plantea que la situación de vulnerabilidad social, puede desencadenarse por los siguientes condicionantes:

Institucionales. Poca o nula presencia del estado o imposibilidad de acceso a los servicios que este debe prestar; carencia de desarrollo institucional en los ámbitos local y regional que atienda las necesidades básicas de las poblaciones; dificultades

de comunicación y relaciones de dependencia y desequilibrio con la economía de mercado; asentamientos en zonas de difícil acceso y de alto riesgo, rurales dispersas o urbano marginales; ausencia de manejo sostenible del medio ambiente, deterioro de ecosistemas por fenómenos de extracción indiscriminada de recursos naturales.

Ambientales y del entorno. Presencia de cultivos ilícitos que degradan los ecosistemas, intensificando todo tipo de problemas económicos, sociales y culturales; presencia de condiciones de extrema pobreza; expansión de situaciones de violencia armada y desplazamiento forzoso; para zonas de frontera, factores como la falta de documentación y el contrabando.

Salud. Problemas graves de seguridad alimentaria; problemas de desnutrición y anemia; altos índices de mortalidad, que afectan especialmente a niños y niñas, mujeres y ancianos.

Culturales. Situación de discriminación o riesgo de extinción no solo en términos biológicos, sino sociales y culturales; en el caso de las poblaciones étnicas, la vulnerabilidad está relacionada con las lesiones a la integridad y a la capacidad de pervivir, transformar condiciones de vida y lograr legitimidad en su interacción con el resto de la sociedad, sin perder su cohesión, autonomía e identidad.

Educativas. Bajos índices de escolaridad; dificultades frente a los procesos de aprendizaje (255).

Estos condicionantes pueden agudizar la situación de vulnerabilidad social, en tanto no solo se hace presente un condicionante sino dos o más de los anteriormente mencionados; o cuando más de la mitad de la población no puede suplir sus necesidades básicas, o cuando en el departamento de Antioquia, según el Plan de Desarrollo "Antioquia para todos, manos a la obra 2008-2001", la educación para la población infantil y en edad escolar es incipiente, los altos niveles de deserción permanecen, se presenta baja calidad educativa, persiste la mortalidad infantil y materna, la poca cobertura en aseguramiento, el desplazamiento forzoso, el conflicto armado y los altos niveles de pobreza expresados en 51,88% y situación de miseria en el 23,53% (256).

Podría manifestarse entonces que tanto el departamento de Antioquia como el país colombiano, se encuentran en "crisis" de vulnerabilidad social, aún más cuando la población que la caracteriza se constituye por ser altamente diversa y multicultural, no siendo este el problema, sino las pocas herramientas con que se cuenta para atender e interaccionar con la diferencia; aunque valdría la pena reflexionar, si para los otros, la diferencia es un problema.

A pesar de ello, reconocer y comprender estos condicionantes, ha permitido replantear perspectivas y miradas que como ya se ha mencionado, han contri-

buido con la comprensión de la complejidad del ser humano en el desarrollo. En este caso, Escuelas Saludables, comparte los principios de c*orresponsabilidad, participación, equidad, reconocimiento y multiculturalidad* para superar la vulneración de los derechos, los cuales se deben integrar desde las personas, hacia la escuela, la familia, la comunidad, la sociedad y el estado, construyendo así tejido social para el bien común.

De acuerdo con Jaques Delors (1994), y partiendo del enfoque de desarrollo humano, fundamento conceptual de Escuelas Saludables, es que se hace primordial concebir;

> [...] la función esencial de la Educación en el desarrollo continuo de la persona y las sociedades, no como un remedio milagroso [...] sino como una vía, ciertamente entre otras pero más que otras, al servicio de un Desarrollo Humano más armonioso, más genuino, para hacer retroceder la pobreza, la exclusión, las incomprensiones, las opresiones, las guerras, etc. (257).

Siguiendo la misma línea de reflexión sobre la garantía de derechos, es necesario retomar el informe de la Relatora Especial en torno al derecho a la educación en Colombia, Katarina Tomaševski (2004), quien manifiesta que las obligaciones internacionales del Estado en derechos humanos, comprometen a todas las instancias a incorporar los derechos humanos en todas las estrategias, políticas y acciones, y que requieren el concurso de todas las ramas del poder público. Para ello, se plantean cuatro aspectos que deben garantizar el derecho a la educación (258):

- **La accesibilidad.** El gobierno se impone asegurar la educación a todos los niños y niñas en edad escolar obligatoria.
- **La asequibilidad.** Engloba dos obligaciones gubernamentales diferentes. La educación como derecho *civil y político* requiere que el gobierno permita el establecimiento de escuelas y universidades, mientras que la educación como derecho *social y económico* requiere que el gobierno asegure que sea gratuita, obligatoria y asequible, por lo menos para todos los niños y niñas en edad escolar.
- **La aceptabilidad.** Supone garantías de calidad, estándares mínimos de salud y seguridad y requisitos profesionales para los maestros, los cuales deben ser estipulados, verificados y controlados por el gobierno. La aceptabilidad de la enseñanza se ha extendido considerablemente gracias al desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos. Los derechos de los indígenas y de las minorías han priorizado la enseñanza de su propia cultura en su propia lengua. La prohibición de los castigos físicos ha transformado la disciplina

escolar. La consideración de los niños y niñas como sujetos de derecho a la educación y de sus derechos en la educación ha extendido en gran medida los límites de la aceptabilidad. Además, el compromiso global con la eliminación de la discriminación por razón de género ha fusionado las definiciones de la aceptabilidad y adaptabilidad.

- **La adaptabilidad.** Exige que las escuelas se ajusten a los niños y niñas, de acuerdo con el principio del interés superior de cada niño y niña, incluido en la Convención sobre los Derechos del Niño. Este cambio revirtió la costumbre de forzar a los niños y niñas a que se adaptaran a cualquier escuela que se les ofreciera. Siendo los derechos humanos indivisibles, el requisito de adaptabilidad exige garantías para todos los derechos humanos dentro de la educación, así como para mejorar los derechos humanos a través de la ella (259).

Como bien se menciona en el informe especial de la relatora, si se omite cualquiera de los aspectos mencionados, se estaría vulnerando el derecho a educación, así mismo, podría asemejarse, si estas condiciones se refieren al ejercicio del derecho a la salud; por consiguiente, reconocer el derecho a la educación y a la salud no solo implica comprender las situaciones especiales de vulnerabilidad y los principios para superarla, sino que se requiere además un trabajo articulador entre los entes políticos, económicos, sociales, culturales y comunitarios.

En este sentido, la dificultad que se observa en el desarrollo de proyectos y programas a favor de los derechos humanos de las poblaciones, es la falta de articulación intersectorial; generalmente, se realizan acciones aisladas y fragmentadas, estando en contradicción con la integralidad en el desarrollo del ser humano. Pier Paolo Balladelli y otros (2007), concibe una acción intersectorial como:

> Una relación reconocida entre diferentes sectores para actuar sobre asuntos que mejoren la Salud y la Equidad en Salud, ésta adquiere una lógica de aplicación clara y persuasiva cuando se especifica el tipo de colaboración que se espera de los diferentes involucrados. Una vez formulada, la acción intersectorial requiere directivas claras que especifiquen el rol, las responsabilidades y las funciones involucradas en las actividades (260*).*

Con lo anteriormente expuesto, Escuelas Saludables se reitera, como Estrategia de acción intersectorial que busca la articulación, mediante el trabajo mancomunado. Tal como lo expone Jaques Delors: […] permiten escapar a la rutina, disminuyen y a veces hasta desaparecen las diferencias e incluso los conflictos entre los individuos. Estos proyectos que permiten superar los hábitos individuales y valorizan los puntos de convergencia por encima de los aspectos que separan y dan origen a un nuevo modo de identificación […] (261).

Metodología

La comunidad educativa como protagonista de la transformación de su realidad

El proceso metodológico que se plantea para la puesta en marcha de la Estrategia Escuelas Saludables, fundamenta su que hacer para la construcción del conocimiento en el enfoque crítico-social, caracterizado, según Escudero, citado por Pérez Serrano (1994), por asumir una visión dialéctica y global de la realidad educativa, asume una visión democrática del conocimiento, trata de articularse, generarse, organizarse en la práctica y desde la práctica (262). Este enfoque permite la comprensión de la realidad en las dinámicas y relaciones que se devienen y se transforman cotidianamente en los escenarios escolares; por tanto, la puesta en marcha de la Estrategia no podrá considerarse un cúmulo de conocimientos frente al cómo se desarrolla en un contexto en particular, sino como una construcción de colectividades que piensan, preguntan y problematizan la realidad circundante.

Una manera de materializar los postulados del enfoque crítico social es la investigación-acción-participativa (IAP), estrategia de investigación que permite rescatar las experiencias cotidianas a partir de las vivencias de los sujetos, sus relaciones con la comunidad y su entorno, siendo protagonista el conocimiento empírico e incluyendo a los miembros de la comunidad como coinvestigadores.

A partir de esta postura, se puede decir entonces que entre los principios metodológicos para el desarrollo de la Estrategia, se consideran los siguientes:

Las acciones se proponen desde momentos y procesos. En este principio es necesario comprender los procesos como un conjunto de acciones que se interrelacionan entre sí para un bien común; y el momento, como un proceso que delimita un tiempo determinado o varios tiempos; por consiguiente, la metodología de la Estrategia se sostiene en un ir y venir, con base en las circunstancias y sucesos que se presentan en el entorno escolar, sin querer decir que este no se conciba desde el diseño e implementación de la planeación, la cual denota momentos y procesos organizados, sistemáticos y coherentes.

La interinstitucionalidad e interdisciplinariedad. El reconocimiento de la diversidad en el conocimiento, en las apuestas desde el saber y saber hacer *es un punto de partida para transformar las realidades.* Esta facultad de reconocer, posibilita el diálogo de saberes, enriquecer el conocimiento, mediante las acciones y reflexiones que, en diferentes perspectivas se unen con el propósito de abordar el ser humano con un enfoque holístico.

El trabajo cooperativo y colaborativo. Este principio, implica el mayor reto para la Estrategia ya que finalmente lo que busca es la articulación y coordinación real de las personas que trabajan por el mejoramiento de la calidad de vida de la niñez y de la adolescencia.

Acciones contextualizada. Los diferentes equipos de trabajo, antes de planear una intervención, deberán analizar cuidadosamente la pertinencia y coherencia de la acción, teniendo en cuenta, el grupo poblacional, edades, género, procesos culturales, niveles de pensamiento, entre otras características, de manera que garantice que las acciones se adaptan a las necesidades y potencialidades de la comunidad educativa.

Para este proceso metodológico es fundamental tener en cuenta que conocer a través de la investigación es el inicio para la transformación, siendo esta una forma de interacción cuando se inicia con los actores, procesos de sensibilización frente a sus necesidades y potencialidades, movilizando a quienes hacen parte de su propio cambio. Por esta razón las *comunidades educativas se convierten en transformadoras de su propia realidad.*

La ruta metodológica para la implementación de la Estrategia se encuentra organizada en tres momentos: figura 25.

- **Momento 1: adopción de la estrategia en el municipio.**

  Este momento es la carta de entrada al escenario, es decir, donde se inician los primeros acercamientos con la población que participa con acciones en la escuela, es el momento, cuando se generan ambientes de confianza y los primeros vínculos que dan significado a la importancia de unirse en el nuevo camino a recorrer. Para este momento, la motivación como proceso de aprendizaje se constituye en el armazón que guiará todos los demás momentos y procesos. Es el conocimiento, la comprensión y la sensibilización de la estrategia la que permitirá hacer frente a este reto en que la apuesta se conoce, se da a conocer, se sensibiliza y se organiza. Para este momento, se proponen los siguientes procesos:

  - Conocimiento y sensibilización de la Estrategia.
  - Presentación de la Estrategia al Comité Social de Política Social (COMPOS) y adopción en el municipio.
  - Definición de zonas y grupos poblacionales de interés, mediante la priorización de necesidades y potencialidades.
  - Conformación de comités, intersectorial, dinamizador y equipo gestor.

- **Momento 2: diagnóstico y plan intersectorial.**

  Una vez la comunidad se informa, se sensibiliza y se organiza en equipos de trabajo, estos con apoyo de documentos, como el plan de desarrollo y la experiencia vivida, inician con la identificación de problemáticas vistas desde las necesidades de la población, inicialmente a nivel municipal y posteriormente en el marco institucional. Este momento, se caracteriza por la generación de encuentros continuos, debates y reflexiones partiendo de una mirada intersectorial e interdisciplinaria que permitan priorizar y enfocar un problema que apunte a la transformación; así mismo, se ponen en común las alternativas posibles para lograr el cambio a partir de las acciones que se realizan en la escuela. Para este momento, se proponen los siguientes procesos:

  - Diagnóstico de necesidades y potencialidades en salud, educación, ambientes y otros.
  - Caracterización de la institución educativa.
  - Análisis de las condiciones generales de salud, educación, ambiental y otras.
  - Diseño del plan de acción y articulación de la estrategia al Proyecto Educativo Institucional.
  - Articulación intersectorial de la Estrategia a las acciones de plan de salud pública y otros planes, programas y proyectos de la IE, estrategias de Información Educación y Comunicación (IEC) y participación social, educación no formal, pregrados y otros.
  - Elaboración del cronograma, gestión de la financiación, asignación de roles y responsabilidades de los equipos.

- **Momento 3: sistematización de la experiencia.**

  Es en este momento cuando se ponen en práctica, las acciones previamente planeadas y articuladas. Para identificar que el plan de trabajo es efectivo y pertinente, el equipo de trabajo construye unos indicadores que le permitirán visualizar el proceso de transformación en el momento en que se esté implementando la Estrategia. Los encuentros entre los equipos para realizar procesos de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación, son fundamentales para garantizar la articulación intersectorial, la viabilidad de la propuesta y las acciones para el mejoramiento. Así mismo, sistematizar la experiencia durante los momentos de ejecución, posibilitará la cualificación de Escuelas Saludables como estrategia que hace visible el desarrollo humano e impulsa los derechos. Para este momento, se proponen los siguientes procesos:

- Evaluación y seguimiento de la Estrategia.
- Diseño y desarrollo de planes de mejoramiento.
- Difusión y promulgación de la experiencia de las experiencias de la Estrategia.

Con base en lo anterior, se presenta en la figura 25 la ruta metodológica para el desarrollo de la Estrategia Escuelas Saludables en el departamento de Antioquia, Colombia, sumado a ello, en el anexo 1 de este capitulo se presenta la propuesta metodológica denominada: **La escuela como escenario para la promoción de la salud:** Guía orientadora para la implementación de la Estrategia Escuelas Saludables en el Departamento de Antioquia.

Sistema de información escuelas saludables —SIES—

El Sistema de información de la Estrategia Escuelas Saludables —SIES— tiene como objetivo identificar necesidades y potencialidades de la comunidad educativa donde se va a implementar la Estrategia, para direccionar y articular planes de acción de orden inter-intersectoriales que incidan en el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo humano de la comunidad educativa, a través de la recolección, almacenamiento, procesamiento, análisis y publicación de la información.

Para la aplicación de la ruta metodológica, se diseñan y proponen una serie de instrumentos que orientan su implementación. A continuación se describen:

Guía orientadora: la escuela como escenario para la promoción de la salud:

La guía orientadora para la implementación de la Estrategia Escuelas Saludables en el departamento de Antioquia; es un documento pedagógico e interactivo que posibilita a los actores dirigir sus acciones de manera secuencial y organizada, no quiere decir que esta propuesta sea una camisa de fuerza, si bien existen lineamientos, cada equipo de trabajo pondrá en común la guía y se adecuará según las necesidades y fortalezas del municipio y de las instituciones educativas y talento humano. Véase anexo 1.

Instrumento de recolección de información. El sistema de información —SIES— está orientado en cuatro componentes constituidos en un instrumento de recolección de información, así:

- **Componente 1: Caracterización de la Institución Educativa.**
- **Componente 2: Infraestructura.**
- **Componente 3: Comunidad Educativa.**
- **Componente 4: Gestión de la Estrategia.**

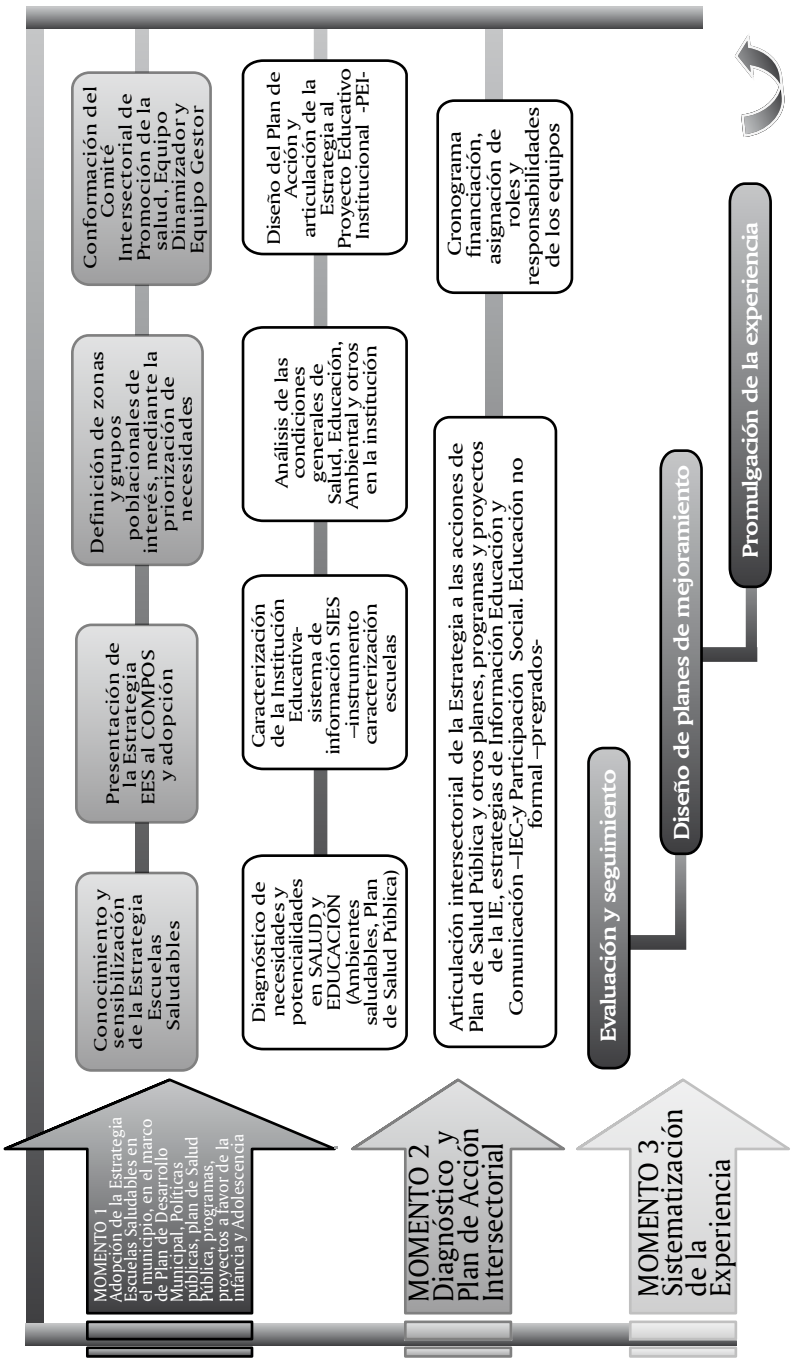


Figura 25. Ruta metodológica para la implementación de la Estrategia Escuela Saludable

Según lo anterior, el instrumento, será empleado para el momento 2, que se expone en la ruta metodológica, siendo parte fundamental para la elaboración de la aproximación diagnóstica y plan de acción. Véase anexo 2.

Es de anotar que los instrumentos de recolección de información se orientaron entre otros, en los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables, allí se propone para la caracterización una encuesta que consta de dos grandes módulos: Planeación y Desarrollo Humano. Cada una dividida en sus respectivos Componentes y Líneas de Acción, las cuales abarcan temas específicos: Planeación escolar, Fortalecimiento de la Estrategia, Metas del Desarrollo Humano, Democracia escolar, Salud escolar, y Ambientes escolares. Así mismo, la herramienta está estructurada para diseñar un plan de mejoramiento y acciones prioritarias a realizar a corto, mediano y largo plazo, una vez hecha la evaluación del entorno escolar (263).

Instructivo pedagógico. El instructivo está orientado para la aplicación de los instrumentos anteriormente mencionados, el cual contiene temas como ética de la información, funciones y acciones a realizar por parte del equipo responsable, y el proceso para la aplicación de los instrumentos, que contempla para cada uno de los componentes, la descripción, quién lo diligencia, qué claridades conceptuales se requieren, qué fuentes de verificación, metodología implementar y las instrucciones. Véase anexo 3.

Guía para el diagnostico y valoración. Este instrumento se propone para aplicarlo en el momento 1 de la Estrategia en el proceso de conocimiento y sensibilización, con el propósito de identificar qué acciones se vienen realizando en los municipios del departamento de Antioquia en el marco del Plan Territorial de Salud Pública, promoción de la salud, en el entorno escolar. Allí se contemplan los cinco componentes que plantean los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables, propuestos por el Ministerio de la Protección Social, cada uno con sus variables e indicadores. Lo que se espera del instrumento es valorar en qué estado se encuentra la Estrategia, ya sea que se esté implementando con base en los lineamientos o se estén ejecutando actividades relacionadas con las dinámicas de la misma. Véase anexo 4.

¿Qué se requiere para que un entorno escolar se configure como un entorno escolar saludable?

Si bien el contexto colombiano presenta altos niveles de exclusión y vulneración de los derechos humanos, materializándose en bajos niveles de autocuidado y autoprotección de la salud y en general, persistencia de estilos de vida no sa-

ludables, surge la necesidad de buscar alternativas que impacten no solo a las personas sino también aquellos espacios donde se generan y transforman las relaciones con los otros, las otras y el mundo, es decir los entornos.

Como ya se mencionó en el capítulo uno de este libro, un entorno saludable debe buscar desde cualquier punto de acción el logro de la salud en su comprensión como derecho, proceso y construcción simbólica. Así mismo, los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables, plantean que "una institución escolar no se convierte en Escuela Saludable por designación oficial de las autoridades departamentales o municipales de salud o educación, sino por la decisión voluntaria de la comunidad educativa de promover mejores condiciones de vida para todos sus miembros y por todos los medios a su alcance" (264).

Por esta razón Escuela Saludable es una estrategia que contribuye con los objetivos del milenio, que si bien hace énfasis en la transformación de un entorno, el entorno escolar, también se transforman los entornos familiar, laboral y comunitario, pues es de resaltar que ninguno de estos aparece de manera fragmentada cuando se hace énfasis en el desarrollo humano integral y sostenible.

Las siguientes ideas pueden orientar el desarrollo de la Estrategia para garantizar su éxito y permanencia, por considerarse que la Escuela Saludable se construye con aportes de diferentes disciplinas del conocimiento y la gestión:

- Conocer la dinámica y alcance de la Estrategia Escuelas Saludables.
- Comprender la concepción de la promoción de la salud, vista desde el sector salud y desde el sector educación y otros.
- Diferenciar Salud Escolar de Escuelas Saludables.
- Comprender que la Estrategia no solo está dirigida a estudiantes, si no ser construida con y para la comunidad educativa.
- Compresión de un entorno saludable no como un espacio físico sino el lugar donde convergen las interacciones sociales y simbólicas.
- Reconocimiento de los derechos humanos desde una perspectiva de ciudadanía, derechos en salud, educación, infancia y adolescencia, ambientales, políticos, económicos, entre otros.
- Reconocimiento del contexto identificando las necesidades y satisfactores para potenciar el desarrollo humano.
- Gestión continua entre los sectores que propenden a la calidad de vida y al bienestar de la población.

- Integrar la Estrategia de Escuelas en los planes de desarrollo municipales, planes de salud, pública, planes educativos municipales, proyectos educativos institucionales, y en todos aquellos documentos que den validez, pues el fin último es que se constituya como política pública permanente en el país.
- Articulación interinstitucional funcional que desarrolle acciones desde el objetivo común.
- Reconocimiento de estilos, formas de ser, estar, ver y aprender el mundo.
- Desarrollo de comunicación asertiva y constante entre los equipos gestores y dinamizadores.

Aspectos claves para que una escuela se configure como escuela saludable. A continuación se presentan algunos aspectos que marcan la diferencia para que las escuelas se constituyan como escuelas de calidad y saludables. Véase tabla 26.

Abordar la estrategia de promoción de la salud, Escuelas Saludables, es un asunto de colectivos para colectivos. Asunto de colectivos significa trascender en la adopción de la estrategia como política pública, que propicie la reflexión de los grupos humanos que conforman la sociedad; política que debe pensarse el ámbito internacional, nacional y local; además debe consolidarse a través de planes, programas, proyectos y estrategias que permitan su operatividad y que apunten al desarrollo de los grupos sociales de una manera integral.

Tabla 26. Aspectos de las escuelas saludables

Disminuir	Aumentar
Niveles de deserción. Bajo rendimiento académico. Desmotivación Ausentismo Fracaso escolar Violencia escolar Inadecuados hábitos alimentarios Desnutrición y otras enfermedades Consumo de sustancias psicoactivas Estrés del docente Cargas laborales Medio ambiente inadecuado para el proceso de aprendizaje Escasa participación de los padres y de la comunidad aledaña Bajo nivel de desarrollo humano	Cobertura en Educación y Salud Adaptaciones a las necesidades y potencialidades Habilidades para la vida Estudiantes sanos Espacios libres de humo Alimentación sana Prácticas sanitarias sanas Motivación Rendimiento escolar Participación activa de padres y madres de familia y/o acudientes Participación ciudadana y comunitaria Cobertura en salud visual, auditiva y oral Pausas activas Metas del desarrollo Convivencia sana Cuidado del medio ambiente Ambientes laborales saludables Salud mental

En este sentido, los grupos humanos tienen múltiples necesidades que son comunes en todas las latitudes, pero la satisfacción de ellas depende de la manera de ver y asumir el mundo, partiendo de los constructos y transformaciones socioculturales. Pero ello no excluye la integralidad, las personas son una tríada de mente, cuerpo y espíritu y en ese orden demandan necesidades, por consiguiente, la formulación de una política pública apunta a movilizar satisfactores que contribuyan con la calidad de vida de toda la población.

Por lo anterior, hacer de la estrategia, una política pública, hace visible el fundamento de la misma en términos de potenciar el desarrollo humano e impulsar los derechos. De esta manera la movilización social de la Estrategia se constituye en un mecanismo de participación sociopolítica, partiendo de la igualdad de oportunidades, y acorde a las diversas necesidades de la población, direccionadas en el marco de una economía social, enfocada hacia el bienestar de todas las personas y colectivos, personas como sujetos de derechos y colectivos que construyen tejido social.

Anexo 1

La escuela como escenario para la promoción de la salud

Guía orientadora para la implementación de la Estrategia Escuelas Saludables en el departamento de Antioquia

Presentación

El presente documento de trabajo pretende orientar a los participantes respecto a la implementación de la estrategia de promoción de la salud, escuelas saludables, en cuanto a la concepción, fundamentación, lineamientos, ruta metodológica y procesos de evaluación y seguimiento, con base, principalmente, en los *Lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de estrategias de entornos saludables;* dicha acción permitirá, en primera instancia, sensibilizar en torno al concepto de salud, promoción de la salud y el enfoque de desarrollo humano; en un segundo momento, el reconocimiento y socialización de los programas, proyectos y actividades que van en dirección con la promoción de la salud y de la estrategia; finalmente la concertación de las acciones propias para potenciar el desarrollo de la estrategia en el municipio.

Subregión:

Participantes:

Nombre y apellido	Cargo	Responsabilidad

Escuelas saludables

¿Qué es la estrategia?

El departamento de Antioquia, retoma Escuelas Saludables como una estrategia de promoción de la salud en el entorno escolar para contribuir en la salud, el bienestar y en el desarrollo humano, social, sostenible, incluyente y territorialmente equilibrado de la comunidad educativa, mediante la articulación y coordinación de acciones intra- intersectoriales (salud, medio ambiente, educación, entre otros).

¿Cómo se plantea la Estrategia desde el departamento de Antioquia?

Para el período de gobierno 2008-2011, con el Plan de Desarrollo Antioquia para Todos "Manos a la Obra", en el marco del Plan de Salud Pública departamental, se retoma desde el programa "Cuidar-nos" la Estrategia de ESCUELAS SALUDABLES, eje fundamental para el mejoramiento de los entornos psicosocial, comportamientos y estilos de vida saludables.

El programa es liderado y formulado por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia (ente gubernamental competente para orientar la salud pública en la región), con la participación de los sectores sociales y educativos, actores del Sistema General de Seguridad Social, entidades territoriales y actores de otros sectores del desarrollo social.

Es a partir de la coordinación intersectorial, en especial entre salud y educación que se podrá contribuir con la implementación de un modelo de desarrollo humano integral, equitativo, sostenible, incluyente y territorialmente equilibrado, objetivo estratégico del Plan de Desarrollo y como una acción para el fortalecimiento del Plan de Salud Pública Municipal y Departamental.

En este sentido, las funciones del departamento de Antioquia para el fortalecimiento de la Estrategia de Escuelas Saludables son:

- Definir y adoptar la estrategia al contexto del departamento de Antioquia.
- Sensibilizar e informar acerca de la estrategia con base a los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables.
- Realizar asesoría y asistencia técnica a los municipios para guiar su desarrollo.

Para la implementación de la Estrategia de Escuelas Saludables en el departamento de Antioquia se presenta a continuación la ruta metodológica que guía su construcción, fundamentada en los cinco componentes, líneas de acción y actividades expuestas en los Lineamientos nacionales para la aplicación y desarrollo

de las estrategias de entornos saludables, las cuales se encuentran inmersas en tres grandes momentos.

Expectativas

Una vez se presenta la propuesta con sus componentes y fundamentos descritos y desarrollados en el documento de reflexión conceptual, *la escuela como escenario para la promoción de la salud* de la Estrategia de Escuelas Saludables, se escribe cuáles son las expectativas para el municipio

¿Y el problema qué?

A partir del Plan de Desarrollo Municipal –PDM- y Plan de Salud Pública, Plan Educativo Municipal—PEM—. Proyecto Educativo Institucional identifica cuáles son las problemáticas de la población en edad escolar y de la comunidad educativa. Nómbrelas:

_____

_____

_____

¿Por qué es importante?

A partir de lo anterior, escribo por qué es importante la estrategia para el municipio.

_____

_____

_____

¿Qué se pretende?

A partir del acercamiento sobre la Estrategia de Escuelas Saludable, cuáles serían las metas

Metas

_____

_____

_____

Premisas o enfoques

Desde nuestra perspectiva municipal, escribo cuáles son nuestras premisas que fundamentan el desarrollo de la Estrategia.

Derechos humanos _____

Objetivos del milenio. _____

Salud para todos y todas. _____

Desarrollo humano. _____

Respeto a la diferencia. _____

Otras. _____

- **Momento 1: ¿Cómo adoptar la Estrategia de Escuelas Saludables en mi municipio?**

Adopción de la Estrategia Escuelas Saludables en mi municipio, Plan de Desarrollo Municipal, políticas públicas, plan de salud Pública, programas, proyectos a favor de la niñez y la infancia.

El objetivo de este momento, es concertar la voluntad política intersectorial, entre actores y sectores principalmente salud y educación. En este sentido, el municipio adopta la Estrategia a través de la incorporación de la misma en:

- Plan de Desarrollo Municipal.
- Plan Territorial de Salud (Salud Pública).
- Plan Operativo Anual (POA).
- Plan Operativo Anual de Inversión (POAI).
- Plan Educativo Municipal.
- Proyecto Educativo Institucional.
- Articulación a programas, proyectos intersectoriales que generen impacto en las instituciones educativas.
- Conformación del comité intersectorial de promoción de la salud, quipo dinamizador y equipo gestor.

Conformación del comité intersectorial de promoción de la salud, se sugiere que la conformación del comité constituya desde el COMPOS (Consejo Municipal de Política Social) como un espacio para la construcción de políticas públicas sostenibles y estables, orientadas al desarrollo social y a la solución de problemáticas estructurales,

- Comité municipal de promoción, conformado por:
- Secretaría de Salud y coordinador o coordinadora de Salud Pública.
- Secretaría de Educación.
- Secretaría de Medio Ambiente, Técnicos de Salud ambiental.

- Presidente de ASOCOMUNAL.
- Delegado o delegada del ICBF y representante de la Administración Municipal.
- Representante de la ESE Hospital.
- Coordinadores de las Estrategias de Promoción de la Salud.

Los determinantes de la salud, las prioridades de la salud pública y el bienestar de la población que se encuentra en edad escolar y en general de la comunidad educativa no son solo competencia del sector salud, educativo y o de las instituciones educativas como tal, por consiguiente, la conformación de un comité intersectorial para la promoción de la salud permite articular las acciones desde el trabajo colaborativo y la corresponsabilidad en las acciones; generalmente los sectores no se conocen entre sí, por lo que se evidencia, en el momento de la implementación, desarticulación en los mismas.

Funciones del Comité Intersectorial de Promoción de la Salud

- Reconocimiento del contexto municipal, en cuanto al Plan de gobierno municipal, políticas públicas poblacionales y educativas, planes de desarrollo departamental y municipal, programas, proyectos a favor de la Infancia y adolescencia, reconocimiento de actores involucrados y reconocimiento de la problemática de los escolares.
- Identificación de necesidades y problemáticas desde los determinantes de la salud.
- Construcción de orientaciones y directrices que guíen la implementación de las estrategias de promoción de la salud.
- Establecimiento de los convenios y acuerdos interinstitucionales.
- Canalización de acciones de cooperación entre los sectores.
- Participación en el seguimiento, en el diseño y análisis de las evaluaciones.
- Formulación de propuestas que contribuyan con el fortalecimiento y sostenibilidad de las estrategias de promoción de la salud. (Escuelas Saludables, Entornos Laborales Saludables, Atención Primaria en Salud, Información Educación y Comunicación con la Participación Social en Salud).

Una vez esté conformado el Comité Intersectorial de Promoción de la Salud, se constituye el equipo dinamizador, que será el encargado de poner en marcha la Estrategia de Escuelas Saludables en el municipio y en las instituciones educativas que se acogieron a ella.

El equipo dinamizador[1], será elegido por el comité intersectorial de Promoción de la Salud, así mismo el coordinador o coordinadora del equipo dinamizador para la Estrategia de Escuelas Saludables, quien velará por que las directrices y orientaciones dadas por el comité se desarrollen eficazmente.

- El equipo dinamizador está conformado por:
- El coordinador o coordinadora de la Estrategia Escuelas Saludables.
- Los directores de núcleos educativos y directivos docentes.
- Representante del comité o mesa de infancia y adolescencia.
- Coordinador de participación o desarrollo.
- Enfermeras coordinadora de promoción y prevención de la ESE.
- Auxiliares de salud pública.
- Higienistas en salud oral.
- Técnicos en saneamiento.
- Gestores en deporte y recreación.
- Representantes de programas de Salud Mental, Salud Sexual y Reproductiva, Maná, Familia a tu lado Aprendo, PRAES, Procedas.

Se pretende entonces que el equipo dinamizador de la estrategia realice las siguientes funciones:

- Difusión de los lineamientos de la Estrategia, políticas y experiencias nacionales.
- Diseño y gestión del Proyecto de Escuelas Saludables.
- Sensibilización de la EES a toda la comunidad.
- Selección de las instituciones educativas.
- Elaboración del diagnóstico de necesidades y potencialidades en salud y educación.
- Elaboración de registro de las instituciones educativas que se acogieron a la estrategia.
- Canalizar demanda inducida con la ESE, ICBF y demás entidades o programas que permitan atención oportuna y eficaz a los y las estudiantes.

---

1 La concepción de equipo dinamizador se establece en el texto: Hacia la construcción de Escuelas Saludables, guía para docentes y personal de salud. PROINAPSA. 2003.

- Elaboración del plan de acción de manera articulada a los programas y proyectos.
- Seguimiento y asesoría permanente a los equipos gestores de las instituciones educativas.
- Socialización y articulación de experiencias.

Después de seleccionar las instituciones educativas, que desean ser parte de la Estrategia, en las instituciones se creará un equipo gestor, con el objetivo de velar por que las acciones propias de Escuelas Saludables, se implementen y se articulen al PEI, manual de convivencia, instancias del gobierno escolar, prácticas y cultura escolar, currículo, procesos de seguimiento y evaluación, los diferentes proyectos de enseñanza obligatoria que se desarrollan en la institución como:

- El aprovechamiento del tiempo libre, recreación y deporte, el fomento de las diversas culturas.
- La enseñanza de la protección del medio ambiente, la ecología y la preservación de los recursos naturales.
- La educación para la justicia, la paz, la democracia, la solidaridad, la confraternidad y la formación en valores humanos.
- La educación sexual.
- El plan de atención a emergencia y desastres.
- Programas y proyectos de vinculación entre estudiantes y la comunidad (cultural, social, deportivo, entre otros).

Las personas integrantes del equipo gestor, serán elegidas entonces por las instituciones educativas, este equipo podrá ser conformado por: directivos docentes, docentes, estudiantes psicorientador, madres, padres de familia y acudientes, servicios administrativos y generales, comunidad circundante a la Institución Educativa.

En el equipo gestor, es importante, elegir un facilitador que se responsabilice de las acciones propias de la EES, al interior de la institución educativa, así mismo, se deben sostener canales comunicativos asertivos, permanentes y sistemáticos con el equipo dinamizador, con el propósito de discutir allí las necesidades, potencialidades, aciertos y desaciertos que se presentan en el desarrollo de la Estrategia de Escuelas Saludables.

En esta línea las funciones de los equipos gestores están orientadas en:

- Realizar un diagnóstico y análisis sobre las condiciones generales en salud y educación de la institución educativa.

- Apoyar la articulación de proyectos pedagógicos y de gestión desde la promoción de la salud.
- Motivar a la comunidad educativa a participar en el desarrollo de la Estrategia.
- Mantener compromiso permanente con el equipo dinamizador.
- Presentar propuestas y acciones que potencialicen el desarrollo de la Estrategia.
- Orientar la búsqueda de recursos técnicos, financieros y humanos.
- Coordinar y articular los proyectos y programas respecto a la promoción de la salud.
- Generar procesos de autoevaluación, coevaluación de la estrategia con la participación de la comunidad educativa, en torno a la pertinencia de la Estrategia.
- Coordinar con el equipo dinamizador en la socialización de la experiencia, en el ámbito intrainstitucional, interinstitucional, municipal y departamental.

La articulación de los diferentes grupos que giran en torno a la Estrategia (Comité municipal, dinamizador-equipos gestores), se fundamentará en una relación cíclica y continua desde las voluntades políticas, la toma de decisiones, la adopción de la estrategia, la priorización de necesidades, fomento del conocimiento de las realidades contextuales en el municipio, formulación de indicadores de impacto, articulación y coherencia entre planes educativos municipales, ambientales, de salud pública, medio ambiente y otros.

Se pretende entonces, que las escuelas, rompan de entrada con las diversas acciones aisladas que se realizan en estas para asistir en salud, a los estudiantes; dada la situación, el reto primordial de Escuelas Saludables, para el departamento de Antioquia, es la cohesión social[2], reconociendo la "Salud y la Educación como derechos fundamentales indispensables para el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas de los ciudadanos. A la vez, se identifica al Estado como el principal responsable de garantizar el cumplimiento de dichos derechos, generando las condiciones apropiadas para el mejoramiento de la calidad de vida de la población"[3].

A partir de la constitución del comité y los equipos de trabajo se pretende entonces, que entre el equipo dinamizador y gestor se construya el proyecto de

---

2 La cohesión social es un fin y un medio a la vez. Como fin, es objetivo de las políticas públicas, en la medida que estas apuntan a que todos los miembros de la sociedad se sientan parte activa de ella, como aportantes al progreso y como beneficiarios de este. Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe. 2007

3 Premisa Escuelas Saludables, Lineamientos

Escuelas Saludables, con base en los tres momentos que se desarrollan en la presente guía orientadora. Véase figura 26.

Figura 26. Equipos de trabajo EES

Se propone a los equipos de trabajo, tener en cuenta los siguientes aspectos, dados desde el proceso de planificación desde la metodología marco lógico:

Generalidades del proyecto:

- Identificación del municipio, nombre de la institución educativa, año, área a intervenir.
- Objetivo general.
- Meta general esperada.
- Objetivos específicos.
- Metas.
- Indicadores de resultado.
- Ejes de la estrategia escuelas saludables.
- Descripción de actividades y tareas.
- Duración.
- Responsables.
- Recursos.

¿Cómo conformar el Comité y los Equipos en el municipio?

A partir de las reflexiones en torno a la conformación y funciones del comité y equipos de trabajo para que guíen el desarrollo y la sostenibilidad de la Estrategia Escuelas Saludables, escribo cómo convocar y concertar el acuerdo de implementación y conformación del comité intersectorial de promoción de la salud.

Qué vamos a hacer (sensibilización, información, convocatoria, selección equipo dinamizador, selección de instituciones educativas, equipo/s gestor/es).

A quiénes.

Cómo, dónde y cuándo.

Resultados esperados y acuerdos en la conformación de un equipo intersectorial

¿Qué necesitamos?

Evaluación del primer momento

En equipos de trabajo respondo las siguientes preguntas:

¿Qué dudas tengo frente a este primer momento?

¿Cuál es la pertinencia de este primer momento para mi municipio?

¿Cuánto tiempo considero puede proyectarse este momento?

¿Cuáles son las posibles dificultades?

¿Qué le agregaría a este momento?

- **Momento 2: ¿Cómo realizar el diagnóstico y el plan de acción en mi municipio?**

Diagnóstico de necesidades y potencialidades en salud y educación (ambientes saludables, Plan de Salud Pública)

El equipo dinamizador, deberá definir la metodología para reconocer y priorizar los problemas del municipio en lo relativo a la salud y a la salud escolar, para esto es importante la convocatoria de las personas implicadas (profesores, rectores o coordinadores, estudiantes, padres de familia, comunidad cercana a las instituciones educativas para la construcción de herramientas e instrumentos diagnósticos.

En este diagnóstico (teniendo en cuenta el PDM —Plan de Salud Pública— Proyecto Educativo Municipal) se deberá hacer un análisis de todas las situaciones desfavorables, identificadas, diferenciadas y reagrupadas con criterios operativos. El producto final es una relación de problemas de interés para la definición del proyecto organizados por categorías[4].

Entre las técnicas para abordar el análisis y la priorización de las problemáticas a municipales, están:

4 El manual de gestión de proyectos contiene una serie de talleres y propuestas para orientar el proyecto desde la Estrategia Escuelas Saludables. Universidad de Antioquia. Facultad de Salud Pública, Medellín, Colombia, 2009.

- Árbol de problemas, árbol de objetivos, árbol de soluciones.
- Matriz DOFA.
- Matriz de escala de desarrollo humano (necesidades axiológicas y existenciales.
- Inventario de problemas.
- Priorización de problemas por consenso.
- Según la técnica que el municipio considere más acertada, se define en orden de prioridades las necesidades de atención de la población en edad escolar

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

Seguidamente, el equipo gestor, teniendo en cuenta las prioridades definidas por el equipo dinamizador, realizará la caracterización de la institución educativa, teniendo en cuenta la información que se materializa en el Proyecto Educativo Institucional:

- Descripción general de la institución educativa
- Análisis de las condiciones generales de Salud en la institución: (infraestructura, saneamiento institucional básico, número y perfil de formación del personal docente; estado nutricional, hábitos de higiene, estado de salud, problemática psicosocial de los niños, niñas y adolescentes)

El anexo 2 contiene los instrumentos correspondientes para la caracterización, organizado en 4 componentes constituidos en un instrumento de recolección de información, así: *Componente 1:* Caracterización de la institución educativa. *Componente 2:* Infraestructura. *Componente 3:* Comunidad Educativa. *Componente 4:* Gestión de la Estrategia. El anexo 3 contiene el instructivo de cómo aplicar dichos instrumentos.

Como forma de autoevaluación y de manera voluntaria, se invita a las instituciones educativas en compañía del grupo gestor a desarrollar el instrumento que se propone en el manual de Gestión Territorial de la Estrategia de Entornos Saludables; esta actividad, permitirá a la institución dirigir el diseño y elaboración del proyecto, planes de mejoramiento de la institución educativa y proyecciones para la cualificación y calidad en el funcionamiento del sistema educativo. Así mismo, se presenta en el anexo 4 la ficha de variación y diagnostico, instrumento diseñado para la valoración de la estrategia, cuando ya se está implementando.

Escriba las observaciones frente a la aplicación del instrumento

Fortalezas

Debilidades

Diseño del Plan de Acción y Articulación de la Estrategia al Proyecto Educativo Institucional.

Para el diseño del Plan de Acción, el equipo gestor deberá partir de las necesidades y problemáticas priorizadas y caracterizadas; el reconocimiento de los problemas dará paso al planteamiento o reflexión de las soluciones, estas deben ser entendidas para la transformación de situaciones desfavorables dichas soluciones llevarán al planteamiento de acciones las cuales deberán estar articuladas al PEI teniendo en cuenta: Infraestructura escolar, saneamiento básico, estado nutricional, higiene, estado de servicios de salud, problemática psicosocial, formación del personal docente y otros aspectos que la institución educativa considere pertinente.

Dichas acciones propuestas serán aquellas que la institución educativa pueda desarrollar por sí misma o con el apoyo de otros sectores. Se recomienda en un primer momento, articular dichas acciones a los proyectos de enseñanza obligatoria.

Claves para la articulación de proyectos institucionales	
Definición, priorización y caracterización de problemas	Infraestructura, saneamiento básico, estado nutricional, higiene, estado de servicios de salud, problemática psicosocial, formación del personal docente
Planteamiento de soluciones, acciones, logros y objetivos	Escribo las posibles soluciones
Proyectos de enseñanza obligatoria (Art 14 Ley 115-Res. 7550/94)	El aprovechamiento del tiempo libre, recreación y deporte, el fomento de las diversas culturas La enseñanza de la protección del medio ambiente, la ecología y la preservación de los recursos naturales La educación para la justicia, la paz, la democracia, la solidaridad, la confraternidad y la formación en valores humanos La educación sexual El plan de atención a emergencia y desastres Programas y/o proyectos de vinculación entre los estudiantes y la comunidad (cultural, social, deportivo, entre otros)
Observaciones	

Según lo anteriormente desarrollado, defino en términos de indicadores las metas desde la estrategia de Escuelas Saludables, a partir de las necesidades identificadas.

indicador	actual	esperado

¿Cómo articular la Estrategia Escuela Saludable al Plan de Salud Pública?

La articulación de los servicios de salud en el ámbito escolar, la seguridad alimentaria y la promoción de la actividad física y la vida activa son componentes necesarios en el enfoque de integralidad para la implementación de la Estrategia. A través de esta se coordinan acciones con los programas y proyectos de protección social y los servicios de salud individuales y colectivos, en los diferentes planes de beneficio, con lo que se garantiza que los miembros de la comunidad educativa tengan acceso equitativo a los servicios de acuerdo con lo establecido en el sistema de salud y protección social. En estos se involucran políticas escolares saludables, articulación intersectorial, cambios en los ambientes escolares y la participación activa de los padres de familia.

Como bien se ha identificado, la Estrategia de Escuelas Saludables tiene como fundamento la gestión; en este sentido, se deben tener en cuenta las siguientes acciones, que se plantean a partir de los lineamientos nacionales, buscando fortalecer las actividades de salud pública que se desarrollan en las instituciones educativas y que están dirigidas a la comunidad educativa. Además de ello, articular las prioridades que se establecen en el plan de Salud Pública a las acciones propias de la Estrategia y su articulación con programas, proyectos, actividades que se realizan en el interior de las instituciones educativas.

Entre las funciones de Salud Pública en las IE se encuentran:

- Mantener en la comunidad educativa coberturas útiles del Programa Ampliado de Inmunizaciones-PAI y vincular a las instituciones educativas a las jornadas nacionales de vacunación.
- Remitir a los escolares a los programas de crecimiento y desarrollo, de acuerdo con el régimen de afiliación.
- Canalizar los casos de maltrato detectados hacia las redes de apoyo existentes.

- Promover el desarrollo de estilos de vida saludable.
- Orientar a los escolares hacia los servicios de promoción y prevención en la atención preventiva en salud visual y bucal.
- Fortalecer las capacidades de los docentes en: salud sexual y reproductiva, discapacidad, enfermedades emergentes (gripe aviar), en saneamiento básico, entre muchos otros, basados en el perfil epidemiológico.
- Concertar, coordinar y vigilar que las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud desarrollen las acciones de promoción y prevención a las cuales tienen derecho los escolares como parte del Plan Obligatorio de Salud
- Informar y educar a la comunidad educativa para la vigencia de sus derechos y el ejercicio de sus deberes dentro del SGSSS y el Sistema de Protección Social.

Teniendo en cuenta lo anterior, el equipo gestor, en coordinación con el equipo dinamizador, realizará un derrotero de actividades coherente a los hallazgos identificados en el proceso de caracterización de necesidades y potencialidades; así mismo se diseña un plan de trabajo acorde a las directrices planteadas:

Seguidamente, en el marco de las acciones propias de la Estrategia y de la dinámica institucional, se hace necesario articular el plan de acción y políticas escolares respecto a:

Actividad	Responsable	Articulación programa/ proyecto estrategia	Tiempo	Recurso

Aspectos y acciones	Proyecto/programa/estrategias
Prácticas de vida activa y alimentación sana, nutrición	Restaurante Escolar /Maná
Instituciones educativas libres de humo	Olimpiadas Saludables
Salud sexual	Proyecto transversal de Educación Sexual, Plan de Salud Pública
Saneamiento básico escolar	PRAES, PROCEDAS, Gobierno Escolar
Ambientes psicosociales-salud mental	ICBF, Plan de Salud Pública, PEI, Manual de convivencia, Competencias ciudadanas, Proyecto transversal de Democracia

Ambientes físicos	Plan de atención a emergencia y desastres, Planeación Municipal
Salud ocupacional	Entornos laborales Saludables, Plan de Salud Pública, Gobierno Escolar, estrategia de pausas activas
Educación para salud	Olimpiadas Saludables, Día del autocuidado, IEC, Escuela de Padres, Jornadas Pedagógicas, Capacitación docente. Servicio Social Obligatorio
Articulación familiar	Escuela de Padres, Atención Primaria en Salud.
Gestión de Políticas Escolares en Salud	Instancias del Gobierno Escolar, Participación social, Escuela de Padres
Otros aspectos	

Es fundamental, además, articular las diferentes acciones y estrategias en el marco de Escuelas Saludables a los diferentes proyectos que se desarrollan en el departamento de Antioquia y el municipio:

Programa/proyecto estrategia	Articulación con la institución educativa
Atención primaria en salud	
Salud sexual y reproductiva y género	
Salud visual y auditiva	
Entornos laborales saludables	
Familia a tu lado aprendo	
Maná	
Por su salud muévase pues	
Salud mental	
Antioquia te quiero ver	
Juntos	
AIEPI (atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia)	
IIAMI (iniciativas de las instituciones amigas de la mujer y la infancia)	
Información educación y comunicación	
Participación social	
Otros. ¿Cuáles?	

Evaluación del segundo momento

En equipos de trabajo respondo las siguientes preguntas:

¿Qué dudas tengo frente a este segundo momento?

¿Cuál es la pertinencia de este segundo momento para mi municipio?

¿Cuánto tiempo considero puede proyectarse esta etapa?

¿Cuáles son las posibles dificultades?

¿Qué le agregaría a este momento?

- **Momento 3 ¿Cómo sistematizar la estrategia?**

Sistematización y evaluación de la Estrategia, Articulado a Planes de mejoramiento.

En el registro de la información y el diseño de instrumentos, derivados de la estrategia, es de vital importancia la sistematización desde una mirada cualitativa y cuantitativa. Esta información deberá brindar la oportunidad de desarrollar la sistematización de la experiencia en cuanto a la causalidad de las problemáticas y el impacto de la o las estrategias desde la promoción de la salud. Para esto, se sugiere el acercarse a los organismos académicos (Universidades e instituciones académicas) que puedan brindar el apoyo logístico y de conocimiento para el impulso de la sistematización para procesos de investigación que lleven a la producción de conocimiento.

Para este proceso es necesario que se haya dado una construcción de indicadores de logro, claros, mensurables y evaluables. Los métodos para la evaluación han de ser establecidos al inicio de la estrategia y deben ser susceptibles a la sistematización, para esto la información debe transitar de forma clara, ojalá con la utilización de formatos y protocolos previamente pensados, concertados y establecidos.

La evaluación permitirá conocer el impacto que ha tenido el desarrollo de la estrategia para la mitigación o solución de los problemas identificados durante la etapa de diagnóstico o ver si las potencialidades que la comunidad educativa y el municipio tenían al principio de la estrategia se han favorecido para su desarrollo.

Una vez se socializa el proceso evaluativo a la institución educativa y Equipo Dinamizador, se propone realizar un encuentro que permita establecer reflexiones y acciones pertinentes registradas en los planes de mejoramiento municipal e institucional.

Promulgación de las experiencias significativas en la Estrategia Escuela Saludable para su desarrollo y sostenibilidad.

Un proceso de gran importancia para la estrategia es la divulgación de las experiencias, este proceso permitirá que otras comunidades se acerquen a la estrategia, por un lado y se interesen en replicarla, por otro, permitirá recibir retroalimentación posibilite crecer, fortalecer y/o corregir las posibles limitaciones de la estrategia, desde el componente de información educación y comunicación IEC, permitirá entonces, en cada uno de sus momentos, transversalizar la estrategia de Escuela Saludables, para cada uno de sus momentos. El proceso de comunicación para la salud se convierte en un acto de comunicación participativa que representa mayor responsabilidad del individuo, de la familia y de la comunidad. Esto se realiza mediante la interacción dialógica y reconocedora del otro como sujeto, de esta manera, la estrategia de IEC, deberá desarrollarse a lo largo de la construcción de la Estrategia de Escuelas Saludables. Se recomienda orientar dicho proceso mediante la guía metodológica para el diseño y desarrollo del modelo IEC en Antioquia.

Articulación en la educación no formal, pregrados y otros programas.

El desarrollo y sostenibilidad de la Estrategia deben estar unidos al desarrollo académico, no solo la escuela como centro de investigación; es importante que la estrategia permita la formación y capacitación de gestores que puedan replicar y comunicar la experiencia en otros campos y en nuevas dimensiones, para esto se sugiere articular la enseñanza de la estrategia en los centros educativos, en todos los niveles, primaria, básica secundaria pregrado y postgrado, así como

espacios de enseñanza no formales como por ejemplo talleres comunitarios o escuelas de padres, entre otros.

Evaluación del tercer momento

En equipos de trabajo respondo las siguientes preguntas:

¿Qué dudas tengo frente a este tercer momento?

¿Cuál es la pertinencia de este tercer momento para mi municipio?

¿Cuánto tiempo considero puede proyectarse esta etapa?

¿Cuáles son las posibles dificultades?

¿Qué le agregaría a este tercer momento?

Algunas recomendaciones

Durante el proceso de implementación de la Estrategia se recomienda tener en cuenta:

- Para la realización del diagnóstico, se debe implementar la encuesta que presenta los lineamientos nacionales de entornos saludables.
- Implementación de matriz de desarrollo a escala humana (necesidades y satisfactores), la cual permite identificar necesidades y los satisfactores que responden a éstas en la comunidad educativa.

- Implementación continúa del Sistema de Información de Escuelas Saludables.
- Formato de remisiones (demanda inducida) a los servicios sociales y salud.
- Diseño de instrumentos de evaluación (planes de mejoramiento) y cualificación de la Estrategia Escuelas Saludables.

Además de ello, en los procesos de planeación, seguimiento y evaluación:

- Actas de encuentro de: equipos gestores, comité dinamizador y comité intersectorial de promoción de la salud, jornadas de sensibilización, jornadas pedagógicas, campañas de salud, entre otras.
- Registros de acuerdos entre las entidades para la articulación y gestión de la Estrategia de Escuelas.
- Registros de procesos de gestión y articulación con los programas y proyectos.
- Planeación de encuentros de formación sobre educación para la salud
- Registros de evaluación de los encuentros.
- Registros de entrevistas que permitan medir el impacto en los diferentes momentos.

Anexo 2

Sistema de Información Escuelas Saludables —SIES— Instrumento de recolección de información

Componente 1: caracterización de la institución educativa

Fecha de diligenciamiento (dd/mm/aaaa): / /
Datos de identificación de la institución educativa
1. Nombre:
2 Código DANE:

3. Sede:	Principal		Anexa		(Si es anexa pasar al N 5)

4. Sedes anexas	
Código DANE	Nombre

5. Código sede principal: 6. Nombre sede principal
7. Nombre del Rector/Coordinador:

8. Establecimiento	1 Institución Educativa	2 Centro Educativo
9. Zona	1 Urbana	2 Rural

10. Vereda/Barrio:
11. Municipio: 12. Subregión:
13. Dirección: 14. Página Web:
15. Correo Electrónico: 16. Teléfono:

17. Modalidad y modelo educativo	1.Educación formal	2.Escuela Nueva	3.Procesos Básicos	4.Aceleración del Aprendizaje	5.Otra ¿Cuál?

18. Jornada	1.Mañana		2.Tarde		3.Completa		4.Nocturna

Máximo nivel de atención en educación formal ofrecido en la sede.						
19. Preescolar	1.Prejardín	2.Jardín	3.Transició	4.No Aplica		
20. Primaria	1.Primero	2. Segundo	3.Tercero	4.Cuarto	5. Quinto	6. No aplica
21. Básica secundaria	1.Sexto	2. Séptimo	3. Octavo	4.Noveno	5. No Aplica	
22. Media	1.Décimo	2.Once	3.No Aplica			

Funcionamiento y estructura organizativa

Órganos y forma de integración del gobierno escolar.			
Organizado y funcionando	0.No 1.Sí	Se reúnen con regularidad 0.No 1.Sí	Los integrantes asisten generalmente a las reuniones programadas de manera cumplida 0.No 1.Sí
23. Consejo Directivo			
24. Consejo Académico			
25. Consejo de padres			
Proyecto educativo institucional—**pei**—			0. No 1.Sí 2 No sabe
26. Existe modelo pedagógico **¿Cuál?**			
Se incluyen en el PEI, temas como:			0. No 1.Sí
27. Derechos y deberes			
28. Hábitos de vida saludables			
29. Inclusión			
30. Habilidades para la vida			
31. Multiculturalidad			
32. Otros ¿Cuáles?			
33. Se identifican en el PEI, problemáticas referentes a salud (No pasar al N°43)			

Se incluyen en el PEI, temas como:	**0.No 1.Sí**
34. Salud infantil	
35. Salud sexual y reproductiva	
36. Salud oral	
37. Salud mental y las lesiones violentas evitables	
38. Enfermedades transmisibles y las zoonosis	
39. Enfermedades crónicas no transmisibles	
40. Nutrición	
41. Seguridad sanitaria y del ambiente	
42. Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral	

La institución educativa cuenta con						
43. Plan de mejoramiento institucional:	Formulado		Implementado		Evaluado	

Además cuenta con los siguientes elementos para la organización del servicio educativo:	0. No	1.Sí
44. Manual de convivencia o reglamento		
45. Aulas de apoyo o asesoría de las Unidades de Atención Integral		
46. La institución educativa cuenta con escuela de padres		
Emergencias y desastres	0. No	1. Sí
47. Plan de emergencias naturales y prevención de desastres (No pasar al Nº 49).		
48. Ejecuta el plan		
49. Tiene señaladas las rutas de evacuación		
50. Tiene señaladas las rutas de acceso y desplazamiento		
51. Realiza evaluación anual de infraestructura		

Servicio social obligatorio	0. No	1.Sí
52. Se realizan acciones de servicio social estudiantil obligatorio desde salud en la escuela		
53. Se encuentran registradas en el PEI		

Plan de estudios	0. No	1.Sí
54. Se desarrollan planes integrados de área (No pasar al N°47).		
Los planes incluyen:		
55. Competencias ciudadanas		
56. Habilidades para la vida		
57. Competencias laborales		
58. Etnoeducación		
59. Evaluación periódica		
60. Estrategias en el cronograma de actividades para articular la institución con las experiencias culturales locales y regionales		

Proyectos transversales Ejecutan en los proyectos pedagógicos de enseñanza obligatoria:	0. No	1.Sí
61. El aprovechamiento del tiempo libre, recreación y deporte, el fomento de las diversas culturas		

62. La enseñanza de la protección del medio ambiente, la ecología y la preservación de los recursos naturales	
63. La educación para la justicia, la paz, la democracia, la solidaridad, la confraternidad y la formación en valores humanos	
64. Educación sexual	
65. ¿Se articulan los proyectos pedagógicos de enseñanza con las prioridades de la salud pública? Cuáles prioridades?	
Otros proyectos que se vinculan a la institución educativa	0. No 1. Sí
66. La institución desarrolla convenios interinstitucionales. ¿Con quién? ¿Para qué?	
67. Existen programas y proyectos de vinculación entre los estudiantes y la comunidad (cultural, social, deportivo, entre otros)Nómbrelos:	
68. Existen Alianzas y acuerdos interinstitucionales.	

Programas y proyectos instituciones y organizaciones vinculadas con la ie

Programas de salud vinculados con la institución	**0.No 1.Sí**	**Grupos de interés**			**Tiempo última actividad**		
		1 Estudiantes	**2 Profesores**	**3 Padres de familia**	**1 Día**	**2 Mes**	**3 Año**
69. Vacunación							
70. Sexualidad responsable							
71. Salud oral							
72. Salud visual							
73. Salud mental							
74. Recreación y deporte							
75. Dirigido a población en situación de discapacidad							
76. Saneamiento básico							
77. Salud ambiental							
78. Seguridad alimentaria							
79. Familia a tu lado aprendo							
80. Otro ¿Cuál?							
Instituciones relacionadas con la institución educativa	0. No 1. Si			Grupos de interés			

	1 Estudiantes	2 Profesores	3 Padres de familia
81. ICBF			
82. ESE Hospital			
83. Dirección Local de Salud			
84. UMATA			
85. Comisaria de familia			
86. Personería			
87. INDEPORTES			
88. La iglesia			
89. Centro Cultural			
90. Otras ¿Cuáles?			

