

**PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR DE PRIMER NIVEL
CON EQUIPO EXTRAMURAL PARA POBLACION
DESPLAZADA EN NEIVA**

**CONVENIO HU-0002
ESE CARMEN EMILIA OSPINA - OIM**

**AUTORA
Claudia Lily Rodríguez Neira
Esp. Planificación del Desarrollo Urbano y Regional
Magíster en Salud Pública**

**Neiva - Huila
Enero de 2004**

AGRADECIMIENTOS

La creación de este documento ha sido un largo esfuerzo cooperativo. Se han tomado ideas de muchas fuentes. Contiene métodos y sugerencias de programas de salud y desarrollo comunitario de diferentes lugares. Por lo anterior damos las más expresivas gracias a todos los programas, grupos y personas, cuyas ideas y sugerencias han contribuido en este trabajo.

Un profundo agradecimiento al Dr. Carlos Daniel Mazabel, Gerente de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, al Dr. Antonio José Alzate Vargas, Coordinador Regional de la Organización Internacional para las Migraciones OIM – Huila, y a la Doctora Beatriz Helena Gutiérrez, asesora en salud para la OIM en Colombia, quienes evaluaron y valoraron positivamente el desarrollo de este programa de Salud Familiar dirigido a población en Situación de desplazamiento.

Han sido partícipes, durante la creación y el desarrollo del programa, líderes comunitarios, funcionarios del gobierno municipal y de instituciones de salud, miembros de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, de la Facultad de Salud de la Universidad Nariño y de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, quienes, mediante dinámicas de análisis y reflexión, suministraron valiosos aportes para los ajustes pertinentes a la metodología del programa.

Especial agradecimiento a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional “USAID” por su apoyo en la financiación del programa, a la Organización Internacional para las Migraciones OIM, por su asistencia técnica, al tiempo que motivó la reflexión y discusión permanentes para lograr mantener una actitud crítica en torno a la metodología y las estrategias propuestas para su desarrollo y a la E.S.E. Carmen Emilia Ospina por su apoyo financiero y técnico para la realización de este programa

Reiteramos nuestro agradecimiento a las personas e instituciones mencionadas anteriormente, con la esperanza de que su esfuerzo se vea compensado con este trabajo y con los frutos que de él se deriven en pro de mejorar la calidad de vida y salud de nuestra población.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS

PRESENTACION

INTRODUCCION

PRIMERA PARTE: BASES CONCEPTUALES DEL PROGRAMA

1. PROMOCION DE LA SALUD Y SALUD PUBLICA
2. EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA
3. MARCO LEGAL Y POLÍTICAS QUE RESPALDAN LA ATENCIÓN A FAMILIAS DESPLAZADAS.
 - 3.1. REVISIÓN DE LA RUTA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN MARCO NORMATIVO VIGENTE
4. OTRAS CONSIDERACIONES DE CONTEXTO

SEGUNDA PARTE: TEORIA Y GENERALIDADES DEL PROGRAMA

5. TEORIA DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR CON EQUIPO EXTRAMURAL
6. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS QUE SUSTENTA EL PROGRAMA
7. ASPECTOS FILOSOFICOS DEL PROGRAMA
8. VISION
9. OBJETIVOS
10. METAS DEL PROGRAMA
11. ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR
 - ESTRATEGIA 1. PROMOTORES DE DESARROLLO LOCAL
 - ESTRATEGIA 2. VISITAS DOMICILIARIAS - EQUIPO EXTRAMURAL
 - ESTRATEGIA 3. FESTIVALES DE LA SALUD
 - ESTRATEGIA 4. ACCIONES INTERSECTORIALES

TERCERA PARTE: METODOLOGIA DEL PROGRAMA

12. INSTRUCTIVO
13. OBJETIVOS
14. DESCRIPCION DEL PROCESO LLEVADO EN EL PROGRAMA
 - 14.1. SELECCIÓN DEL LUGAR, POBLACIÓN E INSTITUCIÓN EJECUTORA
 - 14.2. CONVOCATORIA, SELECCIÓN E INDUCCION DE PERSONAL
 - 14.3. APRESTAMIENTOS INSTITUCIONALES PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
 - 14.4. EL EQUIPO HUMANO Y SUS FUNCIONES

- 14.5. PROCESO DE UNIFICACION DE CRITERIOS Y PREPARACION PARA EL TRABAJO DE CAMPO
- 15. DESARROLLO DEL PROGRAMA EN EL TRABAJO DE CAMPO
 - 15.1. ABORDAJE INICIAL A LA COMUNIDAD POR PARTE DEL EQUIPO DE PROMOTORES DE DESARROLLO LOCAL
 - 15.2. VISITAS AL LUGAR DE HABITACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO DE PROFESIONALES EN SALUD
 - 15.3. ELABORACION DE PLANES DE COMPROMISO
 - 15.4. VISITAS DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIAS
 - 15.5. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL
 - 15.6. FESTIVALES DE LA SALUD
 - 15.7. FORMULACION Y GESTION DE PROYECTOS
 - 15.8. VINCULACION A LA DINÁMICA DEL DESARROLLO LOCAL
 - 15.9 VINCULACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR
 - 15.10. JORNADAS DE TRABAJO GRUPALES

CUARTA PARTE: SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA

- 16. DESARROLLO DE LA SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA
 - 16.1. ¿QUÉ SISTEMATIZAR ?
 - 16.2. PRIMER MOMENTO: DISEÑO DE LA PROPUESTA DE SISTEMATIZACION
 - 16.3. SEGUNDO MOMENTO: PRECISIONES SOBRE EL DISEÑO METODOLOGICO Y DEFINICION DE EJES DE SISTEMATIZACION
 - 16.4. TERCER MOMENTO: RECUPERACION DEL PROCESO VIVIDO, SINTESIS E INTERPRETACION
- 17. INTERPRETACION Y COMPRESION DEL PROCESO EN EL PROGRAMA
- 18. SINTESIS DE LOS HALLAZGOS A PARTIR DE SU INTERPRETACION
 - 18.1. EL ACTOR COMUNITARIO
 - 18.1.1. LA COMUNIDAD FRENTE A SU PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR
 - 18.1.2. HAY ALGO MÁS PARA PROMOVER NUESTRA SALUD
 - 18.2. LOS PROMOTORES DE DESARROLLO LOCAL
 - 18.2.1. CÓMO ENTENDEMOS ESTE PROGRAMA
 - 18.2.2. LAS GANANCIAS DEL PROGRAMA
 - 18.2.3. LAS BARRERAS PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA
 - 18.2.4. ¿POR QUÉ ESTAMOS AQUÍ?
 - 18.2.5. ¿CÓMO VEMOS EL FUTURO DEL PROGRAMA?
- 19. LECCIONES APRENDIDAS DE LA SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA

QUINTA PARTE: RESULTADOS DEL PROGRAMA

- 20. JUSTIFICACION
- 21. OBJETIVOS
- 22. APROXIMACIONES AL PERFIL EPIDEMIOLOGICO

- 22.1. CARACTERIZACION DE LA POBLACION DESPLAZADA Y RECEPTORA
- 22.2. COMPORTAMIENTO SEGÚN GÉNERO Y EDAD
- 22.3. CARACTERIZACION GENERAL DE LAS FAMILIAS
- 22.4. PRINCIPALES HALLAZGOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN EL AREA MEDICA
- 22.5. PRINCIPALES HALLAZGOS EN EL AREA DE ENFERMERIA
 - 22.5.1. Crecimiento y Desarrollo
 - 22.5.2. Prevención de Cáncer de Cérvix y Seno
- 22.6. HALLAZGOS EN EL COMPONENTE ODONTOLOGICO
- 22.7. HALLAZGOS DEL COMPONENTE NUTRICIONAL
 - 22.7.1. Distribución de menores de cinco años según clasificación nutricional y comuna
 - 22.7.2. Distribución del grupo de 5 a 18 años según clasificación nutricional y comuna
 - 22.7.3. Distribución de población masculina adulta según clasificación nutricional y comuna
 - 22.7.4. Distribución de población femenina adulta según clasificación nutricional y comuna
 - 22.7.5. Análisis para el grupo de mujeres gestantes
 - 22.7.6. Diagnóstico de Disponibilidad de Alimentos

23. RESULTADOS EN EL COMPONENTE DE PROMOTORES DE DESARROLLO LOCAL

- 23.1. CARACTERIZACION DE LA POBLACION SEGÚN VARIABLES SOCIALES
- 23.2. VISITAS DE SEGUIMIENTO

SEXTA PARTE: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

COLABORADORES

Doctor Antonio José Alzate Vargas	Coordinador Regional de la OIM en el Departamento del Huila
Doctor Carlos Daniel Mazabel	Gerente de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina de Neiva
Doctor Raúl Pérez Salazar	Coordinador de la Zona Norte E.S.E. Carmen Emilia Ospina
Sandra Liliana Rodríguez	Nutricionista Dietista
Nancy Milena Aya	Enfermera coordinadora del trabajo de Campo
Ignacio Rodríguez	Médico especialista Medicina Familiar
Pedro José Supelano	Odontólogo
Trinidad Garzón Aroca	Higienista Oral
María del Carmen Rojas	Auxiliar de Enfermería
Rufino Silva, Frank Heber Rivera, María Eugenia Escobar, Magda Silva, Rosmary Ortiz, Sonia Paola Ordoñez, Farid Sanchez, Fabián Peña, Camilo Sanabria y Jenny Paola Trujillo	Promotores de Desarrollo Local

PRESENTACION

En casi todos los municipios de Colombia existen desplazados que, por diferentes razones, han tenido que abandonar pertenencias, lugar de trabajo, parcelas y animales. Familias enteras han tenido que establecerse en grandes y medianas ciudades, con la esperanza de lograr acceder a bienes y servicios ofrecidos por el Estado. De esta manera permanecen ó se reconstituyen las familias, para seguir siendo el núcleo básico de la sociedad, donde sus prácticas internas son las que determinan las prácticas generales de toda una comunidad.

