

**Caracterización social y ambiental de la vereda Alto Grande en el municipio El Carmen de
Viboral para formular propuestas de promoción de la salud e intervenciones colectivas
2022-2023**

María Patricia Montoya Martínez

Maestría en Salud Familiar

Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Oriente

Abril de 2023

Nota del Autor

María Patricia Montoya Martínez, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Oriente, Rionegro (Antioquia)

Esta tesis de maestría estuvo articulada al proyecto de investigación titulado “Implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud en el entorno comunitario de la vereda Alto Grande perteneciente al municipio El Carmen de Viboral, a partir de intervenciones colectivas dirigidas por un equipo interdisciplinario con el fin de ser un referente para el oriente Antioqueño”, contó con la asesoría de Diana Catalina Borja, Magíster en Salud Familiar y Docente de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Tabla de contenido

	Pág
Resumen	4
Antecedentes	5
Antecedentes de la Promoción de la Salud a Nivel Mundial	5
Normatividad colombiana en APS	9
Antecedentes investigativos	16
Planteamiento del problema	21
Objetivo general	28
Objetivos específicos	28
Justificación	29
Marco referencial	33
Marco conceptual	33
Marco legal – Normatividad colombiana	50
Marco contextual	62
Metodología	66
Resultados	86
Discusión	110
Consideraciones éticas	118
Propuesta de intervención	119
Conclusiones	128
Recomendaciones	130
Referencias bibliográficas	131

Lista de tablas y figuras

	Pág
Tabla 1	69
Tabla 2	75
Figura 1	77
Tabla 3	80
Tabla 4	107
Tabla 5	119

Resumen

En Colombia, la implementación en el entorno comunitario de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIAS_MP), requiere del fortalecimiento de la estrategia Atención Primaria en Salud a partir de la integración de diagnósticos participativos según la Política de Atención Integral en Salud. Este estudio hizo parte de una investigación macro aprobada por el Sistema de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Universidad Católica de Oriente, de ahí, se planteó el objetivo de describir las características sociales y ambientales del entorno comunitario de la vereda Alto Grande del municipio de El Carmen de Viboral a través de la identificación de factores protectores y de riesgo. Tuvo un enfoque cualitativo con el método investigación-acción y la finalidad fue describir las características sociales y ambientales del entorno comunitario para la formulación de propuestas de promoción de la salud e intervenciones colectivas. Se recabó información de fuentes primarias con participación de 32 representantes de la comunidad y tres profesionales de la Secretaría de Salud del municipio, además de fuentes secundarias como los informes de gestión y el análisis de situación de salud municipal. Los hallazgos resaltan las principales dinámicas sociales, acciones y programas en salud ejecutados en la vereda, al igual que la caracterización del contexto ambiental en el patrimonio hídrico, suelo, contaminación y aire. A partir de ello, se formularon propuestas de promoción de la salud e intervenciones colectivas para favorecer entornos hogar, escuela y comunidad saludables que propendan por el derecho a la salud.

Palabras clave: Atención Integral, Diagnostico Comunitario, Entorno Comunitario, Factores Protectores y de Riesgo, Promoción y Prevención de la Salud.

Antecedentes

Antecedentes de la promoción de la salud a nivel mundial

La atención en salud y los sistemas sanitarios a nivel internacional han sufrido grandes cambios desde finales de la década de los 70 cuando se llevó a cabo la conferencia mundial de la salud en Alma Ata en el año 1978. Durante la misma, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) coincidieron en la importancia de que los gobernantes emprendieran acciones locales efectivas que permitieran lograr la meta “salud para todos” (Tejada de Rivero, 2018). Los valores centrales declarados en dicha conferencia fueron: la salud, la equidad, la intersectorialidad, la solidaridad, la justicia y la participación social los cuales siguen estando vigentes en la actualidad, aun cuando el ritmo de implementación de las actividades y las reformas requeridas hayan sido distintas en cada país y no se hayan alcanzado de manera óptima todos los propósitos. Como lo expresó en el año 2009 la entonces directora general de la OMS “pese a los enormes progresos de la salud en el plano mundial, nuestros fracasos colectivos a la hora de materializar esos valores son demasiado obvios y merecen nuestra máxima atención” (Chan, 2009, p. 29).

Desde su cargo como directora general de la OMS, Chan expuso en el documento titulado “Atención Primaria: más necesaria que nunca” la relevancia de realizar reformas en los sistemas de salud dirigidas a cuatro grandes áreas: aumentar la cobertura y la equidad sin exclusión en los servicios de salud, reorganizarlos para hacerlos más pertinentes y eficientes para responder a las necesidades de las comunidades e implementar normas jurídicas dirigidas a la atención sanitaria individual y colectiva. La finalidad de estas áreas fue la integración entre los diversos agentes gubernamentales para definir políticas públicas de salud universales y recuperar el liderazgo estatal para reducir la dependencia excesiva, como también el poco control del Estado sobre los sistemas

de salud, de modo que este se sustituya por un liderazgo integrador, participativo y dialogante capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas sanitarios (Chan, 2009).

De acuerdo con lo planteado en las conferencias enfocadas en salud realizadas por la OMS, en lo transcurrido desde Alma Ata se generaron y reforzaron importantes recomendaciones para establecer la promoción de la salud a nivel comunitario, cediendo a la población el derecho a planear su futuro para fortalecer la conciencia sobre la importancia del autocuidado en el mantenimiento de la salud y el bienestar. Entre las conferencias de la OMS en el año 1986 se emitió la carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986) que tuvo como ejes centrales la promoción de la salud y la participación social de modo que se fortaleciera la construcción de políticas públicas, entornos saludables y desarrollo de habilidades tanto personales como comunitarias para reorientar los servicios de salud a la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS). Adicionalmente, en el año 1997 la conferencia de Yakarta (Organización Mundial de la Salud, 1997) definió el rol clave de la OMS para fomentar acciones prioritarias en favor de la promoción de la salud a través del compromiso de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, bancos para el desarrollo, agencias de naciones unidas, cuerpos interregionales, agencias bilaterales, movimientos sindicales, cooperativas y el sector privado.

Es así como para el 2008, la OMS y la Comisión sobre Determinantes Sociales realizaron un llamado a nivel mundial para subsanar las desigualdades sanitarias, a partir de un informe que contiene diversas propuestas para intervenir las grandes desigualdades que existen entre los países. Cabe señalar que en este mismo informe se nombraron tres recomendaciones generales, entre ellas mejorar las condiciones de vida, lo cual se enfoca en favorecer el bienestar de la población en cada uno de los ciclos vitales desde el nacimiento hasta la vejez, beneficiar el desarrollo de la primera infancia, fortalecer la educación y formular políticas de protección social dirigidas a toda la

población, finalmente, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero, los recursos cuyo propósito es combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida.

Esta última recomendación implica medir la magnitud del problema, analizar sus efectos y plantear posibles intervenciones que aporten a reducir las inequidades y mejorar la calidad de vida de las poblaciones, para lo cual es necesario que las organizaciones que trabajan por la salud como la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los gobiernos nacionales implementen sistemas de vigilancia que permitan realizar una medición sistemática de los determinantes sociales, del efecto de las desigualdades sobre la salud de las personas y las comunidades. (Organización Mundial de la Salud & Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2008)

En este sentido, tiene especial relevancia la APS como una estrategia que busca garantizar un acceso equitativo de toda la población al sistema de salud, con un enfoque centrado en la atención integral desde antes de que aparezca la enfermedad hasta su tratamiento y paliación. Para el caso colombiano se define APS como:

la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del SGSSS. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. (Ley 1438, 2011, p. 7)

Por tanto, se debe resaltar la importancia que han recobrado actualmente la APS y la intervención intersectorial sobre los determinantes sociales, teniendo en cuenta que ambas son

necesarias para mejorar las condiciones de vida de los individuos, las familias, las comunidades y las sociedades. Uno de los enfoques derivados de la APS es el de entornos saludables, entendiendo que son los espacios en los que se efectúan interacciones comunitarias y poblacionales dinámicas enlazadas con las condiciones físicas, sociales, ambientales, culturales, políticas y económicas con potencial de transformación del contexto (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2016). A su vez, “la implicación de las personas, las familias, las comunidades y la sociedad civil mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud” fortalecen las bases metodológicas de la APS como una estrategia para influir en los determinantes sociales, así como en la salud familiar y comunitaria, acorde con lo definido en la conferencia mundial realizada en Astaná sobre este tema en particular. (Organización Mundial de la Salud, 2018, p. 10)

Colombia es un Estado miembro de la OMS y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y ha acogido progresivamente sus recomendaciones en materia sanitaria, lo cual ha permitido realizar cambios en el sistema de salud para superar con éxito las barreras en la atención de la población colombiana relacionadas con el aseguramiento, la accesibilidad, la disponibilidad de recursos y la centralización de la atención, entre otros. Sin embargo, ha sido un reto incorporar en el país nuevas estrategias que contribuyan a mejorar las reformas de este sector con el fin de fortalecer la atención y la calidad en los sistemas sanitarios teniendo en cuenta que dé respuesta a las necesidades de salud en la población.

Con lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta los antecedentes investigativos que reflejan la evolución de la salud pública y que han marcado avances para mejorar las condiciones en la prestación de los servicios sanitarios, en Colombia los avances relacionados con este tema continúan siendo un reto puesto que es necesario generar un cambio en las desigualdades

existentes, lo que significa contribuir a mejorar los determinantes sociales. Esto implica entender que la salud es un proceso íntegro con un enfoque familiar donde se tenga en cuenta al individuo, la familia, la comunidad y la sociedad considerando las condiciones en las que se desarrolla el curso de vida. Es así como la OPS resalta que hay avances en el desarrollo económico y social que han llevado a mitigar las barreras que generan desigualdad e inequidad, pero es enfática en que es necesario seguir realizando esfuerzos para superarlas. (OMS, 2009)

Normatividad colombiana en APS

En la búsqueda de mejorar los servicios sanitarios ofrecidos y entrar en sintonía con la definición de la estrategia APS, en el año 1993 se aprobó la Ley 100 a partir de la cual se creó un sistema de salud de competencia regulada, basado en la combinación pública-privada y de mercado-regulación. En la misma, se propuso el financiamiento del sistema mediante las cotizaciones de empleados y empleadores (régimen contributivo) y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales (régimen subsidiado). En dicha Ley, los artículos 154 y 170 estipulan que, de forma obligatoria, se debe vincular a la población en los procesos de educación, información y fomento de la salud (Ley 100, 1993). En el año 1996, el Ministerio de Salud dicta la Resolución 4288, la cual estableció el plan de atención básica (PAB) destacando entre sus componentes la promoción de la salud para implementar acciones integradas con enfoque poblacional que garanticen mejores condiciones de salud física, psíquica y social de los individuos y colectividades. (Resolución 4288, 1996)

Posteriormente el año 2000, se emitió la Resolución 00412 por la cual se adoptaron las normas técnicas de obligatorio cumplimiento por parte de entidades promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de salud (IPS), así como direcciones seccionales, distritales y locales de salud en materia de atención sanitaria. En esta se establecieron actividades, procedimientos e

intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, al igual que se definieron guías de atención para el tratamiento de enfermedades de interés en salud pública. (Resolución 412, 2000)

En diciembre del 2001 se dictó la Ley 715 que delimitó acciones para la transferencia de los recursos que el Estado colombiano debe realizar a las entidades territoriales para la financiación de los servicios de salud y educación, regulando así la base económica para implementar dichas actividades. En cuanto a las competencias del gobierno nacional sobre el sector salud se estableció la creación de mecanismos, estrategias de participación social para promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos. Además, se dictó que los municipios al igual que los distritos debían elaborar e incorporar al plan de atención básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual requería ser elaborado con la participación de la comunidad, bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. (Ley 715, 2001)

De acuerdo al estudio realizado por Agudelo Calderón et al. (2011), pese a las directrices de las leyes y resoluciones previamente mencionadas se han evidenciado pocos logros en los indicadores sanitarios principalmente de cobertura y acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, se encontraron inconformidades entre los usuarios por falta de oportunidad en la atención, entre los prestadores por dificultades para la financiación de los servicios prestados y en el Estado por los retos de gobernanza tanto en términos del financiamiento como de la atención. Hallaron también que algunas actividades importantes de promoción y fomento de la salud fueron relegadas a un segundo plano por parte de los prestadores, por lo cual la Corte Constitucional emitió la Sentencia T-760 de 2008 que reiteró la salud como un derecho fundamental con el propósito de proteger a los usuarios frente a las pretensiones mercantilistas de las empresas prestadoras de salud y la laxa intervención del Estado para proteger este derecho.

Entre tanto, en el año 2011 se emitió la Ley 1438 que planteó una reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la cual el Estado se hizo responsable de la política de salud pública, así como garante de la ejecución y los resultados de las acciones enfocadas tanto en promoción de la salud como en prevención de la enfermedad dentro del marco de los pilares de la APS. En la misma, se establecieron las funciones de los equipos básicos de salud, entre las que se resalta la realización del diagnóstico familiar como una herramienta fundamental para la jerarquización de las necesidades de las familias y el desarrollo de programas que aporten a intervenirlas. Por tanto, cabe resaltar que al leer cuidadosamente las funciones de los equipos básicos de salud se encuentran verbos como “informar” e “inducir” en los usuarios lo relativo a los servicios de salud a los que pueden acceder por sus riesgos específicos (Ley 1438, 2011). Esto se puede interpretar como una visión pasiva de los usuarios, como receptores y no como protagonistas de las acciones necesarias para prevenir o intervenir dichos riesgos, lo cual genera falencias en la prestación de los servicios de salud.

Para el año 2015 se formuló la Ley estatutaria 1751, la cual dictaminó que el Estado tiene la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud, al igual que debe adoptar políticas enfocadas en la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, así como en la rehabilitación de las secuelas mediante acciones colectivas e individuales. Igualmente, debe proponer políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud (Ley estatutaria 1751, 2015). Para este mismo año, el Ministerio de Salud y Protección Social promulgó la Resolución 518 que definió el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC) como complemento al plan obligatorio de salud (POS), el cual buscó influenciar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados a través de actividades colectivas o individuales desarrolladas a lo largo del curso de vida. (Resolución 518, 2015)

En el año 2016 se dictó la Resolución 429 en la que se adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) cuyo propósito fue mejorar las condiciones de salud de la población regulando la intervención sectorial e intersectorial para garantizar el desarrollo de planes y programas enfocados en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación con criterios de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutiva (Resolución 429, 2016). Además, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) se enmarcó en la estrategia APS y fue definido como:

Un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas. (Resolución 429, 2016, p. 3)

En el 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social elaboró el documento Lineamientos Nacionales de Entornos con el propósito de dar orientaciones a los sectores nacionales y a los entes territoriales para la promoción de acciones en los diferentes entornos que aporten al desarrollo sostenible, al desarrollo humano y a la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades mediante intervenciones integrales e integradas sectorial e intersectorialmente con participación activa de los diferentes actores sociales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En este sentido, los entornos son definidos como “... escenarios de la vida cotidiana en los que los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 12). Además, son entendidos como escenarios

determinados por dinámicas y condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas donde conviven e interactúan individuos, familias y comunidades para transformar el contexto que los rodea. Los primeros entornos estipulados a nivel nacional fueron el de *vivienda y el de escuela* dando origen al concepto de escuela saludable como una estrategia de promoción y protección de la salud con enfoque diferencial en el ámbito escolar y un mecanismo articulador de intereses con el fin de mejorar la salud, el aprendizaje, la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo humano y social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b). Por su parte, la estrategia de vivienda saludables abarca el desarrollo de actividades de promoción de la salud y de prevención de enfermedades que aporten a reducir factores de riesgo de orden psicológico, familiar y social, al igual que permitan mejorar el entorno ambiental de las familias. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018c)

Con base en las experiencias adquiridas, las competencias sectoriales y la creciente gestión intersectorial surge la necesidad de definir claramente otros entornos como el de hogar, laboral, comunitario, educativo e institucional. A su vez, este mismo lineamiento buscó articular los componentes y líneas operativas de la estrategia con el desarrollo humano, el desarrollo sustentable y la calidad de vida, teniendo en cuenta a las personas, familias y comunidades como centro de las intervenciones en salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a)

En el año 2018 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció la estrategia de entorno comunitario saludable que tiene la finalidad definir las acciones focalizadas en los grupos de base comunitaria, organizaciones comunitarias, sociales, ambientales, redes de apoyo y demás formas organizativas de la comunidad. De igual manera, se centra en las intervenciones que se pueden realizar en los diferentes escenarios del entorno y que deben dar cuenta del efecto positivo

sobre los determinantes sociales, sanitarios y ambientales. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a)

Dentro de las orientaciones que se encuentran establecidas en la estrategia para ser desarrolladas con las comunidades se describen fundamentalmente las siguientes: fomentar la construcción de comunidad como factor garante de respeto, tolerancia, convivencia, solidaridad para el logro de la paz, en lo cual se requiere el reajuste de diversas prácticas tanto sociales como estatales, así como la formación ciudadana; promover la concertación, los diálogos y los pactos como estrategias del desarrollo en los que se requieren habilidades de negociación, de disertación respetuosa para encontrar fines comunes que beneficien la comunidad; validar la planeación como instrumento de agencia del desarrollo de la comunidad, incrementar la capacidad de gestión, autogestión, cogestión de la comunidad lo que permite definir metas claras y realizar trazabilidad de su cumplimiento, finalmente, promover la educación comunitaria como instrumento necesario para recrear, revalorizar la participación de la comunidad en los asuntos locales, municipales, regionales y nacionales. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a)

En el año 2018 emitió la resolución sobre las rutas integrales de atención en salud – RIAS (Resolución 3280, 2018), que expuso en sus consideraciones iniciales un recuento de las diferentes normatividades aprobadas en años anteriores para dar cuenta de su progresividad y de las que fueron derogadas. Esta normatividad tiene como fin adoptar los lineamientos técnicos y operativos de RIAS enfocándose en la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud (RPMS) que son herramientas operativas obligatorias del MIAS. Además, en relación con el ámbito comunitario, la resolución especifica que se debe garantizar una evaluación permanente del impacto en la salud generado por las políticas públicas sectoriales e intersectoriales tales como la reducción de inequidades y la modificación en los determinantes sociales y ambientales. Dichas

políticas deben incluir investigaciones participativas que permitan comprender la perspectiva de las comunidades (problemas, capacidades y recursos), definir formas para optimizar sus condiciones y potenciar la gestión de entornos saludables. Esta resolución contiene un anexo que corresponde a una descripción de las actividades a realizar en cada ruta, así como parámetros de gestión de las intervenciones en salud según su ámbito de aplicación y los profesionales involucrados.

El 27 de septiembre de 2019 se emitió la Resolución 2626 que modificó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y estableció el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) debido a que se evidenciaron brechas en el desarrollo del MIAS entre los territorios y dentro de ellos. El propósito del MAITE es, por tanto, orientar de forma articulada la gestión del sistema de salud en los territorios bajo el liderazgo del departamento o del distrito para identificar prioridades y establecer acciones concretas que permitan su operatividad a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social. (Resolución 2626, 2019)

El MAITE está fundamentado en la APS, se centra en las personas, las familias y las comunidades e igualmente, busca la participación comunitaria articulando el apoyo de los diferentes sectores departamentales y municipales para asegurar la sostenibilidad, la eficiencia, así como la equidad en las intervenciones sanitarias. Este modelo tiene como objetivos garantizar el disfrute del derecho fundamental a la salud en los territorios, fortalecer la autoridad sanitaria, articular los actores territoriales y los agentes del sistema de salud para el logro de resultados óptimos, responder a las necesidades de atención de la población, mejorar las condiciones de salud y la satisfacción de los usuarios, al igual que garantizar la sostenibilidad financiera del sistema (Resolución 2626, 2019). Es importante resaltar que el MAITE comprende acciones y

herramientas agrupadas en ocho líneas (aseguramiento, salud pública, prestación de servicios de salud, talento humano en salud, financiamiento, enfoque diferencial, intersectorialidad y gobernanza) que se deben adaptar a las características de cada territorio.

También incluye los siguientes componentes: caracterización de la población según el curso de vida y grupos de riesgo; definición de rutas integrales de atención en promoción y mantenimiento de la salud, grupos de riesgo y eventos específicos de atención; propuesta para la gestión integral del riesgo en salud identificando los grupos vulnerables, seguimiento de cohortes, diseño de modelos predictivos, evaluación de la efectividad de los servicios y garantía de la interoperabilidad de los sistemas de información; delimitación territorial que comprende lo urbano, la alta ruralidad y la población dispersa y, finalmente, conformación de redes integradas de prestadores de servicios de salud con sus componentes tanto primario como complementario (Resolución 2626, 2019). Los antecedentes legislativos son importantes para esta investigación porque describen la trayectoria histórica de la normatividad en materia de salud pública y APS, establecen las pautas para su implementación y ejecución, además, evidencian la evolución de un enfoque patocéntrico focalizado en el individuo hacia una concepción de atención en salud integral que involucra tanto a las familias como a las comunidades, al igual que privilegia la promoción de entornos saludables.

Antecedentes investigativos

En un estudio con enfoque cualitativo realizado en el departamento del Cauca en el periodo 2016 - 2019 se buscó conocer cómo fue la implementación de la PAIS en el territorio colombiano y se logró evidenciar cómo los participantes vivenciaron las limitaciones en la adopción de la atención primaria, la autoridad sanitaria y la articulación de actores. Entre estas se destaca el desconocimiento por parte de las secretarías de salud acerca de los procedimientos conexos a las

asistencias técnicas, la falta de claridad frente a los procesos de implementación de la política, la discordancia entre lo declarado en la normatividad y la capacidad institucional para trabajar bajo el modelo de APS y la poca capacidad resolutive de las direcciones locales de salud frente a temas emergentes. Además, se determinó que el talento humano en salud es fundamental para la aplicación de la política, sin embargo, su permanencia en el territorio es discontinua afectando el cumplimiento de todos los propósitos de la misma. De igual manera, los autores concluyeron que el trabajo intersectorial limitado, las prácticas clientelares, la autoridad sanitaria débil y la falta de soportes para la gestión condujeron a evaluar la pertinencia de mejorar las capacidades e incrementar los recursos necesarios para garantizar la operatividad de las estrategias contempladas en la PAIS (Mera-Urbano et al., 2022).

Al evaluar otros antecedentes sobre los nuevos modelos diseñados para entender la salud, se evidencia que estos integran el medio ambiente, el desarrollo social y económico entre otros determinantes, lo cual implica que los profesionales sanitarios y la comunidad apropien un nuevo concepto sobre la salud pasando de la simplicidad de “ausencia de enfermedad” a uno de mayor alcance que permita reconocer múltiples dimensiones tales como la biológica, psicológica, conductual, social, ambiental, política y económica como elementos importantes en el proceso salud-enfermedad. Esto también ha derivado en una búsqueda del estado por definir los roles que tienen las comunidades dentro del sistema de salud (Franco Giraldo, 2020). Estos componentes y dimensiones de la salud se han integrado para comprender que el proceso salud-enfermedad no solo está determinado por aspectos biológicos y físicos, sino que trasciende los planos sociales a partir de la interacción con el colectivo humano; económicos en la medida que los ingresos determinan la posibilidad de acceso a bienes y servicios; geográficos porque las áreas periféricas tienden a ser menos accesibles y con oportunidades reducidas, ambientales porque la

contaminación a gran escala afecta la salud de la población, políticos porque las decisiones gubernamentales influyen sobre el acceso a los servicios de salud. De esta forma, la adopción de nuevas maneras de interacción entre los miembros de los equipos de salud y las comunidades ha venido evolucionando, de tal manera que la relación entre estos actores es menos vertical y prescriptiva dando la posibilidad a las comunidades de ser gestoras de acciones para promover la salud y prevenir la enfermedad.

Otro estudio con enfoque cuantitativo desarrollado en la localidad de Ciudad Bolívar (Bogotá) buscó aportar a la prestación equitativa de servicios de salud a los usuarios a través de una red suficiente con principios de oportunidad, calidad, continuidad, resolutivez e integralidad. Con el propósito de lograr mejores resultados de la gestión en salud y de mitigación del riesgo, los investigadores propusieron la implementación de la RIAS para el grupo de riesgo con trastornos mentales o del comportamiento debido al consumo sustancias psicoactivas y adicciones en la adolescencia. Entre los hallazgos más importantes del estudio se encuentra que el 13% de los participantes ha consumido sustancias ilícitas al menos una vez en la vida con predominio en el sexo masculino, el consumo es más prevalente en el rango de edad de 18 a 24 años, primando sustancias como la marihuana y la cocaína, pero identificándose el uso de una alta gama de drogas, además se destaca la necesidad de enfoques de rehabilitación clínico – social más allá de centrarla en un cambio conductual. Estos resultados permitieron concluir que es necesario articular programas de salud pública para intervenir esta población a partir de la prevención del consumo y la rehabilitación, fortaleciendo la red de prestadores de servicios de salud complementarios y especializados que se consideran insuficientes en la medida que pocas instituciones ofrecen atención de las patologías derivadas del consumo de sustancias psicoactivas. (Ogliastri Burgos et al., 2018)

Por su parte, en la investigación llevada a cabo en Bogotá por Jaramillo (2019) se argumenta que, a pesar del soporte legal establecido en la normatividad colombiana, el sistema presenta dificultades importantes tales como la fragmentación en las atenciones y la desarticulación de sus principales actores debido a la falta de integración entre el sistema de atención público y privado, barreras de acceso determinadas principalmente por inaccesibilidad geográfica a muchos territorios periféricos y por los trámites administrativos para recibir todos los servicios del plan de beneficios, pobre resolutivez del sistema de salud por la baja operatividad de los actores involucrados en la prestación de los servicios como entidades aseguradoras e instituciones prestadoras de salud, alta carga de la enfermedad debido a un sistema sanitario que dejó de lado la atención primaria en salud como principal mecanismo para garantizar poblaciones saludables, poca regulación debido a normatividad inoperante e inoportuna en el servicio por la alta carga de morbilidad que desgasta el sistema. Todo ello ha desencadenado un aumento en la inequidad, corrupción, trato inadecuado a los usuarios y los trabajadores de la salud, así como desfinanciación del sistema sanitario. Por esta razón, mediante la implementación de las RIAS se busca alinear las intervenciones orientadas a mejorar la salud de la población colombiana con base en la APS, lo cual refuerza la importancia de la detección temprana y la atención oportuna como mecanismos para disminuir las complicaciones, mejorar el estado de salud de los pacientes, al igual que aportar la sostenibilidad financiera del sistema.