Organizaciones sociales que se relacionan con la institución	0. No 1.Sí	Grupos de interés		
		1 Estudiantes	2 Profesores	3 Padres de familia
91. Juntas de acción comunal				
92. Grupos organizados de la comunidad				
93. COPACO				
94. Juntas administradoras locales				
95. Veeduría ciudadana				
96. Otra ¿Cuál?				

Formación del talento humano

Se ofrece formación al talento humano (docentes, directivos, personal de apoyo) en:	0. No 1.Sí
97. Estrategias pedagógicas	
98. Áreas específicas	
99. Valores humanos	
100. Situaciones de riesgo social	
101. Investigación	
102. Modalidad Educativa	

103. Salud (Promoción de la salud, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud pública, Sistemas de salud)	
104. Infancia y adolescencia	
105. Políticas públicas	

La institución brinda a los estudiantes que lo requieren	0. No 1. Sí	Institución que remite
106. Servicios de protección		
107. Atención de salud		
108. Complemento nutricional		

Grupo poblacionales	0. No 1.Sí
109. Atención educativa a poblaciones vulnerables	
110. ¿Conocen los lineamientos de política para la atención educativa a poblaciones vulnerables?	
111. Se cuenta con docentes con formación en la atención de población con necesidades especiales	

Actividades escolares y extraescolares			0.No 1.Sí
112.Se realizan actividades por fuera del aula clases ¿Cuáles?			
113.Se realizan actividades culturales, recreativas y deportivas ¿Cuáles?			
114. Tiempo semanal en horas destinado a las actividades	Recreativas	Culturales	Deportivas
115. Se realizan actividades de salud ocupacional dentro de la IE? **¿Cuáles?**			0.No 1.Sí

La institución educativa tiene registro de los siguientes hechos:	0. No 1.Sí	¿Cuántos?
116. Violencia intrafamiliar		
117. Abuso sexual		
118. Trastornos mentales		
119. Adolescentes hombres con pareja en gestación		
120. Adolescentes mujeres en gestación.		
121. Consumo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol y tabaco.		
122. Suicidio.		
123. Intento de suicidio		

124.Estado de ausentismo y deserción							
Nivel	Grado	Estudiantes al inicio año lectivo	Ausentismo la fecha	Causa principal	Deserción a la fecha	Causa principal	Estudiantes nuevos
Preescolar	Prejardín						
	Jardín						
	Transición						
Básica primaria	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
Básica secundaria	6						
	7						
	8						
	9						
Media	10						
	11						
125. Porcentaje de deserción de los dos últimos años			Último		Penúltimo		

Causas:

EN: enfermedad	OP: orden público	JL: jornada laboral
DS: desplazamiento	D: desmotivación	EC: económico
BR: bajo rendimiento	CD: cambio de domicilio	G: gestación
CM: cuidado a menores	LD: labores domesticas	OT: otros

Información del estudiante

45.Número de orden	46.Tipo documento	47.Documento de identidad	48. Nombre completo		49. Fecha de nacimiento			50 Sexo	51. Nivel	52. Grado	53. Repitencia 0 No 1 Si 72. Encuestado 0 No 1 Si	Grupos poblacionales en la institución educativa 0 No 1 Si			
														75. Tipo de afiliación	
		Número	Nombres	Apellidos	Día	Mes	Año	1 H 2 M				73. Nivel Sisben 54. Afro descendiente	74. Listado censal 0 NO 1 Si 55. Indígenas	56. Población Rom	76. Nombre de la EPS 57.Afectada por el conflicto

								Aplica en población con necesidades educativas especiales						Sisben			Afiliación al SGSSS	
58.Población rural dispersa	59 Adolescentes trabajadores	60. Adolescente en conflicto con la ley penal	61. Adolescentes en protección	62. Jóvenes y adultos iletrados	63. Habitantes de frontera	64. Necesidades educativas especiales	65. No aplica	en situación de discapacidad 0 No 1 Si 66. Física	67. Cognitiva	68. Visual	69. Auditiva	1 Subsidiado 2 Contributivo 3 No asegurado 4 Otro régimen 70. Otra	71. ¿Cuál?					

Número de orden	Nutrición					Vacunación		Salud Bucal 0 No 1 Si							91.Tipología familiar	92. De los hermanos(as) en edad escolar todos se encuentran estudiando
	77. En crecimiento y desarrollo (5-9 años) 0. NO 1. SI	78. Peso en kilogramos	79. Estatura en centímetros	80. Signos de desnutrición 0. No 1. Si	81. Sobrepeso a la observación 0. No 1. Si	82. Cumple con el esquema de vacunación 0. No 1. Si	Aplica para quien no cumple con el esquema 83. Vacunas faltantes	84. Último tamizaje visual Dd/ mm/aaaa	85. Caries	86. Sangrado de encías	87. Última consulta odontológica Dd/ mm/ aaaa	88. Uso de seda dental	89. Prótesis dentales	90. Cepillado (N° veces por día)	1.Nuclear 2.Extensa o Conjunta 3.Monoparental 4.Ampliada 5.Díada conyugal 6.Simultánea Superpuesta o Reconstruida 7.Unipersonal 8.Fraternal	0. No 1. Si 3. N/A

93. Lugar que ocupa en la familia	Actividades que realiza con la familia en el tiempo libre 0 No 1 Si									103. Medio de transporte que utiliza el estudiante para dirigirse a la Institución educativa	104. Tiempo en minutos empleado entre el trayecto de la casa a la Institución Educativa	105. Espacio que más le gusta dentro la institución educativa
	94. Actividades de tipo doméstico	95. Ver televisión	96. Actividades religiosas	97. Nada en particular	98. Pasear	99. Leer	100. Deporte	101.Otra	102. ¿Cuál?	1 Caminando 2 Carro 3 Bestia 4 Garrucha 5 Canoa/Planchón 6 Motocicleta 7 Teleférico 8 Bicicleta		1. Salones 2. Canchas 3. Biblioteca 4. Tienda o cafetería 5. Pasillos 6. Escaleras 7. Parque 8. Otro ¿Cuál?

Componente 2: infraestructura escolar

Fecha de diligenciamiento (dd/mm/aaaa): / /

Código DANE:

Ubicación	0. No 1. Sí
1. Existen elementos externos que ponen en riesgo la integridad de la comunidad educativa (Ej. torres de energía, minas antipersonales, cantinas, guarniciones militares etc.)	
2.La institución se encuentra en zona de riesgo (Ej. fuentes de agua, terreno geológicamente inestable)	
3.El acceso a los servicios de salud requiere un tiempo menor a una hora	
4.Cuenta con servicios de transporte que faciliten las rutas de llegada y salida de los estudiantes	

Características físicas						
5. Material predominante en los pisos	1. Tierra	2. Madera	3.Baldosa	4. Cemento		
6. Estado de los pisos	1. Bueno	2. Regular	3. Malo			
7. Material predominante en las paredes	1. Tapia	2. Madera	3.Bahareque	4. Ladrillo		
8. Estado de las paredes	1. Bueno	2. Regular	3. Malo			
9. Material predominante en los techos	1. T. Barro	2. T. Plástica	3.Cemento	4. Zinc		
	5. Eternit	6. Paja o palma				
10. Estado de los techos	1. Bueno	2. Regular	3. Malo			
11. Luminosidad	1. Buena	2. Regular	3. Mala			
12. Ventilación	1. Bueno	2. Regular	3. Malo			
13. Fuentes de ruido	1.Tráfico	2.Obras	3.Establecimientos públicos	4.Conglomerados	5.Iglesias	6.Fábricas
14. Ambiente libre de contaminación respiratoria	0. No 1. Sí					

Servicios públicos y saneamiento				
15.Tiene acueducto	0. No	1. Sí		
16. El agua que consumen es:	1. Potable	2. No potable	3.Desconocida	4. tratada

Servicios públicos y saneamiento					
17. Artefacto en la disposición final de excretas	1. Inodoro	2. Taza	3. Letrina	4.Ninguna	
18. Disposición final de excretas	1. Alcantarillado	2. Pozo séptico	3. Sumidero	4. Campo abierto	
19. Disposición final de aguas grises	1. Pozo séptico	2. Sumidero	3. Campo abierto		
20. Recolección de basuras	1. Recipiente sin tapa	2. Recipiente de tapa.	3. Bolsa		
21. Cuenta con un sitio específico para el almacenamiento transitorio de basuras	0. No	1. Sí	Si es 0 pase a la 23		
22. El sitio cumple con las especificaciones que permite almacenamiento seguro de residuos	0. No	1. Sí	2. No aplica		
23. Los salones cuentan con elementos de aseo	0. No	1. Sí	3. Parcialmente		
24. Recipientes en áreas de recreación, aulas de clase, baños, restaurante, cocina	0. No	1. Sí			
Disposicion de basura					
25. Realizan	1. Reciclaje	2.Compostaje	3. Separación		
26. Disposición final de basuras	1.Quemada	2.Enterrada	3. Río quebrada	4.Campo abierto.	5. Relleno sanitario
Servicios públicos y saneamiento. 0 No 1 Si					
27. En la institución se realiza disposición final de basuras					
28. Posee tanque de almacenamiento de agua en funcionamiento					
29. El tanque de agua permanece tapado					
30. Ausencia de sitios con agua estancada					
31. Ausencia de roedores o insectos					
32. La institución posee elementos y dispositivos eléctricos. (No pasar al N° 35)					
33. Los elementos y dispositivos eléctricos están en buenas condiciones					
34. Tipo de gas	0. Domiciliario	1. Pipeta	2. No aplica		

35. Tipo de alumbrado	.1 Biogestor	2. Electricidad	3. Ninguno	

Dotación	0. No 1. Sí	Nº	Nº en buen estado
36. Puertas			
37. Ventanas			
38. Elementos básicos del botiquín de primeros auxilios			
39. Extintores o elementos para controlar incendios			
UNIDADES SANITARIAS:	0. No 1. Sí	Nº	Nº en buen estado
40. Unidades sanitarias para Hombres			
41. Unidades sanitarias para Mujeres			
42. Unidades sanitarias Mixtas			
43. Lavamanos			
44. Duchas			

Unidades sanitarias:				
45. Mantenimiento. Si es 0 pase a la pregunta 48	0. No	1. Sí		
46. Tipo de mantenimiento	1. Preventivo	2.Correctivo	3. Preventivo y correctivo	
47. Limpieza y desinfección	0. No	1. Sí		
48. Frecuencia de la limpieza	1. Diario	2. Esporádico		

Zona de servicios						
Restaurante escolar						
49. Restaurante Escolar	0. No (pasar al N° 55)		1.Sí			
50. N° de cupos						
51. Estado higiénico del restaurante	1. Bueno		2. Regular		3. Malo	
52. Se ofrece complemento nutricional	0. No		1. Sí			
53. Manipulan alimentos	0. No		1. Sí			
54. Se almacena materia prima en:	1. Congeladores		2. Alacenas		3. Bodegas	

Tienda o cafetería								
55. Tienda o cafetería	0. No (pasar al N° 58)		1.Sí					
56. Tipo	1. Caseta		2. Edificación apropiada					
57. Los alimentos ofrecidos son:	1. Empacados		2. Preparados en el sitio		3. Preparados fuera		4. Otro	

Zonas sociales la institución posee:	**0.No 1.Sí**
58. Salón múltiple	
59. Sala de profesores	
60. Zonas verdes	
61. Placa polideportiva	
62. Piscina	
63. Otra ¿Cual?	

Recursos educativos	0. No 1. Sí	¿Cuántos?
64. Biblioteca		
5. Bibliobanco		
66. Biblioteca móvil		
67. Aula de cómputo		
68. Sala audiovisuales		
Laboratorios		
69. Física		
70. Química		
71. Ciencias naturales		
Herramientas tecnológicas y comunicativas	0. No 1. Sí	¿Cuántos?
72. Equipo de sonido o radio		
73. Aparato de Televisión		
74. Acceso a internet		
75. Video vean		
76. Periódicos		
77. Carteleras		
78. Línea telefónica		
79. Sonido amplificado		
80. Computador		
81. Otros ¿Cuál?		
Cuenta con dotación de materiales educativos en las siguientes áreas		0. No 1. Sí
82. Ciencias naturales		
83. Ciencias sociales y educación religiosa		

Recursos educativos	0. No 1. Sí	¿Cuántos?
84. Educación artística y cultural		
85. Educación física y recreación		
86. Matemáticas		
87. Castellano		
88. Idiomas extranjeros		
89. Materiales para laboratorio		
90. Otros		

Zona administrativa			
Espacio	Luminosidad	Exposición al ruido	Ventilación
	1. Buena 2. Regular 3. Mala 4. No aplica	1.Alta 2. Mediana 3. Baja 4. No aplica	1. Buena 2. Regular 3. Mala 4. No aplica
91. Salón de rectoría			
92. Sala de espera			
93. Secretaria			
94. Sala de coordinación			
95. Sala de profesores			
96. Enfermería			
97. Oficinas varias			
98. Talleres de mantenimiento			
99. Porterías			

Zona académica								
100. La institución educativa tiene el siguiente mobiliario en el aula								
Nivel	Grado	Grupo	Nº de estudiantes	Área del salón en m2	N° Sillas o escritorios estudiantes	Nº en buen estado	N° de escritorios para docentes	N° de Tableros

Zona académica								
100. La institución educativa tiene el siguiente mobiliario en el aula								
Nivel	Grado	Grupo	Nº de estudiantes	Área del salón en m2	N° Sillas o escritorios estudiantes	Nº en buen estado	N° de escritorios para docentes	N° de Tableros

Nivel: preescolar, básica primaria, básica secundaria, media académica.

Grado: prejardín, jardín, transición, 1 (primero), 2 (segundo), 3 (tercero), 4 (cuarto), 5 (quinto),

6 (Sexto), 7 (Séptimo), 8 (Octavo), 9 (Noveno), 10 (Décimo), 11 (Undécimo)

Grupo: A, B, C, D, E, etc.

Componente 3: comunidad educativa

Fecha de diligenciamiento (dd/mm/aaaa): / /

Código DANE:

Docentes, personal administrativo, de apoyo y servicios generales

1. Documento de identidad	2. Nombre completo		3. Edad	4.Sexo	5. Cargo	Aplica docentes	7. Escalafón		Áreas		
Número	Nombres	Apellidos		1 H 2 M	1 Directivo docente. 2 Docente 3 Administrativo 4 Personal de apoyo. 5 Servicios generales. 6 Otro	6. Nivel de enseñanza 1. Preescolar 2.Basica Primaria 3. Básica Secundaria 4. Media	0. No 1. Si 3. NA	Nivel	8. Ciencias naturales	9. Ciencias sociales	10. Matemáticas

11. Lengua castellana, Humanidades e idioma extranjero	12. Edu. física y recreación	13. Tecnología e informática	14. Edu. artística y cultural	15. Educación r religión	16. No aplica	17. Formación 1 Bachiller académico 2 Bachiller Pedagógico 3 Normalista superior 4 Tecnólogo 5 Universitario 6 Especialización 7Maestria 8Doctorado	18. Contrato 1 Laboral Vinculado 2 Laboral Provisional 3.Prestación de servicios 4 Horas 5 Otro	¿Cuál?	Sisben 19. Encuestado 0. NO 1. SI	20. Nivel Sisben	Afiliación prestaciones sociales 0 No 1 Si 21. Salud	22. Nombre de la EPS	23. Pensiones	24. Cesantías	25. Riesgos profesionales	26. Caja de compensación

Cuál es su nivel de necesidad de formación frente a los siguientes temas:					
TEMAS	**Alto**	**Mediano**	**Bajo**	**Ninguno**	**N/A**
27. Salud sexual y reproductiva					
28. Recreación y deporte					
29. Salud mental					
30. Seguridad sanitaria y del ambiente					
31. Seguridad alimentaria y nutricional					
32. Estilos de vida saludables					
33. Salud visual					
34. Salud oral					
35. Discapacidad					
36. Género					
37. Sistema de seguridad social					
38. Educación para salud					
39. Habilidades para la vida					
40. Prevención de la enfermedad					
41. Comunicación para la salud					
42. Promoción de la salud					
43. Salud pública					

Con relación a mi labor en la institución educativa identifico la frecuencia con la que tengo actitudes o comportamientos que limitan o potencian mi desarrollo humano. Recuerde marcar con X solo una casilla por ítem.

44. Metas del desarrollo humano en docente, directivo docente, personal de apoyo						
Metas	**Criterios**	**Siempre**	**Casi siempre**	**A veces**	**Casi nunca**	**Nunca**
44.1 Autonomía	Realizo mis actividades académicas con plena autonomía					
	Me siento respetado(a) en mis opiniones					
	Soy libre de decidir en qué actividades quiero y puedo participar					
	Siento que puedo afrontar situaciones de manera independiente					
	Expreso mis opiniones aún sabiendo que ellas pueden generar controversia					
44.2 Autoestima	Reconozco que la labor que desempeño es importante para la institución educativa					
	Siento que la institución tiene en cuenta mis habilidades y capacidades personales					
	Siento que soy agradable para mis compañeros (as) de trabajo y estudiantes					
	Asumo mi labor profesional como un proyecto de vida					
	Me siento motivado por cualificar mi quehacer profesional					
44.3 Solidaridad	Siento que la comunicación entre las personas que hacemos parte de comunidad educativa es asertiva					
	Siento que la institución educativa tiene en cuenta las opiniones de todos sus miembros					
	Existe trabajo colaborativo en la elaboración y gestión de proyectos institucionales					
	Me siento apoyado por parte de la institución educativa para la realización de mis actividades académicas					

44. Metas del desarrollo humano en docente, directivo docente, personal de apoyo						
Metas	**Criterios**	**Siempre**	**Casi siempre**	**A veces**	**Casi nunca**	**Nunca**
	Me siento acompañado respecto situaciones sobre manejo de la norma, convivencia, violencia escolar, resolución de conflictos					
44.4 Creatividad	Utilizo de distintas maneras los recursos pedagógicos y didácticos que dispone la institución educativa					
	Ante un mismo acontecimiento soy capaz de hacer varias interpretaciones desde distintos puntos de vista					
	Las situaciones conflictivas que se puedan presentar en la institución educativa, las asumo como dinámicas potenciales que pueden llevar a cambios y trasformaciones positivas para la vida escolar					
	De forma permanente realizo mi propia autoevaluación con el fin de introducir cambios y cualificar aun más mi labor docente					
	Presento propuestas, tanto a estudiantes como a docentes y directivos en procura de aportar al mejoramiento institucional.					
44.5 Salud	Desarrollo actividades que ayudan a que labor cotidiana en la Institución Educativa sea agradable y tranquila					
	Participo en las actividades de salud ocupacional que desarrollan en mi Institución Educativa					
	Siento que las responsabilidades laborales no interfieren con mi salud mental					
	Los espacios físicos de la institución los encuentros agradables y pertinentes para mi labor docente					

44. Metas del desarrollo humano en docente, directivo docente, personal de apoyo						
Metas	**Criterios**	**Siempre**	**Casi siempre**	**A veces**	**Casi nunca**	**Nunca**
	Reconozco condiciones que pueden amenazar mi salud					
44.6 Felicidad	Me siento a gusto trabajando en la institución educativa					
	Generalmente encuentro gratificantes las distintas experiencias que he tenido en la institución					
	Siento que la comunidad educativa aporta a mi bienestar					
	Encuentro razones para sentirme a gusto trabajando en la institución educativa					
	Mantengo relaciones armónicas con los miembros de la comunidad educativa					
44.7 Resiliencia	En la institución educativa se desarrollan o promueven programas y proyectos que potencian la cualificación del talento humano					
	En mi contexto social inmediato, identifico distintos factores que pueden llevar al mejoramiento continuo de mi labor					
	Conozco y acudo a las instancias precisas que me pueden ayudar cuando enfrento algún problema concerniente a mi labor					
	He participado o participo en espacios que aportan a cualificar mi quehacer profesional					
	Identifico dificultades o debilidades concernientes a mi quehacer profesional y me esmero por solucionarlas					

Información del estudiante

45. Número de orden	46. Tipo documento	47. Documento de identidad	48. Nombre completo		49. Fecha de nacimiento			50 Sexo	51. Nivel	52. Grado	53. Repitencia	Grupos poblacionales en la institu					
												0 No 1 Si					
		Número	Nombres	Apellidos	Día	Mes	Año	1 H 2 M			0 No 1 Si	54. Afro descendiente	55. Indígenas	56. Población Rom	57.Afectada por el conflicto	58.Población rural dispersa	59 Adolescentes trabajadores

ción educativa						Aplica en población con necesidades educativas especiales						Sisben			Afiliación al SGSSS	
						en situación de discapacidad 0 No 1 Si									75. Tipo de afiliación 1 Subsidiado 2 Contributivo 3 No asegurado 4 Otro régimen	76. Nombre de la EPS
60. Adolescente en conflicto con la ley penal	61. Adolescentes en protección	62. Jóvenes y adultos iletrados	63. Habitantes de frontera	64. Necesidades educativas especiales	65. No aplica	66. Física	67. Cognitiva	68. Visual	69. Auditiva	70. Otra	71. ¿Cuál?	72. Encuestado 0 No 1 Si	73. Nivel Sisben	74. Listado censal 0 No 1 Si		

Número de orden	Nutrición					Vacunación		84. Último tamizaje visual	Salud Bucal 0 No 1 Si						91.Tipología familiar
	77. En crecimiento y desarrollo (5-9 años) 0. No1. Si	78. Peso en kilogramos	79. Estatura en centímetros	80. Signos de desnutrición 0. No 1. Si	81. sobrepeso a la observación 0. No 1. Si	82. Cumple con el esquema de vacunación 0. No 1. Si	Aplica para quien no cumple con el esquema 83. Vacunas faltantes	Dd/ mm/aaaa	85. Caries	86. Sangrado de encías	87. Última consulta odontológica Dd/ mm/ aaaa	88. Uso de seda dental	89. prótesis dentales	90. Cepillado (N° veces por día)	1.Nuclear 2.Extensa o Conjunta 3.Monoparental 4.Ampliada 5.Díada conyugal 6.Simultánea superpuesta o reconstruida 7.Unipersonal 8.Fraternal

92. De los hermanos(as) en edad escolar todos se encuentran estudiando 0. No 1. Si 3. N/A	93. Lugar que ocupa en la familia	Actividades que realiza con la familia en el tiempo libre 0 No 1 Si 94. Actividades de tipo doméstico	95. Ver televisión	96. Actividades religiosas	97. Nada en particular	98. Pasear	99. Leer	100. Deporte	101. Otra	102. ¿Cuál?	103. Medio de transporte que utiliza el estudiante para dirigirse a la Institución educativa 1 Caminando 2 Carro 3 Bestia 4 Garrucha 5 Canoa/Planchón 6 Motocicleta 7 Teleférico 8 Bicicleta	104. Tiempo en minutos empleado entre el trayecto de la casa a la Institución Educativa	105. Espacio que más le gusta dentro la institución educativa 1 Salones 2 Canchas 3 Biblioteca 4 Tienda o cafetería 5 Pasillos 6 Escaleras 7 Parque 8 Otro ¿Cuál?

Con relación a mi labor en la Institución Educativa identifico la frecuencia con la que tengo actitudes o comportamientos que limitan o potencian mi desarrollo humano. Recuerde marcar con X solo una casilla por ítem.

106. Metas del desarrollo humano en el estudiante						
Metas	**Criterios**	**Siempre**	**Casi siempre**	**A veces**	**Casi nunca**	**Nunca**
106.1 Autonomía	Puedo expresar mis opiniones libremente					
	Soy libre de decidir en que actividades quiero y puedo participar					
	Siento que soy respetado en la toma de decisiones					
	Soy responsable de mis acciones					
	Siento que puedo afrontar situaciones de manera independiente					
106.2 Autoestima	Me siento a gusto con mi cuerpo					
	Siento que soy agradable para mis compañeros y docentes.					
	En la institución me respetan mis gustos aunque no se compartan					
	Me siento a gusto con mi forma de pensar					
	Me siento apoyado por parte de mi familia					
106.3 Solidaridad	Me siento apoyado por parte de la institución Educativa.					
	Ayudo a mis compañeros-as cuando lo necesitan					
	Me siento acompañado cuando tengo un problema.					
	Me esmero porque la institución educativa sea cada vez mejor					
	Me gusta ayudar a las personas					
106.4 Creatividad	Reconozco en mí la capacidad para resolver dificultades.					
	La institución me motiva en el desarrollo de mis potencialidades					
	Siento que los docentes tienen distintas formas de enseñar					
	Considero que tengo capacidades que me permiten desarrollar el pensamiento					

106. Metas del desarrollo humano en el estudiante						
Metas	**Criterios**	**Siempre**	**Casi siempre**	**A veces**	**Casi nunca**	**Nunca**
	Siento curiosidad y asombro por lo que me enseñan					
106.5 Salud	Práctico rutinas para el cuidado de mi cuerpo y mi higiene					
	Reconozco condiciones que pueden amenazar mi salud.					
	Consumo alimentos nutritivos en calidad y cantidad					
	Reconozco y soy responsable de mi sexualidad					
	Me gusta ocupar mi tiempo libre en actividades recreativas, deportivas y culturales					
106.6 Felicidad	Tengo buenas relaciones con los docentes					
	Tengo buenas relaciones con los directivos docentes					
	Tengo buenas relaciones con mis compañeros-as					
	Tengo buenas relaciones con otras personas de la institución educativa					
	Me agrada sentir que mi familia me quiere y respeta					
	Me esmero por ser cada día mejor					
	Me siento contento de estudiar en la institución educativa.					
	Siento satisfacción con la vida					
106.7 Resiliencia	Comparto espacios con mis compañeros para socializar experiencias de vida					
	Me siento con capacidad para superar las dificultades					
	Asumo las dificultades como un aprendizaje					
	Busco ayuda cuando lo necesito					
	Resuelvo mis conflictos de manera tranquila					
	Tengo aspiraciones para mi futuro					

Componente 4: gestión de la implementación de la estrategia escuelas saludables

Fecha de diligenciamiento (dd/mm/aaaa): / /

Código DANE:

Que tanto conoce sobre la estrategia de escuela saludable	0. No 1. Si
1. Ha leído algún documento sobre el tema	
2. Conoce los lineamientos básicos que propone la Dirección Seccional de Salud y Protección Social del Departamento de Antioquia.	
Vinculación de la estrategia escuelas saludables a la institución educativa	**0. No 1. Si**
3. La estrategia Escuelas Saludables se implementa actualmente en la institución educativa	
4. Existe un acto administrativo por el cual se adopta la estrategia Escuelas Saludables en la institución Educativa	
5. La institución está vinculada por primera vez formalmente a un programa de la Estrategia Escuelas saludables	
6. Último año de ejecución	

La estrategia se encuentra inscrita en el marco de: 0. No 1. Si 3. N/A					
7. Plan de Desarrollo Municipal		8. Plan Territorial de Salud (Salud Pública)		9. Plan operativo Anual (POA) de salud y/o educación	
10. Plan Educativo Municipal		11. Plan operativo Anual de Inversión (POAI) de salud y/o educación		12. Proyecto Educativo Institucional	
13. Existe equipo dinamizador de la estrategia. 0. No 1. Si					

El equipo dinamizador está conformado por: 0. No 1. Si 2. NA	
14. coordinador o coordinadora de la Estrategia Escuelas Saludables	
15. Los directores de núcleos educativos y directivos docentes	
16. Representante del comité o mesa de Infancia y adolescencia	
17. Coordinador de participación o desarrollo	
18. Enfermeras coordinadora de promoción y prevención de la ESE	
19. Delegado de salud pública	
20. Delegado en salud oral	
21. Técnicos en saneamiento	
22. Gestores en deporte y recreación	
23. Representantes de programas de salud mental, salud sexual y reproductiva, Maná, Familia a tu lado aprendo, PRAES, Procedas	

El equipo dinamizador realiza las siguientes funciones: 0. Si 1.No	
24. Capacitar en la estrategia y en el sistema de información	
25. Difundir los lineamientos de la estrategia, políticas y experiencias nacionales.	
26. Diseñar y gestionar el proyecto de escuelas saludables	
27. Sensibilización de la EES a la toda la comunidad	
28. Seleccionar las instituciones educativas	
29. Elaboración del diagnóstico de necesidades y potencialidades en salud y educación.	
El equipo dinamizador realiza las siguientes funciones: 0. Si 1. No	
30. Elaboración de registro de las Instituciones Educativas que se acogieron a la estrategia	
31. Canalizar demanda inducida con la ESE, ICBF y demás entidades o programas que permitan una atención oportuna y eficaz a los y las estudiantes	
32. Elaboración del plan de acción de manera articulada a los programas y proyectos	
33. Seguimiento y asesoría permanente a los equipos gestores de las instituciones educativas	
34. Capacitar al equipo gestor en la estrategia y el sistema de información	
35. Existe equipo gestor encargado de coordinar la estrategia 0. No (pasar al N° 56) 1. Si	

Integrantes del equipo gestor: 0. No 1. Si 2. NA		Nº
36. Directivos docentes		
37. Docentes		
38. Representante de estudiantes		
39. Psicorientador		
40. Madres, padres de familia y/o acudientes.		
41. Personal administrativo		
42. Personal de servicios generales		
43. Otros actores de la comunidad circundante a la institución educativa		

El equipo gestor realiza las siguientes funciones: 0.Si 1.No	
44. Capacitarse en la estrategia	
45. Realizar un diagnóstico y análisis sobre las condiciones generales en salud y educación de la institución	
46. Apoyar la articulación de proyectos pedagógicos y de gestión desde la promoción de la salud	
47. Motivar a la comunidad educativa a participar en el desarrollo de la EES	

El equipo gestor realiza las siguientes funciones: 0.Si 1.No						
48. Mantener compromiso permanente con el equipo dinamizador						
49. Presentar propuestas y acciones que potencialicen el desarrollo de la EES						
50. Orientar la búsqueda de recursos técnicos, financieros y humanos						
51. Coordinar y articular los proyectos y programas respecto a la promoción de la salud						
52. Gestionar el sistema de información y sus componentes						
53. Generar procesos de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación de la estrategia con la participación de la comunidad educativo						
54. Coordinar con el equipo dinamizador en la socialización de la experiencia, en el ámbito intrainstitucional, interinstitucional, municipal y departamental						
55. Teniendo en cuenta las actividades de los momentos en la metodología de implementación de la Estrategia Escuela Saludable la institución actualmente se encuentra en:	Momento 1		Momento 2		Momento 3	

Metodología de implementación	
56. De acuerdo al momento de desarrollo señale la actividad que se encuentra ejecutando la institución educativa	
Momento 1 planeación 0.Si 1.No	
Se dispone de un cronograma de actividades para la implementación de la estrategia 1	
Elaboración de un diagnóstico de necesidades y potencialidades en la institución 2	
Elaboración de un proyecto municipal o institucional	
Proyecto aprobado y financiado	
Momento 2 implementación y desarrollo	
Puesta en común del proyecto y el cronograma de trabajo de la Estrategia Escuelas Saludables, ante el consejo directivo y consejo académico	
Difusión de las experiencias de la estrategia en lo municipal y departamental	
Puesta en común de la Estrategia Escuelas Saludables en el COMPOS (Comité municipal de política social)	
Participación de otros actores de la comunidad circundante a la institución educativa	
Cronograma para desarrollar el proyecto	
Articulación de la estrategia al proyecto educativo institucional —PEI—	
Articulación de la estrategia a los proyectos transversales de enseñanza obligatoria	
Articulación de intersectorial para los componentes del proyecto: salud sexual y reproductiva, salud, bucal, seguridad alimentaria. Participación social	

Metodología de implementación	
Articulación interinstitucional con otras instituciones que prestan servicios sociales	
Articulación de la estrategia a la educación no formal, pregrados y otros	
Momento 3 evaluación y seguimiento	
Se realiza seguimiento sobre las actividades mensuales, trimestrales	
Se realiza evaluación periódica, semestral, anual	
Diseño y desarrollo de planes de mejoramiento	
Sistematización de la experiencia	
Publicación de la experiencia	

Anexo 3

Sistema de Información Escuelas Saludables —SIES—

Instructivo Guía para la Aplicación del Instrumento

El departamento de Antioquia retoma Escuelas Saludables como una estrategia de promoción de la salud en el entorno escolar para contribuir a la salud, bienestar y desarrollo humano, social, sostenible, incluyente y territorialmente equilibrado de la comunidad educativa, mediante la articulación y coordinación de acciones intra- e intersectoriales (salud, medio ambiente, educación, entre otros).

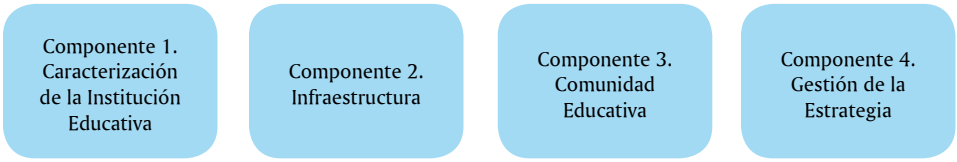
Para ello, el proceso de implementación de la Estrategia, se orienta en tres momentos.

- Momento 1: Adopción de la Estrategia Escuelas Saludables en los municipios y conformación de comités intersectoriales para su gestión.
- Momento 2: Análisis de necesidades y potencialidades en Salud, Educación y Ambientes en las Instituciones Educativas; diseño del plan de acción y articulación de la estrategia al Proyecto Educativo Institucional, a los proyectos transversales de enseñanza obligatoria y las acciones de Salud Pública.
- Momento 3: Sistematización y evaluación de la Estrategia; diseño y desarrollo de planes de mejoramiento; difusión de las experiencias de la Estrategia en el contexto municipal, departamental y nacional; articulación de la Estrategia a la educación no formal, pregrados y otros.

Según lo anterior, el instrumento será aplicado en el momento 2 de la estrategia, siendo parte fundamental para la elaboración de la aproximación diagnóstica; en este sentido, el Sistema de Información de la Estrategia de Escuelas Saludables —SIES—, tiene como objetivo identificar necesidades y potencialidades de la comunidad educativa donde se va a implementar la Estrategia de Escuelas Saludables para direccionar y articular planes de acción de orden inter- e intrasectoriales que incidan en el bienestar, la calidad de vida, y el desarrollo humano de la comunidad educativa a través de la recolección, almacenamiento, procesamiento, análisis y publicación de la información.

Este sistema de información está orientado en cuatro componentes constituidos en un instrumento de recolección de información, así:

La elaboración del instrumento de recolección de información, para el Sistema de Información —SIES— está fundamentado en los Lineamientos de nacionales para la aplicación y desarrollo de estrategias de entornos saludables, vivienda y



escuela, Ley General de Educación 115/94 (265), resoluciones y decretos relacionados con el funcionamiento del Sistema Educativo Colombiano, lineamientos de política de atención educativa a poblaciones vulnerables; prioridades de salud pública, desde la Resolución 0425 de 2008 (266), desarrollo a escala humana; metas del desarrollo; sistematización de experiencias de la Estrategia de Escuelas Saludables en Colombia y otros documentos que han contribuido con la construcción del instrumento que recoge aspectos sobre el funcionamiento del sistema educativo, salud, medio ambiente, saneamiento básico, entre otros, que permiten desde la perspectiva del desarrollo humano, identificar el estado integral de la población que circunda en el entorno escolar en términos de acceso, permanencia, calidad y pertinencia, aspectos que influyen directamente en la calidad de vida de las personas.

En este sentido, el presente instructivo tiene como propósito estandarizar la manera como el equipo dinamizador y gestor recolecta los datos e información de manera clara, concisa y precisa.

Sumado esto, es necesario tener en cuenta que la Estrategia de Escuelas Saludables en el departamento de Antioquia, guía su implementación desde:

- Un documento teórico que fundamenta la Estrategia de Escuelas Saludables como una opción para el mejoramiento de la calidad de vida en el entorno escolar.
- Una guía orientadora que plantea el cómo implementar la Estrategia en los diferentes municipios del Departamento.
- La creación de un Sistema de Información de Escuelas Saludables —SIES— que contribuye con el proceso de aproximación diagnóstica, direccionar el plan de acción y mejoramiento y realizar seguimiento y evaluación de la estrategia.

Ética de la información

Es importante además que en la implementación de la estrategia como proceso investigativo en salud, se efectúe el manejo adecuado de la información. El Ministerio de Salud, establece unas normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, ya que legalmente es a quien le corresponde formular

las políticas y dictar todas las normas científico-administrativas, de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el Sistema.

En este sentido, las personas que recolectarán la información, deberán contemplar los lineamientos que se establecen en la Resolución N· 8430 de 1993 (267), puesto que este proceso involucra grupos de seres humanos; por consiguiente, se debe desarrollar un comunicado de *Consentimiento Informado* tal como se dispone en los artículos 14, 15 y 16 de la resolución mencionada, mediante el cual se garantizará la responsabilidad en el manejo de la información y se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Funciones específicas del equipo dinamizador respecto al SIES:

Para la aplicación del instrumento, es necesario tener en cuenta que entre las funciones de la coordinadora de la Estrategia y del equipo dinamizador están:

- Capacitar a los miembros del equipo dinamizador y equipo gestor.
- Asignar las personas responsables que diligenciarán el instrumento para cada uno de sus componentes.
- Realizar seguimiento a la aplicación del instrumento.
- Proporcionar los recursos necesarios para su aplicación.
- Realizar evaluación del proceso de recolección y diligenciamiento de la información.
- Asignar un responsable para el proceso de digitación de la información.
- Capacitar al responsable de la digitación de la información.
- Generar informes y reportes.
- Realizar el análisis de la información para la elaboración del diagnóstico, diseño del plan de acción y proyectos.
- Actualizar la información según el nivel de desarrollo de la Estrategia Escuelas Saludables[1].

Acciones de las personas responsables para la recolección de la información:

- Estudiar y cumplir con las instrucciones de la guía instructiva.

---

1 La información recolectada para la etapa diagnóstica no deberá ser sustituida por la información que se actualiza en el sistema de información de la Estrategia Escuelas Saludables —SIES.

- Familiarizarse con el instrumento, leer cuidadosamente cada una de las preguntas y resolver posibles dudas, antes de realizar el proceso de recolección de información.
- Discreción y seriedad respecto a la información recolectada (Véase ética de la información).
- No utilizar la información para fines personales.
- Recibir el material necesario: guía instructiva, instrumento, materiales específicos que se requieren para cada componente, verificar que estén completos dichos requerimientos.
- Diligenciar completamente el instrumento conforme a los conceptos señalados en la guía instructiva.
- Hacer las correcciones y verificaciones de información si es necesario antes de retirarse de la institución educativa, esto con el fin de garantizar la veracidad de la información.
- Responsabilizarse y velar por la conservación del material a su cargo.
- Informar las dificultades que puedan surgir durante el proceso de recolección de información.
- No dar a conocer la información obtenida a personas ajenas a la estrategia.
- No discutir con la comunidad educativa ni hacerles preguntas ajenas a las solicitadas en el instrumento.
- No mostrar sorpresa o desagrado ante las respuestas.
- Nunca perder la calma.
- Mostrar seguridad de tal manera que la persona que proporciona la información perciba que el recolector de la información conoce el instrumento.
- Leer las preguntas escritas en el instrumento sin modificar su texto, con el fin de garantizar que se está preguntando en forma correcta.
- Hacer entrega del material debidamente diligenciado y el sobrante.
- Hacer las observaciones pertinentes respecto a los aciertos y desaciertos que se generaron durante el proceso de recolección.
- Realizar el proceso de recolección de información de manera tranquila y sin apuros.

- Evitar apreciaciones personales que pongan en juego la veracidad de la información recolectada.

Proceso para la aplicación del instrumento de escuelas saludables

Componente 1: caracterización de la institución educativa

A. Descripción.

En este componente se solicita información general sobre el establecimiento educativo que adoptó la Estrategia de Escuelas Saludables, incluye además la caracterización del establecimiento educativo refiriéndose a lo concerniente a libros reglamentarios, conformación de consejos, planes de mejoramiento (Proyecto Educativo Institucional, actas, evaluación institucional) y aspectos relacionados con la dinámica institucional, tal como se establece en la Ley General de Educación, Ley 115 de 1994, (268) resoluciones y decretos propios del sistema Educativo y de la Resolución 0425 de 2008 (269) donde se definen las acciones propias de salud pública.

La información que se recoge en este instrumento es la relacionada con la sede en donde se va a desarrollar la estrategia independiente de si es sede principal o anexa. En el formulario encontrara información específica de la institución educativa la cual se espera sea la mima para cada una de las sedes, e información que sede relacionada con la sede (edificio) en la cual se desarrolla este primer componente. Si la estrategia se desarrolla en más de una sede, la información de este primer componente deberá diligenciarse para cada una de ellas.

B. ¿Quién lo Diligencia?

La recolección de la información será responsabilidad del coordinador de la estrategia o un miembro del equipo gestor de la institución educativa, si así lo deciden los equipos de trabajo de la estrategia al interior del municipio. Las personas que responden el cuestionario pueden ser el Rector de la Institución Educativa —IE— si la estrategia se desarrolla en la sede principal o los coordinadores de cada sede anexa si es el caso, en algunos casos se puede pensar en la posibilidad de un docente con experiencia y conocimiento de la IE para que ofrezca la información. El diligenciamiento de la información se hará mediante entrevista estructurada, la observación directa y la revisión de los documentos mencionados. Es de anotar que este instrumento se plantea con base en la normativa en materia de educación por consiguiente se convierte en un insumo de

vital importancia para los procesos autoevaluación con relación al funcionamiento del sistema educativo y mejoramiento de la calidad de la IE por lo cual se debe generar un clima de confianza entre la persona que solicita la información y quien o quienes la suministran, esto con la finalidad de eliminar la carga negativa que pueden llegar a tener los procesos de evaluación complejos como las auditorias.

C. ¿Qué claridades conceptuales se requieren?

Establecimiento educativo. Entidad que presta servicio Educativo.

Institución educativa. Entidad que presta servicio Educativo de carácter Formal, en este caso, el ciclo preescolar (Transición), básica y media.

Centro Educativo. Entidad que presta servicio Educativo de carácter Formal, en este caso, el ciclo preescolar (Transición), básica hasta el ciclo de primaria.

Modalidad Educativa. Existen diferentes modalidades para la prestación del Servicio Educativo, Educación Formal, No formal, informal, para este instrumento, se establece la Educación Formal.

Educación Formal. Aquella que se imparte en establecimientos educativos aprobados, en una secuencia regular de ciclos lectivos, con sujeción a pautas curriculares progresivas y conducentes a grados y títulos. La educación básica formal se organiza por niveles, ciclos y grados según las siguientes definiciones:

- Los niveles son etapas del proceso de formación en la educación formal, con los fines y objetivos definidos por la ley. (Preescolar-Básica -Media).
- El ciclo es el conjunto de grados que en la educación básica satisfacen los objetivos específicos definidos en el artículo 21 de la Ley 115 de 1994, (270) para el denominado Ciclo de Primaria o en el artículo 22 de la misma Ley, para el denominado Ciclo de Secundaria.
- El grado corresponde a la ejecución ordenada del plan de estudios durante un año lectivo, con el fin de lograr los objetivos propuestos en dicho plan. Decreto 1860/94 Art. 5 (271).

Comunidad Educativa. La comunidad educativa está formada por estudiantes o educandos, educadores, padres de familia o acudientes de los educandos, egresados, directivos docentes y administradores escolares. Todos ellos, según su competencia, participarán en el diseño, ejecución y evaluación del Proyecto Educativo Institucional y en la buena marcha del respectivo establecimiento educativo.

Proyecto Educativo Institucional. Todo establecimiento educativo debe elaborar y poner en práctica con la participación de la comunidad educativa, un proyecto

educativo institucional que exprese la forma como se ha decidido alcanzar los fines de la educación definidos por la ley, teniendo en cuenta las condiciones sociales, económicas y culturales de su medio.

Modelo pedagógico. Todo modelo pedagógico tiene como base cuatro principios fundamentales: antropológico, social, psicológico y pedagógico. Los principios son el pensamiento motor de la institución, su conceptualización sobre el hombre y la mujer, la sociedad, y la educación del momento, la dinámica del desarrollo humano, la pedagogía, el currículo, la metodología y la evaluación en el presente momento histórico; y que asumirán, compartirán y respetarán todos en la comunidad educativa, en beneficio del desarrollo del ejercicio y propósitos educativos. De acuerdo a lo anterior estos principios se estructuran a través de la conceptualización del pensamiento de la comunidad educativa, lo que significa que padres de familia, estudiantes, administrativos, docentes y directivos participarán de este proceso.

Modelo Educativo. Constituye un sistema complejo de procesos orientados a lograr un aprendizaje más significativo en el estudiante. Está integrado por un conjunto de subsistemas con funciones específicas en los que intervienen variables interrelacionadas e interdependientes. Desde una perspectiva general, el modelo educativo puede centrar su accionar en el profesor o en el estudiante; en el primer caso, los modelos educativos que centran su acción en el profesor son utilizados por instituciones educativas que imparten formación presencial; en el segundo caso, los modelo educativos que centran su accionar en el estudiante, son utilizados por instituciones que imparten formación a distancia. Escuela nueva. Modelo escolarizado de educación formal, con respuestas al multigrado rural y a la heterogeneidad de edades, dirigido a Niños y niñas entre los 7-12 años para el nivel educativo de Básica, ciclo Primaria. La mayoría de los Centros Educativos Rurales CER, trabajan bajo este modelo educativo flexible.

Procesos básicos: Es un programa del Ministerio de Educación Nacional, dirigido a todos los niños, niñas y jóvenes entre los 9 y 15 años que por diversos motivos no aprendieron a leer y a escribir. Promueve el desarrollo de las competencias básicas en lectura, escritura y aritmética necesarias para integrarse a la institución educativa, el mundo social y el universo cultural.

Aceleración de aprendizaje: Es un Programa del Ministerio de Educación Nacional para la nivelación de la educación básica primaria de niños, niñas y jóvenes entre los 9 y los 15 años quienes, por diversas razones, no han podido continuar sus estudios de primaria y se encuentran por fuera del sistema educativo o en situación de extra edad. El programa, que dura un año lectivo, permite la culminación de la primaria.

Consejo directivo Es el órgano que fija las políticas y las directrices de la institución. Su principal función es asegurar que se logren los objetivos estratégicos que lleven a alcanzar la visión de la Institución Educativa. Consejo Directivo de los establecimientos educativos estatales estará integrado por:

- El rector, quien lo presidirá y convocará ordinariamente una vez por mes y extraordinariamente cuando lo considere conveniente.
- Dos representantes del personal docente, elegidos por mayoría de los votantes en una asamblea de docentes.
- Dos representantes de los padres de familia elegidos por la Junta Directiva de la Asociación de Padres de Familia.
- Un representante de los estudiantes elegido por el consejo de estudiantes, entre los estudiantes que se encuentren cursando el último grado de educación ofrecido por la institución.
- Un representante de los ex estudiantes, elegido por el Consejo Directivo, de ternas presentadas a las organizaciones que aglutinen la mayoría de ellos o en su defecto, por quien haya ejercido en el año inmediatamente anterior el cargo de representante de los estudiantes.
- Un representante de los sectores productivos organizados en un ámbito local o subsidiariamente las entidades que auspicien o patrocinen el funcionamiento del establecimiento educativo. El representante será escogido por el Consejo Directivo, de candidatos propuestos por las respectivas organizaciones. Decreto 1860 de 1994 Art 21. (272)

Consejo académico. Este es un órgano de consulta y asesoría de la Institución Educativa. El Consejo Académico está integrado por el rector quien lo preside, los directivos docentes y un docente por cada área definida en el plan de estudios. Decreto 1860 de 1994 Art 24. (273)

Junta de acción comunal. Son organizaciones civiles que propenden por la participación ciudadana en el manejo de sus comunidades.

Plan de Mejoramiento Institucional. Es el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática desde las instituciones. Ministerio de Educación Nacional.

Etnoeducación. Se entiende por educación para grupos étnicos lo que se ofrece a grupos o comunidades que integran la nacionalidad y que poseen una cultura, una lengua, unas tradiciones, unos fueros propios y autóctonos. Educación para grupos étnicos, Ley 115 de 1994 Capítulo III. (274).

D. ¿Qué fuentes de verificación?

Fuentes Primarias: Observación directa.

Fuentes Secundarias: Libros reglamentarios, PEI, Actas.

E. ¿Qué metodología implementar para su aplicación?

Trabajo en equipo, distribución de revisión documental y observación directa.

F. Instrucciones

Fecha de diligenciamiento (dd/mm/aaaa): Corresponde al día, mes y año en que se realiza visita, colocar la fecha en números arábigos —0, 1, 2,3, etc.—, utilizando los dígitos especificados. No puede ser mayor a la fecha actual. De obligatorio diligenciamiento.

Datos de identificación de la institución educativa

1. Nombre. Nombre completo de la sede en donde se diligencia el instrumento (independiente de si es o no la institución educativa principal). De obligatorio diligenciamiento.
2. Código DANE. Escribir el código de registro de la sede principal o el código de sede anexa, si es el caso. Este Código DANE, es el Número asignado por el DANE a la institución educativa. Tanto la institución educativa principal como las sedes tienen asignado un código DANE diferente. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.
3. Sede. Marque con una equis el tipo de sede según sea el caso; principal o anexa. En caso de elegir la opción anexa se debe dirigir la pregunta 5.
4. Sede Anexas. Indicar las sedes anexas con las que cuenta la institución educativa.

   Código. Diligenciar el código completo de la Institución.

   Nombre. Escriba el nombre completo de la institución.
5. Código sede principal. Diligenciar el código completo que asignó el DANE a la sede principal de la institución educativa.
6. Nombre sede principal. Escriba el nombre completo de la sede principal de la institución educativa.

7. Nombre del rector. Escriba el nombre completo del rector si es la sede principal de la Institución Educativa el lugar en donde se diligencia este componente. Nombre del Coordinador. Escriba el nombre completo del coordinador si el lugar en donde se diligencia este componente.

8. Establecimiento. Escriba en el espacio, el número que corresponde al tipo de establecimiento según sea el caso:

   1 para Institución Educativa.

   2 para centro Educativo.

9. Zona. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones:

   1 para Urbano. Si la institución se encuentra localizada sobre el casco urbano el cual se identifica por calles, carreras entre otras.

   2 para Rural. Si la institución se encuentra ubicada fuera del perímetro urbano y cuya dirección se encuentra identificada por el nombre de la zona o vereda.

10. Vereda/Barrio. Nombre completo de la vereda ó el barrio al cual corresponde la sede educativa visitada.

11. Municipio. Nombre completo del municipio al cual corresponde la sede educativa visitada. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

12. Subregión. Nombre completo de la subregión a la cual corresponde la sede de la institución educativa visitada. De obligatorio diligenciamiento.

13. Dirección. Escribir en números arábigos —1, 2, 3, etc.— la nomenclatura completa con la cual se identifica la institución educativa visitada. En caso de no tener nomenclatura, las instituciones se identifican con el número del contador o por algún punto de referencia.

14. Página web. Escribir la dirección de la página web correspondiente a la institución educativa si la tiene.

15. Correo electrónico. Escribir el correo electrónico correspondiente a la institución educativa, si lo tiene.

16. Teléfono. Corresponde número telefónico de la institución educativa.

17. Modalidad y/o Modelo Educativo. Escriba en el espacio, el número que corresponde al modelo educativo.

1 para Educación formal.

2 para escuela nueva.

3 para procesos básicos.

4 para Aceleración de aprendizaje.

5 para la opción **"o**tra**"** si se tiene otro modelo educativo diferente a los nombrados; de ser así, escriba cuál es en el siguiente espacio.

18. Jornada. Escriba en el espacio, el número que corresponde a la jornada o jornadas con las que cuenta la institución educativa. La jornada completa hace referencia al total de estudiantes que se atienden en una única jornada (am. - pm.). Tenga en cuenta que estas no son excluyentes, marque todos los campos que correspondan a las jornadas dictadas en la sede en la que se diligencia el componente:

    1 para jornada mañana.

    2 para jornada tarde.

    3 para jornada completa.

    4 para jornada nocturna.

    Máximo nivel de atención en educación formal ofrecido en la sede. Escriba en el espacio en blanco el número que corresponda con el máximo grado de formación que se ofrezca en la sede en donde se diligencia el componente según el nivel de enseñanza:

19. Preescolar:

    1 para Pre Jardín.

    2 para Jardín.

    3 para Transición.

    4 si no aplica.

20. Primaria:

    1 Primero.

    2 Segundo.

    3 Tercero.

4 Cuarto.

5 Quinto.

6 si no aplican.

21. Básica secundaria:

1 Sexto.

2 Séptimo.

3 Octavo.

4 Noveno.

5 si no aplica.

22. Media: escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones: 1, Décimo, 2, Once, o 3, si estas posibilidades no aplican *Funcionamiento y estructura organizativa:*

Órganos y forma de integración del gobierno escolar: ítems 23, 24 y 25 Consejo Directivo, Consejo Académico, Consejo de padres. Las definiciones de cada uno de estos los encuentra en el apartado de claridades conceptuales al principio del componente. Responda las categorías de respuesta de cada consejo —23, 24 y 25— teniendo en cuenta los siguiente: organizado y funcionando: escriba en la casilla el número 1 si los consejos de la institución educativa se encuentra organizados y efectivamente están funcionando. De lo contrario, escriba el número 0.

Se reúnen con regularidad: escriba en la casilla el número 1 si los diferentes consejos de la institución se reúnen con regularidad. De lo contrario, escriba el número 0.

Todos los integrantes pertenecientes a cada consejo asisten generalmente a las reuniones programadas de manera cumplida: escriba en la casilla el número 1 si los integrantes de los consejos de la institución educativa asisten generalmente a las reuniones programadas cumplidamente. De lo contrario escriba el número 0.

Proyecto Educativo Institucional PEI:

26. Existe modelo pedagógico. Escriba en la casilla el 1, si en la institución educativa existe un modelo pedagógico. De lo contrario escriba 0 y escriba

dos 2 cuando la persona no sabe si la institución educativa cuentan con un modelo pedagógico.

¿Cuál?: en caso que si exista un modelo pedagógico escriba cual utilizan en la institución educativa.

Se incluye en el PEI temas como:

Ítems del 27 al 42. Escriba en la casilla el número 1 si en el PEI se incluyen los diferentes temas que se preguntan a continuación, de lo contrario escriba el 0.

27. Derechos y deberes.
28. Hábitos de vida saludables.
29. Inclusión.
30. Habilidades para la vida.
31. Multiculturalidad.
32. Otros ¿Cuáles?
33. Se incluye en el PEI temas como las 10 prioridades de salud pública. En caso de seleccionar la opción No pasar al numeral 43.

De la pregunta 34 a la 42 especifique los problemas en salud pública que se incluyen en el PEI, marcando uno para la opción Sí, y cero para la opción No.

34. Salud infantil.
35. Salud sexual y reproductiva.
36. Salud oral.
37. Salud mental y las lesiones violentas evitables.
38. enfermedades transmisibles y las zoonosis.
39. Enfermedades crónicas no transmisibles.
40. Nutrición.
41. Seguridad sanitaria y del ambiente.
42. Seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

La institución educativa cuenta con:

43. Plan de mejoramiento institucional. Marque con una equis según el estado de en el que se encuentra el plan de mejoramiento institucional. Formulado, Implementado, Evaluado.

Elementos para la organización del servicio educativo:

44. Cuentan con manual de convivencia y/o reglamento estudiantil: escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.
45. Aulas de apoyo o asesorías de las Unidades de Atención Integral escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.
46. La IE cuenta con escuela de padres está organizada y funcionando escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.

Emergencias y desastres. Responda con que cuenta la I.E en relación a la temática de emergencias y desastres desde la 47 a la 51 escribiendo en la casilla el número 1 para la respuesta SI. De lo contrario escriba el número 0 para NO.

47. Plan de emergencias naturales y prevención de desastres: En caso de seleccionar la opción No pasar al numeral 49.

48. Ejecuta el plan.

49. Tiene señaladas las rutas de evacuación.

50. Tiene señaladas las rutas de Acceso y desplazamiento.

51. Realiza evaluación anual de infraestructura.

Servicio social obligatorio:

52. Se realizan acciones de Servicio Social Estudiantil obligatorio desde salud en la escuela aplica para (estudiantes de los grados 10. y 11.): escriba en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba el número 0.

53. Se encuentran estas acciones registradas en el PEI. Escriba en la casilla el número 1, si las acciones de servicio social estudiantil obligatorio desde salud en la escuela, se encuentren registradas en el PEI. De lo contrario escriba el número 0.

Plan de Estudios:

54. Se desarrollan planes integrados de área: escriba en la casilla el número 1 si en la institución educativa se desarrollan planes integrados de área. De lo contrario escriba el número 0. En caso de seleccionar la opción No pasar al numeral 61.

Ítems del 55 al 60: Escriba en la casilla el número 1 si los planes incluyen los diferentes temas que se preguntan a continuación, de lo contrario escriba el 0.

55. Competencias ciudadanas.

56. Habilidades para la Vida.

57. Competencias laborales.

58. Etnoeducación.

59. Evaluación periódica.

60. Estrategias en el cronograma de actividades para articular la Institución con las experiencias culturales locales y regionales.

Proyectos transversales:

Si se ejecutan en los proyectos pedagógicos de enseñanza obligatoria marcar la opción 1, de lo contrario escriba el número 0 para la opción No.

61. El aprovechamiento del tiempo libre, recreación y deporte, el fomento de las diversas culturas.

62. La enseñanza de la protección del medio ambiente, la ecología y la preservación de los recursos naturales.

63. La educación para la justicia, la paz, la democracia, la solidaridad, la confraternidad y la formación en valores humanos.

64. Educación sexual.

65. Se articulan los proyectos pedagógicos de enseñanza con las prioridades de la salud pública ¿Cuáles prioridades? Escribir cuáles prioridades de la salud pública se articulan a los proyectos de pedagógicos (Retome las prioridades de salud descritas en los ítems 34-42). Si al menos uno de estos proyectos se articula con una de estas prioridades.

Otros proyectos que se vinculan a la institución educativa:

66. La institución desarrolla convenios interinstitucionales. ¿Con quién? ¿Para qué?:

    1 opción de respuesta para Sí, de lo contrario escriba el número 0. Escribir con quien desarrolla los convenios interinstitucionales la institución educativa y para qué.

67. Existen programas y/o proyectos de vinculación entre los estudiantes y la comunidad (como por ejemplo espacios culturales, sociales, deportivos, entre otros) Nómbrelos. Escriba en la casilla el número 1 si en la institución educativa existen programas y/o proyectos de vinculación entre los estudiantes y la comunidad. De lo contrario escriba el número 0. Nombrar los programas y/o proyectos.

68. Existen alianzas y acuerdos interinstitucionales (voluntad de participación de otras instituciones con los proyectos de la IE): escriba en la casilla el número 1 si en la institución educativa existen acuerdos interinstitucionales. De lo contrario escriba el número 0.

Programas, proyectos, instituciones y organizaciones vinculadas con la institución educativa.

Programas de salud vinculados con la institución:

Ítems 69 a 80 para la vinculación a la IE de los programas, proyectos, instituciones y organizaciones responda de la siguiente: manera 1 si la institución educativa está vinculada a alguno de estos de los contrario escriba el número 0.

Grupos de interés: escriba en el espacio, el número que corresponde a cada una de las siguientes opciones:

1. Estudiantes.

2. Profesores.

3. Padres de familia.

Tiempo última actividad: escriba en los espacios, en números arábigos —1, 2, 3, etc.— el día, mes y año según corresponda con la fecha de la última actividad realizada por el programa proyecto institución u organización que asistió a la IE. En caso de no tener certeza del día exacto de la actividad escriba en el campo el día 1. Del mes y del año de realización.

69. Vacunación: ya sea jornada pedagógica o campaña de inmunización.

70. Sexualidad responsable.

71. Salud oral o bucal.

73. Salud mental.

74. Recreación y deporte.

75. Dirigidos a población en situación de discapacidad.

76. Saneamiento básico (revisiones o inspecciones técnicas o capacitaciones al personal).

77. Salud ambiental.

78. Seguridad alimentaria y nutricional.

79. Familia a tu lado aprendo.

80. Otro ¿Cuál?: Solo si seleccionó la opción "otros", escriba el nombre del programa vinculado con la institución educativa; este debe ser diferente a las opciones ofrecidas anteriormente.

Instituciones Relacionadas con la Institución Educativa:

Ítems 81 al 90 Escribir en las casillas el número 1 si la institución educativa está relacionada con alguna de las siguientes instituciones, de lo contrario escriba el número 0.

Grupos de interés: escriba en el espacio el número que corresponde a una de las siguientes opciones:

1. Estudiantes.

2. Profesores.

3. Padres de familia.

81. ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar familiar).

82. ESE Hospital (Empresa Social del Estado).

83. DLS (Dirección Local de Salud).

84. UMATA (Unidades Municipales de Asistencia Técnica Agropecuaria).

85. Comisaría de familia.

86. Personería.

87. INDEPORTES.

88. La iglesia.

89. Centro o casa de la cultura.

90. Otras ¿Cuáles? Solo si seleccionó la opción "otras", escriba el nombre de otras instituciones relacionadas con la institución educativa; estas deben ser diferentes a las opciones ofrecidas anteriormente.

Organizaciones sociales que se relacionan con la institución:

Ítems 91 a 96. Escribir en las casillas el número 1, si la institución educativa está relacionada con alguna de las siguientes organizaciones, de lo contrario escriba el número 0.