El sistema de salud debería empezar a considerar la “Salud Familiar” como excelente opción para aplicar principios y estrategias de la promoción de la salud, ejercicio en el que se combinan casi todos los elementos integrados a su concepto. La promoción de la salud, se define como “integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones para la salud física y psicológica de individuos y colectividades”¹.

En Colombia son pocas las experiencias documentadas en las que predomina la salud familiar como enfoque, y más bien se encuentran algunas importantes experiencias basadas en la medicina familiar como una forma del ejercicio médico. Sin embargo, la propuesta metodológica que se presenta en este texto, pretende integrar diferentes disciplinas, consideradas básicas en el abordaje integral de la “salud familiar”.

Por otra parte, no podrían realizarse planteamientos sobre la salud familiar, aislados de su contexto comunitario cercano; puesto que la salud al interior del núcleo familiar se encuentra altamente determinada por factores condicionantes ambientales, culturales y sociales, con los cuales, la familia mantiene una relación de ida y vuelta permanente.

Motivados por este hecho, vimos la necesidad de buscar un apoyo comunitario, para el equipo de profesionales de la salud, de tal manera, que tanto las familias como el equipo de salud, tuvieran un punto de enlace entre la dimensión social y comunitaria y las otras dimensiones del desarrollo, que de una u otra manera se relacionan con las condiciones de salud familiar. Este punto de enlace estaba integrado por un equipo de personas que se denominó dentro del programa: “equipo de promotores del desarrollo local”.

El papel de los promotores de desarrollo local es fundamental para el éxito de un programa de esta naturaleza, y su función de contribuir a reforzar en las familias la adopción de comportamientos tendientes a mejorar sus condiciones

¹ Definición adoptada en la CONFERENCIA SANITARIA PANAMERICANA, 1990. Citada en “Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud” publicado por el Ministerio de Salud de Colombia, en Santa Fe de Bogotá 1.996- Pág. 16

de salud es el motor de impulso para las iniciativas encontradas por la propia comunidad, como alternativas pertinentes para superar las principales causas de los problemas de salud colectiva.

Con este equipo de profesionales del desarrollo se amplía la perspectiva de la “salud familiar” y se fortalecen las estrategias contempladas por el Ministerio de la Protección Social en torno a la construcción de municipios saludables. Dichas estrategias tienen que ver con la participación social, la prevención de las principales enfermedades de la infancia, el fortalecimiento de los servicios de salud de primer nivel, el fomento de las acciones intersectoriales y la construcción de ambientes saludables, todo ello posibilitado a partir de la vinculación de la familia como núcleo básico de decisión en salud.

Este documento final del programa de Salud Familiar se constituye en un esfuerzo importante, llevado a cabo por el equipo de profesionales de la salud y por el equipo de profesionales del desarrollo local vinculados a la ESE CARMEN EMILIA OSPINA DE NEIVA, y quiere dar respuesta a la obligación que tiene el sistema de contribuir con nuevas alternativas que hagan posible mejores oportunidades para la salud colectiva.

Esta edición ha sido auspiciada por la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos de Norte América “USAID” y la Organización Internacional para las Migraciones O.I.M. A estos organismos internacionales se le agradece su interés y cooperación.

CLAUDIA LILY RODRIGUEZ NEIRA
Coordinador Programa de Salud Familiar
ESE Carmen Emilia Ospina – O.I.M.

INTRODUCCIÓN

El desplazamiento forzado en Colombia, es sin lugar a dudas un problema de Salud Pública, que día a día pone a prueba la capacidad de respuesta por parte del Estado, en áreas fundamentales como la educación y la salud; colocando en ésta última un cuestionamiento a su posibilidad de promover salud en un contexto de violencia y pobreza como el que atraviesan miles de Colombianos afectados por dicho fenómeno.

El texto es el fruto del arduo trabajo adelantado durante seis meses, con la participación activa de familias afectadas por el fenómeno, localizadas en los sectores más vulnerables de la ciudad de Neiva, quienes de manera conjunta con el equipo interdisciplinario de salud y los promotores de desarrollo local, intentaron vislumbrar su papel para el mantenimiento de la salud al interior de cada una de las familias.

El programa fue ejecutado, por la Empresa Social del Estado CARMEN EMILIA OSPINA, con el apoyo de la Administración Municipal, la Secretaría de Salud Municipal y los recursos de cooperación de la Organización Internacional para las Migraciones OIM.

La principal motivación para ejecutar este programa estaba en función de tres aspectos: por un lado, responder al dilema de cómo garantizar una mayor protección y atención en salud para la población afectada por el desplazamiento forzado a raíz del conflicto armado, sin saturar la demanda en los servicios ofrecidos institucionalmente; por otro lado, asumir un programa que además de identificar las condiciones reales en materia de salud – enfermedad, pudiera generar una oportunidad a las familias y al sistema de salud para promover salud; y, finalmente, colocar a prueba nuevas y diferentes estrategias que desde la salud puedan potenciar el desarrollo humano en niveles territoriales definidos.

Cabe anotar, que si bien el programa surge inicialmente como una alternativa para la atención en salud a la población en situación de desplazamiento, es un programa que bien puede tener aplicación general, puesto que las condiciones de vida son compartidas también por la población receptora. Se hace necesario empezar a romper la brecha social que existe entre la comunidad receptora y la comunidad desplazada, por lo cual el programa de Salud Familiar, se convierte en una estrategia no solamente poblacional sino de aplicación territorial.

Esta publicación está dirigida principalmente a interesados ó responsables de la implementación y evaluación de iniciativas de construcción de Municipios y Comunidades Saludables. Por lo anterior, invitamos a los lectores a reflexionar tanto en aspectos técnicos y metodológicos como en aspectos políticos y gerenciales, para hacer de la Salud Familiar, un instrumento político e insumo importante para la producción social de la Salud y el ejercicio de Promover Salud.

PRIMERA PARTE: APROXIMACION CONCEPTUAL

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD PUBLICA

Luego de revisados planteamientos conceptuales, filosóficos y estratégicos de la salud pública y la promoción de la salud, en los cuales se reconoce que la salud pública es un asunto que compete no solamente al Gobierno, quien debe ofrecer garantías y servicios básicos de salud, sino también a los individuos y sus organizaciones, se inicia un proceso reflexivo en torno a la construcción de iniciativas que hagan posible la aplicación de este principio básico.

Según Ronald Labonté², se constituye en una preocupación central de la salud pública el mejorar e incrementar la participación, la cual a su vez se convierte en condición para producir el empoderamiento necesario en los temas de salud colectiva y calidad de vida; de tal manera que la participación ciudadana y comunitaria deben ser dinamizadas a partir de oportunidades concretas.

La promoción de la salud se adopta como orientadora del que hacer de la salud pública durante la década de los setenta, cuando surge un importante cambio en la teoría de la salud pública, con el Informe Lalonde (Canadá, 1974). Este reconoce los factores sociales y ambientales y los modos de vida como factores determinantes claves de la salud.

Con el informe Lalonde se hace evidente la necesidad de trascender en el campo de acción de la salud pública más allá del sector salud, precisando su accionar en ámbitos más amplios de la dinámica social que permitan un avance significativo en la producción social de la salud.

Posteriormente, en 1978, con la conferencia de Alma Ata, se identifica como propósito fundamental la búsqueda de la salud para todos a través del cumplimiento de ciertas estrategias, lo cual se traduce operativamente en la búsqueda de la equidad en salud, premisa fundamental sobre la cual basa su actuar la salud pública. Es en este momento histórico en el cual se realizan esfuerzos para poner en marcha, junto a la estrategia de Atención Primaria en Salud, el fortalecimiento de los servicios locales de salud y la incorporación de la propia comunidad en la lucha y defensa de su salud.

En la década siguiente se adopta la carta de Ottawa. En ella se trazan cinco áreas claves para la promoción de la salud: 1) Formación de políticas públicas saludables; 2) Creación de entornos saludables; 3) Fortalecimiento de la acción de la comunidad; 4) Desarrollo de aptitudes para la vida, y 5) Reorientación de los servicios de salud. Así, la promoción de la salud se convierte en una estrategia eficaz para mejorar la salud y la calidad de vida de las comunidades.

² Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, noviembre 1992, Bogotá, p. 45.

Sobre estos principios se han generado y desarrollado políticas importantes en nuestro contexto, como es el caso de la política de Municipio Saludable por la Paz, y en este marco el Programa de Escuelas Saludables; propuestas con las que se pretende incorporar la salud a la agenda pública para que pueda ser trabajada desde la mirada intersectorial, enfatizando en el desarrollo de procesos y no en meros resultados.