En sintonía con lo anterior, durante el año 2021 se llevó a cabo un estudio en la ciudad de Cartagena relacionado con las RIAS a partir del cual se identificaron tres temas centrales: condiciones mínimas de infraestructura y dotación (implementos necesarios para la atención en salud, asignación de tiempo, condiciones de habilitación, auditorías de las instituciones de salud y de las entidades administradoras de planes de beneficios), factores

positivos o negativos que afectan la implementación de las RIAS (articulación de los sectores público y privado, asignación presupuestal, problemas de contratación del personal, falta de insumos técnicos y logísticos, entre otros) y procedimientos necesarios para ejecutar la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud en primera infancia e infancia (dotación de personal cualificado, disponibilidad de equipos e insumos, asignación presupuestal para las actividades de la ruta, asistencias técnicas, entre otros). De igual manera, la autora resalta como un aspecto fundamental el acompañamiento que las IPS reciben por parte de los entes territoriales y EAPB, lo cual es vital puesto que permite la actualización y la capacitación del personal que labora en las instituciones, a la vez que promueve las políticas públicas y el conocimiento de la normatividad vigente en salud. (Barrera, 2021)

Las diferentes investigaciones realizadas a nivel nacional permiten tener un enfoque claro de cómo se han desarrollado las RIAS en los territorios, las cuales contribuyen a mejorar la calidad en la prestación de servicios sanitarios a familias y comunidades, siendo estas pertinentes para la actual investigación orientando al cumplimiento de los objetivos enfocados en la implementación de la RPMS a nivel de la vereda Alto Grande y ser un referente en el oriente antioqueño.

Planteamiento del problema

El sistema de salud colombiano ha tenido diferentes transformaciones a lo largo del tiempo, por lo que no es ajeno a las modificaciones en las estrategias propuestas para mejorar la promoción de la salud en la población. No obstante, en otros países de Latino América se han implementado de manera más estructurada estrategias que podrían ser adaptadas al contexto colombiano para mejorar los resultados en salud. Algunas de estas corresponden a intervenciones que se basan en identificar los ejes de las problemáticas sociales, acciones que fomentan la participación de la sociedad civil como agente activo dentro del sistema sanitario y estrategias de fortalecimiento de la participación comunitaria. Así lo describe de La Guardia Gutiérrez y Ruvalcaba Ledezma (2020) quienes definen que:

la Promoción de la Salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. (De La Guardia Gutiérrez & Ruvalcaba Ledezma, 2020, p. 86)

En este sentido, la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas, familias, comunidades y sociedades ejercer el control sobre los determinantes sociales y, en consecuencia, cubrir sus necesidades. Es así como los nuevos modelos de salud se encaminan hacia una percepción que va más allá del enfoque médico biológico y preventista de la enfermedad, tal como lo define Franco (2006), describe que la nueva salud pública debe desarrollarse con el enfoque de la promoción de la salud a partir de estrategias novedosas que incorporen nuevas prácticas ambientales, incentiven modificaciones en los estilos de vida de las personas y garanticen intervenciones terapéuticas asertivas. Todas estas medidas fortalecen la promoción de la salud en

un sentido más integral e integrativo, en el cual se tiene en cuenta la población más vulnerable para migrar desde el asistencialismo institucional hacia la atención primaria en salud con todas sus dimensiones individual, familiar y comunitaria.

Los enfoques de la salud con una mirada preventista centrados en la APS van encaminados a fortalecer la participación social de las comunidades, a la par que los conceptos y modelos en salud van evolucionado lo cual ha permitido modificar el rol de los usuarios y de la población en general, pasando de considerarse agentes pasivos que reciben indicaciones, a ser personas y comunidades con una mayor participación social. Esto permite el fomento de los factores protectores de la salud presentes en el entorno e incrementa la conciencia comunitaria sobre la importancia de involucrarse activamente en los procesos sociales para mitigar los factores de riesgo que condicionan el estado de salud.

En Colombia, con el cambio generado en el sistema de salud a través de la ley 100 del 93 se ha venido articulando la integralidad, la equidad y la igualdad en la prestación de los servicios sanitarios. Estos principios son fundamentales para la asistencia en salud, aun así, los cambios normativos han generado barreras para el acceso, el aseguramiento y la prestación de servicios con calidad, adicionalmente, las comunidades han carecido de equipos interdisciplinarios con capacidad operativa para realizar diagnósticos integrales que contribuyan a la planeación y ejecución de intervenciones colectivas sobre los determinantes sociales por parte de los entes territoriales y las Empresas Sociales de Estado (ESE).

Particularmente, enero del 2011 se aprobó en Colombia la Ley 1438 por medio de la cual se reformó el SGSSS y se dictaron otras disposiciones, cuyo propósito fue su fortalecimiento a través de un modelo de prestación de servicio público en salud basado en el marco de la APS. Así mismo, pretendió garantizar la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para

el mejoramiento de la salud, la creación de ambientes más saludables y la prestación de servicios incluyentes y equitativos de mejor calidad. De esta manera, la Ley enfatizó en la unificación del plan de beneficios para todos los residentes del territorio nacional en la universalidad del aseguramiento y en la garantía de portabilidad de atenciones a cualquier lugar del país (Ley 1438, 2011). Sin embargo, pese a la publicación de la normatividad, aún persiste la inequidad y la falta de cobertura de servicios de salud fundamentados en APS. Lo anterior, pone de manifiesto la falta de articulación entre comunidad, entes territoriales, instituciones de salud y equipos interdisciplinarios que aporten a la intervención de los determinantes sociales que tienen influencia directa sobre la salud individual, familiar y social.

A nivel del país se han generado diversas acciones de APS que han aportado al fortalecimiento del sistema sanitario para desarrollar nuevas propuestas frente a los enfoques de salud, enfermedad, educación para la salud, estilos de atención, organización de los sistemas sanitarios, al igual que de los roles de los profesionales sanitarios y las comunidades. No obstante, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016b) persisten los problemas de cualificación y de cobertura en intervenciones enfocadas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, demarcando la ausencia de un sistema obligatorio de garantía de la calidad, lo cual pone de manifiesto un sistema de información poco operante para servir a los propósitos de la gestión del sistema de salud.

Por su parte, la Resolución 518 (2015) definió los lineamientos de obligatoriedad para formular y ejecutar el PIC en cada municipio, sin embargo, pese a la existencia de esta norma, aún se carece de diagnósticos comunitarios que permitan tener una panorámica de las necesidades de las comunidades para la ejecución de intervenciones focalizadas que aporten a lograr un mayor impacto sobre los determinantes sociales de la salud. El PIC debe ser ejecutado por equipos

interdisciplinarios cuya conformación precisa incluir personas de diferentes disciplinas que integren su conocimiento para dar una atención adecuada a las comunidades, tal como lo establecen los lineamientos del MAITE (Resolución 2626, 2019). Sin embargo, la realidad dista de lo propuesto en la legislación, toda vez que una alta proporción de estos equipos están conformados solamente por personal médico y técnicos en áreas de la salud, dejando de lado a otros profesionales como psicólogos, nutricionistas, enfermeros, gerontólogos, odontólogos y a los agentes comunitarios de salud, lo cual limita las capacidades operativas de los equipos para la realización de diagnósticos comunitarios completos y pertinentes. Adicionalmente, pese a que los municipios desarrollan y publican los Análisis de Situación de Salud (ASIS) como una estrategia de consolidación de información epidemiológica y de salud pública, se identifica que aún falta focalizar los problemas y los riesgos en salud por grupos poblacionales más específicos como barrios o veredas para realizar acciones de promoción de la salud más pertinentes que se adapten a las dinámicas de cada población.

Las RIAS hacen referencia a un conjunto de intervenciones esenciales, procedimientos y herramientas que dan las pautas para la gestión sectorial e intersectorial, por tanto, se deben promover durante todo el curso de vida para garantizar la atención en salud. Una de ellas es la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud que tiene como meta principal orientar el diseño y la implementación de acciones estructuradas que aporten a mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades a partir de la intervención de los determinantes sociales (Resolución 3280, 2018). A diferencia de la Resolución 412 de 2000 que se centraba en intervenciones individuales, las RIAS contemplan, además, acciones colectivas y poblacionales para promocionar la salud y gestionar integralmente los riesgos, para lo cual es necesario realizar procesos de caracterización social y ambiental del entorno comunitario, de valoración, de detección temprana, así como de

protección específica en todos los ámbitos que permitan llegar a diagnósticos de salud individuales y comunitarios que den paso a la intervención de las necesidades en salud.

Aunque se han realizado avances desde la APS como el diligenciamiento de la historia familiar en las veredas del departamento de Antioquia que han permitido realizar diagnósticos pertinentes, aún falta articular al equipo interdisciplinario en el análisis de las necesidades reales de la población para una posterior formulación de un plan de intervenciones colectivas que abarque las problemáticas de las comunidades. Además, persisten las barreras como falta de participación social de los ciudadanos, baja articulación de los entes territoriales con las colectividades, fallas en la accesibilidad y la calidad en la atención en salud, falta de diagnósticos comunitarios que tengan en cuenta los determinantes sociales, además de insuficientes intervenciones colectivas, lo cual afecta las condiciones de vida en los territorios para las personas, sus familias y las comunidades.

Por su parte, el investigador colombiano Moreno (2016) enfatizó que los cambios de los sistemas de salud son mayores cuando los agentes de salud también cambian, por ello expone que no es suficiente la elaboración de leyes acorde con los nuevos modelos sanitarios, sino que, además, se pongan en práctica. También resalta que el mismo estado colombiano ha reconocido que a pesar de los alcances del desarrollo legislativo en materia de igualdad, equidad, salud y participación social entre otras, aún persisten problemas como la fragmentación y desintegración de la atención, poca resolutiveidad, incentivos negativos entre los agentes de salud y fallas regulatorias por parte del estado, lo que ha conllevado a aumentar situaciones como inequidad, corrupción, maltrato al usuario, desorden administrativo, modelo de prestación de servicios de salud centrados en la enfermedad, deshumanizado, descontextualizado y sin prevalencia de derechos.

El municipio de El Carmen de Viboral perteneciente a la región del oriente antioqueño no es ajeno a la problemática expuesta anteriormente, siendo importante conocer si en el municipio existe un trabajo articulado entre los diferentes actores que intervienen en la ejecución de RIAS como un marco metodológico para desarrollar un trabajo interdisciplinario que permita responder a las necesidades de las comunidades a través de intervenciones colectivas con una atención integral. En el caso la vereda Alto Grande ubicada en la zona rural de este territorio, según la Secretaria de Salud y la Empresa Social del Estado San Juan de Dios del Carmen de Viboral (ESE) no se ha implementado totalmente la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud, puesto que, pese a la normativa vigente hasta el momento la atención se ha centrado en intervenciones individuales. En este sentido, tienen la necesidad de intervenir esta zona por ser una de las más carentes de un diagnóstico y de acciones a nivel colectivo que estén enfocadas en los determinantes sociales y en las necesidades de la comunidad, lo cual pone en evidencia la necesidad de atención integral e integrada entre los diferentes actores sanitarios. Adicionalmente, en el ASIS 2021 del municipio que se constituye en una herramienta de consolidación de información epidemiológica y de salud pública esencial para la toma de decisiones, solo se identificaron las tres primeras causas de atención en los servicios de salud que corresponden a traumatismos, envenenamiento y causas externas. (Cardona Otálvaro, 2020)

Con lo referido anteriormente la secretaria de salud de El Carmen de Viboral y la ESE San Juan de Dios realizaron un convenio con la Universidad Católica de Oriente para implementar la RPMS en el entorno comunitario del corregimiento de Alto Grande, para lo cual se requirió realizar una caracterización social y ambiental según lo planteado en la Resolución 3280 del 2018 que requirió la participación comunitaria, el trabajo interdisciplinario e intersectorial del ente gubernamental, la ESE y la academia para la construcción de un diagnóstico comunitario como lo

establecen los lineamientos nacionales. El presente proyecto hizo parte de una investigación macro aprobada por el sistema de investigación, desarrollo e innovación (SIDI) de la Universidad Católica de Oriente que tiene como título: “Implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud en el entorno comunitario de la vereda Alto Grande perteneciente al municipio El Carmen de Viboral, a partir de intervenciones colectivas dirigidas por un equipo interdisciplinario con el fin de ser un referente para el oriente Antioqueño”. En este sentido, el propósito de la presente investigación fue describir las características sociales y ambientales del entorno comunitario de la vereda Alto Grande perteneciente al municipio El Carmen de Viboral para la formulación de propuestas de promoción de la salud e intervenciones colectivas según lo plantea la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

Objetivo general

Describir las características sociales y ambientales del entorno comunitario de la vereda Alto Grande perteneciente al municipio El Carmen de Viboral para la formulación de propuestas de promoción de la salud e intervenciones colectivas.

Objetivos específicos

Identificar las características sociales de la población de estudio enfocadas a la demografía, organización comunitaria, necesidades en salud, y factores protectores y de riesgo.

Establecer las condiciones ambientales de la población de estudio focalizadas en saneamiento, estado de los servicios públicos, disposición de residuos, patrimonio de aire y suelo, y factores protectores y de riesgo.

Diseñar una propuesta de acción intersectorial e interdisciplinaria para la implementación de acciones de promoción de la salud e intervenciones colectivas según la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud.

Justificación

Los nuevos modelos de atención demandan una visión integral en los agentes de salud que permita concebir a las comunidades, no solo como receptores de los programas que se planifican para un desarrollo vertical y centralizado, sino como parte esencial de un sistema sanitario que los integre y les confiera injerencia en campos como la planificación, ejecución y evaluación de programas de salud, configurando una realidad más horizontal en cuanto a su concepción y aplicación.

De acuerdo con la OPS y la OMS los municipios y comunidades saludables son aquellos en los que los diferentes actores, sean estos gubernamentales, privados o sociedad, efectúan esfuerzos constantes para mejorar sus condiciones de vida y promueven una relación armoniosa con el ambiente (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, n.d.). Es por esto que el enfoque de salud no debe centrarse solo en el tratamiento de la enfermedad, sino que los actores involucrados como el personal sanitario deben educar a la población en el autocuidado, en la importancia de adoptar estilos de vida protectores y en prácticas para fomentar entornos saludables, lo cual se logra articulando diferentes sectores que influyen en la salud como el educativo, medio ambiente, trabajo, deporte y cultura, entre.

De acuerdo a lo descrito por Coronel y Marzo (2017) en su artículo titulado: La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe,

El ambiente no se limita a los factores físicos, pues incluye también lo social y es en ese aspecto donde interviene la promoción de salud, la cual brinda el espacio para la articulación del conocimiento científico con el popular, reconoce la función de la sociedad en el desarrollo de los valores espirituales y materiales e identifica la salud como un elemento positivo, de bienestar y calidad de vida. Básicamente, la mejor manera de

promover conductas saludables consiste en impulsar la acción comunitaria para modificar los determinantes negativos y crear entornos favorables. (Coronel y Marzo, 2017, p. 4)

En este sentido reviste importancia la implementación de la RPMS en un entorno comunitario que comparte intereses comunes y problemáticas susceptibles de ser intervenidas por los diferentes actores involucrados y en el cual las acciones de promoción de la salud buscan un efecto tanto individual como colectivo. Para diversos países latinoamericanos como Argentina, Colombia, Cuba, México, Brasil, entre otros, ha sido interesante la apuesta por fortalecer municipios, ciudades saludables y sus experiencias han demostrado que son relevantes para el establecimiento de mecanismos de acción intersectorial y transdisciplinaria que permitan mejorar los resultados de los programas comunitarios en materia de salud.

Es así como se entiende la relevancia del entorno comunitario para los sistemas sanitarios en reestructuración o reformados. Según Socarrás (2004, citada por Causse, 2009), debido a que la comunidad es concebida como un conglomerado de personas que comparten ámbitos biológicos, geográficos, sociales, culturales e históricos que interactúan de manera compleja, cualquier modificación en alguno de estos ámbitos genera efecto en los demás. Bajo esta comprensión de las dinámicas comunitarias, se exhorta a que los diferentes actores gubernamentales y privados que trabajan en pro del bienestar comunitario y la salud pública incorporen a la comunidad como un actor válido en la planificación de acciones e intervenciones en salud.

En el marco legislativo colombiano, las rutas integrales de atención en salud que se enfocan en el mantenimiento y promoción de la salud (RPMS) son una guía estructurada que aporta a garantizar el derecho a la atención integral y articulada en salud. Para su correcta aplicación en los diferentes ámbitos, especialmente en el comunitario, es preciso realizar una caracterización social y ambiental de las comunidades y su entorno reconociendo sus particularidades para la planeación

y ejecución de intervenciones pertinentes. Para dar cumplimiento a los lineamientos nacionales de la RPMS se requiere la adaptación de acciones para los distintos grupos poblacionales en atención a sus derechos y deberes, tanto individuales como colectivos, así como la generación de intervenciones que estimulen el desarrollo integral.

Con base en lo anterior este proyecto fue pertinente porque, a partir de la identificación de las características sociales y ambientales del entorno comunitario de la vereda Alto Grande se podrán generar propuestas de intervención comunitaria basadas en el diagnóstico realizado sobre las condiciones y las necesidades particulares de la vereda. Esto, a su vez, reviste importancia porque los planificadores de las intervenciones comunitarias, tendrán un insumo de caracterización que les permita focalizar recursos humanos, financieros y técnicos para lograr efectos transformadores en el contexto social y ambiental.

Adicionalmente, esta investigación fue viable porque a través de ella se buscó una articulación entre diferentes actores como la Secretaría de Salud del municipio de El Carmen de Viboral, la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios y la Universidad Católica de Oriente como representante de la academia para realizar un diagnóstico y posteriormente la implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud que, a su vez, implicó la caracterización de la población de la vereda Alto Grande.

Por otro lado, este proyecto fue factible porque está ligado a un macroproyecto llamado Implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud en el entorno comunitario de la vereda Alto grande perteneciente al municipio del Carmen de Viboral, a partir de intervenciones colectivas dirigidas por un equipo interdisciplinario con el fin de ser un referente para el oriente Antioqueño que contó con aprobación y financiación del SIDI de la Universidad Católica de Oriente, además, con el beneplácito de la comunidad en la cual se ejecutó. Además, la

validez disciplinar de este proyecto radicó en que, como aspirante a magíster en salud familiar se hizo uso de los conocimientos y las herramientas adquiridas en la formación posgradual para dar respuesta a los objetivos con un enfoque sistémico, teniendo en cuenta las diversas perspectivas de la salud.

Marco referencial

Marco conceptual

Reformas de sistemas de salud a nivel latinoamericano

Debido a los nuevos desafíos que se enfrentan a nivel mundial en el ámbito sanitario, se observa cómo las nuevas concepciones de salud se reflejan en el discurso de organizaciones como la OMS, la OPS y la Organización de las Naciones Unidas, en el cual cobran relevancia conceptos como desigualdad, inequidad, necesidades básicas insatisfechas, entre otros. La preocupación radica en cómo reducir las inequidades en términos de salud, educación, y las maneras para enfrentar estos retos desde el nivel gubernamental. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Está claro que, al organizar los sistemas de salud, se superponen creencias políticas, ideológicas y prácticas sanitarias. En función de esto, los sistemas pueden ir desde aquellos dirigidos a atender la enfermedad, hasta aquellos basados en los derechos (a la salud, a la protección social, a la integridad personal, a una vida digna, entre otros), y desde sistemas públicos pensados para actuar horizontalmente, hasta los obsoletos sistemas verticales. Pese a estos avances conceptuales y a la preeminencia que las acciones colectivas tomaron finalizando el siglo XX, al estudiar los distintos sistemas de salud a nivel latinoamericano, se nota la persistencia de una organización segmentada y selectiva de estos, fragmentados en su interacción o con enfoques mercantilistas, como puede apreciarse en los siguientes ejemplos.

Uno de los primeros países a nivel de Latinoamérica en realizar reformas al sistema de salud fue Perú en el año de 1978, posteriormente Chile en 1980, luego Brasil en 1990, Colombia en 1993 y Ecuador en 2008. Sin embargo, según un estudio realizado por el investigador Sánchez Moreno (2014) estos sistemas presentan insuficientes avances, siendo influidos por factores políticos y presiones económicas, que han dado como resultado una rectoría débil por parte del

estado junto con una gran inestabilidad por la falta de políticas coherentes en salud. (Sánchez-Moreno, 2014)

En México, acorde con la evaluación realizada por Dávila y Guijarro (2000) los dos subsistemas que conformaban el Sistema Nacional de Salud (seguros sociales y servicios de salud para la población abierta) presentaban una pobre articulación interna, al tiempo que la existencia de varias instituciones dentro del sistema de seguros sociales elevaba los costos y disminuía la calidad de la atención. En concordancia, Bello y Becerril-Montekio (2011), al realizar una evaluación del sistema de salud de Argentina para el año 2010, hallaron resultados semejantes a los de México con una alta fragmentación, siendo atendida la población en tres sectores (público, seguridad social y privado) los cuales ofrecen beneficios en salud muy heterogéneos.

La evaluación basada en el costo-beneficio y la búsqueda para disminuir las brechas de desigualdad persistentes, han estimulado la profundización de reformas en sistemas de salud que continúan con los postulados de APS. Al respecto, Rodríguez-Herrera y Naciones Unidas (2006) publicaron un artículo en el que revisa la instauración de estos modelos en tres países centroamericanos Costa Rica, Nicaragua y Honduras. Del mismo se desprende que en los tres países estudiados, hay interés en fortalecer la atención primaria en sus componentes asistencial y preventivo y más moderadamente en su componente de promoción. Como resultado de esta reorientación de los servicios de salud, se presentan indicadores tales como reducción de la mortalidad infantil y la desaparición de enfermedades como la viruela, el sarampión, la poliomielitis y la reducción de otras como la tuberculosis, el dengue y la malaria.

Particularmente a nivel colombiano, Agudelo Calderón et al. (2011) afirman que el sistema de salud reformado ha contribuido al mejoramiento del ingreso de los más pobres, pero persisten las inequidades que provienen de la ausencia de cobertura universal, de las diferencias en los planes

de salud y en el gasto del sistema según ingresos de la población. Es muy probable que tras estos resultados estén subyaciendo concepciones arcaicas en los actores de los sistemas sanitarios, según las cuales, la salud es una mercancía y los pacientes requieren ser atendidos exclusivamente en ambientes clínicos asistenciales, con prácticas médicas dirigidas a eliminar los síntomas de la enfermedad, carentes de un enfoque más estructural orientado hacia la comprensión de los determinantes sociales y la prevención determinando, además, una relación médico paciente asimétrica. (Espinosa, 2013)

Como se resalta en la revisión previa, la persistencia de estos enfoques contribuye a que continúe la llamada brecha social que, acorde con la OMS, se propone disminuir mediante estrategias como el acceso y la cobertura universal de salud. En el informe del año 2013, la OMS señala que las mejoras alcanzadas en materia de salud en la región latinoamericana se debieron en parte a los avances del desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y el compromiso político de las naciones para atender las necesidades de salud de sus poblaciones. (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2013)

La promoción de la salud y los procesos para desarrollarla.

La nueva concepción de salud enfermedad lleva implícito que la persona es responsable, en gran parte, de lograr su máximo estado de bienestar mediante la asunción de decisiones proclives a tener hábitos saludables y mejorar sus estilos de vida. El modelo propuesto por Anstonovsky (citado por Rodríguez et al., 2015) llamado salutogénico explica que las personas experimentan un complejo proceso subjetivo de creencias mediante el cual construyen su noción de padecimiento y que condiciona el tipo de ayuda que buscan, el cual está enmarcado en sus

creencias, valores e influencias del medio sociocultural que les rodea, así como de las condiciones materiales de vida.

Este modelo fue discutido ampliamente en la primera conferencia internacional de promoción de la salud efectuada en Ottawa, formando parte del marco referencial usado en los procesos de promoción de la salud entre los individuos y las comunidades (Organización Mundial de la Salud, 1986). Tiene varios componentes como: la capacidad individual para identificar y usar los recursos disponibles, la orientación hacia la resolución de los problemas y la presencia de un sentido de orientación a la vida. Este último se manifiesta como sentimientos de confianza duraderos, dinámicos y con alta probabilidad de predecir qué decisiones les procuraran bienestar. También es llamado sentido de coherencia.

Según el modelo salutogénico las personas con alto sentido de coherencia son individuos que se enfrentan al estrés eligiendo estrategias para resolver los conflictos, muestran disposición a explorar nuevas formas de afrontar eventos de la vida, identificando factores que promueven un funcionamiento adaptativo que aportan a mejorar la salud y alcanzar una mayor calidad de vida. De acuerdo con la carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986) la promoción de la salud es el conjunto de estrategias diseñadas para proveer a los pueblos de los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control de la misma, reconociendo esta capacidad de los individuos de identificar y alcanzar sus aspiraciones para la satisfacción de necesidades y adaptación al medio. De modo que, usando la terminología salutogénica, la promoción de la salud tiende a incrementar el sentido de coherencia de los individuos.