Grupos de interés: escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones:

1 Estudiantes.

2 Profesores.

3 Padres de familia.

91. Junta de acción comunal.

92. Grupos organizados de la comunidad.

93. COPACO (Comité Participación Comunitario).

94. Juntas administradoras locales.

95. Veeduría ciudadana.

96. Otra ¿Cuál? Solo si seleccionó la opción "otra", escriba el nombre de organizaciones sociales que se relacionen con la institución educativa; este debe ser diferente a las opciones ofrecidas anteriormente.

Formación del talento humano:

Se ofrece formación al talento humano (docentes, directivos, personal de apoyo) en:

Ítems 97 a 105 Responda 1 para SI o 0 para NO si en la I.E existen las siguientes opciones de formación.

97. Estratégias pedagógicas.

98. Áreas específicas.

99. Valores humanos.

100. Situaciones de riesgo social.

101. Investigación.

102. Modalidad Educativa.

103. Salud (Promoción de la salud, Salud sexual y reproductiva, Salud mental, Salud Pública, Sistemas de salud).

104. Infancia y Adolescencia.

105. Políticas Públicas.

La institución brinda a los estudiantes que lo requieren:

106. Servicios de protección: escribir en la casilla el número 1, si la institución educativa brinda a los estudiantes servicios de protección. De lo contrario, escriba el número 0.

107. Atención de salud: escribir en la casilla el número 1, si la institución educativa brinda a los estudiantes atención de salud. De lo contrario escriba el número 0.

108. Complemento nutricional: escribir en la casilla el número 1, si la institución educativa brinda a los estudiantes complemento nutricional. De lo contrario, escriba el número 0.

Grupos poblacionales:

En relación a grupo vulnerables marque el numero 1 para la opción SI o de lo contrario el número 0 para No.

109. Se brinda atención educativa a poblaciones vulnerables.

110. ¿Conocen los lineamientos de política para la atención educativa a poblaciones vulnerables?

111. Se cuenta con docentes con formación en la atención de población con necesidades educativas especiales.

Actividades escolares y extraescolares:

112. Se realizan actividades por fuera del aula de clases: escribir en la casilla el número 1, si en la institución educativa se realizan actividades por fuera del aula de clases. De lo contrario escriba el número 0.

¿Cuáles?: escriba cuales actividades se realizan por fuera del aula de clase en la institución educativa.

113. Se realizan actividades extraclase y extracurriculares en temáticas culturales, recreativas y deportivas: escribir en la casilla el número 1, si la institución educativa realiza actividades culturales, recreativas y deportivas. De lo contrario escriba el número 0.

¿Cuáles? Escriba cuáles actividades culturales recreativas se realizan en la institución educativa.

114. Tiempo semanal en horas destinado a las actividades: Escribir en los espacios el número que corresponda a las horas semanales dedicadas a cada una de las siguientes actividades.

Recreativas.

Culturales.

Deportivas.

115. Se realizan actividades de salud ocupacional dentro de la IE: escribir en la casilla el número 1 si en la institución educativa se realizan actividades de salud ocupacional. De lo contrario, escriba el número 0.

¿Cuáles? Escriba cuales actividades de salud ocupacional se realizan en la institución educativa.

La institución educativa tiene registro de los siguientes hechos:

116 a 123 responda si la institución educativa tiene registro de los siguientes hechos de la siguiente forma: escriba en la casilla el número 1, si en la institución educativa tienen registros. De lo contrario escriba 0.

¿Cuántos?: Escriba el número de casos que se tengan registrados en la institución educativa según el evento correspondiente.

116. Violencia intrafamiliar.

117. Abuso sexual.

118. Trastornos mentales (entre estos están incluidos trastornos de ansiedad, trastornos del ánimo como depresión o manía, trastornos de personalidad como esquizofrenia y trastornos por dependencia a las sustancias como adicciones o alcoholismo).

119. Adolescentes hombres con su pareja en gestación.

120. Adolescentes mujeres en gestación.

121. Consumo de sustancias psicoactivas incluidas entre estas el consumo de alcohol y tabaco.

122. Suicidios consumados.

123. Intentos de suicidio.

Estado de ausentismo y deserción:

124. Estado de ausentismo y deserción. El cuadro de estado de ausentismo y deserción se diligenciará de la siguiente manera:

Estudiantes al inicio del año lectivo. Se refiere al número de estudiantes que iniciaron su período escolar en el año en curso.

Ausentismo a la fecha. Se refiere al número de ausencias por parte de los estudiantes ya sean justificadas o no a la fecha de la visita.

Deserción a la fecha. Se refiere al número de estudiantes que han abandonado sus estudios hasta la fecha de la visita.

Causa principal ausentismo y deserción. Escribir en el espacio la causa principal del ausentismo y/o la deserción en los estudiantes de la siguiente manera:

EN: Enfermedad	BR: Bajo rendimiento
OP: Orden público	CD: Cambio de domicilio
JL: Jornada laboral	G: Gestación
DS: Desplazamiento	CM: Cuidado de menores
D: Desmotivación	LD: Labores Domesticas
EC: Económico	OT: Otros

Estudiantes nuevos. Se refiere al número de estudiantes nuevos que ingresaron durante el año en curso después del periodo de matrículas o después de iniciadas las actividades académicas.

125. Porcentaje de deserción de los dos últimos años. Escribir el porcentaje de de deserción para cada una de las opciones ofrecidas a continuación:

Último año

Penúltimo año.

Componente 2: infraestructura

¿Quién lo diligencia?

Persona que realice acciones en la administración municipal, respecto a la Planeación y/o obras públicas, en compañía con profesional en saneamiento básico, coordinador de la estrategia y/o docente antiguo de la sede o institución educativa.

¿Qué fuentes de verificación?

Observación directa. Reporte de saneamiento básico.

¿Qué metodología implementar para su aplicación?

Recorrido institucional haciendo observación sistemática y mediciones.

D. Instrucciones

Fecha de diligenciamiento (dd/mm/aaaa): corresponde al día, mes y año en que se realiza visita, colocar la fecha en números arábigos —0, 1, 2, 3 etc.—, utilizando los dígitos especificados. No puede ser mayor a la fecha actual. Este campo es de obligatorio diligenciamiento.

Código DANE. Número completo que fue asignado por el DANE a la sede donde se recolecta la información, ya sea sede anexa o principal. De obligatorio diligenciamiento.

Ubicación:

Preguntas 1 a 4 complete la información de los campos respondiendo 0 para No y 1 para Sí.

Existen elementos externos que ponen en riesgo la integridad de la comunidad.

La institución se encuentra en zona de riesgo.

El acceso a los servicios de salud requiere un tiempo menor a una hora.

Cuenta con servicios de transporte que faciliten las rutas de llegada y salida de los estudiantes.

Características físicas:

Material predominante en los pisos. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones de acuerdo con el material que predomine en los pisos esto se si ocupa más del 50% del total de la superficie.

1. Tierra.

2. Madera.

3. Baldosa.

4. Cemento.

Estado de los pisos. Escriba en el espacio, el número que corresponde según su opinión a una de las siguientes opciones.

1. Bueno.

2. Regular.

3. Malo.

Material predominante en las paredes. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones de acuerdo con el material que predomine en las paredes esto es si corresponde a más del 50% de la superficie. En el caso de que dos o más materiales compartan una misma proporción la persona que diligencie el instrumento deberá priorizar aquel que esté en mejores condiciones, según su propia opinión.

1. Tapia.

2. Madera.

3. Bahareque.

4. Ladrillo.

Estado de las paredes. Escriba en el espacio, el número que corresponde según su opinión a una de las siguientes opciones.

1. Bueno.

2. Regular.

3. Malo.

Material predominante en los techos. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones de acuerdo con el material que predomine en los techos del piso más alto del edificio, esto es, si es más del 50%. En el caso de que dos materiales compartan una proporción del 50% la persona que diligencie el instrumento deberá priorizar aquel que esté en mejores condiciones según su propia opinión.

1. Teja de barro.

2. Teja plástica.

3. Cemento.

4. Zinc.

5. Eternit.

6. Paja o palma.

Estado de los techos. Escriba en el espacio, el número de las opciones que corresponde según su opinión:

1 Bueno.

2. Regular.

3. Malo.

Luminosidad. Escriba en el espacio, el número que corresponde según su opinión acerca del estado de la iluminación.

1. Buena.

2. Regular.

3. Mala.

Ventilación. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones de acuerdo con su opinión a la calidad de la ventilación en la sede educativa.

1. Buena.

2. Regular.

3. Mala.

Ruido. La institución educativa está ubicada a fuentes de ruido como:

1. Tráfico vehicular (volumen de vehículos alto cercano a la IE, carreteras autopistas de tráfico vehicular pesado y constante).

2. Obras (obras públicas y/o privadas que utilicen maquinaria pesada como retroexcavadoras, martillo neumático, taladro neumático, aplanadora, etc.).

3. Establecimientos públicos (como bares, discotecas, tabernas).

4. Conglomerados (p. ej. procesiones, plazas de mercado, ferias de ganado, etc.).

5. Iglesias (incluidos centros cristianos).

6. Fábricas.

Ambiente libre de contaminación respiratoria: Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. de lo contrario escriba 0 para No.

Servicios públicos y saneamiento:

Tiene acueducto. Escribir en la casilla el número 1, si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.

El agua que consumen es: Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

1. Potable.

2. No potable.

3. Desconocida.

4. Segura o tratada.

Artefacto en la disposición final de excretas. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

Inodoro.

2. Taza.

3. Letrina.

4. Ninguna.

Disposición final de excretas. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

1. Alcantarillado.

2. Pozo séptico.

3. Sumidero.

4. Campo abierto.

Disposición final de aguas grises. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

1. Pozo séptico.

2. Sumidero.

3. Campo abierto.

La recolección de basuras es. Especifique la opción según corresponda dependiendo el tipo y características del recipiente.

1. Recipientes sin tapa.

2. Recipiente con tapa.

3. Bolsas.

Cuenta con un sitio específico para el almacenamiento transitorio de basuras: Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No. Si la respuesta es No pase a la pregunta 23.

El sitio cumple con las especificaciones que permite un almacenamiento seguro de residuos. Condiciones que debe cumplir: sitio cerrado que impida la entrada de animales (insectos, roedores, etc.), aireado, recipientes con capacidad suficiente de almacenamiento, recipientes con tapa, lavable con desagües).

Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No, o dos 2 si la pregunta no aplica para la sede.

Los salones cuentan con elementos de aseo. Escribir en la casilla el número 1 si en la institución educativa los salones cuentan con elementos de aseo como escobas, baldes, jabones o soluciones desinfectantes, recipientes de basura. De lo contrario escriba 0.

Recipientes en áreas de recreación, aulas de clase, baños, restaurante, cocina: Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es SI. De lo contrario escriba 0 para NO. o dos 2 si se tienen los recipientes parcialmente, en algunas áreas.

Manejo de basuras:

Tipo de proceso que realizan: Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

1. Reciclaje.

2. Compostaje.

3. Separación.

Disposición final de basuras. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

Quemada.

Enterrada.

Río quebrada.

Campo abierto.

Relleno sanitario

Saneamiento Básico:

Preguntas 27 a 32. Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.

Posee tanque de almacenamiento de agua en funcionamiento.

El tanque de agua permanece tapado.

Ausencia de sitios con agua estancada (verificar los lugares no visibles como bajantes, canaletas y techos).

Ausencia de roedores o insectos.

La institución posee elementos y dispositivos eléctricos. Si la respuesta es No pasar a la 33.

Los elementos y dispositivos eléctricos están debidamente aislados, dentro de cajas de seguridad, toma corrientes y sin exposición de cables "pelados".

Tipo de gas escriba en la casilla según corresponda al tipo de red gas que exista en el edificio.

0. Domiciliario.

1. De pipeta.

2. Si no aplica para la sede.

Tipo de alumbrado. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

Biogestor. combustible de tipo natural como por ejemplo velas o brea para antorchas.

Electricidad.

Ninguno.

Dotación:

Preguntas 35 a 43. Escribir en la casilla inicial el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.

Número. Escriba el número total de elementos de dotación que existen en la institución educativa.

N. en buen estado. Del total de elementos de dotación existen en la institución educativa, escriba el número de las que se encuentran en buen estado.

Puertas. En buen estado. Del total de puertas que existen en la institución, escriba el número de las que se encuentran en buen estado (funcionado plenamente, sin grietas, con chapa).

Ventanas: En buen estado: Del total de ventanas que existen en la institución, escriba el número que se encuentran en buen estado (funcionando plenamente, aseguradas al marco, si grietas, con dispositivo de cierre).

Elementos básicos del botiquín de primeros auxilios con analgésicos, soluciones antisépticas, gasa, guantes desechables, esparadrapo/micropore en buen estado. Escriba el número de elementos básicos de primeros auxilios que se encuentran en buen estado (fecha de caducidad vigente).

Extintores o elementos para controlar incendios en buen estado: Del total de extintores o elementos para controlar incendios que existen en la institución, escriba el número que se encuentran en buen estado (recarga vigente, con sellos de seguridad y calidad de prueba hidrostática, certificado de revisión).

Unidades sanitarias:

39. Unidades sanitarias de hombres.

40. Unidades sanitarias de mujeres.

41. Unidades sanitarias mixtas.

42. Lavamanos.

43. Duchas.

Unidades sanitarias:

44. Se hace mantenimiento de forma periódica a las unidades sanitarias. Escribir en la casilla el número 1, si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.

45. Tipo mantenimiento. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

    1. Preventivo. Cuando el mantenimiento es realizado regularmente para prevenir daños y mantener las unidades funcionando y en buen estado.

    2. Correctivo. Si solo se realiza mantenimiento cuando se reportan daños en las unidades.

    3. Si se tienen en cuenta los dos tipos de mantenimiento.

46. Limpieza y desinfección. Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.

47. Frecuencia de la limpieza. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

    1. Diario. Cuando la limpieza y desinfección se realiza rutinariamente todos los días.

    2. Esporádico. Cuando el procedimiento se realiza en intervalos de tiempo. Zona de servicios

Restaurante escolar:

48. Posee restaurante escolar: Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No. en caso de seleccionar la opción no pasar al numeral 55.

49. Número de cupos. Escriba en el espacio el número de cupos asignados para los estudiantes en el restaurante escolar teniendo en cuenta las modalidades refrigerio, almuerzo, y ambas.

50. Estado higiénico del restaurante. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones de acuerdo a la observación de las condiciones de asepsia y cuidado del local, los implementos, la organización de estos y el personal.

    1. Bueno.

    2. Regular.

    3. Malo.

    51. Se ofrece complemento nutricional: Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.

    52. Manipulan alimentos en la sede: Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.

    53. Se almacena materia prima en la sede: Selección múltiple.

Marque con una equis en donde se almacena la materia prima de la institución educativa.

1. Congeladores.

2. Alacenas.

3. Bodegas.

Tienda o cafetería:

54. Tienda o cafetería. Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No. en caso de seleccionar la opción No pasar al numeral 58.

55. Tipo. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones.

    1. Caseta.

2. Edificación apropiada (con los elementos adecuados para el manejo de alimentos como refrigerador, alacenas, mesones, superficies lavables etc.).

56. Los alimentos ofrecidos son. Selección múltiple.

Marque con una equis si los alimentos ofrecidos en la tienda o cafetería de la institución educativa corresponden a una o varias de las siguientes categorías.

1. Empacados.

2. Preparados en el sitio.

3. Preparados afuera.

4. Otro.

Zonas sociales:

Preguntas 57 a 62 la institución posee: Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.

57. Salón múltiple.

58. Sala de profesores.

59. Zonas verdes.

60. Placa polideportiva.

61. Piscina.

62. Otra ¿Cuál? Escriba el nombre otras zonas sociales que posea la institución educativa; estas deben ser diferentes a las opciones ofrecida anteriormente, solo si seleccionó la opción "otras".

Recursos educativos:

Preguntas 63 a 80, escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No. y en la casilla ¿cuántos? escriba el número de unidades de cada recurso.

63. Biblioteca.

64. Bibliobanco (sistema de trueque de libros en el cual el usuario por cada libro que deposite en su cuenta recibe un puntaje que después podrá redimir por libros de otros usuarios).

65. Biblioteca móvil entendida como un sistema de biblioteca ambulante que se dirige a varios puntos dentro de un territorio.

66. Aula de cómputo.

67. Aulas audiovisuales.

Laboratorios:

68. Física.

69. Química.

70. Ciencias naturales.

Herramientas tecnológicas y comunicativas:

71. Equipos de sonido como radios, grabadoras, reproductor de cd, mp3 etc.

72. Aparatos de televisión.

73. Acceso a internet.

74. Video beam.

75. Periódicos.

76. Carteles.

77. Línea telefónica.

78. Sonido amplificado.

79. Computador.

80. Otras ¿Cuál? Escriba el nombre otras herramientas tecnológicas y comunicativas que posea la institución educativa; estas deben ser diferentes a las opciones ofrecida anteriormente, solo si seleccionó la opción "otras".

Cuenta con dotación de materiales educativos en las siguientes áreas:

Preguntas 81 a 89, en relación con si cuenta con dotación de materiales educativos, ya sea audiovisuales impresos, o lúdicos, y en cada una de las áreas escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba 0 para No.

81. Ciencias naturales.

82. Ciencias sociales y educación religiosa.

83. Educación artística y cultural.

84. Educación física y recreación.

85. Matemáticas.

86. Castellano.

87. Idiomas extranjeros.

88. Materiales para laboratorio.

89. Otros. Escriba el nombre de otros materiales educativos que posea la institución educativa; estas deben ser diferentes a las opciones ofrecida anteriormente, solo si seleccionó la opción "otras".

Zona administrativa:

Preguntas 90 a 98 con respecto a los espacios de la sede; luminosidad, ruido y ventilación.

Luminosidad. Escriba en el espacio según su opinión si la iluminación es.

1. Buena.

2. Regular.

3. Mala.

4. No aplica.

Exposición al ruido escriba en el espacio el número que corresponda al nivel de ruido de cada área según su opinión.

1. Alto.

2. Medio.

3. Bajo

4. No aplica.

Ventilación. Escriba en el espacio, el número que corresponde a cada una de las siguientes opciones según su opinión:

1. Buena.

2. Regular.

3. Mala.

4. No aplica. Cuando la sede no cuenta con alguno de estos espacios mencionados en el instrumento.

90. Salón de rectoría.

91. Sala de espera.

92. Secretaría.

93. Sala de coordinación.

94. Sala de profesores

95. Enfermería.

96. Oficinas varias.

97. Talleres de mantenimiento.

98. Porterías.

Zona Académica

99. La institución educativa tiene el siguiente mobiliario en el aula; este cuadro se diligenciará de la siguiente manera.

Nivel. Se refiere a cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal como preescolar, básica primaria, básica secundaria y media.

Grado. Se refiere al grado de formación académica como pre jardín, jardín, transición, 1 (primero), 2 (segundo), 3 (tercero), 4 (cuarto), 5 (quinto), 6 (sexto), 7 (séptimo), 8 (octavo), 9 (noveno), 10 (décimo), 11 (undécimo).

Grupo. A, b, c, d, e entre otros, de acuerdo al número de salones que existan en cada grado. —1.1, 1.2—.

N. de estudiantes. Escribir el número de estudiantes que hay por grupo.

La tabla 27 muestra el número máximo de estudiantes que debe existir por grupo y el espacio que cada uno de ellos requiere (275).

Tabla 27. Número de estudiantes por grupo y espacio

Ambiente	Área en m^2 por estudiante
Pre jardín 3-4 años	200
Jardín 4-5 años	200
Transición 5-6 años	200
Básica y media 6-16 años	1,65 a 1,80
Especial	1,85

El área del salón en m^2. Se refiere al total que tiene el salón de clase, la cual resulta de medir en metros, el largo del salón y el ancho y luego multiplicarlos. ejemplo: 3 mt de largo y 2 mt de ancho: el **área del salón será 3 x 2= 6 mt^2.**

N. sillas o escritorios según estudiantes. Se refiere al número total de sillas o escritorios que hay en el salón de clase, independiente de su estado.

N. en buen estado. Se refiere al número total de sillas o escritorios en buen estado que hay en el salón de clase.

N. de escritorios para docentes. Se refiere al número de escritorios para los docentes hay en el salón de clase.

N. de tableros: Se refiere al número de tableros hay el salón de clase.

Componente 3: comunidad educativa

¿Quién o quiénes lo diligencian?

El diligenciamiento de este componente debe ser el resultado de un trabajo de equipo coordinador, que recoja la información específica de las personas relacionadas. Este componente está divido en dos partes, la primera tiene que ver con la información relacionada con los docentes y personal administrativo de la IE y la segunda con los estudiantes de la IE.

¿Qué metodología implementar para su aplicación?

La información del "subcomponente" 1 dirigido a docentes y personal administrativo está divido a su vez en dos partes. Para la primera parte información general (preguntas de la 1 a la 27) se buscará la información en libros, actas, contratos o documentos donde se encuentre esta información, para la segunda parte (preguntas de la 28 a la 45) la información se recolectará mediante el formato de autodiligenciamiento propuesto y dirigido a docentes, personal administrativo y de apoyo, personal de servicios generales.

La información del "subcomponente" 2 dirigido a estudiantes se recogerá de la siguiente manera: la información general del estudiante (preguntas de la 46 a la 92) la recogerá el coordinador de la estrategia basado en libros o documentos que brinden esta información como son las historias del estudiante o los reportes generados por los diferentes profesionales o técnicos que asisten a brigadas de salud en la I.E como por ejemplo, higienista oral, optómetra, enfermera de prevención y promoción, profesional que labore en el plan de salud pública, así como la enfermera comunitaria en representación de la ESE Hospital de cada municipio o personal de los diferentes programas que atienden al estudiante.

Para la parte de metas del desarrollo en estudiantes, segunda parte de este segundo subcomponente se espera que sean respondidas por los estudiantes de 4°

a 11° en manera de autodiligenciamiento después de que el docente desarrolle talleres educativos en donde se estudien y se reflexione acerca de lo que son las metas del desarrollo y el estudiante pueda pensarse en medio de situaciones que contribuyen a alcanzarlas. Para esta parte con los estudiantes más pequeños (transición a tercer grado) se espera recoger la información por medio del apoyo de docentes y padres de familia, los talleres deben orientarse en el juego, ubicando al escolar en situaciones que se relacionen con las metas del desarrollo, el dibujo y la observación sistemática deben ser usadas también como estrategias para la evaluación de las metas del desarrollo en este grupo de edad.

¿Quiénes suministran la información?

Los estudiantes, padres de familia, docentes, personal administrativo, personal de apoyo, personal de servicios generales.

¿Qué claridades conceptuales se requieren?

Bachiller académico. Titulo que se otorga a quienes hayan culminado satisfactoriamente el curso de la educación media en establecimientos educativos debidamente autorizados para expedirlo o a quienes se sometan a los exámenes de validación. El título de Bachiller hará mención de la formación recibida, académica o técnica, especificando además, la especialidad cursada. Decreto 1860 de 1994 Art 11 (276).

Bachiller pedagógico. Énfasis de formación académica que se realiza en la media técnica.

Normalista. Se define como aquellas personas que finalizan y aprueban el nivel de educación media, en las escuelas normales superiores, se les expedirá el título de Bachiller, en el cual se especificará el campo de la educación en la que profundizó sus estudios; así como a quienes finalicen y aprueben el ciclo complementario de formación docente. Art 25 del Decreto 3012 de 1997 (277). El título de normalista superior sólo acredita para ejercer la docencia en el nivel de preescolar y en el ciclo de educación básica primaria.

Tecnólogo. Aquellas personas con que realizan estudios tecnológicos, con formación en ocupaciones, en profesiones o disciplinas y programas de especialización. Universitario. Aquellas personas que se preparan para el desempeño de ocupaciones, para el ejercicio de una profesión o disciplina determinada, de naturaleza tecnológica o científica o en el área de las humanidades, las artes y la filosofía.

Posgrado. Son programas de postgrado las especializaciones, las maestrías los doctorados y los posdoctorados. Los programas de especialización son aquellos

que se desarrollan con posterioridad a un programa de pregrado y posibilitan el perfeccionamiento en la misma ocupación, profesión, disciplina o áreas afines o complementarias. Las maestrías buscan ampliar y desarrollar los conocimientos para la solución de problemas disciplinarios, interdisciplinarios o profesionales y dotar a la persona de los instrumentos básicos que la habilitan como investigador en un área específica de las ciencias o de las tecnologías o que le permitan profundizar teórica y conceptualmente en un campo de la filosofía, de las humanidades y de las artes. Ley 30 de 1992 (278).

Prestación de servicios:

La contratación por prestación de servicios se caracteriza por:

- La prestación de servicios versa sobre una obligación de hacer para la ejecución de labores en razón de la experiencia, capacitación y formación profesional de una persona en determinada materia, con la cual se acuerdan las respectivas labores profesionales.
- La autonomía e independencia del contratista desde el punto de vista técnico y científico, constituye el elemento esencial de este contrato.
- La vigencia del contrato es temporal y, por lo tanto, su duración debe ser por tiempo limitado.
- Su forma de remuneración es por honorarios.
- No se genera en estos contratos ninguna relación laboral y por ende no hay lugar al pago de prestaciones sociales.
- La afiliación al sistema integral de seguridad social se debe realizar como trabajador independiente, esto es, asume la totalidad de las cotizaciones.

Directivos docentes. Todos los establecimientos educativos de acuerdo con su proyecto educativo institucional, podrán crear medios administrativos adecuados para el ejercicio coordinado de las siguientes funciones:

- La atención a los estudiantes en los aspectos académicos, de evaluación y promoción. Para tal efecto los educandos se podrán agrupar por conjuntos de grados.
- La orientación en el desempeño de los docentes de acuerdo con el plan de estudios. Con tal fin se podrán agrupar por afinidad de las disciplinas o especialidades pedagógicas.
- La interacción y participación de la comunidad educativa para conseguir el bienestar colectivo de la misma. Para ello podrá impulsar programas y pro-

yectos que respondan a necesidades y conveniencias. (Decreto 1860 de 1995 Art. 27)

¿Qué fuentes de verificación?

Revisión documental, libros reglamentarios, registro escolar (carpeta del estudiante o historia escolar), libros administrativos, planeadores de los docentes, Sistema de Matrículas —SIMAT—.

Instrucciones

Fecha de diligenciamiento (dd/mm/aaaa): corresponde al día, mes y año en que se realiza visita, colocar la fecha en números arábigos —0, 1, 2, 3 etc.—, utilizando los dígitos especificados. No puede ser mayor a la fecha actual. De obligatorio diligenciamiento.

Código DANE. Número completo que fue asignado por el DANE a la institución educativa de obligatorio diligenciamiento.

Docentes, personal administrativo, de apoyo y servicios generales:

1. Documento de identidad. Por medio del cual la persona está identificada de acuerdo a su nacionalidad y con la cual se hacen todas las diligencias públicas.

Número. Escriba el número correspondiente al documento de identificación.

2. Nombre completo.

   Nombres. Escriba los nombres que aparecen en el documento de identidad de la persona.

   Apellidos. Escriba los apellidos que aparecen en el documento de identidad de la persona.

3. Edad. Se debe registrar la edad en años cumplidos de la persona.

4. Sexo. Escriba en el espacio el número que corresponda al sexo de la persona, según su documento de identidad.

   1. Hombre.

   2. Mujer.

5. Cargo. Escriba en el espacio el número que corresponda al cargo de la persona.

Si la persona obedece a las categorías del 3 al 5 pasar a la pregunta 18.

   1. Directivo docente.

2. Docente administrativo.

3. Personal de apoyo.

4. Servicios generales.

5. Otro.

Preguntas 6 a 18 aplica para docentes:

6. Nivel de enseñanza. Especifique el nivel de enseñanza en el cual docente labora.

1. Preescolar.

2. Básica primaria.

3. Básica secundaria.

4. Media.

7. Escalafón. Escriba en la casilla el 1, cuando la persona tenga un escalafón, de lo contrario, escriba cero 0 o No aplica.

Nivel: Escriba el nivel de escalafón que posee el docente.

Áreas. Marque con una equis la o las áreas que dicta el docente en la institución educativa:

8. Ciencias naturales.

9. Ciencias sociales y educación religiosa.

10. Matemáticas.

11. Lengua castellana, humanidades o idioma extranjero.

12. Educación física y recreación.

13. Tecnología e informática.

14. Educación artística y cultural.

15. Educación religiosa.

16. No aplica. Cuando el docente desarrolla funciones diferentes a las especificadas)

17. Formación. Escriba en el espacio el número que corresponda a la formación de la persona.

1. Bachiller académico.
2. Bachiller pedagógico.
3. Normalista superior.
4. Tecnólogo.
5. Universitario.
6. Especialización.
7. Maestría.
8. Doctorado.

18. Tipo de contrato. Escriba en el espacio el número que corresponda al contrato de la persona.

    1. Laboral vinculado.
    2. Laboral provisional.
    3. Prestación de servicios.
    4. Horas.
    5. Otro ¿Cuál?

Sisbén:

19. Encuestado por el Sisbén. Escribir en la casilla el número 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba cero 0 para No.
20. Nivel Sisbén: Se refiere al nivel de Sisbén que sé le signó según encuesta domiciliaria.

    - Afiliación a prestaciones sociales. Escriba en la casilla el 1 si la persona tiene afiliación a prestaciones sociales de acuerdo a la entidad en la que se encuentre afiliada. De lo contrario escriba 0.

21. Salud. Escriba en la casilla el número 1 cuando la persona cuenta con afiliación a alguna EPS. De lo contrario escriba 0.
22. Nombre de la EPS. Escriba en el espacio el nombre de la EPS a la cual pertenece.
23. Pensiones. Escriba en la casilla el número 1 si la persona está afiliada a una administradora de fondo de pensiones (AFP). De lo contrario escriba 0.

24. Cesantías. Escriba en la casilla el número 1 si la persona está afiliada a un fondo de cesantías. De lo contrario escriba 0.

25. Riesgos profesionales. Escriba en la casilla el número 1 si la persona está afiliada a administradora de riesgos profesionales (ARP). De lo contrario escriba 0.

26. Caja de compensación. Escriba en la casilla el número 1 si la persona está afiliada a caja de compensación. De lo contrario escriba 0.

¿Cuál es su nivel de necesidad de formación frente a los siguientes temas?

Formato de autodiligenciamiento desarrollado por los docentes de la sede educativa.

Preguntas de la 27 a la 45. Escriba en la escala (alto, mediano, bajo, ninguno, no aplica) una equis dependiendo de la necesidad de formación frente a cada uno de los siguientes temas especificados:

27. Salud sexual y reproductiva.

28. Recreación y deporte.

29. Salud mental.

30. Seguridad sanitaria y del ambiente.

31. Seguridad alimentaria y nutricional.

32. Estilos de vida saludables.

33. Salud visual.

34. Salud oral.

35. Discapacidad.

36. Género.

37. Sistema de seguridad social.

38. Educación para salud.

39. Habilidades para la vida.

40. Prevención de la enfermedad.

41. Comunicación para la salud.

42. Promoción de la salud.

43. Salud pública.

Con relación a mi labor en la institución educativa identifico la frecuencia con que tengo actitudes o comportamientos que limitan o potencian mi desarrollo humano. Marque con una equis solo una casilla por ítem. Las opciones de respuesta son:

Siempre. Casi siempre. A veces. Casi nunca. Nunca.

44. Metas del desarrollo humano en docente, directivo docente, personal de apoyo. Se debe aplicar a la totalidad del talento humano de la institución mediante formato anónimo de autodiligenciamiento.

    El docente completa la matriz de metas teniendo en cuenta la frecuencia con la que realiza cada una de las siguientes actividades en relación con su labor en la institución educativa. Las metas que se preguntan son: autonomía, autoestima, solidaridad, creatividad, salud, felicidad y resiliencia.

Información del estudiante

45. Número de orden. Asigne un número consecutivo al estudiante.

46. Tipo de documento. Escriba el tipo de documento que identifica al estudiante utilizando las abreviaturas que se encuentran en los paréntesis.

    1. Cédula (CC): a partir de los 18 años.
    2. Tarjeta de identidad (TI): menores de 18 años y mayores de 8 años.
    3. Registro civil (RC): si son menores de 7 años.
    4. Número único de identificación (NUIP): el NUIP numérico de identificación personal (compuesto por 10 dígitos) se aplicó en todo el país desde 2004 permitiendo al colombiano tener un número único de identificación desde que nace hasta que muere.
    5. Cédula Extranjera. Cuando la persona procede de otro país.
    6. Sin documento de identificación (SD); cuando la persona no cuenta con ninguna identificación.

47. Documento de identidad. Por medio del cual el estudiante está identificado y con el cual se hacen todas las diligencias públicas. Número. Escriba el número correspondiente al documento de identificación que se indicó previamente en tipo de documento (cédula, tarjeta de identidad, registro civil, NUIP, cédula extranjera).

48. Nombre completo

Nombres. Escriba los nombres que aparecen en el documento de identidad del estudiante.

Apellidos. Escriba los apellidos que aparecen en el documento de identidad del estudiante.

49. Fecha de nacimiento. Se debe registrar la fecha de nacimiento que aparece en el documento de identidad, en números arábigos y en el orden que aparecen los siguientes ítems.

Día: Se debe registrar el día de nacimiento de la persona. Dos dígitos.

Mes: Se debe registrar el mes de nacimiento de la persona. Dos dígitos.

Año: Se debe registrar el año de nacimiento de la persona. Cuatro dígitos.

50. Sexo. Escriba en el espacio el número que corresponda al sexo de la persona, según su documento de identidad.

1. Hombre.

2. Mujer.

51. Nivel. Se refiere a cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal como.

Preescolar.

Básica primaria.

Básica secundaria.

Media.

52. Grado. Se refiere al grado de formación académico o que se encuentra el estudiante.

Prejardín, jardín, transición.

1 (primero), 2 (segundo), 3 (tercero), 4 (cuarto), 5 (quinto), 6 (sexto), 7 (séptimo), 8 (octavo), 9 (noveno), 10 (décimo), 11 (undécimo).

53. Repitencia. Escriba en la casilla el 1 si el estudiante está repitiendo el año. De lo contrario, escriba 0.

Grupos poblacionales de la institución educativa:

Escriba en la casilla el 1, si en la institución educativa existe alguno de los siguientes grupos poblacionales. De lo contrario escriba 0.

54. Afrodescendiente.
55. Indígenas. Si pertenece a un grupo identificado como indígena.
56. Población Rom. Gitanos.
57. Afectada por el conflicto.
58. Población rural dispersa.
59. Adolescentes trabajadores.
60. Adolescentes en conflicto con la ley penal.
61. Adolescentes en protección.
62. Jóvenes y adultos iletrados.
63. Habitantes de frontera.
64. Necesidades educativas especiales.
65. No aplica. Cuando el estudiante no pertenece a ninguno de los grupos poblacionales.

Aplica en población con necesidades educativas especiales:

En situación de discapacidad. Marque 1 según el tipo de discapacidad del estudiante. Puede seleccionar más de una opción. De lo contrario, marque 0.

66. Física.
67. Cognitiva.
68. Visual.
69. Auditiva.
70. Otra. Marque con una equis si el estudiante tiene un tipo de discapacidad diferente a las mencionadas anteriormente.
71. ¿Cuál? Escriba el nombre de otro tipo de discapacidad que padezca el estudiante, debe ser diferente a las opciones ofrecida anteriormente, solo si seleccionó la opción "otra".

Sisbén: Sistema de Identificación y Selección de Potenciales Beneficiarios a Programas Sociales y principal instrumento con el que cuentan las autoridades de las entidades territoriales para focalizar el gasto social descentralizado.

72. Está encuestado. Escriba en la casilla el 1 si el estudiante ha sido encuestado por el Sisbén. De lo contrario escriba 0.

73. Nivel Sisbén: Se refiere al nivel de Sisbén que se le asignó.

74. Listado censal. Se refiere a los estudiantes que no están en el Sisbén y son poblaciones especiales (indígenas, reinsertados, indigentes, desplazados, menores abandonados y bajo protección del ICBF, etc.). Escriba en la casilla el 1.Cuando el estudiante se encuentre en listado censal. De lo contrario, escriba 0.

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

75. Tipo de afiliación. Escriba en el espacio el número que corresponda al régimen al cual pertenece la persona. Sólo se debe marcar uno de los siguientes.

    1. Subsidiado. Si el estudiante está vinculado a alguna administradora de régimen subsidiado (ARS).

    2. Contributivo. Si el estudiante está vinculado a alguna Entidad Promotora de Salud (EPS).

    3. No asegurado. Si no se encuentra vinculado al sistema general de seguridad social en salud.

    4. Otro régimen. Si cuenta con otra vinculación o afiliación diferente a las anteriores.

76. Nombre de la EPS. Escriba en el espacio el nombre de la EPS a la cual pertenece. Número de orden. Ppertenece al mismo número asignado en la hoja 1 de la información del estudiante.

Nutrición

77. En crecimiento y desarrollo. Aplica para el grupo de 0 meses a 9 años. Escriba en la casilla el 1, si está inscrito y asiste al programa de control en algún organismo de salud. De lo contrario, escriba el 0.

78. Peso en kilogramos. Escriba en kilogramos el peso valorado en la visita.

79. Estatura en centímetros. Escriba en centímetros la estatura valorada en la visita.

80. Signos de desnutrición. Escriba en la casilla el 1, si el estudiante presenta cabello en bandera, adelgazamiento, piel seca, edema en miembros inferiores, abdomen globuloso, etc. De lo contrario, escriba el 0.

81. Sobrepeso a la observación. Escriba en la casilla el 1, si observa que el Estudiante posee sobrepeso, de lo contrario escriba el 0.

Vacunación. Verifique con el carnet de vacunas si el estudiante:

82. Cumple con el esquema de vacunación. Escriba en la casilla el 1, si el estudiante cumple con el esquema de vacunación de acuerdo con la edad, escriba en la casilla el 0 cuando el estudiante no cumpla con el esquema de vacunación de acuerdo con la edad.

83. Vacunas faltantes. Aplica para quien no cumplen con el esquema de vacunación. escriba el nombre de las vacunas que le faltan al estudiante para tener el día el esquema de vacunación, de acuerdo con su edad.

84. Último tamizaje visual. Escriba en la casilla la fecha día, mes, año, si al estudiante le han realizado el tamizaje visual, aplica para la población escolar a partir de los cuatro años de edad. Escriba el 0.

Salud bucal

85. Caries. Escriba en la casilla el 1, si el estudiante tiene caries. De lo contrario escriba el 0.

86. Sangrado de encías. Escriba en la casilla el 1 si el estudiante manifiesta sangrado de encías espontáneo o al momento de cepillarse o usar la seda dental. De lo contrario escriba el 0.

87. Última consulta odontológica. Escriba la fecha de la última consulta odontológica especificando día mes y año en número arábigos. Si se desconoce el día exacto escriba el primer día del mes en que se desarrollo la consulta.

88. Uso de seda dental. Escriba en la casilla el 1, si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba el 0.

89. Prótesis dentales: Escriba en la casilla el 1, si la respuesta es SI. De lo contrario escriba el 0.

90. Cepillado. Escriba el número de veces que el estudiante se cepilla al día.

91. Escriba la tipología familiar (279) teniendo en cuenta las siguientes características.

    1. Nuclear. Conformada por dos generaciones, padres–hijos, unidos por lazos de consanguinidad y que conviven bajo un mismo espacio.

    2. Extensa o conjunta. Compuesta por más de tres generaciones, en ella se encuentran; una pareja con o sin hijos y otros parientes consanguíneos

    3. Monoparental. Solo un progenitor

    4. Ampliada. Permite la convivencia de otras personas no consanguíneas (vecinos, paisanos)

5. Díada, conyugal. Conformada por una pareja sin hijos; en esta también se tendrá en cuenta las familias conformadas por: lesbianas, transgeneristas, bisexuales, y gays.

6. Simultánea, superpuesta o reconstituida. Conformada por parejas en las que uno de ellos o ambos vienen de tener otras relaciones de parejas anteriores

7. Unipersonal. Conformada por una persona

8. Fraternal. Aunque no es tipología de familia definida desde las teorías de familia, ésta por estar compuesta de hermanos se puede ubicar desde lo fraternal

92. De los hermanos o hermanas en edad escolar: (desde los 5 hasta los 16 años) todos se encuentran estudiando. Escriba en la casilla el número 1, si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba el 0 y escriba en la casilla el 3 cuando el estudiante no tiene hermanos en edad escolar.

93. Lugar que ocupa en la familia. Escribir el lugar que ocupa el estudiante en la familia teniendo en cuenta el número de hermanos en donde el numero uno corresponde al hijo mayor, el dos 2 al hijo siguiente y así sucesivamente.

Actividades que realiza con la familia en el tiempo libre

Escriba en la casilla el 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba el 0.

94. Actividades de tipo doméstico.

95. Ver televisión.

96. Actividades religiosas.

97. Nada en particular.

98. Pasear.

99. Leer.

100. Deporte.

101. Otra.

102. ¿Cuál? Solo si seleccionó la opción “otra”, escriba el nombre de otra actividad que realiza el estudiante con la familia; esta deben ser diferente a las opciones ofrecidas anteriormente.

103. Medio de transporte que utiliza el estudiante para dirigirse a la institución educativa. Escriba en el espacio el número que corresponde a una de las siguientes opciones:

    1. Caminando.
    2. Carro.
    3. Bestia.
    4. Garrucha.
    5. Canoa/planchón.
    6. Motocicleta.
    7. Teleférico.
    8. Bicicleta.

104. Tiempo en minutos empleado entre el trayecto de la casa a la institución educativa. Escriba el tiempo total en minutos que tarda el estudiante para desplazarse de la casa a la institución educativa.

105. Espacio que más le gusta dentro la institución educativa. Escriba en el espacio, el número que corresponde a una de las siguientes opciones

    1. Salones.
    2. Canchas.
    3. Biblioteca.
    4. Tienda o cafetería.
    5. Pasillos.
    6. Escaleras.
    7. Parque.
    8. Otro ¿Cuál? Solo si seleccionó la opción “otros”, escriba el nombre del programa vinculado con la institución; este debe ser diferente a las opciones ofrecidas anteriormente.

Metas del desarrollo humano en el estudiante:

106. Matriz del desarrollo humano en estudiante. Complete la matriz de metas teniendo en cuenta la frecuencia con la que realiza cada una de las siguientes actividades en relación con la interacción con la institución educativa.

Las metas a tener en cuenta son: autonomía, autoestima, solidaridad, creatividad, salud, felicidad y resiliencia.

Recuerde marcar solo una casilla por ítem, las opciones de respuesta son:

Siempre.

Casi siempre.

A veces.

Casi nunca.

Nunca.

Componente 4: gestión de la estrategia

¿Quién o quiénes lo diligencian?

Este componente será diligenciado específicamente por el coordinador de la EES en el municipio, este componente tendrá un formato de autodiligenciamiento.

¿Qué claridades conceptuales se requieren?

Equipo dinamizador. El encargado de poner en marcha la estrategia de escuelas saludables en el municipio y en las instituciones educativas que se acogieron a ella.

Equipo gestor vela por que las acciones propias de EES, se implementen y se articulen al PEI, manual de convivencia, instancias del gobierno escolar, prácticas y cultura escolar, currículo, procesos de seguimiento y evaluación, los diferentes proyectos de enseñanza obligatoria que se desarrollan en la institución.

Autoevaluación. Los evaluadores evalúan su propio trabajo (un estudiante su rendimiento, un centro o programa su propio funcionamiento, etc.). Los roles de evaluador y evaluado coinciden en las mismas personas.

Heteroevaluación. Evalúan una actividad, objeto o producto, evaluadores distintos a las personas evaluadas (el consejo escolar al claustro de profesores, un profesor a sus estudiantes, etc.)

Coevaluación. Es aquella en la que unos sujetos o grupos se evalúan mutuamente (estudiantes y profesores mutuamente, unos y otros equipos docentes, el equipo directivo al consejo escolar y viceversa). Evaluadores y evaluados intercambian su papel alternativamente.

¿Qué fuentes de verificación?

Entrevista con el equipo gestor de la EES.

¿Qué metodología implementar para su aplicación?

Encuentros con equipos de trabajo con el equipo gestor y dinamizador.

Instrucciones.

Fecha de diligenciamiento (dd/mm/aaaa): corresponde al dia, mes y año en que se realiza visita, colocar la fecha en números arábigos —0, 1, 2, 3, etc.—, utilizando los dígitos especificados. No puede ser mayor a la fecha actual. De obligatorio diligenciamiento.

Código DANE. Número completo que fue asignado por el DANE a la institución educativa. De obligatorio diligenciamiento.

Qué tanto conoce sobre la estrategia escuela saludable:

Escriba en la casilla el 1 si la respuesta es Sí, de lo contrario escriba el 0 para No. Según corresponda.

1. Ha leído algún documento sobre el tema.
2. Conoce los lineamientos básicos que propone la dirección seccional de salud y protección social del departamento de Antioquia.

Vinculación de la estrategia Escuelas Saludables a la institución educativa:

Escriba en la casilla el 1, si la respuesta es Sí, de lo contrario escriba el cero 0. Según corresponda.

3. La estrategia escuelas saludables se implementa actualmente en la institución educativa.
4. Existe un acto administrativo por el cual se adopta la estrategia Escuelas Saludables en la institución educativa. Por acto administrativo se entiende declaración unilateral de voluntad realizada en el ejercicio de la función administrativa que produce efectos jurídicos individuales de forma inmediata.
5. La institución está vinculada por primera vez formalmente a un programa de la estrategia escuelas saludables.
6. Último año de ejecución. Si anteriormente ha ejecutado la estrategia escriba el último año de ejecución en números arábigos.

La Estrategia se encuentra inscrita en el marco de:

Escriba en la casilla el 1, si la respuesta es Sí, de lo contrario escriba el 0. Si la pregunta formulada no aplica con la situación de la Institución Educativa marque la opción dos.

7. Plan de desarrollo municipal.
8. Plan territorial de salud (salud pública).
9. Plan operativo anual (POA) de salud y/o educación.
10. Plan educativo municipal.
11. Plan operativo anual de inversión (POAI) de salud y/o educación.
12. Proyecto educativo institucional.
13. Existe equipo dinamizador de la estrategia.

El equipo dinamizador está conformado por:

Escriba en la casilla el 1, si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba el 0 para la respuesta No. Si la pregunta no corresponde con la situación del municipio marque la opción 2 no aplica.

14. Coordinador o coordinadora de la estrategia escuelas saludables.
15. Los directores de núcleos educativos y directivos docentes.
16. Representante del comité o mesa de infancia y adolescencia.
17. Coordinador de participación o desarrollo.
18. Enfermeras coordinadora de promoción y prevención de la ESE.
19. Delegado de salud pública.
20. Delegado de salud oral.
21. Técnicos en saneamiento.
22. Gestores en deporte y recreación.
23. Representantes de programas de Salud mental, Salud sexual y reproductiva, MANA, familia a tu lado aprendo, PRAES, procedas.

El equipo dinamizador realiza las siguientes funciones:

Escriba en la casilla el 1, si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba el 0 para la respuesta No.

24. Capacitar en la estrategia y en el sistema de información.
25. Difundir los lineamientos de la estrategia, políticas y experiencias nacionales.
26. Diseñar y gestionar el proyecto de escuelas saludables.
27. Sensibilización de la EES a la toda la comunidad.
28. Seleccionar las instituciones educativas.
29. Elaboración del diagnóstico de necesidades y potencialidades en salud y educación.
30. Elaboración de registro de las instituciones educativas que se acogieron a la estrategia.
31. Canalizar demanda inducida con la ese, ICBF y demás entidades o programas que permitan una atención oportuna y eficaz a los y las estudiantes.
32. Elaboración del plan de acción de manera articulada a los programas y proyectos: escriba en la casilla el 1 si el equipo dinamizador elabora el plan de acción de manera articulada a los programas y proyectos. De lo contrario escriba el 0.
33. Seguimiento y asesoría permanente a los equipos gestores de las instituciones educativas.
34. Capacitar al equipo gestor en la estrategia y el sistema de información.
35. Existe equipo gestor encargado de coordinar la estrategia en caso de seleccionar la opción NO pasar al numeral 56.

Integrantes del equipo gestor:

Escriba en la casilla el 1, si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba el 0 para la respuesta No. Escriba en la casilla siguiente el número de representantes o de personas que realizan las acciones de cada categoría de respuesta.

36. Directivos docentes.
37. Docentes.
38. Representante de estudiantes.
39. Psicorientador.
40. Madres, padres de familia y/o acudientes.
41. Personal administrativo.
42. Personal de servicios generales.

43. Otros actores de la comunidad circundante a la institución educativa

El equipo gestor realiza las siguientes funciones:

Preguntas de la 44 a la 55 en relación a las funciones que el equipo gestor desarrolla Escriba en la casilla el 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba el 0 para la respuesta No.

44. El equipo se capacita en la estrategia.
45. Realizar un diagnóstico y análisis sobre las condiciones generales en salud y educación de la institución.
46. Apoyar la articulación de proyectos pedagógicos y de gestión desde la promoción de la salud.
47. Motivar a la comunidad educativa a participar en el desarrollo de la EES.
48. Mantener compromiso permanente con el equipo dinamizador.
49. Presentar propuestas y acciones que potencialicen el desarrollo de la EES.
50. Orientar la búsqueda de recursos técnicos, financieros y humanos.
51. Coordinar y articular los proyectos y programas respecto a la promoción de la salud.
52. Gestionar el sistema de información y sus componentes.
53. Generar procesos de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación de la estrategia con la participación de la comunidad educativa.
54. Coordinar con el equipo dinamizador en la socialización de la experiencia, en el ámbito intrainstitucional, interinstitucional, municipal y departamental.
55. Teniendo en cuenta las actividades de los momentos en la metodología de implementación de la estrategia escuelas saludables la institución actualmente se encuentra en. Escriba en el espacio el número que corresponde a una de las siguientes opciones. Puede marcar más de una opción.

    Momento 1.

    Momento 2.

    Momento 3.

Metodología de implementación

56. De acuerdo al momento de desarrollo señale la actividad que se encuentra ejecutando la institución educativa. Escriba en la casilla el 1 si la respuesta es Sí. De lo contrario escriba el 0 para la respuesta No.

    Escriba en el espacio el número que corresponde a una de las siguientes opciones en los diferentes momentos.

Momento 1 Planeación.

1. Se dispone de un cronograma de actividades para la implementación de la estrategia.
2. Elaboración de un diagnóstico de necesidades y potencialidades en la institución.
3. Elaboración de un proyecto municipal y/o institucional.
4. Proyecto aprobado y financiado.

Momento 2 Implementación y desarrollo.

1. Puesta en común del proyecto y el cronograma de trabajo de la estrategia escuelas saludables, ante el consejo directivo y consejo académico.
2. Difusión de las experiencias de la estrategia en el orden municipal y departamental.
3. Puesta en común de la estrategia escuelas saludables en el COMPOS (comité municipal de política social).
4. Participación de otros actores de la comunidad circundante a la institución educativa.
5. Cronograma para desarrollar el proyecto.
6. Articulación de la estrategia al proyecto educativo institucional —PEI—.
7. Articulación de la estrategia a los proyectos transversales de enseñanza obligatoria.
8. Articulación intersectorial para los componentes del proyecto. Salud Sexual y Reproductiva, Salud Bucal, Seguridad Alimentaria, Participación Social.
9. Articulación interinstitucional con otras instituciones que prestan servicios sociales.
10. Articulación de la estrategia a la educación no formal, pregrados y otros.

Momento 3 evaluación y seguimiento.

1. Se realiza seguimiento a las actividades de manera mensual o trimestral.
2. Se realiza evaluación periódica, semestral, anual.
3. Diseño y desarrollo de planes de mejoramiento.
4. Sistematización de la experiencia.
5. Publicación de la experiencia en boletines libros o revistas.

Anexo 4

Guía para la valoración y diagnóstico de la estrategia de Escuelas Saludables

Componente	Variable	Indicador
C1 (20 Puntos). Políticas públicas y planes para la Escuela Saludable	V1 (7 Puntos). Articulación de la estrategia Escuela Saludable al PEI, PRAES (Proyecto ambiental escolar), PROCEDAS,(Proyecto ciudadano de educación ambiental), POS (Plan Obligatorio en Salud), y Planes de Mejoramiento Institucional	I1 (3 Puntos). El municipio concreta la voluntad política y de los actores involucrados en el desarrollo de la estrategia de Escuela Saludable tales como: alcalde, director local de salud, rectores, consejos directivos, consejos académicos, profesionales del sector salud y de otros sectores y formaliza acuerdos de voluntades entre los sectores de salud y educación
		I2 (2 Puntos). El municipio concerta la participación activa de todos los miembros de la comunidad educativa: personal directivo y administrativo, docentes, estudiantes, padres y madres de familia y otros aliados estratégicos de la comunidad local
		I3 (2 Puntos). El municipio promueve y formaliza acuerdos intersectoriales para la construcción de diagnósticos institucionales que permitan focalizar recursos y acciones en las necesidades y problemáticas prioritarias para la comunidad educativa
	V2 (7 Puntos). Articulación de la estrategia de escuelas saludables al plan Nacional de Salud Publica	I4 (2 Puntos). El municipio detecta, canaliza y hace seguimiento de los escolares hacia los programas prevención de la enfermedad
		I5 (2 Puntos). El municipio promueve la implementación y el desarrollo de estilos de vida saludable en la comunidad educativa como parte de las acciones encaminadas a la promoción de la salud
		I6 (3 Puntos). El municipio fortalece las capacidades de los docentes en: salud sexual y reproductiva, discapacidad, enfermedades emergentes (gripe aviar), en saneamiento básico, entre muchos otros, basados en el perfil epidemiológico local
C1 (20 Puntos). Políticas públicas y planes para la Escuela Saludable	V3 (6 Puntos). Políticas escolares	I7 (3 Puntos). El municipio promueve la construcción participativa y ejecución de políticas escolares en nutrición, salud sexual, salud mental, discapacidad, saneamiento básico que redunden en el bienestar y la calidad de vida de la comunidad educativa

Elemento de juicio	Fuentes de verificación	Observaciones	Necesidades de asesoría y asistencia técnica
Sensibilización e información sobre la estrategia EES. Documentos que soporte acuerdos entre la secretaria de educación y sector de salud	Actas, Líneas de acción del plan de desarrollo Municipal, Proyecto Educativo Municipal, registros de acuerdos, convenios, planes y diseños de instrumentos de recolección de información		
Participación activa de la comunidad educativa y otros actores municipales	Registros como actas de reuniones, manual de funciones, convocatorias		
Identificación de proyectos, programas y estrategias respecto a la promoción de la salud	Registro y actas sobre acuerdos de diseño y/o implementación de programas y proyectos de promoción de la salud, como programa Seguridad Alimentaria y nutricional, PRAES, PROCEDAS, Educación Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Familia a tu lado Aprendo, Proyecto de discapacidad, Muévase pues, Proyectos pedagógicos de enseñanza obligatoria, otros		
Cobertura efectiva de la población escolar en los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad	Formato de Remisión de demanda inducida y contra remisiones. registros de atención a los diferentes programas		
Implementación de proyectos, programas o acciones promocionales	Registros audiovisuales, listado de asistencia, informes de gestión, entrevistas informales, propuestas, cronogramas de actividades		
Procesos de formación, conformación de mesas de trabajo, redes institucionales	Registros audiovisuales, listado de asistencia, informes de gestión, entrevistas informales, planes de procesos		
Diseño e implementación en PEM, PEI y proyectos pedagógicos.	PEM, PEI y proyectos pedagógicos y Registros audiovisuales, Registros de planeación y seguimiento, listado de asistencia, informes de gestión, entrevistas informales.		

Componente	Variable	Indicador
		I8 (3 Puntos). El municipio garantiza la construcción de políticas de prevención, mitigación y superación de riesgos y fomenta el desarrollo de acciones orientadas al manejo social de esto en la comunidad educativa
C2 (20 Puntos). Ambientes saludables en la escuela	V4 (6 unPtos). Ambientes físicos	I9 (3 Puntos). El municipio fortalece el desarrollo de proyectos ambientales educativos en los que se diseñan estrategias de vigilancia de factores de riesgo, se estimula el conocimiento sobre el cuidado medio ambiental y se mejoren los entornos escolares, con participación activa de la comunidad educativa
		I10 (3 Puntos). Garantiza instalaciones limpias, con condiciones sanitarias adecuadas, disposición de basuras y excretas, manipulación de alimentos y adecuado manejo de plaguicidas así como áreas seguras con iluminación, ventilación y espacio adecuados. aéreas adecuadas para la recreación y práctica de deportes, en cumplimiento de la legislación
	V5 (14 Puntos). Ambientes psicosociales	I11 (3 Puntos).Fomenta el desarrollo de las actitudes, habilidades, y oportunidades necesarias para cultivar buenas relaciones interpersonales, la comunicación asertiva y el manejo de conflictos, tensiones y estrés en todos los miembros de la comunidad educativa por medio del trabajo intersectorial
		I12 (3 Puntos).Fomenta buenas condiciones de salud ocupacional para todas las personas que trabajan en la institución educativa, de manera que la labor que desempeñan sea una fuente permanente de satisfacción y seguridad personal y reconocimiento social
		I3 (2 Puntos). El municipio articula la estrategia EES con las competencias ciudadanas en la comunidad educativa para afectar positivamente la convivencia y la paz generando comunidades participativas, democráticas y responsables
		I14 (3 Puntos). Las instituciones educativas fortalecen los planes de estudio en las áreas sociales que se relacionan con el desarrollo psicosocial de los escolares
		I15 (3 Puntos). Las instituciones educativas incorporan, en el marco de Competencias Ciudadanas, los proyectos de educación para la sexualidad, el ejercicio de la ciudadanía, la educación en derechos humanos y la educación ambiental, entre otras

Elemento de juicio	Fuentes de verificación	Observaciones	Necesidades de asesoría y asistencia técnica
Contextualización y diagnostico institucional	Actas de Consejo Académico, Directivo, estudiantil, Asociación de padres de familia, registros de seguimiento y evaluación. Registros audiovisuales, Registros de planeación y seguimiento, informes de gestión, entrevistas informales. PEM, PEI, PROCEDAS; PRAES.		
Diseño e Implementación de PRAES, PROCEDAS, Cumplimiento de sugerencias que realiza el funcionario de saneamiento ambiental y la comunidad educativa en general	Existencia de proyectos pedagógicos. Registros audiovisuales, Registros de planeación y seguimiento, listado de asistencia, informes de gestión, entrevistas informales		
Implementación del plan de atención a emergencias y desastres acorde a la Resolución 7550/94. Implementación de PRAES, PROCEDAS, Cumplimiento de sugerencias que realiza el funcionario de saneamiento ambiental. Diseño de planes de mejoramiento institucionales. Campañas	Registros audiovisuales, Registros de planeación, seguimiento y evaluación informes de gestión, planes de mejoramiento institucionales, entrevistas informales. disposición de basuras y excretas adecuadas		
Implementación de proyectos, programas de salud Mental, manual de convivencia otras estrategias	Diseño e implementación de proyectos pedagógicos. Registros audiovisuales, Registros de planeación y seguimiento, listado de asistencia, informes de gestión, entrevistas informales. Implementa la estrategia de habilidades para la vida u otras afines.		
Diagnóstico de necesidades, factores de riesgos ocupacionales, programas de bienestar, cumplimiento en los salarios	Diagnostico y priorización de necesidades, planes de salud ocupacional, convenios con ARS, mapa de riesgos		
Articulación y funcionamiento del gobierno escolar al Manual de convivencia y a la estrategia EES	Actas de Consejo Académico, Directivo, estudiantil, Asociación de padres de familia, Diagnostico de Necesidades, registros de seguimiento y evaluación		
Planes integrados de áreas, articulación fundamentada en el PEI, procesos de formación, planes de mejoramiento, proyectos de enseñanza obligatoria y otros	PEI, Proyectos pedagógicos, actas de encuentros		
Planes integrados de áreas, articulación fundamentada en el PEI, procesos de formación, planes de mejoramiento, proyectos de enseñanza obligatoria y otros	Diseño e implementación de proyectos pedagógicos. Registros audiovisuales, Registros de planeación, seguimiento y evaluación, informes de gestión, entrevistas informales.		