El proceso de descentralización de la salud, es respaldado por el movimiento de “Municipalidades Saludables”; en él se reafirma la responsabilidad de las autoridades municipales con la salud de su territorio. Es por ello que las políticas y principios que orientan la Promoción de la Salud tienen su expresión práctica en estos territorios, y este es el sentido que recobra el Programa de Salud Familiar. Es también en los territorios descentralizados desde donde se gesta la capacidad local para construir salud. Es allí donde las evidencias sobre la relevancia, equidad y efectividad de las políticas, al igual que la rentabilidad social y costo efectividad de las intervenciones en salud deben estar presentes para orientar la identificación de prioridades y la asignación de recursos en salud. Es en dicho nivel donde se debe producir información para interpretar la realidad local y desde donde deben surgir las propuestas de cambio.

En los actuales momentos se ubica a la salud dentro de un amplio contexto social y económico, y a la promoción de la salud como una estrategia que permite buscar un mayor compromiso de todos para disminuir las desigualdades sociales y aumentar el bienestar colectivo. Además se reconoce que las diferencias en salud no corresponden a factores biológicos sino a fenómenos socioeconómicos, y que las estructuras sociales y económicas pueden dar límite y dirección a los comportamientos individuales y colectivos.

En estas circunstancias se promueve el concepto de empoderamiento para la salud, el cual, según Nina Wallerstein, se trata de un proceso social que está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a la consolidación concreta de los procesos participativos, de tal manera que se convierte en cuestión crítica para la promoción de la salud, pues se requiere crear espacios de concertación y negociación y sobre todo crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas donde éstas sean partícipes.

Estos referentes conceptuales, el de salud pública, el de promoción de la salud, el de participación y empoderamiento, se combinan con los elementos del contexto social y político, para consolidar el marco de referencia en el que se desarrolla y sustenta el programa de Salud Familiar.

Tales elementos del contexto tienen que ver con el fenómeno del desplazamiento, las disposiciones normativas y reglamentarias que establecen las maneras de abordarlo (particularmente las referidas a la atención en salud), el marco de la descentralización y las alternativas para la planificación del desarrollo en el ámbito local y participativo.

2. EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA

"El desplazamiento forzado de personas en Colombia ha tenido y tiene lugar de manera casi imperceptible para el resto de la población. Por eso ha sido calificado como un proceso silencioso y clandestino. La atención de los cientos de miles de nacionales desplazados exige, sin embargo, que la sociedad reconozca la tragedia humanitaria que afronta el país. Esa es la única posibilidad de comprometer a la totalidad de los colombianos en la lucha contra los efectos devastadores del desplazamiento forzado sobre las personas"³.

De acuerdo con la ley 387 de 1997, el desplazado es toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: Conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

La ley 387 de 1997 tiene como principios de funcionalidad, según el artículo No. 2, los siguientes:

Los desplazados forzados tienen derecho a solicitar y recibir ayuda internacional y ello genera un derecho correlativo de la comunidad internacional para brindar la ayuda humanitaria.

El desplazado forzado gozará de los derechos civiles fundamentales reconocidos internacionalmente.

El desplazado y/o desplazados forzados tienen derecho a no ser discriminados por su condición social de desplazados, motivo de raza, religión, opinión pública, lugar de origen o incapacidad física.

La familia del desplazado forzado deberá beneficiarse del derecho fundamental de reunificación familiar.

El desplazado forzado tiene derecho a acceder a soluciones definitivas a su situación.

El desplazado forzado tiene derecho al regreso a su lugar de origen.

Los colombianos tienen derecho a no ser desplazados forzadamente.

El desplazado y/o los desplazados forzados tienen el derecho a que su libertad de movimiento no sea sujeta a más restricciones que las previstas en la ley.

³Corte Constitucional, Sentencia 30 de agosto de 2000

Es deber del Estado propiciar las condiciones que faciliten la convivencia entre los colombianos la equidad y la justicia social.

A partir de este referente normativo y conceptual muchos son los esfuerzos dirigidos a atender la problemática y cada año las organizaciones de apoyo internacional y el propio Estado Colombiano, invierte miles de millones de pesos en su atención, sin que hasta ahora haya existido una estrategia que haya podido controlar el fenómeno en alguna medida.

De igual manera, existe como parte de la normatividad colombiana, señalada tanto en la ley 387/97 como en las demás disposiciones normativas y legales⁴, la designación de la responsabilidad de propender por un trabajo articulado en el que priman criterios como: “la participación de la comunidad, el tratamiento descentralizado, la coordinación del trabajo de planeación y ejecución entre las entidades del Estado, las ONG’s y los organismos internacionales que por competencia o mandato cooperen en la ejecución o ejecuten en el país acciones de atención a la población desplazada, el reconocimiento a la diversidad étnica, cultural y social, la equidad de género, la igualdad y la no discriminación, así como la concurrencia, complementariedad y subsidiaridad entre los tres niveles territoriales”⁵.

En este sentido resulta necesario generar programas y alternativas que ofrezcan a los afectados “los medios para mejorar, o por lo menos restaurar, sus niveles de vida anteriores, su capacidad de generar ingresos, y sus niveles de productividad”⁶. No es posible desconocer los impactos más significativos mundialmente reconocidos del fenómeno del desplazamiento, los cuales tienen que ver con “el despojo de bienes materiales, tierra y vivienda; la pérdida de ingresos, de empleo y de oportunidades económicas; las restricciones de acceso a bienes comunales, la inseguridad alimentaria, el incremento de morbilidad y mortalidad; la ruptura de redes sociales y la desarticulación comunitaria; cambios irreversibles en los modos de vida, cambios culturales, desarraigo y ruptura de las estrategias de adaptación de las comunidades a su entorno habitual; trastornos psicosociales y afectación de las relaciones intrafamiliares y de la salud pública; aspectos todos que de acuerdo al Banco Mundial podrían ser resumidos como riesgo de empobrecimiento y marginalidad social, económica y política”⁷. La reconstrucción de una comunidad es un proceso social que requiere la creación de confianza, entendimiento y solidaridad entre las partes, esto es, entre las instituciones responsables y los beneficiarios de los programas.

La comprensión de toda la dinámica e implicaciones del fenómeno del desplazamiento, lleva al Estado Colombiano, a sus gobernantes y funcionarios,

⁴ Ver cuadro resumen de las disposiciones legales y políticas que respaldan en Colombia la atención a familias afectadas por el desplazamiento.

⁵ Decreto 173 de enero 26 de 1998. *Por el cual se adopta el plan nacional para la atención integral a la población desplazada por la violencia.*

⁶ Ibid.

⁷ Reasentamiento en Colombia. Producción del Banco Mundial, ACNUR, Red de Solidaridad Social y Corporación Antioquia Presente. Editado por William Partridge. Bogotá. 2000. Pág. 18

a buscar de manera permanente, alternativas para la atención y la mitigación del impacto, que involucren no solamente a los afectados porque viven el desplazamiento, sino también a los afectados por que tienen la condición de población receptora, es decir, que logre la articulación de todos en la reconstrucción del tejido social y sus organizaciones sociales; no se puede perder de vista que la población desplazada posee un valioso capital social y humano susceptible de ser aprovechado al máximo.

3. MARCO LEGAL Y POLÍTICAS QUE RESPALDAN LA ATENCIÓN A FAMILIAS DESPLAZADAS

Las políticas nacionales que respaldan a los sectores sociales frente al compromiso de atención a la población desplazada se sintetizan en el siguiente cuadro. En ellas se establecen tanto los lineamientos para la organización y fortalecimiento de agrupaciones como los derechos en salud.