Por consiguiente, al ser el individuo un ser social y que vive en comunidad, la promoción de la salud puede ser dirigida tanto a nivel individual como colectivo buscando generar cambios conductuales, para los cuales deben usarse modelos educativos, ya no pasivos, sino cada vez más

participativos considerando los desarrollos de las disciplinas relacionadas con la salud pública y con los factores que influyen en las conductas humanas. No obstante, una de las dificultades que se enfrenta por estimular los cambios salutogénicos es lograr que las modificaciones conductuales promocionadas se adopten, se conserven a corto, mediano y largo plazo y, de igual manera, sean estables. Por tanto, “A los grupos sociales, profesionales y personal sanitario les corresponde asumir responsabilidades de ser mediadores de intereses antagónicos y a favor de la salud” (Organización Mundial de la Salud, 1986, p. 3). En este sentido, tanto las estrategias como las actividades de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales, a los contextos culturales, al momento histórico y a las problemáticas específicas de cada comunidad.

Modelo de los determinantes sociales de la salud.

Tras la evaluación de las distintas reformas realizadas a nivel mundial, se comienzan a buscar nuevas maneras de superar las inequidades y dar respuesta a los problemas sanitarios. Entre las recomendaciones se resalta una en particular que implica incrementar la cuota de participación de las comunidades en la búsqueda de alcanzar mayor bienestar. Posterior a la celebración de la Conferencia Mundial de la Salud en Alma Ata (Tejada de Rivero, 2018), se empezó a adoptar enfoques socio médicos o ecológicos en los que se consideran los determinantes sociales de la salud. Estos abarcan enfoques biológicos, medioambientales, socioculturales y de políticas en salud. Resulta interesante para la presente investigación, revisar este modelo de determinantes sociales de la salud y sus implicaciones en el logro de la participación social comunitaria.

El modelo propuesto en 1991 por Dahlgren y Whitehead citado por Cotonieto-Martínez y Rodríguez-Terán (2021) estipula que los determinantes son un grupo de condiciones en las que una persona nace, crece, trabaja, vive, envejece y que afectan o determinan de alguna manera su salud, funcionamiento y calidad de vida. Las condiciones incluyen las estructuras y sistemas en

materia política, social, ambiental, laboral, seguridad, alimentaria, religiosa, educativa, económica, cultural y legislativa, entre otras.

En el contexto de salud-enfermedad surge una nueva concepción que implica un proceso determinado social e históricamente, en el cual se involucran distintos componentes que conceptualizan tres dominios de la realidad: en primer lugar, se encuentra el global que hace referencia al plano de análisis de la lógica del modo de vivir de los individuos, incluye las dimensiones políticas, económicas, culturales y ambientales, al igual que abarca el análisis de la lógica de la producción, el consumo y el rol del estado. En segundo lugar, el dominio particular que se refiere a las propias condiciones de vida del individuo, es decir, sus patrones de trabajo, la manera de producir, consumir, crear, su cosmovisión, formas de organización, relaciones ecológicas, así mismo el uso del ambiente. En tercer lugar, se encuentra el dominio singular, está relacionado con los estilos de vida reflejados en su genotipo y fenotipo, que se relacionan con lo personal y familiar. (Cardona, 2016)

En su trabajo de investigación titulado “la epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano” Breilh (2010) hace hincapié en que los tres dominios descritos anteriormente están fuertemente relacionados con la curación y la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Las acciones dirigidas al dominio singular tienen como foco de atención a la enfermedad derivando en acciones de curación y prevención. Mientras que en el dominio global las intervenciones se dirigen a la promoción de la salud. Adicionalmente, las acciones dirigidas a entender los estilos de vida del individuo (plano singular), si bien generan intervenciones a corto plazo e impacto inmediato, pueden ser pasajeras dependiendo de aspectos personales del individuo como la motivación, las costumbres y la cultura). Aquellas acciones

dirigidas a impactar las condiciones de vida (plano global) se implementan a mediano plazo y su impacto puede tener mayor duración.

Con este enfoque pueden identificarse diversas características de los individuos y de las poblaciones que se conjugan para preservar o afectar su salud y bienestar. Sin embargo, a los profesionales en salud pública les preocupa que este enfoque se desvíe de sus objetivos finales, puesto que la determinación de las desigualdades puede no ser suficiente para resolver los problemas de salud de fondo. En consecuencia, si las desigualdades no son atendidas desde sus causas fundamentales, todas las acciones tendrán resultados a corto plazo y posiblemente no permanecerán en el tiempo. (Aguilar et al., 2013)

Participación social comunitaria y procesos para desarrollarla: políticas de entornos saludables.

La participación social comunitaria va articulada a las estrategias y lineamientos de entornos saludables que se emiten desde la OMS para ser establecido en cada país, en Colombia se crean los lineamientos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social bajo el propósito de:

Dar lineamientos marco a los sectores nacionales y a los entes territoriales, para promover intervenciones, actividades y/o acciones en los entornos que aporten al desarrollo sostenible, al desarrollo humano y a la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, mediante intervenciones integrales enmarcadas en procesos articulados sectorial e intersectorialmente, con participación activa de los diferentes actores sociales. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a, p. 11)

Colombia unifica varios documentos para la creación de estos lineamientos de entornos saludables como lo fueron el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012 – 2021, el CONPES

3550 de 2018, Leyes Estatutarias de Salud 1751 de 2015 y de Participación Ciudadana 1757 de 2015, Política de Atención Integral en Salud – PAIS, Ley 1361 de 2009 de Protección Integral a la Familia y la Política Nacional de Educación Ambiental.

Los primeros en entornos establecidos a nivel de Colombia fueron la estrategia de entornos saludables, principalmente en dos de ellos: el de escuela y el de vivienda. A través de las experiencias aprendidas, la creciente gestión intersectorial y las competencias sectoriales, se generó la necesidad de definir el entorno hogar, laboral formal e informal, comunitario, educativo e institucional, así como resignificar los componentes y líneas operativas de la estrategia hacia el desarrollo humano, desarrollo sostenible y la calidad de vida, tomando como centro de las acciones e intervenciones a las personas, familias y comunidades. Se debe tener en cuenta que, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social “Los entornos se definen como aquellos escenarios donde transcurre la vida cotidiana de las personas, familias y comunidades y se establecen características para definirlos como saludables”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a, p.12)

Según los lineamientos de entornos establecidos por el Ministerio de Salud para el año 2016 estos se crean bajo los siguientes componentes: la articulación de políticas y normatividad para la implementación de entornos saludables a través de programas; la promoción de ambientes favorables con condiciones físicas y ambientales apropiadas; la gestión de servicios sociales orientados a la respuesta integral e integrada de los servicios sociales centrados en las necesidades del individuo, la familia, la comunidad y acordes al contexto del territorio.

En este mismo documento se resaltan otros componentes como la educación integral e integrada, siendo esta un conjunto de acciones o estrategias que permiten el desarrollo de habilidades con el fin de que el individuo, la familia y la comunidad puedan acceder a la

información, apropiar el conocimiento, tomar decisiones y acciones favorables para el cuidado de si, de los otros y del ambiente. Asimismo, se hace referencia a la participación social y comunitaria, que corresponde a los procesos sociales de organización, movilización, acceso a información, toma de decisiones y respuestas colectivas para actuar sobre los factores que afectan la calidad de vida, el desarrollo humano y el desarrollo sostenible. Finalmente, se resalta el componente en relación con la gestión del conocimiento para la promoción del desarrollo humano, la calidad de vida y desarrollo sostenible. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a)

Enfoque familiar

Dentro de los conceptos clave de la investigación en curso se resalta la importancia de la medicina familiar, para lo cual se toma como referencia los aportes realizados por el doctor McWhinney quien es considerado hoy en día como el precursor de la medicina familiar moderna. En el desarrollo de su profesión sentó las bases que dan fundamento al enfoque familiar. En primer término, el enfoque comienza por considerar a la familia como eje de los aprendizajes y desarrollo de los individuos y de las sociedades. (Taylor, 1991. Citado por ASCOFAME, 2008)

De acuerdo con McWhinney (1996, citado por ASCOFAME, 2008) el enfoque familiar recurre para su formulación a conceptos de la teoría general de los sistemas, al considerar a la familia como una compleja interacción de elementos íntimamente vinculados que le dan un carácter de unidad funcional integral. Al trabajar desde esta perspectiva sistémica se toma en cuenta que lo que afecta a un elemento del sistema (un miembro de la familia), termina afectando al resto del sistema (familia), por lo que es útil conocer los contextos socioeconómico y cultural, la composición del hogar, los procesos críticos de la vida familiar, las relaciones, el afrontamiento familiar y el apoyo social al trabajar con familias.

En la atención familiar es relevante conocer los acontecimientos vitales estresantes normativos (determinados por el ciclo vital familiar e individual) o los no normativos (determinados por eventos no esperados que afectan al sistema familiar como una muerte inesperada), la situación estructural (quiénes conforman la estructura familiar, así como la definición y cumplimiento de los roles), la condición funcional y relacional de la familia, la red y el apoyo social. Para ello se han desarrollado diferentes herramientas que facilitan el estudio de las familias, cuya finalidad es comprender a la familia como un todo para realizar análisis de riesgo y desarrollar estrategias de apoyo familiar en la búsqueda de cumplimiento óptimo de las funciones de este núcleo funcional (supervivencia, cuidado, afecto, estatus y socialización, entre otras) así como el logro del mayor bienestar psicobiológico de sus integrantes. (Dois et al., 2016)

En el contexto colombiano, el enfoque de salud familiar y comunitaria se constituye en uno de los componentes operativos del MIAS conectado en la reorientación del sistema de salud. El desarrollo del modelo espera que, al incorporar recurso humano capacitado con este enfoque, se realicen acciones transdisciplinarias integradas a niveles individuales y colectivos, para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b)

Diagnóstico comunitario

La salud pública tiene como herramienta de investigación y planificación sanitaria el diagnóstico de salud poblacional para lo cual es fundamental la participación social de la población. El mapeo comunitario es una técnica que la promueve puesto que ambos comparten el sustento teórico de la investigación-acción-participativa, lo cual permiten identificar problemas sociales, de salud, las necesidades, recursos y fortalezas de la población. En los últimos años ha tomado fuerza la modalidad de diagnóstico de salud poblacional impulsado por la Organización

Panamericana de la Salud donde la participación de la población es lo principal. (Arenas-Monreal et al., 2019)

Motivar a la población a la participación en temas relacionados con la salud genera grandes retos, más cuando se busca hacer visible la identificación de necesidades, problemas y soluciones. Según Arenas-Monreal et al. (2019, p. 122) “El diagnóstico de salud participativo incorpora diferentes acercamientos para impulsar la participación de la población. El mapeo comunitario es una técnica que despierta el interés de los habitantes en sus comunidades y puede contribuir para que la población participe activamente”. Lo anterior, debido a que parte de la premisa de que son los propios habitantes quienes conocen mejor su territorio y sus problemáticas. De este modo, permite fortalecer la pertenencia comunitaria, así como el patrimonio geográfico y sociocultural de las poblaciones a través de procesos participativos.

Factores protectores

De acuerdo con Patiño y Cubillos (2017) hacen referencia a esos aspectos que permiten mejorar y potencializar diversas situaciones de la vida cotidiana con un fin preventivo. Tal como expone Páramo (2011), en el campo de la salud,

hablar de factores protectores, es hablar de características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad, ya sea general o específica. (p. 87)

Factores de riesgo

De acuerdo con Blasco Romera (2012) hacen referencia a la influencia de ciertos aspectos que pueden aumentar la probabilidad de generar una condición problemática, además de

empeorarla o no permitir que se lleven a cabo soluciones efectivas. Así mismo señalan Torres et al. (2009) que son circunstancias, características y atributos que afectan de manera negativa y no permiten alcanzar una buena calidad de vida, desarrollo o bienestar social.

Estos factores pueden tener un origen externo e interno, y se relacionan con aspectos tanto personales, sociales como familiares impactando en la vida cotidiana. Cabe resaltar que no todos los factores de riesgo se presentan de la misma manera, en realidad estos se encuentran condicionados por el contexto y las situaciones específicas que lo determinan. (Universidad CES et al., 2008)

Equipos interdisciplinarios

La conformación de equipos interdisciplinarios es relevante en el componente primario de atención en salud y es considerado importante para la implantación de RIAS en zonas dispersas, rurales y urbanas. Para ello es importante tener una combinación de personas con diferentes perfiles y criterios científicos como técnicos, profesionales y posgraduados que aporten a mejorar las condiciones de las comunidades con base en el perfil social, de salud pública y epidemiológico particular declarado en el ASIS.

Es por ello que la política de talento humano en salud del Ministerio de Salud y Protección Social (2018d) refiere que se debe avanzar en la conformación de redes integrales de prestación de servicios, así como en acoger modelos innovadores de operación y prestación de servicios adaptados a las condiciones territoriales y poblacionales, que permitan la conformación de equipos multidisciplinarios de salud en el componente primario con el apoyo permanente y sistemático de las instituciones complementarias o de mayor complejidad, particularmente de las IPS que son cabeza de red. Así mismo recalca que:

los lineamientos estratégicos y operativos del MIAS buscan fortalecer el componente primario de la atención en salud a través de la conformación de equipos multidisciplinarios de salud, como una estrategia para fortalecer la coordinación y la capacidad resolutive de los servicios primarios, avanzar en el cuidado integral de la población y lograr una mayor integración de los servicios de salud con los territorios y comunidades atendidas, a través de una gestión que potencie las capacidades individuales de cada uno de sus integrantes y generen aprendizajes y sinergias en beneficio de los pacientes y comunidades. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018d, p. 69)

Intervenciones colectivas

Hacen referencia al conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades que permiten la promoción de la salud, la gestión del riesgo y que se dirigen a grupos poblacionales en un territorio específico. Las intervenciones se ejecutan en entornos como el comunitario, laboral, institucional, educativo, ambiental siendo clave para lograr determinar el marco de acción de los procesos de gestión de salud. (Resolución 518, 2015)

Salud familiar y comunitaria

De acuerdo con el MIAS se debe hablar de salud en el contexto familiar y comunitario lo cual permite que, desde el impacto de la política de talento humano, se avance en el fortalecimiento de la capacidad resolutive y reorganización del talento humano en salud, así como en la consolidación de lineamientos que permitan garantizar la prestación de los servicios de salud reconociéndola como un derecho fundamental. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2015b) este enfoque de salud familiar y comunitaria permite que se lleve a cabo la reorganización del sistema de salud tomando como referente las condiciones sociosanitarias de las personas, familias y comunidades. Al respecto menciona que este es un proceso integral en el que

se lleva a cabo la articulación de acciones que son tanto individuales como colectivas, con el fin de hacer efectivo el goce al derecho a la salud para toda la población.

Por su parte, bajo esta perspectiva el desarrollo del talento humano y la prestación de servicios desde las necesidades, potencialidades y relaciones son específicas y reconocidas, por cuanto la atención que recibe la población debe ser integral y debe involucrar a los equipos interdisciplinarios. En este sentido, el diálogo que surge en torno a la salud familiar y comunitaria permite observar el sistema como un todo que incluye a cada una de las personas que integran la familia y la comunidad, resaltando sus particularidades con el fin de construir un sistema de salud integral que logre responder a necesidades específicas.

Nutrición

Según diversas organizaciones internacionales la nutrición adecuada es un componente crítico para la salud y el desarrollo adecuado del ser humano (FAO et al., 2019). Por tanto, un buen estado nutricional es un indicador de mejor calidad de vida y menor riesgo de enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares. La nutrición es el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora los nutrientes con el fin de suministrar energía para el mantenimiento del organismo y sus funciones; proporcionar materiales para la formación, renovación y reparación de estructuras corporales, así como suministrar sustancias para regular el metabolismo. La nutrición es un indicador clave a la hora de determinar la salud de la población.

Tal como lo señala Montoya Sáez (2008) uno de los indicadores más importantes del estado de salud de la población es su condición nutricional, debido a que la malnutrición comprende una diversidad de condiciones que impiden el disfrute del bienestar y una calidad de vida adecuados, razón por la cual se convierte en un asunto relevante dentro de los planes de desarrollo del

gobierno, que buscan garantizar a través de estrategias como los subsidios de alimentación, el acceso de la población a una canasta básica que garantice el consumo de macro y micronutrientes adecuados teniendo en cuenta que el estado nutricional es el resultado del balance entre la ingesta y el gasto energético asociados a los requerimientos individuales.

Al respecto, Pedraza Figueroa (2004) menciona que los factores condicionantes del estado nutricional se relacionan con los aspectos condicionados por otro tipo de elementos físicos, genéticos, biológicos, culturales, psicosociales, económicos y ambientales que, como resultado, generan diversas necesidades particulares a nivel individual y poblacional. En este sentido, no se trata de únicamente construir un plan de alimentación saludable, sino de atender a todas aquellas situaciones que puedan requerir la variación de nutrientes o la ingesta de diversos alimentos para garantizar un adecuado estado de salud, siendo esto una labor compleja ante la cual el estado debe responder con el diseño de propuestas y estrategias concretas para lograr la seguridad alimentaria partiendo del acceso suficiente en términos de cantidad y calidad de los alimentos.

Teniendo en cuenta la importancia de este indicador, así como del rol que los entes gubernamentales desempeñan a la hora de garantizar los medios para una adecuada nutrición, herramientas como la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, et al., 2015) son instrumentos que permiten analizar el contexto y las necesidades particulares de la población específica teniendo en cuenta el indicador de seguridad alimentaria. De acuerdo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) “La seguridad alimentaria es entendida como el acceso seguro y permanente de los hogares a alimentos suficientes en cantidad y calidad, para una vida sana y activa.” Al respecto, la última encuesta realizada en el año 2015 señaló que el 54,2% de los hogares se encuentra en un estado de inseguridad alimentaria, resaltando problemáticas sociales

como la desnutrición, la pobreza y el conflicto armado, los cuales son condicionantes a la hora de poder garantizar el acceso a los alimentos necesarios para lograr una adecuada nutrición que permita, a su vez, el desarrollo comunitario y la mejora en las condiciones de salud pública.

Dimensión salud ambiental

De acuerdo con el plan decenal de salud pública 2012 -2021, la salud ambiental hace referencia al “conjunto de políticas, planificado y desarrollado de manera transectorial, con la participación de los diferentes actores sociales, que busca favorecer y promover la calidad de vida y salud de la población” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p. 169). Dentro de esta categoría se tienen en cuenta factores como un hábitat saludable y situaciones en salud relacionadas con condiciones ambientales. Se debe tener en cuenta que la relación que existe entre la salud y el ambiente se ha convertido en uno de los desafíos más relevantes a nivel mundial, tanto para el estado como para los organismos internacionales que velan por la calidad de vida de la población, lo cual se encuentra relacionado con las interacciones que existen entre las personas y el ambiente en el que viven. (Gallego, n.d., p. 3)

La temática de salud ambiental a nivel mundial se encuentra relacionada con convenios, compromisos y acuerdos encaminados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad de forma individual y poblacional. En Colombia, se encuentra consagrada en los artículos 49, 81 y 366 de la Constitución política (Asamblea Constituyente de Colombia de, 1991) haciendo referencia a la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del estado, así como un deber que existe en cada persona de procurar el cuidado integral de su salud y el de su comunidad. De allí la importancia de integrar dentro del análisis sectorial, las condiciones ambientales que inciden en la prestación de un servicio de salud óptimo.

Gestión de residuos

Si bien la dimensión ambiental es uno de los factores fundamentales, los residuos que se originan de la prestación de salud es otro de los componentes clave en la caracterización y análisis que se debe realizar a la hora de generar estrategias que permitan fomentar la atención sanitaria, garantizar el derecho a la salud, la integridad personal y calidad de vida, así mismo, la protección y el cuidado del medio ambiente. Al respecto Antolínez Álvarez et al. (2016) indican que “el manejo integral de los residuos sanitarios se considera como un factor ambiental modificable que ha contribuido a la problemática medio ambiental y a su relación con el incremento y desarrollo de enfermedades” (p. 15).

Se debe tener en cuenta que el deterioro de los recursos naturales como el agua o el uso indebido de ellos en actividades como la extracciones de minerales o la tala indiscriminada, ha generado un panorama catastrófico para el planeta originando escenarios de sequias y enfermedades que ponen en evidencia la importancia de la relación entre el medio ambiente y el proceso salud-enfermedad, de allí que el manejo inadecuado de los residuos hospitalarios por parte de profesionales e instituciones de la salud contribuye a la contaminación del mismo, probablemente por prácticas inadecuadas y regulación deficiente en esta materia.

Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y alcohol

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) toda sustancia introducida al organismo por cualquier vía de administración cuyo efecto genera una alteración en el sistema nervioso central modificando la conciencia, estado de ánimo o los procesos cognitivos es conocida como droga, sustancia psicotrópica o sustancia psicoactiva. Estas generan un consumo dependiente que, a largo plazo, termina por perjudicar la salud y el bienestar de las personas.

De acuerdo con Ferrel Ortega et al. (2016) los inconvenientes asociados al consumo de estas sustancias son considerados un problema de salud pública a nivel local y mundial por los

efectos sobre las potencialidades del desarrollo humano y los problemas de convivencia que generan. Este fenómeno abarca diversos factores tanto personales y familiares como sociales que terminan por generar consecuencias negativas en el ámbito de la salud y la seguridad pública. Razón por la cual, a lo largo de los últimos años las estrategias para prevenir esta problemática han sido un asunto importante en las agendas del gobierno y las organizaciones internacionales.

La OPS ha sido una de las entidades que ha generado mayor cantidad de campañas para ayudar a mitigar esta problemática, tomando como referencia los trastornos causados por la dependencia a estas sustancias que terminan por afectar la calidad de vida de las personas. Lo anterior ha sido resaltado por instrumentos como el informe mundial sobre las drogas, en el cual se estima que la cantidad de personas que consumen estas sustancias aumenta a lo largo de los años. Teniendo en cuenta lo anterior, es fundamental estimular los factores protectores tales como la empatía, las habilidades sociales, la capacidad para afrontar los problemas, la práctica de valores dentro de la familia, la participación en actividades comunitarias, el fortalecimiento de la normatividad, el acceso a servicios de salud y educación, entre otros, que reducen algunos factores de riesgo como la baja tolerancia, la violencia intrafamiliar, el bajo apoyo del gobierno, la violencia en el entorno escolar y social, entre otros (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, 2012).

Marco legal – Normatividad colombiana

Dentro de la creación de una ruta integral para la atención de promoción y mantenimiento de la salud en una comunidad se debe tener en cuenta los lineamientos normativos, políticas y programas nacionales en los que se establece una estructura para el ámbito de la salud, los cuales se describen a continuación.

Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) que integra la seguridad social, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. Esta tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que la afecten. (Ley 100, 1993)

Resolución 4288 de 1996: por medio de la cual se define el plan de atención básica (PAB) del SGSSS. En el artículo 1° define el objeto en el cual reglamenta el plan de atención básica, sus componentes y su aplicación. Esta resolución aplicación para las entidades territoriales, distritales y municipales. En ella se define el PAB como el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores dirigidos a la colectividad. (Resolución 4288, 1996)

Ley 715 de 2001: por medio de la cual se dicta normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad y se dictan otras disposiciones para organizar los servicios a nivel de educación, salud, entre otros. De la misma forma, establece competencias en salud por parte de la nación, las cuales incluye formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el SGSSS, además, reafirma la coordinación, ejecución, seguimiento y evaluación de dichos programas y proyectos. (Ley 715, 2001)

Ley 1438 de 2011: tiene como objetivo el fortalecimiento del sistema general de seguridad social en salud, a través de un modelo de servicio público en salud, quien en el marco de la estrategia de

atención primaria en salud permita la acción coordinada por parte del estado, las instituciones y la sociedad, con el fin de mejorar la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, mediante esta ley el estado se hace responsable de la política de salud pública así mismo garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En la misma se establecen las funciones básicas de los equipos de salud, entre ellas la de realizar diagnóstico familiar. (Ley 1438, 2011)

Ley 1751 de 2015: a través de su artículo 10 establece la salud como un derecho fundamental que debe de estar regulado y establece sus mecanismos de protección. El artículo 2 declara que el derecho a la salud debe ser autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, ya que en dicha Ley se establece el acceso a los servicios de salud de una manera oportuna, eficaz y con calidad para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. (Ley Estatutaria 1751, 2015)

Lineamientos nacionales de entornos saludables del 2016: tienen el propósito de dar lineamientos a los sectores nacionales y entes territoriales para promover intervenciones, actividades y acciones en los entornos que aporten al desarrollo sostenible, al desarrollo humano, la calidad de vida de las personas, familias y comunidades. Dentro de este lineamiento se enmarcan principalmente dos entornos: el de escuela y el de vivienda. Adicionalmente, el entorno hogar, laboral formal e informal, comunitario, educativo e institucional, esto con el fin de que las acciones e intervenciones sean hacia las personas, familias, comunidades, así mismo poder orientar y articular intersectorialmente acciones que vayan desde la percepción de los determinantes sociales, sanitarios, ambientales con el fin de general respuestas integradas de la misma manera alianzas estratégicas que mejoren las condiciones de las familias, comunidades y sociedad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a)

Resolución 3280 del 2018: mediante la cual se adoptan los lineamientos técnicos operativos de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, igualmente la ruta integral de atención en la población materno perinatal mediante la cual se establecen las directrices para su operación. Dicha resolución deroga la Resolución 412 y establece un nuevo marco normativo en materia de atención en salud al adoptar los lineamientos técnicos y operativos para la atención individual, familiar y comunitaria en diferentes entornos en los que se debe mantener permanente evaluación del impacto de las intervenciones sectoriales e intersectoriales sobre la salud colectiva, al igual que sobre los determinantes sociales y ambientales (Resolución 3280, 2018). Bajo esta percepción se crea la ruta para la atención primaria en salud que corresponde a una estrategia básica e integradora de las necesidades de la población, de la respuesta del sistema y de los recursos disponibles como elemento esencial para la viabilidad y progresividad de las RIAS.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente cabe resaltar que la APS y las RIAS van articuladas a los modelos de atención integral en salud, las cuales se definen como un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adoptan herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad que comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b)

El MIAS tienen el propósito de garantizar la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del sistema sanitario alrededor del ciudadano. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social este modelo de atención en salud

pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello por lo que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad. (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2016, p. 46)

A partir de la RIAS se consolidan las acciones tanto del PIC como como del plan de beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica asociadas a estos. Por consiguiente, las rutas son el instrumento regulatorio básico para la atención de las prioridades en salud, la definición de las redes integrales de prestación de servicios, la gestión integral del riesgo en salud, la definición de mecanismos de pago orientados a resultados, los requerimientos y los flujos de información y el logro de los resultados en salud tanto en términos de equidad como de bienestar social.