Componente	Variable	Indicador
C3 (20 Puntos). Empoderamiento y participación social en salud	V6 (20 Puntos). Fortalecimiento de redes de Escuela Saludable	I16 (6 Puntos). El municipio identifica socios estratégicos y establecer alianzas para el trabajo de colaboración con otros sectores e instituciones y la comunidad
		I17 (7 Puntos). El municipio estimula el análisis crítico sobre las responsabilidades individuales y colectivas en el mejoramiento de los determinantes sociales de la salud y la construcción de una sociedad más equitativa, solidaria y menos violenta
		I18 (7 Puntos). Las instituciones educativas Incorporan en los Planes de Mejoramiento Institucional un plan de trabajo para el fortalecimiento de la Estrategia y de la Red de Escuela Saludable, concertado entre todos los miembros de la comunidad educativa y otros aliados estratégicos en la comunidad local
C4 (20 Puntos). Educación para la salud	V7 (12 Puntos). Fortalecimiento de la capacidad de actores políticos, institucionales y comunitarios	I19 (4 Puntos). El municipio apoya el desarrollo de la formación del recurso humano en la educación formal y no formal mediante un programa de actualización y formación continua del personal docente, con el fin de fortalecer las competencias pedagógicas necesarias
		I20 (4 Puntos). Las instituciones emplean variedad de métodos de enseñanza pedagógicos e interactivos que faciliten y satisfagan las distintas necesidades de aprendizaje de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, articulando el proceso de enseñanza - aprendizaje con su realidad
		I21 (4 Puntos). El municipio apoya el desarrollo, ejecución y evaluación de estrategias y metodologías innovadoras para la educación formal y no formal tanto para profesionales como para estudiantes de pregrado en áreas afines a la salud, educación, ambientes y otros áreas sociales en temas relacionados con el enfoque de entornos saludables e identificar, en coordinación con el Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, los mecanismos apropiados para formación del recurso humano, especialmente en las áreas rurales del país
	V8 (8 Puntos). Fortalecimiento de los conocimientos de salud al escolar	I22 (4 Puntos). Las instituciones educativas realizan planes de estudio unificados, proyectos de aula y de área, análisis de resultados y procesos de evaluación de planes de mejoramiento institucional, que contribuyen con el proceso enseñanza -aprendizaje, fortaleciendo la capacidad critica y reflexiva de los escolares con relación a la salud

Elemento de juicio	Fuentes de verificación	Observaciones	Necesidades de asesoría y asistencia técnica
Constitución de redes de apoyo a la escuela	Registros, actas, acuerdos de la constitución y pertenencia a las redes		
Diseño e implementación de planes de trabajo sobre las necesidades socioedutivas y potencias en la escuela	Foros, encuentros colectivos, planes, actas y evaluaciones de los procesos de seguimiento y evaluación		
Evaluación constante periódica de los planes de mejoramiento y su articulación a la estrategia EES	Plan de mejoramiento, actas, evaluaciones de los procesos de seguimiento y evaluación		
Procesos de formación y actualización. conformación de mesas de trabajo, evaluación de docentes	Registros audiovisuales, listado de asistencia, informes de gestión, entrevistas informales		
Procesos de formación y actualización, articulación de planes de mejoramiento, recontextualización de áreas en el plan de estudios y proyectos de enseñanza obligatoria y otros	Registros audiovisuales, Registros de planeación, seguimiento y evaluación informes de gestión, planes de mejoramiento institucionales, entrevistas informales. implementación de campañas, eventos municipales de, Foros, encuentros colectivos, planes, actas y evaluaciones de los procesos de seguimiento y evaluación. promoción de la EES		
Procesos de formación y actualización, articulación de planes de mejoramiento a nivel institucional y municipal con los diferente sectores que participan de la EES. Encuentros de socialización de experiencias significativas, encuentros periódicos de la red	Foros, encuentros colectivos, planes, actas y evaluaciones de los procesos de seguimiento y evaluación		
Procesos de formación y actualización, articulación de planes de mejoramiento, recontextualización de áreas en el plan de estudios y proyectos de enseñanza obligatoria y otros	Registros audiovisuales, Registros de planeación, seguimiento y evaluación informes de gestión, planes de mejoramiento institucionales, entrevistas informales		

Componente	Variable	Indicador
		I23 (4 Puntos). Las instituciones educativas define criterios de gestión curricular pedagógica específicos para el componente de estilos de vida saludable. fomento de prácticas y hábitos para el auto cuidado corporal: higiene y alimentación adecuada, deporte, recreación, descanso, y desarrollar normas de conducta orientadas a la prevención de riesgos y habilidades básicas para resolver problemas de salud y ambiente
C5 (20 Puntos). Reorientación de servicios de salud y vigilancia en salud pública	V9 (14 Puntos). Servicios escolares de salud, nutrición y vida activa	I24 (7 Puntos). El municipio orienta a la comunidad educativa para que acceda a las acciones de promoción, prevención, alimentación, nutrición, y actividad física a las cuales tiene derecho la población escolar, dentro del actual Sistema de Protección social, con la participación activa de todos los miembros de la comunidad educativa
		I25 (7 Puntos). El municipio coordina y vigila que las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud desarrollen las acciones de promoción y prevención a las cuales tienen derecho los escolares como parte del Plan Obligatorio de Salud- POS
	V10 (6 Puntos). Vigilancia en salud pública y articulación con los planes de beneficios PNS y POSS	I26 (6 Puntos). El municipio realiza alianzas estratégicas que permitan elaborar con otras instituciones el perfil del escolar de cada institución educativa, identificando los factores o las condiciones de riesgo asociados al comportamiento, al ambiente escolar garantizando la prestación de los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Elemento de juicio	Fuentes de verificación	Observaciones	Necesidades de asesoría y asistencia técnica
Implementación de proyectos, programas de salud Mental, manual de convivencia, otras estrategias. Articulación al competencias ciudadanas, integración al PEI. Recontextualización de áreas en el plan de estudios	Registros audiovisuales, Registros de planeación, seguimiento y evaluación informes de gestión, planes de mejoramiento institucionales, entrevistas informales		
Implementación de proyectos, programas de salud Mental, manual de convivencia, otras estrategias. Articulación al competencias ciudadanas, integración al PEI	Registros audiovisuales, Registros de planeación, seguimiento y evaluación informes de gestión, planes de mejoramiento institucionales, entrevistas informales		
Planes conjuntos de intervención con EPS, EPSS y la ESE	Registros de compromisos intersectoriales y registros de acciones y seguimiento de intervención		
Planes conjuntos y articulados con la RED de EES, EPS, EPSS y la ESE, Sectores de salud y educación	Registros de compromisos intersectoriales y registros de acciones y seguimiento de intervención		

VALORACIÓN DE LA ESTRATEGIA ESCUELA SALUDABLE		
		Fecha:
Municipio:		

Componente	Variable	Indicador	Puntaje
C1	V1	I1 (3 Ptos)	
		I2 (2 Ptos)	
		I3 (2 Ptos)	
	V2	I4 (2 Ptos)	
		I5 (2 Ptos)	
		I6 (3 Ptos)	
	V3	I7 (3 Ptos)	
		I8 (3 Ptos)	
C2	V4	I9 (3 Ptos)	
		I10 (3 Ptos)	
	V5	I11 (3 Ptos)	
		I12 (3 Ptos)	
		I13 (2 Ptos)	
		I14 (3 Ptos)	
		I15 (3 Ptos)	
C3	V6	I16 (6 Ptos)	
		I17 (7 Ptos)	
		I18 (7 Ptos)	
C4	V7	I19 (4 Ptos)	
		I20 (4 Ptos)	
		I21 (4 Ptos)	
	V8	I22 (4 Ptos)	
		I23 (4 Ptos)	
C5	V9	I24 (7 Ptos)	
		I25 (7 Ptos)	
	V10	I26 (6 Ptos)	

Responsable:

Estrategia entornos laborales saludables

CAPÍTULO 4

Estrategia Entornos Laborales Saludables

Autoras:
Lina Patricia Zapata Vélez. Licenciada en Educación Especial.
Gladys Cecilia Mejía Mejía. Psicóloga. Esp. en Salud Ocupacional.
Edelmira Valderrama Guzmán. Enfermera.
Deisy Castro Trespalacios. Psicóloga.
Docentes Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia:
Adriana Maria Pineda Giraldo. Enfermera. Esp. en administración de Servicios de Salud
Nora Eugenia Zapata Gomez. Enfermera. Mg. en Salud Colectiva

Introducción

En un modelo de desarrollo con perspectiva de derechos se incluyen y se legitiman los derechos laborales para la población económicamente activa; actualmente esta realidad está marcada por procesos económicos rodeados de crisis, que dejan a su paso desigualdades sociales, pobreza y desempleo, agudizado este último en los países en desarrollo en los cuales son escasas las posibilidades de emplearse de forma digna; se puede afirmar que esta situación se debe a la implementación de modelos de desarrollo con rasgos economicistas, que sitúan al mercado y a la producción como fin en sí mismo y dejan de lado la importancia del ser humano en relación con el trabajo, desconociendo, como lo señala Carl Max:

> Por medio del trabajo el hombre transforma la naturaleza y crea objetos. El producto es obra humana, proyección u objetivación del hombre. Por medio del trabajo el hombre pone la naturaleza a su servicio, la humaniza, pero, al mismo tiempo el hombre se eleva sobre ella, se remonta sobre su ser natural; en una palabra, se humaniza a sí mismo. Si el trabajo es de este modo, la autoexpresión del hombre y el proceso de su autodesarrollo, debería ser pues, fuente de satisfacción para éste, pero pierde esta posibilidad en el proceso de su enajenación, en la conversión del trabajador en mercancía, efecto de la división social del trabajo, que en las condiciones de la propiedad privada, lo reduce a una fracción de hombre (280).

De esta manera, el trabajo debe ser entendido como satisfactor de necesidades y expansor de posibilidades y no solo un medio para la subsistencia, “una nueva concepción del desarrollo ha de orientarse primordialmente hacia la adecuada sa-

tisfacción de las necesidades humanas [...] inevitablemente hacia la generación de una creciente auto dependencia" (281). Esta concepción es válida si se antepone la equidad como principio, y las oportunidades para acceder al trabajo y los escenarios que lo generan tengan en cuenta el creciente auge de las comunicaciones, de la globalización y de la automatización de la mano de obra. Estas premisas invitan a que se redefinan las dinámicas sociales donde acontece la vida y se imponga la dimensión humana ante los paradigmas económicos, que permiten visionar y materializar un tejido social como factor de inclusión, sin afectar de manera negativa los aspectos económicos, culturales y sociales de los pueblos. Es de esta forma como los cambios generados en el contexto económico latinoamericano merecen entonces detenerse en esta concepción social del trabajo, planteándose alternativas para superar tales situaciones.

El proceso de la globalización en Colombia con la apertura del mercado, la tecnificación y la utilización de las comunicaciones ha generado fricciones en la economía por varias circunstancias, como la aplicación de la política de flexibilidad e informalidad de la producción, la priorización en las relaciones laborales de mano de obra calificada, la subcontratación y, según se observa, la inminente necesidad de realizar actividades laborales de cualquier índole para la subsistencia; expresiones propias de una crisis interna. Esta situación ha conducido que en el país —según los resultados de la Gran Encuesta Integrada de Hogares en el año 2008— un número creciente de la población 57,7% realice actividades propias de la economía informal (282), por una inequitativa distribución del ingreso, que genera aumentos precipitados en la brecha social, ubicando constantemente a la población colombiana en condiciones de riesgo e indefensión para sortear con sus propios recursos, las coyunturas sociales y económicas del país, fenómeno que se constituye en un rasgo de ineficiencia del modelo de desarrollo vigente.

En consecuencia, la población en su lucha por la supervivencia —prioridad para el ser humano y siendo uno de sus satisfactores el trabajo— se enfrenta con amplias diferencias estructurales en cuanto a la formación y a las oportunidades para ingresar al mundo del trabajo, realidad que se divide en dos dinámicas laborales: la primera, corresponde a la modalidad de empleo formal, mediado en la mayoría de la veces por una relación contractual que asegura un ingreso, la afiliación a los servicios de salud y fondos de protección para los riesgos de invalidez o vejez; garantías que son dadas con criterios integrales de atención y protección. En este grupo se encuentran, los empleados con mano de obra calificada o reconocida, que pueden incursionar tanto en el sector público como privado.

La segunda dinámica se refiere a los trabajadores de la economía informal quienes carecen de relaciones formales o contractuales para el trabajo, no los protege

la legislación laboral y de seguridad social, y se ven enfrentados a raíz de su inestabilidad laboral, a insertarse al mercado del trabajo en condiciones cada vez menos dignas, no incluyéndose las garantías mínimas del trabajo decente que según Vásquez H. Son:

> El pago de un salario mínimo, la afiliación a la seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales; las vacaciones pagas, el pago de la prima de servicios, de las cesantías y de los intereses a las cesantías; la protección de los derechos derivados de la maternidad; la protección de la salud en los lugares de trabajo; la protección especial de la estabilidad laboral de ciertas categorías de trabajadores en condición de minusvalía; la prohibición del trabajo infantil, de la discriminación en el trabajo y del trabajo forzoso; la dotación y el subsidio de transporte; el pago de indemnizaciones por despido injusto; el derecho a constituir sindicatos y a negociar efectivamente las condiciones de trabajo y de empleo (283).

A esta situación se agrega el ejercicio de actividades económicas que los exponen continuamente a riesgos hacia sus dimensiones físicas y psicosocial, agregado al limitado acceso a los diferentes servicios sociales y de salud y, por ende, al poco desarrollo de la calidad de vida.

En Antioquia esta situación no es diferente, la falta de garantías laborales es una realidad que se hace visible por el alto índice de ocupación en la economía informal 18,3% (284) de la población económicamente activa. Lo que da pie a una diversidad de necesidades no satisfechas y situaciones prioritarias que impactan de forma directa a la integralidad de quienes realizan actividades económicas para la subsistencia; la exclusión social en la que se encuentran abocados al no estar reconocidos ni protegidos dentro de los marcos jurídicos y reglamentarios, se suma a los obstáculos presentes para el acceso a procesos formativos adecuados a la interiorización de hábitos saludables; a proyectos educativos y de salud que desarrollen con temáticas dirigidas a la identificación de factores de riesgo y a la generación de acciones conducentes al establecimiento de factores protectores que mitiguen la exposición a los riesgos para la salud en los lugares de trabajo; aspectos que se constituyen en condiciones especiales y de alta vulnerabilidad para esta población.

Esta problemática social, asociada a las formas de trabajo de la economía informal, ha sido objeto de preocupación y de intervención de sectores públicos en el orden internacional, entre los cuales el sector salud ha mostrado un especial interés, intención que debería acrecentarse más aún cuando el entorno laboral debido a sus condiciones de riesgo ambiental, físico y psicológico, está teniendo alta incidencia en la salud de las personas a escala mundial. Debido a esta situación,

diferentes países y organizaciones internacionales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), resaltan la necesidad de hacer de los entornos laborales espacios saludables, no solo para mejorar la salud de los trabajadores, sino también para aumentar la producción y su calidad de vida, permitiendo oportunidades de crecimiento y desarrollo laboral que se traduzcan en satisfacción personal de las necesidades fundamentales.

En la búsqueda de este objetivo, se propone la implementación de estrategias de promoción de la salud en los entornos laborales, que permitan crear conciencia en individuos y colectivos sobre la necesidad de proteger su salud y generar seguridad para su trabajo.

En consecuencia, se propone para el departamento de Antioquia la implementación de la estrategia entornos laborales saludables, siendo a través del plan departamental de desarrollo 2008-2011 *Antioquia para todos manos a la obra* (285) en su línea estratégica dos —desarrollo social— programa cuidar-nos, donde se apuesta a poner en marcha diferentes mecanismos para contribuir al desarrollo humano integral de los antioqueños, brindándose, para la población de la economía informal, alternativas en la búsqueda de soluciones intersectoriales para el alcance de bienestar y calidad de vida en sus espacios laborales.

Este capítulo presenta, una compilación de información sobre los referentes de la estrategia de entornos laborales saludables que se propone para el país, y una propuesta metodológica para la implementación inicial de la misma en los municipios del departamento de Antioquia, enmarcada en el enfoque de desarrollo humano con una perspectiva de derechos.

Por consiguiente, este texto está dirigido a los actores responsables en la toma de decisiones gubernamentales, empresariales y comunitarias, con el fin de realizar un trabajo articulado que permita desarrollar de manera progresiva la estrategia y pueda, en un mediano y largo plazo, presentar un impacto positivo en la salud de la población ubicada en la economía informal.

Antecedentes

Generar un entorno laboral saludable significa articular, a través de una propuesta, enfoques conceptuales y elementos metodológicos apropiados, que permitan construir una cultura del autocuidado para la salud y un abordaje de los factores de riesgo desprendidos de las actividades económicas ejercidas por la población de la economía informal; su influencia en la salud de los individuos y colectivos,

como también, la necesidad de fortalecer la organización y participación de los diferentes actores involucrados de orden administrativo, y de la sociedad civil organizada.

Reconociendo la importancia de esta propuesta, en la cual se propende a la salud integral como condición esencial del desarrollo humano y con este, el desarrollo social y económico, se retoman las declaraciones internacionales que han promulgado la inminente necesidad de generar entornos laborales saludables; de igual forma, citar las experiencias relacionadas con las temáticas de esta estrategia en el contexto colombiano; componentes que alimentan de forma directa los propósitos de la iniciativa. De igual manera, es necesario identificar avances en la misma, prestando especial atención a la diversidad de factores que inciden de forma directa en el logro de una calidad de vida en este entorno.

En la primera conferencia internacional de promoción de la salud *Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública* (286) celebrada en Ottawa, Canadá (1986), se propone la adopción de una filosofía en promoción de la salud y cuidado de la misma, mediante la participación activa de los entes locales en diversos componentes dirigidos a lograr la salud de las comunidades. Esta conferencia, marcó un hito en la concepción de salud pública en el mundo, y su materialización en los diferentes entornos donde viven y conviven las personas. Para los entornos laborales, específicamente, se promulga la creación de ambientes favorables que permitan compensar el cambio en las formas de vida de las comunidades. El trabajo, una de las principales actividades humanas y sociales, y el ocio, como uno de los generadores de desarrollo personal y social, se conciben como elementos fundamentales para el desarrollo, en tanto permiten un despliegue de capacidades y potencialidades de los trabajadores; de otro lado, se considera que deben ser una fuente de salud para la población, dado que es el modo como la sociedad organiza el trabajo, lo que contribuye, mediante la esfera de la acción humana, a la creación de una sociedad saludable.

Con estos referentes, el trabajo se comprende como un proceso social dirigido a fomentar las habilidades de los individuos, que modifica de manera significativa las condiciones sociales y las posibilidades de desarrollo de una sociedad, lo que exige analizarlo no solo desde lo económico, sino también desde lo humano.

Posteriormente, en Adelaida, Australia (1988), se llevó a cabo la segunda conferencia en promoción de la salud *Políticas públicas favorables a la salud* (287), donde se hizo especial énfasis en la construcción de políticas públicas saludables. En esta ocasión se resaltó el papel de las políticas públicas en los determinantes de la salud, considerándolas el vehículo para generar el acceso equitativo a bie-

nes y servicios, lo que reduciría de forma considerable las exclusiones sociales y económicas en la salud. El documento Recomendaciones de Adelaida sobre Políticas Públicas favorables a la Salud, señala que ha de considerarse como área prioritaria de acción: La creación de entornos propicios, el empoderamiento de las comunidades y su participación en la toma de decisiones que afectan su salud y seguridad.

Más adelante, en la tercera conferencia internacional de promoción de la salud, llevada a cabo en Sundsvall, Suecia (1991), *Entornos propicios para la salud* (288) se convocó a los pueblos del mundo a que tomen medidas enérgicas para analizar la influencia de los entornos en las condiciones de salud de las comunidades y del medio ambiente. Se puso de relieve el papel crucial de los espacios desde el enfoque de desarrollo sostenible y el reclamo de la acción social para el establecimiento de políticas y estructuras en el logro de la promoción de la salud basada en los diferentes entornos. Relacionando aún más lo anterior con la temática de esta estrategia, se recalcó que la explotación de la mano de obra y de los recursos naturales en los países en desarrollo, visibiliza una crisis en sus enfoques de desarrollo, por lo que se hace necesario, con criterios de equidad en la distribución de los recursos, lograr la óptima y justa utilización de los bienes y servicios de las comunidades.

Lo anterior, sugiere pasar de una identificación de necesidades de los trabajadores y de la comunidad circundante a una generación de propuestas para orientar las diversas soluciones en el marco de la promoción de la salud, contemplando cuatro aspectos fundamentales, la dimensión social, la dimensión política, la dimensión económica y, la necesidad de identificar y reconocer los conocimientos de la mujer, con equidad de género y su participación económica y política en los asuntos sociales en todos sus ámbitos.

En la cuarta conferencia de promoción de la salud realizada en Yakarta, Indonesia (1997) *Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI* (289) se plantea promover, con acciones contundentes de los países y en especial los que se encuentran en desarrollo, la lucha para la superación de la pobreza, su relación como determinante para la salud, y se enfatiza en la movilización de los sectores privados hacia la conformación de alianzas para trabajar por estos fines. Se mostró con experiencias concretas el valor de incorporar estrategias de promoción de la salud articuladas en las políticas de desarrollo social, lo que posibilitó, a partir de estas reflexiones, abordar como una de las prioridades para la promoción de la salud, la ampliación de las capacidades individuales y comunitarias en procesos de empoderamiento, con el fin de fortalecer las organizaciones y fomentar la participación del movimiento laboral tanto del sector

formal como informal. Este elemento se resalta como aspecto fundamental para la estrategia entornos laborales saludables.

Es a partir de la revisión de las cinco prioridades para la promoción de la salud; promover la responsabilidad social por la salud, ampliar la capacidad de las comunidades, empoderar al individuo, consolidar y ampliar las alianzas en pro de la salud y aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, que se realiza en la ciudad de México (2000) la quinta conferencia mundial sobre *Promoción de la salud; hacia una mayor equidad* (290) en donde a partir de lo anterior, se pone en común experiencias obtenidas en algunos países en cuanto la implementación de estrategias en promoción de la salud, situándolas en prioridad desde la construcción de políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales. Así mismo, se identifica en esta revisión, la importancia de incorporar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil en estas propuestas, en la aplicación de medidas de promoción de la salud que refuercen y amplíen los vínculos de asociación en pro de la salud, haciendo preciso involucrar a las comunidades en la preparación de los planes de acción en salud nacionales y locales. Es así como, para las estrategias en promoción de la salud, se hace fundamental propiciar la participación desde diversos sectores comunitarios, que posibiliten la reivindicación de ciudadanía como forma manifiesta de sentir y expresar intereses colectivos y públicos, articulados en los escenarios donde se piensan y deciden acciones políticas.

Por último, en Bangkok, Tailandia (2005), en la sexta conferencia en promoción de la salud *los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria* (291) se estableció la carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. En ella se consideran los factores y situaciones que tienen hoy influencia crítica en la salud: las desigualdades crecientes en los países y entre ellos, las nuevas formas de consumo y comunicación, las medidas de comercialización, los cambios ambientales mundiales, y la urbanización, lo que a su vez, va en detrimento de los ambientes y condiciones laborales. Situaciones que determinan la urgencia de solucionar estas necesidades, aprovechando como oportunidades los avances de la tecnología y las comunicaciones para mejorar los mecanismos en el intercambio de experiencias entre países y al interior de los mismos. La Conferencia hizo además hincapié en la importancia de identificar desde el contexto de la globalización nuevos desafíos, producto de los cambios vertiginosos y adversos relacionados con los determinantes de la salud en las comunidades y su impacto en las dinámicas sociales, económicas y demográficas haciendo notar, que el entorno laboral como uno de los escenarios de desarrollo, no es ajeno a estos avatares; y sugiere adoptar medidas cohesio-

nadas para aminorar el impacto en la salud de los individuos y de los colectivos en los entornos laborales en estos contextos globalizados.

En el año 2001, la OPS División Salud y Ambiente publicó un plan de trabajo que permite orientar las acciones en salud de los trabajadores en el ámbito regional, subregional y de los países. *Plan Regional de Salud de los Trabajadores*, el cual da cuenta de una reflexión sobre el bienestar de esta población, haciendo énfasis en la promoción de la salud en los espacios laborales, como propuesta naciente, a raíz del aumento de la inseguridad laboral, el estrés ocupacional y las altas tasas de desempleo en América, estableciéndose que los cambios globales determinan nuevas modalidades de trabajo, *el temporal, a tiempo parcial, independiente, teletrabajo y a domicilio*. Por consiguiente el trabajo informal, la pequeña empresa y microempresa están adquiriendo importancia como nuevas formas de labor en el crecimiento económico. Siendo necesario tal y como lo plantea la OPS que en este nuevo devenir:

> "Los países apliquen la estrategia de promoción de la salud con un enfoque de sitio y entorno de trabajo saludable, enfatizando los aspectos positivos de las relaciones sociales del trabajo, el desarrollo personal y colectivo de los trabajadores, el fortalecimiento de su capacidad organizativa para la acción individual y comunitaria hacia el mejoramiento del ambiente laboral físico, económico y psicosocial" (292).

El enfoque de sitio como consideración para crear entornos de trabajo saludables plantea elementos claves como crear ambientes propicios, resolviendo problemas básicos presentes en el sector para el desarrollo de actividades integrales, basadas en los principios de salud y seguridad ocupacional, desarrollo humano sostenible, promoción de la salud, gerencia de los recursos humanos, protección y conservación ambiental.

Otros elementos claves para este enfoque son la creación de sitios de entornos de trabajo propicios para el bienestar, el empoderamiento de individuos y comunidades con la cooperación intersectorial y la participación activa de actores claves, enfatizando el papel del trabajador como un socio activo durante la planificación, desarrollo y evaluación del proceso. Para lograr este cometido, este *Plan Regional de Salud de los Trabajadores* establece las siguientes líneas como centrales:

- El desarrollo y aplicación del concepto de sitio y entorno de trabajo saludable dentro de la realidad de las Américas, beneficiándose de las experiencias de municipios, ciudades, escuelas y mercados saludables y otros proyectos de promoción de la salud.

- La creación de la red de trabajo regional sobre sitios y entornos saludables, como parte del sistema de redes globales promovidas por la OMS e integrada a las redes de la OIT y de la Fundación Europea de condiciones de vida y trabajo.
- Incorporación del enfoque de sitios y entornos saludables al ámbito de los sistemas nacionales y locales de salud.
- Desarrollo de modelos y metodologías para la implementación del enfoque de sitios y entornos de trabajo saludables en la Región.
- Capacitación de trabajadores, empresarios y gerentes, para participar efectivamente en la ejecución del enfoque.
- Diseminación de información, la sensibilización de la comunidad en la aplicación de la promoción de la salud de los trabajadores con un enfoque de este tipo, conjuntamente con la coordinación del sistema educativo, gobiernos locales y organizaciones no gubernamentales (293).

Para los fines de la estrategia, considerar el entorno laboral como construcción social y espacio donde se realizan prácticas culturales, educativas y laborales es clave para implementar estrategias en promoción de la salud, es una concepción obligada en la realidad que supone la globalización, siendo sus efectos en el sector económico, social y productivo de los países, uno de los puntos abordados en el año 2007 en la 60ª reunión de la Asamblea Mundial de la Salud, —en la cual se invita a los estados miembros a que aborden y se responsabilicen por la salud de los trabajadores, tomando medidas y desarrollando propuestas para mitigar los riesgos presentes en los espacios laborales formales e informales— fue en el documento *plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores,* donde se consideraron aspectos relacionados con los determinantes de la salud en un espacio laboral; la prevención primaria de los peligros laborales, la protección y promoción de la salud en el lugar de trabajo, las condiciones de empleo y la mejora de la respuesta de los sistemas de salud a la salud de los trabajadores. Se concluye que todos los trabajadores "deben poder disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental y de condiciones de trabajo favorables, razón por la cual, el lugar de trabajo no debe perjudicar la salud ni el bienestar" (294).

En el período 2001-2005, se observan importantes progresos en el campo de la salud de los trabajadores en América, reflejados en la IV Cumbre de las Américas *Crear trabajo para enfrentar la pobreza y fortalecer la gobernabilidad democrática* realizada en el año 2005 en Mar de Plata (Argentina), donde los jefes de estado se comprometieron a promover "marcos integrados de políticas públicas ambientales, de empleo, de salud y de seguridad social para proteger la salud

y seguridad de todos los trabajadores y trabajadoras" y a impulsar "una cultura de prevención y control de riesgos ocupacionales en el Hemisferio"(295). Este compromiso fue el resultado de un trabajo intenso y efectivo de programas y buenas prácticas de salud de los trabajadores, basado en alianzas estratégicas, programáticas y operativas con instituciones subregionales y regionales.

El trabajo sinérgico de estas alianzas ha estado orientado principalmente por la iniciativa de *Ambientes de Trabajo Saludables*, que constituye la estrategia transversal del *Plan Regional de Salud de los Trabajadores* de la OPS y se dirige al fortalecimiento institucional de los países, mediante la formación de recurso humano, el establecimiento de sistemas de información, el apoyo a la investigación aplicada, la divulgación de información, la gerencia de sistemas de salud de los trabajadores y el intercambio de información y de buenas prácticas.

Por otra parte, la OIT ha realizado una serie de investigaciones y declaraciones sobre el empleo en el marco de un mundo globalizado, abordando diferentes temáticas (seguridad social, género, migraciones internacionales, relaciones laborales, legislación del trabajo, trabajo infantil, salud y seguridad ocupacional, y derechos laborales) y los efectos de esta transición económica para los diversos grupos poblacionales inmersos en las economías en desarrollo, buscando como propósito *el trabajo decente para todos.*

Con esta temática, se llevo a cabo en Ottawa, Canadá (2001), la primera reunión internacional de los ministros de trabajo en el marco de la categoría *trabajo decente* y sus implicaciones; allí los Estados participantes expresaron su compromiso para generar en la economía y las empresas la aplicación de este concepto para el bienestar de las comunidades. Así mismo, se ratificó la intención de procurar una mejora en las condiciones de trabajo de la población de todos los países de la región, con especial atención a quienes trabajan en la economía informal y a quienes pertenecen a minorías étnicas y religiosas, así como a otras personas con experiencias y necesidades diferentes, incluyendo mujeres, jóvenes, trabajadores de la tercera edad, indígenas, trabajadores migrantes, personas con discapacidades y personas con VIH/sida. Destacándose de manera notoria, la necesidad de incorporar a los trabajadores del sector informal al formal (296).

En el año 2006, posterior a la aprobación del convenio (N.187) por la OIT sobre el marco promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), y la recomendación (N.197) desprendida de este, se ampliaron los alcances respecto a las líneas de acción extendidas al entorno laboral de la economía informal, brindando una herramienta fundamental en la lucha por responder a los retos de la SST desde la economía actual, globalizada y de ritmo acelerado, describiéndose

los elementos necesarios para proyectar el futuro en los espacios laborales y las líneas programáticas para abordar estos. En este documento se caracteriza el trabajo *informal, de acuerdo con sus necesidades y riesgos como modalidad económica imperante en la actualidad:*

> En los albores del siglo xxi, la mayoría de la población activa del mundo se gana la vida en condiciones vulnerables e inseguras dentro de la economía informal. La Resolución de la OIT sobre el trabajo decente y la economía informal aprobada por la Conferencia Internacional del Trabajo en 2002, pone de relieve el hecho de que los trabajadores en dicha economía experimentan los déficit de trabajo decente más acuciantes. Entre tales déficits figura la existencia de unas condiciones de trabajo inseguras e insalubres. La extensión de la SST a los trabajadores y las unidades de la economía informal constituye un reto fundamental que metodologías de formación participativas como las de los programas WISE (Mejora del trabajo en las pequeñas empresas) y WIND (Mejora del trabajo en el desarrollo vecinal) han abordado con éxito en Asia, África y América Latina (297).

En Colombia, la iniciativa para la adopción de lineamientos internacionales en relación con la creación de ambientes laborales saludables, fue asumida por el Ministerio de la Protección Social, en el componente de salud pública, formulándose las acciones contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo "Estado Comunitario: Desarrollo para Todos. 2006-2010" tomo I *Reducción de la Pobreza y Promoción del Empleo y la Equidad* (298) y planteando que el Gobierno Nacional debe emprender acciones orientadas a la generación de trabajo en condiciones dignas, a través de la promoción y divulgación de los principios y derechos fundamentales del trabajo y la prevención y reducción de la conflictividad laboral. De igual forma, el Gobierno impulsará con los empresarios y los trabajadores la implementación de *trabajo decente* contando con la asesoría técnica de organismos como la OIT.

Con base en lo anterior, se logró en diciembre del año 2008, la creación de una propuesta sobre la definición de una política pública para la generación de trabajo digno y decente en el país (299). Facilitando la medición de las condiciones de trabajo, en aspectos como el empleo, la seguridad social, los derechos de los trabajadores y el diálogo social y en cómo estos deben ser encaminados a la creación y al mantenimiento de empleos con calidad.

El departamento de Antioquia fue el escenario para socializar la propuesta de política pública, abordándose en la ciudad de Medellín, a través de talleres de discusión, la manera en la cual podrían ser adaptadas a la situación de la región las herramientas de medición del trabajo decente, partiendo de la revisión de datos y la elaboración de un diagnóstico sobre el comportamiento de la economía en

la ciudad, lo que permitió identificar la mayor concentración de empleo en la economía informal; la tasa de ocupación y el nivel de formalidad presentan un mejor comportamiento en el ámbito regional que a nivel nacional sin embargo, los índices de miseria mostraron un comportamiento diferente, estando más pronunciados en Antioquia que en otros departamentos.

Este trabajo fue significativo porque recalcó la importancia de difundir el concepto de trabajo decente en la región, dado que es poco el conocimiento que se tiene de este; por tal razón se le propuso al Ministerio de Protección Social crear una plantilla con los principales componentes de trabajo decente y una batería de indicadores para darla a conocer entre los trabajadores y de esta forma, contribuir a su cumplimiento en las empresas. Así mismo, diseñar una estrategia para aumentar la afiliación a pensiones, riesgos profesionales de los trabajadores pertenecientes a los sectores de mayor peligrosidad, especialmente de la minería, construcción y sector agrícola. Se enfatizó en la erradicación del trabajo infantil y se recordó que en Colombia ya se tiene las herramientas jurídicas, pero aún es deficiente el control que ejercen en estas las autoridades competentes.

Otra de las acciones que realizó el Ministerio de la Protección Social para propiciar entornos laborales saludables en el marco del Plan Nacional de Salud Ocupacional —PNSO—, fue un diagnóstico nacional en el año 2008 sobre las condiciones de salud y trabajo de las personas ocupadas en el sector informal de la economía, en 20 departamentos del país; 17.970 trabajadores pertenecientes a diferentes municipios y a diversas actividades económicas de la economía informal conformaron la muestra. Se identificó que la población posee bajos ingresos económicos, relacionados directamente con una situación de pobreza, con niveles educativos que no exceden en la mayoría de los casos la educación básica primaria, hecho que dificulta la identificación de factores de riesgos presentes en su ocupación desde la perspectiva del autocuidado (300).

A través de este estudio se efectuó un levantamiento de factores de riesgo, acompañado del reconocimiento de las condiciones de salud y de trabajo de esta población, lo que permitió obtener una línea base que fue utilizada por parte del Ministerio de la Protección Social en convenio con la Universidad de Antioquia, para realizar el monitoreo de estos factores de riesgo, brindando con sus reportes las posibilidades de gestar estrategias que permitan su mitigación para el alcance de un desarrollo humano sostenible.

Para recoger los antecedentes de la estrategia en forma breve, se presenta en la tabla 28 un resumen histórico de los sucesos que marcaron hitos importantes en el avance de un entorno laboral saludable.

Tabla 28. Antecedentes ELS

Año	Organización	Suceso
1986	(OMS) Ottawa	Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública
1988	(OMS) Adelaida, Australia	Políticas públicas favorables a la salud
1991	(OMS) Sundsval, Suecia	Entornos propicios para la salud
1997	(OMS) Yakarta, Indonesia	Nueva era, nuevos actores: adaptar la promoción de la salud al siglo XXI
2000	(OMS) México	Promoción de la salud; hacia una mayor equidad
2005	(OMS) Bangkok, Tailandia	Los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria
2001	(OPS)	Plan Regional de Salud de los Trabajadores
2001	(OIT) Ottawa, Canadá	Declaración de Ottawa para el trabajo decente
2005	IV Cumbre de las Américas, Argentina	Crear Trabajo para Enfrentar la Pobreza y Fortalecer la Gobernabilidad Democrática
2007	(OMS) reunión N° 60 Asamblea Mundial de la salud	Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores
2008	Ministerio de la Protección Social, Colombia	Propuesta política pública para la generación de trabajo digno y decente en el país
2008	Ministerio de la Protección Social	Diagnóstico nacional en 20 departamentos del país sobre las condiciones de salud y trabajo de las personas ocupadas en el sector informal de la economía

Marco normativo

En Colombia el marco legal de promoción de la salud en los entornos laborales, ha sido abordado en una serie de legislaciones que desde la década de los 90 han permitido, a través de su vigencia, darle validez como unos de los mecanismos para lograr bienestar y salud en la población trabajadora, aun así, no es muy vasto el inventario de normas nacionales para sustentar y apoyar los derechos en el trabajo de la población ubicada en la economía informal, empero los avances en la materia hasta nuestros días, han contribuido a desarrollar una cultura de diálogo y de interés por el desarrollo social especialmente útil en estos tiempos de crisis.

En la Constitución Política de 1991, artículo 48 se establece “la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley, en él se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad Social” (301). De la

misma forma, la citada Ley plantea en uno de sus objetivos prevenir todo daño para la salud de las personas derivado de las condiciones de trabajo

La Ley 100 de 1993 cambia y reorganiza la prestación de los servicios de salud e integra la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados; en ella se expresa la intención de cobertura universal en salud y un compromiso del Estado para construir a un sistema en el cual los ciudadanos puedan proteger sus derechos, garantizando el acceso de servicios de buena calidad; esta Ley contiene elementos básicos como promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades en todos los grupos de edad (302). Posteriormente, el Decreto 1295 de 1994, reglamenta la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP), planteando como uno de sus objetivos:

> Establecer las actividades de promoción de la salud y prevención de los factores de riesgo y riesgos de origen laboral para mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola de situaciones derivadas de la organización del trabajo, que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo; físicos, químicos, biológicos, deficiencias ergonómicas, psicosociales, de saneamiento y de deficientes programas de seguridad (303).

La Ley 1122 de 2007 en su capítulo VI *Salud pública,* la define como un conjunto de políticas que buscan garantizar, de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, constituyéndose estas, en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país (304).

Así mismo, el Plan Nacional de Salud Pública como operativo de esta ley y divulgado a través del Decreto 3039 de 2007 (305), establece diferentes líneas de política entre las cuales se encuentra la promoción de la salud y la calidad de vida, que se expresan en la promoción, implementación y evaluación de la efectividad de la estrategia de entornos saludables en espacios laborales, con enfoque diferencial por género. De esta forma, la línea de política número 4 hace referencia a la vigilancia en salud y gestión del conocimiento, considerándose al entorno laboral, como aspecto fundamental para desprender acciones, que permitan identificar los riesgos laborales, los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral.

De otro lado, la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral se consideran la novena prioridad en salud pública; el Plan recomienda a los entes territoriales el despliegue de estrategias prioritarias en salud para mejorar la seguridad en el trabajo y disminuir las enfermedades de origen laboral.

En el departamento de Antioquia, el Plan de Desarrollo 2008-2011, "Antioquia para Todos. Manos a la Obra" en su línea estratégica 2 desarrollo social, componente de salud pública, presenta como objetivo especifico

Mejorar las condiciones de salud para contribuir al desarrollo humano integral de la población antioqueña a través del programa Cuidar-nos; el cual busca modificar comportamientos nocivos para la salud de los antioqueños, responsabilizando a la población de su bienestar, mediante la adquisición de estilos de vida sanos, por medio de la implementación de acciones en promoción de la salud que generen entornos y ambientes saludables en la familia, escuela y el ambiente laboral (306).

Para cumplir esta finalidad, la Dirección Seccional de Salud de Antioquia concibe la estrategia entornos laborales saludables, como una propuesta que permite mejorar las condiciones de vida, salud, seguridad en el trabajo y el bienestar de los trabajadores del sector de la economía informal del departamento, adoptando hábitos y actuaciones seguras en la realización de trabajos y oficios, la seguridad en el ambiente de trabajo y la prevención de riesgos y enfermedades de origen ocupacional. Logro posible, a partir de la movilización social de actores, articulación y coordinación de acciones para avanzar hacia un desarrollo humano sostenible con equidad y justicia social.

Referentes teóricos

La estrategia entornos laborales saludables, desde una visión de salud y desarrollo humano, retoma una serie de conceptos que permiten caracterizar los fines de la misma, centrándose en diversos enfoques que amplían la mirada de las condiciones laborales que se dan en los espacios donde es ejercida la economía informal.

A lo largo de la historia, se han evidenciado transformaciones sociales de incidencia directa en la clase trabajadora; específicamente en el mundo occidental donde el trabajo se asumió como la fuente para la acumulación del capital. De esta forma se abrió paso a fines del siglo XVI a la servidumbre, en la cual la fuerza de trabajo de las personas era medida de acuerdo al servicio que prestaba, generándose en las relaciones donde era involucrada la mano de obra, diversas formas de esclavitud que iban en detrimento de las condiciones de vida de las personas. Solo a partir de la era industrial y con el pensamiento moderno, empieza a connotarse el trabajo en los países latinoamericanos, como proceso impulsor de desarrollo económico y social, en el cual, en términos económicos, la población trabajadora es considerada capital humano, en tanto posee conocimientos técnicos y calificaciones en su mano de obra que le permite desarrollar capacidades y aportarlas al ámbito productivo de la sociedad.

De este modo, se inicia un posicionamiento social de la ocupación ante el cual, es indispensable enfocarse en términos del desarrollo humano, considerando el valor del trabajo no solo en la acumulación de capital social en tanto obedezca al mercantilismo, sino como posibilidad en la expansión de capacidades y potencialidades, con criterios de justicia social, donde los derechos y el bienestar humano son el epicentro de desarrollo para las comunidades.

Es así como el trabajo, como una actividad social organizada, conjuga una serie de elementos fundamentales; la actividad del hombre con los materiales que usa y procesa, la energía y la tecnología. Procesos que permiten transformar la naturaleza, alcanzar objetivos y satisfacer necesidades. En términos económicos, se hace referencia al trabajo como acciones relacionadas con producción de bienes y servicios, por un valor pactado en un marco legal y estructurado por el mercado laboral. En un lenguaje de corte sociológico, el trabajo es entendido como la actividad social necesaria para mantener la armonía y lograr la consolidación y desarrollo de cualquier sociedad.

Complementando lo anterior, Hannah Arendt (307), plantea que el trabajo, no es sólo una mera labor u ocupación por la cual se obtiene un salario, sino, algo que adquiere un carácter fundamental en la génesis del hombre y la mujer, como *homofaber*[1] haciendo alusión a que esto es lo que prácticamente lo define y distingue de los demás seres de la naturaleza, puesto que el trabajo, tal y como se conoce y comprende, es inherente y particular a la especie humana. Aun cuando, en la mayoría de los casos el trabajo no está ligado a la libertad, sino que es una coacción a la conservación de la vida.

Por tal razón y a partir del abordaje integral del trabajo en sus dimensiones, se busca en la actualidad darle un nuevo sentido, el cual permita a las personas desarrollarse como individuos y comunidades a través de la valorización de su esfuerzo.

Al lado de ello, el objetivo primordial de la OIT según palabras de su Director General Juan Somavia es;

> Promover oportunidades para que mujeres y hombres puedan obtener un trabajo decente y productivo en condiciones de libertad, igualdad, seguridad y dignidad humana […] Hablar además de trabajo decente, es hacer alusión a las aspiraciones de las personas en su vida laboral, aspiraciones en relación a oportunidades

1 En esta concepción de hombre, Arendt, retomando a B. Franklin, señala en este término la influencia de la capacidad humana para controlar su entorno con el uso de herramientas, es decir, el hombre como fabricador de útiles.

> e ingresos; derechos, voz y reconocimiento; estabilidad familiar y desarrollo personal; justicia e igualdad de género. Siendo las diversas dimensiones del trabajo decente, los pilares de la paz en las comunidades y en la sociedad (308).

Pero esta categoría queda en entredicho cuando las iniciativas para alcanzarla son impedidas por los modelos de desarrollo signados por aspectos económicos y políticos, haciendo cada vez más difícil proyectar su alcance en un futuro acorde a la urgencia para salir de las crisis y los riesgos que ella connota en los sectores donde es necesario intervenir. La discusión se situaría entonces, en la influencia que tienen las transiciones económicas actuales en proporcionar desde los escenarios de oferta laboral, condiciones para laborar en una visión de protección social, bienestar y libertad.

En el contexto latinoamericano, la existencia de fenómenos emergentes en lo económico y social, configuran condicionantes para la existencia de empleos dignos y alcances pertinentes de la protección social, siendo constante la ausencia para los grupos poblacionales en riesgo —caso de la población de la economía informal— de un marco jurídico que soporte y reglamente estrategias para sopesar la influencia que tiene en el bienestar humano, los cambios acelerados de la desfragmentación de la economía formal, lo que abre paso a connotaciones sociales, económicas, políticas y culturales llamado la economía informal, cabe anotarse que la expresión "sector informal" se considera cada vez más inadecuada, e incluso errónea, para reflejar estos aspectos dinámicos, heterogéneos y complejos de algo que en realidad es un fenómeno más que un "sector" en el sentido de grupo industrial o actividad económica específicos. En cambio, la expresión "economía informal" se utiliza ampliamente para hacer referencia al grupo, cada vez más numeroso y diverso de trabajadores y empresas tanto rurales como urbanos que operan en el ámbito informal (309).

De esta manera, es importante designar la importancia que tiene esta estrategia en los entornos laborales de la economía informal dado que según la OIT "La mayor parte de los nuevos empleos de los últimos años, particularmente en los países en desarrollo y en transición, se ha creado en la economía informal" (310). Lo cual significa que lograr un entorno laboral seguro debe dirigirse urgentemente a los espacios de labor de la economía informal, es decir hacia la población que ejerce trabajo subcontratado u ocasional:

> Entre los cuales se encuentran los trabajadores por cuenta propia dedicados a actividades catalogadas de subsistencia, como los vendedores callejeros, los limpiabotas, los recogedores de basura, los chatarreros y traperos, a los trabajadores domésticos remunerados empleados por los hogares, a los trabajadores a

> domicilio y a los trabajadores de fábricas explotadoras a los que "se hace pasar por trabajadores asalariados" en cadenas de producción, y a los trabajadores independientes de microempresas que funcionan en solitario […] De este modo, quienes tienen un empleo informal se caracterizan por no contar con una relación de empleo sujeta a la legislación laboral habitual y al pago de impuestos, y no disfrutan de protección social o de derecho a ciertas prestaciones laborales (por ejemplo, preaviso de despido, indemnización de terminación de contrato, vacaciones anuales o licencia de enfermedad pagadas) por motivos que incluyen los siguientes: los puestos de trabajo o los trabajadores no están declarados (esto hace referencia, por ejemplo, al empleo de inmigrantes ilegales); el trabajo es ocasional o de corta duración; las horas de trabajo o el salario están por debajo de un cierto umbral; el empleador es una empresa no registrada o una persona en un hogar; o el lugar de trabajo del trabajador está fuera de las instalaciones de la empresa del empleador o del cliente (311).

Precisamente, el modelo de desarrollo a escala humana de Manfred Max Neef se alza como una de las alternativas para entender estas crisis tan consecutivas y pronunciadas en los países en vía de desarrollo, buscando al ser concebido e introyectado en los modelos de desarrollo — y sin la característica de ser paliativo— cambios estructurales en la manera de pensar el desarrollo. Como lo plantea este autor;

> Los países al concentrarse y sustentarse en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la Sociedad Civil con el Estado. Necesidades humanas, autodependencia y articulaciones orgánicas, alcanzan los pilares fundamentales que sustentan el Desarrollo a Escala Humana (…) para servir su propósito sustentador deben, a su vez, apoyarse sobre una base solida. Construida a partir del protagonismo real de las personas, consecuencia de privilegiar tanto la diversidad, como la autonomía de espacios en que el protagonismo sea realmente posible (312).

Dado lo anterior, se hace necesario dimensionar la concepción del trabajo en una definición más amplia e integral, aunque por excelencia se considere el mayor conducente a satisfacer necesidades de subsistencia, este aspecto toma otro sentido cuando Max Neef lo ubica en un alcance que va mas allá de los niveles materiales de vida y de posibilidades para tener acceso a una gama creciente de bienes, en tanto adquiera valor cuando no bloquee otras necesidades básicas fundamentales (ontológicas) y por tanto otras existenciales (axiológicas), de este

modo; si el trabajo es un satisfactor de la subsistencia en la categoría del *tener*, en el *ser* se convierte en motor de la salud física, salud mental y el equilibrio, en el *hacer* posibilita una producción que permite *estar* en un adecuado entorno vital y entorno social.

Así el trabajo como satisfactor sinérgico[2] permite dignificar al ser humano en el alcance de grandes dimensiones; la protección, la participación, la creación, la identidad y por tanto la libertad, lo que lleva a concluir que "cualquier necesidad humana fundamental inadecuadamente satisfecha, revela una pobreza humana" (313).

Nótese entonces, que contextualizar el desarrollo en lo humano y por tanto en sus necesidades, implica desplegar desde una participación política, social, cultural y económica una serie de acciones que lo permitan ver materializado no sólo en cuantos tratados lo refieran, sino en la cotidianidad de las comunidades, en sus actividades diarias, en los entornos del trabajo, de la familia y de la escuela. Es decir, en un entramado social que lo sobreentienda en cada relación humana, en cada concepción del "otro" en cuanto su subjetividad y no lo ponga cada vez mas de relieve como alternativa viable para superar las crisis coyunturales que actualmente se viven en lo político y económico.

Es así como el no tener en cuenta la realidad del fenómeno laboral, devela imposibilidades estructurales en los modelos de desarrollo, que pierden cada vez más de vista el cómo los sujetos enfrentan la globalización, sus cambios individuales y comunitarios en los patrones de vida, y sus concepciones consumistas de lo urgente y lo necesario. Esto implicaría una concertación estatal, departamental, municipal y comunitaria, de una visión del ser humano que valore y comprenda el trabajo como un elemento al servicio de la sociedad y no el ser humano como elemento al servicio del trabajo.

Es también en una visión de promoción de la salud que se aborda el trabajo como fuente de bienestar para las personas y comunidades, porque les permite acceder a ambientes favorables, mejorar su calidad de vida y fomentar estilos de vida saludables y buenas relaciones interpersonales; el completo equilibrio entre el hombre y el medio ambiente, consigo mismo y con los demás. Esto favorece ciertos aspectos positivos para el alcance del desarrollo humano integral, desde diferentes dimensiones a saber: autoestima, autonomía, creatividad, felicidad, soli-

2 Los satisfactores sinérgicos son aquellos que, por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades. Su principal atributo es el de ser contra hegemónicos en el sentido de que revierten racionalidades dominantes tales como las de competencia y coacción.

daridad, salud y resiliencia que se construyen y reconstruyen en diversos entornos familiares, laborales, escolares y sociales donde acontece la vida de las personas. Proceso que para connotarse en desarrollo, va de la mano con la satisfacción de necesidades básicas y esenciales. No obstante, para los entornos laborales como ya se ha señalado, si se realizan actividades laborales en condiciones sociales y materiales inseguras, puede causar diferentes daños a la salud física y mental.

Lo que hace necesario desarrollar el constructo relacionado con las condiciones de trabajo, entendiéndose por aquellas situaciones o circunstancias en que las personas deben laborar, van más allá de los honorarios y las jornadas laborales, ya que se relacionan con las características de los espacios, elementos de trabajo, condiciones de iluminación, ventilación; agentes físicos, ambientales, químicos y biológicos como también sus correspondientes intensidades o concentraciones. Dichos agentes involucrados en el entorno laboral se convierten para la economía informal en una constante generación de riesgos laborales (las posibilidades de sufrir enfermedades o lesiones con motivo u ocasión del trabajo). Es por estas razones que haciendo una lectura de las características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, se hace preciso intervenir dichos entornos que influyen con su magnitud en riesgos importantes para la integridad de los trabajadores, de aquí cobra relevancia la creación de políticas públicas saludables que incluyan los diversos entornos laborales, direccionadas a la mejora en las condiciones de vida, proyectadas además del alcance de la equidad en salud y protección social tanto ahora como en el futuro.

Según lo anterior, se hace pertinente retomar la concepción de la salud, en el marco de los entornos laborales, que posibilite esta comprensión de lo humano, de sus interacciones como sujeto social y de los elementos que lo rodean; abriendo el enfoque de salud colectiva esta posibilidad, que según Fleury (1985) es el "área de producción de conocimientos que tiene como objeto las prácticas y los saberes en salud, referidas al colectivo en tanto campo estructurado de relaciones sociales donde la enfermedad adquiere significación" (314); *Br*eihl la define como "el instrumento clave en la práctica social, un vasto conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla y no se reduce, a sus expresiones institucionales" (315). Es decir, la salud colectiva tiene en cuenta a las personas en la dinámica de sus contextos sociales y en la búsqueda de respuestas sobre su salud a través de los diferentes sistemas de salud, bien sea *en lo biomédico, en los saberes populares, o los energéticos, desde los cuales con adecuados y pertinentes procesos de formación, toman lo que necesitan o consideran adecuado para mejorar o mantener su salud.*

Estas posturas son importantes, en tanto permiten realizar estudios sobre la relación salud-enfermedad en las poblaciones, investigar la producción y distribución

de las enfermedades en la sociedad como procesos de producción y reproducción social, procurando comprender las formas con que la sociedad identifica sus necesidades y problemas de salud, y desde el cómo busca su explicación y se organiza para afrontarlos.

Además de lo anterior, el enfoque de salud colectiva, posibilita un abordaje holístico de los determinantes sociales y culturales en la salud; considerar a las personas en lo socio espiritual y lo psicobiológico, insertas en una red familiar, comunitaria y social *en su dinámica cotidiana y* ubicadas en el contexto de un espacio local o territorio*; permite identificar en su entorno diversos fenómenos que lo pueden agredir o lo pueden proteger; a fin de construir conjuntamente una sociedad saludable.*

Con los conceptos anteriores, es pertinente contextualizar la salud en el ámbito del trabajo, desarrollándose términos en los cuales se ha indagado y obtenido información que recalca la necesidad de comprender la existencia y aplicabilidad de la estrategia de entornos laborales saludables.

La promoción de la salud es un aspecto clave en este cometido, en tanto genere por medio de la educación en salud, la intersectorialidad, la participación y cohesión social, los medios necesarios para que la población mejore su salud y pueda ejercer un mayor control sobre la misma, es decir, sobre sus determinantes "la Promoción de la Salud actualiza y extiende el debate sobre los determinantes sociales, culturales, políticos y económicos del proceso de salud-enfermedad, mientras se reafirma la salud como un imperativo ético y un derecho de ciudadano" (316).

Es decir, permite producir cambios en los determinantes de la salud tanto en aquellos que las personas pueden controlar como en aquellos que están fuera de su control directo; condiciones sociales, económicas y del entorno.

Es de esta forma como la promoción de la salud, concebida como una estrategia en sus procesos, y no solo como una herramienta, vincula en las intervenciones sociales factores de protección para impulsar el desarrollo humano, como el autoconcepto, la autoestima, la asertividad, el manejo del estrés, la potencialización de valores, el manejo adecuado del tiempo libre, las habilidades comunicativas, el manejo de sentimientos, la toma de decisiones, la resolución de conflictos, y los proyectos de vida, entre otros elementos esenciales y constitutivos de la especie humana, con esta comprensión se puede entonces disminuir las conductas de riesgo, ya que con ella, tal y como se mencionó anteriormente, se fomenta la resilencia, el autocuidado, y el cambio de comportamiento en los estilos de vida no saludables "las escuelas y los entornos de trabajo que promueven la salud inciden de manera eficaz en las conductas de salud y en sus determinantes, por

lo que debería ampliarse en gran medida el alcance de la promoción de la salud basada en los entornos" (317).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), inspirada en el proyecto de Ciudades Saludables, ha venido impulsado la iniciativa de promover la salud en todos los ambientes laborales, entendiéndose estos como cualquier sitio donde la gente trabaja incluidos la calle y la casa, ya que es el lugar donde las personas en edad laboral pasan la mayor parte de su tiempo y pueden lograr un desarrollo social, económico y personal, la importancia radica en que estos espacios de socialización, formación y producción ponen en escena su papel como determinante de la salud, "en tanto el acceso a los mercados constituye un determinante de contexto, los ingresos son determinantes estructurales de la salud y las condiciones laborales son determinantes intermedios"(318).

Para la OMS los Entornos Saludables en los ambientes de trabajo se pueden lograr mediante la implementación de políticas públicas de trabajo en todos los sectores de la producción, creando ambientes confortables en los sitios de trabajo a razón del desarrollo de conocimientos, aptitudes, actitudes y comportamientos favorables para la salud individual y colectiva a través de la educación, la orientación y la atención a los trabajadores.

De lo anterior se puede inferir que los entornos laborales saludables son aquellos centros de trabajo en donde las condiciones van dirigidas a lograr el bienestar de los trabajadores, en la procura de tener los espacios físicos en forma adecuada, buenas relaciones, organización, salud emocional, protegiéndolos de riesgos, y generando el control de su propia salud en el ambiente laboral.

La realidad vivida en el contexto latinoamericano permeada por desigualdades y exclusiones sociales y los efectos para la población en su salud y en los determinantes, reclaman compensar las disparidades existentes entre lo que se visiona como alternativas para salir de coyunturas sociales y económicas frente a las dinámicas políticas y sociales, las cuáles aún presentan ciertos vacios jurídicos para el abordaje de estos fenómenos.

Materializar la apuesta por la estrategia entornos laborales saludables merece analizar con visiones criticas y comprensivas, las posibilidades de su implementación para las diferentes comunidades, que por sus rasgos revisados y subrayados en lo dicho hasta este punto, reclaman propuestas integrales que permitan contrarrestar las condiciones de inequidad suscritas por circunstancias económicas, educativas, políticas y sociales latentes en la actualidad.

De este modo, sustentar la estrategia en sus beneficios físicos, psicológicos y sociales para la población de la economía informal que manifiesta en su mayor

parte situaciones de vulnerabilidad, necesita complementarse con voluntades y acciones políticas en todos los niveles, donde el esfuerzo por reducir estos adversos fenómenos para la salud y asegurar el bienestar de la población, sean visualizados como una voluntad intersectorial, para superar toda coyuntura venidera que ponga en riesgo la salud y el bienestar de las comunidades.

Objetivo general

Mejorar las condiciones de vida, salud, bienestar y seguridad en el trabajo de la población ubicada en la economía informal de los municipios del departamento de Antioquia, según su actividad económica, mediante la implementación de la estrategia Entornos Laborales Saludables.

Objetivos específicos

Realizar en los municipios un diagnóstico que permita caracterizar las condiciones de salud y de trabajo de la población antioqueña ubicada en la economía informal.

Desarrollar procesos de formación para la población trabajadora que permitan la identificación autónoma y colectiva de las condiciones del trabajo y de la ocupación.

Posibilitar la adopción de factores protectores según actividad económica, generándose una cultura de autocuidado desde la adopción de hábitos y actuaciones seguras en los entornos laborales.

Sensibilizar a los entes rectores de los municipios, sobre su responsabilidad en el seguimiento, participación y evaluación a los planes de mitigación de riesgos en las empresas y administradoras de riesgos profesionales, así como también la formulación de estos para el sector de la economía informal.

Promover la participación social y comunitaria como aspecto fundamental para la propuesta y desarrollo de acciones direccionadas al mejoramiento y calidad de vida de los trabajadores, en la construcción de una política pública para la protección del trabajo mediante la proyección y mantenimiento de la estrategia.

Componentes de la estrategia

Generar un entorno laboral saludable se convierte en una prioridad, en tanto las condiciones de vida, salud, seguridad en el trabajo y el bienestar de los trabajadores del sector de la economía informal, repercutan en indicadores de interés para la salud pública departamental. Así mismo, la identificación en el espacio

laboral de los determinantes sociales para la salud de los trabajadores ubicados en la economía informal, permitirá generar acciones sustentadas en procesos de análisis y planificación con la coordinación y concertación intersectorial.

De esta forma, se conciben tres principios fundamentales para lograr el propósito de un entorno laboral seguro y saludable, componentes que se convierten en básicos para la implementación de esta estrategia.

Cooperación intersectorial

Es indispensable la articulación de acciones en diferentes sectores educativos, de salud, administrativos y ocupacionales, que generen propuestas efectivas y alineadas a las necesidades presentadas en los entornos laborales del sector informal; la OPS precisa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes sectores y actores, contribuyendo de manera eficaz y transdiciplinaria a establecer en los entornos laborales, proyectos tendientes a lograr la salud y potenciar el desarrollo humano. De este modo, "el principio de intersectorialidad se hace posible con la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y el privado, tanto dentro como fuera de los servicios de salud, incluyendo, entre otros: empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana" (319).

Por tal razón, los esfuerzos intersectoriales para abordar la realidad sociocupacional de los trabajadores de la economía informal, cobra gran relevancia, en tanto permite orientar de forma mancomunada y direccionada el alcance de una intervención integral que permita hacer eco en las propuestas intersectoriales para la identificación y mitigación de los riesgos en el entorno laboral.

Educación para la salud

La importancia de generar procesos educativos en salud radica entonces, en brindarle a la población sujeto, en este caso, la perteneciente a la economía informal, la posibilidad de identificar los riesgos presentes de sus actividades, al tiempo que permite una función conducente hacia el bienestar, identificando y comprendiendo los comportamientos no saludables, que se convierten en factores de riesgo y transformándolos en adecuados estilos y hábitos de vida:

> La educación para la salud incluye las acciones voluntarias de las personas, a nivel individual o colectivo, en beneficio de su propia salud, la salud de los demás, y de la comunidad. La promoción de la salud incorpora este objetivo de la educación para la salud, pero plantea la necesidad de complementarlo con otras acciones sociales y políticas que faciliten los apoyos necesarios, or-

> ganizacionales, económicos y ambientales, para la conversión de las acciones individuales en mejorar la salud y la calidad de vida (320).

Educar para la salud trasciende entonces el carácter transmisionista de contendidos preventivos para conservarla, y se ubica en la idea de generar conciencia individual y colectiva, en el cómo para los sujetos, sus propias realidades y cotidianidades, se convierten constantemente en situaciones inherentes para alcanzar el bienestar, siendo por consiguiente la educación para la salud como lo plantea García,

> [...] toda actividad libremente elegida que participa en un aprendizaje de la salud o de la enfermedad, es decir, en un cambio relativamente permanente de las disposiciones o de las capacidades del sujeto. Una educación para la salud, eficaz, puede así producir cambios a nivel de los conocimientos, de la comprensión o de las maneras de pensar; puede influenciar o clarificar los valores; puede determinar cambios de actitudes y de creencias; puede facilitar la adquisición de competencias; incluso puede producir cambios de comportamientos o de modos de vida (321).

Participación social

En el acceso y sostenibilidad de los servicios de salud es importante la participación social activa de la población, porque permite a los individuos ser sujetos y actores en la toma de decisiones, respondiendo no solo a los servicios planificados y diseñados por el sector salud, sino también en su intervención en todo el proceso, en definir los problemas y las necesidades de salud, hasta proponer la elaboración de soluciones y la eficacia de las mismas.