NORMATIZACIÓN	LINEAMIENTOS
LEY 387 DE 1997	<ul style="list-style-type: none"> • Crea el Sistema de Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia • Crea el Consejo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia • Crea el Fondo Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia • En materia de salud remite a la Ley 100 de 1993
DECRETO 173 DE 1998	<ul style="list-style-type: none"> • Adopta el plan para la atención integral a la población desplazada por la violencia, fijando responsabilidades para cada uno de los sectores y las entidades nacionales y territoriales. • En salud, establece que “el Ministerio (...) y las direcciones departamentales y locales de salud garantizarán el derecho a la salud de la población desplazada a través de la atención integral en salud.” • Define que “La atención integral en salud comprende atención médico-quirúrgica, atención de urgencias, hospitalización, tratamiento, servicios de ayuda diagnóstica, transporte de pacientes, provisión de medicamentos, acciones de promoción y prevención de la enfermedad, tales como: vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental, educación en salud, participación comunitaria, atención psico-social y rehabilitación, según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993...”
ACUERDO 185 DE 2000, CNSSS	<ul style="list-style-type: none"> • Permite que IPS públicas y privadas de todo el país presten servicios de salud a población desplazada por la violencia • La cobertura se entiende como atención integral, en los términos de la Ley 387 de 1997 y el Decreto 173 de 1998. • Sin embargo, otorga poca claridad en el tema de la financiación, y la Inspección, Vigilancia y Control se muestran débiles
CIRCULARES 042 Y 045 DE 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Recuerda las fuentes de financiamiento y las responsabilidades de los actores • Recupera parcialmente el papel de las Direcciones Territoriales de Salud frente al tema. • Involucra a los aseguradores en la atención de su población afiliada desplazada.
ACUERDO 243 DE 2003, CNSSS	<ul style="list-style-type: none"> • Autoriza al Ministerio a efectuar distribución de recursos del rubro de Eventos Catastróficos, según registro de Red de Solidaridad.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ordena la suscripción de convenios con entidades departamentales y distritales receptoras de población desplazada. • Señala que en los convenios se debe precisar la cobertura y la Red de Prestadores, entre otros aspectos
<p>ACUERDO 244 DE 2003, CNSSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compendia normas de Régimen Subsidiado en Salud. • Establece prioridad en la afiliación de las personas en condición de desplazamiento. • Señala que para proceder a la afiliación es suficiente estar incluido en el Registro de la Red de Solidaridad Social. • La ARS debe garantizar la prestación de servicios de salud en el municipio al cual se traslada el afiliado desplazado. La Entidad Territorial mantendrá la continuidad hasta la terminación del contrato de aseguramiento
<p>DECRETO 2284 DE 2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza modificaciones al decreto 2131 de 2003; entre los principales aspectos quedan: • “En el caso de las personas desplazadas, afiliadas al régimen contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de los afiliados a un régimen de excepción, este requisito será necesario solo cuando se requieran servicios distintos a la atención inicial de urgencias, a través de una red diferente a la contratada por la respectiva Entidad Promotora de Salud, Administradora del Régimen Subsidiado o por la entidad administradora del régimen de excepción”. • La atención en salud de la población desplazada por la violencia, asegurada en el régimen contributivo, régimen subsidiado o en un régimen de excepción, debe ser garantizada por la respectiva entidad de aseguramiento en la entidad territorial receptora, para lo cual deberá adoptar los mecanismos, convenios y procedimientos que garanticen la prestación de los servicios en salud a sus afiliados”. • “Atención inicial de urgencias. De conformidad con la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, la atención inicial de urgencias de la población desplazada por la violencia deberá ser prestada, independientemente de su capacidad de pago, en forma obligatoria por parte de las instituciones públicas o privadas que presten servicios de salud, aún cuando no se haya efectuado su inscripción en el Registro Único de Población Desplazada de que trata el Decreto 2569 de 2000 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya. • Adopción de medidas sanitarias. Las administraciones municipales y distritales complementariamente con el departamento y la Nación y las entidades del sector salud según sus competencias, adoptarán las medidas sanitarias pertinentes para la prevención, mitigación y control de los riesgos para la salud derivados de los desplazamientos masivos y dispersos”.
<p>ACUERDO 247 DE 2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento y pago de facturación sin radicar a la fecha anterior a la vigencia del convenio en forma directa contra FOSYGA • Plazo para suscripción de los convenios, diez días hábiles desde la vigencia (06 de septiembre de 2003)

3.1. Revisión de la ruta de acceso a servicios de salud según marco normativo vigente;

La política de **promoción de la salud y atención a la población desplazada por el conflicto armado es responsabilidad de la Dirección General de Promoción Social del Ministerio de Protección Social**, como parte del **área de "Apoyo Familiar Especial"**. Esta Dirección también tiene a su cargo las áreas de Infancia y Familia; Adulto Mayor y Discapacidad; Equidad y Género. El Director reporta al Viceministerio de Salud y Bienestar.

En un **"estado regular de cosas"**, la gestión para iniciar la respuesta de servicios se inicia en el municipio, a través del Alcalde como primera Autoridad, el planea, ordena, coordina y evalúa, con la participación de la ciudadanía y el equipo de gobierno. En **situación de desplazamiento**, generalmente con acciones armadas la vida del municipio se altera y la **administración municipal se enfrenta al dilema de cooperar, enfrentar, o negociar**. Entonces, en la teoría de la administración pública – descentralización, el nivel central y departamental deben confluir en apoyo al municipio para la atención en salud de la población en condición de desplazamiento.

El marco reglamentario para la atención en salud de la población desplazada es:

- Ley 387 del 18 de julio de 1997, por medio de la cual se determinan las medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, la protección, consolidación y estabilización socio económica;
- Decreto 173 de 1998; por el cual se adopta el Plan Nacional para la Atención Integral a la Población Desplazada por la Violencia;
- Acuerdo 59 de 1997, CNSSS, por medio del cual se declara como evento catastrófico el desplazamiento masivo de población por causa de la violencia y se adoptan otras medidas relacionadas;
- Acuerdo 185 de 2000, CNSSS; Por el cual se define el procedimiento aplicable a las reclamaciones para el pago de los servicios de salud prestados a la población desplazada;
- Circular 042, Fuentes de financiamiento de la atención en salud a población desplazada;
- Circular 045 de 2002
- Acuerdo 243 de 2003, CNSSS; por el cual se aprueba el presupuesto de ingresos y gastos del fondo de solidaridad y garantía - fosyga para la vigencia fiscal del 2003 y se dictan otras disposiciones;
- Acuerdo 244 del 31 de enero de 2003, CNSSS; por medio del cual se definen la forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones;
- Acuerdo 2431, de Febrero 27 de 2003, CNSSS, por el cual se aprueba el Presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA para la vigencia fiscal de 2003 y se dictan otras disposiciones;
- Decreto 2131 de 30 de julio de 2003, por el cual se reglamenta el numeral 4 del artículo 19 de la Ley 387 de 1997, el último inciso del artículo 54 de la Ley 812 de 2003 frente a la atención en salud de la población desplazada por la violencia y se dictan otras disposiciones;
- Decreto 2284 de 11 de agosto de 2003, por el cual se modifican los artículos 2, 4, 5 y 7 del Decreto 2131 de 2003;
- Circular 052 del 17 de octubre de 2003, diario oficial no.43343 por medio de la cual se dan instrucciones a gobernadores, alcaldes, directores departamentales, distritales y municipales de salud, consejos territoriales de seguridad social en salud, para el cobro de los servicios de salud prestados a la población desplazada por la violencia;
- Ley 812 del 26 de junio de 2003, por la cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, "Hacia un Estado Comunitario";

- Circular externa 18 del 20 de febrero de 2004, dirigida a Gobernadores y alcaldes, por medio de la cual se dan los lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004 – 2007 y de los recursos asignados para salud pública;

La Ley 387 de 1997, en materia de salud remite a las normas de la Ley 100 de 1993;

El Decreto 173 de 1998, determina como parte del Plan que el Ministerio, las Direcciones Departamentales y Locales de Salud son responsables de garantizar una atención integral en salud a la población desplazada;

El Consejo Nacional SNAIPD en marzo de 2004, aprobó el nuevo Plan Nacional de Atención Integral a la Población Desplazada. Respecto a la **salud** determina como parte de la **línea estratégica “Gestión Social”** lo siguiente:

- Los **Gobernadores y Alcaldes**, a través de los consejos de política social y en articulación con los Comités Territoriales del SNAIPD, adoptarán medidas tendientes a reducir la vulnerabilidad de la población en riesgo, **ampliando la cobertura de servicios básicos y efectuando la inclusión de dicha población en programas sociales.** Estas deberán reflejarse en los PIU.
- Las entidades del nivel nacional (**ICBF, Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación**) deberán contar con asignaciones presupuestales especiales para **flexibilizar la acción y ampliar la cobertura en zonas de alto riesgo.**
- El **ICBF** prestará servicios a la población infantil en riesgo socioeconómico y nutricional a través de las Unidades Móviles, **atención psicosocial** y orientación sociolegal de forma articulada con las entidades territoriales.
- El **Ministerio de la Protección Social, proveerá recursos** a las Secretarías departamentales y distritales de salud para **garantizar la cobertura** de la población en zonas de riesgo de desplazamiento, ya sea en régimen subsidiado o contributivo.
- El **Ministerio de Protección Social** en coordinación con las **Secretarías u Oficinas territoriales de Salud** desarrollará programas de **salud sexual y reproductiva, salud mental y reducción del impacto de la violencia.** Así mismo, **capacitará a funcionarios públicos y voluntarios sobre manejo de emergencias en salud,** de acuerdo con lo establecido en los Lineamientos para la formulación y ejecución de los **Planes Estratégicos y Operativos del PAB**, de los recursos asignados para salud pública, y de los lineamientos para la aplicación de recursos destinados a concurrir en la atención a poblaciones vulnerables⁸.

Así mismo desarrollará **guías informativas** para que la población vulnerable sepa cómo proceder en caso de emergencia.

4. OTRAS CONSIDERACIONES DE CONTEXTO

El fenómeno del desplazamiento en el Departamento del Huila, y particularmente en el municipio de Neiva, ha venido en franco aumento desde 1998. La población proviene principalmente del Caquetá; pero la hay de los departamentos del Putumayo, Cauca y Tolima, así como un importante flujo de población del propio Departamento del Huila, particularmente de áreas rurales. El ingreso masivo de personas y familias como consecuencia de la violencia ha provocado el aumento de asentamientos en zonas catalogadas como de alto

⁸ Circulares 052 de 2002, 0018 de febrero 18 de 2004 .

riesgo psico-social (cordones de miseria), en lugares aledaños a los principales ríos de la ciudad.

Si bien, hasta la fecha se dispone en Neiva de mecanismos de atención integral (incluye al sector salud) para la población desplazada, en las fases catalogadas como de emergencia (emergencia y atención humanitaria), no se dispone de estrategias que permitan mitigar el impacto del fenómeno en la fase de post-emergencia y que puedan garantizar el acceso de esta población a los servicios de salud, en cualquiera de sus niveles de atención.