El Ministerio de Protección de Salud y Protección Social de Colombia plantea tres modelos de rutas integrales para ser implementadas en todas las entidades territoriales que prestan servicios. En primer lugar, se encuentra la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, la cual se dirige a las acciones realizadas en el entorno en donde transcurre la vida y se desarrollan las personas. En segunda instancia está la ruta integral de atención para grupos de riesgos, cuyas acciones van dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo e intervención. Por último, se encuentra la ruta de integral de detección específica y sus

acciones van dirigidas a la recuperación, rehabilitación y paliación. (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2016)

Las rutas integrales en salud gestionan el cuidado de la salud del individuo por etapas de curso de vida, por ende, se entiende el concepto de cuidado involucra dimensiones familiar, comunitaria e institucional. Al respecto, el enfoque de curso de vida toma en cuenta las condiciones en que las personas se desarrollan a lo largo del tiempo, así como las interacciones e interdependencia de los aspectos biológicos, sociales, culturales, e históricos que determinan su vida, así como los momentos vitales a nivel personal, familiar o social. Por consiguiente, se encuentran unos ordenadores específicos de la normatividad establecidos en la resolución 3202 de 2016 los cuales son:

Primera infancia: hace referencia al momento vital o etapa que comprende el desarrollo de los niños y las niñas desde su gestación hasta los 5 años de vida. Los niños y las niñas desde su nacimiento hasta los 5 años son sujetos de derechos y, en cuanto tales, seres sociales únicos, irreductibles, activos y con subjetividad propia.

Infancia: periodo comprendido entre los 6 y los 11 años de edad, con un crecimiento regular menos acelerado que el de la primera infancia. Algunas de las características de la infancia son: potencialidad para adquirir aprendizajes sistemáticos y amplia percepción progresiva de las propias competencias.

Adolescencia: periodo entre los 12 y 17 años. De acuerdo con Pineda y Aliño (1999), este momento vital se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

Juventud: periodo entre los 18 y 28 años; sin embargo, el modelo integral de atención en salud propone superar su reconocimiento únicamente por la identificación de la capacidad biológica de reproducción y su tránsito hacia la adultez.

Adultez: abarca entre los 29 y 59 años de edad. Se alude a las personas adultas como sujetos de derechos que se desarrollan de acuerdo con sus capacidades de agencia y potencialidades.

Vejez: hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos, poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto de situaciones que afectan su presente y su futuro.

Con lo expuesto anteriormente se puede decir que el curso de vida es la acumulación de capital de salud y de capital social donde se logran identificar diferentes procesos. El primero permite el libre desarrollo de la personalidad y la realización de todas las actividades a lo largo de la vida. El segundo, consolida la red de apoyo y de socialización de la persona que es fundamental para su desarrollo óptimo y el tercero, el capital de salud que es variable, acumulativo y relacionado con las decisiones de la persona, al igual que con los determinantes sociales de la salud.

Ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud (RPMS).

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2017) la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud, en adelante RPMS, hace parte de los componentes del MIAS y se enfoca principalmente en la atención integral de salud siendo esta el mejor camino para alcanzar resultados óptimos en las familias y comunidades, logrando de este modo garantizar la calidad de vida y el derecho a la salud. La RPMS se encuentra establecida dentro de la resolución 3280, la cual a su vez detalla los lineamientos que permiten ejecutarla.

Es una herramienta operativa mediante la cual los integrantes del sector salud pueden validar las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la

enfermedad y la generación de una cultura de cuidado para todas las personas, familias y comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017) Cabe resaltar que desde este componente del MIAS se comprende la atención en salud como un proceso que es continuo y debe mejorarse de forma constante.

Dentro de lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección social se evidencia como las RPMS modifican la forma en que se observan las cosas y por tanto parte de una serie de elementos centrales entre los cuales se resalta el reconocimiento de sujetos de la atención en salud a las personas, familias y comunidades que viven y se desarrollan en un ámbito territorial con particularidades, condiciones y situaciones que deben considerarse como ejes contextuales del proceso de atención en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, dentro de la concepción de las RPMS se aclara que el estado de salud y bienestar de las personas es el resultado de:

- La interacción de aspectos biológicos, genéticos, psicológicos, sociales, políticos, históricos y económicos;
- Los efectos acumulativos a lo largo de la vida;
- La interacción entre las experiencias / vivencias de una generación y su incidencia en las siguientes;
- Las trayectorias, transiciones y sucesos vitales que enfrentan los sujetos en su vida cotidiana;
- Las particularidades, condiciones y situaciones relacionadas con el ámbito territorial (urbano, rural y rural disperso) en el cual viven y se desarrollan los sujetos. (Ministerio de salud y protección, 2017, p.11)

Por tanto, la atención debe tener en cuenta no solo aspectos básicos de la salud, sino el contexto territorial y las particularidades de cada persona pues estas promueven el enfoque participativo y permiten el alcance de los objetivos propuestos a través de esta perspectiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018d). En este sentido, la comunidad no se encuentra sujeta solo a una localización, sino a las relaciones que surgen entre personas debido a sus intereses y necesidades en común, las cuales se atienden desde una dinámica social en la que se tienen en cuenta tanto los espacios de relación, encuentro y desplazamiento; así como, los ecosistemas estratégicos.

Bajo este panorama, se propone la promoción de la salud y gestión de riesgos en el entorno comunitario por medio de una serie de intervenciones. En primer lugar, se debe llevar a cabo la caracterización social y ambiental, por lo cual se hace fundamental identificar los grupos de base, redes sociales y comunitarias, así como las infraestructuras junto con los bienes y servicios tanto del espacio público como de los ecosistemas estratégicos. Con base en esta información es posible realizar un diagnóstico de la participación comunitaria, las necesidades de salud colectiva y los principales actores que intervienen en la construcción de la agenda social, además de las iniciativas comunitarias, mediante las cuales es posible identificar las intervenciones de promoción y prevención que permiten mejorar las condiciones del entorno y la calidad de vida de las comunidades, así como tener la base para formular el plan de acción del entorno comunitario mediante el cual incluye iniciativas concertadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

A partir de esta primera intervención se realiza una segunda entorno a la educación y comunicación para la salud, a través de la cual se busca llevar a cabo un proceso formativo que permita desarrollar capacidades en las redes comunitarias, por lo cual se hace imprescindible contar con una selección de capacidades y contenidos en función a los planes territoriales de salud

(PTS), tomando también en cuenta los resultados esperados en salud junto con los hallazgos de la primera intervención realizada. Todo lo anterior, permite ejecutar una tercera intervención en educación para la salud, mediante la cual lleva a cabo un proceso de investigación y acción participativa para lograr analizar y comprender desde otra perspectiva la realidad de las comunidades con el fin de proyectar tanto acciones como medidas que favorezcan la promoción de la salud tomando como referencia las directrices de la Educación para la salud en el marco de las RIAS.

Tomando en cuenta lo anterior, se realiza una nueva intervención en la que se busca orientar, advertir, anunciar o recomendar a las comunidades información para la salud, con base en la cual surge la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias para lograr re significar espacios públicos, realizando intervenciones comunitarias que surgen de acuerdo a las prioridades territoriales y a través de las cuales se busca e fortalecimiento de sujetos políticos para la defensa del derecho a la salud, la conformación de redes sociales que permiten dar solución a problemáticas que afectan la salud y el bienestar, así como llevar a cabo acciones que mejoren la salud ambiental teniendo en cuenta que este es un factor clave para la disminución de riesgo que afecta la salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015c)

De este modo se conforma las redes sociales y comunitarias, así como se consolidan las jornadas de salud. En un primer momento se promueve la incidencia de la comunidad para la planificación urbana y las normativas que modifican las condiciones tanto sociales como ambientales que inciden en la salud. Por su parte, tomando en cuenta las orientaciones para el desarrollo de jornadas de salud se llevan a cabo estas para facilitar el acceso a los servicios

Enfoque de salud familiar y comunitaria.

Este se encuentra establecido también dentro de los lineamientos que enmarcan las RPMS, este enfoque parte de la consideración como sujetos colectivos de derecho y centro de la atención en salud. De allí que, dentro de la Política de Atención Integral en salud, se establezca:

la RPMS adopta los elementos de este enfoque, con el objetivo de coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, enfatizando en el reconocimiento del sistema de relaciones, en el fortalecimiento de las capacidades individuales, familiares y comunitarias para mejorar las condiciones de salud, en la promoción de la valoración social de la salud, en la promoción de condiciones, estilos y modos de vida saludables, en la promoción de la participación y movilización social y en el fomento de la acción transectorial, tanto sanitaria como social para lograr la complementariedad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p.36)

Entornos de transformación social.

A través de la resolución 3280 se toma en cuenta el territorio siendo este un producto de una construcción social, en el cual se genera una identidad que constituye la base para poder comprender las necesidades que los habitantes tienen, de modo que se convierte en un factor necesario para lograr la contextualización adecuada de las RPMS. Dentro de este escenario surgen los entornos que hacen referencia a los espacios en los cuales se desarrollan los sujetos en su vida cotidiana y donde construyen los diversos vínculos y dinámicas que se encargan de establecer las condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas, tecnológicas y económicas.

En relación con la salud, dichos entornos juegan un papel fundamental pues es donde se logra promover el bienestar y desarrollo humano, resignificar prácticas, generar nuevas condiciones de vida adecuadas, constituir una gestión de atención sectorial, entre otros. Siendo de esta manera fundamental el reconocimiento de la dinámica de dichos escenarios, pues a través del

análisis de estos componentes se propicia el proceso de planificación, implementación, seguimiento y evaluación de las RPMS.

En estos entornos se lleva a cabo las intervenciones colectivas siendo estas un conjunto de actividades que permiten la promoción de la salud y gestión del riesgo, pero para las cuales es necesario realizar la caracterización tanto social como ambiental de forma que se permita obtener la información específica que identifica o profundiza las necesidades, situaciones de riesgo, vulnerabilidad y factores protectores relacionados con las condiciones físicas, ambientales, culturales y sociales. Es a partir de los resultados de esta caracterización que se realiza de forma conjunta con los sujetos de intervención en cada entorno que se van a establecer estrategias a implementar, así como características, alcances, aspectos metodológicos y operativos de estas intervenciones. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018d)

Resolución 518 de 2015: establece los tipos de intervenciones poblacionales, colectivas e individuales. Las intervenciones poblacionales hacen referencia a la utilización de métodos científicos que permiten la construcción del conocimiento en intervenciones políticas y programas que operan dentro o fuera del sector salud y que tienen un potencial de impactar la salud a nivel poblacional. Al respecto se entiende este impacto como aquel que es capaz de modificar factores que representan un riesgo para la población. Estas intervenciones se aplican a grupos poblacionales, áreas, jurisdicciones o instituciones con el fin de modificar los contextos sociales, físicos, económicos o legislativos para que favorezcan los cambios de comportamiento deseados (Resolución 518, 2015).

Por su parte, las intervenciones colectivas hacen referencia al “conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia

disponible y en las prioridades de salud de cada territorio” (Resolución 518, 2015, p. 4). Finalmente, las intervenciones individuales son aquellas dirigidas al individuo cuyo objetivo es lograr la atención integral en salud, que incluye acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. (Resolución 518, 2015)

Resolución 2626 de 2019: por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE, la cual reconoce e incorpora los desarrollos realizados a través de los componentes del modelo integral en salud que permite la coordinación de agentes y otros autores a través de unas líneas de acción con enfoque en salud familiar, comunitaria, territorial, poblacional y diferencial. Busca lograr la cobertura y el acceso para todas las personas, propendiendo por la generación de mejores condiciones de salud poblacional y goce efectivo de este derecho fundamental. Esta estrategia está constituida por tres componentes integrados: servicios de salud, acción intersectorial por la salud y participación social comunitaria, los cuales van dirigidos a la APS, así mismo contribuyen a la equidad, solidaridad y la eficiencia de los servicios de salud. (Resolución 2626, 2019)

Marco contextual

El Carmen de Viboral se encuentran localizados en el Oriente del departamento de Antioquia y hace parte de los municipios del Altiplano de esta subregión. Es conocido como la cuna de la cerámica artesanal, debido a que tiene varias fábricas que elaboran y diseñan productos en este material. Partiendo de la capital del país, el ingreso es por la autopista Medellín - Bogotá, a la altura del municipio de Marinilla y a solo 10 minutos del municipio de Rionegro, sus límites son: por el norte con los municipios de Marinilla, Cocorná y El Santuario, por el este con el

municipio de Cocorná, por el sur con el municipio de Sonsón y por el oeste con los municipios de La Unión, La Ceja y Rionegro. (Cardona Otálvaro, 2020)

El Municipio tiene una extensión territorial de 448 km², la zona rural es la de mayor extensión territorial con 99,5%, esto lleva al difícil acceso a la cabecera municipal de algunas veredas, ocasionando que las personas se desplacen a otros municipios aledaños por las barreras para el acceso a salud y disminución de las fuentes económicas. El Municipio está dividido en 56 veredas, que a su vez conforman seis corregimientos. Las vías de comunicación con el municipio son aéreas porque cuenta con el aeropuerto internacional José María Córdoba ubicado en el municipio de Rionegro y terrestre compuesta por seis rutas: autopista (Medellín-Rionegro - El Carmen), Santa Elena (Medellín-Rionegro-El Carmen), Las Palmas (Medellín-Rionegro - El Carmen), El Santuario-El Carmen, La Ceja-El Carmen, La Unión-El Carmen. No posee vías de comunicación fluviales.

De acuerdo con el censo del 2018 del DANE, en el 2021 había 63.564 habitantes, la mayor población está en la zona urbana. En cuanto a la estructura demográfica de la población es regresiva y hay declive en la fecundidad, en cuanto a la natalidad hay un estrechamiento lo que lleva al aumento de la población mayor con igual proyección para el año 2023, esto puede ser resultado de efectividad en los programas de planificación familiar. Debido a este cambio demográfico es necesario implementar o fortalecer programas dirigidos a la tercera edad. La población en edad productiva es la que se ve en mayor aumento.

Recuento histórico

No existe una fecha exacta que especifique la fundación del municipio, sin embargo, a partir de 1814 se considera que el municipio conocido como “pueblo de la Loza” empieza una administración propia. Según datos históricos, a partir de la creación de la hacienda de recreo: El

Carmen de las cimarronas y la capilla establecida por el padre Fabián Sebastián Jiménez de Fajardo y Duque de Estrada, cura de Marinilla, y su hermano Juan Bautista. Fue reconocido territorio propio y tuvo sus primeros límites para el año 1807, por el aumento en la población fue necesario pasar de categoría a parroquia y para el año 1814 inicio como municipio, desde entonces se reconoce por el talento artístico y cultural. (Orienteantioqueno.com, n.d.)

En la zona urbana o cabecera municipal habitan 38.466 personas equivalentes al 60% de la población y el 40% restante, correspondiente a 25.098 personas en la zona rural. Es relevante el cambio de la proporción de la población según ciclo vital, se observa que la primera infancia y la infancia tienen una tendencia a la disminución, mientras que en los adultos y adultos mayores están aumentando. Las tasas de mortalidad presentan una tendencia fluctuante, para el año 2019 la más alta fue por las enfermedades del sistema circulatorio, aunque con menos muertes que los años anteriores continúa siendo la mayor carga de mortalidad durante todo el periodo. Otra causa importante que tiene una tendencia fluctuante son las neoplasias y para el año 2014 se presentó la tasa más alta. El municipio debe continuar con estrategias que lleven a una adecuada codificación ya que aún se presentan tasas de mortalidad por signos y síntomas mal definidos. En el año 2019 se registró una tasa de mortalidad por VIH de seis muertes por cada 100.000 hombres, aumentando con respecto al año anterior (2018), garantizar un diagnóstico oportuno y la adherencia al tratamiento permite disminuir el número de muertes a causa de esta enfermedad.

Una forma de impactar las tasas más altas de mortalidad es estimular en la población estilos de vida saludables debido a estas se generan principalmente por enfermedades prevenibles, siendo importante la intervención de los equipos de salud de atención primaria.

Vereda Alto grande

Hace parte de las 56 veredas del municipio, se encuentra a 30 minutos aproximadamente del casco urbano, cuenta con vía de acceso, servicios públicos como agua, luz y telefonía. Su territorio está principalmente compuesto por casas y fincas residenciales y de descanso, quienes habitan allí tienen como principal actividad económica la agricultura. Se ubica al norte del municipio de y limita con otros municipios como Marinilla y El Santuario. De acuerdo con el SISBEN versión IV tiene aproximadamente 5.775 habitantes y una extensión de 31.4 km².

Metodología

El presente proyecto hizo parte de una investigación macro aprobada por el sistema de investigación, desarrollo e innovación (SIDI) de la Universidad Católica de Oriente que tiene como título “Implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud en el entorno comunitario de la vereda Alto Grande perteneciente al municipio El Carmen de Viboral, a partir de intervenciones colectivas dirigidas por un equipo interdisciplinario con el fin de ser un referente para el oriente Antioqueño”. En ella participaron representantes de diferentes disciplinas, a saber: enfermería, nutrición y dietética, maestría en salud familiar, ingeniería ambiental, gerontología y psicología.

La presente investigación se suscribió a la primera fase del proyecto macro con el propósito de dar respuesta a uno de sus objetivos específicos el cual, está centrado en describir las características sociales y ambientales del entorno comunitario de la vereda Alto Grande. La articulación al macroproyecto como maestrante y auxiliar de investigación, buscó contribuir al diagnóstico interdisciplinario desde un enfoque en salud familiar y comunitaria que permitió posteriormente formular propuestas de promoción de la salud e intervenciones colectivas.

El enfoque investigativo es cualitativo puesto que se buscó comprender la perspectiva de los participantes frente a su entorno y los fenómenos que los rodean profundizando en sus apreciaciones, interpretaciones y significados (Guerrero, 2016). Se adoptó el método de investigación-acción en el cual los investigadores se involucran con la comunidad durante todas las fases del proceso metodológico desde la definición del problema, pasando por la generación de resultados y finalizando con la discusión y las conclusiones derivadas del trabajo (Hernández y Mendoza, 2018). El presente proyecto hace parte del diseño metodológico del proyecto macro, haciendo parte de la primera fase de la investigación acción. Se privilegia la participación

comunitaria en la identificación de las problemáticas y necesidades a intervenir, al igual que en la generación de propuestas metodológicas para abordar dichas problemáticas. En palabras de Hernández y Mendoza (2018) “El estudio es conducido con la comunidad más que en una comunidad”. (p. 557)

Otra definición aplicable a este método es el de “espiral” que corresponde a una secuencia de ciclos enfocados en detectar el problema a investigar; realizar un diagnóstico y, de acuerdo con ello, definir la pertinencia de un cambio o de una mejora; formular un programa que dé solución al problema; implementar las fases anteriores; evaluar resultados y realizar retroalimentación para un nuevo diagnóstico que puede derivar en el comienzo de otra espiral de reflexión y acción. (Hernández y Mendoza, 2018)

En este sentido es importante reconocer que la participación está presente en todas las esferas del ser humano y es inherente a la investigación, además, es una estrategia que implica crear espacios de aprendizaje colaborativo que aporten a la planeación, puesta en marcha y evaluación de las acciones con una intencionalidad que trasciende la investigación y busca mejorar las condiciones de vida a partir de la resolución de problemáticas cotidianas. (Espinoza, 2020)

Unidades de estudio

De acuerdo con Hurtado (2000) las unidades de estudio hacen referencia a un contexto, entidad, evento, o variable que va a ser analizada a través de la investigación y mediante la cual se logra dar respuesta completa al interrogante de la investigación, por lo cual es importante que sea definida de forma correcta ya que esta es única y caracteriza todo el trabajo a realizar. Para llevar a cabo la selección de las unidades de estudio se tuvo en cuenta la división en tres ejes: comunidad, profesionales y fuentes documentales. (Hurtado de Barrera, 2000)

En la comunidad se identificaron algunos actores como informantes clave puesto que conocían la dinámica de la población, sus vivencias y el entorno, lo cual permitió guiar a los investigadores y facilitar la interacción con las personas de la vereda. En primera medida se contactó a la comunidad por medio del líder de la junta de acción comunal e hicieron parte de la investigación 34 personas entre los que se encuentran 10 niños, 10 adolescentes y 14 adultos.

En el caso de los profesionales, hicieron parte de la investigación las coordinadoras del municipio del Carmen de Viboral en salud pública, salud mental y del PIC quien a su vez lidera las actividades extramurales con la Empresa Social del Estado.

Así mismo, en las fuentes documentales se tomaron en cuenta lineamientos técnicos como los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de las Rutas de Atención Integral, los archivos gubernamentales del municipio de El Carmen de Viboral en los cuales se observan los planes de desarrollo municipal 2020-2023, así mismo se tuvo en cuenta el Plan de Ordenación y manejo de la cuenta hidrográfica - POMCA (2019) y el Plan Básico de Ordenamiento – PBOT (2020) mediante los cuales fue posible detallar los principales aspectos del ordenamiento territorial. También se usaron como fuente de información el ASIS 2020, el plan decenal de salud pública 2012 – 2021 y el Sistema de información en APS de la secretaria de salud y protección social de la gobernación de Antioquia.

Selección de la muestra

Para la selección de la muestra se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia el cual de acuerdo con Otzen y Manterola (2017) hace referencia a una técnica de muestreo en la cual la muestra permite seleccionar aquellos que son accesibles de acuerdo con la necesidad de la investigación. Teniendo en cuenta lo anterior, las personas seleccionadas dentro de la muestra permitieron el acceso a la información, la observación de hábitos y el conocimiento

de puntos de vista de una forma objetiva. Se contó con la participación de los representantes de la comunidad (10 niños, 10 adolescentes y 14 adultos) y de los profesionales (3 profesionales de la secretaria de salud del municipio), a los cuales se les aplicaron criterios de inclusión y exclusión de acuerdo con el grupo en el que se encontraba cada uno (Otzen & Manterola, 2017). En la tabla 1 se detallan estos criterios.

Tabla 1.

Criterios de inclusión y exclusión de los participantes

Grupos participantes	Inclusión	Exclusión
Grupo adultez y vejez	A partir de los 30 años	Discapacidad cognitiva
Grupo de adolescentes y jóvenes	12 a 28 años	Discapacidad cognitiva
Grupo de la junta de acción comunal	Todos los adultos pertenecientes a la junta	Discapacidad cognitiva
Grupo de la escuela	Niños en edad escolar	Discapacidad cognitiva
Grupo de profesionales de la ESE	Todos los adultos que pertenecen al equipo básico de salud de APS. Equipo que realiza las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Discapacidad cognitiva
Grupo de profesionales del ente territorial del sector salud	Profesionales que trabajan en el área de salud del municipio.	Discapacidad cognitiva

Nota: elaborado por el equipo interdisciplinario de la investigación “Implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud en el entorno comunitario de la vereda Alto Grande perteneciente al municipio El Carmen de Viboral, a partir de intervenciones colectivas dirigidas por un equipo interdisciplinario con el fin de ser un referente para el oriente Antioqueño”.

Técnica e instrumentos de recolección de la información

Para la búsqueda y obtención de información fueron utilizadas en primer lugar fuentes primarias, descritas por Maranto Rivera y González Fernández (2015) como aquella información directa que no ha sido interpretada o evaluada por otra persona. En este punto se hizo uso de los cuestionarios, los cuales consisten en un conjunto de preguntas previamente preparadas que permiten reconocer algunos hechos y aspectos de interés para la investigación (García, 2003). Para la investigación, este instrumento fue realizado por el equipo interdisciplinario del proyecto macro según los lineamientos de la ruta integral de promoción y mantenimiento en el ítem de caracterización social y ambiental.

Por otro lado, se hizo uso de fuentes secundarias, las cuales corresponden a fuentes que ya han procesado por medio de análisis o interpretación las fuentes primarias (Maranto Rivera & González Fernández, 2015). Se tuvieron en cuenta en este caso diagnósticos previos del municipio, documentación relacionada con la promoción de la salud tales como los Planes de desarrollo municipal, lineamientos nacionales de integración de las rutas de atención primaria, proyectos realizados en la comunidad, actividades llevadas a cabo para la prevención de la enfermedad, así como la gestión comunitaria, reportes del ASIS, el sistema de información en APS de la secretaria de salud y protección social de la gobernación de Antioquia e informes de gestión de la alcaldía.

Técnicas

De acuerdo con Ander-Egg (1995) citado por Pulido (2015) las técnicas de investigación hacen referencia a los procedimientos y medios que hacen operativos los métodos, permitiéndoles el acercamiento a los objetos de estudio. En otras palabras, aquello que permite recolectar la información. A continuación, se describen una a una las técnicas aplicadas para el presente proyecto.