Así entendida, la participación es un principio movilizador de soluciones, que permite a los individuos y colectivos como proceso activo, socializar las necesidades explicitas en sus comunidades, al tiempo que se responsabilizan por estas, formando una coordinación entre las instituciones, sectores y organizaciones. Actuando en esta lógica, la participación desde las dimensiones social y política, se convierte en restituyente de derechos al tiempo que genera un proceso de transformación estructural y sostenibilidad de las decisiones administrativas en mediano y largo plazo que van de lo particular a lo colectivo y viceversa.

Metodología

Para abordar los anteriores componentes, es preciso generar un marco de acción que lleve a la práctica la intencionalidad de la estrategia, como proceso ajustado a las dinámicas y necesidades sociales de la población sujeto.

El enfoque metodológico propuesto para abordar en esta estrategia es la investigación-acción (I-A) propuesta por Lewin en 1946. Caracterizada por ser un método dinámico y participativo para abordar las realidades sociales de diversos grupos, enmarcando las necesidades y características poblacionales en criterios prioritarios para la acción. Permitiendo vincular el estudio de los problemas en un contexto determinado con programas de acción social y enlazando de este modo, el enfoque experimental de la ciencia social con procesos que respondan a los problemas sociales principales.

La investigación-acción, constituye una importante alternativa en los métodos de investigación cualitativa, en tanto "implica una forma de búsqueda realizada por los propios participantes en una determinada situación social, con el objetivo primordial de mejorar; El desarrollo de la propia práctica educacional o social de que se trate, su comprensión o entendimiento de estas prácticas, y el contexto situacional en el que estas prácticas se desarrollan" (322).

Es de este modo, como un fenómeno social caracterizado por situaciones problema, como es el caso de los riesgos físicos y psicosociales a los cuales se encuentra expuesta la población ubicada en la economía informal, se aborda desde diversas situaciones-causales, las cuales son merecedoras de acciones planificadas para valorar posteriormente sus efectos con la transformación de la situación inicial.

Este diseño metodológico expone por tanto, los medios y las posibilidades que dispone el comité intersectorial de la estrategia entornos laborales saludables para atender a los propósitos que han sido diseñados para contrarrestar la situación problema.

Ruta metodológica

En este acápite se aborda el diseño y la propuesta de diversas acciones en la estrategia entornos laborales saludables, describiendo los momentos para su consecución y el establecimiento de prioridades para abordar las necesidades identificadas en el momento de diagnóstico, dirigiendo la planeación de acuerdo con las situaciones identificadas de riesgo y hacia una implementación acorde con las oportunidades potenciales presentes en la población sujeto, en el proceso, y en los escenarios donde se llevará a cabo cada momento.

La naturaleza de la metodología por momentos, se comprende como una materialización dinámica de la estrategia que al estar relacionada en su implementación facilita la comprensión de fenómenos sociales y laborales de la población como un proceso enmarcado en una realidad socioeconómica cambiante, que requiere de acciones coherentes para las nuevas transformaciones contextuales. Por tal

razón, desde la implementación de la estrategia se busca darle más sentido al proceso que al resultado, ya que planificar acciones y adaptarlas a las situaciones, exige direccionamientos eficaces para convertir las situaciones problema en potencialidades individuales y colectivas, implicando cada momento variedad de acciones que se deben retomar y transformar. Considerando además el componente de evaluación como elemento clave en las alternativas diseñadas y en la identificación de riesgos que permite avanzar con elementos de calidad en la respuesta de las necesidades y en cumplimiento de logros propuestos.

De acuerdo con la figura 27 , la estrategia se enmarca en cuatro momentos que pretenden con su consecución, lograr la promoción de la salud en los entornos laborales de la economía informal, desarrollando acciones fundadas para la consecución de entornos laborales más sanos y seguros desde:

- **Momento Diagnóstico**

Este momento tiene como propósito identificar factores y situaciones que se están generando en el entorno laboral de la población económicamente activa del municipio, ofreciendo en su desarrollo la caracterización y análisis de los determinantes en salud que actúan como desfavorables en el marco de la economía informal municipal.

Las técnicas de recolección de información que se proponen utilizar partirán principalmente de una revisión documental que permitirá tomar indicadores y prevalencias de la situación problema en diversas fuentes de documentación municipal, además de la elaboración de entrevistas semiestructuradas con el fin de indagar a los actores cuales son las actividades económicas propias de la comunidad, y los riesgos que según su percepción se desprenden de estas, además, de la creación de grupos de discusión donde se aborden estas situaciones de forma colectiva y por último la aplicación de una encuesta de caracterización sobre las condiciones de salud y de trabajo de esta población.

En esta medida la aplicación de diversas técnicas permitirán realizar un análisis reflexivo y descriptivo de las condiciones sociodemográficas de la población sujeto de la estrategia, lo que posibilitará en el momento que le procede, atender aquello que les es propio y los ubica generalmente en condiciones de riesgo físico y psicosocial para su bienestar.

- **Momento Planeación**

Para abordar los componentes en la implementación de la estrategia entornos laborales saludables es necesario generar un proceso de planeación y gestión

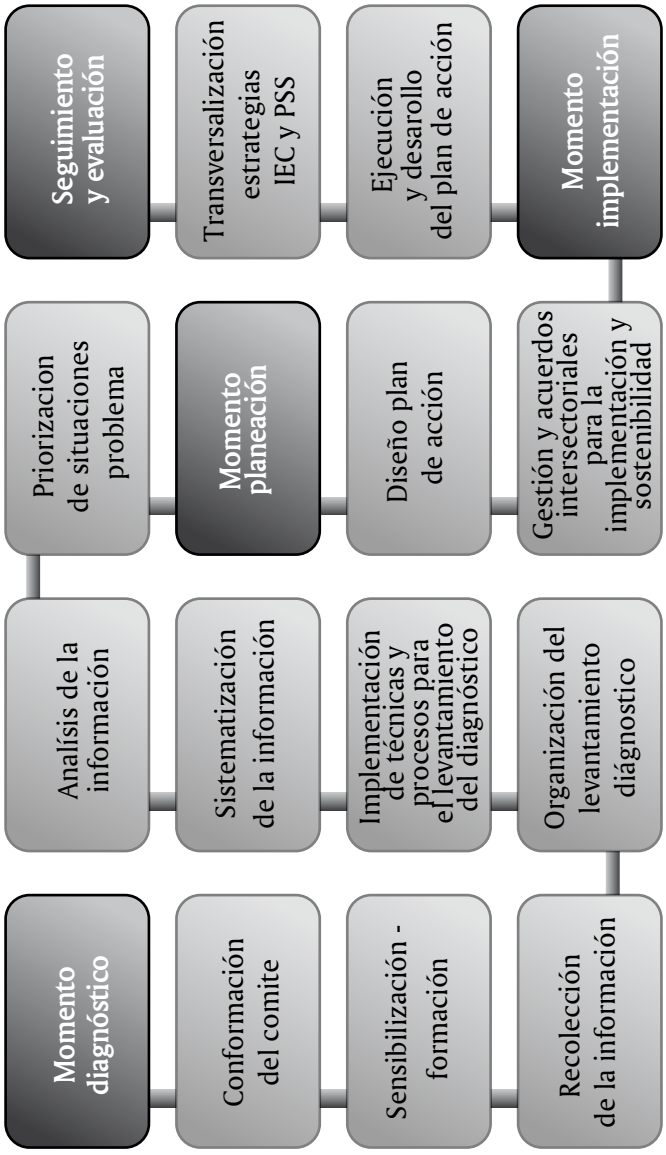


Figura 27. Esquema ruta metodológica estrategia entornos laborales saludables

dirigido a la sustentabilidad y acciones claves que acompañen la transformación de hábitos y actuaciones poco saludables en los entornos laborales de la economía informal, propiciándose acciones conjuntas y pertinentes desde un principio de intersectorialidad, como proceso cíclico tendiente a cualificar cada momento a partir del anterior.

De este modo, la planeación como proceso permite visualizar de forma acertada cuáles son las acciones que se deben desarrollar para intervenir la situación problema, contextualizándolas a sus características, es decir según lo que la genera y configura como también las situaciones propias de la población en términos sociales, educativos y culturales, centrados a los componentes centrales de la estrategia, a fin de vincular recursos y acciones determinantes para el logro de los propósitos planteados.

- **Momento Implementación**

Desplegar las acciones dirigidas a la población y por ende a su entorno, requiere tener en cuenta sus procesos dinámicos, desarrollando un plan de acción compuesto por procesos comunicativos y educativos que permita en los actores involucrados por medio de procesos de sensibilización y formación, una apropiación de conceptos y acciones para desarrollar las capacidades y formar herramientas concretas para el mejoramiento de sus condiciones de trabajo de la economía informal.

- **Momento Evaluación**

Se considera desde un carácter dinámico porque al realizar la valoración por procesos, se genera de forma acertada planes de mejoramiento desprendidos por la valoración e identificación de logros y dificultades en cada momento, incluyendo así mismo el establecimiento de sistemas de retroalimentación para hacer correcciones en las etapas intermedias.

De este modo, es clave contar con la participación de todos los involucrados en el proceso, ya que la recolección de sus percepciones frente al mismo y el cómo observan el impacto en función del propósito de la estrategia, incursionan de manera directa en las decisiones que dota de pertinencia su sustentabilidad y continuidad.

Cada uno de los momentos y fases de esta ruta, se desarrollan de manera detallada y con las instrucciones en la Guía metodológica para la implementación de la estrategia entornos laborales saludables. Véase el anexo1 de este capítulo.

Se puede concluir, que es a través del cumplimiento satisfactorio de estos momentos que se convierte en posible la creación de entornos laborales saludables

en los escenarios de la economía informal, posibilitando con este fin, el enlace de iniciativas municipales a características sociales y económicas de la población. Proyectándose como forma inherente al proceso, una atención integral de los riesgos presentes para la salud y el bienestar de la población; elementos que se configuran en perfiles municipales de acción para una verdadera promoción de la salud en estos espacios laborales.

Anexo 1

Guía metodológica para la implementación de la estrategia entornos laborales saludables

Presentación

Este documento permite a la comunidad municipal la implementación de la estrategia Entornos Laborales Saludables (ELS), la cual se desarrolla a través de cuatro momentos que pretenden con su consecución, lograr la promoción de la salud en los entornos laborales de la economía informal, en donde las actividades económicas emergentes y las condiciones para realizar la labor se configuran cada vez en mayores riesgos para la salud física, mental, espiritual y psicosocial de la población municipal económicamente activa disminuyendo de este modo, sus niveles de calidad de vida y desarrollo humano, además de la generación de estilos de vida y comportamientos no saludables.

Por tal razón, este proceso permite desarrollar acciones fundadas para la consecución de entornos laborales más sanos y seguros desde la conformación de un comité intersectorial de la estrategia ELS, la apropiación de conceptos y leyes generadoras de la estrategia y la identificación de situaciones de riesgo mediante la aplicación del instrumento realizado por el Ministerio de la Protección Social en 2008 contenido en el "Diagnostico nacional de condiciones de salud y trabajo de las personas ocupadas en el sector informal de la economía, en 20 departamentos de Colombia y propuesta de monitoreo de éstas condiciones" Acciones que permitirán recoger datos con base en la realidad y a partir de los cuales, el comité luego de realizar un análisis detallado de la situación presente y la identificación de las condiciones del trabajo que generan riesgo para la población, definirá prioridades tanto para el desarrollo de los momentos (diagnostico, planeación, implementación y evaluación) como para el seguimiento de los progresos.

Es entonces a través de las posibilidades municipales de cara a una mayor promoción de la salud en los espacios laborales, que se logra generar acciones dirigidas a promover comportamientos de vida encaminados a lograr bienestar físico y psicosocial y, así mismo, contrarrestar o mitigar los riesgos para la salud de la población.

Ruta metodológica

Las acciones realizadas en pro de un entorno laboral saludable y acorde a sus objetivos propuestos, requieren procesos sólidos de planeación y de gestión dirigidos a

una sustentabilidad, con actividades secuenciales y pertinentes que se consideran como un proceso cíclico; tendiente a cualificar cada proceso a partir del anterior, con carácter dinámico desde las acciones desarrolladas para las necesidades identificadas en el momento de diagnóstico, actuando con base en situaciones de riesgo y oportunidades potenciales presentes en la población sujeto, en el proceso, y en los escenarios donde se llevará a cabo cada momento. Véase figura 27 Esquema ruta metodológica estrategia entornos laborales saludables.

Momento diagnóstico

Este proceso permite identificar las condiciones, factores y situaciones que se están generando en el entorno laboral de la población económicamente activa del municipio, ofreciendo a través de su implementación, la caracterización de los determinantes en salud que actúan como desfavorables para realizar, en el caso de la economía informal, un trabajo en condiciones dignas. Definiendo de este modo, situaciones a intervenir desde acciones municipales que propendan desde la implementación de la estrategia entornos laborales saludables a la mejora de las circunstancias en las cuales viven y trabajan las personas.

La importancia del diagnóstico radica entonces en levantar, hacer evidente situaciones, aspectos y problemáticas que no son perceptibles a simple vista, y si lo son, aun no se han generado procesos integrales y secuenciales para abordarlas, hecho que permite obtener una visión global y descriptiva de las condiciones del entorno laboral y social de la población sujeto de esta propuesta.

Este momento diagnóstico se desarrolla por medio de diversas fases que se proponen en detectar y analizar las problemáticas que afectan a la población ubicada en el sector de la economía informal de los municipios de Antioquia, en el ámbito de su seguridad laboral, la prevención de riesgos ocupacionales y la adopción de estilos de vida saludables en la realización de sus actividades laborales.

Es de este modo como se dirigirán acciones para recolectar y seleccionar la información que permita una caracterización sectorial y un análisis del impacto que está tiene para la salud de la población trabajadora, decidiendo posteriormente cuáles son las necesidades de intervención prioritarias y estableciendo acciones puntuales que permita en el contexto municipal un abordaje integral del panorama de riesgos socio-ocupacionales en este sector.

Fases:

1. Conformación del comité intermunicipal de la estrategia ELS

2. Sensibilización y formación para promover en el comité y en la comunidad en general, cambios de actitudes movilizadoras de una visión integral de la salud en diferentes entornos, desde componentes conceptuales, legales y procedimentales según necesidades de formación para la implementación de la estrategia.
3. Recolección de la información desde un acercamiento previo a la situación con el abordaje de algunas características sociodemográficas y laborales de la población e identificación a través de diversas bases de datos, de las situaciones desfavorables a contrarrestar y de las favorables a potenciar.
4. Organización del levantamiento de la información base.
5. Implementación de técnicas y procesos para recolección de la información diagnóstica.
6. Sistematización y análisis de la información obtenida desde las condiciones de riesgo para los trabajadores y trabajadoras del sector informal de la economía municipal. Véase figura 28.

Figura 28. Fases del momento diagnóstico

1. Conformación del comité

Es de gran importancia que el comité intersectorial de la estrategia ELS, provenga de la mesa de salud del Comité Municipal de Política Social (COMPOS) espacio clave para la articulación intersectorial en la toma de decisiones, diseño e implementación de políticas sociales. Aspecto que fortalece la estrategia en viabilidad, sostenibilidad y continuidad, desde una planificación que cree lazos interinstitucionales y establezca responsabilidades territoriales para impulsar procesos de desarrollo social.

Con la finalidad de crear estas alianzas estratégicas que promuevan la estrategia ELS y se realicen actividades conjuntas, encaminadas a elaborar este diagnóstico e identificación de los riesgos ocupacionales de las actividades propias de la economía informal, la Dirección Local de Salud en unión con la secretaría que tiene funciones de apoyo a gremios productivos como la secretaría de productividad y competitividad, liderarán y realizarán en primera instancia, la convocatoria en el COMPOS a través de encuentros de sensibilización y divulgación de la estrategia. Permitiendo de este modo, la consecución de las actividades propuestas en relación con los diversos sectores municipales: Sector empresarial, gremios productivos, ASOCOMUNAL, Asociaciones o grupos civiles organizados de la economía informal, entre otros.

De esta convocatoria saldrá un comité municipal permanente de ELS, que será informado y capacitado sobre la estrategia, estando conformado por:

- Un representante de la mesa de salud del COMPOS
- Representante de la Secretaría de Desarrollo Comunitario
- Coordinador o coordinadora de salud pública de la ESE
- Director o Directora Local de Salud
- Representante de la secretaría o dependencia de productividad o economía municipal.
- Técnico en saneamiento ambiental
- Representante(s) de las ARP que tienen presencia en el municipio
- Representantes de grupos organizados de trabajadores informales, o en su defecto algunos trabajadores de la economía informal de diferentes actividades económicas.

En el caso en que ya se encuentre conformado un comité de salud municipal derivado del COMPOS, se realizara para este un proceso de sensibilización que permita un acercamiento con la intencionalidad y componentes de la estrategia

fortaleciendo aspectos como la intersectorialidad y la vinculación con sus momentos y fases.

Así mismo, es indispensable determinar, en esta fase, cuáles son las condiciones con que cuenta el municipio para establecer y desarrollar el momento diagnóstico, realizándose en primera instrancia el diligenciameniento de un ionstrumento de diagnostico y valoración sobre el estado de desarrollo de esta estrategia, esto en el caso en que se estén llevando a cabo acciones relacionadas con la misma, permitiendo por medio de su valoración, trazar una línea de base que será el punto de partida para la estrategia. Véase anexo Guía de valoración ELS, seguidamente el comité realizara el inventario de recursos y talento humano, (véase tabla 29) con el cuál identificará de entrada, las condiciones necesarias para obtener los resultados esperados del proceso.

Tabla 29. Inventario de recursos y talento humano para el diagnóstico

Recursos físicos				
Tecnológicos	Computador	**Sí**	**No**	Posibilidades de consecución
	Video Beam			
	Internet			
	Teléfono			
	Fax			
Locativos	Salón de reuniones			
	Auditorio			
	Sede de trabajo			
Fungibles				
TALENTO HUMANO				
Profesionales, técnicos y personal de apoyo.	Coordinador de la estrategia			
	Técnico en salud ocupacional			
	Digitador			
	Estadista			
	Encuestadores			
	Comunicador			
Observaciones:				

Acciones del comité municipal de entornos laborales saludables:

- Nombrar o definir un coordinador o coordinadora general del comité, cuya función es establecer el vínculo permanente con cada una de las instituciones y sectores participantes.
- Nombrar o definir un representante por cada uno de los gremios económicos o empresas participantes que conforman el comité.
- Hacer seguimiento y acompañamiento permanente a las acciones que se generen dentro de la Estrategia de Entornos Laborales Saludables.
- Emprender procesos de gestión municipal para soportar con estrategias financieras y logísticas los momentos de la estrategia.
- Definir la periodicidad de los encuentros y agenda de trabajo. Véase tabla 30.

Tabla 30. Cronograma comité municipal ELS

Cronograma comité municipal estrategia ELS							
Fecha	Actividad	Propósito	Participantes	Resultado	Acuerdos	Responsable/s	Seguimiento

2. Sensibilización y formación para el fortalecimiento del comité

Este proceso es simultaneó y recíproco ya que capacitar y dotar de nuevos esquemas, implica concebir y asumir de manera distinta las posibles acciones personales e institucionales enmarcadas en la promoción de la salud.

Esta fase la desarrolla el comité municipal de ELS realizando actividades que permitan la apropiación sobre la promoción de la salud en ambientes laborales saludables, sustentadas en referentes legales, conceptuales y antecedentes sobre experiencias similares nacionales e internacionales.

Se contempla como eje central el abordaje de los siguientes aspectos:

- Alcances de la implementación de la estrategia ELS según los indicadores sociodemográficos abordados en la fase anterior y desde los riesgos propios de las actividades económicas desarrolladas por la economía informal del municipio.
- Conocimiento del proceso que da origen a la estrategia Entornos Laborales Saludables, antecedentes internacionales y nacionales así como también el marco normativo en el cual se sustenta.

- Abordaje de referentes teóricos: promoción de la salud, economía informal, entornos saludables, trabajo digno, desarrollo humano, entre otros, referidos en el apartado teórico.
- Conocimiento de los componentes del instrumento diagnóstico de ELS, su interpretación y papel en la transformación de los entornos laborales en espacios seguros, dignos y generadores de bienestar para esta población.

Figura 29. Proceso de formación y capacitación comité ELS

3. Recolección de la información

Para esta fase se hace necesario identificar, para los fines de la estrategia, la pertinencia y funcionalidad de la información municipal, ya que con ésta se logra obtener situaciones o condiciones sociales de especial atención.

Es prioritario entonces, recurrir a la recolección de datos e indicadores municipales donde se encuentren los índices de desarrollo y calidad de vida de la población, identificando además los corredores de información que suministre las bases de datos, tales como:

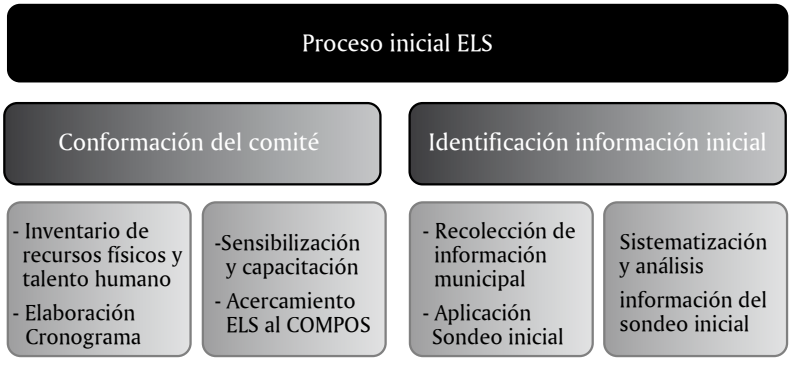
- Encuesta SISBEN
- Datos socio demográficos DANE
- Acción social
- Encuesta calidad de vida
- Perfil epidemiológico municipal

- Tasa de accidentes laborales de la ESE; esta información se puede sustraer de los siguientes datos; FURAT (formulario único de reportes de accidente de trabajo), GUIAT (guía para la investigación de accidentes de trabajo).
- Bases de datos de los programas de hipertensión arterial, control prenatal, crecimiento y desarrollo, entre otros. con el fin de identificar desde el régimen contributivo o subsidiado la población que accede a estos servicios.
- Información o línea de base de los programas y proyectos departamentales desarrollados en el municipio (MANA, Familia a tu lado aprendo, redes constructoras de paz, vivienda digna, por su salud muévase pues, entre otros.)

Para esta fase se recomienda complementar la información obtenida con la aplicación del instrumento de sondeo inicial ELS Véase Anexo 3 que permite la identificación de las actividades económicas más representativas en los municipios, algunos de los riesgos presentes en estas y las necesidades de intervención en promoción de la salud desde acciones intersectoriales. Siguiendo de este modo, la ruta que permite el acercamiento objetivo a las situaciones que se van abordar desde la ELS.

- Sistematización de la información proveniente del sondeo mediante la categorización y descripción de los sectores económicos identificados
- Identificación de los grupos de actividad económica susceptibles a ser impactados por la Estrategia ELS enfatizando en esta caracterización, la población vulnerable que se encuentra ubicada en la actividad económica con mayor prevalencia de accidentes laborales.
- Análisis de las necesidades de intervención en promoción de la salud tendientes a disminuir los riesgos para la población desprendidos de las actividades económicas municipales.

Figura 30. Esquema proceso inicial de la estrategia ELS



4. Organización del levantamiento de información base

La Estrategia ELS requiere una proyección y una posible implementación futura, por lo tanto es necesario determinar aspectos a intervenir de forma operativa (propósitos a corto plazo) como la identificación de riesgos ocupacionales, y estratégicos (a largo plazo) como la transformación de estilos de vida saludables y la adopción de factores protectores para la salud de la población.

Por tanto esta fase de planeación requiere un pensamiento operacional y estratégico que permita caminar hacia un mismo fin, como el cumplimiento de propósitos desde el alcance y desarrollo de acciones específicas.

Este proceso de planificación se constituye en un momento fundamental para el diagnóstico, dado que permite la elaboración de un plan de acción con estrategias claras y precisas, al igual que actividades concretas mediante las cuales se lograrían las metas planteadas. Véase tabla 31. Planeación levantamiento de la información base.

Para esta fase el comité permanente de ELS deberá contestarse las siguientes preguntas:

- ¿Qué se va a hacer?
- ¿Por qué es importante realizarlo?
- ¿Cómo se va a realizar?
- ¿Cuándo se realizará?
- ¿Dónde se llevará a cabo?
- ¿Cómo se va a realizar la convocatoria a la comunidad?
- ¿Cuáles son los objetivos previstos para el diagnóstico?
- ¿Qué estrategias de recolección de la información se van a privilegiar y a quiénes van dirigidas?
- ¿Quiénes son los responsables de implementar estas actividades?
- ¿Cuáles son los costos, fuentes de financiamiento y tiempos de las estrategias adoptadas?

Tabla 31. Planeación levantamiento de la información base

Planeación levantamiento de la información base							
Categorías	Propósito	Metodología	Estrategia recolección de la inf.	Actividades	Recursos	Responsables	Observaciones

5. Implementación de técnicas y procesos para recolección de la información diagnóstica

Es de gran importancia, para el desarrollo de esta fase, recurrir a las fuentes de información disponibles, entre las cuales se encuentra la propia comunidad, empresas del municipio según actividad económica, sectores de la administración municipal, grupos comunitarios, etc. Lo anterior, como proceso tendiente a priorizar los sectores económicos en los cuales las condiciones de salud y seguridad son más críticas (mayores tasas de accidentalidad, mayor morbilidad de enfermedad profesional o sectores reconocidos como críticos).

Tabla 32. Fuentes de Información

De acuerdo con el origen	De acuerdo con el contenido
Personales	Primarias
Institucionales	Secundarias
Documentales	Terciarias

De este modo, para recolectar y seleccionar la información necesaria y para elaborar el diagnóstico municipal, el comité debe recurrir a todas las fuentes validas de información, como por ejemplo:

- Información analizada y categorizada obtenida del sondeo municipal de actividades económicas aplicado en el momento del diagnóstico; *fase de acercamiento a la situación a intervenir*.
- Estadísticas de los accidentes laborales más comunes.
- Reportes accidentes más comunes de las ARP.
- Perfil epidemiológico municipal.
- Otras fuentes como: entrevistas a los actores claves, (UMATA, coordinadores de juntas vecinales, presidentes o líderes representativos de asociaciones de comerciantes, organizaciones productivas, líderes comunitarios y vecinos en general).

Posteriormente, el comité de gestión municipal identifica una muestra poblacional representativa -según índice de población económicamente activa- a fin de contrastar variables y establecer una caracterización de las condiciones de trabajo de la economía informal.

Se sugiere la revisión del documento realizado por el ministerio de la protección social de Colombia en el año 2008 “diagnostico nacional de condiciones de salud

y trabajo de las personas ocupadas en el sector informal de la economía, en 20 departamentos de Colombia y propuesta de monitoreo de éstas condiciones" dado que permite como documento de consulta, identificar una propuesta de diagnostico e identificación de las condiciones en las cuales la población antioqueña ubicada en la economía informal, realiza sus actividades laborales. Propuesta que puede ser modificada o adaptada según actividad económica.

Es así como a través de su aplicación se obtendrá el perfil sociodemográfico de la población sujeto, con información relacionada con sus datos de identificación, actividad económica, oficio desempeñado, estabilidad en el oficio, promedio de ingresos, condiciones de trabajo, formas asociativas y afiliación a la seguridad social.

6. Sistematización, categorización y análisis de la información

Teniendo en cuenta que en el proceso de recolección de información se han aplicado dos técnicas fundamentales; revisión documental, y aplicación de la encuesta, es necesario contemplar los siguientes aspectos para definir la manera de organizar, sistematizar y analizar la información:

- Elaborar informe de tipo cuanti-cualitativo que dé cuenta de los propósitos planteados para cada una de las acciones de la revisión documental especificada en la matriz de planificación.
- Realización de análisis a partir de las categorías/variables determinadas por la encuesta de diagnóstico.
- Contrastación de información y elaboración del informe final de resultados y análisis en el que se integren las generalizaciones de los dos procesos anteriores.
- Elaboración de un panorama de riesgos ocupacionales del sector de la economía informal municipal, en el cual se expliciten las necesidades de intervención, permitiéndole al comité ordenar los problemas identificados según una escala de prioridades articuladas en función del interés y la necesidad, los posibles riesgos para la salud y los recursos disponibles.
- Presentar y divulgar los resultados del diagnóstico a los integrantes del comité, las organizaciones comunitarias presentes en el municipio y las diferentes instituciones que generan trabajo, para que implementen en su plan de acción las actividades necesarias para favorecer entornos laborales saludables. Así como también, a la comunidad en general, que permita la construcción conjunta de acciones comunitarias y administrativas para la implementación de la estrategia, transversando de este modo los componentes de participación social y la estrategia información, educación y comunicación.

Momento planeación

Una vez identificada las situaciones problema y los riesgos ocupacionales a los cuales se enfrenta la población de la economía informal, se realiza una matriz de planificación en la cual se incluyen acciones a corto plazo para la atención de casos urgentes en las situaciones de morbi-accidentalidad y las condiciones de trabajo, así como también la generación de actividades que propendan por la creación de entornos laborales seguros en los que se tomen en cuenta las necesidades individuales y la diversidad de la población laboralmente activa del municipio.

Es importante además establecer alianzas que viabilicen la implementación de acciones consignadas en la matriz de planificación, que permitan un abordaje intersectorial desde los posibles involucrados con la estrategia.

Véase anexo 4. Matriz de planificación ELS.

Momento implementación

Este momento tiene como propósito central la ejecución del plan de acción consignado anteriormente en el momento de planeación, el cual corresponde a la singularidad de situaciones presentes en cada municipio según actividades económicas y características poblacionales.

Así mismo, se propone de forma general, una serie de actividades que favorecen la materialización de los componentes de la estrategia y que posibilitarán complementar las acciones que el comité se trazó desde el momento diagnóstico para abordar las situaciones presentadas en los entornos laborales:

La implementación de prácticas socioeducativas en los espacios laborales, permitirá favorecer procesos personales y sociales desde el desarrollo de capacidades, al tiempo que se adquiere conocimiento y modificación en los hábitos de vida; por tal razón se propone en el marco de la estrategia las siguientes acciones:

- Acciones de sensibilización social dirigidas al Fomento de Estilos de Vida y Trabajo saludable a través de la estrategia IEC. Encuentros educativos direccionados a promover la salud, desarrollar de actitudes positivas para su auto cuidado, prevención de comportamientos peligrosos para la salud, el buen uso del tiempo libre, el manejo seguro de máquinas, equipos y herramientas de trabajo.
- Encuentros de formación sobre legislación laboral derechos y deberes de los empleadores y empleados con contenidos relacionados con seguridad y protección laboral, que aseguren espacios de justicia social en los entornos laborales.

- Abordaje de normas y protocolos de seguridad según la actividad laboral ejercida.
- Procesos de formación sobre formas de participación social y organización de la sociedad civil, el trabajo como forma de participación, participación individual y colectiva, formas asociativas, creación de asociaciones de la economía informal, entre otros.
- Generar procesos de articulación y coordinación con las administradoras de riesgos profesionales presentes en el municipio, a fin de compartir experiencias y conocimientos sobre vigilancia epidemiológica para actividades de alto riesgo y grupos poblacionales de trabajadores en situación de vulnerabilidad.

Momento seguimiento y evaluación

La evaluación es esencial para constatar el avance de la estrategia ELS, identificar logros y problemas y obtener retroalimentación participativa con miras al mejoramiento de la calidad en el proceso.

Para este momento, el comité municipal de ELS generará procesos de evaluación participativa que involucre técnicas de seguimiento a los momentos y sus procesos, con la adopción de diferentes mecanismos para recopilar datos básicos con vistas a su ulterior comparación. La evaluación la realizará la coordinación del comité y los agentes locales.

Como se propone la evaluación por procesos, la valoración e identificación de logros y dificultades será una constante en todas las etapas del proyecto, incluido el establecimiento de sistemas de retroalimentación para hacer correcciones en las etapas intermedias.

Se establecerán metas y mecanismos para evaluar la repercusión inmediata del proyecto sobre las personas y el entorno, así como resultados a largo plazo. Además de los indicadores programáticos (por ej., la formación de un comité en el lugar de trabajo, formulación de un plan de acción), el proyecto también se ocupará de los cambios realizados en los espacios laborales como resultado del impacto de la estrategia por ejemplo, el mejoramiento en las condiciones higiénicas del espacio, ventilación, condiciones de los pisos, etc. Es decir, el mejoramiento tanto de las condiciones del ambiente como del entorno laboral, además de la creación de un plan de mejoramiento que mida los indicadores de éxito a propósito de las acciones implementadas.

Anexo 2 Matriz de planificación de la estrategia

Matriz de planificación estrategia Entornos Laborales Saludables				
Acciones de implementación	Objetivos	Resultado o producto	Actividades	Responsables

Indicadores	Recursos	Tiempo límite			Observaciones
		0-2 Meses	2-4 Meses	4-6 Meses	

Anexo 3 Sondeo inicial estrategia entornos laborales saludables

Guia de valoración estrategia Entornos Laborales Saludables		
1. Sectores de la economía municipal		
Sectores económicos y de la economía		Descripción de actividades laborales según sector económico
1.1 Primario	Sector Agropecuario	
1.2 Secundario	Sector Industrial	
1.3 Terciario o de servicios	Sector de servicios	
	Sector de transporte	
	Sector de comercio	
	Sector financiero	
	Sector minero y energético	
	Sector de la construcción	
	Sector Solidario	
	Sector comunicaciones	
1.4 Otros ¿Cuál/cuales?		
2. Caracteristícas de la población municipal economicamente activa		
Sectores económicos y de la economía		Descripción de actividades laborales según sector económico
2.1Gènero		
2.1.1 Femenino		
2.1.2 Masculino		
2.2 Rangos de edad		
2.2.1 Infantil		
2.2.2 Adolescente		
2.2.3 Adulta		
2.3 Etnia		
2.3.1 Indigenas		
2.3.2 Gitanos		
2.3.3 Afrocolombianos		
3. Registro de empresas existentes en el municipio		
Nombre	Actividad económica	

Ubicación de la población en los sectores económicos		Riesgos detectados según actividad economíca	Necesidades de intervención
Informal	Formal		
Ubicación de la población en los sectores económicos		Riesgos detectados según actividad economíca	Necesidades de intervención
Informal	Formal		
ARP a la que está afiliada la empresa			Observaciones

Anexo 4 Guía para la valoración y diagnóstico de la estrategia de Entornos Laborales Saludables

Aspectos a considerar			
Componente	**Variable**	**Indicador**	
C1 Diagnóstico (100 Puntos)	V1 (20 puntos) Caracterización de los sectores Económicos del Municipio	1	(20 puntos) Identificación del sector económico municipal. El cumplimiento de al menos uno de estos elementos de juicio, es condición de desarrollo alto de la variable 20
	V2 (20 puntos) Aseguramiento	2	(20 puntos) Caracterización del sector contributivo, subsidiado y personas vinculadas
	V3 (20 puntos) Caracterización de la población en relación al trabajo	3	(5 punttos) Trabajadores formales pertenecientes a entidades estatales, especiales y/o privadas
		4	(5 puntos) Trabajadores informales (independientes, empleados de servicio doméstico, entre otros)
		5	(5 puntos) Trabajadores en situación de desplazamiento, personas en situación de discapacidad, grupos étnicos y otros grupos especiales.
		6	(5 puntos) Identificación de población trabajadora por características de Género y edad

Elemento de juicio	Medios de verificación	Observaciones	Acciones de asesoría y asistencia técnica
I1 (20 puntos) Elaboración del diagnóstico sectorial	Diagnóstico municipal		
I2 (20 puntos) . Revisión de la información del SISBEN	Base de datos SISBEN		
I3 (20 puntos). Contratación de consultores para elaboración de encuestas y/o recolección de información	Informe de consultores o bases de datos		
I4 (20 puntos). Consultar bases de datos e información de gremios y grupos productivos (p ej.: gremio de lecheros, comerciantes etc.)	Informes de visitas o actas de reuniones		
I5 (4 puntos). Elaboración del diagnóstico sectorial	Diagnóstico municipal		
I6 (4 puntos). consulta de bases de datos de las EPS del régimen contributivo y subsidiado que hacen presencia en el municipio	Base de datos afiliados		
I7 (4 puntos).Consulta de base de datos de personas afiliadas a Pensiones			
I8 (4 puntos). Consulta de bases de datos a los usuarios de ARP.			
I9 (4 puntos). Revisión de la información de base de datos del SISBEN	Base de datos SISBEN		
I10 (2 puntos). Levantamiento de datos en la administración municipal	Diagnóstico municipal		
I11 (1 pto). Revisión de la información del SISBEN	Base de datos SISBEN		
I12 (2 puntos). Revisión de las bases de datos usuarios de las ARP	Base de datos afiliados ARP		
I13 (5 puntos). Levantamiento de datos en la administración municipal	Diagnóstico municipal		
I14 (2.5 puntos). Levantamiento de información de población en situación de desplazamiento	Base de datos del PIU o SIPOD		
I15 (2.5 puntos). Levantamiento de información grupos especiales en el diagnóstico municipal	Base de datos municipales de grupos especiales		
I16 (1 pto). Revisión de la información del SISBEN	Base de datos SISBEN		
I17 (2 puntos). Revisión del diagnóstico municipal	Base de datos Municipal		
I18 (2 puntos). Revisión de información del DANE en lo relacionado al municipio	Base de datos del DANE		

Aspectos a considerar			
Componente	**Variable**	**Indicador**	
C1 Diagnóstico (100 Puntos)	V4 (20) Identificación de la prevalencia de enfermedades, accidentes y/o muertes según los sectores económicos	7	(10 puntos) Perfiles epidemiológicos
		8	(10 puntos) Identificación de los posibles factores de riesgo a los que esta expuesta la población laboral según los sectores económicos del municipio

Elemento de juicio	Medios de verificación	Observaciones	Acciones de asesoría y asistencia técnica
I19 (2.5 puntos). Diagnósticos de enfermedades prevalentes de la población	Informe del perfil epidemiológico del municipio		
I20 (2.5 puntos). Análisis de agentes causantes de morbimortalidad en el municipio			
I21 (2.5 puntos). Capacitación sobre epidemiología al personal de salud en el municipio			
I22 (2.5 puntos). Planes de acción en promoción de la salud acorde al perfil epidemiológico municipal	Plan municipal de salud pública		
I23 (5 puntos). Revisión científica de los factores de riesgo asociados	Documentos de soporte conceptuales y normativos		
I24 (5 puntos). Mediciones técnicas y detección de los factores de riesgo en cada sector económico	Informes valorativos de riesgos en las actividades económicas del municipio		

Información, educación y comunicación, una apuesta teórica y metodológica para la implementación de proyectos de promoción de salud en Antioquia

CAPÍTULO 5

Información, educación y comunicación, una apuesta teórica y metodológica para la implementación de proyectos de promoción de salud en Antioquia

Autores:
Luis Emilio Zea Bustamante. Enfermero. Mg. en Desarrollo Educativo y Social.
Docente Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia.
Johnny Alexander Gómez Granada. Comunicador Social. Asesor.

Presentación

El aumento significativo de enfermedades prevenibles o antes controladas, personas cada vez más jóvenes en gestación, el consumo de sustancias psicoactivas, el auge de las enfermedades de trasmisión sexual, y el aumento progresivo de los diferentes tipos de violencias han puesto en evidencia la necesidad de desarrollar las aptitudes personales mediante procesos educativos y comunicativos, a fin de incidir en las formas como construyen sus vidas, como sienten, piensan y actúan frente a la salud, la enfermedad, la participación y demás determinantes del bienestar y la calidad de vida. Ante el aumento progresivo de enfermedades y de situaciones sociales antes mencionadas, se ha visto como respuesta el incremento significativo de campañas educativas, comerciales informativos en los medios de comunicación, programas de televisión para jóvenes en el tema de sexualidad, acompañamiento a las instituciones educativas en actividades informativas que bordean diferentes temáticas, asesorías y consejerías en salud, actividades con padres de familia, programas sociales de deporte y recreación; pero cabe preguntarse ¿por qué estas acciones no han generado en las personas cambios significativos en las formas de actuar frente a la salud y en sus vidas?

Frente a esta pregunta, es preciso reconocer que en las diferentes estrategias que hasta ahora se han utilizado en el sector de la salud para el diseño de campañas educativas, se ha iniciado un proceso de transformación conceptual y metodológica, que ha mostrado importantes avances dejando de lado aquella concepción de una educación y una comunicación unidireccional, ahistórica, descentrada de

los contextos sociales y culturales, unidisciplinaria y cortoplacista; y se ha pasado —en el mejor de los casos— al uso de estrategias pedagógicas que buscan provocar la reflexión como epicentro del cambio de percepciones y comportamientos frente a la salud, aumentando el uso de los medios de comunicación para el debate en temas específicos —aunque debe reconocerse que en consideración de la magnitud de los eventos, es poco el aumento—, también se cuenta con mayor divulgación por medio de material impreso con temáticas específicas.

En consideración de todas estas acciones, surgen, entre otras, las siguientes preguntas: ¿Por qué no se nota un cambio en las actitudes de las y los jóvenes para asumir la sexualidad, que se vea reflejado en la disminución de adolescentes gestantes? ¿Se están utilizando correctamente estrategias pedagógicas para estas campañas? o ¿será que las campañas se quedan solamente en el plano informativo? ¿Hay continuidad en los procesos de educación para la salud?

Pensar en todas estas preguntas sitúa la discusión en el marco de la estrategia de Información Educación y Comunicación, IEC, la cual ha ido posicionándose en ciertos escenarios como una acción articuladora entre sectores sociales e institucionales, apoyada desde diferentes áreas como la comunicación educativa, la psicología, las ciencias sociales y la pedagogía.

Para ello la participación de la comunidad, las instituciones y los medios de comunicación como actores válidos y comprometidos, permitirán la suma de esfuerzos para el diseño de estrategias educativas que lleguen a las comunidades teniendo en cuenta sus características sociales, reconociendo su cultura y legitimando sus saberes y sus prácticas sociales. De igual forma, la educación se configura como escenario para la trasformación de los modos y estilos de vida a través de la comunicación educativa y la información como componentes indispensables para el bienestar y calidad de vida de los seres humanos.

Por todo lo anterior, la estrategia de Información, Educación y Comunicación busca articular los diferentes esfuerzos que se vienen desarrollando en el tema de la comunicación y la educación para la salud con diferentes actores institucionales, públicos y privados para el relacionamiento con las comunidades, y que se entrega a los municipios a través de procesos de asistencia técnica para el diseño de estrategias educativas según las necesidades y potencialidades de los colectivos y recursos de los municipios.

¿Qué es la estrategia de información, educación y comunicación?

Existen ciertas definiciones de esta estrategia, muchas de ellas le sitúan en el plano de lo informativo minimizando sus posibilidades, y existen otras que le

plantean en una perspectiva participativa y transformadora; es el caso de la definición del programa mundial de alimentación de las Naciones Unidas, la IEC es una estrategia que pretende "promover y consolidar cambios de comportamiento o actitudes a través de la combinación de tecnologías, enfoques comunicacionales y procesos de socialización" (323), partiendo de los procesos de participación y movilización social hasta la configuración y fortalecimiento de redes sociales.

La IEC plantea un elemento a resaltar, que se convierte en sí en su tesis central, el cambio en las percepciones y aptitudes de las personas puede motivarse a través procesos informativos que desde la educación y comunicación generan acciones de reflexión y motivan la trasformación en los sujetos y las comunidades.

Hablar de cambios de percepciones y aptitudes con la información, la educación y la comunicación, nos lleva a comprender que las acciones que sujetos y comunidades tienen frente a la salud y sus condiciones de vida, están fundamentados en las formas como cada quien les significa y les da sentido; y es a través de la educación que dichas acciones y significaciones pueden cambiar, partiendo en buena medida de las convicciones, disposiciones y voluntades de las personas para gestar dicho cambio.

Esta concepción, no deja de lado la importancia de reconocer que los problemas de salud no son esencialmente de carácter individual; por el contrario, en la IEC se reconoce que el individuo está inmerso en una sociedad específica, y que esta le provee de los escenarios culturales y sociales propicios para el desarrollo positivo o negativo de su salud, relacionándolo directamente, por aquellos componentes que determinan su condición de salud, empleo, agua potable, recreación, entre otros.

Para Mario Mosquera (324), Comisionado de la Organización Panamericana de la Salud, la estrategia IEC

> […] Se dirige a orientar acciones de comunicación encaminadas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Pretende fortalecer la capacidad de sujetos y comunidades de incidir efectivamente sobre su propio desarrollo y […] de este modo, se orienta a mejorar procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población con relación a deberes y derechos ciudadanos en salud y el uso efectivo de mecanismos de participación y control social.

Las anteriores definiciones, propenden a un reconocimiento de las potencialidades que este tipo de estrategias tienen a la hora de diseñar y ejecutar un programa o un proyecto en cualquier área social y para cualquier tipo de población; y más aún, estas definiciones permiten ver su aplicabilidad en los procesos específicos en la promoción de la salud y la calidad de vida.

Antecedentes

Múltiples estrategias se han desarrollado en el orden mundial para prevenir la expansión de enfermedades y para la promoción del bienestar individual y social, las cuales se han planeado y desarrollado a través de acciones educativas, comunicativas y en la dinamización de procesos participativos con las comunidades.

Hablar de antecedentes sitúa la discusión en términos de reconocer la importancia que este tema ha tenido en el campo de la salud pública, acción que requiere mirar los acuerdos internacionales que han definido de una u otra forma el uso de alguno de los componentes de la IEC como estrategias para dinamizar la promoción de la salud. Muchos de estos acuerdos hacen énfasis en unir esfuerzos y recursos desde sectores e instituciones, delimitando el carácter interdisciplinario y multisectorial que lleva consigo esta estrategia, aunque se debe reconocer que en algunos de los casos se suscita más la adopción de uno de los tres componentes y dejando de lado los otros, dividiéndolos y segmentándolos. La tabla 33 sintetiza algunos acuerdos y su alusión al tema.

Tabla 33. Antecedentes IEC

Acuerdos	Aportes a la discusión
Funciones esenciales de la SP	Función 3 Promoción de la salud. "El desarrollo de acciones educativas y de comunicación social dirigidas a promover condiciones, modos de vida, comportamientos y ambientes saludables" (325).
Alma Ata 1978:	En su punto número 7 resalta que las acciones en atención primaria. "Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores" (326)
Ottawa 1986:	"La promoción de la salud exige una acción coordinada por parte de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones no gubernamentales y de voluntariado, autoridades locales, industria y medios de comunicación; […] asimismo deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos"(327)
Santafé de Bogotá 1992	"La promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de las personas en las modificaciones de las condiciones sociales y en la manera de vivir, conducentes a la creación de una cultura de la salud. A este efecto, la entrega de información y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades" (328)

Acuerdos	Aportes a la discusión
Bangkok 2005	"La globalización ofrece nuevas oportunidades de colaboración para mejorar la salud y disminuir los riesgos transnacionales que la amenazan. Estas oportunidades comprenden: los avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones, y los mejores mecanismos disponibles para la gobernanza mundial y el intercambio de experiencias"(329)
Carta de Caribe 1993	"El fortalecimiento de las destrezas es una responsabilidad que compartirán todas las fuentes de información y todos los medios de educación y comunicación" (330)

Existen varios puntos de encuentros en estos acuerdos; en primer lugar, se reconoce que la información, educación y comunicación hacen parte de las estrategias fundamentales para articular sectores e instituciones en torno a la promoción de la salud; como segundo, se evidencia la importancia de estos componentes para incentivar el cambio en las formas de pensar, sentir y actuar en salud, fortaleciendo las capacidades individuales y colectivas; y por último se denota gran interés por incentivar la participación de las comunidades en todos los procesos.

Como respuesta a estos acuerdos, se han diseñado diferentes programas, planes o proyectos que materializan este discurso, es el caso de experiencias en Atención Primaria en Salud y Escuelas Saludables donde se busca por medio de la información, educación y comunicación que las familias trasformen sus percepciones y prácticas relacionadas con la salud, y se promueve la vinculación de la comunidad escolar en procesos participativos.

Otra experiencia importante es la configuración del *Modelo Precede-Procede* el cual ha conseguido notables alcances y logros en su aplicación. Este modelo se vincula como antecesor de la IEC al estar ligado al uso de estrategias de información y comunicación, y al usar procesos educativos para incidir de forma positiva en el cambio de percepciones y aptitudes en salud.

Su historia data de 1980 cuando Lawrence Greem de la Universidad de Columbia Británica, diseñó este modelo como una estrategia amplia y eficaz para el diseño de proyectos de educación y promoción para la salud, el cual se ha implementado en diferentes escenarios y programas en el marco de la prevención del cáncer y la vacunación; reconociendo que "*[...]* permite ser aplicado tanto a nivel individual como colectivo y en una variedad de escenarios como las escuelas, los hospitales, el ambiente laboral y comunidades" (331).

El modelo precede-procede plantea dos grandes momentos operativos, un primer momento diagnostico —o precede—, en el cual se configura una panorámica de los componentes que están ligados al evento sobre el cual se pretende diseñar

Modelo precede-procede

Precede
Diagnóstico social.
Diagnóstico epidemiológico.
Diagnóstico de comportamiento y del ambiente.
Diagnóstico educacional y organizacional.
Diagnóstico administrativo y de políticas.

Procede
Implementación.
Evaluación del proceso.
Evaluación de impacto.
Evaluación de resultados.

la propuesta, evidenciando su relación con aspectos que van desde lo social, lo institucional, lo epidemiológico hasta lo político; elementos que dan cuerpo a la configuración de acciones que serán implementadas en el segundo momento. Luego de tener este análisis y sus posibles acciones a desarrollar, se pasa al segundo momento de implementación —o procede— que permite el desarrollo de acciones y la puesta en marcha de los proceso de evaluación de las estrategias diseñados.

Existen algunas experiencias en la aplicación de este modelo, que han demostrado su efectividad y que han evidenciado que a través del proceso se pueden generar cambios significativos en la manera de actuar de las personas frente a una situación particular; es el caso de estudios que se han realizado en México en programas de planificación familiar con adolescentes, y el caso de la Universidad de Oviedo en España, donde los estudiantes de Medicina Preventiva reciben cátedra acerca del modelo, y con su aplicación han evidenciado procesos de transformación en las aptitudes de las personas que participan en los programas direccionados de este modelo.

El modelo *precede-procede*, aporta elementos útiles para el trabajo con una estrategia en IEC; es el caso del reconocimiento de los contextos social, educacional y organizacional, para poder definir con efectividad las estrategias a utilizar en los procesos que subyacen en la información, la educación y la comunicación.

Con estos antecedentes y partiendo de todo lo que hasta ahora han aportado, se hace prioritario continuar el proceso de construcción de nuevos escenarios teóricos y metodológicos para redefinir cada uno de sus componentes y relacionarlos entre sí; es decir, partir de los supuestos que hasta ahora han aportado a la consolidación de la IEC para desde nuevos enfoques teóricos estructurar una propuesta dinamizadora, articuladora e integradora de los tres componentes.

Componentes de la IEC

Como se ha planteado, la IEC se presenta como una estrategia que permite diseñar procesos educativos a través de la información y la comunicación, y como tal, debe tener unos supuestos teóricos que le sustenten y permitan construir un modelo de trabajo que le facilite a los municipios incidir en las percepciones y aptitudes de las personas frente a su salud.

En concordancia con esto, a continuación se presentan los postulados teóricos que definen cada uno de los tres componentes, tomando como referencia elementos importantes de las teorías del procesamiento de la información, la educación popular y la comunicación educativa.

La información

Entre los procesos de IEC la información tiene una importancia definida. Esta se refiere a la forma como las personas proporcionan significado o sentido a las cosas, pues la información como conjunto organizado de datos configuran y le dan forma a los diferentes mensajes a través de los cuales se describe una emoción, se da significado a un evento o se cuenta o comparte algo.

Los datos se perciben, se integran y generan la información necesaria para producir el conocimiento que es el que finalmente permite tomar decisiones para realizar las acciones cotidianas que aseguran la existencia. En la aplicación de una estrategia que incluya los elementos de la información como escenario pedagógico y comunicativo, se deberá precisar y dar importancia a la forma como se construyen los mensajes o la información que se quiere compartir. En la configuración de los mensajes informativos, como debe ser denominada la categoría de la información de la IEC, deben tener entre otros las siguientes premisas:

- La información no solo transmite datos, toda información tiene una intencionalidad y está mediada por las formas como los participantes del acto informativo desde una vía multidireccional, la cargan de significado y la apropian como información valida, o por el contrario, la descalifican.
- La información debe reconocer los códigos lingüísticos que habitan en cada forma comunicativa, dependiendo de las comunidades y de los momentos históricos en los cuales se ha producido el mensaje informativo.
- Todo proceso que incluya la información debe partir de reconocer las características de la comunidad receptora o productora de la información; los colectivos, sus características demográficas, las formas comunicativas, la cultura y su historia.

- La información debe trascender de la divulgación de datos, a insertarse de una manera dinámica en el modo como se comparte con el otro, esta en sí misma, cobra valor cuando provoca reflexión permanente entre las partes involucradas.
- La información, como se ha expresado, debe permitir la generación de un conocimiento que pueda ser compartido entre las personas, familias y comunidades y mirado desde la salud, debe permitir crear líneas de unión entre los emisores del mensaje —que en la mayoría de los casos, son los hospitales, las alcaldías— y la comunidad.

En salud, la importancia de la información retoma valor, al comprender que muchas de las campañas educativas que se realizan frente a un tema específico, tiene como base fundamental los mensajes informativos, en los que se expresan y se dan consejos o pautas para que las personas desarrollen actitudes positivas y favorables para su salud. Pero este aspecto, debe ser superado, y se deberá pasar de la instrumentalización de la información, para convertirla en un eje central de la comunicación y la educación, pues una buena información, clara, precisa, con un dialecto comprensible, sin tecnicismos, y veraz, tiene la capacidad de generar respuestas positivas y de interés en las comunidades; por el contrario una información poco asertiva, lo que produce es el sentimiento contrario, de lejanía, de ausencia comunicativa entre el mensaje, el medio, el receptor y el emisor.

La educación

Hablar de educación en la IEC implica establecer ciertas delimitaciones teóricas a sus supuestos epistemológicos y a sus alcances prácticos, pues su implementación deberá ser puesta en marcha en diferentes escenarios como lo son la familia, la escuela y las comunidades.

La educación ha sido definida desde múltiples escenarios y corrientes de pensamiento, algunas de ellas la han planteado como el proceso por medio del cual los adultos proveen a los niños y jóvenes sus preceptos culturales y sociales, sus valores, sus prácticas y sus costumbres; y otras corrientes la han definido como un instrumento de dominación del Estado con fines políticos. Para efectos de la estrategia IEC, la educación "se percibe como un proceso social de formación encaminado a provocar una acción de intervención sobre las formas de representar, de comprender y de actuar que los actores sociales han acumulado sobre sus prácticas sociales y comunitarias" (332).

La educación tiende a establecer una prioridad transformadora del ser, desde una perspectiva ético-política busca generar cambios en las formas como las personas

les dan sentido y significado a sus realidades manteniendo un diálogo constante con sus percepciones, con sus creencias y costumbres; es una educación que reconoce los contextos sociales y culturales de las comunidades.

Para aportar al objetivo de la IEC, la educación se instala en términos de dispositivo de transformación de la realidad social, su intención está dirigida a gestar cambios, a fortalecer valores y hacer de la reflexión el punto de partida para lograrlo. En palabras de Jorge Ramírez:

> La educación por tanto, interviene sobre las formas de ver, de interpretar y de orientar las prácticas sociales de los participantes en sus contextos mediatos e inmediatos de vida, con un sentido ético-político trasformador [...] implica entonces, promover la aventura de reflexionar lo aprendido, desaprender mucho de lo aprendido y reaprender otras formas para entender y actuar en el mundo [...] (333).

Esta comprensión de la educación, permite hacer un acercamiento a los postulados mismo de la promoción de la salud que buscan potenciar las capacidades individuales y colectivas en una comunidad con el fin de gestar procesos de empoderamiento sobre aquellas situaciones que determinan la salud y la calidad de vida; educar es transformar, educar es transformarse. Esta opción política de la educación y la promoción de la salud centra la discusión en el terreno de la Educación para la Salud como estrategia central de la promoción para favorecer dicho empoderamiento.

En concordancia con lo anterior es preciso definir la educación para la salud, ya que existen un sinnúmero de conceptos que si bien en ocasiones hacen una aproximación al tipo de educación para la salud que se espera en IEC, en otras ocasiones pueden circunscribirse a escenarios transmisionista y unidireccionales, donde se privilegia el contenido y no la reflexión.

Para el caso de esta propuesta de IEC, podremos referir dos definiciones que recogen los postulados anteriores, que comprenden la educación desde una perspectiva de horizontalidad permitiendo la construcción de espacios de participación donde se generan nuevas formas de conciencia crítica[1] frente a las realidades que circundan y configuran las problemáticas sociales. Ambas definiciones plantean que:

1 Para Kroeger y Luna, la generación de conciencia crítica aparece como rol del educador en los procesos de salud comunitaria. Dicho proceso le implica al educador de antemano, lo que ellos denominan; esfuerzo por desarrollar su propia conciencia.

- Es un proceso que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo enfrentar mejor, en cualquier momento, sus problemas (334).
- Es una práctica social, intencionalmente dirigida a fortalecer las percepciones y significaciones que sobre la salud tienen y desarrollan los sujetos y las comunidades, con el fin de favorecer los procesos de toma de decisiones frente a la salud y la vida (335).

Ambas definiciones se centran en reconocer que la educación para la salud es un proceso, y como tal separan su concepción de ideas simplistas que la refieren como acciones o talleres en temas de salud, y la acercan a una dimensión social que habla de continuidad en el tiempo, de reconocimiento del otro como actor válido; sitúan al ser como centro del proceso, para incidir de forma dinámica en lo que piensa, lo que siente y como actúa en su cotidianidad a fin de transformarla y transformarse.

La importancia de plantear las acciones en educación para la salud radica en las posibilidades que esta tiene, puesto que:

- Fomenta la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de los factores sociales, políticos y ambientales.
- Propicia y estimula un espacio de intercambio de saberes.
- Promueve experiencias participativas.
- Permite disminuir las inequidades en salud, porque democratiza el conocimiento y fortalece las capacidades de las comunidades.
- Fortalece los espacios de participación activa en las comunidades, logrando favorecer las capacidades endógenas de cada comunidad y potencializando los saberes individuales en pro de lo colectivo.

En aras de cimentar con mayor fuerza una propuesta de IEC, en esta concepción de educación para la salud se propone unos principios que orienten su sentido y acción:

- Participación. Define una intención del trabajo colectivo, implica la toma de conciencia para la acción. Una participación desde el ser, el conocer y el saber.
- Gratuidad. Se antepone la salud y la educación como un derecho humano fundamental, no es mercancía, no vale, es de todos y todas; es una construcción de las comunidades y sus sujetos.

- Multiculturalidad. Reconoce y se basa en las culturas como epicentro del ser, como acción constitutiva de lo humano; la cultura desde el lenguaje, lo símbolos y sus costumbres son la base de la acción.
- Universalidad. Supera las barreras de acceso, tanto geográficas como políticas, religiosas, económicas y culturales.
- Interdisciplinariedad. La educación para la salud se constituye de saberes y prácticas de varias disciplinas y ciencias; cada una le aporta y le configura, como es el caso de las ciencias sociales, humanas y de salud.

Esta concepción de educación para la salud, en su principio de interdisciplinariedad, invita a rescatar los esfuerzos disciplinarios de las ciencias sociales y humanas, y le antepone a la educación un gran reto, el de configurar un discurso político- transformador que desde la salud pueda aportar a los procesos de cambio en las personas y comunidades.

Por ello, y con la pretensión de innovar en los aportes que configuran el discurso interdisciplinario de la educación para la salud, se propone en este proceso de la IEC, tomar elementos de orden epistemológico y metodológico de la educación popular con el fin de cargarle de sentidos y de reorientar las prácticas, acordes con la intencionalidad de la información, la educación y comunicación en el favorecimiento para el cambio de percepciones y aptitudes frente a la salud y la vida.

Alfonso Torres define la educación popular[2] como el "conjunto de prácticas sociales y construcciones discursivas en el ámbito de la educación", cuya intencionalidad es "contribuir a que los diversos segmentos de las clases populares se constituyen en sujetos protagónicos de un cambio profundo de la sociedad"

---

2 hablar de los procesos históricos que rodearon la emergencia y configuración del discurso educativo en el campo de la Educación Popular se sitúa en el plano latinoamericano entre los años sesenta y noventa, durante el cual se posibilitó la creación de escenarios sociales donde se reivindicaron los saberes populares y se dio el auge de experiencias alfabetizadoras a lo largo y ancho de países en centro y sur América. Bien se puede decir que la educación popular forma sus cimientos durante la década de los sesenta en Brasil, donde Paulo Freire, abogado de profesión y educador por vocación, desarrolló una propuesta pedagógica de alfabetización basada en supuestos teológicos de la llamada educación liberadora.
Esto pone en evidencia una coyuntura política propicia para el surgimiento de críticas a las políticas sociales en diferentes campos. Para Paulo Freire, la educación en Brasil en la década de 1960 suponía todos los elementos de una educación transmisionista, es decir, una educación a-histórica, a-política, dominante y alienante. Esta educación suponía la entrega de datos específicos y conocimientos fragmentados los cuales eran devueltos por los alumnos a la hora de la evaluación; configurando así lo que él llamo, una Educación Bancaria. Las diferentes propuestas desarrolladas Freire, ponen en discusión en las décadas de 1960 y 1970 la necesidad de una educación liberadora, que potencie en los sujetos capacidades para reconocer la realidad y transformarla.

(336). Parafraseando a Ramírez se plantea que esta es un conjunto de prácticas educativas y una práctica social. Prácticas educativas que surgen y se distancian del ámbito formal caracterizado por una clara intencionalidad que construye una propuesta alternativa eminentemente política; práctica social que busca la transformación de las formas como los sectores populares representan, comprenden y actúan (337).