El 83% de los recursos destinados para la atención a desplazados que incluyen presupuestos de cooperación de la UNICEF y otros organismos de apoyo internacional se han destinado a financiar acciones de ayuda humanitaria y de emergencia, el 3% a acciones de prevención y el 14% a acciones de generación de ingresos, retorno voluntario y re-ubicación (involucra la fase post-emergencia)⁹.

El municipio de Neiva, capital del departamento del Huila, al sur de Colombia, cuenta con 339.768 habitantes, de los cuales el 30.4% corresponde a población con Necesidades Básicas Insatisfechas¹⁰, Esta cifra, de acuerdo con el plan sectorial de Salud formulado en el municipio para el período 2001 – 2003, equivale a 104.320 personas.

Desde el punto de vista de la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, la población se distribuye así: 48% al régimen contributivo, 18% al régimen subsidiado y 34% es población vinculada.

Con la presentación de estos antecedentes, es claro que se requiere buscar alternativas que garanticen por un lado la oferta de servicios en salud para la población afectada, en la fase de post-emergencia, y por otro, alternativas que contribuyan a la eficiencia del Estado y de las Instituciones de Salud en el nivel local territorial.

⁹ Fuente: Red De Solidaridad Social - Informe alto comisionado.

¹⁰ Según los datos del DNP, DANE y Dirección Municipal de Salud.

SEGUNDA PARTE: TEORIA Y GENERALIDADES

5. TEORIA DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR CON EQUIPO EXTRAMURAL

Se entiende que tanto la salud colectiva como el fenómeno del desplazamiento son realidades complejas que exigen dinámicas de interdependencia de actores. En este sentido resulta pertinente y necesario, no sólo buscar canales de comunicación abiertos y permanentes entre la población afectada por el fenómeno del desplazamiento, y las estructuras del Estado encargadas de dar respuesta al fenómeno, sino posicionar los temas relevantes de la salud pública en las instancias comunitarias y gubernamentales, mediante estrategias dialécticas.

La mejor técnica para cumplir los preceptos de la política de Municipios Saludables, de “proveer al individuo, la familia y la colectividad un cuidado de salud integral, continuo y permanente, en los campos de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, con el fin de mantener una vida sana y económicamente productiva”¹¹, es aquella que tenga en cuenta los protagonistas y los espacios donde se generan los estados de salud – enfermedad. Sólo las responsabilidades entre los protagonistas (familias, comunidad, servicios de salud y gobierno como un todo) y la intervención de los espacios ecológicos permitirán restablecer el equilibrio y el disfrute de una vida sana y económicamente productiva. Este es el concepto de salud familiar y comunitaria que se expone a continuación.

La salud familiar es un sistema interactuante técnico-administrativo asistencial para atender la familia como unidad dinámica biopsicosocial. En este contexto el modelo brinda prestaciones de salud integral, continua y permanente a través de un equipo humano multidisciplinario. El mayor énfasis se hace en los campos del fomento y promoción de la salud a fin de que el individuo, la familia y, por extensión la comunidad, procuren su propio bienestar físico, mental y social, y no sólo eviten los riesgos de enfermar y morir.

Entiéndase como prestaciones de salud integrales, continuas y permanentes aquellas que atienden al individuo como ente tridimensional, biológico, psicológico y social, durante todo el espectro de la vida, desde el nacimiento hasta la muerte, y durante los períodos de ausencia y presencia de la enfermedad, respectivamente.

¹¹ Apartes adaptados del documento: “Lineamientos de promoción de la salud y Educación para el Comportamiento Humano”, del Ministerio de Salud - Colombia, 1.995 y la ponencia sobre “Políticas de Promoción de la Salud en la OPS”, presentada por Helena Restrepo en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Bogotá, 1.992.

5.1. La familia como sujeto y unidad de atención. Hay varios aspectos que favorecen y estimulan la idea de que la familia debe ser la unidad de la atención:

- Por muchos años ha existido la práctica individualista y como reacción contraria la práctica de la atención a la comunidad; cuando hay una población de familias asignadas a un equipo de salud, el objetivo de la tarea es más fácil; esto no descarta el manejo individual de las personas ni la visión de contexto de la comunidad.
- La familia es un sistema y el buen conocimiento de sus elementos no es suficiente; las interrelaciones permiten conocer mejor a los seres humanos.
- La familia tiene que ver con la génesis, con el desarrollo y con el empeoramiento de muchos problemas de salud de toda índole: genéticos, de comportamiento, mentales, orgánicos, infecciosos, metabólicos, etc.
- La familia también tiene que ver con el mejoramiento de la salud, la protección contra la enfermedad y la recuperación y mejor control durante los procesos morbosos. Recuérdese que la familia es el recurso más próximo que se tiene cuando se necesita apoyo.
- Algunos estudios (Prince-Embury, 1984) muestran como hay ciertos síntomas que se repiten en las familias, a tal punto que se han sugerido genogramas para mostrar este hecho que puede ser útil en la práctica.

5.2. La familia en la prevención de la enfermedad. Es ampliamente reconocida la importancia de la familia en la prevención de la enfermedad, en la recuperación de la salud y en la génesis y agravamiento de la enfermedad.

En este orden de ideas es importante considerar la acción con la familia, entendiéndose que el término “salud familiar” implica que las acciones se circunscriben a la familia; por lo tanto, se reconocen en ella los factores socioculturales que determinan el bienestar y se hace énfasis en el hecho de que la mayoría de las intervenciones se realizan con la participación de las personas que integran el núcleo familiar.

La salud familiar y comunitaria se ejerce a nivel de la vivienda y el lugar de trabajo, estableciendo retenes domiciliarios y laborales, de tal forma que la derivación de personas a las instituciones de atención médica sea una alternativa y no la norma.

La palabra familia tiene en esta estrategia una acepción más amplia que la de simple consanguinidad. Se extiende a todas las personas con nexos afectivos ó de otra índole que comparten por períodos de vida prolongados un mismo ambiente.

5.3. La familia como sujeto y objeto. Como sujeto, la salud familiar mira la familia como un conjunto de subsistemas unidos recíprocamente por relaciones esenciales, permanentes y circunstanciales que determinan los procesos de

salud y enfermedad. Los efectos de estos procesos se extienden a veces al vecindario y a otros grupos distantes que constituyen la “gran familia”, conectados por nexos de amistad y/o solidaridad social. Como objeto, la salud familiar tiene un enfoque tridimensional:

- 5.3.1. La distribución espacial. a. El lugar donde se asienta la vivienda, con toda su dimensión ecológica: el ambiente físico, cultural y biológico, tanto natural como artificial. b. El lugar de trabajo, permanente o coyuntural. c. El lugar donde se proveen los servicios de salud.
- 5.3.2. La comunidad como conjunto de familias, con una dinámica y estructura propias, tasa de crecimiento y la distribución por edad, sexo, raza, ocupación, escolaridad y clase social.
- 5.3.3. El conjunto de familias como sistema social. Cada comunidad tiene una diversidad de patrones de comportamiento para satisfacer importantes necesidades locales. Además del sistema de salud, la comunidad tiene otros sistemas importantes: la familia, los sistemas político, económico, escolar, religioso y el de comunicación, entre otros. La comunidad como un todo es, pues, un sistema social en el que interactúan una serie de subsistemas, los cuales son importantes para perfilar el estado de salud-enfermedad y los medios de combate.

Dentro de este marco conceptual y filosófico la salud familiar y comunitaria permite el cumplimiento de los objetivos tácticos que se originan en las políticas de salud adoptadas. Como ejemplo de algunos de estos objetivos tácticos se consideran los siguientes:

Vacunar contra las enfermedades inmunoprevenibles a toda la población infantil entre 1 y 4 años de edad.

Promover y fomentar la higiene personal y ambiental como un medio para evitar enfermedades infecciosas de transmisión hídrica, fecal-oral y otras rutas.

Promover el uso de sales electrolíticas de rehidratación oral para la enfermedad diarreica aguda.

Promover y fomentar el manejo adecuado de las aguas negras superficiales que puedan ser fuente de contaminación para enfermedades infecciosas, principalmente entéricas.

Obsérvese que ellos reflejan distintas facetas del cuidado de la salud: protección, fomento, promoción, acciones reparativas y preventivas. Si se listan todos los posibles objetivos tácticos, se vería que es posible inscribirlos en cinco áreas de trabajo, en donde cada una de ellas incluye varios programas y/o sub-programas. El contenido específico de estos programas y/o sub-programas estaría orientado fundamentalmente por las políticas. Estas áreas programáticas son las siguientes:

ÁREAS	PROGRAMAS Y SUB-PROGRAMAS
Medicina Preventiva	Inmunizaciones Alimentación y Nutrición Cuidados del embarazo, parto y puerperio Crecimiento del niño sano Enfermedades de Transmisión Sexual Vigilancia y control de enfermedades crónicas
Salud Mental	Orientación y terapia de familia Promoción y fomento de la salud mental Prevención y control de fármaco-dependencia Orientación Psicológica
Salud Oral	Atención odontológica Prevención e higiene oral Educación en mejores prácticas de salud oral
Salud Ambiental	Saneamiento básico Educación sanitaria Salud ocupacional
Participación social	Fomento del liderazgo Organización y participación comunitaria Capacitación Fomento de la recreación y deporte saludable

6. PLANTEAMIENTO DE LA HIPOTESIS QUE SUSTENTA EL PROGRAMA

La implementación y documentación de esta experiencia, se apoya en la siguiente hipótesis fundamental: comprender cómo el programa de Salud Familiar de Primer nivel con equipo extramural, se constituye en sí mismo en una estrategia viable, económica, aceptada, efectiva, pertinente y necesaria para el cumplimiento de las metas y responsabilidades en el nivel local, por parte de los Servicios de Salud, en materia de promoción y fomento de la Salud para la población desplazada en Neiva.