Grupos de discusión. La primera técnica que fue utilizada corresponde a los grupos de discusión, los cuales de acuerdo con Arboleda (2008) corresponden a los resultados de un discurso, siendo una técnica mediante la cual se lleva a cabo un proceso comunicativo grupal en el que se logra captar y analizar representaciones sociales entorno a componentes específicos. Al respecto señala Martínez Miguélez (n.d.) corresponden a “un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto” (p.1). Por tanto, el grupo de discusión puede ser definido como una técnica en la que se lleva a cabo un dialogo, debate, negociación o consenso sobre un tema planteado, permitiendo la exploración y observación del posicionamiento de un determinado grupo social en relación a un tema determinado. (Pedraz Marcos et al., 2014)

Esta técnica fue utilizada tanto en la comunidad como en los profesionales. Para el caso de la comunidad esta actividad se realizó en la placa polideportiva donde se propició un ambiente cómodo y tranquilo, los participantes se dividieron en tres grupos por cursos de vida (niños, adolescentes y adultos) buscando que la participación de cada individuo fuera amplia, a su vez se tuvo a disposición un moderador con la información clara de las necesidades de la investigación quien se encargó de coordinar la discusión para obtener el detalle y la profundidad de la información requerida.

Por su parte en el caso de los profesionales se realizó a través de un encuentro virtual vía Teams con los investigadores de la universidad Católica de Oriente para realizar la discusión y recopilar la información.

Análisis documental. Como segunda técnica se utilizó el análisis documental, el cual de acuerdo con Pulido (2015) se realiza con la finalidad de formular a partir de ciertos datos inferencias que pueden aplicarse en diversos contextos. Se realiza a través de la extracción de información clave que se encuentra contenida principalmente en las fuentes secundarias y con base en este análisis se contrastan los principales hallazgos que permiten responder a la pregunta de investigación planteada. De acuerdo con Solís citada por la guía para el análisis documental de CLACSO (n.d.) señala que el análisis documental es la operación que consiste “en seleccionar las ideas informativamente relevantes de un documento a fin de expresar su contenido sin ambigüedades para recuperar la información en él contenida”. (p. 2)

En el trabajo investigativo dicho análisis fue el resultado de la extracción de información de las matrices de análisis y las fuentes secundarias las cuales permitieron contrastar los resultados para llevar a cabo la respectiva triangulación de información, fue clave para la investigación ya que mediante esta técnica se logró destacar la información más importante y detallar los principales aspectos que harían parte de la propuesta a realizar, articulando la parte teórica, con el trabajo de campo y el resultado final.

Instrumentos

De acuerdo con la Universidad Tecnocientífica del Pacífico (2018) los instrumentos “son la herramienta que emplea el investigador para recolectar, registrar y procesar la información” (p.64) para poder determinar su aplicabilidad estos deben con ciertos criterios que permiten que sean adecuados. En primer lugar, deben contar con un grado de confiabilidad, es decir, que los

datos que presentan sean consistentes y coherentes. Asimismo, deben contar con una validez, mediante la cual puedan garantizar medir lo que deben medir y por tanto lograr tener cierto grado de sensibilidad y especificidad. Cada investigación puede contar con diversos instrumentos de investigación de acuerdo con las técnicas y objetivos de esta, en el caso de esta investigación se hizo uso de dos instrumentos que se abarcan a continuación.

Validación de guía de cuestionario:

El cuestionario elaborado por el equipo investigador multidisciplinario (enfermería, gerontología, nutrición y dietética, psicología e ingeniería ambiental) fue validado, en primera instancia por un grupo de expertos en APS, por el gerente de la ESE Hospital San Juan de Dios de El Carmen de Viboral y por personal de la Secretaría de Salud quienes evaluaron que las preguntas de modo que fueran consistentes con la temática, comprensibles en su planteamiento y que abarcaran todas las dimensiones del problema a investigar. A partir de ello se generaron ajustes en la redacción y se estructuraron por ejes temáticos para que fueran más precisas, coherentes y que respondieran a los objetivos específicos. Posteriormente, se realizó validación con la comunidad de la vereda La Chapa con lo cual se buscó identificar el nivel de dificultad de las preguntas y la comprensión en su planteamiento. Es importante aclarar que el instrumento de recolección de información no se adjunta a esta investigación debido a que se protege la propiedad intelectual en aras de generar una publicación derivada de los resultados del macroproyecto.

Cuestionario. El primer instrumento seleccionado en la investigación fue el cuestionario, que como se señalaba previamente consiste en un conjunto de preguntas mediante las cuales se logra conocer hechos y aspectos claves para la investigación obteniendo de manera sistemática y ordenada información referente a las variables objeto de la investigación. Es un instrumento muy

útil para la recogida de datos entre los cuales se destacan hechos, opiniones, actitudes, motivaciones, sentimientos y cogniciones. (García, 2003)

Cuestionario guía de grupo de discusión.

El cuestionario guía del grupo de discusión fue realizado por el equipo interdisciplinario del proyecto macro según los lineamientos de la RPMS en el ítem de caracterización social y ambiental. La guía de cuestionario contaba de 7 componentes (social, demográfico, ambiental, salud, salud mental, gerontología y nutrición). El instrumento fue validado en la comunidad de la Vereda la Chapa. El cuestionario guía para el grupo de discusión fue aplicado a la comunidad de la vereda Alto grande y otro fue adaptado a los profesionales, permitiendo recolectar la información necesaria para el posterior análisis

Con base en lo anterior, en un primer momento se citó a la comunidad a la placa deportiva de la vereda, en la cual se buscó garantizar un ambiente confortable, se distribuyeron en tres grupos previa lectura y firma del consentimiento informado por parte de cada participante, se aplicó el instrumento, se informó a cada participante sobre la confidencialidad de la información. Este proceso se realizó de manera presencial lo que permitió intercambiar información entre el equipo investigador y los informantes claves.

En un segundo momento se aplicó dicho instrumento adaptado a los profesionales, en un grupo de discusión para ello través de un encuentro virtual por medio de la plataforma Teams con una duración de 120 minutos, se solicitó el debido permiso a los participantes para la grabación del encuentro, luego de la aceptación se inició con la lectura del consentimiento informado para poder hacer uso de la información que sería recolectada.

Matriz de análisis. De acuerdo con Hurtado (2000) es un instrumento diseñado para la extracción de información de diversas fuentes con la finalidad de reagrupar ciertos hallazgos

entorno a unas categorías que permiten consolidar sinergias y así detallar aspectos inexplorados. Como instrumento de investigación permite definir el criterio de análisis, construir las categorías en las que será ubicada la información recolectada, precisar los criterios de pertinencia de cada categoría y ser útil para la prueba en varios grupos independientes a través de un mismo material. (p. 459)

En la investigación este instrumento permitió la organización de la información entorno a unos componentes de análisis definidos, se realizó una matriz independiente para la comunidad, los profesionales y las fuentes secundarias, lo cual permitió obtener la perspectiva con relación a ciertos aspectos claves de cada uno de los actores involucrados, convirtiéndose la matriz en un elemento clave a la hora de contrastar cada uno de los resultados. (Hurtado de Barrera, 2000)

Tabla 2

Técnicas e instrumentos para la recolección de información

Técnica	Instrumentos	Registro	Fuentes
Grupo de discusión	Cuestionario guía de grupo de discusión.	Grabación y transcripción en computador.	Comunidad: 10 niños, 10 adolescentes y 14 adultos.
Grupo de discusión	Cuestionario guía de entrevista	Grabación y transcripción en computador.	Profesionales: 3 participantes de la secretaría de salud, coordinadora de salud pública, de Salud mental y del PIC.
Análisis documental	Matriz de análisis	Computador	Documentos consultados: ASIS 2020, Plan Decenal de Salud

Pública 2012 – 2021, Plan de Desarrollo Municipal 2020-2023, Lineamientos técnicos de la Ruta de Atención Integral, Plan de Ordenación y manejo de la cuenca hidrográfica - POMCA (2019), el Plan Básico de Ordenamiento Territorial – PBOT (2020) y el sistema de información en APS de la secretaria de salud y protección social de la gobernación de Antioquia

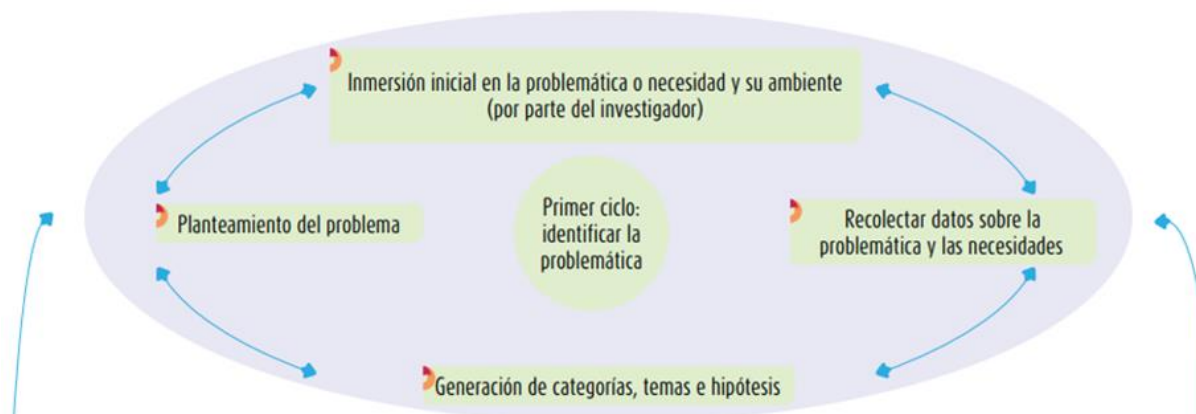
Nota: elaborado por el equipo interdisciplinario de la investigación “Implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud en el entorno comunitario de la vereda Alto Grande perteneciente al municipio El Carmen de Viboral, a partir de intervenciones colectivas dirigidas por un equipo interdisciplinario con el fin de ser un referente para el oriente Antioqueño”

Procesamiento y análisis de la información

Según Hernández y Mendoza (2018) el procedimiento para llevar a cabo la investigación-acción implica cuatro ciclos, a saber: detectar el problema de investigación, formular un plan o programa para resolverlo, implementarlo y evaluar resultados, y realimentar el proceso. Para el desarrollo de la presente investigación se siguió el primer ciclo (ver figura 1)

Figura 1

Principales acciones para llevar a cabo el primer ciclo de la investigación-acción



Nota: Tomado de Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018, p. 554

La presente investigación se suscribió a la primera fase del proyecto macro mencionado con antelación y el propósito fue dar respuesta a su segundo objetivo específico para realizar una caracterización social y ambiental de los entornos comunitarios con el fin de obtener la información específica que identifica o profundiza las necesidades, situaciones de riesgo, vulnerabilidad y factores protectores relacionados con las condiciones físicas, ambientales, culturales y sociales; tal como es planteado por la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, la cual establece un conjunto de actividades que permiten la promoción de la salud y gestión del riesgo para la formulación de propuestas de promoción de la salud e intervenciones colectivas

A continuación, se detalla el proceso metodológico del presente estudio según lo planteado en el primer ciclo de la investigación-acción, partiendo del acercamiento a la comunidad y la recolección de información cualitativa por medio de la participación comunitaria. Este diseño considera tres fases esenciales: observar para tener un acercamiento al problema a través de la

recolección de información, pensar para lograr un análisis del problema en varias dimensiones y actuar para aportar a la solución del problema.

Recolección de datos sobre la problemática y las necesidades según la metodología investigación-acción

Se recabó información sobre los recursos existentes en la vereda tales como disponibilidad de instituciones educativas, puesto de salud, casa comunal, placas deportivas, servicios públicos, infraestructura vial, fuentes de empleo, disposición de residuos, conformación de grupos y organizaciones sociales, actividades culturales y religiosas, entre otros que se integraron en un diagnóstico estructurado de la población en aspectos demográficos, sociales, ambientales, epidemiológicos, de salud (física, mental y nutricional) y gerontológicos. Para el presente proyecto se tuvo en cuenta la información relacionada con las condiciones sociales y ambientales de la vereda.

Como fuente complementaria de validación de la información se consultó el documento de Análisis de Situación en Salud de Cardona Otálvaro (2020), al igual que informes de gestión del gobierno municipal. Este momento permitió un acercamiento en el que se identificó el líder comunitario como participante clave para la sensibilización de la población frente al desarrollo de proyecto.

Planteamiento del problema según la metodología investigación-acción

Esta etapa del proceso involucró participantes clave: en primera instancia la comunidad como eje central y en segunda dos profesionales de la secretaría de salud. Con la comunidad se realizó un acercamiento para aplicar el instrumento cualitativo que permitió caracterizar las condiciones demográficas, sociales, ambientales, gerontológicas y de salud con enfoque en la identificación de factores de riesgo y protectores.

Con los profesionales se realizó otro grupo de discusión para la aplicación de la guía de cuestionario adaptado a estos informantes claves, con lo que se logró recabar información de sus perspectivas frente a las condiciones de la comunidad. También aportó a generar información cualitativa y fomentar la intersectorialidad, lo cual es de vital importancia para la intervención de los problemas en salud con base en determinantes sociales.

Esta fase permitió, en esencia, identificar conjuntamente con la comunidad las necesidades prioritarias a intervenir a partir de la articulación y la implementación de la RPMS, lo cual se describe en el apartado de resultado.

Como mecanismo para el registro de la información obtenida de la fuente primaria se contó con grabaciones de voz de los participantes, quienes respondieron a la guía del cuestionario adaptado el cual fue explicado de forma detallada durante la citación a la placa deportiva de la vereda, con el fin de que a partir de la comprensión del instrumento y su uso pudieran dar su consentimiento informado para que se grabaran sus respuestas y posteriormente fueran transcritas en computadora por parte del equipo interdisciplinario. A través de estas respuestas se consolidaron las matrices de análisis en las que se registró de acuerdo con una serie de componentes, el resultado y análisis de los hallazgos.

Generación de categorías

Para el análisis de los datos, la información se consignó en tres matrices de análisis. La primera fue la información aportada por la comunidad, la segunda por los profesionales y la tercera por fuentes secundarias. En cada una de las matrices se consideraron los componentes y las categorías del macroproyecto puesto que se relacionan directamente con el objetivo general y los específicos, estos se relacionan en la tabla 3. Es importante aclarar que la primera columna corresponde al componente evaluado, la segunda declara las categorías definidas para desglosar

el componente y la tercera muestra las subcategorías de la aplicación del instrumento, lo cual permitió precisar aspectos concretos de los componentes y fueron emergiendo de forma inductiva.

Tabla 3

Componentes y categorías de investigación

COMPONENTE	CATEGORÍA	SUBCATEGORÍAS
SOCIAL	Actividades económicas	
	Grupos organizados	Organizaciones sociales y comunitarias- Redes sociales y comunitarias
	Programas municipales y departamentales	Servicios sociales
	Costumbres	Creencias y cultura
	Seguridad	
	Participación comunitaria	
	Relaciones	
	DEMOGRÁFICO	Infraestructura
Numero aprox. de viviendas		
Numero aprox. de familias		
AMBIENTAL	Patrimonio Hídrico	Acceso, distribución, disponibilidad, calidad, tipo, fuentes, uso
	Patrimonio Suelo	usos y manejo
	Saneamiento	Residuos solidos

		Tipos de residuos, manejo y disposición
		Vertimientos
		Contaminación
	Patrimonio Aire	Emisiones
		Ecosistemas estratégicos
SALUD	Instituciones Prestadoras de servicios de Salud	Infraestructura, acceso, aseguramiento
	Promoción de la Salud	Salud física
		Salud mental
		Prevención de la enfermedad
		Equipo básico de salud
SALUD MENTAL	Violencias	Percepción, proyecto, creencias,
	Salud mental y psicopatología	Percepción, proyecto. Creencias,
	Consumo de sustancias	Percepción, proyecto, creencias
	Factores protectores y factores de riesgo comunitarios	Entorno
GERONTOLOGÍA	participación comunitaria	Grupos gerontológicos
		Redes de apoyo
	Instituciones	Protección al adulto mayor o restitución de derechos
	Situación de vulnerabilidad y/o dependientes	Tipo de apoyo
		Percepciones

NUTRICIÓN

Consumo de alimentos

Tipo de alimentos consumidos (los alimentos más consumidos son las leguminosas, entre ellos los fríjoles, lentejas y verduras como arvejas, habichuelas, repollo y chόcolo)

Motivos de preferencia (los alimentos que prefieren son los más cultivados en la vereda y los más consumidos por tradición cultural y familiar)

Motivos de rechazo (los alimentos más rechazados son el pescado, remolacha, arracacha, ahuyama, berenjena; todos ellos son rechazados por desconocimiento en la forma de preparación o por utilizarlos con poca frecuencia. Además, la comunidad manifiesta que se cansa de consumir los alimentos en las mismas preparaciones)

Quién prepara los alimentos

Número de comidas en el día

Métodos de cocción

Medios de cocción

Acceso a los alimentos

Frecuencia del mercado

Llevan lonchera

De dónde se obtienen

Quién los prepara

	Alimentación en ocasiones especiales
Frecuencia de consumo de los alimentos	Grasas: se evidenció un consumo de grasas frecuente asociado a que uno de los métodos de cocción más utilizados es la fritura
	Cereales
	Frutas y verduras
	Tubérculos o plátanos
	Leguminosas
	Bebidas azucaradas
Actividad física	Actividades que considera como ejercicio
	Espacios para realizar actividad física
	Grupos poblacionales físicamente activos
	Nivel de actividad física
	Hidratación

Nota: elaborado por el equipo interdisciplinario de la investigación “Implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud en el entorno comunitario de la vereda Alto Grande perteneciente al municipio El Carmen de Viboral, a partir de intervenciones colectivas dirigidas por un equipo interdisciplinario con el fin de ser un referente para el oriente Antioqueño”.

Procesamiento y análisis de la información

Este apartado tiene como finalidad procesar y analizar la información recolectada a lo largo del diseño metodológico a partir de los lineamientos previamente establecidos para la investigación. Para ello, se tiene en cuenta el análisis de las categorías y subcategorías seleccionadas, que al ser abordadas permiten dar respuesta al planteamiento del problema junto

con los objetivos propuestos, a través de una serie de componentes señalados mediante la matriz de análisis. Para la consecución de dicha finalidad se contó con la participación de los diferentes actores implicados en la problemática: la comunidad, los profesionales y las fuentes secundarias para así complementar la investigación a nivel teórico, coadyuvando a un acercamiento más certero a la realidad, es importante tener en cuenta que cada una de las matrices de análisis han sido analizadas por un equipo interdisciplinario de forma articulada.

El análisis de datos en la investigación cualitativa es un proceso activo que permite adquirir conocimiento sobre realidades subjetivas partiendo de la organización de los datos recolectados y su codificación (Hernández-Sampieri & Mendoza Torres, 2018). A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. Las tres matrices construidas fueron de comunidad, de profesionales y de análisis documental, en cada una de las cuales se analizó una serie de categorías establecidas en torno a los siguientes componentes: social, demográfico, ambiental, salud, salud mental, gerontología y nutrición. Estas tres matrices se triangularon a través de una matriz mediante la cual se evaluaron los mismos aspectos en torno a diferentes perspectivas logrando esclarecer significados y validar hallazgos (Okuda Benavides & Gómez-Restrepo, 2005). Asimismo, el resultado obtenido permitió dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

Para ello se utilizó la herramienta de la triangulación, la cual de acuerdo con Cowman (1993) citado por Arias Valencia (2000) hace referencia al uso de diversas fuentes de información en el estudio del mismo objeto o evento tema de investigación, permitiendo reafirmar realidades y explicaciones de una forma más adecuada. A su vez, Arias Valencia (2000) señala que entre las estrategias de triangulación se usa la de datos, tomando como fuente de información la observación participante en relación con un componente genérico que es analizado por diferentes actores

situados socialmente y mediante los cuales es posible determinar la unidad constitutiva en una situación contextual.

De acuerdo con los resultados obtenidos para cada actor implicado se generó un análisis interactivo que corresponde a un análisis en torno a una unidad de estudio, lo que corresponde a cada categoría establecida por los componentes definidos. Para la triangulación y la aplicación de esta metodología de análisis se tuvo en cuenta la relación entre la unidad de estudio, el contexto y la percepción de cada actor implicado siendo estos los datos a triangular (Arias Valencia, 2000).

Se triangularon las tres matrices realizadas por el equipo investigador: comunidad, profesionales y fuentes secundarias.

Resultados

Teniendo en cuenta que el enfoque de este proyecto consistió en investigación-acción fue importante escuchar desde las propias perspectivas de los participantes las características que configuran la vereda en aspectos sociales, económicos, demográficos, ambientales, de salud y salud mental, nutricionales y gerontológicos, a partir de lo cual se pudo realizar una caracterización y un diagnóstico comunitario para definir una propuesta de intervención basada en las dinámicas reales de la vereda. En la tabla 4 se presenta la triangulación de los resultados con base en las fuentes de información primarias y secundarias, cabe resaltar que cada matriz analizada fue realizada por el equipo interdisciplinario, las cuales permitieron la consolidación de la matriz de triangulación realizada por la Magister en Salud Familiar y Comunitaria.

Componente social

Actividades económicas: entre las características sociales más destacadas de los habitantes se evidencia que la principal actividad económica que se desarrolla en la vereda es la floricultura, siendo la que genera mayores oportunidades de empleo. Por su parte, la agricultura, si bien es una de las actividades económicas predominantes se realiza principalmente para el abastecimiento de alimentos para el consumo dentro del hogar.

Se evidencia una oportunidad de desarrollo para la población en relación con la incursión de nuevas actividades económicas, con el fin de diversificar los ingresos familiares mediante otras formas de producción sostenibles que permitan incentivar la agricultura como una actividad comercial y, a su vez, propiciar prácticas que aporten a la seguridad alimentaria y al cuidado de los recursos.

También se observa la necesidad de nuevas estrategias de generación de empleo formal que aporten a mejorar las condiciones de vida para los trabajadores y sus familias. Es importante

tener en cuenta que, si bien la informalidad es una problemática social por la alta proporción de personas que no tienen un empleo formal con posibilidad de acceder a la protección social y a la pensión (Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo, 2022), los entes gubernamentales proponen diversas acciones para favorecer la generación de empleo que aporta a un mayor bienestar social. Por tanto, debe ser prioridad la incursión de nuevas actividades económicas con empleabilidad formal bajo modelos de desarrollo sostenible.

Grupos organizados: esta categoría se analizó con base en la subcategoría de organizaciones sociales y comunitarias, evidenciando que, si bien se cuenta con la junta comunal y dentro de ella se establece el comité de salud, no existen grupos pastorales ni de salud organizados. Se destaca que la población de adultos mayores son el grupo con mayor presencia de forma permanente. Además, pese a que se resalta la realización de actividades educativas, esta labor es escasa frente a las necesidades de atención en salud de la población que requiere orientaciones del personal de salud acerca del autocuidado para la prevención de enfermedades agudas y crónicas.

Asimismo, estos grupos organizados desconocen las disciplinas que participan en las diversas actividades, evidenciando una problemática en torno a la coordinación de los diferentes actores para la priorización e intervención de necesidades.

Es fundamental avanzar en la conformación de redes sociales y comunitarias mediante las cuales se fortalezca el tejido social que permita la construcción de nuevos espacios culturales, deportivos y de salud, los cuales aportan a mejorar la calidad de vida mediante el goce de los derechos fundamentales de la población.

Es importante, a su vez, definir un cronograma de reuniones de los grupos sociales que se conformen en la comunidad, al igual que delimitar sus propósitos y el carácter de su actividad, sea esta deportiva, cultural, de integración y participación social, entre otras con los respectivos

mecanismos de comunicación y coordinación para que puedan tener injerencia a favor del bienestar de la comunidad.

Programas municipales y departamentales: se analizaron los programas municipales y departamentales, específicamente bajo la subcategoría de servicios sociales, con lo cual se pudo determinar que se cuenta con servicios sociales como subsidios, comités de salud, asesorías legales, entre otros y se reconoce la labor que prestan estas instituciones como familias en acción, la junta de acción comunal, las instituciones educativas, los comités de salud y los bomberos. No obstante, los resultados permiten evidenciar que las intervenciones en la comunidad son limitadas frente a la amplia variedad de necesidades, razón por la que es necesario promover la integralidad de los servicios sociales a través de la educación, generando grupos de discusión que promuevan estrategias adecuadas para atender las diversas necesidades.

Cabe resaltar que la población recibe apoyo delimitado principalmente por subsidios económicos, mejoramiento de vivienda, mercados, capacitaciones en diversas temáticas y actividades de promoción de prácticas para el cuidado del medio ambiente para el aprovechamiento responsable y sostenible de los recursos.

Adicionalmente, algunos servicios se ofrecen únicamente a los integrantes de la junta de acción comunal limitando el acceso de toda la comunidad. Finalmente, el plan de desarrollo municipal 2020 - 2023 establece una serie de programas de intervención social que no son conocidos por toda la comunidad, por cuanto la participación es escasa y los beneficios limitados.

De acuerdo a las propuestas de intervención social definidas por los entes gubernamentales, actualmente se cuenta con algunos programas en curso para la promoción y gestión de la salud, la reconstrucción del territorio a partir de la adecuación en infraestructuras y mejoras en el acceso a los servicios básicos para la población, entre otros. La falta de comunicación e información dentro

de la vereda limita el acceso a las actividades que allí se llevan a cabo. Por tanto, es importante establecer mecanismos efectivos de comunicación que favorezcan la participación activa de la comunidad en los programas sociales, lo cual permitirá dar respuesta a las necesidades particulares en relación con la educación, la identificación de factores de riesgo y las intervenciones prioritarias.

Costumbres: los resultados permiten observar la importancia que se da a actividades culturales, principalmente festivales deportivos, novenas decembrinas y prácticas religiosas. Se evidencia que, a lo largo de los últimos años, la migración de extranjeros y de personas de veredas aledañas ha diversificado las prácticas religiosas por los diferentes credos, sin embargo, gran parte de la población se identifica como católica por cuanto el papel que desempeña la iglesia es clave para la práctica de hábitos cotidianos como asistir a la eucaristía y la celebración de algunas fechas importantes en el calendario católico.