A continuación, y reconociendo en primer lugar la concordancia de las dos definiciones anteriores de la educación popular con los planteamientos ya hechos de la educación para la salud y la IEC, se exponen algunos elementos epistemológicos que desde la educación popular pueden hacerse dichas prácticas a fin de fortalecer sus intencionalidades de transformación social (338).

La constitución de sujetos sociales en la educación para la salud. La educación para la salud en el enfoque tradicional, ha considerado al sujeto como un ser pasivo y receptivo en una relación unidireccional con los profesionales que trabajan en salud; esta relación —como toda relación social— ha estado mediada por formas de poder que privilegia al profesional como poseedor del conocimiento, y ha instituido al individuo como un ser ajeno, distante, subsumido ante este. Las acciones educativas deben crear escenarios de intercambio y de diálogo, en los que el ser busque y logre su integración activa con el mundo, que genere dentro de sus prácticas y contextos, cambios voluntarios y conscientes generados a través de la reflexión permanente de su mundo, de su identificación como sujeto histórico.

La educación para la salud permite el análisis de la realidad para transformarla. En la medida que el ser humano reconoce su contexto, se sitúa y define cuál es su papel frente a su forma de ver, sentir y actuar el mundo, es capaz de transformarlo. Es decir, la educación les permite al hombre y a la mujer, tener elementos de lenguaje, crítica y razón para leer el mundo con una perspectiva comprensiva, les abre horizontes de significación, les configura como seres integrados al mundo capaces de generar acciones de cambio; les empodera[3].

---

3 La educación popular, a puertas de un nuevo siglo, encuentra cuatro elementos fundamentales en el proceso de refundamentación, los cuales han servido como epicentro de las nuevas acciones en los diferentes campos donde se desarrollan propuestas de educación popular: La construcción del poder desde los espacios sociales desde una perspectiva del empoderamiento, partiendo de los espacios pequeños pero manteniendo lo que la autora denomina perspectiva de poder; en un segundo lugar está la construcción de una base ética, la cual incluye una clara aceptación de la inclusión, entendida para la autora como la invitación al otro a construir algo distinto. Un tercer elemento importante fue la concepción de la Utopía como algo existente y algo que se construye día a día, "vivir desde ya lo que queremos de una sociedad distinta", y por último, el replanteamiento y la reafirmación del Diálogo como elemento pedagógico central en la educación popular.

El diálogo como dispositivo pedagógico. *El diálogo* en el proceso educativo aparece con dos formas: como elemento metodológico y como elemento pedagógico básico para el encuentro con el otro. El diálogo como elemento metodológico es referido como la acción más idónea para lograr una comunicación *efectiva y afectiva*, porque permite crear un escenario donde se posibilita el intercambio de saberes y experiencias; y como elemento pedagógico, el diálogo cobra valor en los procesos de reflexión que se generan a partir del intercambio de saberes y de experiencias entre los participantes.

Reflexión permanente por la ética. La opción ética debe ser una acción consciente en las prácticas de educación para la salud, debe posibilitar una relación más humana, más cálida; y permitir de igual forma, consolidar procesos sociales en salud, con mayores vínculos con la lectura crítica de la realidad y su transformación. En la medida que existen procesos educativos con colectivos sociales en salud que generen una reflexión constante entre los participantes, y se permita la comprensión de la configuración de esas realidades, se incide en la constitución de sujetos históricos transformadores de su propia realidad.

La negociación cultural. Para autores como Cendales (339) y Mejía, el proponer la cultura como telón de fondo plantea la necesidad de reconocer que quien participa en el proceso educativo construye su propia visión del mundo, le significa y le atribuye sentido según sus construcciones culturales; esto, invita a reconocer que en cada cultura subsisten códigos y símbolos que deberán tenerse en cuenta a la hora de diseñar, desarrollar y construir con el otro un acto educativo. La cultura nos invita a reconocer el mundo a través de lo simbólico. Las prácticas educativas reconocen las representaciones, los símbolos y lenguajes de cada comunidad, para edificar nuevos escenarios dialógicos que permitan la construcción de sujetos activos, participativos y emancipadores.

El papel del educador en el encuentro educativo. El educador debe reconocer los contextos culturales, sociales y económicos que tienen los educandos. Para ello evita la homogeneización o uniformación del colectivo y permite ver en cada uno de ellos un sujeto histórico que trae consigo tradiciones, significaciones y realidades. El educador, a través de los encuentros, permite que los participantes verbalicen su mundo y compartan como colectivos sus formas de significarlo, para así movilizar acciones colectivas que permitan la transformación de sus condiciones. Debe ser dinámico, con capacidades organizativas y de planeación, pues la educación es un acto intencionado, que amerita adecuados niveles de estructuración y diseño de actividades que logren los objetivos propuestos por los colectivos.

Como queda explicito en los aportes epistemológicos de la educación popular a las prácticas de educación para la salud, existen variados y profundos elementos que pueden reorientar y dinamizar de forma diferente las acciones en educación para la salud, en IEC y en promoción de la salud. Cada aparte expuesto anteriormente, está cargado de ideas y de experiencias que hoy en día recobran mayor importancia para la dirección y puesta en marcha de procesos informativos, educativos y comunicativos en salud.

La comunicación

Otro elemento que configura la IEC y que es de igual importancia para su implementación es la comunicación, la cual —como se planteo anteriormente— aparece ligada directamente con la educación y con la información, y que se constituye no solamente en un medio de trasmisión de la información, sino como un dispositivo que se nutre de los contextos culturales, que se inserta en las cotidianidades de las personas, que se instala como conector de sueños y de percepciones. La comunicación es a su vez educadora, es constructora de caminos, une, acerca y permite sumarse a los esfuerzos de transformación propuestos en la IEC.

Carolina Wisner en su libro de Guía para la comunicación educativa en el control del cáncer, reconoce el valor pedagógico que poseen las estrategias diseñadas en comunicación y educación a lo largo de la historia de las acciones en salud;en el que plantea el término de comunicación educativa como "un proceso que promueve el diálogo entre las personas; también la capacidad para aprender, cuestionar y generar procesos de trasformación individual, colectiva e institucional"(340).

Según la autora esta busca generar impactos en el control del riesgo, la detección precoz de las enfermedades, el tratamiento, la rehabilitación y la eficiencia de los cuidados paliativos mediante la generación de procesos de aprendizaje y

Habilidades y principios en la comunicación educativa
(Carolina Wisner)

Habilidades:
Competencia cultural para reconocer valores y creencias.
Empatía que permite acercamiento humano y comprensivo del otro.
Toma de decisiones de manera concertada.
Acción comunicativa.

Principios:
Es imposible no comunicarse.
La comunicación implica información y retroalimentación.
Las percepciones de riesgo y beneficios son complejas.
Toda comunicación implica un compromiso y define una relación.

de transformación personal; lo cual es posible si en el proceso logra incidir en la forma como los sujetos toman decisiones relacionadas con la salud, la vida, y su bienestar; por lo cual se debe contar con habilidades y principios para orientar la acción en una perspectiva holística y ética.

Wisner refiere el término *habilidades* como las capacidades de las y los comunicadores educativos, y que le permiten cumplir con destrezas los objetivos propuestos; entre estas habilidades se resalta la *competencia cultural* que implica habilidad para reconocer en el otro sus patrones de comportamiento, valores y creencias para diseñar estrategias adecuadas; en esta competencia el comunicador educativo debe precisar conocimiento cultural, patrones de comportamiento y sensibilidad cultural.

De igual forma, existe la habilidad de la empatía, la cual permite comprender las emociones y perspectivas de comportamiento de las personas, "la empatía es una destreza básica de la comunicación interpersonal, que posibilita un entendimiento sólido entre dos o más personas, siendo fundamental para comprender en profundidad el mensaje del otro, y así establecer un diálogo" (341). La empatía incluye cuatro dimensiones: afectiva, moral, cognitiva y comportamental; las dos primeras buscan reconocer las emociones, perspectivas y motivaciones de las personas; y las otras dos son la habilidad intelectual para entender las emociones y la habilidad de actuar teniendo en cuentas estas emociones.

Como conclusión frente a las habilidades, la autora plantea en el texto anteriormente citado que:

> La empatía es el elemento integrador que posibilita la comunicación, la competencia cultural permite el desarrollo de la reflexión en medio de la diferencia y la diversidad con el otro. La acción comunicativa y la toma de decisiones promueven el ejercicio del principio de autonomía, de la participación y de los procesos relacionados con el bienestar individual y colectivo (342).

Cuando se plantean acciones desde la IEC, y se reconoce que debe comprender como principio pragmático la participación de las comunidades, lleva implícita una carga política donde se busca la concreción de acuerdos y disensos en la construcción dialógica, se invita a la identificación de esferas de poder que inciden en los procesos, y se vincula un acuerdo entre los participantes para evitar a toda costa la participación instrumentalizada tutelada[4].

---

4 Por participación instrumentalizada o tutelada se hace referencia a los procesos donde la participación de las personas se concreta en la firma de la asistencia, y donde el resultado final se mide en términos de

En palabras de Alfonso Gumocio "el compromiso de las comunidades implica por una parte la participación de estas en todo el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas y por otra el fortalecimiento de las organizaciones sociales de modo que constituyen interlocutores válidos y con poder suficiente para convertirse en parte activa en la planificación e implementación de la estrategia de salud" (343).

Por otro lado, y continuado con los aportes que sobre el tema brinda Wiesner y colaboradoras, se identifican varios elementos importantes de la comunicación educativa que puede recrear y dar soporte epistemológico a una propuesta de IEC, entre las cuales se enuncian:

- Se basa en la cotidianidad de las personas para producir trasformaciones, lo que implica que la información brindada pasa al plano de lo aplicable en el día a día y se aparta de lo meramente teórico.
- Reconoce los saberes y las realidades locales edificando una relación bidireccional, sincera y de mutuo aprendizaje.
- La comunidad se vincula en el diseño, desarrollo y evaluación de las acciones en de forma participativa.

La perspectiva participativa, nos acerca al termino de comunicación participativa, en la que es importante reconocer dos elementos necesarios para gestar los procesos con este carácter (344); primero, la importancia de la voluntad de los sujetos ya sea vinculados a algún colectivo o como persona natural, y segundo, la participación como un proceso dinámico y activo; es decir, que comprender que es un proceso voluntario y dinámico, es preciso reconocer al otro, como un actor válido y comprometido con los procesos de transformación individual y social.

Metodología para el diseño y desarrollo de la estrategia información, educación y comunicación

Para desarrollar un proceso en IEC es importante seguir una dinámica consecutiva que permita mantener norte metodológico para lograr los propósitos inicialmente planteados por el grupo de trabajo. En el caso de esta guía, se llevarán a cabo cuatro momentos metodológicos a través de un ejemplo hipotético que ilustra

---

número de asistentes sobre número de convocados; es una participación donde se reafirma los micropoderes sociales existiendo una enorme diferencia entre la utilización adecuada de los aportes de la comunidad y los aportes de quienes presiden los encuentros. Esta participación no es real, no comprende al otro desde sus perspectivas culturales, no le toma en serio, no fomenta la autodeterminación ni el respeto por el otro.

de forma clara cómo se debe desarrollar el proceso, partiendo de las particularidades de cada lugar en donde se vaya a poner en marcha.

Antes de iniciar cualquier proceso en su municipio, es importante buscar información sobre las experiencias previas que se tenga frente a la utilización de los medios de comunicación en campañas educativas o informativas en salud, con el fin de hacer una valoración de ella, y así reconocer que tanto se sabe en el municipio frente a la estrategia de IEC. Para ello diligencie el anexo 1, Guía para la valoración y el diagnóstico de la estrategia, con el fin de ver: conocimiento de la estrategia, adherencia de la estrategia a las políticas de comunicación municipal para la promoción de la salud, empoderamiento y calidad de la acciones en IEC; en caso de que en su municipio no se haya realizado ninguna estrategia de comunicación para la salud puede obviar este punto e iniciar el desarrollo de la metodológica que se presenta a continuación. Véase Figura 31.

Figura 31. Ruta metodológica estrategia IEC

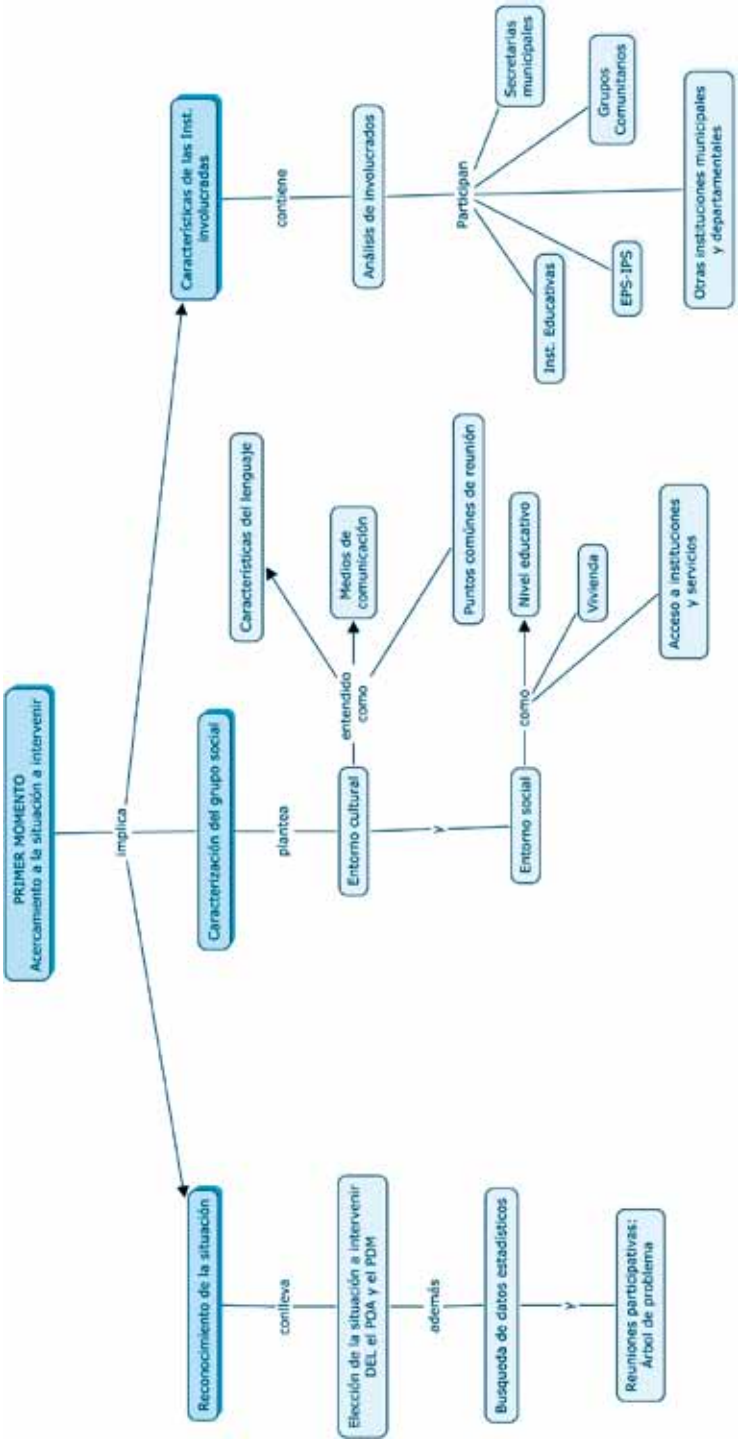
Momento metodológico 1: acercamiento a la situación a intervenir

Véase figura 32. Primer momento

Este primer momento busca acercar a los actores sociales y comunitarios a la identificación de una *situación a intervenir*[5], la cual será el punto de partida para la planeación de las acciones en IEC. Para este acercamiento es preciso comprender cómo se configura dicha situación, cuáles son aquellos eventos que la causan y como

5 Para esta estrategia una situación a intervenir es un evento social, cultural, político, económico y de salud que incide desfavorablemente para el desarrollo social y humano de la población.

Figura 32


PRIMER MOMENTO
Acercamiento a la situación a intervenir
implica
Reconocimiento de la situación
conlleva
Elección de la situación a intervenir DEL el POA y el PDM
además
Busqueda de datos estadísticos
y
Reuniones participativas: Árbol de problema
Caracterización del grupo social
plantea
Entorno cultural
y
Entorno social
entendido como
como
Características del lenguaje
Medios de comunicación
Puntos comúnes de reunión
Nivel educativo
Vivienda
Acceso a instituciones y servicios
Características de las Inst. involucradas
contiene
Análisis de involucrados
Participan
Secretarias municipales
Grupos Comunitarios
Otras instituciones municipales y departamentales
EPS-IPS
Inst. Educativas

éstos se relaciones entre sí; cuáles son los grupos sociales que directa o indirectamente se ven afectados y cuáles son las instituciones municipales que trabajan en torno a la situación. Por ello que se parte de identificar en el Plan Operativo Anual y en el Plan de Desarrollo Municipal una de las diferentes situaciones que afectan a la población, situación que impacta negativamente la salud y el desarrollo humano. A continuación se presentan los pasos en este primer momento, los cuales orientaran las acciones del grupo de trabajo encargado del diseño, ejecución y evaluación de la estrategia de IEC.

Paso 1: reconocimiento de la situación a intervenir

Con este análisis se busca identificar aquellos hechos o factores que inciden en la configuración de una situación. Por su naturaleza una situación social tiene un carácter multidimensional y multifactorial, lo que implica que está constituido por diferentes elementos sociales, culturales, económicos, políticos y por eventos relacionados con los modos y estilos de vida de la población. Una situación a intervenir desde la IEC puede ser cualquier evento social que incida en el desarrollo humano y social de un determinado grupo social, y que se pretende favorecer desde la aplicación de procesos educativos a través de formas y medios de comunicación.

Con el propósito de hacer de esta guía una propuesta didáctica, se propone simular una situación a intervenir en un municipio ficticio; a fin de acompañar a los grupos responsables de la IEC en el proceso de su diligenciamiento. Para ello, se ha definido como tema de trabajao, la situación que se presenta en las mujeres y hombres en edad adolescente durante el período de gestación en el municipio de Tres Esquinas[6]. Para este ejercicio todos los datos serán recreados, simulando condiciones sociales, culturales y políticas del departamento de Antioquia.

Elección de una situación a intervenir del plan de desarrollo municipal —PDM— y el plan operativo anual —POA— Para desarrollar este punto es necesario revisar algunos documentos municipales que sirven para la planeación estratégica del período legislativo en que se desarrolle la propuesta. En estos documentos se fijan los diferentes temas y prioridades municipales para ser desarrolladas entre las diferentes instituciones. La situación o situaciones a intervenir deben responder a los intereses municipales y comunitarios y debe ser abordada según su magnitud con el fin de darle una respuesta pertinente y permanente.

6 Nombre propuesto para la estrategia, no se hace referencia a ningún municipio en particular, aun si este existirá realmente, y tiene solamente fines ejemplificantes.

En este aparte se deben exponer los elementos demográficos que caracterizan y singularizan la situación a intervenir diferenciándola de la forma en que esta se pueda manifestar en otros municipios. El análisis puede suscitarse con la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las situaciones sociales, culturales y de salud que involucran a la población de su municipio, según lo expuesto en el Plan de Desarrollo Municipal y Plan Operativo Anual? Luego de dar respuesta a este interrogante se debe diligenciar la tabla 34 así:

Tabla 34. Grupos etáreos y situaciones a intervenir

Grupo etáreo	Situaciones a intervenir
Menores de 5 años	Abandono de los padres de familia, violencia intrafamiliar
Entre 5 y 12 años	Deserción escolar, desnutrición, violencia infantil, abuso sexual.
Entre 1 y 20 años	Altos índices de adolescentes en gestación, deserción escolar, madresolterismo, desempleo, consumo de psicoactivos, infecciones de transmisión sexual
Adultos entre los 20 y 45 años	Desempleo, violencia sexual, consumo de alcohol
Adultos mayores de 45 años	Desnutrición, abandono, soledad, depresión

De las posibles situaciones a intervenir mencionadas anteriormente, y según la dimensión que cada una presenta en su municipio, priorice e identifique cuál o cuáles situaciones quiere trabajar primero; para ello responda las siguientes preguntas motivadoras[7] que le guiarán en la priorización:

- ¿Cuál es la situación que más desfavorece el desarrollo social de las comunidades que están en el municipio en cada grupo etáreo?
- ¿Cuál problemática es la que más se presenta o está más generalizada en el municipio?
- ¿A qué tipo de personas afecta la problemática? ¿Es población en situación de vulnerabilidad o de protección especial?
- ¿El grupo etáreo que participa de la situación, es prioridad para el municipio?

7 Una pregunta motivadora es una pregunta que guía la discusión, y para darle respuesta se debe discutir amplia y participativamente; estas preguntas no son camisa de fuerza, y por el contrario deben suscitar a la generación de otras preguntas que según los interesados se deban hacer para darle mayor rigurosidad a dicho análisis.

Una vez resueltas las preguntas anteriores, el grupo de trabajo debe analizar los datos referidos en el tabla 34 y relacionarlos con las respuestas a las preguntas motivadoras anteriormente referidas; luego de ello diligencie el tabla 35 ubicando en orden de importancia dichas situaciones, tenga en cuenta que la importancia debe estar referida a su magnitud, la cantidad de personas que están directa o indirectamente relacionadas con esta, y el impacto social que se da en el municipio con la presencia de esta situación. Mire el ejemplo a continuación y haga lo mismo con los datos de su municipio.

Tabla 35. Priorización de situación a intervenir

Situaciones a intervenir	Grupo etáreo
Altos índices de adolescentes en gestación	Mujeres y hombres entre los 10 y los 20 años
Violencia intrafamiliar	Niñas y niños menores de 5 años, mujeres y hombres entre los 20 y los 45 años
Consumo de psicoactivos	Mujeres y hombres entre los 10 y los 20 años
Violencia sexual	Mujeres y hombres entre los 20 y los 45 años
Abuso sexual	Niñas y niños entre los 5 y los 12 años
Desnutrición	Niñas y niños entre los 5 y los 12 años
Hipertensión arterial	Mujeres y hombres mayores de 45 años
Infecciones de transmisión sexual	Mujeres y hombres entre los 20 y los 45 años

Una vez realizado este análisis, y teniendo la certeza que dicha situación que encabeza el tabla es la más importante para continuar con la estrategia se debe buscar datos de estadísticas vitales que plantee en forma concreta como esta situación se presenta en el municipios. Para evitar dispersión, el grupo debe enfocarse en adelante a lo directamente relacionado con el grupo y la situación priorizados.

Búsqueda de datos estadísticos Luego de tener identificado el tema en el municipio, es preciso revisar las estadísticas vitales que hacen referencia a la situación y a los avances en su solución. En el caso de adolescentes en gestación —que es nuestro ejemplo guía— se deben buscar los datos que tiene la Empresa Social del Estado y otras instituciones prestadoras de servicios de salud, parteras y demás, sobre el número de gestantes adolescentes que han dado a luz, y compararlas con el número total de mujeres que han dado a luz en el municipio en un tiempo determinado (por ejemplo en el último año); por otro lado, se podrá indagar con

la Secretaría de Educación o con los rectores de las instituciones educativas el nivel de deserción escolar por motivos relacionados con la gestación en el mismo período. Estos datos se pueden complementar con los datos que existen en diferentes instituciones del municipio y del departamento.

Recuerde. Las diferentes fuentes de información varían para cada municipio, pero la pretensión de esta búsqueda es medir la magnitud del problema para poder generar un análisis más profundo de la situación. Los datos a revisar se pueden sintetizar en la tabla 36.

Tabla 36. Datos estadísticos de la situación a intervenir, por institución

Institución	Datos requeridos
ESE, IPS	N. de mujeres adolescentes adscritas a los programas de control prenatal y crecimiento y desarrollo
	N. de partos atendidos a mujeres de 19 años en el último año
Instituciones Educativas	N. de adolescentes que han dejado la escuela o colegio por motivos relacionados con la gestación o la crianza de hijos
ICBF	N. de casos de menores que hayan solicitado asesoría en eventos relacionados con la gestación y las situaciones relacionadas
Secretarías Municipales	Datos estadísticos que hagan referencia a la situación a intervenir y al grupo etáreo

Con todos los datos encontrados, y después de organizarlos y contrastarlos, se debe conformar un grupo de adolescentes que estén en gestación o que puedan estarlo —se debe invitar tanto a hombres como mujeres a fin de tener una perspectiva más amplia en el análisis—, para discutir con ellos ampliamente cuál es su percepción de la situación, indagando con este grupo las causas y consecuencias que le atribuyen. Con este grupo de jóvenes[8] se desarrollará el siguiente paso, el árbol de problemas. Se debe aclarar que no debe ser un solo grupo de trabajo, se pueden conformar varios grupos según la dimensión de la situación[9].

Reuniones participativas para la construcción colectiva del árbol de problemas

El árbol de problemas es una metodología muy utilizada para acompañar a un grupo diverso de actores en el proceso de análisis de una situación. Para esto es

8 Se habla de adolescentes porque es el grupo etáreo definido, pero debe variar según la situación elegida en su municipio.

9 En este punto es necesario aclarar que si la situación se presenta en la cabecera urbana, las veredas y otros lugares, se deberá hacer grupos de trabajo para el árbol de problemas en cada uno de ellos, a fin de tener una visión concertada con las personas involucradas.

preciso que este árbol sea desarrollado con el mayor número de actores, para que su análisis sea enriquecido y permita una mirada amplia de la situación a intervenir, tomando como prioritario el grupo poblacional que está directamente inmerso en la situación.

En qué consiste. El árbol de problemas es un esquema que ilustra de manera documentada una situación problema, sus posibles causas y consecuencias. Este esquema, permite que los colectivos visualicen en conjunto una situación específica dándole valor a las formas como cada integrante percibe, siente y aprecia un evento determinado, identificando y reconociendo las causas que lo producen y expresando las consecuencias que ello trae.

Este árbol comprende tres partes: *la raíz,* en ella se ubican las diferentes *causas o situaciones que inciden* en la aparición de dicho evento, lo cual debe partir de un análisis y ser acompañado de una explicación clara y coherente desde las realidades municipales. *El tronco,* allí se establece la *situación a analizar* que ha sido identificada por el grupo de trabajo; y por último *las ramas,* en este espacio se establecen las *consecuencias o el efecto* que tiene esta situación si no se soluciona, o si no se intervienen las causas que la originan; se recomienda documentar con los indicadores que estén disponibles.

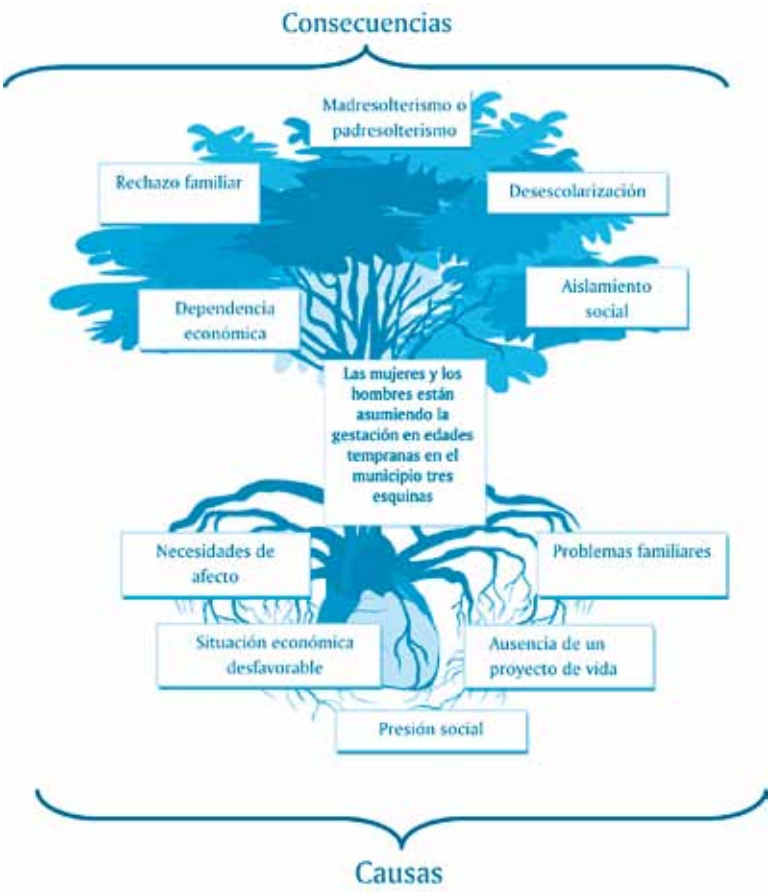
En la elaboración del árbol se debe tener en cuenta que:

- Debe generar procesos participativos donde cada asistente pueda dialogar y dar a conocer sus percepciones sobre el evento a analizar.
- Quien esté dirigiendo el taller buscará desde su actitud generar un clima de confianza y alejar toda pretensión de incidir en los comentarios de los demás, evitando al máximo juzgarlos, demeritarlos o sobrevalorarlos, para así no crear inconformidades entre los asistentes.
- El diálogo respetuoso y la escucha activa de los participantes será el epicentro de las acciones en la consolidación del proceso participativo en el diseño del árbol de problemas.

En la figura 33 se ejemplifica el árbol del problema, desde el tema de adolescentes en gestación y sus implicaciones en el desarrollo humano y social de las y los implicados:

Paso 2: caracterización del grupo social

En la medida que se conoce más a fondo una situación que está siendo analizada, más precisas serán las acciones que se generen a través de su comprensión. Por



ello, luego de haber develado las causas que configuran la situación a intervenir, de tener un cúmulo de datos de referencia y de reconocer las consecuencias que se generan para el desarrollo social y humano de la comunidad es necesario buscar a fondo las características propias de cada grupo social o etáreo que está inmerso en dicha situación.

Esto apoya la intencionalidad de la estrategia IEC que busca el reconocimiento de las comunidades y sujetos con el objeto de generar procesos educativos y comunicativos que respeten las diversidades culturales, los gustos, las singularidades, y que rescaten las identidades locales que se entretejen en cada municipalidad.

Reconocer en la diferencia aquello que nos identifica y nos distingue de los otros, es lo que permitirá definir estrategias comunicativas e informativas más

propicias para cada grupo. Esto implica adelantar un proceso de caracterización que contemple las posibilidades de acceso a la información, los escenarios comunicativos y educativos que, el lenguaje y los puntos de encuentro indagando los entornos culturales, sociales y familiares.

Entorno cultural. Reconocer un entorno cultural de un municipio y en especial de un grupo social implica identificar sus valores, los rituales religiosos, las fiestas del pueblo, como es la vida nocturna, que piensa la gente del municipio en términos de su historia y sus creencias. Cuáles son las percepciones frente a la situación a intervenir —en este caso que piensan con relación a la gestación, etc. —, cómo la comunican, la significan y la viven, pues en cada municipio, por sus riquezas sociales, históricas y culturales, los pobladores recrean el mundo y le dan significado de forma diferente.

Para lograr develar este entorno cultural, se propone como metodología inicial la observación participante[10] la cual permite complementar las discusiones y documentar los datos que surgen de los grupos de discusión[11] Se recomienda en este punto leer detenidamente el soporte de observación participante para hacer el reconocimiento del entorno cultural, y partir de estos tres elementos para desarrollarla:

Características del lenguaje. Permite conocer el lenguaje que utiliza el grupo poblacional en su entorno habitual, lo que nos acerca al comportamiento y pensamiento de los mismos. En este aparte es indispensable que el observador se haga, entre otras, las siguientes preguntas: ¿Qué hablan?, ¿Cómo lo hablan?, ¿Cuáles son las palabras? y ¿Qué gestos existen en el grupo? La siguiente información sobre el grupo, puede ser la captada por el observador y anotada en la tabla 37.

Tabla 37. Características del lenguaje del grupo social

Característica	Comentario
Qué hablan	Para las adolescentes, el embarazo a su edad es una moda, quieren mantener a su lado al hombre y así asegurar un futuro a corto plazo. No creen que una mujer quede en embarazo en la primera relación sexual
Cómo lo hablan	En el municipio, los grupos de jóvenes la mayoría de las veces están divididos entre hombres y mujeres, cada grupo habla entre sí, y de vez en cuando, una risa o un chiste hace que los grupos se unan en la conversación. Hay diferentes tonos de voz, es común que el líder hable más duro y salte de conversación entre un grupo y el otro

10 Véase el soporte 1: La observación participante para el reconocimiento cultural.

11 Para mayor claridad frente a los grupos de discusión véase el soporte 2: El grupo de discusión y la caracterización del grupo.

Característica	Comentario
Cuáles son las palabras o frases más relevantes	"Bacano", "que nota", "la madre", "que cagada", "pa´ qué no se cuido", "pa´ que dio papaya", "le cogieron la vena", "se habían demorado"
Quién lidera el diálogo	Hay dos jóvenes hombres y una mujer que en cada grupo lideran las conversaciones y son quienes cambian los temas
Qué gestos existen en el grupo	Hay en el grupo muchos jóvenes que callan y solo cruzan miradas de aprobación o desaprobación frente a lo que se dice, las risas son sinónimo de aceptación de un comentario. Hay juegos de contacto físico utilizando las manos y los pies, significa aceptación

Medios de comunicación. De igual forma es preciso identificar las formas comunicativas a través de las cuales el grupo seleccionado se comunica entre sí, y recibe la información del medio; servirá para tener mayor asertividad al utilizar la comunicación y los medios existentes en el municipio[12]. En este sentido se pregunta, ¿Qué medios de comunicación son los más empleados para la circulación de la información entre el grupo y la municipalidad? ¿Cómo se comunican los adolescentes? A continuación se da un ejemplo de los medios más utilizados en el municipio tres esquinas. Véase tabla 38.

Tabla 38. Medios de comunicación según los espacios utilizados

Espacio común	Medios de comunicación
Plaza del pueblo	Comunicación interpersonal, periódico municipal
Iglesia	Avisos parroquiales, cartelera
Tienda de doña Clara	Carteles, periódico municipal
Bar Siete Sillas	Cartelera a la entrada del bar
Biblioteca municipal	Cartelera de información cultural
En el trabajo	Emisora comunitaria
La casa zona urbana	Canal de TV comunitario
La casa zona rural	Emisora comunitaria
Cineclubes	Películas y conversatorios
Clubes Juveniles	Charlas y reuniones
Cancha de baloncesto	Carteles al lado del coliseo

12 Al mencionar esto, cabe anotar que por medio de comunicación no solamente se hace referencia a la televisión o la radio comunitaria, sino que también entran en este campo los diferentes periódicos locales, pasquines, murales, carteleras, carteles, pasacalles, voceros y demás estrategias que en la cotidianidad del municipio mueven y trasmiten la información.

Puntos comunes de reunión. Para la estrategia IEC es importante reconocer los lugares donde se recrean los procesos comunicativos, es allí, en esos espacios comunes, donde las personas pasan parte de su tiempo llevando a cabo sus acciones cotidianas en el día a día. Los parques, las tiendas del pueblo, los espacios deportivos, las riveras de los ríos, las playas, las iglesias y demás, hacen parte del paisaje natural de las comunidades, y es allí, donde la gente se comunica, comparte y se entera de lo que pasa en el municipio.

Identificar estos espacios permitirá definir los lugares y las formas comunicativas más viables para que la IEC tenga mejor acogida, sea de menor costo y tenga una relación de proximidad entre las partes que recrean el mensaje educativo. Véase tabla 39 La pregunta orientadora para la búsqueda de esta información puede ser: ¿En qué lugares el grupo poblacional referido se reúne para realizar prácticas culturales, educativas, recreativas y de ocio?

En el caso de los y las adolescentes del municipio Tres Esquinas de nuestro ejemplo, sería así:

Tabla 39. Espacios Comunes del Grupo Social

Grupo Etáreo/Social	Espacios Comunes
Jóvenes adolescentes	Plaza del pueblo: ocio
	El colegio: estudio
	Iglesia: Oficios religiosos
	Tienda de doña Clara: se hacen la mayoría de las compras del día
	Bar Siete Sillas: recreación
	La vivienda: habitan
	El campo: trabajo
	Cancha de baloncesto: deportes
	Biblioteca municipal: lugar de estudio

Entorno social Por entorno social se entienden aquellos contextos que rodean a las personas y las comunidades, es decir, el entorno laboral donde ejecutan el trabajo, las condiciones de la vivienda donde habitan, los espacios donde realizan la recreación y la educación, entre otros. En este caso, para la estrategia IEC es importante revisar algunas características tales como: "Nivel educativo. El nivel educativo y de alfabetismo es un indicador del desarrollo social de una población, el cual habla de acceso al conocimiento y a la información a través de procesos educativos y de socialización en la familia y la comunidad".

El uso de los medios en torno a los lenguajes, recursos y formas de llevar la información permite elaborar diferentes modelos comunicativos y educativos adaptados a las aptitudes y competencias de la población, como una forma de empoderamiento, con el fin de ofrecer a los habitantes de las comunidades la oportunidad de lograr un cambio en sus propias vidas y de encargarse de su propio desarrollo.

En el ejemplo de esta guía, el análisis en torno a los niveles educativos, puede orientarse ubicando al frente de cada nivel de estudios y alfabetización, el porcentaje aproximado al que pertenecen los habitantes del grupo social. Esto se realiza con los datos encontrados en las instituciones educativas y la Secretaría de Educación[13] según la tabla 40.

Tabla 40. Nivel de estudios de las personas del grupo social

Nivel de estudios	Porcentaje
No sabe leer ni escribir	15
Lee y escribe pero nunca estuvo escolarizado	10
Lee y escribe y cursó algunos grados de primaria	22
Primaria completa	18
Bachillerato	28
Formación técnica	5
Formación tecnológica	1
Formación profesional	1

Vivienda. Indique cuál es la ubicación geográfica (rural o urbana), en la que se sitúa el grupo poblacional según la tabla 41.

Tabla 41. Ubicación geográfica de la vivienda

Ubicación geográfica en torno al casco urbano	Porcentaje poblacional
Pertenece a la cabecera municipal	45
Pertenece al sector rural ubicado a menos de 5 km de la cabecera municipal	25
Pertenece al sector rural ubicado a más 5 Km de la cabecera municipal	30

13 Esto es para el caso en cuestión, pero se deben buscar los datos más actualizados en las instituciones del municipio o el departamento según sea la situación a intervenir elegida en su municipio en los pasos anteriores.

Acceso a instituciones municipales. Indique a continuación, qué porcentaje del grupo poblacional seleccionado puede o no asistir a instituciones municipales —y sus servicios— tales como hospitales, instituciones educativas, bibliotecas y otras que se hayan encontrado como puntos de encuentro del grupo a intervenir. Esta información es útil para el diseño de estrategias comunicativas y apoyar los procesos comunicativos en estos escenarios institucionales. Véase la tabla 42

Tabla 42. Acceso a las instituciones sociales del municipio[14]

Nivel de accesibilidad	Porcentaje poblacional
Tienen fácil acceso a centros de salud	61
Tienen difícil acceso a centros de salud	39
Total del acceso a centros de salud	100
Tienen fácil acceso a instituciones educativas	85
Tienen difícil acceso a instituciones educativas	15
Total del acceso a instituciones educativas	100
Tienen fácil acceso a bibliotecas	70
Tienen difícil acceso a bibliotecas	30
total del acceso a bibliotecas	**100**

Paso 3: caracterización de actores involucrados

En este momento del reconocimiento de la situación a intervenir, y luego de saber cómo se configura dicha situación y cuáles son las características del grupo social que está inmerso en ella, es necesario hacer un análisis de los diferentes actores sociales y comunitarios que están participando de alguna manera en la situación que nos ocupa, o que por su naturaleza jurídica deben hacerlo.

Para este *análisis de involucrados* es necesario tener en cuenta los siguientes elementos:

14 En este ejemplo solo se mencionan tres instituciones, pero en su municipio se debe tener rigurosidad en este punto, a fin de identificar cómo el grupo poblacional accede o no a la gran mayoría de las instituciones presentes en el municipio. Este punto no debe verse en términos coercitivos con las instituciones, debe verse como un punto de análisis para diseñar mejores procesos de acercamiento de las instituciones que tienen poco acceso de la población, o por el contrario fortalecer aquellas que tengan buen nivel de acceso y atención con calidad de dicha población.

- La importancia de definir los involucrados radica en la posibilidad de articular esfuerzos intersectoriales, optimizar recursos y tener mayor impacto en relación con la solución integral de dicha situación a intervenir.
- Se debe identificar y precisar cuáles instituciones de orden municipal —ICBF, ESE, IPS, sector educativo, cultura, deportes, etc— tienen competencia directa con el grupo poblacional de la situación que se pretende intervenir o que se relacionan con el tema.
- Hacer el análisis con las diferentes organizaciones comunitarias —grupos juveniles, de tercera edad, de recreación, scout, escuelas deportivas, iglesias, JAC, JAL, etc —, con el fin de reconocer las diferentes acciones que se realizan alrededor de las poblaciones referidas en la situación analizada.

Este análisis debe hacerse en reuniones participativas con los diferentes actores, es decir, se debe abrir un espacio de participación con representantes de dichas instituciones y organizaciones. Es importante dejar claro cuál es la intencionalidad que tiene cada institución para hacer parte del proceso, lo que algunos llaman actitud potencial e interés particular para participar en la estrategia de IEC.

Para desarrollar este punto, se propone la siguiente tabla a modo de ejemplo que deberá ser diligenciado con los involucrados. Véase tabla 43.

Tabla 43. Análisis de involucrados

Institución municipal o grupo comunitario	Persona responsable	Desarrolla programas o acciones frente a la situación a intervenir		Acciones que actualmente desarrolla frente a la situación o el grupo poblacional, si no desarrolla explicite el porqué no lo hace
		Sí	No	
ESE Sor Refugio	Dr. Juan Calvo	X		Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para él y la joven en gestación. Programa de planificación familiar, asesoría y consejería, acciones en atención primaria en salud
IE Mi Primer Libro	Rector Ignacio Cárdenas	X		Asesoría y consejería por psicología para estudiantes en edades entre 10 y 19 años. En el área de biología se ve la temática de sexualidad
Biblioteca	Felipe Trujillo		X	Actualmente no cuenta con recursos económicos para el programa de jóvenes lectores entre 10 y 19 años
Secretaría de Familia	Dra. Carmen Ruiz	X		Trabajo con familias relacionado con el acceso de jóvenes al sector productivo y de educación
ICBF	María Pérez	X		Asesoría familiar y acompañamiento en prevención de violencia familiar, atención psicológica de casos

Institución municipal o grupo comunitario	Persona responsable	Desarrolla programas o acciones frente a la situación a intervenir		Acciones que actualmente desarrolla frente a la situación o el grupo poblacional, si no desarrolla explicite el porqué no lo hace
		Sí	No	
Grupo Juvenil Amores	Carlos Aguirre	X		Programa de jóvenes con futuro, que acompaña el desarrollo de propuestas productivas a adolescentes gestantes
Iglesia Adventista	Padre Juan	X		Escuela de padres de familia con temas diversos sobre el amor, la sexualidad y el respeto en la familia
JAC Barrio Rosamel	Guillermina Mena		X	No desarrollan acciones con jóvenes en la edad referida

Se puede concluir de este primer momento metodológico que cuando el municipio se identifique y documente bien la situación a intervenir, se podrá diseñar una estrategia en IEC más asertiva, donde se reconozcan sus causas, las personas que están directa e indirectamente implicadas, su nivel de participación y cuáles pueden ser las posibles líneas de acción por diseñar y ejecutar en la estrategia IEC.

De igual forma, la posibilidad que da la participación de las comunidades en la planeación colectiva y la consolidación de una base social para analizar y hacer frente a cualquier situación, permite igualmente a los participantes tener mayor sentido de pertenencia del municipio y sus problemáticas, y así aportar a la construcción de alternativas para la solución.

El análisis de la situación a intervenir, del grupo social y de los involucrados, le permite a las directivas, personal técnico y administrativo del municipio, tener los elementos suficientes para planear el proceso comunicativo y educativo que se desea implementar para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de los implicados y sus familias desde la perspectiva del desarrollo humano y social. Para poder pasar al siguiente paso, es preciso tener la información completa del momento 1.

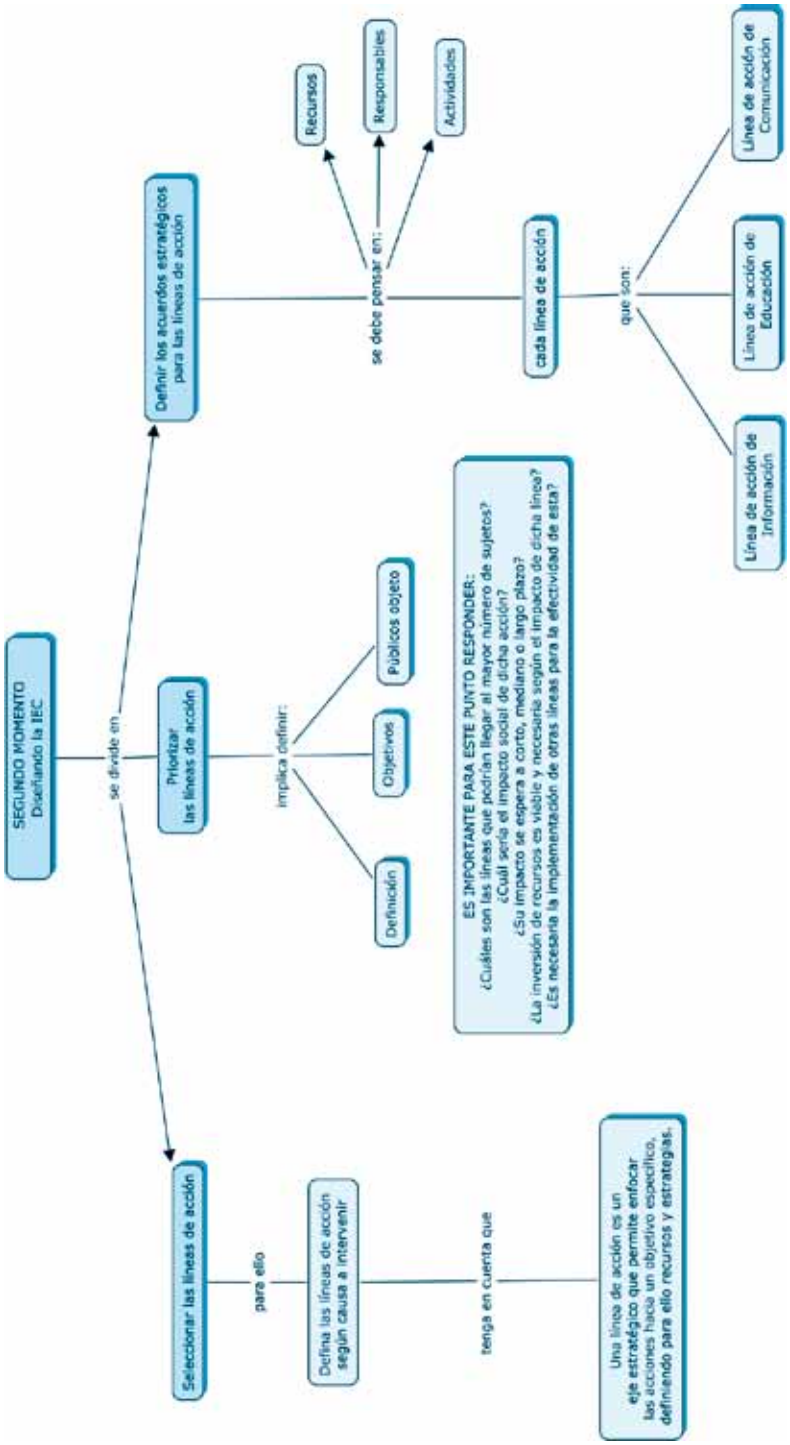
MOMENTO METODOLÓGICO 2: DISEÑANDO LA IEC

Véase figura 34 Segundo momento IEC.

Con todos los datos recolectados y analizados en el primer momento metodológico, el equipo de trabajo ya cuenta con los elementos básicos para diseñar una estrategia de IEC que dé respuesta a la situación a intervenir en el grupo social determinado y con los diferentes actores que están involucrados en ella.

En esta etapa de diseño, es preciso contar con una acción intersectorial e interdisciplinaria teniendo como base la participación comunitaria y el consenso en

Figura 34


SEGUNDO MOMENTO
Diseñando la IEC
se divide en
Definir los acuerdos estratégicos para las líneas de acción
se debe pensar en:
Recursos
Responsables
Actividades
cada línea de acción
que son:
Línea de acción de Comunicación
Línea de acción de Educación
Línea de acción de Información
Priorizar las líneas de acción
implica definir:
Públicos objeto
Objetivos
Definición
ES IMPORTANTE PARA ESTE PUNTO RESPONDER:
¿Cuáles son las líneas que podrían llegar al mayor número de sujetos?
¿Cuál sería el impacto social de dicha acción?
¿Su impacto se espera a corto, mediano o largo plazo?
¿La inversión de recursos es viable y necesaria según el impacto de dicha línea?
¿Es necesaria la implementación de otras líneas para la efectividad de esta?
Seleccionar las líneas de acción
para ello
Defina las líneas de acción según causa a intervenir
tenga en cuenta que
Una línea de acción es un eje estratégico que permite enfocar las acciones hacia un objetivo específico, definiendo para ello recursos y estrategias.

la toma de decisiones. Para lograr esto se deben desarrollar tres pasos: selección de la línea de acción, definición y priorización en las líneas acción y definición de acuerdos estratégicos para las líneas de acción.

Por línea de acción se entienden los acuerdos necesarios, trascendentales e importantes para abordar el desarrollo de la estrategia IEC enfocando las actividades en plantear soluciones que afronten directamente las diferentes causas que fueron señaladas en el árbol del problema cuando se analizó y caracterizó la situación a intervenir. Estas líneas son necesarias para determinar los objetivos específicos según la situación a intervenir, asignar los recursos disponibles y establecer responsables en la realización de las acciones.

Paso 1: selección de la línea de acción

Nota. Para continuar con este paso, se debe tener como referencia lo identificado en la tabla 43, para poder definir claramente las líneas, sus objetivos y su público objetivo.

Una línea de acción es un eje estratégico que permite enfocar las acciones hacia un objetivo específico, definiendo para ello recursos y estrategias; por ello para definirlas se debe partir de las causas definidas en el árbol del problema; priorizadas con antelación. Para la selección es importante que el municipio reconozca los alcances de la capacidad instalada, esta se debe tener en cuenta para la ejecución de las acciones que se definan y las instituciones municipales y comunitarias que participarán en el proceso.

Continuando con el ejemplo de la situación de las mujeres adolescentes en gestación y sus compañeros, se propone desarrollar este pasó de la siguiente forma[15]:

Tabla 44. Definición de líneas de acción según causa a intervenir

Causa	Líneas de acción	Observaciones
Las adolescentes inician sus relaciones sexuales a temprana edad	Fortalecer la educación en sexualidad a grupos de la comunidad, escolares y sus familias	Se debe diseñar un proceso educativo donde las y los jóvenes puedan expresar sus sentimientos, emociones, pensamientos y opiniones

15 Recuerde que usted debe diligenciar estos cuadros en un texto aparte, para ello copie el cuadro y remplace su contenido.

Causa	Líneas de acción	Observaciones
	Incrementar el número y la frecuencia de emisión de mensajes educativos relacionados con el proceso de la gestación en adolescentes por los diferentes medios de comunicación disponibles	Las acciones estarán centradas en los medios de comunicación más utilizados por el grupo de adolescentes, teniendo claro los lugares donde se reúnen y sus formas comunicativas analizadas en el momento 1
Los niños y niñas carecen de manifestaciones afectivas en sus familias	Direccionar las campañas educativas y comunicativas hacia las familias, favoreciendo los encuentros comunitarios en torno a la familia y sus valores	Se hará trabajo desde las instituciones educativas con la escuela de padres y madres de familia, se trabajará con las promotoras de salud casa a casa frente al tema del afecto y los valores
La educación sexual impartida en la familia es precaria para el desarrollo sexual de niñas y niños	Fortalecer la educación en sexualidad a grupos de la comunidad y a escolares	Trabajar de manera articulada y colaborativa con las instituciones educativas y los grupos comunitarios

Como se puede ver en la tabla 44, para cada causa puede haber más de una línea de acción, lo que dependerá de la magnitud de la situación. Es importante en este proceso, evidenciar todas las alternativas de intervención frente a las posibles líneas de acción, teniendo en cuenta la factibilidad y la viabilidad.

Paso 2: priorización de las líneas acción

Al momento de priorizar la línea de acción es importante considerar la que mayor impacto represente en cuanto a la cantidad de población que esta beneficiaría, el efecto a corto, mediano o largo plazo, y a la relación costo-beneficio de la misma; para ello vale la pena responder las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las líneas que podrían llegar al mayor número de sujetos?
- ¿Cuál sería el impacto social de dicha acción?
- ¿Su impacto se espera a corto, mediano o largo plazo?
- ¿La inversión de recursos es viable y necesaria según el impacto de dicha línea?
- ¿Es necesaria la implementación de otras líneas para la efectividad de esta?

Para priorizar las líneas de acción, se debe definir cada uno de los campos de la tabla 45, teniendo en cuenta que sus tres columnas son:

> Definición. Se busca tener claridades frente a lo que el grupo de trabajo de la IEC comprende por la línea de acción y se describe de forma específica qué elementos la componen.

Objetivos. Se refiere a los fines que se espera obtener una vez se haya realizado la implementación de la línea de acción. Estos resultados, cuando son cuantitativos suelen expresarse en metas a las que se quiere llegar. En su redacción, deben iniciar con un verbo en infinitivo (ar- er- ir); y deben cumplir con tres características: primero, que sean alcanzables; segundo, que sus resultados sean observables en el tiempo, por último, que se puedan expresar con indicadores (en el caso de las metas cuantitativas) o describir las categorías, desde una lógica cualitativa, demuestren lo que emerge del proceso de transformación que se está abordando.

Público Objetivo. Hace referencia al grupo poblacional que se ha visto implicado directa o indirectamente en la situación a intervenir, se debe tener en cuenta el análisis realizado en el primer momento metodológico respecto a las características demográficas, económicas, sociales y culturales, tales como: edad, sexo, etnia, nivel económico, educativo, gustos, preferencias, hábitos personales, familiares, entre otros; lo que contribuye a delimitar con mayor precisión el grupo sujeto de la intervención.

Es decir, en el ejemplo que se viene trabajando se abarca un grupo amplio que son las mujeres y los hombres adolescentes del municipio; pero es necesario definir líneas de acción solamente para las mujeres, o para los hombres de determinada edad, o para hombres y mujeres del casco urbano, o para algunas veredas específicas. Se podrá definir en este punto con que grupos específicos se trabajará, y las características singulares del grupo, para ello es necesario diligenciar la siguiente tabla 45.

Tabla 45. Priorización de las líneas de acción

Definición	Objetivos	Público objetivo
Fortalecer la educación en temas de salud sexual y reproductiva en niños, jóvenes, padres y madres de familia		
La educación en temas de salud sexual y reproductiva, se entienden aquellos procesos pedagógicos orientados hacia la comprensión del respeto y la autonomía como pilares centrales del desarrollo personal desde las esferas afectivas y sexuales. Este proceso, debe comprender no solamente a los jóvenes sino debe abordar a los niños y las niñas de los hogares de bienestar, y el trabajo con la familia y el colegio Este proceso debe permitir espacios de interacción con personas no escolarizadas apoyado desde proyectos de la ESE	Fortalecer en los y las jóvenes la responsabilidad frente a su salud sexual y reproductiva a través de la información, la educación, la comunicación para la salud, con el fin de contribuir a la disminución del número de mujeres jóvenes en gestación	Jóvenes adolescentes escolarizados y no escolarizados del municipio Docentes y directivos de las instituciones educativas Padres y madres de familia de jóvenes escolarizados y no escolarizados Madres comunitarias de los hogares de bienestar social

Definición	Objetivos	Público objetivo
Incrementar el número y la frecuencia de mensajes educativos relacionados con la gestación en adolescentes desde los diferentes medios de comunicación disponibles		
Los mensajes educativos tienen por finalidad provocar la reflexión en las personas que lo escuchan, lo leen o lo ven, su carácter es provocador, y buscan dar claridades frente a un tema en particular, no deben dejar dudas y no deben generar confusión. En este municipio se observa que los medios de comunicación no realizan contenidos educativos en sus producciones, se centran principalmente en actividades de entretenimiento e información	Favorecer los procesos de reflexión en los jóvenes acerca de cómo viven, sienten y materializan su sexualidad, a través de procesos comunicativos y educativos difundidos por los diferentes medios, con el fin de crear procesos participativos frente al tema Gestionar convenios y alianzas con los distintos medios de comunicación locales Generar en la comunidad involucrada actitudes de comprensión frente a la sexualidad y su ejercicio por parte de los jóvenes	Jóvenes, docentes, padres y madres de familia Medios de comunicación y sus encargados Comunidad en general
Diseñar y ejecutar proyectos culturales y sociales de respeto e identidad		
Los proyectos sociales y culturales son eventos masivos que buscan generar espacios de reflexión y participación en torno a un tema específico. En el municipio, los espacios culturales y de encuentro social son pocos para la población joven, los existentes no son utilizados con fines educativos y solo se enfocan en fiestas culturales, deportivos o de entretenimiento	Intervenir en los principales espacios culturales del municipio con temáticas educativas relacionadas con la sexualidad y la gestación en la adolescencia Promover en los adolescentes la autoestima, la autonomía, la creatividad, la felicidad, la solidaridad, la salud y las habilidades para la vida	Jóvenes adolescentes del municipio Sector educativo del municipio

Paso 3: definición de acuerdos estratégicos para las líneas de acción

Ya definidas las líneas de acción para intervenir la situación, se continúa con la tarea de especificar y determinar de mutuo acuerdo con los involucrados qué actividades se llevarán a cabo en cada línea de acción en cada componente de la IEC es decir en información, educación y comunicación, precisando los responsables y los recursos que se dispondrán para su ejecución.

Se sugiere leer cuidadosamente la siguiente información, que define los conceptos y explica cómo diligenciarla.

> Estrategia de información. Se define la información que se usará para la creación de los mensajes, se tendrá en cuenta los datos obtenidos en el análisis social y cultural del grupo de interés y se hace una recopilación de toda la

documentación obtenida en los dos momentos y en cada uno de sus pasos, el conocimiento respecto al tema, tanto en lo teórico como en lo práctico; especialmente las experiencias en IEC —en cualquiera de sus componentes— que se hayan desarrollado en el municipio o en experiencias externas que puedan ser útiles para la construcción propia. Con la recopilación de la información acerca del tema se busca retomar caminos ya existentes, aprovechando los logros obtenidos por otros y evitar repetir experiencias poco exitosas.

Esta recopilación se lleva a cabo en dos pasos. Se realiza una búsqueda de fuentes de información de diferente naturaleza como artículos de revista, tesis, documentación oficial, investigaciones, campañas, material grafico, audiovisual, archivos sonoros y multimedia. Luego se analiza la información recolectada, definiendo su importancia dentro del trabajo y con base en esto se inicia el proceso de creación y planteamiento de la propia documentación, trabajo enfocado en las necesidades y características propias del grupo al que va dirigido.

Estrategia de educación. Con esta estrategia se establecen los objetivos a los cuales se quieren llegar, los cambios de aptitudes que se pretende obtener en el grupo poblacional o el ¿para qué? de la intervención —para ello se recomienda hacer de nuevo una lectura crítica del componente teórico que antecede a esta propuesta metodológica.

Estrategia de comunicación. En la sociedad la comunicación se presenta como la interrelación entre los miembros y en todos los espacios, en esta estrategia se establecen los recursos, los medios, y las acciones que se van a implementar para las líneas de acción; haciendo alusión al *cómo*.

Actividades. Se describen lo más detalladamente posible las acciones que se realizarán en cada estrategia, relatando las características y particularidades de cada actividad y la forma y el orden en que se desarrollarán mientras más detallada sea la descripción de las actividades, más fácil será su ejecución.

Tabla 46. Definiciones de acuerdos estratégicos para las líneas de acción

Fortalecer la educación en temas de salud sexual y reproductiva en niños, jóvenes, padres y madres de familia		
Proyecto	**Actividades**	**Responsables/Recursos**
Diseño del programa de “Sintiendo mi cuerpo”, se busca generar mensajes educativos a través de espacios participativos con los jóvenes y niños del municipio	Construir una familia con personajes modélicos que generen reflexión desde la apropiación de lo cultural	Responsables Grupo municipal, encargado de la creación de las campañas y los mensajes. Docentes, líderes comunitarios

Fortalecer la educación en temas de salud sexual y reproductiva en niños, jóvenes, padres y madres de familia **Proyecto**	**Actividades**	**Responsables/Recursos**
	Desde el proyecto de Escuelas saludables, fortalecer la inclusión del tema dentro del PEI a través de los proyectos trasversales **Recursos:** Libros, Internet, campañas, apoyo de expertos, horas docentes, lugares de reunión, cuñas radiales, papel, colores	
	Concursos de generación de frases y pensamientos frente a la gestación, para construir compañas educativas	
	Fortalecimiento o creación de la escuela de padres y madres de familia, donde se trabajen los temas.	
	Fortalecimiento o creación de escuelas de padres y madres de familia de las instituciones educativas	
Incrementar el número y la frecuencia de mensajes educativos relacionados con la gestación en adolescentes desde los diferentes medios de comunicación disponibles		
"Entre nos", proyecto comunicacional en salud	Campañas de sensibilización y de generación de expectativa en colegios, parques, plazas y veredas	**Responsables:** Secretaría de Educación. Rectores de las instituciones educativas Profesionales de artes y comunicación. Personal de salud de la ESE
	Escuela de comunicación para niños y jóvenes en el manejo de medios para el diseño, ejecución y evaluación de programas de radio y televisión. Elaboración de medios escritos con énfasis en salud	
	Conformación de la mesa de comunicación para la salud con los directores de medios del municipio, líderes juveniles y personal de la administración municipal	**Materiales:** Todo lo concerniente a los medios de comunicación. Material fungible
	Programa radial permanente de salud Programa de opinión en televisión comunitaria para entrevistar a los miembros de la comunidad en temas de salud sexual	
Diseñar y ejecutar proyectos culturales y sociales de respeto e identidad.		
Carnaval de salud "Cuerpos y gestos". Se realiza dos veces al año y contara con espacios culturales de teatro, comparsas, disfraces y música	Escuela permanente de artes escénicas	**Responsables:** Secretaría de Educación Rectores de las instituciones educativas. Profesionales de artes y comunicación Personal de salud de la ESE
	En diferentes grupos juveniles (teatro, música, entre otros) trabajar el tema de la sexualidad, el cuerpo y el respeto desde el arte escénico y la pintura	
	Cursos permanentes y exposiciones de fotografía en torno al cuerpo y la sexualidad con niños y jóvenes	**Materiales:** Todo lo concerniente a los talleres de artes, pintura y fotografía. Material fungible

Responsables. Se identifican las instituciones y personas responsables de la implementación de las líneas de acción, se asignan roles y tareas a cada uno de los actores.