Se acepta en general que el 80% de la demanda espontánea y promovida en una comunidad se puede resolver en un primer nivel de complejidad; un 15% requiere una referencia a un segundo nivel de atención y un 5% necesitaría cuidados muy especializados y tecnologías complejas en niveles III y IV de atención.

La Salud Familiar queda inscrita en el primer nivel de atención, como instrumento de atención básica primaria, con nexos recíprocos y permanentes con los niveles II y III.

Indudablemente, la mayoría de los servicios de salud se ofrecen institucionalmente. Ellos requieren de ambientes y recursos especiales que no siempre son posibles trasladar a otros sitios de la comunidad. Además, por razones logísticas es conveniente concentrar algunos servicios. Sin embargo, la concepción misma de salud familiar y comunitaria exige la descentralización

administrativa de los programas hacia escenarios en la comunidad, vivienda y lugar del trabajo. De esta manera la vivienda, y en particular la familia, se convierten en el primer puesto de salud de la comunidad.

El segundo escenario de salud es necesariamente el centro comunal, y es en este sentido que se introduce el componente de promoción del desarrollo local, como una alternativa viable, oportuna, necesaria y pertinente, no solamente para el programa de salud familiar, sino para la salud pública en general.

Las casetas comunales deberán aprovecharse para la organización y participación comunitarias. Es allí donde deben ventilarse los problemas que aquejan a la población y de allí deben surgir algunas fórmulas para su solución. En la vivienda deberá iniciarse el proceso de toma de conciencia sobre la salud – enfermedad. Las visitas de acercamiento *in situ* servirán para trazar un perfil de las familias e identificar los principales problemas y sus alternativas de solución. Muchos de los problemas podrán solucionarse allí mismo y otros requerirán ser remitidos a otras instituciones.

Los miembros del equipo de salud deben estar conscientes de la importancia del trabajo extra-institucional, especialmente en organizaciones en las que funcionan los servicios para atención de enfermos. En las áreas donde se dificulte el trabajo comunitario y tenga que realizarse en una institución sanitaria no deberá perderse la perspectiva del lugar.

7. ASPECTOS FILOSOFICOS DEL PROGRAMA

Este programa se sustenta y parte del enfoque de “Promoción de la Salud” y su accionar debe arrojar un posicionamiento crítico frente a las posibilidades y oportunidades que desde el sector salud se tienen para promover la salud en un contexto de violencia y alta iniquidad política, social y económica como el nuestro.

El programa no puede ni debe perder de vista la población a la cual está dirigido, puesto que se trata de población en su mayoría afectada por el desplazamiento. De entrada está implicado que:

- se tienen unas connotaciones de orden psico-social particulares
- Puede existir resistencia y prevención hacia extraños
- Es susceptible una diversidad en patrones culturales
- Posiblemente se encuentre una baja identidad territorial
- Es igualmente posible un bajo nivel de escolaridad

Todos estos son condicionantes tenidos en cuenta antes de dar inicio al programa, de tal manera que se logra una sensibilidad adicional frente a la necesidad de adaptar los tiempos profesionales al tiempo de las comunidades.

En este sentido, el programa debe privilegiar los criterios de equidad, sin descuidar los de eficiencia que tradicionalmente priman en el sector salud, pues de lo que se trata es de garantizar oportunidades a todas las familias.

El programa tiene como principios la integralidad, la prevención, la participación democrática, y pretende lograr un sincronismo de la medicina tradicional con la occidental, potenciando el auto-cuidado individual y la auto-gestión comunitaria. Busca, igualmente, potenciar la coordinación interinstitucional para favorecer el uso racional de recursos destinados a las comunidades, en procura de alcanzar la máxima efectividad en las estrategias y acciones de salud.

La salud familiar se comprende como una estrategia de abordaje a la complejidad social del problema del desplazamiento en un marco de sucesivas aproximaciones, como acción primaria con la familia, Esta modalidad de enfoque es ampliamente reconocida por su importancia en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, tomando en primera instancia las prácticas de auto cuidado y rescatando las alternativas de la medicina tradicional históricamente aprobadas como efectivas.

8. VISION

La visión del programa se construyó colectivamente con la participación de los profesionales y promotores de desarrollo local, y se construyó, esencialmente, en función de los principios de la ESE Carmen Emilia Ospina.

La visión es planteada de la siguiente manera: “Implementar un excelente programa de Salud Familiar que sirva como marco de referencia para otros programas de salud que se instauren con miras a atender a la población vulnerable; con una alta calidad humana y la excelencia en la oferta de estrategias para la promoción de la salud, desde una perspectiva de alianzas estratégicas en las que participa activamente la propia comunidad beneficiaria; donde se construyen alternativas para la cooperación intersectorial y el accionar interinstitucional e interdisciplinario”.

9. OBJETIVOS

A su turno, los objetivos que persigue el programa son los siguientes:

Brindar asistencia integral en salud del primer nivel a las familias desplazadas en el propio lugar de habitación, con el enfoque de salud familiar, a fin de impactar positivamente sus condiciones de vida.

Fortalecer los programas de Detección Precoz y Protección Específica mediante la canalización de las familias hacia los centros y puestos de salud que hacen parte de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, en los cuales se desarrollan dichos programas.

Implementar estrategias innovadoras para la promoción de la salud, favoreciendo la participación comunitaria y el accionar intersectorial e interinstitucional.

Articularse al desarrollo local, mediante la conformación de una red de promotores del desarrollo local, cuyo énfasis es la salud pública y la calidad de vida de las comunidades atendidas en el programa, como una forma de generar la producción social en salud.

10. METAS DEL PROGRAMA

Dar asistencia integral en salud a 500 familias en cada una de áreas profesionales constitutivas del programa.

Realizar el seguimiento a totalidad de los planes de compromisos concertados con las familias.

Conformar y consolidar la red de promotores de desarrollo local con énfasis en salud.

Formular y gestionar mínimo cinco proyectos tendientes a solucionar una o más necesidades sentidas por la comunidad beneficiaria del programa, a partir de la información recopilada como diagnóstico básico comunitario y desde una perspectiva participativa.

Fortalecer los programas de detección precoz y protección específica mediante la estrategia de demanda inducida.

Apoyar el proceso de facturación por concepto de servicios de primer nivel de atención prestados con el programa a la población participante del mismo.

Publicar los resultados de la experiencia.

11. ESTRATEGIAS

Cada uno de los elementos estratégicos que se mencionan y describen a continuación juega un papel de suma relevancia para el éxito del programa; son líneas interdependientes entre sí que requieren todo un juego de actividades en las que participan diferentes actores en distintos momentos de desarrollo del programa.

ESTRATEGIA 1. PROMOTORES DE DESARROLLO LOCAL.

Un promotor de desarrollo local es, ante todo, un líder comunitario que actúa como dinamizador social al interior de la comunidad que representa. Las características de un promotor de desarrollo local incluyen una alta capacidad propositiva, de análisis y argumentación, con un importante liderazgo y reconocimiento en su comunidad, de tal manera que sea esta la plataforma básica para su gestión.

El promotor de desarrollo local pone en marcha la capacidad de integrar en la dinámica comunitaria temas relevantes desde el punto de vista de la salud colectiva y la calidad de vida, como condiciones para el desarrollo humano y social de su comunidad.

Así mismo, logra desarrollar habilidades y destrezas en la documentación y argumentación, tanto de las problemáticas sentidas por su comunidad como de

las alternativas de solución construidas colectivamente. En este sentido, es el actor fundamental, quien, apoyado por el equipo de profesionales de la salud, logra niveles de gestión con otros actores del desarrollo, tales como las instituciones gubernamentales y el sector privado.

El promotor de desarrollo local, debe insertarse en la dinámica del desarrollo local. Para ello penetra las estructuras de planificación participativa y las demás instancias de participación que existan, con el fin de posicionar en la agenda de los tomadores de decisión las problemáticas y necesidades de las comunidades, con miras a la negociación.

En este sentido, se determinan tres roles básicos para el promotor de desarrollo local, dentro de este programa a saber:

El primero de ellos, y el más importante, es la labor de permanente apoyo hacia la comunidad que representa, logrando, a partir de sus contactos con la comunidad, además de documentar sus problemáticas y necesidades, y construir conjuntamente las alternativas de solución, establecerse como puente de relación entre ella y el equipo de salud, reforzar de manera constante unas nuevas maneras de comprender la salud y sus determinantes.

El segundo rol asumido por el promotor de desarrollo local tiene que ver con la apropiación de las problemáticas y necesidades. En estas circunstancias debe buscar la asesoría necesaria en el equipo de profesionales de la salud y en otro personal técnico que se requiera, para documentar técnica y científicamente las problemáticas, de tal manera que pueda sustentar, en esa misma medida, las alternativas de solución a modo de proyectos. Estos serán llevados a instancias de decisión para la asignación de recursos tanto desde el Estado como desde otras fuentes no gubernamentales del orden nacional ó internacional.