Si bien existe una costumbre arraigada en relación con las prácticas religiosas católicas, la migración ha favorecido la inclusión de nuevos conceptos, creencias y rituales que se reúnen en un principio clave para el desarrollo: la diversidad. Por esta razón es clave fomentar el reconocimiento y el respeto de la diversidad, la diferencia y la otredad, siendo factores claves para la interacción entre individuos diferentes con los mismos derechos y deberes sociales. Por otro lado, es importante el fomento de diversas actividades culturales que son fuente de creatividad, de interacción, de conexión y de disfrute.

Seguridad: en términos de seguridad se indagó acerca de las acciones que se toman cuando se presentan situaciones que pueden vulnerar los derechos de los habitantes. Al respecto se pudo notar que, si bien dentro de la Vereda Alto Grande existen algunos mecanismos de comunicación e información como los grupos de WhatsApp que permiten la divulgación de noticias en tiempo

real y el apoyo entre los habitantes, no se dispone de una ruta de seguridad y acción definida con estrategias claras ante diversos panoramas de orden público y de seguridad.

Es importante consolidar y socializar una ruta para las diversas eventualidades que puedan surgir, dándole importancia al rol que deben adoptarse desde la participación ciudadana, se debe socializar los medios actuales reforzando la comunicación asertiva en la comunidad, así como trabajar en implementar nuevas estrategias que fortalezcan esta categoría.

Participación comunitaria: cada ciudadano desempeña una labor clave para el desarrollo municipal, ante el interrogante ¿cómo se beneficia usted en la comunidad?

Se refleja que, si bien existe una preocupación constante desde la junta de acción comunal por promover nuevas actividades de desarrollo municipal, aún existen algunos limitantes en relación a la coordinación que permite ejecutar de forma satisfactoria estas actividades.

Es importante fortalecer la comunicación y los vínculos que existen entre la junta de acción comunal y la comunidad. Esto, con el fin de generar espacios que permitan contribuir de manera significativa a liberar el potencial de la economía social y solidaria del municipio a través de soluciones que aporten a la transición y el crecimiento en todos los ámbitos de desarrollo. También es de considerar que, con base en lo establecido por la constitución política de Colombia, todos los ciudadanos cuentan con la posibilidad de participar e intervenir de forma activa en el desarrollo del país, empezando por el lugar en que habitan. De allí la importancia de garantizar no solo la participación, sino además la vinculación efectiva en la ruta hacia el progreso.

Relación: los resultados demostraron que existe acompañamiento por parte de entes gubernamentales, pero no es suficiente. Por tal razón, se observa una brecha relacional con el sector cultural y los habitantes del municipio. Si bien existe una relación adecuada entre los habitantes y la junta, estos no se sienten completamente acompañados por esta ni por los entes

territoriales. Adicionalmente, las diferentes perspectivas dejan en evidencia que existe una fuerte relación con el sector religioso, pero una distante con el deporte, la salud y la administración municipal soportado en la poca participación que se tiene en diferentes programas de bienestar social.

Es necesario fortalecer la comunicación asertiva y los vínculos entre habitantes, la junta de acción comunal y el ente territorial. Es importante resaltar que el afianzamiento de estas relaciones es la base para favorecer la participación ciudadana y, en parte, garantizar el éxito de nuevas estrategias de desarrollo como aquellas mencionadas en la categoría de actividades económicas que redunden en beneficio de los habitantes de la vereda.

Componente demográfico

Infraestructura: se analizó la infraestructura de la vereda teniendo en cuenta como principales aspectos el acceso a servicios públicos, al agua (alcantarillado, distribución y acceso) así como los accesos viales. Se evidenció que no se cuenta con un sistema de alcantarillado, las casas cuentan con pozos sépticos y el sistema de acueducto es inter veredal. Si bien cuenta con vías de acceso, gran parte de ellas no son pavimentadas y se ven afectadas por las lluvias o ciertas condiciones climáticas.

Es importante tomar como referencia los planes de desarrollo municipal de El Carmen de Viboral, los cuales deben alinearse a los programas que se establecen en las veredas cercanas y que favorecen el desarrollo no solo de estas sino de la comunidad como tal. Se requiere un plan adecuado para lograr establecer el sistema de alcantarillado y mejorar las vías de comunicación, puesto que son factores fundamentales para el desarrollo de nuevas actividades económicas que permiten alcanzar el éxito de estas propuestas.

Número aproximado de viviendas: cuenta con 221 viviendas aproximadamente. Paulatinamente ha incrementado la población que reside en la vereda, lo cual está relacionado con el aumento en la tasa de fertilidad del municipio, ya que, de acuerdo con los datos proporcionados del DANE (Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, 2022) pasó de 63.564 a 65.553 del 2021 al 2023 en El Carmen de Viboral, la población total presentó un aumento generalizado en el municipio y en la vereda. De allí la importancia de fomentar nuevas formas de crecimiento económico que permitan garantizar el sustento de las familias, asimismo nuevos programas de salud comunitaria que fortalezcan los factores protectores para la población mediante el establecimiento de la ruta de mantenimiento y promoción de la salud promovida desde la Resolución 3280 (2018).

Número aproximado de familias: cuenta con 215 familias, en su mayoría clasificadas como heteros parentales, nucleares biparentales, así como ampliadas o extensas debido a las costumbres y tradiciones, así como el arraigo religioso.

No obstante, atendiendo a las nuevas costumbres y tendencias globales también existe una baja proporción de familias nucleares sin hijos o nucleares monoparentales con hijos. Es poco común encontrar otro tipo de familias mas no se excluye la posibilidad de que existan.

Producto de los cambios que trae este nuevo siglo, se encuentra la diversidad familiar ante la que surgen innumerables retos desde el ámbito social, político, educativo y familiar, entre otros. Es importante promover el conocimiento de los tipos de familia y establecer estrategias que permitan mejorar el conocimiento y la aceptación de estas, cultivando la tolerancia en conjunto con la diversidad como un medio prevención que aporta a la calidad de vida de todos los habitantes.

Componente ambiental

Patrimonio hídrico: para analizar esta categoría se tuvo en cuenta el acceso, distribución, disponibilidad, calidad, tipo, fuentes y uso que se le da a este recurso. Al respecto, la vereda cuenta con una fuente hídrica principal conocida como “cimarronas”, sin embargo, esta no es la única y, pese al desconocimiento que se tiene en este aspecto, los estudios demuestran que en el plano cartográfico existen diversas cuencas de abastecimiento. En relación con el acueducto se identifica que se cuenta con servicio de agua potable, aunque la fuente de abastecimiento no es clara. Por último, el uso principal del recurso hídrico se relaciona con las actividades domésticas, recreativas y productivas.

Con base en los hallazgos expuestos, se recalca la importancia de generar espacios de apropiación y conocimiento de las particularidades de cada vereda en el municipio para la protección de los recursos hídricos que son usados tanto para el consumo humano como para los procesos productivos de la vereda. Por tanto, es necesario promover la conciencia en torno al reconocimiento del ambiente y los patrimonios ambientales, ya que esto permite generar estrategias de conservación y cuidado ambiental. Para ello se requiere contar con información actualizada que puede obtenerse desde los programas comunitarios y las instituciones de acueducto con el fin tener un panorama claro al respecto y definir las rutas de acción para generar medidas de control que reduzcan los factores de riesgo que pueden limitar el recurso o hacer que este sea desperdiciado o contaminado.

Patrimonio suelo: el suelo es principalmente utilizado en actividades de vivienda, recreación y producción agrícola o floricultivos. Este último uso se relaciona con la principal actividad económica de la cual desprenden, a su vez, algunas prácticas como el uso de agroquímicos que pueden generar desgaste y agotamiento del suelo. Al generar el contraste con las fuentes secundarias consultadas se evidencia que, si bien existen registros claros del manejo del suelo, es

importante tener en cuenta las normatividades como el plan de ordenación y manejo de cuencas (POMCA) que trae consigo la implementación del plan de ordenamiento territorial (POT) (Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, 2021) para generar registros del uso que se da a este recurso y mejorar las estrategias de sostenibilidad.

Como uno de los medios principales para el desarrollo de las actividades económicas que se llevan a cabo en la vereda es necesario identificar métodos de producción, aprovechamiento y conservación que respondan a medidas sustentables que sean coordinadas desde los respectivos entes gubernamentales e impulsadas tanto técnica como financieramente, visualizando el beneficio tanto en el desarrollo como en el cuidado de la salud de la comunidad. De este modo la apropiación y el trabajo articulado con la comunidad son parte fundamental para divulgar y mejorar la información con la que se cuenta y que puede fortalecer las prácticas y usos que se dan al suelo.

Residuos sólidos: se identificó que los tipos de residuos generados en la vereda son principalmente orgánicos, reciclables, inservibles y peligrosos. Se cuenta con la ruta de recolección la cual es prestada por la empresa de servicios públicos (ESP) La Cimarrona y se realiza dos veces en la semana estableciendo la separación de residuos. Sin embargo, se observa que la comunidad no realiza cabalmente esta actividad y hay poco interés en ella, a pesar de que desde el plan operativo de salud se han definido diversas rutas en pro de este tema para cuidar la salud de la comunidad. Además, se genera una acumulación inadecuada y se observan residuos en la vía pública que son contaminantes y aumentan los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades.

Debido al análisis resultado de las perspectivas de los actores involucrados, se evidencia una necesidad urgente en el acercamiento de información y la capacitación adecuada a la comunidad en relación a las actividades de relleno. Todo ello con el fin de generar apropiación y

reconocimiento del impacto que puede generar para la salud comunitaria la inadecuada disposición de residuos.

Es clave contar con más procesos de difusión de la información para lograr el acercamiento efectivo y activo. Así mismo, se deben organizar los programas registrados por los entes encargados de la salubridad en la vereda para poder incluir nuevas temáticas como manejo de sustancias químicas, cuidado del patrimonio hídrico y de salud, así como factores que permiten promover la protección de todos.

Saneamiento: en relación con esta categoría se analizó principalmente la subcategoría del alcantarillado, debido a que no se cuenta con un sistema apropiado de alcantarillas y se dispone de pozos sépticos. No existe un control ante estos espacios y la forma en cómo se administran para lograr el adecuado funcionamiento, esto aumenta el riesgo de contraer enfermedades infecciosas y afectar la salud.

Es importante identificar la cantidad de pozos sépticos y capacitar a la comunidad en su uso apropiado, es crucial determinar el estado en el que se encuentran y promover rutas de intervención para poder mejorar la cobertura y calidad, lo cual debe ir en concordancia con el plan de saneamiento y desarrollo municipal.

Contaminación: los principales contaminantes que se evidencian en la vereda se relacionan con vertimientos directos a fuentes de suelo, afectación de los nacimientos de riego, inadecuada separación y disposición de residuos sólidos, así como la contaminación auditiva promovida por eventos como fiestas culturales o privadas de las familias. No existe un plan adecuado para reducir el riesgo que es ocasionado por estas fuentes contaminantes.

La ausencia del conocimiento exacto de las problemáticas de contaminación es uno de los principales factores que aumentan el riesgo para la salud de los habitantes. Por tanto, es importante

fortalecer el manejo adecuado de residuos, agroquímicos y otros productos que puedan ser generadores de contaminación. En conjunto con CORNARE es importante generar acciones de mejoramiento en vertimientos, usos de agroquímicos y disposición de empaques. Lo anterior, debe estar articulado con procesos de formación comunitaria en donde se reconozca la importancia socioambiental y el impacto que las malas prácticas generan.

Patrimonio aire: esta categoría es analizada bajo la subcategoría de emisiones en donde se evidenció que se tiene presencia de quemas como producto de incineración de restos de podas o cosechas, así como el uso de cocinas a leña. Por su parte, en relación con factores contaminantes también se evidencia la generación de ruido en especial los fines de semana, principalmente por parte de los mismos habitantes de la comunidad en eventos sociales.

No existen datos que muestren grandes focos de contaminación por emisiones, existen algunos que deben ser identificados de forma adecuada para lograr dar manejo y poder trabajar en conjunto con el relleno sanitario y la ESP para lograr adecuadas disposiciones que permitan mejorar la calidad del aire para las comunidades.

Ecosistemas estratégicos: Se reconocen ecosistemas estratégicos como bosques y nacimientos, poseen programas en asocio con CORNARE y Mas Bosques los cuales buscan generar estrategias de conservación, a pesar del poco conocimiento que tiene la comunidad de los mismos.

La vereda cuenta con diversas fuentes que delimitan las áreas de restauración ecológica y rehabilitación para la conservación, no obstante, la difusión adecuada de la información a sus habitantes es uno de los limitantes que debe mejorarse para lograr apropiar, compartir y aumentar los mecanismos de acción. En este sentido, es fundamental promover la educación ambiental como un mecanismo de acción adecuado que permite mejorar las prácticas de cuidado del medio ambiente que aporten a una mejor calidad de vida.

Componente salud

Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): si bien se cuenta con un hospital local, los tiempos de atención pueden ser demorados y en muchas ocasiones los habitantes deben desplazarse a otro municipio como Rionegro para ser atendidos. Se evidenció que un alto porcentaje pertenece al régimen contributivo, sin embargo, no cuentan con una cobertura adecuada de los servicios de salud. La falta de articulación entre el ente gubernamental (secretaría de salud), la IPS primaria (Hospital San Juan de Dios) y los aseguradores dificultan tanto el acceso como la disponibilidad de servicios de salud para la población de la vereda, debido a que no cuenta con centro de salud ni con un equipo de atención primaria que realice acompañamiento permanente para la prevención y resolución de los posibles problemas de salud.

Es importante fortalecer los equipos de salud de la IPS primaria para realizar actividades extramurales en la vereda y garantizar así el acceso al sistema de una manera más equitativa a través de la demanda inducida. En este sentido es fundamental la presencia de la secretaria de salud en la vereda puesto que se deben reconocer los factores de riesgo y los mecanismos de prevención que deben adecuarse a un plan de trabajo articulado con todos los involucrados que promueva una mayor presencia por parte de profesionales para la puesta en marcha de servicios de atención primaria en salud.

Promoción de la salud: si bien en la vereda se han realizado algunas actividades enfocadas a la actividad física, aseo e higiene, lavado de manos, bioseguridad, estilos de vida saludable, salud mental, programa para adulto sano, evaluación del estado nutricional en niños, talleres de preparación de alimentos y alimentación saludable en niños, no se han llevado a cabo programas para la población joven. El equipo de salud de la vereda está conformado por dos técnicos en

sanidad y un coordinador de vacunación, siendo esto escaso ante la demanda de la población y sus necesidades.

El aseguramiento en salud es uno de los factores que influye en el acceso a los servicios de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación. No obstante, se deben considerar otros factores como la capacidad instalada de las instituciones prestadoras como entes que deben asegurar la atención directa intramural y extramural dentro de un sistema articulado entre prestadores y aseguradores.

La promoción de la salud en todas sus esferas debe integrar diversos profesionales en los equipos de atención primaria para que cada uno dentro de su rol aporte con intervenciones preventivas que cobijen a toda la comunidad sin excluir grupos específicos. En este caso particular los jóvenes no reciben acompañamiento por parte del equipo de salud para identificar sus necesidades y aportar a cubrirlas. Si bien la etapa de adolescencia y juventud son las de mayor productividad, también es una época de vulnerabilidad por diversos factores externos como la violencia, la falta de oportunidades, la falta de autocuidado, las conductas arriesgadas, entre otros, que ameritan una orientación por parte de los diversos profesionales de la salud para la potencialización de las capacidades en esta etapa de la vida.

Es fundamental que el personal de salud conozca el comportamiento demográfico de la población y pueda contrastarlo con el perfil epidemiológico para que las propuestas de intervención en salud sean adecuadas, consistentes y efectivas.

Prevención de la enfermedad: en la vereda se han promovido diversas actividades como: vacunación, citologías, tamizaje de presión arterial, valoración nutricional, salud oral, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, autoexamen de seno, autoexamen de testículo y próstata.

No se reportan actividades enfocadas en la salud visual.

Se desconoce la existencia de grupos o redes de vigilancia de enfermedades. No se tiene claridad el número de actividades que se realizan en el año.

Por tanto, si bien se promueven diversas actividades de prevención de la enfermedad, no se evidencia un seguimiento de su impacto sobre la modificación de la epidemiología de la vereda frente a las principales causas de morbilidad.

En relación con este último aspecto, se evidencia que el perfil de morbilidad y mortalidad en el municipio es similar al de otras regiones del país en donde las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), los eventos infecciosos, las neoplasias y las lesiones de causa externa lideran la lista de las principales causas de morbimortalidad.

Las actividades de prevención de la enfermedad deben integrar diversos profesionales a partir de equipos de atención primaria que realicen diversas intervenciones extensivas a toda la comunidad y que se focalicen en las principales causas de morbimortalidad del municipio acorde con la epidemiología local. Llama la atención que la salud visual, siendo un elemento tan importante, no se haya tenido en cuenta en esta comunidad

Es importante la articulación entre diferentes actores que aportan a la garantía de la salud en la población, puesto que esta responsabilidad no debe reposar solo sobre el sistema de salud, sino que debe ser compartida con otras instancias como saneamiento, educación, infraestructura, planeación, entre otros, para que la población tenga tanto las condiciones como los medios para el cuidado de su salud, lo cual aporta a disminuir la carga de morbilidad y mortalidad por eventos prevenibles.

Finalmente es importante focalizar las intervenciones en la población de mayor riesgo para promover la detección temprana y hacerlas extensivas a toda la comunidad.

Equipo básico de salud: la comunidad no reconoce un equipo de APS solo algunos profesionales que han realizado algún tipo de actividad en la vereda en alguna jornada de salud: medicina, enfermería, psicología, nutrición, odontología y oftalmología. Por otra parte, los profesionales que identifican dos técnicos de sanidad, un coordinador de vacunación, médico, enfermera y psicología

La poca visibilidad de los profesionales que integran los equipos básicos de salud puede deberse a que no hay una participación activa y continua de estos dentro de la comunidad y se realizan actividades aisladas sobre las cuales no es posible medir impacto y percepción de la comunidad.

Se evidencia una necesidad inminente de lograr la conformación de equipos primarios de salud que realicen un acompañamiento constante a la comunidad para que esta los identifique y participe en las diferentes actividades de protección específica y detección temprana.

Componente salud mental

Violencias: se evidencia un desconocimiento por parte de la comunidad y los profesionales en torno a la problemática que se ha generado por muertes causadas tras actos que se enmarcan en esta categoría de violencia. Al ser esto contrastado con las fuentes secundarias se encuentran datos alarmantes que demuestran la falta de divulgación de información y planes de prevención adecuados ante este tipo de problemas que guardan relación con el aumento de homicidios, la violencia intrafamiliar, las autolesiones y los intentos de suicidio.

Con base en los hallazgos se considera pertinente que, desde la Secretaría de Salud, se diseñen y fomenten planes de intervención para violencias tipo bullying, violencia psicológica y violencia verbal así como actividades para restaurar el orden público y disminuir la sensación de vulnerabilidad; planes de intervención en manejo de pautas de crianza, manejo de la comunicación, la norma y el vínculo amoroso entre padres e hijos, y planes para apoyar personas con trastornos

psiquiátricos y disminuir las tasas de intentos suicidas, así como de suicidios. Lo anterior, en función de que la convivencia armónica es un factor que influye sobre el estado de salud individual y colectivo y debe ser abordado con una mirada preventiva desde diferentes entornos como hogar, escuela y comunidad.

Salud mental y psicopatología: en términos generales no hay evidencias claras sobre proyectos adelantados con la comunidad relacionados con salud mental. Según lo declarado por la comunidad ninguno de los grupos definidos según el curso de vida tiene conocimientos específicos sobre esta temática y consideran que es un tema completamente abandonado.

En la promoción de la salud comunitaria y el fortalecimiento de la atención integral es importante implementar planes para intervenir la salud mental de la comunidad en cuadros como depresión, ansiedad, cuadro afectivo bipolar, intento de suicidio, cutting y bullying, entre otros.

Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y alcohol: en la comunidad se identificó una problemática asociada al consumo de drogas y alcohol con la consecuente generación de adicción en población en etapa productiva con lo que se afecta su proyecto de vida, su rendimiento escolar y laboral y la convivencia comunitaria, además, se identificó una baja participación de la población en actividades de prevención de este consumo. Si bien se han generado algunas inversiones para realizar capacitaciones de prevención de consumo de SPA y bebidas alcohólicas, es importante realizar campañas de información y prevención del consumo de estas sustancias en zonas priorizadas según antecedentes de riesgo, realizar visitas domiciliarias para intervención socioeducativa a personas con violencias (sexuales, de género, físicas), entre otros. Es evidente que la falta de conocimiento y la dificultad de acceso para todos los habitantes son una gran limitante para mejorar la realidad y mejorar la calidad de vida.

Ante la situación expuesta es necesario generar planes para prevenir e intervenir el consumo de SPA y mitigar las consecuencias que trae a nivel individual, familiar y social. Por tanto, se debe fortalecer la consciencia acerca de los perjuicios que genera esta problemática a través de campañas que involucren diferentes actores gubernamentales que orienten a las personas en la construcción de su proyecto de vida alejado del consumo. Si bien no se midió la frecuencia de consumo de este tipo de sustancias en la población, se pudo evidenciar que existe una problemática asociada al consumo, principalmente en personas en etapa productiva de su vida con lo que se pueden afectar las opciones de estudio y laborales, afectando el progreso de la vereda.

Factores protectores y de riesgo comunitarios: al analizar esta categoría se visualiza, en específico, los entornos familia y escuela como principales factores protectores para la mayoría de los niños puesto que en estos espacios se puede estimular la sana convivencia, el trabajo colaborativo, el goce de actividades recreativas gracias a la disponibilidad de piscina y cancha. Como factores de riesgo se identificaron la inseguridad, las violencias de diferentes tipos en algunas familias, el consumo de Sustancias psicoactivas y los problemas asociados a las fallas en la comunicación.

Es importante trabajar de forma articulada para reducir los factores de riesgo a través de la creación de campañas y actividades que permitan no solo conocer las percepciones de la comunidad, sino generar cambios en hábitos de vida, mejoras en la conducta y apoyo interdisciplinar en caso de ser requerido. Es importante consolidar una red de apoyo y acción para llevar a cabo actividades preventivas que permitan reducir el riesgo ante esos factores limitantes que impiden mejorar la calidad de vida de los habitantes.

Componente gerontología

Participación comunitaria: existe un grupo gerontológico conformado por 35 adultos mayores, pero no reconoce la entidad que ofrece los programas de promoción social para adultos mayores. Sin embargo, para esta población la participación en este grupo es un factor protector con respecto al fortalecimiento de los hábitos saludables, la socialización, la recreación, la autonomía y el acondicionamiento físico.

Es importante fortalecer el reconocimiento de los programas de promoción social y de salud. Potenciar desde el programa gerontológicos los hábitos de vida saludables

Redes de apoyo: La familia, los vecinos y la junta de acción comunal son las principales redes de apoyo que reconoce las personas de la comunidad.

Cada una de estas redes cumple un rol fundamental para el desarrollo comunitario en cuanto se convierten en espacios de participación, de socialización y de resolución de conflictos.

Se debe continuar con el fortalecimiento de las redes de apoyo existentes en la comunidad a su vez que se requiere un mayor liderazgo de la junta de acción comunal como un órgano representativo de las necesidades y potencialidades de la comunidad frente a los entes gubernamentales y los mismos pobladores de la vereda.

Instituciones: La comunidad tiene claramente identificadas las entidades que prestan asistencia social a los adultos mayores, aunque no se evidencia dentro de su comunidad que alguno de los adultos mayores requiera ser institucionalizado.

Se debe consolidar un plan de validación anual para poder tomar acciones preventivas en caso de que alguna persona de la comunidad requiera una ayuda por parte de las instituciones, a su vez, estas deben aumentar su participación en acciones de promoción y prevención.

Así mismo, se debe seguir fortaleciendo los programas de control de adultos con enfermedades crónicas para disminuir su progresión.

Situación de vulnerabilidad y/o dependientes: las personas no manifiestan si requieren otro tipo de apoyo distinto al económicos (en subsidios y mercados).

Es importante que la comunidad cuente con canales de comunicación efectiva que le permita manifestar la necesidad de intervenciones prioritarias por parte de las entidades gubernamentales, en especial en el área de la salud física o mental, para lo cual es importante consolidar líneas de comunicación y rutas de seguridad activas y eficaces.

Percepciones: la comunidad identifica las ayudas económicas dadas por el municipio.

Es de vital importancia mantener una constante validación de la percepción de la comunidad, promoviendo la participación ciudadana es clave para el desarrollo del municipio.

Componente nutrición

Consumo de los alimentos: en la comunidad se evidencia preferencia por los alimentos cultivados y cosechados en la región, pero a la vez se evidencia que los métodos de cocción y las preparaciones utilizadas no son variadas, haciendo de la alimentación en general un acto monótono limitando la oferta de diferentes preparaciones. Los métodos de cocción más utilizados son liderados por la fritura y al indagar se evidencia que lo hacen por costumbre y porque desconocen los otros métodos o tienen el concepto de que son más costosos, además consideran que la fritura es un método más rápido por desconocimiento de los métodos de conservación de los alimentos refieren que los principales medios de cocción que se utilizan en la vereda son leña y gas, el 30% de los participantes manifiesta el uso de electricidad para la preparación de los alimentos, en el 50% de los hogares cuentan con gas y estufas con leña que no son muy utilizadas por que consideran que es más complejo el proceso de adquisición y conservación de la madera.

Pese a la variedad de alimentos que se encuentran disponibles para la comunidad, su poco consumo impacta de manera directa la seguridad alimentaria, teniendo en cuenta que son alimentos

con buen aporte nutricional, los encuentran a bajo costo y muchos de ellos pueden ser producidos en el territorio. Adicionalmente, son alimentos que cuentan con propiedades importantes que contribuyen al a la prevención y control de diferentes patologías.

Se evidenció la importancia de capacitar a los miembros de la comunidad por grupos poblacionales sobre alimentación saludable, variedad de alimentos y sus propiedades nutritivas y funcionales. Esto aporta al aprovechamiento y el adecuado uso de los alimentos como factores constitutivos de la seguridad alimentaria, puesto que no es suficiente la disponibilidad de los mismos, sino que otros factores influyen en una adecuada alimentación y nutrición.