Recursos. Se identifican los recursos necesarios para la puesta en marcha de la línea de acción, además de los medios de comunicación disponibles por los cuales se pueden difundir los mensajes como: foros, conferencias, trabajo interpersonal, expresiones artísticas, piezas graficas y audiovisuales, determinando el propósito cada uno de estos.

Momento metodológico 3: puesta en marcha de la IEC

Véase figura 35. Tercer momento

Para este momento de la estrategia se cuenta ya con una situación identificada, y la información adecuada para proceder a la implementación de la estrategia educativa a través de los medios comunicativos en cada línea de acción.

El principal objetivo de este momento es lograr que por medio de una correcta aplicación de la comunicación dialógica[16] en el municipio, se establezca un esquema para la implementación de procesos educativos a través de los diferentes medios de comunicación, definiendo así los tipos de medios, géneros, formatos y canales de transmisión.

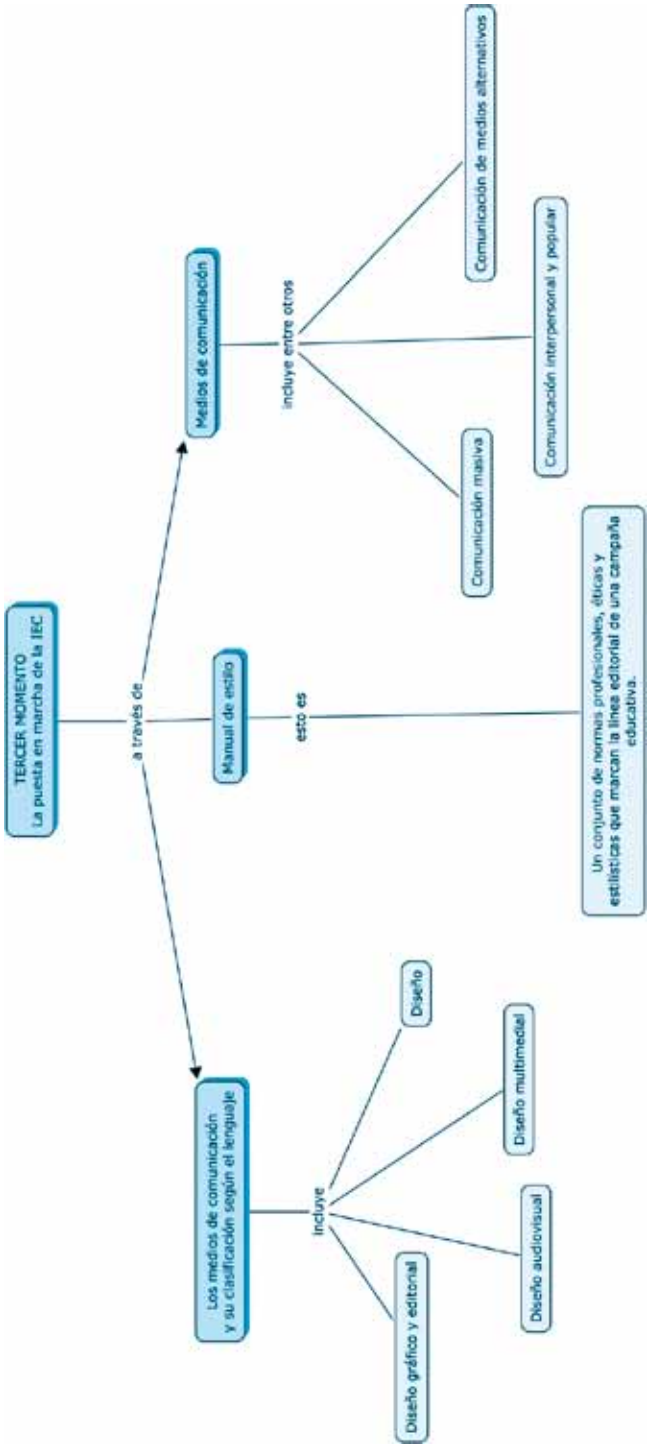
Cabe resaltar que la implementación de esta estrategia, como se expuso al principio, se ha desarrollado bajo la estructura de un modelo de comunicación educativa y participativa que permite establecer prioridades con la comunidad, las cuales se pretenden alcanzar por medio de un trabajo horizontal entre los entes comunitarios y la administración municipal.

En el ejemplo de la guía, ya se ha definido cuáles medios de comunicación y qué proceso de educación e información se llevarán a cabo en cada uno de ellos. A continuación se recordarán algunos puntos importantes para la puesta en marcha de la IEC:

- Si bien la participación de la comunidad en todo el proceso fue determinante para garantizar su éxito, en este momento metodológico cobra mayor sentido, pues los aprendizajes del grupo y sobre todo la planeación servirán de dispositivo articulador para la consecución de los objetivos propuestos para cada línea de acción.

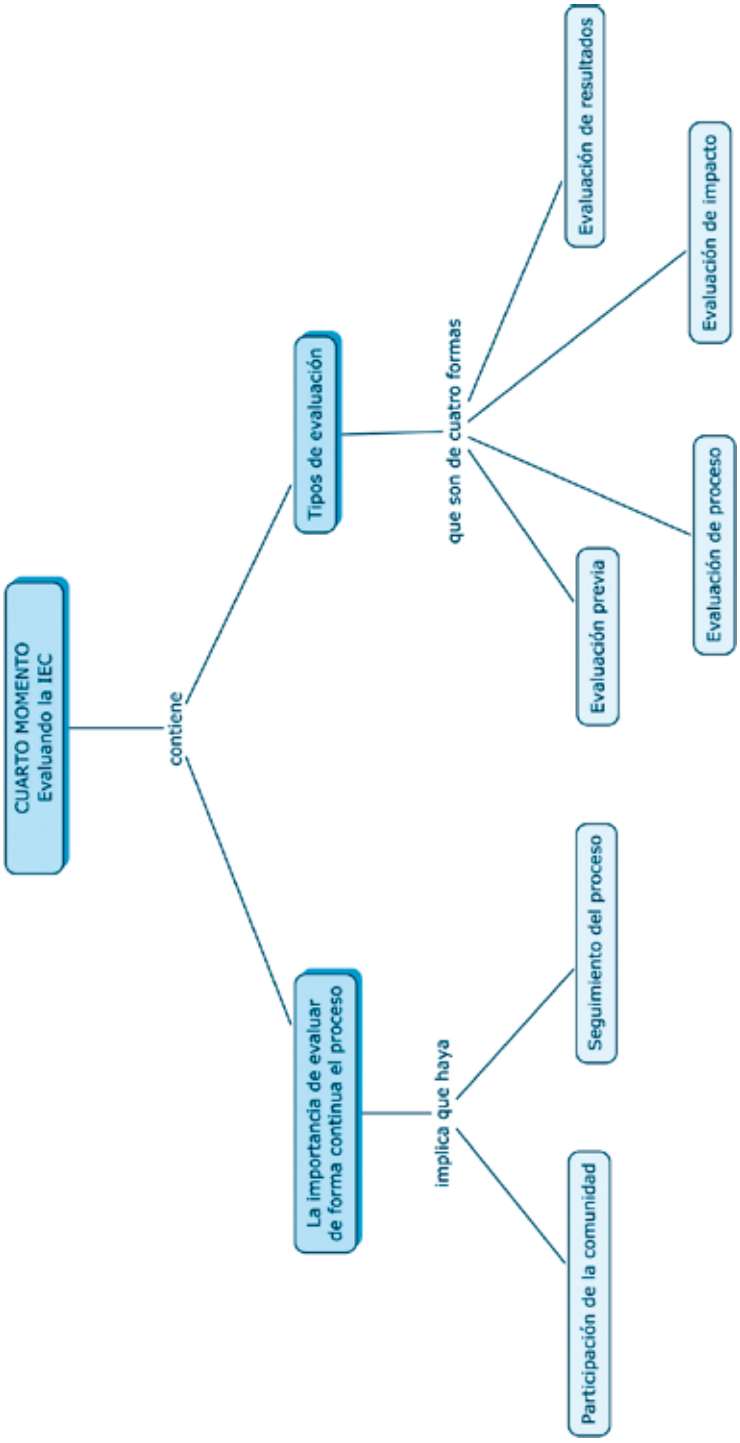
16 La comunicación dialógica o discurso dialógico son posibilidades comunicativas que emergen en el proceso de interacción humana, y busca la creación de escenarios de diálogo e intercambio de saberes y experiencias.

Figura 35


TERCER MOMENTO
La puesta en marcha de la IEC
a través de
Medios de comunicación
incluye entre otros
Comunicación de medios alternativos
Comunicación interpersonal y popular
Comunicación masiva
Manual de estilo
esto es
Un conjunto de normas profesionales, éticas y estilísticas que marcan la línea editorial de una campaña educativa.
Los medios de comunicación y su clasificación según el lenguaje
incluye
Diseño
Diseño multimedial
Diseño audiovisual
Diseño gráfico y editorial

- La información obtenida al inicio en el Tabla 34, 35 y 36 son útiles para mantener una memoria colectiva dentro del grupo, es decir, para que siempre se recuerde cómo y porqué se seleccionó la población objetivo, y como se llego a identificar la actual situación a intervenir entre las tantas que tienen el municipio; esto sirve para sensibilizar a la población durante todo el proceso, por lo cual los datos obtenidos serán compartidos y se toman como base para las discusiones en cada actividad.
- De igual forma, en este momento es muy útil retomar las tablas 37 y 38 donde se condensa la información sobre las características del lenguaje del grupo social, y los medios de comunicación más utilizados según el espacio físico; esto con el fin de potencializar los espacios cotidianos y utilizar las símbolos lingüísticos que se han elaborado dentro de esta población.
- Es importante reconocer el nivel de escolaridad de las personas a las cuales se van a dirigir las acciones, así por ejemplo, un ciclo de cine propuesto para niños debe ser de películas en español con una explicación previa y final sobre la misma; una campaña veredal podrá hacerse con el apoyo de un grupo de teatro o de música.
- La estrategia de IEC busca fortalecer las acciones intersectoriales e inter- institucionales articulando esfuerzos y recursos. Con esto se logra disminuir la multiplicidad de acciones, se apunta a un mismo objetivo y se favorece el logro de las metas institucionales frente al tema. Invitar a nuevas instituciones y hacer pactos administrativos o metodológicos permite unir fuerzas dentro del municipio.
- Para materializar las actividades en forma eficiente, es importante mantener reuniones de planeación y seguimiento con las diferentes instituciones que hacen parte del proceso.
- Las líneas de acción y los objetivos, son el punto de referencia que debe guiar este momento, todos los medios y todas las acciones deben unirse y enfocarse para alcanzarlos. Se debe hacer un proceso de seguimiento continuo a ellos, a fin de hacer los cambios que fuesen necesarios en el camino.
- Para lograr los objetivos propuestos y no perder el hilo teórico que direcciona esta propuesta, se recomienda al equipo de trabajo hacer permanentemente la lectura de los elementos iníciales de esta guía, donde se desarrollan los componentes teóricos; el grupo puede buscar más información siguiendo las referencias bibliográficas y buscando temas relacionados que sean de interés. Mientras mayor conocimiento tenga el grupo de trabajo mejor era su cohesión y su interlocución con las instituciones municipales y departamentales.

Figura 36


CUARTO MOMENTO
Evaluando la IEC
contiene
Tipos de evaluación
que son de cuatro formas
Evaluación de resultados
Evaluación de impacto
Evaluación de proceso
Evaluación previa
La importancia de evaluar de forma continua el proceso
implica que haya
Seguimiento del proceso
Participación de la comunidad

Momento metodológico 4: evaluación del proceso

Véase figura 36. Cuarto momento.

El objetivo de todo procedimiento de evaluación es saber si los objetivos propuestos se lograron, si la metodología y las estrategias diseñadas promovieron la participación, o si los recursos destinados fueron los adecuados; todo esto con el fin de evaluar cuáles fueron los procesos que permitieron o impidieron hacerlo, y cómo conservar, alcanzar o mejorar los resultados según sea el caso. La evaluación en sí misma no debe entenderse como un momento metodológico final[17] pues los procesos de evaluación deben acompañar cada momento tanto de la planeación como del desarrollo de una estrategia de IEC.

Rubén Darío Gómez en su texto de Manual de Gestión de Proyectos plantea frente a la importancia de la evaluación que:

> El elemento más importante de la evaluación es la intencionalidad del evaluador, pues los demás aspectos dependen de los que éste pretenda lograr. Ninguna evaluación tendrá éxito si no se ha previsto con anterioridad para qué se utilizará. En contra de lo que se observa con frecuencia, la evaluación no debe ser un ritual mecánico, sino un acto inteligente con un objetivo claro que debiera garantizar el éxito de la gestión (344).

La evaluación como parte de este proceso debe conservar la participación de la comunidad y las instituciones como pilar central y elemento dinamizador y articulador. Por ello el grupo de trabajo encargado del diseño de la estrategia debe garantizar espacios de reflexión y análisis en todos los momentos metodológicos utilizando preguntas motivadoras como las que se presentan en esta guía.

A continuación se retoman la propuesta realizada por Gómez, quien plantea los tres momentos de evaluación: evaluación ex-ante, de monitoreo del proyecto y ex-post.

Evaluación ex-ante Este tipo de evaluación permite que el grupo de trabajo de IEC que está en proceso de formulación del primero y segundo momento metodológico se pregunte sobre la pertinencia e importancia del mismo. Este primer paso de la evaluación es muy importante, pues permite definir si los elementos planteados recogen la información necesaria para definir y priorizar la situación a intervenir, si la problematización de la situación fue pertinente, si hay un correcto análisis de los actores sociales y comunitarios, y si las líneas de acción responden a la di-

17 Para efectos de esta guía, se deja la evaluación al final para poder hilar metodológicamente los pasos a seguir en la planeación y desarrollo de la IEC, pero se plantearán preguntas motivadoras que deben ser desarrolladas al terminar cada momento a fin de hacer los cambios según los requerimientos del proceso.

mensión de la situación a intervenir. Todo ello posibilita hacer cambios de fondo para el momento de ejecución de la estrategia, por ello se debe tener rigurosidad al hacerlo. Frente a esto se plantea que:

> La evaluación ex ante se refiere al examen, o valoración, de una propuesta de intervención (programa o proyecto) que busca solucionar o mitigar problemas o necesidades que aquejan a una comunidad de personas antes de que esta se realice; por eso es que precede a la asignación de los recursos que permitirán posteriormente su implementación (345).

A continuación se presentan algunas preguntas motivadoras para esta evaluación, es claro que dentro del grupo podrán surgir nuevas preguntas que complementen y articulen la evaluación a las especificidades del proceso:

Preguntas motivadoras

a. ¿La situación a intervenir elegida del POA y del PMD conto con los datos necesarios para configurarse como tal? Sustente su respuesta.

b. ¿La elección de la situación a intervenir conto con la participación de los actores involucrados en la misma?¿Por qué?

c. ¿Cuáles fortalezas y cuáles debilidades encontró el grupo en el momento de priorizar la situación a intervenir?

d. ¿Con los datos recopilados en el primer momento, se identificaron las características sociales y culturales del grupo objetivo? Sustente la respuesta.

e. ¿Se contó con la participación de las instituciones municipales, y grupos comunitarios en el proceso de planeación y caracterización? ¿Qué instituciones faltaron en este proceso, y cuáles fueron las más constantes?

Evaluación de proceso

La evaluación de proceso, la cual también puede describirse como evaluación de seguimiento, incluye la comprensión y la vigilancia de los procesos utilizados para implementar el programa de intervención, y permite la identificación de dificultades y fortalezas tanto del grupo de trabajo como de las acciones propuestas en cada línea de acción. Este tipo de evaluación, se puede desarrollar en diferentes frentes de trabajo según las actividades que se están desarrollando; en el caso del ejemplo de la guía, se utilizarán formatos de seguimiento a las actividades realizadas, se harán seguimiento a los objetivos propuestos en las líneas de acción y se evaluará la cohesión del grupo de trabajo.

Un elemento muy importante en la evaluación de proceso, es hacer el seguimiento al desarrollo de cada actividad educativa; por ello se deben hacer evaluaciónes al inicio, conocida como prueba de entrada, y al finalizar, que lleva el nombre de prueba de salida. La primera de ellas permite identificar los conocimientos y las percepciones que sobre el tema tienen los asistentes; y la segunda, sirve como indicador de la apropiación de la información durante la actividad. Es importante resaltar que para evaluar el proceso en términos de modificación en los modos y estilos de vida de las personas que participaron en el proceso se hará la evaluación ex - post, que incluyen indicadores de logros e impacto.

Siguiendo el ejemplo modelo, se presenta una guía de prueba de entrada y salida en el tema de la gestación en adolescentes. Esta prueba es la misma para la entrada y la salida, pues lo que se busca es contrastar lo que sabían antes de la actividad y lo que les queda luego de la actividad.

Tabla 47. Prueba de entrada

TEMA: La gestación en menores de 15 años	
FECHA: 5 de agosto de 2010	**RESPONSABLE: Juan Ramón**
LUGAR: Sede grupo juvenil	**TIEMPO: 20 minutos**
Con una equis marque las complicaciones que tiene para el cuerpo de una mujer estar en embarazo antes de los 15 años:	
a) Mamas inmaduras	b) Riesgo de cáncer en útero
c) Presión de la sangre elevada	d) Todas las anteriores
e) Ninguna de las anteriores	
Con una equis marque las complicaciones para el recién nacido cuando la madre es menor de 15 años	
a) Bajo peso al nacer	b) Menores alteraciones físicas
c) Nacimiento antes de tiempo	d) Todas las anteriores
e) Ninguna de las anteriores	
La duración promedio de un embarazo es:	
a) 30 semanas	b) 63 semanas
c) 40 semanas	d) 21 semanas
¿Cuántos kilos pueden aumentar en promedio una gestante?	
a) Entre 2 y 5 kilos	b) Entre 9 y 12
c) Entre 15 y 20	d) Ninguna de las anteriores
Marque con una equis cuál de las siguientes actividades no las puede realizar una mujer en embarazo durante los seis primeros meses:	
a) Sexo	b) Trabajar

TEMA: La gestación en menores de 15 años	
FECHA: 5 de agosto de 2010	RESPONSABLE: Juan Ramón
LUGAR: Sede grupo juvenil	TIEMPO: 20 minutos
c) Bailar	d) Nadar
e) Tomar licor	f) Todas las anteriores

Tabla 15: Prueba de salida	
TEMA: La gestación en menores de 15 años	
FECHA: 5 de agosto de 2010	RESPONSABLE: Juan Ramón
LUGAR: Sede grupo juvenil	TIEMPO: 20 minutos
Con una equis marque las complicaciones que tiene para el cuerpo de una mujer estar en embarazo antes de los 15 años:	
Mamas inmaduras	Riesgo de cáncer en útero
Presión de la sangre elevada	Todas las anteriores
Ninguna de las anteriores	
Con una equis marque las complicaciones para el recién nacido cuando la madre es menor de 15 años	
Bajo peso al nacer	Menor es alteraciones físicas
Nacimiento antes de tiempo	Todas las anteriores
Ninguna de las anteriores	
La duración promedio de un embarazo es:	
30 semanas	63 semanas
40 semanas	21 semanas
¿Cuántos kilos pueden aumentar en promedio una gestante?	
Entre 2 y 5 kilos	Entre 9 y 12
Entre 15 y 20	Ninguna de las anteriores
Marque con una equis cuál de las siguientes actividades no las puede realizar una mujer en embarazo durante los seis primeros meses:	
Sexo	Trabajar
Bailar	Nadar
Tomar licor	Todas las anteriores

Como se puede observar, tanto la prueba de salida como la de entrada son las mismas, quien dinamice la actividad deberá registrar esta información en un cuaderno o en medio electrónico, a fin de hacer seguimiento educativo de las personas que participan en la actividad. Se recuerda, que el tema de esta prueba obedece al ejemplo que se viene desarrollando, y que cada municipio según su situación a intervenir debe diseñar con esta misma estructura sus propias pruebas. En caso de no contar con fotocopias para todas las actividades, se harán las

mismas preguntas de forma oral para las asistentes, o se podrá hacer un trabajo en subgrupos para favorecer la participación.

Con miras a fortalecer este momento de evaluación del proceso, se debe evaluar cada una de las actividades que se realizan, con el fin de adoptar mediadas pedagógicas y metodológicas frente a cómo se da el tema y sus contenidos. Para ello se debe diligenciar este formato:

Formato para la evaluación de actividades
Actividad:
Municipio:
Lugar:
Fecha:

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción donde: 1 Deficiente, 2 Insuficiente, 3 Aceptable, 4 Sobresaliente, 5 Excelente.

Tabla 48. Evaluación de actividades

Opciones a evaluar	1	2	3	4	5
¿Considera que se cumplieron las actividades programadas?					
¿Considera que lo expuesto le sirve para el trabajo en su vida personal, profesional, laboral y comunitaria?					
¿El tema tratado corresponde a lo esperado por usted?					
¿Las ayudas y materiales utilizados fueron los apropiados?					
¿Fue suficiente el tiempo utilizado para esta actividad?					
¿Cómo evalúa usted a la persona que facilito la actividad programada?					

Recomendaciones:
Observaciones:

Continuando con esta evaluación del proceso se recomienda que el grupo de trabajo de respuesta a estas preguntas, a fin de tomar decisiones y hacer los ajustes necesarios

Preguntas motivadoras

a. ¿Al plantear las líneas de acción se contó con el apoyo de las instituciones y grupos comunitarios que las ejecutarían?

b. ¿Qué parte de este proceso presentó mayor reto para la concreción de las líneas?

c. ¿Las líneas elegidas fueron acertadas? ¿Por qué?

d. ¿Se mantuvieron los acuerdos pactados al inicio? Sustente.

e. ¿Las actividades generaron reflexión entre los asistentes? ¿Por qué?

f. ¿Al plantear los recursos de cada actividad se logró articular esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales? sustente.

Evaluación ex – post Este último proceso de evaluación como su nombre lo indica, hace una evaluación que se realiza una vez se hayan terminado las acciones y lo que busca es medir los logros en términos de resultados e impacto. Para ello se deben construir indicadores que evidencien los logros y que permitan ver los alcances del proceso de información, educación y comunicación. Es importante comprender que un indicador […] "es aquella característica particular de un fenómeno complejo, capaz de reflejar los atributos esenciales del todo. Los indicadores son algunos aspectos especiales de una situación compleja que, sin agotarla ni explicarla totalmente, permite acercarse a ella" (346).

Para poder llevar a cabo la evaluación ex - post se plantearán dos tipos de indicadores, los de logro y de impacto. El primero de ellos invita a la medición del objetivo alcanzado en un corto plazo, y se plantea en relación con las actividades que se han diseñado para el desarrollo de las líneas de acción; el indicador de impacto, por su parte, refiere el efecto a largo plazo que tienen las acciones en la población con que se está desarrollando el proceso, y en muchos de los casos se materializa en el cambio de percepciones, y de actitudes frente a una situación, evidenciándose en cifras y datos estadísticos vitales.

Para Rubén Darío Gómez (347), las características de un indicador son, entre otras:

- Que sea confiable
- Que esté disponible.
- Que sus atributos o valores sean observables y claramente diferenciables tanto en lo cualitativo como cuantitativo.
- Que su valor refleje el estado actual del fenómeno.

A continuación, se ejemplifican diferentes indicadores de logro e impacto en el tema de adolescentes en gestación, tabla 49.

Tabla 49. Indicadores de logro

Fortalecer la educación en temas de salud sexual y reproductiva en niños, jóvenes, padres y madres de familia		
Objetivos	**Indicador de resultado**	**Indicador de impacto**

Fortalecer en los y las jóvenes la responsabilidad frente a su salud sexual y reproductiva a través de la información, la educación, la comunicación para la salud, con el fin de contribuir a la disminución del número de mujeres jóvenes en gestación	N. de jóvenes que asistieron a las actividades educativas N. de jóvenes que ingresaron a los programas de planificación familiar Nº. de grupos juveniles que participaron en las jornadas educativas N. de instituciones educativas con escuelas de padres en SSR	Disminución del N. de gestaciones en mujeres adolescentes Disminución del N. de infecciones de transmisión sexual en mujeres y hombres en edad adolescente
Incrementar el número y la frecuencia de mensajes educativos relacionados con la gestación en adolescentes desde los diferentes medios de comunicación disponibles		
Objetivos	**Indicador de resultado**	**Indicador de impacto**
Favorecer los procesos de reflexión en los jóvenes acerca de cómo viven, sienten y materializan su sexualidad, a través de procesos comunicativos y educativos difundidos por los diferentes medios, con el fin de crear procesos participativos frente al tema	N. de programas educativos emitidos por emisoras comunitarias N. de emisiones de programas educativos por el canal comunitario N. de participantes en los cursos de televisión y radio.	N. de jóvenes que practican de forma responsable su sexualidad.
Diseñar y ejecutar proyectos culturales y sociales de respeto e identidad.		
Objetivos	**Indicador de resultado**	**Indicador de impacto**
Intervenir en los principales espacios culturales del municipio con temáticas educativas relacionadas con la sexualidad y la gestación en la adolescencia	N. de eventos culturales de carácter participativo en el municipio	Cambio en la percepción y significados que tienen los jóvenes frente a la sexualidad
Promover en los adolescentes: la autoestima, la autonomía, la creatividad, la felicidad, la solidaridad, la salud y las habilidades para vivir, y la generación de su proyecto de vida	N. de programas educativos en instituciones educativas en SSR. N. de programas educativos en barrios y veredas en SSR	Cambio en la percepción y significados que tienen los jóvenes frente a la sexualidad

Para dar por terminado este proceso de IEC, es importante comprender la importancia de una evaluación ex post, ya que esta permitirá reconocer los logros y la eficacia del proceso, y así poder planear nuevos procesos en otros temas que sean de interés para el municipio. Para ello responda las siguientes preguntas, y formule otras en caso de ser preciso para lograr una evaluación asertiva.

a. ¿Los proyectos y las actividades propuestas se desarrollaron acorde a lo planeado? ¿Por qué?

b. ¿Los medios de comunicación y las formas comunicativas utilizadas lograron llegar de forma efectiva a la comunidad hacia la cual iba dirigida? ¿Por qué?

c. ¿Se motivo la participación de la comunidad en las actividades? Sustente.

d. ¿Los mensajes elaborados lograron sensibilizar a la comunidad sobre la situación a intervenir?

e. ¿Se implementaron procesos educativos que impactaran positivamente en las percepciones y las aptitudes de las personas?

f. ¿Cuáles fueron las fortalezas y las dificultades que se presentaron en la ejecución de la estrategia de IEC?

g. ¿Si se revisan las estadísticas vitales del municipio, se puede decir que hubo un cambio en la forma como la situación a intervenir se manifestaba en el municipio? ¿Cuáles datos revisaría para ello?

h. ¿Qué cambios agregaría en el proceso realizado para tener mayor impacto social?

Conclusiones finales

- La IEC se convierte en la estrategia articuladora y dinamizadora de los diferentes proyectos de promoción de la salud. Es articuladora en la medida que busca y se basa en la participación de los diferentes actores sociales y comunitarios en el municipio, y es dinamizadora, pues permite unir esfuerzos y evitar el desgaste institucional, al abordar desde diferentes miradas y acciones una misma situación.

- Con esta guía se refuerza la necesidad de gestar procesos educativos de largo alcance en cada municipio, pues reconocer que es a través de la educación que las personas y las comunidades transitan hacia el progreso, sin olvidar sus creencias, y partiendo de los aprendizajes y experiencias ya vividas por parte de sus miembros; y permitiendo como tal, la recuperación de la identidad social que subyace en cada esquina y cada rincón del municipio.

- La participación de los diferentes estamentos sociales, institucionales y comunitarios, es el pilar central de la acción de la IEC pues es con la comunidad que se deben diseñar, ejecutar y evaluar cualquier proceso de educación y comunicación que pretenda buscar su bienestar y su calidad de vida.

- El derecho a la salud y a la educación son elementos esenciales en el desarrollo social y en la garantía de la concreción de un estado social de derecho, donde se privilegia el desarrollo humano y social de las comunidades, y donde se brinda desde los entes territoriales los mayores recursos y las mejores acciones para concretar su garantía y su valor ético en la construcción de sujetos sociales.

- La promoción de la salud tiene en su naturaleza política, posibilidades para la transformación de las condiciones sociales a través de la creación de espacios de participación mediados por la acción educativa.
- Esta propuesta de IEC busca generar otra forma en el diseño y la ejecución de las diferentes propuestas comunicativas que se hacen en las escuelas, los barrios, los sitios de trabajo y las alcaldías en torno a la salud y la calidad de vida; logrando gestar a su interior procesos de participación activa y crítica de toda la comunidad, permitiendo empoderar las partes para el ejercicio de su condición de sujetos sociales.
- La educación para la salud, como acción pedagógica, permite reconocer los saberes y las experiencias de las comunidades, y logra establecer espacios de diálogo entre los actores sociales, donde el respeto a la diversidad es el centro de la acción educativa.
- La información, entendida más allá de los datos, permite la configuración de mensajes dinámicos que parten de los contextos culturales, y que permiten la reflexión. La información debe basarse en principios de veracidad, oportunidad y universalidad, y no debe estar inscrito a esferas de poder que lo manipulan y lo instrumentalizan, la información permite el conocimiento.
- La comunicación afectiva y efectiva hace parte de los procesos educativos en salud. La comunicación traspasa la acción transmisionista, puesto que permite reconocer cómo el otro significa el mundo y cómo lo expresa. Una comunicación educativa permite los cambios de percepciones y acciones en el campo de la salud; integra sectores sociales, y amplía el campo de acción de la educación.

Soportes de la ruta metodológica

Soporte 1: Observación participante para el reconocimiento cultural

Según Barbara B. Kawulich (348) la observación participante es el proceso que faculta a los investigadores a aprender acerca de las actividades de las personas en estudio en el escenario natural a través de la observación y participando en sus actividades. Esto implica de antemano dos cosas muy importantes que se deberán tener en cuenta en el municipio para adelantar este trabajo; primero es comprender que la observación se da en "el escenario natural" de las personas, es decir, quien quiera indagar —en nuestro ejemplo— la situación de las mujeres y hombres en

edad adolecente en embarazo, deberá caminar y compartir con las y los jóvenes en aquellos espacios comunes, las calles, los sitios de recreo, de ocio y de estudio.

Y segundo, es importante participar de sus actividades, pues este tipo de observaciones se diferencian de otras, porque se incluye el observador en el espacio y acciones de los sujetos observados, se gana su confianza, no los ve como un objeto, sino que los reconoce como sujetos sociales que tienen entre sí conductas y códigos específicos que deben ser comprendidos para poder definir bien una estrategia de IEC

Para hacer observación participante se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Definir con claridad el grupo social que se quiere indagar. En nuestro caso ya está definido, pero pueden haber casos que no sólo sea un grupo social, sino que sean varios.
- Identificar los espacios comunes donde se relacionan las personas del grupo social. Se podrá hacer observación participante en varios lugares y a diferentes horas según las conductas grupales.
- La postura del observador como participante faculta al investigador a participar en las actividades grupales como es deseado, si bien el rol principal del investigador en esta postura es recoger datos, y el grupo estudiado es consciente de las actividades de observación del investigador. En esta postura, el investigador es un observador que no es un miembro del grupo, y que está interesado en participar como un medio para ejecutar una mejor observación y, de aquí, generar un entendimiento más completo de las actividades grupales.
- Es importante ganarse la confianza de las personas, y plantear con claridad cuál es el fin mismo de la observación; visitar con antelación los sitios comunes con el fin de familiarizarse con el grupo. La mejor forma para ello es conocer a alguien con anterioridad y entrar al grupo con esta persona, para no debilitar las barreras sociales que los grupos ponen a personas extrañas.
- Tener varias visitas aumentando el tiempo en cada una de ellas, esto permitirá que el observador tenga varias situaciones para analizar y pueda recolectar mayor información.
- Estar pendiente de las palabras que se repiten, los gestos específicos, las frases clave que manejan los grupos en su comunicación interpersonal.
- Observar bien quiénes son las personas que más hablan, cuál es el papel de los demás, qué liderazgos existen en el grupo y diferenciar los tipos de subgrupos que están presente en el encuentro.

- Vestir cómodamente, no cuestionar ni juzgar comentario y evitar al máximo comentarios con otras personas ajenas al proceso; es vital para ganar la confianza y acercar al grupo a otros niveles de interacción que pueden ser útiles en el proceso que se planea en IEC.
- Por último, al finalizar la observación, y realizar el documento de trabajo, se deberá respetar —desde una postura ética— la identidad de los participantes, evitando al máximo cualquier mención de nombres y conductas directamente asociadas a una persona o un grupo en particular.

Soporte 2: El grupo de discusión[18] y la caracterización del grupo: (349)

Para poder conocer a fondo cuáles son las características de las personas que experimentan la situación de las mujeres y hombres en edad adolecente en embarazo —o cualquier otra situación —, es necesario diseñar estrategias participativas que logren unir a los jóvenes para discutir frente al tema y sus implicaciones en ellos.

De acuerdo con la temática que se va a investigar, se contactan alrededor de doce personas para que participen en el grupo; estas personas son recibidas en un espacio adecuado y allí, durante una hora y media o dos, discuten un tema que el moderador, que orienta y regula la discusión, les propone. La discusión es recogida en magnetófono, y a veces en video, y constituye el producto final, la información/los datos.

Selección de los participantes

Tres son los aspectos clave: número, características y procedimiento de captación de los participantes.

Número. Se maneja un número ideal de entre ocho y diez miembros. Más de diez implicaría un gran riesgo de división del grupo; menos de ocho haría que el grupo fuera poco productivo.

Características. Estas se derivan, en primer lugar, del tema que se ha de investigar, de modo que, si se quiere analizar el la situación de las mujeres y hombres en edad adolecente en embarazo, habrá que buscar mujeres y hombres en dicho grupo de edad que estén en embarazo, que hayan estado y que pueden estar en embarazo[19].

---

18 Esta información que hace referencia del grupo de discusión fue recopilada el 14 de septiembre de 2009, del documento de la Universidad Complutense de Madrid, y fue adaptado a las condiciones requeridas para ser parte de esta guía metodológica para IEC; este documento está referido como parte de la formación profesional en dicha universidad.

19 Se habla de citar al grupo hombres y mujeres en edad adolecente, pues se reconoce que esta situación se debe analizar en pareja, pues tanto hombres como mujeres tienen percepciones diferentes, y como tal, actúan de forma diferente frente a la misma situación.

Procedimiento de captación de los participantes: Para evitar problemas, conviene no hacer grupos muy heterogéneos y, en algunos casos, es preferible hacer dos grupos que tengan homogeneidad en una determinada característica. Por ejemplo, estudiar la conducta sexual puede requerir formar grupos de hombres y de mujeres por separado, para evitar un bloqueo o inhibición del discurso; en todo caso, no puede haber un solo participante que tenga una característica importante para la investigación. Es importante que los participantes no se conozcan entre sí para evitar injerencias entre los participantes.

Una vez fijadas las características que deben reunir los participantes, los contacta directamente el moderador. Se les atrae por el tema genérico que se va a discutir, y se les cita con antelación no más de dos días definiendo con claridad el lugar y las condiciones de la participación.

Preparación y recepción de los participantes

La sala para la reunión debe reunir las condiciones adecuadas (aislada de ruidos, agradable y cómoda) y, además, disponer de una mesa (redonda u ovalada) y posibilidades para la grabación de la discusión en audio o vídeo.

Comportamiento y funciones del moderador

No hay una única forma en que pueda actuar el moderador; su actuación va dirigida a lograr la máxima productividad del grupo, y mantener el funcionamiento del grupo en cuanto tal. Pero su actuación puede ir desde el extremo de no intervención total (plantea el tema y se inhibe) a intervención máxima, en la que va planteando preguntas y dirigiendo la discusión.

Al comienzo, explica lo que se espera del grupo (qué es un grupo de discusión) y plantea el tema; a partir de ese momento, el moderador tiene que estar atento a:

- Mantener el grupo como tal y dar pie a que participen todos los miembros del mismo.
- Atender al desarrollo de la discusión para asegurarse de que la información producida es la que se busca.
- Respecto a este último punto, es normal disponer, previo a la reunión, de un guión temático que el moderador tiene en la cabeza o, al menos, verbalmente, darle al moderador los puntos clave.

Asimismo, el moderador debe atajar las discusiones que se escapen del tema, lograr que se profundice en los aspectos clave (utilizando refuerzos no verbales o expresiones verbales) y que se discutan todos los aspectos, recapitulando lo que queda por decir.

El grupo puede discurrir de un modo natural, de tal forma que la intervención del moderador sea innecesaria y, en ese caso, este se mantendrá fuera del discurso; en el otro extremo, puede que la intervención del moderador sea muy necesaria si el grupo no funciona, se desvía del tema, etc.

El producto

El producto del grupo es el discurso y este se graba en magnetófono o video. El material para el análisis es la transcripción de la cinta (o video) y un informe del moderador. En la transcripción, que se hace literalmente sin retoques ni adornos, se distinguen las intervenciones del moderador y las del grupo y en este normalmente según sea hombre o mujer, dejando un amplio margen para comentarios y análisis.

El análisis

El análisis comienza con la lectura, relectura y vuelta a leer de la transcripción y escucha de la cinta. Conforme van apareciendo temas, pautas, tipos, etc., se van apuntando al margen de la transcripción. Es una buena práctica tener dos copias de esta, de modo que una sea la base del análisis y la otra quede intacta.

Anexo 1

Guía para la valoración y diagnóstico de la estrategia de IEC

Aspectos a considerar			
Componente	**Variable**	**Indicador**	**Elemento de juicio**
C1 (100 puntos) Información, educación y comunicación	V1 (30 puntos) Conocimiento de la estrategia IEC	I1 (20 puntos)Conocen claramente los actores públicos del municipio la estrategia IEC	Sensibilización e información sobre la estrategia IEC
		I2 (5 puntos) Reconocimiento de los componentes básicos de la estrategia IEC de forma clara	Sensibilización e información sobre la estrategia IEC
		I3 (5 puntos) Reconocimiento de la necesidad de integralidad de los componentes básicos	Sensibilización e información sobre la estrategia IEC
	V2 (20 puntos) Adherencia de la estrategia IEC a las políticas de comunicación municipal para la promoción de la salud	I4 (10 puntos) Ejecución de acciones dentro de los lineamientos de IEC relacionadas con la salud publica que promuevan el desarrollo de estilos de vida saludable	Implementación de proyectos, programas o acciones promocionales
		I5 (5 puntos) Articulación de la estrategia dentro del plan de desarrollo municipal y el plan municipal de salud pública	Incorporación al PDM
		I6 (5 puntos) Disponibilidad presupuestal dentro del POAI en el Municipio	Incorporación al Plan de desarrollo municipal
	V3 (10 puntos) Empoderamiento de la estrategia	I7 (2 puntos) Reconocimiento de la estrategia por parte de la población	Difusión dentro de la comunidad del municipio
		I8 (2 puntos)Mecanismos de interacción participativa	Existencia y funcionalidad de mecanismos y procedimientos de acción participativa
		I9 (4puntos) El recurso humano es suficiente e idóneo para manejar la estrategia	Formación académica relacionada con los componentes de la estrategia

Detalles indicador	Observaciones	Necesidades de asesoría y asistencia técnica
Han escuchado alguna vez acerca de IEC, el equipo técnico municipal identifica la reglamentación existente en el ámbito nacional e internacional acerca de la estrategia		
El equipo técnico municipal reconoce que es información educación y comunicación.		
Se reconoce la importancia de mantener una integralidad entre los tres componentes		
Actualmente se están desarrollando proyectos, programas educativos o promocionales que implementan la estrategia IEC en promoción de la salud		
En el PDM se busca implementar el IEC, se asignan rubros para acciones de promoción en salud pública		
La administración municipal ha desarrollado acciones para difundir en grupos de participación social la estrategia IEC, colegios, JAC, entre otros		
Existen canales que permitan la retroalimentación con la comunidad, consultas, buzones de sugerencias, eventos donde la comunidad se exprese		
Existen personas responsables de implementar la estrategia y estos han recibido capacitación o formación relacionada		

Aspectos a considerar			
Componente	**Variable**	**Indicador**	**Elemento de juicio**
C1 (100 puntos) Información, educación y comunicación	V3 (10 puntos) Empoderamiento de la estrategia	I10 (2 puntos)Adherencia y articulación de la estrategia	Cohesión con instancias municipales, programas y proyectos
	V4 (10 puntos) Aplicación de los medios de comunicación a la estrategia IES	I11 (1 puntos)Utilización de la televisión en la promoción de la salud	Utilización de los medios de comunicación para implementar la estrategia IEC
		I12 (1 puntos)Utilización de la radio en la promoción de la salud	Utilización de los medios de comunicación para implementar la estrategia IEC
		I13 (2 puntos) Utilización de los medios impresos en la promoción de la salud	Utilización de los medios de comunicación para implementar la estrategia IEC
		I14 (2 puntos) Utilización de la Internet en la promoción de la salud	Utilización de los medios de comunicación para implementar la estrategia IEC
		I15 (2 puntos) Utilización de los medios de comunicación tradicionales o culturales en la promoción de la salud.	Utilización de los medios de comunicación para implementar la estrategia IEC
		I16 (2 puntos) Utilización de medios gráficos y audiovisuales en la promoción de la salud.	Utilización de los medios de comunicación para implementar la estrategia IEC
		I17 (2 puntos) Utilización de los medios de comunicación interpersonales o grupales en la promoción de la salud.	Utilización de los medios de comunicación para implementar la estrategia IEC
	V5 (30 puntos) Calidad de la acciones de IEC	I18 (6 puntos) Los mecanismos de comunicación tienen en cuenta las necesidades en salud propias de la comunidad	Planeación de las acciones de comunicación
		I19(6 puntos) Las campañas de salud posee una identidad por la cual pueden ser reconocidas	Proceso de formación de la identidad municipal de la estrategia IEC relacionada con acciones de promoción de la salud
C1 (100 puntos) Información, educación y comunicación	V5 (30 puntos) Calidad de la acciones de IEC	I20 (6 puntos) Los mecanismos de comunicación tiene en cuenta la diversidad de los públicos a los cuales están dirigidos	Diagnostico de la diversidad
		I21(6 puntos) Se ve el eduentretenimiento inmerso dentro de la promoción de la salud	Uso de herramientas didácticas
		I22 (6 puntos) Se evalúan el impacto de las acciones comunicativas en la promoción de la salud.	Evaluación constante y periódica de las actividades en comunicación

Detalles indicador	Observaciones	Necesidades de asesoría y asistencia técnica
Los entes territoriales reconocen la estrategia como modelo de comunicación en salud, es la estrategia dentro del PDM un ente articulador, los proyectos ejecutados en los diferentes escenarios de la comunidad tiene una integralidad e intencionalidad.		
Se hacen programas o comerciales periódicos para promocionar la salud		
Se hacen programas o cuñas periódicas para promocionar la salud		
Se hacen textos educativos y publicidad para promocionar la salud		
Cuenta el municipio con páginas web que sean utilizadas para promocionar la salud		
Utiliza el municipio medios tradicionales de comunicación para la promocion d ela salud como los son teatro, danza, cuentero, pregonero entre otros		
El municipio implementa folletos, carteles, anuncios, videos, diapositivas, multimedia, animaciones para la promoción de la salud		
Utiliza el municipio medios interpersonales como charlas, actividades educativas, reuniones, capacitaciones para la promoción de la salud		
Acciones de planeación de la comunicación de acuerdo con el diagnóstico en salud, ensayo previo de mensajes y contenidos		
Identifique si la comunicación en salud cuenta con una identidad particular, logo, lema, gingle. (Manual de estilo)		
En el municipio se da segmentación de los públicos de acuerdo a la cultura, dialectos, niveles de educación, discapacidad cognitiva y sensorial, ubicación geográfica, edad etc.		
Tienen diseñados dentro del municipio recursos apoyados en modelos didácticos de educación		
Se mide la efectividad de la información que llega a la comunidad y su impacto en la población. Su efectividad es comparada con las cifras de morbimortalidad municipal.		

Valoración de la estrategia información educación comunicación	
	Fecha:
Municipio:	

Componente	Variable	Indicador	Puntaje
C1	V1	I1 (20 puntos)	
		I2 (5 puntos)	
		I3 (5 puntos)	
	V2	I4 (10 puntos)	
		I5 (5 puntos)	
		I6 (5 puntos)	
	V3	I7 (2 puntos)	
		I8 (2 puntos)	
		I9 (4 puntos)	
		I10 (2 puntos)	
	V4	I11 (1 puntos)	
		I12 (1 puntos)	
		I13 (2 puntos)	
		I14 (2 puntos)	
		I15 (2 puntos)	
		I16 (2 puntos)	
	V5	I18 (6 puntos)	
		I19 (6 puntos)	
		I20 (6 puntos)	
		I21 (6 puntos)	
		I22 (6 puntos)	

Nombre responsable:		

Sistema de Información

CAPÍTULO 6

Sistema de Información

Autores:
Luz Dary Álvarez Pérez. Enfermera. Mg. en Epidemiología.
Edwin Alonso Álvarez T. Gerente en Sistemas de Información.
Juan Carlos Peña Henao. Gerente en Sistemas de Información.
Julián David Duque Henao. Ingeniero de Sistemas.
Nairoby Cárdenas Velásquez. Enfermera.
Lina Gómez Lopera. Licenciada en Educación Especial.
Jairo Esteban Páez Zapata. Psicólogo.

Referente conceptual

Un sistema está convencionalmente definido como una agrupación de componentes que trabajan juntos para alcanzar un objetivo común; en el caso de un sistema de información de salud, el objetivo es mejorar la gestión de los servicios de salud a través de optimización del componente de la información.

La información puede ser definida como una relevante colección de hechos y datos, donde no es tanto obtener información sino mejorar la acción-intervención; aplicado al sector de la salud, se puede afirmar que un sistema de información de salud es un conjunto de componentes y procedimientos organizados con el objetivo de generar información que mejorará la gestión y la toma de decisiones de los cuidados de salud a todos los niveles del sistema (350).

Debido a la necesidad de automatizar los procesos comenzaron a nacer sistemas cuya premisa es que mejor información en salud significa mejor toma de decisiones y por consiguiente, mejor salud para todos. Sin embargo, el interés de los países sigue girando en torno a la construcción de sistemas nacionales que garanticen la sostenibilidad a largo plazo de la generación y uso de datos reales, sólidos y confiables. Entre estos sistemas se encuentran:

- Medicina Social Latinoamericana que provee resúmenes estructurados en español, portugués e inglés de trabajos clásicos y contemporáneos de la medicina social latinoamericana (351).

- Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe, el cual ofrece reportes de salud y condiciones de vida, datos estadísticos generales, información para el mejoramiento de la salud pública en los países latinoamericanos y enlaces de interés a instituciones de apoyo en salud (352).
- Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), red de personas e instituciones que comparten el propósito de facilitar la gestión de información y comunicación para desarrollar competencias individuales y capacidades institucionales en salud pública (353).
- Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud donde su principal objetivo es la promoción de la cooperación técnica en información científico técnica en salud con los países y entre los países de América Latina y el Caribe, con vistas a desarrollar los medios y las capacidades para proporcionar acceso equitativo a la información científico técnica en salud relevante y actualizada, de forma rápida, eficiente y con costos adecuados (354)
- El Servicio de Información de la Biblioteca de la OPS Washington apoya el trabajo profesional y técnico de la Organización y provee servicios amplios de referencia e información, cubriendo un variado rango de temas en las áreas biomédicas y de salud pública, así como material histórico de la OPS (355).

Estos sistemas de información integran la recolección, procesamiento, almacenamiento, informes y el uso de la información necesaria para ser más asertivos en la toma de decisiones y poder así mejorar la eficiencia en la prestación de los servicios a través de la mejor gestión de la información en todos los niveles de los servicios de salud.

De aquí, que existen razones para implementar los sistemas de información:

- Las organizaciones crecieron y por ende sus niveles administrativos.
- El entorno actual exige una respuesta más rápida en la toma de decisiones.
- La información debe apoyar las decisiones en los niveles estratégico, táctico y operativo.
- La información se convierte en el activo más preciado de las organizaciones.
- La gestión apropiada brinda ventajas competitivas. La información reduce la incertidumbre en la toma de decisiones en todos los niveles.
- Los sistemas de información en salud son sistemas abiertos, complejos y en los que el ser humano es componente de los mismos. La información produce conocimiento y ayuda a la comprensión de fenómenos y a la apropiación por parte

del sujeto de los mismos, surgiendo acciones estratégicas y comunicativas que deben ser ejecutadas en la gestión local de acuerdo con los conocimientos adquiridos. Dentro de este marco ha de considerarse la propuesta para la implementación de un sistema de información orientado a que sean soporte a la gestión para alcanzar equidad en el acceso a los servicios de salud (356).

Representación de los sistemas de información

La representación de sistemas es a través de diagramas, los que son más fáciles de comprender y comprobar en precisión. Son aproximaciones estructuradas que dan una visión funcional del sistema de información (qué se hace) y están basadas en uso de diagramas de flujo de datos, mediante el uso de modelos de datos donde se obtiene visión global de los datos. También se debe representar la forma en que se está implementando (cómo se hace) un sistema. Los diagramas de flujo de datos contienen cuatro elementos: entradas, procesos, movimientos de datos y salidas del sistema y solo son una herramienta de modelización. Para completar la representación se deben proporcionar especificaciones de los procesos y un diccionario de datos, el cual tiene más detalle sobre el contenido de las entradas y flujo de los mismos. Las partes principales para dibujar estos diagramas: descomposición funcional, seguimiento de los flujos y el uso de un diagrama físico de flujo de datos.

Estos modelos sirven para analizar los datos en el sistema como un todo, mostrando cómo pueden organizarse para eliminar duplicados y redundancias, y de esa manera, alcanzar mejores implementaciones. Existe una segunda clase de modelos llamados de nivel implementación, los cuales tienden a trabajar en un nivel más detallado; incluyen los modelos relacionales, de redes y jerárquicos.

A continuación se describen algunos modelos que son requisitos para el diseño e implementación de los sistemas de información.

Modelado de requisitos del sistema

Lo que se busca con este modelo es definir los requisitos de funcionalidad del sistema frente a las necesidades del usuario; esto se logra por medio de un convenio entre el profesional que desarrolla el sistema y el usuario, estableciendo lo que el cliente desea según la percepción del facilitador.

Como es el primer modelo a desarrollarse, sirve de base para la formación de todos los demás modelos en el desarrollo de *software.* En general, cualquier cambio en la funcionalidad del sistema se realiza aquí, y con menores consecuencias a

este nivel que posteriormente. Con el modelo de casos de uso expresamos los requisitos del sistema.

Modelo de casos de uso

El diagrama de casos de uso representa la forma como un actor opera con el sistema en desarrollo, además de la forma, tipo y orden de como los elementos interactúan. Este modelo describe un sistema en término de sus distintas formas de utilización, y se compone de una secuencia de eventos. Dado que los casos de uso describen el sistema a desarrollarse, los cambios en los requisitos significarán cambios en los casos de uso.

El modelo es una idea simple y práctica que no requiere muchas habilidades especializadas. Por el contrario, si se presentan muy complejas se perdería un poco su importancia. Dado que el modelo de requisitos es la primera actividad del desarrollo del sistema, podemos realizar muchos cambios en su especificación sin afectar al resto del sistema. De esta manera se puede desarrollar de forma independiente los distintos casos de uso y luego integrarlos para formar el modelo de requisitos completo (357).

Modelado entidad-relación

El modelo entidad-relación, también conocido como DER (diagramas entidad-relación) es una herramienta de modelado para bases de datos, mediante el cual se pretende visualizar los objetos que pertenecen a la base de datos como entidades. La entidad representa una cosa u objeto del mundo real con existencia independiente. La relación describe cierta dependencia entre entidades o permite la asociación de las mismas (358).

Diagrama de clases

El concepto de clase representa una secuencia ordenada de objetos, las cuales tienen unos atributos o particularidades, que sirven para visualizar las relaciones entre las clases que involucran el sistema, las cuales pueden ser asociativas, de herencia, de uso y de contenido.

Diagramas de secuencia

El diagrama de secuencia muestra el período de tiempo durante el cual van a realizarse las actividades establecidas en el proyecto y su secuencia sin seguir

un orden particular dentro de esta, se identifica por medio de líneas verticales indicando el tiempo de vida de la actividad, y líneas horizontales son mensajes que se comunican de un objeto a otro indicando una orden para realizar una acción (359).

Diagrama de actividad

Los diagramas de actividad describen la secuencia de las actividades en un sistema, únicamente contienen actividades que están definidas y unidas a objetos y están asociados a una *clase* o a un *caso de uso*.

Los diagramas de actividad soportan actividades tanto secuenciales como paralelas, que pueden ser ejecutadas simultáneamente o una detrás de otra.

Diagramas de colaboración

Los diagramas de colaboración muestran las interacciones que ocurren entre los objetos que participan en una situación determinada. Esta es más o menos la misma información que la mostrada por los diagramas de secuencia, pero destacando la forma en que las operaciones se producen en el tiempo, mientras que los diagramas de colaboración son unos de los mejores tipos de diagramas para demostrar o explicar rápidamente un proceso dentro de la lógica del programa fijando el interés en las relaciones entre los objetos. En los diagramas de colaboración los mensajes enviados de un objeto, muestran el nombre del mensaje, los parámetros y la secuencia del mensaje (360).

Algunas características de los sistemas de información

La característica principal de un sistema de información es el uso de registro de datos para representar el comportamiento, el estado o la existencia de objetos en algún otro sistema, los cuales pueden ser físicos o abstractos. Se comienza con una búsqueda y recolección de registros de lo que hay y se identifica el conjunto de medios que se utilizan para almacenarlos y conservarlos, y esto constituye un sistema de información. Las entradas al sistema de información desde lo físico son investigaciones, observaciones, opiniones, mientras que las salidas son criterios que facilitan la toma de decisiones y poder así actuar frente a cualquier circunstancia.

Lo fundamental para la implementación de un sistema de información son los datos, los cuales hacen referencia a descripciones situaciones, comportamientos y muchas

otras cosas. Se debe ser selectivo a la hora de capturar los datos, y capaces de organizarlos de tal manera que sean claros y útiles para que puedan ser utilizados. Es necesario distinguir entre datos actuales y datos históricos, pues los datos que se guardan en un sistema son para llevar un registro de lo que ocurrió, y para ser usados como una fuente para tomar decisiones actuales. También encontramos el nivel de información operacional que debe estar bien detallada y ser actual y validada constantemente y el nivel de información de la gerencia que generalmente es reducida y puede ser antigua y es utilizada para la planeación. Esta información de la organización posee unos requisitos que son: conveniente, precisa, relevante y de fácil acceso, lo cual está implícito en un sistema de información.

Procesos de los sistemas de información

La captura de datos es el proceso básico que tiene lugar en todo sistema de información, pues es el paso que comienza el flujo, o también como información generada dentro del sistema. El proceso de convertir información real en otra que contenga categorías, se le denomina codificación y a la conversión de datos de una forma física a otra se le llama transcripción. Para que en un sistema de información se tengan datos precisos y confiables se deben realizar las validaciones en diferentes niveles verificando el cumplimento los mismos, su consistencia y la fiabilidad. Para la transformación de datos dentro del sistema de información, se realizan algunos procesos simples como clasificación, numeración y ordenamiento de datos en general, y otros más complejos como la preparación de reportes e informes.

Implementación de los sistemas de información

La implementación de un sistema de información comprende lo que hace, y cómo lo hace, lo que requiere recursos de personal, *hardware, software* y almacenamiento de datos. Los componentes personales son fuentes de entrada y destinatarios de salidas, son los realizadores de los procesos, son los que desarrollan y mantienen el sistema, y son los proveedores de soporte técnico para su operación. El *hardware* son los equipos en donde se instala el sistema de información con características especiales dependiendo del volumen de información que se mantendrá en la memoria para su proceso, número de usuarios, velocidad de respuesta, y para su protección.

El *software* es el programa informático capaz de aceptar e interpretar las instrucciones suministradas por el usuario, para lo que es necesario un adecuado sistema operativo, que es la interface entre el *software* de la aplicación y el *hardware,*

los sistemas de aplicación, que son los utilizados por los usuarios para realizar sus tareas, los lenguajes de programación, y los medios útiles de mantenimiento del sistema, que son unos conjuntos de instrucciones para manejo de archivos. El almacenamiento de datos, es generalmente la decisión más importante que debe tomarse, lo cual implica la manera de guardar los datos ya sea en forma centralizada o no, el medio y la frecuencia con que se deben guardar.

Desarrollo de los sistemas de información

Una descripción breve del desarrollo de un sistema de información se muestra en tres fases; una fase de investigación para determinar los requisitos del sistema, una fase de diseño, y una fase de implementación. El punto de partida es la identificación de una necesidad o un problema de base. La fase de investigación identifica los problemas reales y especifica los requisitos para una solución reconociendo durante este proceso limitaciones que puedan afectar la solución. En la fase de diseño se decide cómo van a realizarse las funciones donde se debe reunir una serie de ideas generales sobre cómo funcionan distintos tipos de sistemas para una solución o soluciones que son aplicables al problema, y luego cómo analizarlas, y por último, decidir sobre la solución más apropiada. Para la implementación se toman los resultados de la fase de diseño y se debe mantener una visión global de la solución y no detenerse en los detalles. Los sistemas de información no son perfectos, por lo que, después de la implementación, se evalúa su operación, y esto lleva a una nueva serie de cambios.

En la fase de investigación se pueden encontrar dos situaciones: una, cuando no hay un sistema de información y debe crearse uno nuevo, y otra, cuando hay un sistema existente que de alguna manera no es satisfactorio. Estas situaciones implican definir los objetivos del sistema y las funciones indicadas, qué información debe estar disponible, para quién, en qué escala de tiempo debe actualizarse, requisitos para la captura y entrada de datos, los entornos de trabajo de las personas, restricciones económicas y otras limitaciones. Lo más recomendado para especificar las funciones de los sistemas de información son los modelos de datos representados en diagramas de flujo de datos.

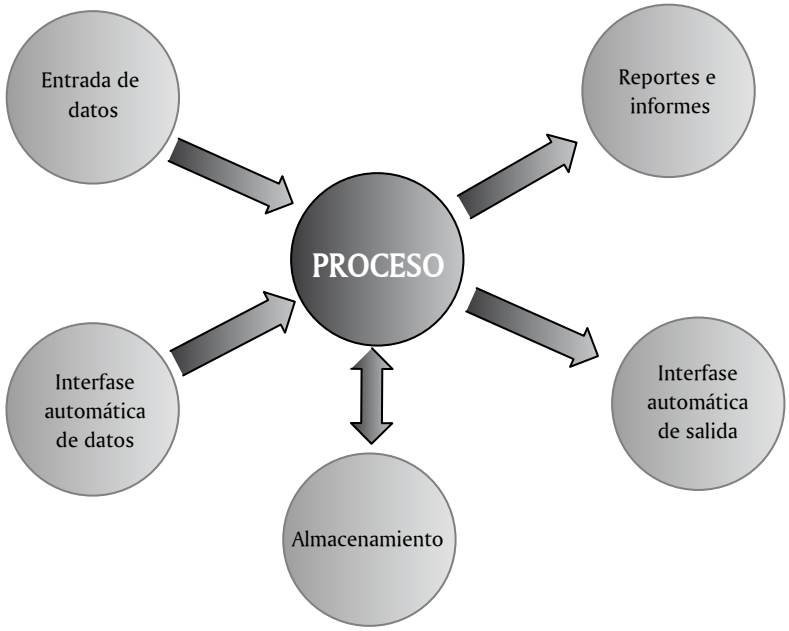
Descripción funcional del sistema de información Una necesidad posterior es la coordinación del uso de la información dentro de la organización en el sentido que debe estar disponible en y cuando se necesite, pero al mismo tiempo deberá minimizarse la duplicación de esfuerzos al capturar y conservar los datos, a este cargo se le conoce como administrador de la información. Esto requiere que la organización tenga un proceso de planificación colectiva en el que se discutan las

necesidades de sistemas de información, se desarrollen prioridades y se asuman compromisos. Esto da como resultado un Plan de Sistemas de Información, el cual contendría una planificación de desarrollo para sistemas, o subsistemas, teniendo en cuenta el nivel de servicio que se pretenda prestar a los usuarios (361).

Flujo de datos

Es la parte que representa el movimiento y la entrada de datos, procesos para su análisis y salida de información para la toma de decisiones. Se representa con una flecha y puede ser la actualización en un archivo, una base de datos u otro medio de almacenamiento.

Figura 37 Modelo conceptual (362)



El flujo de información

Define la manera que la información se mueve a través de un sistema, se diseña para preservar el secreto o la integridad de datos, con el objetivo de evitar que la información llegue a un usuario no autorizado ya que la información debe fluir solamente a los niveles previamente definidos.