La tercera misión del promotor de desarrollo local es asumir la responsabilidad como soporte comunitario para el equipo de profesionales de la salud, de tal manera que garantice al equipo poder acceder a cada lugar donde se encuentran las familias del programa y contribuya a la sensibilización necesaria de las familias, frente a unas nuevas maneras de comprender la salud y la necesidad de que se conviertan ellos y las familias en los principales promotores de salud, en sujetos activos para el control de los determinantes de sus condiciones de salud - enfermedad.

ESTRATEGIA 2. VISITAS DOMICILIARIAS CON EQUIPO EXTRAMURAL

Esta estrategia se fundamenta en la necesidad de acercar los servicios de salud del primer nivel hasta las comunidades. Se convierte en el mecanismo mediante el cual se garantiza el acceso a estos servicios.

El equipo de profesionales de la salud familiar aprovecha cada contacto con las familias como una oportunidad para educar y prevenir. Para tal efecto debe

contar con una actitud de alerta constante, de tal manera que logre percibir los riesgos y oportunidades educativos.

El grupo debe desarrollar las habilidades comunicativas pertinentes, a fin de que se establezca de entrada una relación positiva entre el equipo de salud y la familia visitada. En este evento la familia es comprendida como “sujeto – actor” en la promoción de la salud, siendo el equipo de profesionales un facilitador del proceso en el que priman tres aspectos:

Escuchar, conocer, comprender
Hablar, discutir y contribuir,
Animar, organizar y participar.

En este orden de ideas, el equipo de salud familiar debe conocer sus prejuicios, sus valores, sus concepciones culturales y religiosas, sus reacciones emocionales ante el estrés, evitando ser juez. Sus integrantes no deben olvidar que de lo que se trata no es de interrumpir la libre elección de las familias, sino de orientarla para que su decisión sea adoptada sobre la base de un conocimiento compartido y reflexivo; por lo tanto, es igualmente necesario, que no se emitan juicios valorativos que coloquen la escala de valores del profesional de salud por encima de la escala de valores de la familia visitada.

El deber del equipo está en suministrar la información suficiente, necesaria y pertinente, de manera oportuna. Esto no implica irrumpir en la libertad de elección y decisión de la familia, la cual, entre otras cosas, está mediada por unas condiciones de cultura que se deben identificar y respetar. Se trata de ayudar en el proceso de empoderamiento individual a partir de la comunicación y el afianzamiento en el proyecto de vida. El propósito es que en el proyecto de vida esté siempre enrutando el comportamiento de los jefes de familia y por supuesto de sus integrantes y por ende que el manejo de su salud no esté ligado únicamente a si el médico le expide órdenes para chequeos preventivos ó la formulación de medicamentos.

El programa pretende generar un proceso de empoderamiento cada vez mayor para que la población sea capaz de asumir la cultura de la protección de su salud a partir de la comunicación y en función del Proyecto de Vida, tanto del jefe de familia como de sus miembros en sí, haciendo particular énfasis en aspectos que tienen que ver con el auto – cuidado y el manejo de las condiciones ambientales internas y del entorno. Para lograrlo se precisa la identificación de los factores de riesgo y los factores protectores de la salud, presentes en cada una de las familias visitadas.

Durante el proceso de interacción entre la familia y el equipo de profesionales se construye lo que en el programa se denomina “**Plan de Compromisos**”. Como su nombre indica, este es el documento con el cual la familia asume una responsabilidad con un claro componente de autogestión individual, familiar y colectiva, bajo la orientación del equipo de profesionales y el reforzamiento permanente del equipo de promotores de desarrollo local.

En la formulación del plan no es suficiente escuchar a la familia y darle oportunidades para que participen en su construcción, es absolutamente indispensable garantizar y verificar la comprensión, por parte de la familia, de todos y cada uno de los aspectos incluidos en el plan. En este sentido, de la misma manera como un profesional de la salud durante su consulta ó asesoría explica cada detalle de la fórmula entregada a su paciente, ocupándose no solamente de la dosis requerida sino la manera como se debe suministrar y aspectos relacionados con efectos secundarios y/o adversos. En la intervención familiar debe garantizarse la comprensión y aplicación de las recomendaciones, ligadas al proyecto de vida individual y familiar de quienes constituyen la familia, al igual que las desventajas posibles por la no adopción ó incumplimiento del plan.

Cabe anotar que el plan de compromisos es asumido voluntariamente por las familias, y que se ayuda a éstas a mantener su propósito y a asumirlo mediante visitas frecuentes por parte del equipo de promotores de desarrollo local, así como en nuevos contactos de la familia ó sus miembros con los profesionales.

ESTRATEGIA 3. FESTIVALES DE LA SALUD

Esta es una estrategia considerada fundamental en este programa dado el principio de “Reconocer que la familia que se mantiene saludable, que hace esfuerzos para lograrlo y/o que logra superar la enfermedad, amerita que sea estimulada y reconocida socialmente como una familia responsable consigo y con la comunidad que la rodea; es por lo tanto merecedora de convocarla a una fiesta, a una celebración en donde ella es la homenajeadada y la protagonista”. En consecuencia los festivales de la salud son encuentros de esparcimiento, placer, alegría y regocijo, en los que se combinan actividades culturales, educativas, de recreación, lúdica y deporte; en ellos, una vez más es permeada la comunidad con conceptos de salud a partir de juegos y concursos, de tal manera que, como en toda fiesta, se pretende plasmar un recuerdo inolvidable en las familias que de ella participan.

Para el festival se unen esfuerzos institucionales que aseguran el desarrollo de los eventos centrales, tales como el cultural, el de salud y el de integración y recreación. En dicho evento se concreta la coordinación interinstitucional con entidades, como el Instituto de Deporte y Recreación, las corporaciones y grupos de teatro, los grupos de danza y folclor, las organizaciones musicales, organizaciones de recreacionistas, entre otras, al igual que con el sector privado – industrial y comercial –, de tal forma que al comprender el esfuerzo de las familias por mejorar su condición de salud, se vinculen y apoyen la estrategia, a través de pequeñas y grandes contribuciones.

ESTRATEGIA 4. ACCIONES INTERSECTORIALES

Durante el desarrollo de las diferentes fases del programa se requiere, de manera permanente, la interacción con otras instituciones del sector salud y de otros sectores implicados en la producción social de la salud. De esta manera

es previsible el tipo de contacto con otros programas dirigidos hacia la misma población involucrada en el programa de Salud Familiar, se establecen los contactos necesarios y se definen los canales y flujogramas tanto de información como de referencia y contrarreferencia hacia diferentes servicios.

Una de las instituciones de mayor relevancia desde el punto de vista del programa es la universidad. Se ha considerado estratégico facilitar rotaciones de diferentes grupos estudiantiles, como una manera de propiciar la integración que debe darse entre la universidad, como principal productora del conocimiento, y las realidades complejas y cambiantes en las que se actúa. Es esta una de las maneras de abrir el debate frente a nuevas maneras para el ejercicio profesional, al comprender las dinámicas intersectoriales e interinstitucionales que pocas veces operan. Al mismo tiempo se permite al equipo humano vinculado al programa, así como a las familias que participan del mismo, el acceso a conocimientos actualizados en el manejo de los diversos aspectos que entran su contexto.

Finalmente las acciones intersectoriales permiten construir posibles líneas de investigación que puedan profundizar la validez del programa propuesto en esta experiencia, al tiempo que facilitan los procesos formativos y de aprendizaje requeridos por los estudiantes. En este sentido, es un programa que se constituye en campo de práctica para estudiantes de programas como Odontología, Enfermería, Nutrición, Medicina, Psicología, Trabajo Social, Derecho, Ingeniería Sanitaria, entre otras.

TERCERA PARTE: METODOLOGIA DEL PROGRAMA

En este acápite se presenta y describe el proceso de consolidación y desarrollo del programa, la designación de las funciones para el equipo humano que participa y la manera como se operan sus estrategias.

El capítulo se ha estructurado a manera de manual metodológico, por lo cual se incluyen en él, un instructivo básico y los objetivos propuestos al desarrollar los aspectos metodológicos del programa.

12. INSTRUCTIVO

El manual metodológico desarrolla los contenidos de cada una de las unidades de la guía programática. Con este manual no se pretenden limitar los conocimientos que el profesional de las áreas aquí exploradas pueda tener en su campo, dado que su experiencia sobre los diferentes temas y el conocimiento de la comunidad a la cual pertenece el grupo de expertos en desarrollo local le permitirá adaptarlos y ponerlos en práctica durante la ejecución del programa.

El profesional de cada área del programa deberá adaptar los términos y expresiones idiomáticas al lenguaje de la región ó al grupo de familias y seleccionar las ayudas educativas de acuerdo con los recursos existentes en las entidades de salud encargadas de su desarrollo.

Además de desarrollar los contenidos, el Manual presenta uno a uno los aspectos de la estrategia con la cual se abordó el trabajo de campo durante la realización del Programa, resaltando los aspectos más importantes tenidos en cuenta.

13. OBJETIVOS

Facilitar a los profesionales de la salud y del desarrollo local una guía programática para la implementación de una estrategia de Salud Familiar de primer nivel de atención con equipo extramural.

Unificar criterios y conocimientos que deben tenerse presentes en la implementación de un programa de esta naturaleza, con el enfoque de promoción de la salud.

Proporcionar al lector los posibles instrumentos para ser utilizados durante la implementación de un programa de esta naturaleza.