Acceso a los alimentos: En relación con el acceso a los alimentos se evidenció una relación directa con el costo de los mismos su disponibilidad en los hogares, con lo cual se puede afectar la seguridad alimentaria. Pese a que una importante actividad económica y tradicional en la vereda es la agricultura, los habitantes no tienen un amplio conocimiento de la importancia de consumir alimentos variados y que estén en cosecha.

Con el fin de propiciar más herramientas que permitan la salud comunitaria es fundamental promover la importancia del componente nutricional en la calidad de vida.

Frecuencia de consumo de los alimentos: al analizar los hábitos de alimentación de la población se observó que el consumo de grasas es el más predominante, referían una frecuencia de consumo de cinco veces al día o más, los cereales frutas o verduras se consumen con menor frecuencia entre 2 o 4 veces al día y, pese a los productos naturales que se cosechan en la vereda, las personas prefieren el consumo de bebidas azucaradas o productos procesados.

Se evidencia que es importante realizar talleres para abordar por grupos poblacionales el sistema de creencias con relación a la alimentación y la relación de la alimentación con el afecto.

Actividad física: se pudo determinar que la actividad física no cumple con los requerimientos de la OMS en frecuencia e intensidad, puesto que algunas personas refieren que practican actividad física ocasionalmente y no la adoptan como un estilo de vida, además, el conocimiento de la población sobre prácticas saludables es bajo, por cuanto hay poca asistencia a las actividades colectivas que se proponen desde los entes gubernamentales y que propenden por estimular la actividad física.

Se evidencia la necesidad de generar cronogramas y canales de difusión más activos que incentiven la participación de la comunidad en actividades que mejoren sus estilos de vida y disminuyan los riesgos de enfermedades asociadas a la falta de ejercicio y actividad física.

Factores protectores y de riesgo

Teniendo en cuenta el análisis de información realizado mediante la triangulación, se reconocieron factores protectores y de riesgo claves para el diseño de la propuesta de intervención basada en información objetiva y propia de la vereda. Según Hidalgo (2002) citado por Campos, Peris y Galeano (2011) los factores de riesgo son aquellos que constituyen condiciones o aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales que se asocian a una tasa de morbilidad o mortalidad más alta en el futuro, sin ser causa – efecto. Por su parte Valdés (1994) citado por Campos et al. (2011) menciona acerca de los factores protectores que son aquellos que reducen la probabilidad de emitir conductas de riesgo generando un beneficio y cuidado para la sociedad.

Basados en estas definiciones, los factores identificados en la población de estudio se relacionan en la tabla 5. Es importante tener en cuenta que dichos factores relacionados para cada componente se despliegan del estudio de las categorías que fueron indagadas con cada uno de los participantes y a través de los cuales se generó un análisis global presentado previamente en la matriz de triangulación.

Tabla 4*Factores protectores y de riesgo de la vereda Alto Grande*

Componente	Factores protectores	Factores de riesgo
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de desarrollo en nuevas actividades económicas y formas de producción sostenible • Programas de protección y prevención definidos que pueden incentivarse mediante la participación activa • Trabajo colaborativo de la comunidad para llevar a cabo iniciativas de desarrollo que respeten sus tradiciones y cultura. • Apoyo de la Junta de acción comunal para fortalecer la comunicación e información a la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca incursión en nuevas actividades económicas • Bajo conocimiento en prácticas sostenibles • Falta de comunicación asertiva y medios adecuados para propagar la información • Poca participación en actividades sociales y bajo interés por parte de la comunidad, principalmente en las edades tempranas. • Poca apertura ante la diversidad • No se cuenta con una ruta de seguridad definida
Demográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo permanente para mejorar la infraestructura vial 	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con alcantarillado ni un sistema de pozos sépticos bien definido

Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Las nuevas regulaciones del municipio abren la posibilidad de generar nuevas estrategias que favorezcan el cuidado y protección de los recursos. • Apertura al cambio • Fuentes que delimitan las áreas de restauración ecológica y rehabilitación para la conservación 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento poblacional • Poca apropiación y conocimiento en torno a los diversos recursos, generando baja cantidad en las medidas que permiten preservarlos. • Fallas en la administración de recursos
Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de diversas actividades de promoción y prevención 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad en el acceso a los servicios de salud básicos • Poco conocimiento de actividades de promoción y prevención, dificultad en el acceso por horarios y falta de disponibilidad de personal de salud • No hay equipos primarios de salud para el acompañamiento constante

Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en situaciones de riesgo por parte de las instituciones educativas generando redes de apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • No existe planes de atención para situaciones derivadas del cuidado de salud mental • Alto consumo de SPA y alcohol
Gerontológico	<ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento del grupo gerontológico y su participación en los programas de promoción social 	<ul style="list-style-type: none"> • No se cuenta con un plan de validación anual para el seguimiento adecuado de las condiciones de salud y vida
Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a una alimentación saludable debido a que gran parte de la agricultura se realiza es para este fin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sedentarismo • Alto costo de los alimentos • Riesgo de inseguridad alimentaria por preferencia de alimentos ultra procesados

Nota: Elaboración propia

Discusión

En Colombia la APS es un derecho fundamental cuyo garante debe ser el Estado, a raíz de lo anterior, a lo largo de los últimos años se han consolidado diversas políticas públicas y lineamientos gubernamentales por medio de las cuales se ha buscado garantizar dicha atención. Entre estas se encuentra la Ley estatutaria 1751 (2015) que define la salud como un derecho fundamental y no solo como un servicio, la Resolución 518 (2015) que marca los lineamientos para la gestión de la salud pública y las intervenciones colectivas, igualmente, la Resolución 3280 (2018) en la cual se incluye la RPMS y la ruta integral de atención materno – perinatal.

Durante muchos años la situación en torno a la salud en Colombia ha generado algunas controversias; en especial cuando se trata de poblaciones vulnerables para las cuales frecuentemente no es posible garantizar el cubrimiento de sus necesidades básicas como es el caso de la salud. En los territorios rurales del país esta situación es aún más compleja, ya que la APS está condicionada por factores como las vías de acceso, el orden público, la disponibilidad de recursos humanos, financieros y técnicos, la infraestructura apropiada para brindar atención y las modalidades de contratación en el sector salud, entre otros. Luego de realizar el respectivo trabajo de campo se evidenció que esta problemática, si bien es reconocida por la comunidad y por diversos entes gubernamentales, requiere de acciones contundentes que ayuden a mitigar el impacto negativo que tiene principalmente en la calidad de vida de los ciudadanos.

Tal como lo afirma Lopera (2020) la calidad de vida es lo que cada individuo determina que es, lo que incluye las dimensiones que cada uno considere importantes. En relación con lo anterior, la salud es una dimensión que todas las personas incluyen como determinante de la calidad de vida y bienestar, lo cual le confiere relevancia a esta investigación por la importancia que adquiere plantear estrategias que permitan afrontar la salud desde la Promoción de la salud y

Prevención de la enfermedad, por medio de lo cual, no solo se garantiza una mejor calidad de vida, sino que se construye una cultura que aporta al desarrollo psicosocial de la comunidad en torno al cuidado y respeto por sí mismos, por los otros y por el entorno en general.

Las RIAS comprenden una serie de acciones coordinadas, complementarias y efectivas que permiten garantizar el derecho a la salud y que por medio de políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios se materializan en acciones para las personas, familias y comunidades. Bajo esta perspectiva se analiza no solo la salud a nivel biológico sino también desde el enfoque de los determinantes sociales, los cuales son definidos por la Organización Mundial de la Salud (n.d., parr. 1) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” es decir tanto fuerzas como sistemas que pueden incluir aspectos políticos, económicos, ambientales, entre otros que a la vez varían de acuerdo al contexto.

Por su parte, El Ministerio de Salud y Protección Social (Resolución 3280, 2018) establece que para la adecuada implementación de la ruta, es importante realizar una planeación estratégica teniendo en cuenta el contexto. Por eso fue relevante tener en cuenta una metodología de investigación-acción a la hora de llevar a cabo el proceso investigativo en la Vereda de Alto Grande, ya que dentro de las acciones a considerar se plantean procesos misionales, estratégicos y de apoyo que son consolidados en la propuesta diseñada como producto final de esta investigación, para fortalecer las medidas que hasta el momento se han tomado.

Para ello, la revisión de estudios anteriores fue fundamental a la hora de analizar y evidenciar las perspectivas de otros investigadores en relación con las diversas problemáticas que surgen a partir de la implementación de las RIAS. Por ejemplo, el trabajo realizado por López Creazzo y Lozano Rivera (2022) en la ciudad de Bogotá tuvo como objetivo diseñar una estrategia

pedagógica virtual que posibilitara la apropiación de la RPMS en la edad pediátrica y de la RIA materno-perinatal, por parte del personal de salud de Los Cobos Medical Center para contribuir a mejorar la calidad de la atención de los pacientes pediátricos. Este proyecto fue tenido en cuenta porque permitió construir una ruta de acción y demostrar la importancia de fomentar la investigación en esta área, teniendo en cuenta los desafíos que representa la implementación de una ruta de atención integral adecuada y efectiva para garantizar el acceso a la salud, a partir del diagnóstico comunitario.

A través de la investigación en curso es posible retomar el diagnóstico comunitario para fortalecer la salud comunitaria tomando en cuenta la identificación de problemas que afectan a una población específica y que se relacionan con el entorno socioeconómico y político en el que las personas se encuentran, hallazgos que permiten diseñar acciones para mitigar y solucionar los principales problemas de comunicación teniendo en cuenta que esta es un factor clave para lograr la participación comunitaria en las actividades que permiten promover la salud.

Con base en la información recolectada López Creazzo y Lozano Rivera (2022) diseñaron una estrategia pedagógica mediante la creación de módulos virtuales a través de la plataforma Moodle y se concluyó que, pese a los grandes esfuerzos que han realizado algunas instituciones, el conocimiento que se tiene para adoptar políticas gubernamentales eficaces y de respuesta a las necesidades reales que permitan mitigar los factores de riesgo es poco, limitando las acciones posibles. Estos resultados se relacionan con los hallazgos de la presente investigación en la que se evidenció una clara necesidad de conocimiento por parte de la población acerca de políticas y planes relacionados con las RIAS en entornos comunitarios que deben ser lideradas por las entidades del Estado con un importante liderazgo del sector salud.

Otro estudio realizado por Barrera (2021) demuestra la relevancia que ha tenido la Resolución 3280 para la construcción de un nuevo comienzo en la atención integral, pero señala, a su vez, la dificultad que se tiene para lograr la implementación adecuada de estrategias que permitan cumplir con el propósito de la norma. Esto hace evidente la necesidad de generar mayor inversión en el sector salud y fortalecer las capacitaciones de los actores implicados, puesto que al analizar y contrastar los factores que impiden la implementación de las RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud con la actual investigación pudo observarse algunos puntos en común como lo son la poca participación ciudadana, la falta de interés en actividades de salud, la escasez de recursos, entre otros que fueron claves para la construcción de acciones de la propuesta de intervención.

Se resalta el realizado por Gaviria Sánchez et al. (2019) quien por medio de su investigación, identificó la ruta prioritaria para el municipio de Popayán a través de un análisis de la primera etapa en la implementación MIAS. Es importante tener en cuenta que la atención integral en salud se relaciona con el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. (Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad de los Andes, et al., 2015)

En este sentido, a través de este trabajo se aportó a la caracterización de una población específica para definir un marco de acción que permita la implementación de la RIAS para la promoción y el mantenimiento de la salud en el entorno comunitario, con lo cual se pretende generar impacto sobre la salud de la comunidad y empoderamiento para que sea gestora de sus

propios procesos sociales. Además, en el presente estudio se identificó que los servicios de salud juegan un papel muy importante, aunque no único en el Estado de salud de la población, por cuanto los determinantes tanto biológicos, ambientales como sociales afectan los indicadores de morbilidad junto con los de mortalidad, resaltando lo que se ha establecido por medio de la RPMS en cuanto a la relevancia de caracterizar los entornos.

Con base en los resultados se pudo evidenciar que existen barreras relacionadas en torno al aspecto geográfico pues las veredas al estar dentro de un espacio rural no cuentan con las mismas condiciones que se pueden identificar en los territorios urbanos. Así mismo las limitaciones económicas y los sobregastos que implica que la atención se lleve a cabo fuera del lugar en donde habitan son puntos estratégicos sobre los cuales se deben diseñar acciones. No obstante, estos no son los únicos factores influyentes, puesto que en el ámbito cultural el desconocimiento y la falta de una difusión asertiva sobre los servicios ofrecidos o las actividades diseñadas para promoción de la salud y prevención de la enfermedad limitan el acceso de la comunidad a una atención integral.

De igual forma, se consideran las barreras administrativas y financieras, importantes causales de retrasos en la atención por insuficiente dotación y déficit de talento humano en salud, entre otros aspectos que son claves para lograr garantizar una atención del servicio adecuado. Es importante resaltar que dentro de los hallazgos se resalta que actualmente la comunidad solo no reconoce un equipo básico de salud, solo profesionales que realizan eventualmente actividades en jornadas de salud. La poca visibilidad de los profesionales que integran los equipos básicos de salud es sinónimo de poca participación activa y continua de los mismos en la comunidad, razón por las cuales es necesario complementar este equipo y lograr un acompañamiento constante para

que se puedan identificar de forma adecuada los principales riesgos mediante la participación de diferentes actividades de protección y detección temprana.

Asimismo, la falta de articulación entre el ente gubernamental (secretaría de salud), la IPS primaria (Hospital San Juan de Dios) y los aseguradores dificultan tanto el acceso como la disponibilidad de servicios de salud para la población de la vereda, debido a que no cuenta con centro de salud ni con un equipo de atención primaria que realice acompañamiento permanente para la prevención y resolución de los posibles problemas de salud, resaltando lo mencionado anteriormente, además de evidenciar que estas barreras impiden garantizar el derecho a la salud y la calidad de vida de la comunidad, en algunos estudios señalados previamente como el de Barrera (2021) se hacía énfasis en la dificultad que se tiene para lograr la implementación adecuada de estrategias que permitan cumplir con el propósito de la norma, resaltando algunos de estos factores mencionados, dejando en evidencia la importancia de tomar en cuenta estos limitantes a la hora de generar estrategias que conlleven al cambio.

En lo referente a la caracterización de la comunidad se pudieron establecer condiciones mínimas para lograr una atención de forma adecuada e integral, teniendo en cuenta las herramientas, insumos, equipos y acciones que se estipulan en la Resolución 3280 de 2018. Si bien hasta la fecha se debe seguir fortaleciendo las acciones que se llevan a cabo e implementar nuevas estrategias, el Ministerio de Salud y Proyección Social (Resolución 3280, 2018) resalta que las actividades o programas que se llevan a cabo en la actualidad suman al trabajo conjunto de las RIAS en aras de contribuir al desarrollo integral de la comunidad en lo concerniente de promoción, mantenimiento de la salud, protección, recuperación y mitigación de daños al bienestar físico, mental además del social. Con base en esta información recolectada se llevó a cabo el diseño de la propuesta que se presenta en el segundo apartado de la discusión.

Por otro lado, si bien hasta el momento se ha señalado la importancia de lograr articular acciones y proyectos de investigación que fortalezcan los lineamientos para la APS, es relevante mencionar como impacta los diagnósticos comunitarios dentro del logro de la salud comunitaria, ya que se ha demostrado hasta este punto que las fuentes de información sobre las cuales se establecen las principales medidas que favorecen el acceso a los servicios de promoción y prevención en salud deben partir del conocimiento que surge a partir de las vivencias de las comunidades, la percepción de las necesidades por parte de estas y la observación directa en cada escenario, al respecto el Ministerio de Salud y Protección Social (2017) señala dentro de los lineamientos la importancia de tener en cuenta las intervenciones colectivas que permiten el diagnóstico de las particularidades, condiciones y situaciones que deben considerarse como ejes contextuales del proceso de atención en salud.

De modo que es relevante el conocimiento de la realidad a partir de la caracterización de aquellos factores tanto protectores como de riesgo que pueden impactar de forma tanto positiva como negativa dentro de la sociedad, para lograr alcanzar este conocimiento es necesario partir del hecho de que el nivel de salud de una comunidad es el resultante de la influencia de factores ambientales, sociales, culturales, demográficos y culturales en un contexto específico, los cuales si bien pueden reconocerse a partir de fuentes de información secundaria, cobran mayor sentido cuando se cuenta con la participación activa de la comunidad, pues esta es fundamental tanto para el planteamiento de los problemas de acuerdo a las necesidades reales como la administración de los mismos mediante la motivación que permita llevar a cabo la planeación local, de lo contrario cualquier estrategia diseñada perderá efecto al no lograr ejecutarse, en este punto es importante resaltar que la participación social y comunitaria, permite reconocer los procesos sociales de organización, movilización, acceso a información, toma de decisiones y respuestas colectivas para

actuar sobre los factores que afectan la calidad de vida, el desarrollo humano y el desarrollo sostenible. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a)

No se puede dejar de lado que el proceso de salud tiene una estrecha relación con aspectos condicionantes que impactan en la vida de muchas personas, lo cual hace que el individuo pase a ser un ente social con una realidad similar a la de otros que requiere de una solución en la que se tome en cuenta a la comunidad, de allí que partir del diagnóstico comunitario se consolide como una de las rutas más importantes a la hora de analizar de forma integral las posibles rutas de atención. Al llevar esto a la práctica, se tuvo en cuenta los principales componentes que producen realidades en un contexto específico, los cuales a su vez son determinantes sociales para lograr una salud comunitaria, teniendo en cuenta que el diagnóstico es la primera etapa para la planificación de una intervención social, a través del cual se logra hacer evidentes tanto situaciones como aspectos que no son perceptibles a simple vista y que permiten una visión global donde se desarrolla la vida de las personas.

De lo anterior, se desprende la importancia no solo del diagnóstico comunitario sino de la planificación de acciones que sean determinantes sociales para lograr alcanzar una salud comunitaria la cual es garante de una salud individual. En el trabajo realizado se tomó como referente la caracterización social y ambiental reconociendo que en el aspecto de la salud intervienen a su vez problemas que pueden provenir del territorio o contexto donde está ubicada la comunidad, lo cual promueve una visión integral en la que se debe actuar a través de un equipo interdisciplinar que pueda plasmar la realidad desde diversas perspectivas y proponer la consolidación de acciones que realmente impacten de forma positiva la calidad de vida de las personas, según lo señalado por el Ministerio de Salud y protección Social (2018d) se debe Gestionar con otros sectores la realización de las acciones que según su competencia les

corresponda adelantar para afectar los determinantes sociales de la salud encontrados en cada entorno; por ejemplo, el mejoramiento del acceso a servicios públicos, condiciones de habitabilidad de la vivienda, acceso a programas sociales, entre otros.

Finalmente, en el trabajo llevado a cabo en la comunidad de la Vereda Alto Grande se demostró que el partir del diagnóstico comunitario garantiza un medio de gran valor para la organización de las comunidades, mediante un estudio y análisis de la realidad que con el apoyo de un equipo interdisciplinar permite a su vez sistematizar y analizar las principales necesidades, características, causas de problemas, reconocimiento de recursos entre otros elementos que son fundamentales a la hora de diseñar una propuesta de intervención.

Consideraciones éticas

Se recibió aval por parte del comité de ética institucional de la Universidad Católica de Oriente para la realización de la investigación con fuentes primarias y la aplicación de los instrumentos de recolección de información. Acorde con la resolución 8430 de 1993 el presente estudio se categoriza como sin riesgo porque no se realizaron modificaciones en las variables de estudio.

Asimismo, la aplicación y uso de técnicas como el grupo de discusión, junto con el instrumento de cuestionario diseñado desde la investigación macro, tuvo en cuenta los principios éticos de transparencia, legalidad y consentimiento informado de participación para poderse llevar a cabo en los tiempos definidos y bajo los parámetros de los actores implicados cumpliendo de forma satisfactoria con los resultados esperados y aclarando que el uso y divulgación de la información allí obtenida tiene un fin netamente académico, que estará a su vez relacionado con los principios de no mal eficiencia y justicia para el tratamiento adecuado de la información. Finalmente, es importante tener en cuenta estas consideraciones de que el proceso llevado a cabo

en esta investigación es completamente transparente y, por tanto, este documento se constituye como una base para futuras investigaciones relacionadas con la problemática abordada.

Propuesta de intervención

Al realizar la caracterización social y ambiental, se pudo reconocer algunas oportunidades de acción que, de ser implementadas, podrían mejorar la APS en este lugar, la cual no está siendo garantizada en su totalidad y en algunos casos se ha visto condicionada a otros factores que impiden llevar a cabo los propósitos de la resolución 3280 de 2018.

Se deben tomar medidas en las cuales participen en la planeación, ejecución y evaluación diferentes actores y sectores junto con un equipo interdisciplinario que aseguren el flujo de recursos económicos y de talento humano cualificado, apuntando acciones hacia la caracterización de la población objeto para direccionarlos a una atención integral que proteja el derecho a la salud. Teniendo en cuenta lo anterior, se definieron las siguientes acciones dentro de la propuesta de intervención diseñada a través de la cual se responde satisfactoriamente a los objetivos planteados. La propuesta de intervención se detalla en la tabla 5.

Tabla 5

Propuesta de intervención Colectiva y de Promoción de la Salud en la Vereda de Alto Grande

Componente	Acción(es)	Profesionales, actores y sectores responsables
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión a través de los cuales sea posible generar el desarrollo de nuevas actividades económicas mediante la investigación en conjunto con la realización de proyectos sujetos a aprobación por los respectivos entes gubernamentales teniendo en cuenta el presupuesto anual. Con nuevas actividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Junta de acción comunal • Secretaria de educación (maestros, instituciones educativas) • SENA • Fondos de emprendimiento • Dirección local de Salud

económicas se logra ampliar las opciones de empleo, aspectos que son relevantes para la mejora de la calidad de vida, lo que repercute en la salud de las personas. Dentro de los grupos de discusión, teniendo en cuenta los actuales desafíos en el panorama laboral, se propone trabajar temas como prácticas de desarrollo sustentable, ferias de innovación y emprendimiento, búsqueda de nuevas fuentes de empleo de acuerdo con el contexto global.

- Formación en técnicas de producción sostenible con el apoyo de instituciones educativas y el conocimiento de técnicos especializados que puedan evaluar y reformular los modelos de acción actuales, para ello se requiere de cimentar un modelo de las practicas que se llevan a cabo en la actualidad mediante la investigación por estudio de caso.
- Diseñar un plan de comunicaciones e información, mediante el cual se fortalezca la participación ciudadana en las acciones que se llevan a cabo dentro de la implementación de la RIAS, generando mayor incidencia en los programas de promoción y prevención a partir de los cuales se mejoren los hábitos de vida y se construyan nuevas estrategias para fortalecer los índices de salud comunitaria.

- Alcaldía municipal

Demográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar y presupuestar el proyecto de implementación del acueducto para la vereda Alto Grande con el fin de reemplazar el sistema actual de pozos sépticos, generando un sistema que permite mejorar la calidad de vida de la población al garantizar un tratamiento adecuado de aguas residuales, así como una mejora en el sistema de alcantarillado. Si bien los pozos sépticos son una solución para la disposición de excretas, su vida útil depende de la utilización que se les dé y de un mantenimiento constante, por cuanto la adecuación de un sistema de acueducto permanente y con alcance para todos es una necesidad sentida • Definir un plan de mejoramiento para la infraestructura vial que mejore la circulación dentro de la vereda y la comunicación con el resto del municipio teniendo en cuenta que, en la medida que se busque diversificar las actividades económicas y sociales de la vereda, se debe contar con una infraestructura vial que aporte a este propósito. Además, la infraestructura vial es un factor determinante para establecer rutas de <ul style="list-style-type: none"> • Junta de acción comunal • Secretaria de ambiente (ingeniero ambiental) • Secretaria de infraestructura (Ingeniero civil, arquitecto) • Alcaldía del Municipio (asistente legal, auditor, especialista administrativo)

	<p>evacuación y puntos de encuentro como mecanismo de gestión de desastres. Para ello es importante realizar un análisis detallado de la estructura actual y establecer prioridades de las principales obras a realizar con el fin de adecuar el presupuesto y solicitar al ente encargado la asignación de los recursos.</p>
<p>Ambiental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión en administración de residuos sólidos a través de talleres educativos que pretenden concientizar a la población no solo de la importancia del cuidado al medio ambiente, sino de la forma en la que pueden realizarlo incentivando de este modo la participación comunitaria en pro de la conservación de los recursos y el ecosistema, así como de la reducción de los indicadores de contaminación. Estos talleres deben contar con el apoyo de entidades que lideren el tema de salud y el tema medioambiental. • Tomando en cuenta los grupos de discusión propuestos y con el apoyo que se tiene de las nuevas regulaciones que ejercen una responsabilidad social con el medio por parte de la ciudadanía, sería importante no solo educar, también implementar una constancia legal que permita garantizar a cada persona que se compromete y conoce el manejo adecuado de recursos de allí la propuesta de implementar una certificación exigible del manejo de recursos para la habilitación comercial. Dicha certificación <ul style="list-style-type: none"> • Junta de acción comunal • Secretaria de ambiente (Ingeniero ambiental)

	<p>debe ser emitida a través de instituciones educativas o puntos establecidos por los entes gubernamentales, debe poder estar disponible para que todo ciudadano acceda a ella mediante una oferta constante y diversa de los talleres, cursos o prácticas.</p>	
<p>Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidación del grupo de APS para el acompañamiento constante de las necesidades de salud básica. Uno de los aspectos clave en la ruta de atención integral es precisamente contar con los recursos físicos, económicos, ambientales y humanos necesarios para poder asegurar una atención primaria a cada persona. Como se evidenció dentro de los hallazgos, actualmente el equipo es escaso y esto influye en la incapacidad de prestación del servicio. La acción que se propone inicia por fortalecer el equipo humano y adecuar nuevos espacios y horarios de atención, los cuales deben ir creciendo de forma paulatina con el tiempo hasta contar con una cantidad de servicios adecuados para mitigar los desplazamientos a otros municipios y el tiempo de respuesta adecuado ante urgencias vitales, para ello se debe contar con un equipo interdisciplinar compuesto de médico general, una enfermera profesional coordinadora de salud pública, del PIC y salud mental • En concordancia con lo anterior se considera fundamental llevar a cabo una 	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de salud, ESE (Médicos, enfermeros, coordinadora de salud pública, del PIC y salud mental) • Entidades promotoras de salud (EPS) • Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) • Secretaria de infraestructura (ingeniero civil, arquitecto)

contratación con la EAPB que los habitantes más tengan con el fin de que estos puedan ser atendidos sin necesidad de salir del municipio por falta de contratación, permitiendo de este modo ampliar la oferta de servicios mediante la implementación de nuevas estrategias y adecuando un lugar de trabajo para el equipo de APS que se busca establecer en apoyo del ente gubernamental, la junta de acción comunal y los habitantes.