Para compartir la información con los demás usuarios se debe establecer el flujo adecuado según se planteo en las fases de investigación y diseño de quien necesite usarla para toma de decisiones. Ejemplo para un sistema de información en salud.

Figura 38 Flujo de información

Gestión de la información

La gestión es el proceso de análisis y utilización de la información que se ha capturado y registrado facilitando la recuperación y divulgación cuando sea necesario, para permitir a los administradores de todos los niveles tomar decisiones.

La información puede conseguirse a través de las salidas del sistema por medio de reportes e informes técnicos que permitirán compartir y utilizar información con las personas o entidades que la requieran para solucionar problemas comunitarios, gestionar y planear proyectos.

Calidad de los datos

Para que las entidades puedan mantener los datos y registros almacenados actualizados es realmente importante tener presente que la falta de actualización de los datos puede suponer pérdidas económicas significativas ya que disminuye la eficacia en la toma de decisiones. La calidad de datos tiene varias dimensiones, relacionadas pero distintas. A continuación se describen algunas:

Exactitud. Mide el grado en que la información refleja lo que está pasando en la entidad.

Totalidad. Medición que refleje el grado en que las bases de datos cuentan con toda la información crítica para la entidad.

Oportunidad. Mide que la información esté disponible cuando se requiere para tomar una decisión.

Relevancia. Que la información sirva a la persona a la cual se le está proporcionando.

Nivel de detalle. Que la información tenga el nivel de detalle requerido, dependiendo del nivel organizacional y al tipo de decisión al cual este destinada

Consistencia: Que la información sea la misma en todas las áreas o sistemas utilizados.

En fin, hay que trabajar sobre varias de estas dimensiones hasta hacer que el objetivo no sea tan solo proveer información de calidad, sino el de apoyar a la organización a hacer buen uso para mejorar la utilización de los recursos y las operaciones del negocio (363).

Para trabajar en la calidad de los datos existe una condición indispensable que es evaluar, es decir poder medir. Se necesitan datos no impresiones. Pues bien, habrá que saber qué, cómo, quién, cuándo, por qué, y para qué, se mide. Aquí es donde entran en juego criterios, indicadores y estándares de calidad que, como se verá, van íntimamente ligados.

Entre las muchas definiciones que en la literatura se puede encontrar sobre el término indicador en el contexto de los Sistemas de Información en Salud, el más adecuado sería: "un indicador es una variable que evalúa el estatus y permite medir variaciones en el tiempo" (364). Y un indicador de calidad es una medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad normalmente en forma numérica de las diferentes actividades. Y se construyen a partir de la experiencia, del conocimiento sobre el sector en el que trabajemos y, como es natural, respetando ciertas recomendaciones:

- Deben ser siempre fáciles de capturar.

- Deben enunciarse con objetividad y de la forma más sencilla posible.
- Deben resultar relevantes para la toma de decisiones.
- No deben implicar elevado grado de dificultad en su interpretación.
- Deben abarcar un amplio número de posibilidades.
- Normalmente debe construirse de forma que permita monitorear el indicador de forma sencilla.
- Los términos usados en el indicador que puedan inducir a dudas, o sean susceptibles de diferentes interpretaciones, deben ser definidos para que todos los profesionales entiendan y midan lo mismo.

Para que la información que proporciona un indicador sea útil es necesario, además, que cumpla con algunas condiciones como: Validez, fiabilidad y facilidad de obtención. No hay que olvidar, por tanto, que una vez enunciado un indicador hay que determinar la fuente que proporcionará el dato, la periodicidad con que se recogerá, el método de análisis y, finalmente una valoración de cada cuánto tiempo habrá que evaluar la utilidad del mismo lo que determinará su vigencia.

Método para mejorar la calidad de los datos

Una vez reconocidos los beneficios de mejorar la calidad de la información, se deben aplicar algunas técnicas a continuación se enuncian brevemente:

- Identificar la información crítica. Existe demasiada información de la que difícilmente podemos mejorar su calidad, por lo que hay que identificar cuál es aquella que tiene un mayor importancia según los objetivos propuestos.
- Definir criterios de calidad de los datos. Esto es definir cuándo un dato es exacto o está dentro del estándar de su entidad.
- Definir responsables del manejo de los datos. Esta persona debe monitorear las tendencias del indicador y realizar cronograma de actividades encaminadas a la mejora de los indicadores.
- Diagnósticos de calidad de los datos. Se determinan las posibles causas de la mala calidad de los datos y se definen cronogramas de actividades que incluya establecer controles preventivos y correctivos para la mejora de la calidad de los datos.
- Monitoreo de los indicadores. Es importante que los indicadores de calidad de los datos se revisen periódicamente, asegurando su seguimiento y mejora continua.

- Finalmente, una vez estabilizados los indicadores de calidad de los datos, se regresa al punto uno para identificar información que esté generando impactos positivos o negativos y que sean necesarios su conservación, medición y mejora.

Por último, cuando se habla de criterios e indicadores es necesario hablar de estándares de calidad. De acuerdo con la definición de la Real Academia de la Lengua, "estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia". Dicho en otros términos, define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso.

Los estándares de calidad determinan el nivel mínimo y máximo aceptable para un indicador. Si el valor del indicador se encuentra dentro del rango significa que se está cumpliendo con el criterio de calidad que se había definido y que las cosas transcurren conforme a los objetivos propuestos. Si, por el contrario, se está por debajo del rango, significa que no se cumple con el compromiso de calidad y por ende no reúne calidad suficiente, lo que indica que se debe actuar en consecuencia. Y si está por encima, tendremos que redefinir el criterio, porque, se gasta más de lo que se esperaba que fuera necesario.

El estándar, por consiguiente, determina el mínimo nivel que comprometería la calidad de ese proceso. Es pertinente realizar una observación que no debe olvidarse a la hora de plantear un estándar y es que no deben ser nunca del 100% en razón de que siempre sucederán imprevistos que impedirán tal cumplimiento. Además, cualquier auditor de calidad sospechará de que un estándar se logre al 100% una y otra vez, o que se supere año tras año. Esto normalmente solo indica que no estaban adecuadamente definidos (365).

Procesamiento y análisis de la información

El propósito en un sistema de información es generar información que apoye la toma de decisiones en los contextos políticos, económicos, culturales y sociales, con resultados válidos construidos con la rigurosidad de los métodos cuantitativos y la profundidad de la información obtenida a través de métodos cualitativos, lo cual proporciona un entendimiento más completo de las situaciones y fenómenos que se observan.

Procesamiento de datos

El procesamiento de los datos cuantitativos "es la conversión de notas de campo, cuestionarios o formatos de laboratorio, en datos contenidos en archivos computa-

rizados, listos para su análisis estadístico" (366), lo cual debe estar precedido de un proceso definido y organizado de recopilación, codificación, controles de calidad o validación de datos y limpieza de la información.

La recolección de la información se basa en la aplicación de instrumentos previamente diseñados que contienen las variables de interés, definidas a partir de los objetivos establecidos para cada proyecto, estrategia o actividad de investigación. La codificación o asignación de dígitos para representar las variables contenidas en los instrumentos, debe ser un paso que se realice al momento de definirlos para facilitar el ingreso de datos a los sistemas computarizados que se dispongan para este fin, siendo este el paso siguiente a la recolección de datos. La validación de la información al momento de su digitación, es un paso fundamental para garantizar su calidad y consiste en la verificación de la consistencia y coherencia de los datos que se ingresan al sistema.

Plan de análisis

Es la definición anticipada de los resultados que se esperan ver de la información recopilada en los instrumentos diseñados, es decir, la forma como se presentarán las cifras de manera que facilite su análisis e interpretación por los diferentes usuarios.

Es importante que con anterioridad se prepare un plan para el procesamiento y análisis de datos, con el fin de garantizar que durante el proceso de recopilación se recoja toda la información que se necesita y que toda la información recogida va a ser analizada. En este sentido, el plan debe prepararse antes de que se recopilen los datos en el campo, de tal forma que sea posible introducir modificaciones en los instrumentos diseñados (367).

Análisis de los datos

El análisis de los datos se basa en el uso de indicadores definidos como:

> Variables que intentan medir en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos para así, poder respaldar acciones, políticas, evaluar logros y metas. Son necesarios para poder objetivar una situación determinada y a la vez poder evaluar su comportamiento en el tiempo mediante su comparación con otras situaciones que utilizan la misma forma de apreciar la realidad (368).

Se han definido tres tipos de indicadores: de estructura, que miden la calidad de las características del marco en que se brindan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos, es decir, permiten saber si los recursos están disponibles y organi-

zados, para facilitar la atención del individuo y los colectivos; de proceso, que como su nombre lo indica miden la calidad del proceso evaluando el cómo la atención es otorgada y midiendo si todos los pasos de un proceso se hicieron correctamente y por último, los indicadores de resultado que miden el beneficio o el daño que se logra en los pacientes o la población, como resultado de la asistencia recibida (369).

El análisis de los datos debe iniciar con una caracterización del fenómeno o evento estudiado en relación a variables de persona, tiempo y lugar. En este paso se responde a las preguntas:

- ¿Quién tiene qué?, es decir, quien está siendo afectado por la condición o evento de interés.
- ¿Qué características tienen los afectados? es decir, el análisis diferencial en términos de raza, edad, sexo, estado socioeconómico, estado civil, estilos de vida.
- ¿Dónde están los afectados? es decir, su ubicación geográfica teniendo en cuenta la zona urbana o rural y también las características del área relacionadas con el clima, la temperatura, el suelo y humedad.
- ¿Cuándo ocurren los eventos o fenómenos observados? Es decir, tiempo en que se registran, entendido como fechas o épocas o temporadas especiales.

Esta fase descriptiva hace referencia a un nivel de interés muy sencillo pero fundamental, relacionado con la cuantificación de la ocurrencia de los eventos o el registro de estos, de acuerdo con ciertas variables de interés. La presentación de los datos podrá realizarse en tablas de frecuencias y gráficos como histogramas o gráficos de barras, teniendo en cuenta el tipo de variables usadas y la forma como han sido medidas.

Además de las tablas y gráficos se debe presentar una medida que resuma el comportamiento de las variables y permita su comparación. La proporción definida como el "numero de observaciones específicas de un grupo, dividido por el número total de observaciones en el grupo" (370), es la medida más usada cuando se tienen variables discretas o categóricas; las variables continuas se resumen utilizando las medidas de tendencia central y de dispersión.

Una vez descrito el evento, se establece la frecuencia con que ocurre en relación con la población, utilizando para ello el cálculo de medidas de frecuencia: tazón, proporción y tasa.

La razón es la relación de dos cantidades diferentes en la cual el numerador no hace parte del denominador, por ejemplo, la razón hombre-mujer. La proporción como ya

se indicó, expresa la frecuencia con que se presenta determinado hecho con respecto al total de observaciones hechas; su valor varía entre 0 y 1 o entre 0 y 100, cuando se multiplica por cien. La tasa, construida como una razón o como una proporción, expresa la frecuencia con que ocurre un evento a través del tiempo; pueden ser tasas generales o crudas, cuando el resultado aplica para el total de la población y tasas específicas, si se calculan para determinadas variables de interés como la edad, el sexo, la ocupación, entre otras; la comparación debe hacerse sobre tasas específicas y ajustadas para que las conclusiones sean más precisas (371).

Una vez establecida la frecuencia, es importante analizar cómo se relacionan las variables entre sí, utilizando el cruce de variables o análisis bivariado, el cual permite establecer la forma como se comportan dos variables cuando se analizan en forma simultánea.

> "La selección de las variables debe corresponder con un presupuesto lógico y de interés para la evaluación. La información puede presentarse en una tabla de contingencia —la más conocida es la tabla de 2 x 2—, donde en cada casilla se indica el número absoluto que corresponda con las dos características de interés, y en los bordes se expresan los totales tanto en sentido horizontal como vertical" (372),

pero de igual forma se pueden elaborar tablas con tantas filas y columnas como categorías tengan las variables seleccionadas. Los resultados obtenidos a partir de estas tablas permiten no solo determinar la magnitud de los problemas sino también reorientar recursos, generar hipótesis a partir de las asociaciones observadas y evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas pero sin llegar a establecer la validez de dichas asociaciones, pues para el efecto se requiere un análisis inferencial, basado en la comparación de grupos de población que han recibido o estado expuestas a tales intervenciones frente a otros grupos que no lo han estado, utilizando medidas como el riesgo relativo, el riesgo atribuible en expuestos y el riesgo atribuible poblacional. Por último, se requiere evaluar la validez de la asociación encontrada para establecer si esta es producto del azar o de otros factores, lo que exige la aplicación de métodos estadísticos más exigentes y complejos. De esta forma se puede obtener información que apoye la toma de decisiones relacionadas con la asignación de recursos, formulación de políticas o programas y la reorientación de servicios, entre otras.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos se convierten en información útil cuando se llevan a un nivel de análisis en el cual los resultados obtenidos a partir de los diferentes métodos estadísti-

cos se revisan y confrontan con las situaciones propias de los objetos, personas, comunidades o familias estudiadas, tales como sus condiciones de salud, sus necesidades y satisfactores, su entorno con sus procesos protectores, además de las condiciones sociodemográficas, culturales, ambientales y las relacionadas con la oferta y accesibilidad a los servicios de salud.

> Analizar información, no es repetir en el texto las cifras de los cuadros ni describir los gráficos. Analizar información es intentar descubrir las causas del comportamiento de los eventos, es relacionar los hechos representados en datos con los sucesos que afectan las poblaciones, con la situación institucional, con las actitudes y comportamientos cotidianos y con las intervenciones individuales y colectivas sobre el evento (373).

Este proceso debe terminar con propuestas que contengan alternativas concretas de solución para los problemas identificados y actividades que favorezcan los aspectos positivos de las poblaciones estudiadas, las cuales en todos los casos, deben ser definidas mediante procesos participativos y concertados con los actores involucrados y formalizados a través de proyectos.

Glosario de términos:

Clase. Es un grupo de objetos con la misma estructura de datos y comportamientos.

Localidad. Municipio o ciudad.

Mensaje. Es una comunicación de un objeto a otro, indicando una orden para realizar una acción.

Objeto. Un objeto se define como la instancia de una clase. Se dibuja con un rectángulo con el nombre del objeto y de la clase dentro del rectángulo.

Relaciones. Herencia, composición agregación, asociación y uso.

DSSA. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

ESE. Empresa Social del Estado.

MIN. PROT. SOCIAL. Ministerio de la Protección Social.

MIN.EDUCACIÓN. Ministerio de Educación.

OMS. Organización Mundial de la Salud.

OPS. Organización Panamericana de la Salud.

SDE. Secretaría de Educación Departamental.

UPGD. Unidades Primarias Generadoras de Datos

Referencias

Capítulo 1

1. Gaviria D. C. El derecho a la salud en Colombia. En: Pensamiento en salud pública: el derecho a la salud. Medellín, 2001. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez.
2. Gómez A. La salud en los mundos juveniles. En: Una propuesta metodológica para la promoción en salud con jóvenes. Medellín, 2002. Corporación Ser Humano, pp.2-3.
3. Weinstein L. Citando a Canguilhen En: Salud y capacidades humanas. 1989 España: Nordan. pp.31-40.
4. Ruiz A. Los aportes de Humberto Maturana a la psicoterapia. [Sitio en internet] Consulta: 27 de junio de 2002.
5. Cassirer E. Antropología filosófica. México: 1945. p. 58.
6. Organización Mundial de la Salud. Declaración de México. Hacia una mayor equidad. México, 2000. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de Septiembre de 2009.
7. Díaz C. G. El derecho a la salud en Colombia. En: Conferencia Universidad de Antioquia Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, julio de 2000.
8. Cortina A. La ética de la sociedad civil: Voluntad de progreso. [Sitio en internet]. Consulta: 11de marzo de 2010.
9. Camps V. Hacia una inmersión cívica [Sitio en internet]. Consulta: 11 de marzo de 2010.
10. Restrepo H. Boletín de la cátedra abierta, reforma de salud de los sistemas del mundo. Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina. p. 12.
11. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa. Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Canadá, 1986. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
12. Ministerio de Salud. Promoción de la salud y la equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá; OPS/OMS, 1992. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de marzo de 2010.
13. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa. Óp.cit., p.1.
14. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida. Políticas públicas Saludables. Australia, 1988. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
15. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Suecia, 1991. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.

16. Ministerio de Salud. Declaración Santafé de Bogotá Óp.cit., p.2.
17. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta. Sobre la promoción de la salud en el siglo xxi. Indonesia, 1997. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
18. Organización Mundial de la Salud. Declaración de México. Óp.cit., pp. 1-2.
19. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Bangkok. La promoción de la salud en un mundo globalizado. Tailandia, 2005. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
20. Cuarta Conferencia Latinoamericana de Promoción de la Salud y Educación para la Salud, Medellín, 2009. [Sitio en internet]. Consulta: 12 de Marzo de 2010.
21. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. URSS, 1978. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
22. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Suecia, 1991. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
23. Declaración de Ottawa. Óp.cit.
24. Ibíd., p. 4.
25. Hankock. T. Ciudades y comunidades Saludables: Pasado, presente y futuro. [Sitio en internet]. Consulta: 20 de octubre de 2009.
26. Secretaría de Salud de México. Plan de acción específico para entornos y comunidades saludables. [Sitio en internet]. Consulta: 20 de octubre de 2009.
27. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional de escuelas promotoras de salud. [Sitio en internet]. Consulta: 21 de octubre de 2009.
28. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 0425 del 11 de febrero de 2008. Por el cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evalaución y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de entidades territoriales. Bogotá: El Ministerio; 2008.
29. Iñiques, L. Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina. Cuadernos de Saúde Pública. Brasil. Oct.-dic. 1998; Vol. 14, N. 4: 701-711.
30. Ibíd., p. 703.
31. García, B., Gonzales, A. y colaboradoras. Técnicas interactivas para la investigación social cualitativa. Fundación Universitaria Luis Amigó. Medellín, 2002; p. 76.
32. Granada, P. El campo de la salud como espacio de construcción simbólica. Universidad Tecnológica de Pereira. Colombia, 2000. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de octubre de 2009.
33. Declaración Universal de Derechos Humanos. En: Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. 09, N. 01, ene.-abr. 2001 p. 49-52.
34. Declaración de Alma Ata. Óp.cit.

35. Organización Mundial de Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de salud. Suiza, 2009. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de octubre de 2009.
36. Granada, P. El campo de la salud como espacio de **construcción simbólica.** Revista de Ciencias Humanas. Universidad Tecnológica de Pereira. Risaralda, 2000; p. 5.
37. Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Educación y Ministerio del Medio Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables Escuela Saludable y Vivienda Saludable. Bogotá D.C., diciembre de 2006. [Sitio en internet]. Consulta: 22 de noviembre de 2009.
38. Mahbub Ul Haq. El paradigma del desarrollo humano. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de octubre de 2009
39. Freire, P. La educación como práctica de la libertad. 1ª Ed. Argentina: Siglo Veintiuno. 2004, p. 31.
40. Declaración sobre el Derecho al Desarrollo: Resolución 41/128 de diciembre de 1986. [Sitio en internet]. Consulta: 25 de octubre de 2009.
41. Velásquez, F. ¿Qué ha pasado con la participación social en Colombia? Santafé de Bogotá: Fundación Corona. (2003).
42. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Suecia, 1991. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
43. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta. Sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Indonesia, 1997 [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.

Capítulo 2

44. Cassirer, E. Antropología Filosófica. México: FCE; 1945.
45. Canclini, G N. Los Nuevos espectadores. Cine, televisión y video en México. México: Imcine CNCA; 1945.
46. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre el Desarrollo Humano 2005. Mundo Prensa 2005; p.p. 1-6
47. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de desarrollo del milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe. [Sitio en Internet]. Consulta: 17 de febrero de 2010.
48. Organización Mundial de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. [Sitio en internet]. *Consulta: 12 de febrero de 2010.*
49. Ibíd., p.5.
50. Sousa C. Gestión en salud en defensa de la vida. Buenos Aires: Editorial S.A; 2001.
51. Organización Mundial de la Salud Informe sobre la Salud del mundo 2005 "Cada madre y cada niño contaran" OMS. Ginebra, Suiza. 2005 p. 4-19
52. Ibíd., p.4.

53. Organización Panamericana de la Salud. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington. D.C: OPS 2001.
54. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. [Sitio en Internet]. Consulta: 16 de febrero de 2010.
55. Ibíd., p.12.
56. Ibíd., p.13.
57. Así Vamos en Salud. Indicadores de estado de salud. [Sitio en Internet]. Consulta: 14 de febrero de 2010.
58. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud 26° Conferencia Sanitaria Panamericana 54° Sesión del Comité Regional. [Sitio en internet]. Consulta: 28 de febrero de 2010.
59. Así Vamos en Salud. Indicadores de estado de salud. Op.cit. p.SD
60. Ministerio de Protección Social. Situación de Salud en Colombia. **Indicadores** Básicos. [Sitio en Internet]. Consulta: 25 de febrero de 2010.
61. Ibíd., p.SD.
62. Ministerio de Protección Social. Datos básicos de salud en Colombia. [Sitio en Internet]. Consulta: 20 de enero de 2010.
63. Uribe C. Políticas y servicios sociales para el siglo XXI. Santafé de Bogotá:CEJA;1999.
64. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Mortalidad. [Sitio en Internet]. Consulta: 21 de noviembre de 2006.
65. Así vamos en Salud. Op.cit., p. Sd.
66. Ibíd., p. Sd.
67. Gobernación de Antioquia. Plan de Desarrollo, "Antioquia para Todos, Manos a la Obra" Periodo 2008-2011 [Sitio en internet]. Consulta: *19 de febrero de 2010.*
68. Ibíd., p.103.
69. Ibíd., p.104.
70. Ibíd., p.105.
71. Ibíd., p.105.
72. Ibíd., p.106.
73. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición. [Sitio en Internet]. Consulta: 13 de agosto de 2009.
74. Ibíd., p. Sd.
75. Documento CE132/13: Atención Primaria de Salud.
76. Ibíd., p.13.
77. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Op.cit., p. 16.
78. Gaviria N. Tendencias y desafíos teóricos y metodológicos de la salud colectiva. Ensayo maestría salud colectiva Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia; Septiembre 2002.

79. XI Congreso de la Asociación Internacional de Políticas en Salud, VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social: Globalización de la vida y de la Solidaridad. La Habana; 2000.
80. Breilh Jaime. Nuevos paradigmas en Salud Pública Reunión Internacional "Un enfoque de ecosistemas para la Salud Humana: enfermedades transmisibles y emergentes". Rio de Janeiro Noviembre. 1999.
81. Ibíd., p.Sd.
82. Neef M. Elizalde A. Desarrollo a Escala humana Medellín-Colombia: Cepaur; 1986.
83. Sen A. La salud en el desarrollo. En: discurso inaugural en la 52ª Asamblea Mundial de salud.
84. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca Op.cit., pp.17-19
85. Ibíd., p.19.
86. Tribuna docente en medicina de familia. [Sitio en Internet]. Consulta: 14 de febrero de 2010.
87. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Op.cit., p.20.
88. Ibíd., p.19
89. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Op.cit., p. 12.
90. Louro B I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. [Sitio en Internet]. Consulta: 9 de noviembre de 2009.
91. Ibíd. , p.2.
92. Ibíd. , p.2.
93. Ibíd., p. 5.
94. Larocca Feliz. Familia funcional y la familia disfuncional. [Sitio en Internet]. Consulta: 9 de noviembre de 2009.
95. Florenzano R .Las etapas del ciclo vital familiar. En: Seminario de Educación Familiar Citado por Cheix, R. [Sitio en Internet]. Consulta: 13 de febrero de 2010.
96. Estremero Judith, Gacia Bianchi Ximena. Familia y ciclo vital familiar. [Sitio en Internet]. Consulta: *9 de noviembre de 2009.*
97. Cheix M, Op.cit., p.Sd.
98. Estremero Judith, Gacia Bianchi Ximena, Op.cit., p.21.
99. Ibíd., p.19.
100. Colombia. Bogotá D.C. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Colombia de 1991, Diciembre 9, norma de normas por la cual se crea el marco jurídico democrático y participativo para garantizar el orden económico político de los colombianos. Bogotá: Asamblea; 1991.
101. Ibíd., p.11.

102. Lamus, C. D. Representaciones sociales de maternidad y paternidad en cinco ciudades colombianas. Reflexión Política. 1999. [Sitio en Internet]. Consulta: 12 de febrero de 2010.
103. Ibíd., p.Sd.
104. Rico de A. Formas, Cambios y Tendencias en la Organización Familiar en Colombia. Nómadas. [Sitio en Internet]. Consulta: 16 de febrero de 2010.
105. Echeverri de F. L. Aspectos de la familia en la constitución Política de 1991. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de febrero de 2010.
106. Rico de A. Op.cit., p. 113.
107. Arriagada, I. La diversidad y desigualdad de las familias latinoamericanas. [Sitio en Internet]. Consulta: 15 de febrero de 2010.
108. Báez, J. La Familia en Colombia. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de febrero de 2010
109. Ligia Echeverri de Ferrufino Op.cit., p. 29.
110. Ibíd., p.29.
111. Giraldes, M. La familia mono parental. [Sitio en internet]. Consulta: 17 de febrero de 2010.
112. Garza, G. L. La Familia como objeto de estudio. [Sitio en internet]. Consulta: 17 de febrero de 2010.
113. *Beltrán, C.* M. Una visión sociológica del derecho de familia en Colombia. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de febrero de 2010.
114. Luna-Santos S. La recomposición familiar en México. [Sitio en internet]. Consulta: 19 de febrero de 2010.
115. Barry, S. D. La familia. [Sitio en internet]. Consulta: 17 de febrero de 2010.
116. Marrero, L. V. La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. Rev. Cubana Salud Trabajo. [Sitio en Internet]. Consulta: 17 de febrero de 2010
117. *Melendo, T.* La Familia, ámbito primordial de la felicidad humana. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de febrero de 2010.
118. Salud familiar como modelo de atención en salud, bajo el sistema de seguridad social colombiano. Conceptualización, organización y prácticas de atención [Sitio en internet]. Consulta: 21 de febrero de 2010.
119. Max-Neef, Manfred, Elizalde, Antonio, Hoppenhayn Martin. *Op.cit.,* p.80.
120. Ibíd., p.81.
121. Gómez, G. A.M. La salud en los mundos juveniles. Una Propuesta Metodológica para la Promoción en Salud con jóvenes. Parte I Prevención y Promoción de la salud. Coordinación General: Corporación Ser Humano. 2002 pp.2-3.
122. Calvo G, Castro Y, Solano G. La familia en Colombia. Un estado del arte de la investigación 1980-1994. Vol. 1. Ministerio de Salud. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Santafé de Bogotá, Enero 31 de 1995 p. 50.
123. Ibíd., p.50.

124. Pérez, G. B. El cuidado de la familia en enfermería: un reto para el siglo XX. Aquichan 2002: 2 (2):25.
125. Ibíd., p. 26.
126. Gómez, G. A.M. Op.cit., p.2.
127. Duque, C. Sonia. Dimensión del cuidado de enfermería a los colectivos: un espacio para la promoción de la salud y la producción del conocimiento. En: Investigación y Educación en enfermería. Medellín; 1999.
128. Terricabras, J. M. Diccionario de filosofía. Cátedra Ferrate Moro. Ariel; 2004. p.762.
129. Moyra, Allen. El pensamiento enfermero. Citado por: Kerouuac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A Major F. Masson. Barcelona .1996 p.37.
130. Abdel-Ha. Cuidar es desarrollar las capacidades de vivir. [Sitio en internet]. Consulta: 12 de febrero de 2010.
131. Collière, M. F. Cuidar es desarrollar las capacidades de vivir. Enfermería Comunitaria [Sitio en Internet]. Consulta: 12 de febrero de 2010.
132. Muñoz, D. Modelo Epigenético de Erik Ericsson: Psicología de la Personalidad I. [Sitio en Internet]. Consulta: 21 de febrero de 2010.
133. Ibíd., p.2.
134. Ibíd., p.2.
135. Redalyc. El desarrollo psicosocial de *Eric Erikson*. [Sitio en Internet]. Consulta: 2 de marzo de 2010.
136. Luna, M. T. La comunicación humana un escenario para el encuentro con el otro. Perspectivas del Desarrollo humano. Módulo 1 material docente Maestría en educación y desarrollo Humana Convenio CINDE Universidad de Manizales. Medellín. 2004.
137. Canclini N.G Op.cit., pp.1-6.
138. Ruiz Silva A. Identidad, eticidad y pedagogía. En: Pedagogía en valores: Hacia una filosofía moral y política de la educación. Bogotá: Plaza & Janés; 2000.
139. Ibíd., p. 68.
140. Ibíd., p. 73.
141. Organización Panamericana de la Salud. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington. D.C: OPS 2001.
142. Harmer B y Henderson V. Tratado de enfermería teórica y práctica. 2ª ed. en español. México: La prensa Médica Mexicana; 1959.
143. Ministerio de Protección Social. Datos básicos de salud en Colombia. [Sitio en Internet]. Consulta: 12 de enero de 2005.
144. Uribe, C. Políticas y servicios sociales para el siglo XXI. Santa Fe de Bogotá, CEJA, 1999, p.21.
145. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Mortalidad. [Sitio en Internet]. Consulta: 10 de noviembre de 2010.
146. Lock, J. Ensayo sobre el gobierno civil. Barcelona: Ediciones Orbis S.A.; 1983.
147. Casas, Doney M. E. Enfermera, oficina de salud comunitaria. En: Primera jornada científica de enfermería. Cali; 1986.

148. Gaviria D C. El Derecho a la salud en Colombia. En Pensamiento en salud Pública. El Derecho a la salud. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. 2001.

149. Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición. [Sitio en Internet]. Consulta: 10 de agosto de 2009.

150. Breilh, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. Ciencia y Salud colectiva. Sao Paulo; 2003.

151. Breilh, J. Vigilancia clásica o monitoreo estratégico en salud. En: Nuevos conceptos y técnicas de investigación. 3era ed. Quito: Ediciones del Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1997, pp. 203-221

152. Rojo, P. N. Pertinencia social de los programas académicos de perfil gerencial en el sector salud. En: Rev. Cubana Educación Media Superior. 1999; 13(1):70-79 [Sitio en Internet]. Consulta: 22 de septiembre 2009.

153. Aday, L.A. Andersen, R. Marco Teórico para el estudio del Acceso a la atención Médica. Investigaciones sobre servicios de Salud una antología. Edi. Julio Freu, Cosme Ordiraz, José María Pugarini, Barban Starfield. Publicación científica Nro. 534 OPS 1992: 605-613.

154. De la Cuesta B. C. Estrategias de futuro para el desarrollo de la Enfermería Comunitaria. Metas de Enfermería 2004; 7(2):60-63.

155. Gaviria N. D L. Tendencias y desafíos teóricos y metodológicos de la salud colectiva. Ensayo maestría salud colectiva Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Septiembre 2002.

156. Repullo, L. José Planificación sanitaria. En: Manual de administración y gestión sanitaria. Ed. Díaz de Santos 1998 Madrid.

157. Castillo, L C. El paradigma de la Planificación en Colombia y la Ley orgánica de presupuesto. En: la reunión de delegatarios de los consejos territoriales de Planeación del departamento de Antioquia. Medellín; 1995.

158. Matus C. MAPP, Método Altadir de Planificación. Bogotá: Fondo Editorial Altadir; 1994.

159. Testa, M. Tendencias en Planificación. En: Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1990.

160. Barrenechea, J.J. Trujillo, E. y Chorny, A. SPT 2000, Implicaciones para la Planificación y la Administración de los Servicios de salud. Medellín: FNSP U.de A.; 1990.

161. Cassirer. Óp.cit., p.Sd.

162. Duque C Sonia. Óp.cit., p.4.

163. Breilh J. Vigilancia clásica o monitoreo estratégico en salud. En: Nuevos conceptos y técnicas de investigación. 3° ed. Quito: Ediciones del Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1997, pp. 203-221.

164. Torralba F. Antropología del cuidar. España: Fundación MAPFRE; 1998.

165. Aranguren Gonzalo L. Reinventar la solidaridad: Voluntariado y educación. Madrid: PPC. 1998.

166. Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Organización Panamericana de la Salud. Propuesta del Modelo de Gestión Integrado basado en las experiencias MANA, APS y AIEPI en el marco de la Protección social. Medellín, Antioquia, 2008.

167. Louro, B. I. Infante Pedreira O, Cuesta Freijomil, D. Pérez, González E. González, Benítez I. Pérez, Pileta C. et. ál. Manual para la Intervención en la Salud Familiar. [Sitio en Internet]. Consulta: 22 de febrero de 2010

168. Ibíd., p. 19.

169. Hartman A. Ecomapa. [Sitio en internet]. Consulta: 21 de febrero de 2010.

170. Max-Neef, Manfred, Elizalde, Antonio, Hoppenhayn Martin Desarrollo a Escala Humana. Development Dialogue, Numero especial 1986. [Sitio en internet]. Consulta: 21 de febrero de 2010.

171. Louro, B. I. Infante Pedreira O, Cuesta Freijomil, D. Pérez, González E. González, Benítez I. Pérez, Pileta C. et. ál. Óp.Cit., p.27.

172. Louro B I. Hacia una nueva conceptualización de la salud del grupo familiar y sus factores condicionantes. 2004. [Sitio en internet]. Consulta: 9 de noviembre de 2009.

173. Ibíd., p. Sd.

174. Louro, B. I. Infante Pedreira O, Cuesta Freijomil, D. Pérez, González E. González, Benítez I. Pérez, Pileta C. et. ál. Óp.Cit., p.28.

175. Ibíd., p.81.

176. Max-Neef, Manfred, Elizalde, Antonio, Hoppenhayn Martin. Op.Cit., p.80.

177. Ibid., p. 83.

178. WITT, R. R. Competencias de la enfermera en la atención básica. Contribución a la construcción de las funciones esenciales de salud pública. 2005. Tesis (Doctorado de Enfermería en Salud Pública) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2005, p. 336.

179. Ibíd., p. Sd. Ministerio de la Protección Social. Perfiles ocupacionales y normas de competencia laboral para auxiliares en la áreas de la salud. programa de apoyo a la reforma de la salud PARS. Bogotá, 2005. [Sitio en Internet]. Consulta: 20 de mayo de 2006.

180. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1283 de 1996, por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud. República de Colombia. [Sitio en Internet]. Consulta: 10 de febrero de 2010.

181. Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, organización panamericana de la salud. propuesta del modelo de gestión integrado basado en las experiencias mana, APS y AIEPI en el marco de la protección social. Medellín, Antioquia, 2008.

182. Colombia. Ministerio de la Salud. Resolución 8430 de 1993, octubre 4, por el cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Santafé de Bogotá. El ministerio; 1993.

183. Colombia. Ministerio de la Salud. Resolución 1995 de 1999, Julio 8, por el cual se establecen las normas para el manejo de la Historia Clínica. Santafé de Bogotá. El ministerio; 1999.
184. Saavedra Oviedo J. Familia. Tipos y modos. [Sitio en internet]. Consulta: 20 de febrero de 2010.
185. Torres Tenorio. Medios de Transporte. [Sitio en internet]. Consulta. 20 de febrero de 2010.
186. Organización Panamericana de la Salud. Hacia una vivienda saludable. Que viva mi hogar. Manual para el agente comunitario. [Sitio en internet]. Consulta: 20 de Mayo de 2006.
187. Casas USA. Que es una Casa. [Sitio en internet]. Consulta. 14 de febrero de 2010.
188. Bails B. Diccionario de arquitectura civil. Madrid. Imprenta de la Viuda de Ibarra; 1802.
189. Primer Coloquio Nacional de Estudios Afrocolombianos. Aporte para un estado del arte. Popayán; octubre. Popayán. Universidad del Cauca, 2001.
190. Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Decreto 1555 de 1990, Julio 6, por el cual se reglamenta el Decreto-Ley 3069 de 1968 y el Capítulo V de la ley 81 de 1988 y se establece una estructura nacional de tarifas para el servicio de energía eléctrica. Bogotá. Planeación Nacional; 1990.
191. Candia, B. D. Metas del Milenio y tugurios. Una metodología utilizando datos censales. Santiago de Chile. Copyright © Naciones Unidas; 2005.
192. ICONTEC, comité 323402, NTC 813. 94-10-19 Norma oficial para la calidad del agua en Colombia.
193. Delgado, R. C. Representaciones Sociales de higiene y disposición de excretas, el caso de la introducción sanitarios ecológicos secos en Quibdó y Tumaco. [Sitio en internet]. Consulta: 14 de febrero de 2010.
194. Meneses J. El compostaje. [Sitio en internet]. Consulta: 14 de febrero de 2010.
195. Idem. El mundo del medio ambiente. El reciclaje de desechos. [Sitio en internet]. Consulta:14 de febrero de 2010.
196. Saavedra Oviedo J. Óp. Cit., p. S.d.
197. Registraduría Nacional del Estado Civil. Documentos de Identidad. Colombia. [Sitio en internet]. Consulta: 10 de febrero de 2010.
198. Ministerio de la Protección Social. Anexo técnico para la Integración y depuración de la base de datos única de potenciales beneficiarios- BDUPB. [Sitio en internet]. Consulta: 10 de febrero de 2010.
199. Colombia aprende. Diversidad y equidad, todos sumamos todos contamos, población étnica [Sitio en internet]. Consulta: 20 de febrero de 2010.
200. Colombia. Senado de la República. Decreto 1260 de 1970, Julio 27, por el cual se expide el Estatuto del Registro del Estado Civil de las personas. Bogotá. El Senado; 1970.
201. Colombia. Ministerio de Educación. Ley 115 de 1994, febrero 8, por la cual se expide la Ley General de Educación. Santafé de Bogotá. El Ministerio; 1994.
202. Magorno O. El Analfabetismo en Argentina. [Sitio en internet]. Consulta: 14 de febrero de 2010.

203. Ministerio de Educación Nacional. Posición Ocupacional. [Sitio en internet]. Consulta: 25 de febrero de 2010.
204. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Sistema General de Seguridad Social en Salud.. Fortalecimiento de los Espacios de Participación Social en Salud en el Departamento de Antioquia. Medellín. Impresos J&F; 2003.
205. Colombia Ministerio de Salud. Resolución 412 de 2000, febrero 25, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá. El Ministerio; 2000.
206. Organización Mundial de la Salud. Patrones de Crecimiento infantil. [Sitio en internet]. Consulta: 24 de febrero de 2010.
207. Mi pediatra. Índice de masa corporal en niños y adolescentes de 2 a 20 años. [Sitio en internet]. Consulta: 14 de febrero de 2010.
208. Ibíd.
209. Raffensperger E, Zusy M, Marchesseult, Neeson J. Manual de Enfermería. Barcelona. Oceano; 2004. p.1043.
210. Municipio de Itagüí, Dirección local de Salud. Lactancia Materna. Municipio de Itagüí; 2005.
211. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Plan Ampliado de Inmunización. [Sitio en internet]. Consulta: 14 de febrero de 2010.
212. Equipo de Prevalencia en Planificación Familiar. Schering Colombia S.A. Manual de planificación Familiar. Tirando Seriedad. 3 ed. Bogotá. Lito Schering; 2001.
213. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 1145 de 2007, julio 10, *por medio del cual se organiza el Sistema Nacional de Atención Integral de Personas en condición de Discapacidad. Bogotá. El Ministerio; 2007.*
214. Raffensperger E, Zusy M, Marchesseult, Neeson J. op. Cit. pp. 305,133,165,170.
215. Raffensperger E, Zusy M, Marchesseult, Neeson J. op. Cit. pp.513-529.
216. Entrevista con Oscar Alberto Rubio Henao, Psicólogo Asesor del equipo de Salud Mental de la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2009.
217. Max N, Elizalde A. Desarrollo a Escala Humana una opción para el futuro. Chile. CEPAUR; 1986.
218. Ministerio de Salud Pública. Grupo asesor metodológico de los estudios de salud de la familia. Manual de intervención familiar. Cuba. Ministerio de Salud Publica; 2002.
219. Goldrick M, Gerson R. Genograms in Family Assestment WW. CANADA. Penguin Books Ltd; 1985.

Capítulo 3

220. Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Educación y Ministerio del Medio Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables Escuela Saludable y

Vivienda Saludable. Bogotá D C., diciembre de 2006. [Sitio en Internet]. Consulta: 22 de Noviembre de 2009.

221. Universidad de Antioquia. Grupo Base. Estrategia Municipios Saludables y Escuelas Saludables. Abriendo espacios Flexibles en la Escuela. Medellín. Universidad de Antioquia; 2009.
222. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Protección Social, Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia. Impulso al Logro de los objetivos de Desarrollo del Milenio con Equidad Estrategia de Entornos Saludables. Serie documentos [CD-ROM] Bogotá D.C.; 2009.
223. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud OMS Alma-Ata. 1978. [Sitio en Internet]. Consulta: 2 de septiembre de 2009.
224. Flórez-Alarcón, L. Conceptos Fundamentales sobre Metodología Típica. Típica: Boletín Electrónico de Salud Escolar. [Artículo de Internet]. 2005. Consulta: 1 de febrero de 2010.
225. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. [Sitio Internet]. Consulta: 20 de noviembre de 2009.
226. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. [Sitio en Internet]. Consulta: 4 de febrero de 2010.
227. Organización Mundial de la Salud. Reunión de Consulta Costa Rica, 1993. [Sitio en Internet]. Consulta: 12 de noviembre de 2009.
228. Colombia. Bogotá D. C. Ministerio de Educación Nacional. Ley 115 de 1994, 8 de Febrero. Por la cual se expide la ley general de educación. Bogotá. El Ministerio; 1994.
229. Organización Panamericana de la Salud. Red Colombiana de Escuelas Saludables [Sitio en Internet]. Consulta: 23 de enero de 2010.
230. Colombia Bogotá D C. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D C. Proyecto de Acuerdo 410 de 2006, 1 de septiembre, por el cual se determinan mecanismos para impulsar la estrategia de Escuelas Saludables. Bogotá: Consejo de Bogotá D C.; 2006.
231. PROINAPSA. Universidad Industrial de Santander. Hacia la Construcción de Escuelas Saludables: Guía para Docentes y Personal de Salud. 3 ed. Bucaramanga; 2001.
232. Organización Panamericana de la Salud. Red Colombiana de Escuelas Saludables [Sitio en Internet]. Consulta: 23 de enero de 2010.
233. Flórez, Alarcón. L. Una Metodología de Promoción de la Salud Escolar que Incorpora la Dimensión Psicológica al Aprendizaje de las Competencias Sociales. [Sitio en Internet]. Consulta: 22 de noviembre de 2009.
234. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables Escuela Saludable y Vivienda. Óp. Cit., p. 12.
235. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Protección Social, Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia. Óp. Cit., p. Sd.
236. Universidad de Antioquia. Óp. Cit., p. Sd.

237. Primer Informe de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 1990. Perspectiva General. [Sitio en Internet]. Consulta: 23 de noviembre de 2009.
238. Max Neef, Manfred. Ponencia Desarrollo a Escala Humana. [Sitio en internet]. [Video] Consulta: 15 en noviembre de 2009.
239. Max Neef, Manfred, Elizalde A, Hopenhayn. Desarrollo a Escala Humana, una opción para el futuro. Reflexiones para una nueva perspectiva. Medellín: Centro Dag Hammarskjold; 1996.
240. Max Neef Manfred, Elizalde A, Hopenhayn. Óp. Cit., p.28.
241. Maestría de Educación y Desarrollo Humano: Módulo Ambientes educativos. Medellín; julio de 2007-noviembre de 2008. Sabaneta: Convenio Universidad de Manizales-Cinde. Centro de Estudios Avanzado de Niñez y Juventud Maestría en Educación y Desarrollo Humano.
242. Ibíd., p. 15.
243. Universidad de Antioquia. Op.cit., p 54.
244. L. Mangrulkar et al. Organización Panamericana de la Salud. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludables de niños y adolescentes. 2001. [Sitio en internet]. Consulta: 21 noviembre de 2009.
245. Colombia. Constitución Política 1991. Constitución política de Colombia. Santafé de Bogotá.
246. Colombia. Bogotá D C. Ministerio de Educación Nacional. Ley 115 de 1994. Op.cit., Art. 1.
247. Sen, A. Desarrollo y Libertad. 3 ed. Bogotá: Planeta; 2001.
248. Ministerio de la Protección Social. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables Escuela Saludable y Vivienda. Óp. cit., p. 13
249. Colombia. Bogotá D.C. Ministerio de Educación Nacional. Ley 115 de 1994. Óp.cit., Art. 5 Numeral 12.
250. *Ibíd, Art 14.*
251. Colombia. Bogotá D.C. Ministerio del Interior y de Justicia. Ley 1098 de 2006, 8 de noviembre, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá: El Ministerio; 2006.
252. Unicef. Hacia una escuela de calidad amiga de las niñas y los niños. Ideas para la acción. Bogotá D C., Abril de 2006.
253. Ibíd., p. 20.
254. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. Lineamientos de Política de Atención Educativa a Poblaciones Vulnerables. Revolución Educativa. Bogotá: El Ministerio; julio de 2005.
255. Ibíd., p.11
256. Departamento de Antioquia. Plan de Desarrollo Manos a la obra 2008-2001. [Sitio en internet]. Consulta: 5 de octubre de 2009.
257. Delors J. La Educación encierra un tesoro. Unesco. México 1996.

258. Naciones Unidas. Consejo económico y social. Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho a la educación. Informe de la Relatora Especial, Katarina Tomaševski. Colombia 2004. [Sitio en internet]. Consulta: 26 de octubre de 2009.
259. Ibíd., p 20
260. Balladelli, Pier Paolo Et al. Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia. Experiencias de acción intersectorial en Colombia para la equidad en salud de las minorías étnicas. Organización Panamericana de la Salud. Bogotá DC. 2008. [Sitio en internet]. Consulta: 7 de agosto de 2009.
261. Delors J. La Educación encierra un tesoro. Óp.cit., Sd.
262. López H. Investigación cualitativa y participativa: un enfoque histórico-hermenéutico y crítico-social en psicología y educación ambiental [Sitio en internet]. Consulta: 26 de agosto de 2009.
263. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Protección Social, Entornos Saludables y Desarrollo Territorial en Colombia: Herramientas para caracterización y seguimiento de las condiciones socio-ambientales y sanitarias de los entornos. Documento 06,07-16. [CD-ROM] Bogotá D C, junio 2009.
264. Ministerio de la Protección Social. Ministerio de Educación y Ministerio del Medio Ambiente Vivienda y Desarrollo Territorial. Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables. Op.cit., p 44.
265. Colombia Ministerio de Educación Ley 115 de 1994, febrero 8 Por la cual se expide la Ley general de educación. Bogotá Ministerio de Educación 1994.
266. Colombia Ministerio de la Protección Social Resolución Nº 0425 DE 2008, 11 de febrero, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Bogotá. Ministerio de la Protección Social; 2008.
267. Colombia Ministerio de la Protección Social Resolución Nº 008430 DE 1993, 4 de octubre, Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá. Ministerio de Salud; 1993.
268. Ministerio de educación ley 115 de 1994. Óp., cit.
269. Ministerio de Protección Social, resolución 0425 de 2008. Óp., cit.
270. Ministerio de educación ley 115 de 1994. Óp.cit., p. 6.
271. Colombia Ministerio de Educación DECRETO 1860 DE 1994, 3 de agosto Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 115 de 1994, en los aspectos pedagógicos y organizativos generales. Bogotá Ministerio de Educación 1994. p. 2.
272. Ibíd., p. 12.
273. Ibíd., p. 14.
274. Ministerio de educación ley 115 de 1994. *Ó*p.cit., p. 11.
275. Colombia Ministerio de Educación Norma Técnica Colombiana 2006, marzo Ingeniería Civil y arquitectura, planeamiento y diseño de instalaciones y ambientes escolares Bogotá Ministerio de Educación 2006.
276. Ministerio de educación decreto 1860 de 1994. *Ó*p.cit., p. 4.

277. Colombia Ministerio de Educación decreto 3012 de 1997, diciembre 19 por el cual se adoptan disposiciones para la organización y el funcionamiento de las escuelas normales superiores. Bogotá Ministerio de Educación 1997., p. 11.
278. Colombia Ministerio de Educación Ley 30 de 1992, diciembre 28 Por la cual se organiza el servicio público de la Educación Superior. Bogotá Ministerio de Educación 1992.
279. Saavedra Oviedo J, Familia y modos. [sitio en Internet]. Consulta: 8 de marzo de 2010.

Capítulo 4

280. Corujo V Y. El marxismo y la formación del hombre nuevo. En: cuarto congreso Cuba siglo xxi; Habana 2004. [Sitio en Internet]. Consulta: 16 de noviembre de 2009.
281. Max N M. Elizalde A. Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Santiago, Chile: Cepaur; 1986, p. 94.
282. Boletín de prensa, principales indicadores del mercado laboral; informalidad. 2009 Colombia [Sitio en internet]. Consulta: 5 de febrero de 2010.
283. Vásquez H. La realidad del trabajo decente en Colombia, Escuela Nacional Sindical. [Sitio en Internet]. Consulta: 21de octubre de 2009.
284. Rojas J. Contraloría General de Antioquia. 2008. [Sitio en internet]. Consulta: 13 de enero de 2010.
285. Gobernación de Antioquia, Plan de desarrollo Antioquia para todos, manos a la obra 2008-2011. [Sitio en Internet]. Consulta: 22 de octubre de 2009.
286. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud Canadá, 1986. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
287. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Adelaida. Políticas públicas Saludables. Australia, 1988. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
288. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud. Suecia 1991 [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
289. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta. Sobre la promoción de la salud en el siglo xxi Indonesia, 1997. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
290. Organización Mundial de la Salud. Declaración de México. Hacia una mayor equidad. México, 2000. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
291. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Bangkok. La promoción de la salud en un mundo globalizado. Tailandia, 2005. [Sitio en internet]. Consulta: 11 de septiembre de 2009.
292. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional en salud de los trabajadores. Washington, D.C. 2001.[Sitio en internet]. Consulta: 2 de octubre de 2009.
293. Ibíd., pág. 21.
294. Organización Mundial de la Salud. Salud de los trabajadores: proyecto de plan de acción mundial. Suiza, 2007. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de noviembre de 2009.

295. Cuarta cumbre de las Américas. Crear Trabajo para Enfrentar la Pobreza y Fortalecer la Gobernabilidad Democrática. Argentina, 2005. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de Noviembre de 2009.

296. Organización Internacional del Trabajo. Declaración de Ottawa. Canadá, 2001. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de noviembre de 2009.

297. Organización Internacional del Trabajo. Trabajo decente = Trabajo seguro: Seguridad y salud en el trabajo. Revista electrónica Trabajo # 63. Ginebra, Agosto de 2008. [Sitio en internet]. Consulta: 15 de noviembre de 2009.

298. República de Colombia. Plan Nacional de Desarrollo "Estado Comunitario: Desarrollo para Todos. 2006-2010" Tomo I. Reducción de la Pobreza y Promoción del Empleo y la Equidad. Colombia, 2006. [Sitio en internet]. Consulta: 16 de noviembre de 2009.

299. Ministerio de la protección social, Propuesta sobre la definición de política pública para la generación de trabajo digno y decente en el país. Centro de Investigaciones Socio-Jurídicas de la Universidad de los Andes. Colombia, 2008. [Sitio en internet]. Consulta: 16 de noviembre de 2009.

300. Ministerio de la Protección Social. Diagnóstico nacional de condiciones de salud y trabajo de las personas ocupadas en el sector informal de la economía de 20 departamentos de Colombia y propuesta de monitoreo de éstas condiciones. [CD] ISBN: 978-958-8361-56-7. Publicado en Medellín, Agosto de 2008.

301. Presidencia de la República de Colombia, Constitución política 1991. [Sitio en internet]. Consulta: 18 de noviembre de 2009.

302. Presidencia de la República de Colombia, Ley 100 de 1993. [Sitio en internet]. Consulta 18 de noviembre de 2009

303. Presidencia de la República de Colombia, Decreto 1295 de 1994. Organización y Administración del sistema general de Riesgos Profesionales. [Sitio en internet]. Consulta: 22 de octubre de 2009.

304. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. [Sitio en Internet]. Consulta: 22 de octubre de 2009.

305. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039. Plan de Salud Pública 2007-2010. República de Colombia. [Sitio en Internet]. Consulta: 22 de octubre de 2009.

306. Gobernación de Antioquia Óp.cit., p.103.

307. Arendt, H. la condición humana En: La promoción de la salud en el trabajo: Aspectos conceptuales y de reflexión. Citado por: Pico, M. M. En: Revista HPS. [Sitio en internet]. Consulta: 26 de octubre de 2009.

308. Organización Internacional del Trabajo, Memoria del director general, 87° reunión Ginebra, junio de 1999. [Sitio en Internet]. Consulta: 8 de septiembre de 2009.

309. Oficina Internacional del Trabajo. El trabajo decente y la economía informal. Ginebra 2002. [Sitio en Internet]. Consulta: 16 de noviembre de 2009.

310. Ibíd., pág. 1.

311. Ibíd., pág. 7.
312. Max, N.M. Óp.cit., p. 14.
313. Ibíd., pág. 27.
314. Almeida F, N. Silva P, J. La crisis de la Salud pública y el movimiento de la salud Colectiva en Latinoamérica. En: Cuadernos Médico Sociales 75- CESS, 1999. [Sitio en internet]. Consulta: 20 de octubre de 2009.
315. Salud Colectiva, salud de los trabajadores. [Sitio en Internet]. Consulta: 22 octubre de 2009.
316. UIPES, Modulo I Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud En: Revista Electrónica de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud. [Sitio en internet]. Consulta: 4 de febrero de 2010
317. UIPES, Determinar el futuro de la promoción de la salud: Acciones prioritarias. Francia, 2008. [Sitio en internet]. Consulta: 4 de febrero de 2010.
318. Organización Panamericana de la Salud, La Salud en las Américas Cap.1 pág. 45. Washington, D.C. 2007 [Sitio en internet]. Consulta: 26 de octubre de 2010.
319. Organización Panamericana de la Salud, Intersectorialidad en salud. Nicaragua, 2008. [Sitio en Internet]. Consulta: 3 de febrero de 2010.
320. Centro de Preparación en Salud Pública –UPR- Módulo Autoinstruccional: Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades, Lesiones e Incapacidad. División de Educación Continua y Estudios Profesionales-EGSP- Puerto Rico. [Sitio en Internet]. Consulta: 5 de febrero de 2010.
321. Alfonso, G.M. citando a **Keith Tones** (1994). Contextos no formales y educación para la salud pág. 56 Revista de Estudios en Juventud. Septiembre 06 | nº 74 Universidad de la Rioja, España. [Sitio en Internet]. Consulta: 5 de febrero de 2010.
322. Borroto C, R. Aneiros R. Investigación-Acción. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Habana, 2002. [Sitio en Internet]. Consulta: 5 de noviembre de 2009

CAPÍTULO 5

323. Serrano, M. La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. Madrid, España. 1998.
324. Mosquera, M. Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. [Sitio en Internet]. Consulta: 27 de octubre de 2009.
325. Funciones esenciales de salud pública O P S Estados Unidos: OPS, 1998. p. 19.
326. Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978.
327. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa. Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud Canadá 1986. [Sitio en Internet]. Consulta: 13 de agosto de 2009.
328. Promoción de la Salud y Equidad. En: Promoción de la Salud: Una Antología. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D C 1996.

329. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Bangkok. La promoción de la salud en un mundo globalizado. Tailandia, 2005. [Sitio en Internet]. Consulta: 15 de agosto de 2009.

330. Organización Panamericana de la Salud. Carta del Caribe para la promoción de la salud. [Sitio en internet]. Consulta: 25 de agosto de 2009.

331. Blank M. El modelo precede/procede: un organizador avanzado para la reconceptualización del proceso de enseñanza-aprendizaje en educación y promoción de la salud. [Sitio en Internet]. Consulta: 25 de agosto de 2009.

332. Ramírez J. Educaciones contemporáneas: Maestría en desarrollo educativo y social. Bogotá: CINDE-UPN; 2005.

333. Ibíd., p. 15.

334. Kroeger, A. & Luna, R. Atención Primaria en Salud. Principios y métodos. 2ª edición Editorial Pax México: 1990.

335. Zea L. *Aportes epistemológicos y pedagógicos desde la educación popular a las prácticas de educación para la salud con colectivos sociales.* [Tesis Maestría]. Bogotá: CINDE-Universidad Pedagógica Nacional; 2007.

336. Torres A. Discursos, prácticas y actores de la educación popular en Colombia durante la década de los ochenta. Bogotá; Universidad Pedagógica Nacional. 1996.

337. Ramírez J. Significado y posibilidad. En Educación popular, significados y una aproximación metodológica. Módulo del programa de maestría en desarrollo educativo y social. Bogotá; CINDE. 2006.

338. Zea L. Óp cit., p. 82.

339. Cendales L. La educación popular o educación comunitaria. Conferencia presentada en Seminario Paulo Freire. [CD-ROM] Versión 2.0 Bogotá: Seminario Paulo Freire: Pedagogía de la Liberación. 2005.

340. Wisner C, Cortez C, Donoso I. Guía para la comunicación educativa en el marco del control del cáncer. Ministerio de Protección Social. Instituto Nacional de cancerología, Empresa Social del Estado. Bogotá. 2008.

341. Wiesner C, Cortez C, Nieto JM, Tovar S, Donoso I. Modelo para la comunicación educativa para el control del Cáncer en Colombia. Ministerio de Protección Social. Bogotá; Instituto Nacional de Cancerología 2007.

342. Ibíd., p. 10.

343. Gumucio, Dagron A. Comunicación para la salud: El reto de la participación social. Archivo vertical.

344. Gómez R, Yepes C, Rodríguez F, Roldán P, Velásquez W, Lopera J, Martínez O. et al. Manual de gestión de proyectos. Medellín: Universidad de Antioquia; 2009.

345. Espinosa A, Peroni A. Metodología para la evaluación ex-ante de programas sociales. [sitio en Internet]. Consulta: 29 de agosto de 2009.

346. Gómez R. op cit., p. 141.

347. Ibíd., p. 142.

348. Ibíd., p. 142.

349. Kawulich B. La observación participante como método de recolección de datos. [Sitio en Internet]. Consulta: 14 de septiembre de 2009.

350. ¿Qué es un grupo de discusión? [Sitio en Internet]. Consulta: 14 de septiembre de 2009

Capítulo 6

351. Alarcón Osuna R. Los sistemas de información de las organizaciones internacionales. Universidad de Salamanca, 2004 (27):15.

352. Universidad de Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Medicina social Latinoamericana. [Sitio en Internet]. Consulta: 9 de febrero de 2010.

353. World Health Organization. Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe. Informe de un grupo de la OPS/OMS. Estados Unidos. [Sitio en Internet]. Consulta: 9 de febrero de 2010.

354. Campus Virtual de Salud Pública. Informe de un grupo de la OPS/OMS, Canadá. [Sitio en Internet]. Consulta: 9 de febrero de 2010.

355. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud. Informe de un grupo de la OPS/OMS, Brasil. [Sitio en Internet]. Consulta: 9 de febrero de 2010.

356. El Servicio de Información de la Biblioteca de la OPS Washington. Informe de un grupo de la OPS/OMS. [Sitio en internet]. Consulta: 9 de febrero de 2010.

357. Alarcón Osuna R. op cit., p. 19.

358. Weitzenfeld A. Modelo de requisitos En: Ingeniería del *software* orientada a objetos con uml java e internet. 3 ed. Madrid: Cengage; 2003. p. 495.

359. Elmasri R, Navathe S. Fundamentos de Sistemas de Bases de Datos. 5 ed. España: McGraw- Hill; 2006.

360. Presman Roger S. "Ingeniería del *software*: Un enfoque práctico". 4 ed. España: McGraw-Hill; 1997. p581

361. Hensgen P. Manual de Umbrello UML Modeller. [Sitio en Internet]. Consulta: 9 de febrero de 2010.

362. Guerra Dávila RE. Sistemas de Información para la Administración. [Sitio en Internet]. Consulta: 3 de febrero de 2010.

363. Peralta M. Sistemas de Información. [Sitio en Internet]. Consulta: 12 de Febrero de 2010.

364. Benítez G. Calidad de los datos: factor crítico. [Sitio en Internet]. Consulta: 26 de junio de 2006.

365. Font Sierra F. Evaluación del sistema de información de Salud en el distrito de Kilombero Tanzania. [Sitio en Internet]. Consulta: 9 de febrero, 2010.

366. Benítez Óp. cit., p. Sd.

367. Smith P, Morrow R. Ensayos de campo de intervenciones en salud en países en desarrollo. Una caja de herramientas. 2 ed. Washington D C: Organización Panamericana de la Salud, OPS; 1998.

368. Varkevisser C, Pathmanathan I, Brownlee A. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Serie de capacitación en investigación en sistemas de salud. Vol 2. Otawa: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo; 1995.

369. Merino T. Indicadores de Salud. [Sitio en Internet]. Consulta: 9 de febrero de 2010.

370. Valenzuela M. Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. [Sitio en Internet]. Consulta: 12 de febrero de 2010.

371. Blanco Restrepo J, Maya Mejía J. Epidemiología básica y principios de Investigación. En: Fundamentos de salud pública. 2 ed. Medellín: CIB; 2006.

372. De Salazar L. Evaluación de la efectividad en promoción de la salud. Guía de evaluación rápida. Santiago de Cali: Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnologías en Salud Pública CEDETES; 2004.

373. Ibíd., p. 114.

374. Empresa cooperativa de servicios de educación y salud ECOSESA. Atención primaria en salud con promotoras-es de vida. Manual para la intervención familiar. Medellín: 2006.

Imprenta
Universidad de Antioquia

Teléfono: (574) 219 53 30. Telefax: (574) 219 53 32
Correo electrónico: imprenta@quimbaya.udea.edu.co
Impreso en febrero de 2011