- Con el apoyo de entidades de salud, realizar brigadas de promoción y prevención que se pueden llevar a cabo a través de equipos técnicos como las unidades móviles, generando mayor cobertura e incentivo para la comunidad.
- se debe incluir las estrategias para el desarrollo de equipos de APS lo cual requiere de un entrenamiento de recursos humanos que se articule con las necesidades de salud y ser sostenible.

Salud mental

- Es necesario garantizar la inversión para la adecuación de una nueva institución de atención y promoción de actividades educativas, para ello se debe fortalecer el equipo APS y es importante dar mayor relevancia a los aspectos que se relacionan con la salud mental generando grupos de discusión entre los cuales se pueda establecer una red de apoyo y un canal de comunicación seguro para poder generar una respuesta inmediata cuando se
- Secretaria de salud ESE (Psicólogo, trabajador social, psiquiatra)
- Secretaria de educación (maestros)
- Alcaldía (servidores públicos para las líneas de atención)
- Junta de acción comunal

	<p>presenten situaciones que puedan requerir de atención inmediata. Se propone consolidar una línea de atención por WhatsApp o línea telefónica que permita enlazar los profesionales de la salud con la persona que requiera la atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las instituciones educativas se debe fortalecer y promover los temas en relación con la salud mental como riesgo suicida, trastornos y mecanismos de acción, líneas de emergencias, entre otros. Se debe concientizar a todas las personas de la importancia del cuidado de la salud mental y plantear actividades educativas que permitan actuar a través de una línea preventiva disminuyendo el riesgo ante situaciones limitantes como el suicidio, tanto los colegios como la comunidad tiene una gran responsabilidad en este aspecto, se proponen talleres dirigidos por parte de la junta de acción comunal y charlas o capacitaciones en los colegios para padres y para niños. 	
Gerontológico	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de nuevos espacios para la realización de talleres educativos que mejoren la calidad de vida de los adultos mayores, en conjunto con la acción principal de la propuesta que es la adecuación de nuevos espacios y la consolidación de un equipo de trabajo óptimo ante las necesidades de los habitantes se debe evaluar las condiciones actuales del grupo de adultos mayores que 	<ul style="list-style-type: none"> • Lideres comunitarios (personal de la escuela, maestros, psicólogos) • Secretaria de salud • Secretaria de deporte • Gerontólogo

se reúnen en el gerontológico, para de esta manera diseñar espacios integrales que permitan fortalecer las acciones que ya se vienen desarrollando pero que suelen ser escasas en comparación a la disponibilidad de tiempo y las expectativas de este colectivo. Dentro de las actividades a realizar por parte de este grupo se debe fomentar el voluntariado y los programas intergeneracionales, dentro de estos se pueden concretar temas como reconocimiento de herramientas tecnológicas, apoyo en actividades educativas para la comunidad, brigadas o manualidades.

Nutrición

- Talleres educativos para fortalecer la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar los hábitos de vida saludables y por ende la calidad de vida en las personas que envejecen, este servicio se puede proponer a partir de las instituciones educativas.
 - Actividades físicas grupales en diversos horarios para el acceso de los miembros de la comunidad, teniendo en cuenta que una de las principales herramientas a la hora de garantizar el bienestar es el equilibrio entre una alimentación adecuada y un mínimo de ejercicio físico. Se debe promover estos espacios partiendo de la diversidad de contextos de cada familia, puesto que todos no tendrán la misma disponibilidad de
- Secretaria de salud ESE (Nutricionista)

tiempo, recursos o incluso la misma motivación, los cuales son factores que se deben tener en cuenta para diseñar un plan estratégico e integral de forma mensual, garantizando una diversidad en servicios que sean llamativos para la comunidad. La comunicación es realmente la garantía del éxito que la gente sepa que se llevan a cabo estas acciones y los beneficios que esto tiene para su vida y la de sus seres queridos, por eso dentro de las acciones es importante consolidar medios de difusión precisos que permitan el alcance de la información a todos.

Nota: Elaboración propia

Conclusiones

En el trabajo realizado se tomó como referente la caracterización social y ambiental reconociendo que en el aspecto de la salud intervienen a su vez problemas que pueden provenir del territorio o contexto donde está ubicada la comunidad, a partir de esta se logró obtener información específica que identifico o profundizo las necesidades, situaciones de riesgo, vulnerabilidad y factores protectores relacionados con las condiciones físicas, ambientales, culturales y sociales. En la actualidad la vereda no cuenta con una buena cobertura del servicio de salud y principalmente del acceso a las prestaciones que satisfacen las necesidades básicas o de urgencia, de allí la importancia de consolidar y fortalecer tanto los planes como las acciones que se han venido estableciendo, entre las cuales se encuentran las actividades educativas tanto de promoción como de prevención por parte del grupo gerontológico, así como la junta de acción comunal, las campañas de salud por parte de los entes gubernamentales respectivos, así como aprovechar la apertura al cambio y la buena participación comunitaria con la que se podría contar para fortalecer los mecanismos de comunicación, el acceso a la información y la promoción de grupos de discusión adecuados.

La vereda cuenta con el acceso a servicios públicos, sin embargo, no cuenta con buenas medidas de saneamiento debido a la poca concientización que se tiene en relación con el cuidado y preservación del medio ambiente, el mal tratamiento de residuos sólidos y el poco conocimiento en torno a nuevas prácticas que permitan mejorar las condiciones ambientales. No obstante, parte de esta problemática se relaciona con la falta de inversión en adecuaciones como el acueducto o un buen sistema de depósito de residuos, aspectos que fueron identificados como oportunidades de mejora.

Tomando en cuenta lo anterior, se diseñó una propuesta de intervención que abarco el componente demográfico, social, ambiental, salud, salud mental, nutrición y gerontológicos, articulando acciones que al realizarse de forma simultánea permiten establecer una ruta de atención integral oportuna y adecuada ante las necesidades de la comunidad. Ahora bien, es importante tener en cuenta que dentro de los hallazgos se pudo tomar como referente, algunos puntos de partida de estrategias que existen, pero no se han ejecutado de forma correcta o han contado con la promoción y participación adecuada de la comunidad. Por tanto, se propuso la implementación de la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud en el entorno comunitario a partir de intervenciones colectivas dirigidas por un equipo interdisciplinario con el fin de ser un referente para el oriente Antioqueño, lo anterior como parte de una investigación macro aprobada por el sistema de investigación, desarrollo e innovación (SIDI) de la Universidad Católica de Oriente.

Finalmente, se debe fortalecer la articulación de normas, planes y políticas para la promoción de ambientes favorables y la gestión de servicios sociales integrales, entre otros aspectos que, en conjunto, garantizan el derecho a la salud de toda la población. Bajo este panorama, el surgimiento de las RIAS demarca una norte claramente definido para mejorar la calidad de vida y la salud, pero también esto representa un desafío para las instituciones, la sociedad, el estado y todos los actores involucrados en su desarrollo. Por último, la participación interdisciplinaria de la academia en la implementación de las RIAS aporta, como en el caso de esta investigación, a la caracterización y al diagnóstico comunitario, así como delimitación de los procedimientos necesarios y la identificación de puntos críticos que se deban mejorar.

Recomendaciones

Es pertinente continuar con un trabajo investigativo constante que permita diseñar y proponer la actualización de nuevas estrategias que garanticen el establecimiento y el funcionamiento de las rutas de atención integral mediante las cuales la población logre fortalecer su calidad de vida al reducir los factores de riesgo que aporten a impulsar el desarrollo social, a la prevención de enfermedades, a la práctica de hábitos saludables y a la garantía del derecho a la salud.

Si bien la normativa actual ha definido una serie de estrategias y planes que se han puesto en marcha para mejorar el acceso de la población a una atención integral y un servicio de salud adecuado se recomienda fortalecer la dotación humana, técnica y financiera de los equipos de atención primaria, especialmente en zonas rurales como la vereda Alto Grande en donde el acceso a la salud es limitado y donde se requiere una clara presencia del sector salud para hacer frente a las necesidades de atención de la comunidad.

Se requiere una acción intersectorial coordinada para hacer frente a las necesidades identificadas a partir de esta caracterización tales como: mejoramiento de la infraestructura vial, fortalecimiento de los espacios de participación social, desarrollo de actividades transversales en materia de salud física y mental que involucren también la salud visual, acompañamiento a jóvenes y adolescentes para la construcción de un proyecto de vida, intervenciones para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol y formación de la población para un mejor aprovechamiento de la agricultura con sostenibilidad de los recursos naturales de los que disponen, entre otras. Para ello se debe tomar en cuenta las propuestas de intervenciones colectivas señaladas.

Referencias bibliográficas

- Agudelo Calderón, C. A., Cardona Botero, J., Ortega Bolaños, J., & Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc.Saúde Coletiva*, 16(6), 2817–2828. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600020
- Aguilar, M., Roa, I., Kaffure, L., Ruiz, L., & Sánchez, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(supl 1), S103–S110. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a12.pdf>
- Antolínez Álvarez, M., Tamayo Perdomo, G., Lerma Castaño, P., & Castro Betancourt, D. (2016). Conocimientos y prácticas del manejo de los residuos hospitalarios por parte de los fisioterapeutas, Neiva. *Rev Med Risaralda*, 22(1), 15–18. <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v21n2/v21n2a04.pdf>
- Arboleda, L. (2008). El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 26(1), 69–77. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v26n1/v26n1a08>
- Arenas-Monreal, L., Pacheco-Magaña, L., Parada-Toro, I., Rueda-Neira, C., & Cortez-Lugo, M. (2019). Mapeo Comunitario para impulsar la participación comunitaria dentro del diagnóstico de salud poblacional. *Enfermería Universitaria*, 16(2), 120–127. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.636>
- Arias Valencia, M. M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación En Enfermería*, XVIII(1), 13–26. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105218294001.pdf>
- Asamblea Constituyente de Colombia de. (1991). *Constitución política de Colombia* (p. 108).

<https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Colombia/colombia91.pdf>

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. (2008). *Fundamentos en salud familiar* (A. Palacios (ed.)). ASCOFAME. <https://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/09/Libro-Medicina-Familiar-ASCOFAME.pdf>

Barrera, B. (2021). *Factores que afectan la implementación de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en la primera infancia e infancia en la empresa social del estado hospital local Cartagena de Indias 2021* [Universidad CES].

https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/6133/PROYECTO_FINAL_16_de_mayo_07-05-2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). El sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53 Suppl 2(1), s96–s108. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877098>

Blasco Romera, C. (2012). *[Description and analysis of protective factors for adolescent crime prevention: Teen resistant profile and associated emotional competencies]*. *Descripción y análisis de los factores protectores de adolescentes en la prevención del delito: el perfil del a* [Generalitat de Catalunya]. <http://hdl.handle.net/2072/200095>

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, 6(1), 83. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.359>

Campos, C., Peris, M., & Galeano, M. T. (2011). Factores protectores y de riesgo en alumnos de una institución pública y otra privada. *Eureka*, 8(1), 114–133.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262011000100012&lng=pt&tlng=es

Cardona, J. A. (2016). Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina*, 16(1), 183–191.

<https://www.redalyc.org/pdf/2738/273846452019.pdf>

Cardona Otálvaro, M. (2020). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud, Municipio el Carmen de Viboral*.

https://elcarmendeviboralantioquia.micolombiadigital.gov.co/sites/elcarmendeviboralantioquia/content/files/000670/33485_asis_el-carmendeviboral_2021.pdf

Causse, M. (2009). El concepto de comunidad desde el punto de vista socio - histórico - cultural y lingüístico. *Ciencia En Su PC*, 3, 12–21. <https://www.redalyc.org/pdf/1813/181321553002.pdf>

Chan, M. (2009). La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(4), 29–30. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n4/spu03409.pdf>

Ley 715. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de servicios de salud, Congreso de Colombia 46 (2001). <https://doi.org/10.37798/2010591-4286>

Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, Congreso de Colombia 51 (2011).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf

Ley estatutaria 1751. Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, Congreso de Colombia 13 (2015). <https://bit.ly/3tehL3e>

Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, Congreso de la República de Colombia 90 (1993).

[https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-](https://oig.cepal.org/sites/default/files/colombia_-_ley_100.pdf/link/548173090cf22525dcb61443/download%0Ahttp://www.econ.upf.edu/~reynal/Civil_wars_12December2010.pdf%0Ahttps://think-)

asia.org/handle/11540/8282%0Ahttps://www.jstor.org/stable/41857625

Coronel, J., & Marzo, N. (2017). La promoción de salud para la creación de entornos saludables en América Latina y el Caribe. *Medisan*, 21(12), 3415–3423.

<http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n12/san162112.pdf>

Cotonieto-Martínez, E., & Rodríguez-Terán, R. (2021). Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria.

Journal of Negative and No Positive Results, 6(2), 393–410.

<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3816>

Dávila, E., & Guijarro, M. (2000). *Evolución y reforma del sistema de salud en México*.

Naciones Unidas.

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5300/S00133_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

De La Guardia Gutiérrez, M., & Ruvalcaba, J. (2020). LA SALUS Y SUS DETERMINANTES , PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION SANITARIA. *Journal of Negative & Positive Result*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>

Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G., & Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev Med Chile*, 144, 585–592. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n5/art05.pdf>

Espinosa, A. (2013). La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 1–3. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Espinoza Freire, E. (2020). Reflexiones sobre las estrategias de investigación acción-participativa. *Revista Conrado*, 16(76), 342–349. <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v16n76/1990-8644->

rc-16-76-342.pdf

FAO, FIDA, OMS, PMA, & UNICEF. (2019). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019. 2019. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía*. Organización Mundial de la Salud.

<https://doi.org/https://www.fao.org/documents/card/en/c/ca5162es>

Ferrel Ortega, F. R., Ferrel Ballestas, L., Alarcón Baquero, A., & Delgado Arrieta, K. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas como indicador de deterioro de la salud mental en jóvenes escolarizados. *Psychologia*, *10*(2), 43–54. <https://doi.org/10.21500/19002386.2552>

Franco Giraldo, Á. (2020). Configuración de, modelos de salud y enfoques basados en la atención primaria en Latinoamérica. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, *19*, 22.

<https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>

Gallego, G. (n.d.). *Diplomado salud ambiental I* (p. 23). Fundación Universitaria del Área Andina. Retrieved April 10, 2023, from

https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/3223/RP_eje1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

García, T. (2003). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. In *Página del proyecto de apoyo para profesionales de la formación (PROMETEO) de la Junta de Andalucía* (p. 29). http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf

Gaviria Sánchez, D. M., Rivera Coral, J., Zapata Arias, J. A., & Erika Quiroz, Y. T. (2019). *Identificación de la ruta prioritaria para el municipio de Popayán a través del análisis de la primera etapa en la implementación del MIAS* [Universidad EAN-Unicauca].

<https://repository.universidadean.edu.co/bitstream/handle/10882/9728/RiveraJaneth2019.pdf?sequence=1>

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.* (séptima ed). McGraw Hill Education.

Hurtado de Barrera, J. (2000). *Metodología de la investigación holística* (Fundación Sypal (ed.); Tercera ed).

Jaramillo Ramírez, É. (2019). Rutas integrales de atención en salud. De la normatividad a la realidad [Santo Tomás]. In *Universidad Santo Tomás*.

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/15649/2019erikajaramillo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Latina, A. (2020). *Configuraciones , modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica , siglo XXI . Una revisión narrativa * Configurations , health models and approaches based on Primary Health Care in Latin America , 21st century . A literature.* 1–22.

Lopera-Vásquez, J. P. (2020). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(2), 693–702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>

López Creazzo, C., & Lozano Rivera, L. (2022). *Estrategia pedagógica virtual para la implementación clínica de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud (RPMS) pediátrica y la ruta integral de atención en salud de la población materno-perinatal (RIA-MP) dirigida a los profesionales de salud* [Universidad El Bosque].

https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/6916/Lopez_Creazzo_Camila_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Maranto Rivera, M., & González Fernández, M. E. (2015). Fuentes de información. In *Imaginar un país* (p. 5). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

<https://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/16700/LECT132.pdf>

Martínez Miguélez, M. (n.d.). *Los Grupos Focales de Discusión como Método de Investigación* (p. 10). Retrieved April 10, 2023, from

<https://investigacionparalacreacion.files.wordpress.com/2010/09/los-grupos-focales1.pdf>

Mera-Urbano, G. A., Sotelo-Daza, J., & Arias-Gordillo, A. (2022). Implementación de la política atención integral en salud en el Cauca: Un estudio de caso 2016-2019. *Hacia La Promoción de La Salud*, 27(1), 67–85. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.1.6>

Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. (2021). *Guía técnica actualizada para la formulación de los planes de ordenación y manejo de cuencas hidrográficas* (p. 354). Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible. [https://www.andi.com.co/Uploads/Guía POMCA_Borrador_Oct_2021 \(2\).pdf](https://www.andi.com.co/Uploads/Guía POMCA_Borrador_Oct_2021 (2).pdf)

Resolución 4288. Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones, 8 (1996).

[http://www.medellin.gov.co/Manhttps://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN 4288 DE 1996.pdf](http://www.medellin.gov.co/Manhttps://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_4288_DE_1996.pdf)

Resolución 412. 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 de, Ministerio de Salud 1 (2000). [http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion 412.pdf](http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion_412.pdf)

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2016). Política de Atención Integral en Salud. “Un sistema al servicio de la gente.” In *Ministerio de Salud y la Protección Social* (p. 97). Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan decenal de salud pública 2012-2021. La salud la construyes tú. In *Ministerio de Salud y Protección Social*. Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). *Entornos saludables* (p. 23). Ministerio de salud y protección social.

https://paho.org/cub/dmdocuments/ENTORNOS_SALUDABLES_PROPUESTA_18NOV_COLOMBIA-Parte1.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). *Modelo Integral de Atención en Salud. Plan de capacitación sectorial* (p. 27).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015c). *Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el PIC* (pp. 1–5). Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-redes-sociales-comunitarias-pic.pdf>

Resolución 518. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC, Ministerio de Salud y Protección Social 26 (2015).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Lineamientos nacionales de entornos* (p. 62).
Gobierno de Colombia.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamientos-entornos-nacionales-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). Política de atención integral en salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente.” In *El sistema de seguridad social en salud* (p. 97).

Ministerio de Sanidad y Política Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

Resolución 429. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud,

Ministerio de Salud y Protección Social 6 (2016).

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Estrategia de entorno comunitario saludable* (p. 58). Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estrategia-entorno-comunitario-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Estrategia de entorno educativo saludable* (p. 39). Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estrategia-entorno-educativo-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018c). *Estrategia entorno hogar saludable* (p. 65).

Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/estrategia-entorno-hogar-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018d). Lineamiento técnico y operativo. Ruta integral de atención para promoción y mantenimiento de la salud. In *Resolución 3280 de 2018* (p. 97).

Ministerio de Salud Y proteccion Social de Colombia.

<https://www.esehospitallocaldemalambo.gov.co/wp-content/uploads/2019/01/Lineamiento-Ruta-promocion-de-la-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018e). *Política Nacional de Talento Humano en Salud* (p. 84). Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

Resolución 3280. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, Resolución 3280 1 (2018).

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3280 de 20183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Resolución 2626. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial - MAITE, Ministerio de Salud y Protección Social 1 (2019). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 2626 de 2019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas. In *Ministerio de Salud y Protección Social* (p. 6). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Abece-salud-mental-psicoactivas-octubre-2016-minsalud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, & Universidad Nacional de Colombia. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional-ENSIN 2015*.

https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/ensin_2015_final.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad de los Andes, & Banco Interamericano de Desarrollo. (2015). Modelo Integral de Atención en Salud. Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas. In *Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID)* (p. 47). Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/anexo-4-documento-mias.pdf>

Montoya Sáez, P. (2008). Alimentación, nutrición y salud. In *Prosalus* (pp. 1–31).

<http://www.oda-alc.org/documentos/1341945107.pdf>

Moreno, G. (2016). El nuevo Modelo de Atención Integral en Salud – MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? *Revista Médica de Risaralda*, 22(2), 73–74.

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2012). *Informe mundial sobre las drogas*. UNODC. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf

Okuda Benavides, M., & Gómez-Restrepo, C. (2005). Metodología de investigación y lectura crítica de estudios Title: Methods in Qualitative Research: Triangulation. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(1), 118–124. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n1/v34n1a08.pdf>

OMS. (2009). Informe de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud. In *62º Asamblea Mundial de la Salud: Vol. A62/9* (p. 6). Organización Mundial de la Salud.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Otawua para la promoción de la salud. In *Carta de Ottawa para la promoción de la salud* (p. 5). Organización Mundial de la Salud. <https://files.sld.cu/upp/files/2015/04/carta-de-ottawa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1997). Cuarta Conferencia sobre la Promoción de la Salud Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI. In *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI* (pp. 21–25).

Organización Mundial de la Salud.

https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Organización Mundial de la Salud. https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Informe_sobre_Salud_en_el_mundo-2008.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). Declaración de Astaná. In *Global conference on primary health care* (p. 12). Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf?sfvrsn=sp.pdf>

Organización Mundial de la Salud, & Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación* (p. 40). Organización Mundial de la Salud. <https://doi.org/10.1021/ed017p264>

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Acerca de Municipios Saludables*. OPS.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10706:about-healthy-municipalities&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2013).

Aprovechar el pasado y avanzar hacia el futuro con confianza. PAHO.

https://www.paho.org/annual-report-d-2013/index_es.html

Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo. (2022). *Combatiendo la informalidad en Colombia con la economía social y solidaria*. OECD.

<https://www.oecd.org/cfe/leed/social-economy/combatiendo-la-informalidad-en-colombia-con-la-economia-social-y-solidaria.htm>

Orienteantioqueno.com. (n.d.). *El Carmen de Viboral*. Municipio de El Carmen de Viboral.

<https://orienteantioqueno.com/el-carmen-de-viboral/>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio.

International Journal of Morphology, 35(1), 227–232. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Páramo, M. de los Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia :

Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85–95.

<http://www.redalyc.org/pdf/785/78518428010.pdf>

Patiño, A. C., & Cubillos, K. A. (2017). Factores protectores y de riesgos desde el marco de Salud Mental en los estudiantes de once del Colegio Sierra Morena [Universidad Minuto de Dios]. In *Angewandte Chemie International Edition*.

https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/5231/1/TP_PatinoOviedoAngieCarolina_2017.pdf

Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M., & Palmar Santos, A. M. (2014).

Investigación cualitativa. Elsevier.

Pedraza Figueroa, D. (2004). Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. *Revista de Salud Pública*, 6(2), 140–155. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000200002%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=es%0Ahttp://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S012

Pineda, S., & Aliño, S. (1999). El concepto de adolescencia. In *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia* (pp. 15–23). Ministerio de Salud Pública de Cuba. [https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo I.pdf](https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf)

Pulido, M. (2015). Ceremonial y protocolo: Métodos y técnicas de investigación científica. *Opción*, 31(1), 1137–1156. <http://www.scielo.org.co/pdf/ean/n82/0120-8160-ean-82-00179.pdf>

Red de Bibliotecas de Ciencias Sociales de América Latina y el Caribe de la Red de Centros Miembros de CLASCO. (n.d.). Guía para el análisis documental. In *Red de Bibliotecas de Ciencias Sociales de América Latina y el Caribe de la Red de Centros Miembros de CLASCO* (p. 7). http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/bibliointra/documentacion/analisis_documental.pdf

Rodríguez-Herrera, A., & Naciones Unidas. (2006). *Reformas de salud y nuevos modelos de atención primaria en América Central*. Naciones Unidas. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5144/1/S0600274_es.pdf

Rodríguez, M., Couto, M., & Díaz, N. (2015). Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. *Acta Odontológica Venezolana*, 53(3). <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/>

Sánchez-Moreno, F. (2014). El sistema nacional de salud en Perú. *Rev Peru Med Exp Salud*

Pública, 31(4), 747–753. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n4/a21v31n4.pdf>

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. (2022). *El Carmen de Viboral* (p. 2). Subsecretaria Planeación para la Atención en Salud.

https://dssa.gov.co/images/asis/fichas/2022/El_Carmen_Viboral.pdf

Tejada de Rivero, D. A. (2018). La historia de la Conferencia de Alma-Ata. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361–366. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>

Universidad CES, Ministerio de la Protección Social, & UNODC. (2008). Situación de salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. The Who World Mental Health Survey Consortium. In *Vasa*. Ministerio de la Protección Social.

<http://d2bfnlaku8y36.cloudfront.net/psicopediahoy/saludmentaladolescentecolombia.pdf>

Universidad Tecnocientífica del Pacífico. (2018). *Instrumentos de Investigación* (p. 72).

<https://tecnocientifica.com.mx/libros/Instrumentos-de-investigación-1.pdf>