14. DESCRIPCION DEL PROCESO LLEVADO EN EL PROGRAMA.

14.1. SELECCIÓN DEL LUGAR, POBLACION OBJETIVO E INSTITUCION EJECUTORA.

Dado que se trata de un programa de Salud Pública, es ideal que la entidad ejecutora sea del orden Estatal ó por lo menos una ONG de carácter humanitario, cuya misión sea el fortalecimiento de la Red Pública en el abordaje de las problemáticas de salud colectiva.

Como ya se ha mencionado en otra parte del documento, este programa se ha diseñado como una estrategia de Salud Pública, con enfoque de Promoción de la Salud y particularmente dirigida hacia la población afectada por el desplazamiento en el municipio de Neiva; sin embargo, es claro que se trata de un programa cuya aplicación puede darse a nivel del gran universo de población habitante en un municipio ó comarca.

En este caso, se definió como institución ejecutora a la ESE Carmen Emilia Ospina, entidad del Estado, responsable de atender el primer nivel en salud, para lo cual dispone de una infraestructura física suficiente y de un equipo humano idóneo.

Sin embargo, es pertinente, para el desarrollo de un programa como éste, contar con el aval desde la dirección local de salud, para lo cual se establecieron los respectivos acuerdos con la Secretaría de Salud Municipal, ente encargado de la vigilancia y control en materia de prestación de servicios de salud en el territorio municipal.

El segundo aspecto importante tenido en cuenta para la puesta en marcha del programa tiene que ver con la definición del lugar al que está dirigido. Como el programa se dirige a la población afectada por el fenómeno del desplazamiento, resulta necesario identificar las zonas del municipio. Que reportan el mayor índice de recepción de la población desplazada y que para este caso arrojó como resultado las comunas 1, 6, 8, 9 y 10 del casco urbano. Es importante resaltar que este paso puede ser obviado si se decide aplicar el programa a toda la comunidad del municipio ó localidad, caso en el cual se tendrá que definir el lugar geográfico por el cual se dará inicio al trabajo de campo ó la aplicación simultánea en todo el territorio, para lo cual deberá disponerse de más de un equipo humano.

Otros criterios también podrán jugar en el momento de decidir la pertinencia en la aplicación del programa, tales como priorizar los lugares con menor presencia de la infraestructura de servicios, entre otros.

En este sentido, la selección del lugar, puede darse a partir de definir el tamaño de las áreas programáticas, es decir, la extensión geográfica de las áreas donde se van a desarrollar los programas, las cuales deben ser las mismas de

las unidades geopolíticas de origen. En Colombia, los barrios y comunas poseen esta connotación. Usualmente tienen entre 30.000 y 50.000 habitantes. Son reparticiones poblacionales bastante homogéneas, con semejante grado de desarrollo social e intereses comunes.

Tal como se presenta en el capítulo de “Sistematización de la experiencia”, deberá disponerse de los denominados Centros de Trabajo Comunitario – CTC -. En ellos tendrán su radio de acción los Promotores de Desarrollo Local y serán los lugares apropiados por la comunidad, en los que se formarán nuevos líderes, se organizará la comunidad y se desarrollarán las iniciativas de la población.

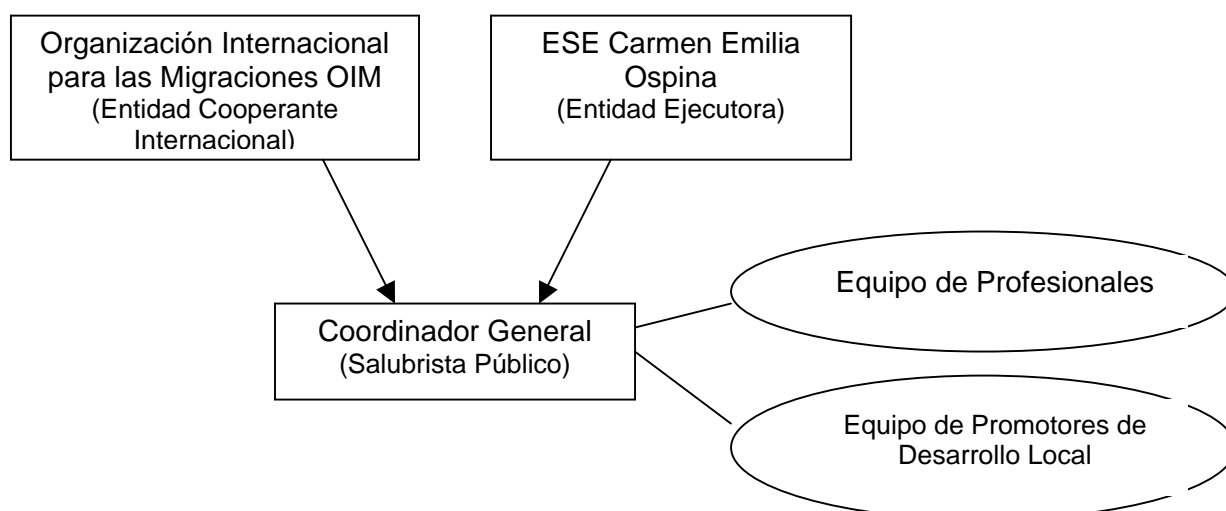
De igual manera podrían llegar a ser los polos de desarrollo social y cultural de las comunidades. En estos centros se desarrollarían todos los programas de salud que se requieran ó se identifiquen del primer contacto con cada comunidad, así como los que sean de obligatoria ejecución por parte de las instituciones de Salud, de tal manera que se garantice el acceso a los programas de protección específica y de fomento de la salud individual y colectiva.

14.2. CONVOCATORIA, SELECCIÓN E INDUCCION DE PERSONAL

Simultáneo con la definición del lugar en el cual se llevará a cabo el programa, debe establecerse el equipo humano que se vinculará. Un equipo de salud puede definirse como un grupo multidisciplinario de profesionales y para-profesionales que tienen como funciones específicas la promoción, el fomento, la restauración y el mantenimiento de la salud física, mental y social de un número determinado de familias.

Cada programa ó sub-programa es manejado por un equipo de salud, es decir, un grupo de personas que tienen un objetivo común y están de acuerdo con los métodos y procedimientos para cumplir dicho objetivo. El tamaño de los equipos depende del tipo y número de las actividades que deben desarrollarse. En salud preventiva es posible integrar distintos programas; sin embargo, es deseable una extracción multidisciplinaria que enriquezca el trabajo en equipo.

Una vez designado el coordinador general del programa, éste se encarga de identificar y seleccionar los integrantes del equipo operativo que va a ejecutarlo: profesionales y promotores de desarrollo local. A continuación se presenta una propuesta de distribución organizacional del equipo:



El equipo básico propuesto está integrado por:

- Un coordinador general, cuyo perfil preferible es en el área de la Salud Pública, la Salud Comunitaria ó la Educación en Salud.
- Un Médico, preferiblemente con formación en Medicina Familiar.
- Una Enfermera, preferiblemente con especialización y/o experiencia en Salud Familiar Integral.
- Una Nutricionista, preferiblemente con experiencia en procesos sociales y comunitarias para la seguridad alimentaria,
- Un Odontólogo,
- Un Psicólogo,
- Un Profesional de Trabajo Social,
- Una Higienista Oral,
- Una Auxiliar de Enfermería y
- Los promotores de desarrollo local, cuya cantidad depende de las unidades territoriales definidas para cobertura del programa.

El proceso puede iniciar con la selección del grupo de profesionales a ser vinculados. Para este efecto se tiene en cuenta el perfil profesional y la disponibilidad de tiempo para el desempeño de las labores propias del programa. Es recomendable que se seleccione, de manera simultánea, la totalidad de integrantes del equipo, pues esto facilitará la unificación de criterios desde el inicio y el éxito de las labores acordadas.

De igual manera se lleva a la convocatoria y selección de los promotores de desarrollo local, teniendo como principal criterio su condición de líder representante de población en situación de desplazamiento. Para este proceso se aplica un instrumento de entrevista colectiva que permita observar su capacidad en la interacción y las condiciones de argumentación y sustentación de ideas, elementos fundamentales para la labor que desempeñarán.

Una vez conformados los dos equipos de trabajo se procede a la ejecución de actividades de inducción, con el fin de producir en ellos la apropiación de los conceptos y filosofía del programa; este es un aspecto fundamental para la fase que se ejecutará posteriormente.

En esta primera fase, conviene realizar algunas reuniones de acercamiento interinstitucional con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF -, la Red de Solidaridad Social, la Personería Municipal, Profamilia y Pastoral Social, identificadas como entidades importantes en el marco de la atención a población en situación de desplazamiento.

En el programa se considera, como eje transversal y permanente, el componente de capacitación y retroalimentación, tanto conceptual como para el desarrollo humano; de tal manera que la capacitación incluye los aspectos generales y específicos del programa, su marco conceptual, las políticas existentes que lo respaldan, los aspectos metodológicos, las temáticas

específicas que se desarrollan en cada componente y la formulación y gestión de proyectos sociales y comunitarios, entre otros.

La capacitación debe hacerse de forma continua para retroalimentar el proceso y fortalecer el crecimiento personal y el trabajo en equipo. Para este propósito se adelantan sesiones grupales preparadas por los propios integrantes del equipo, así como con la ayuda de expertos en determinadas temáticas ó áreas de particular interés.

Igualmente, con la capacitación permanente se pretenden superar los dilemas a los cuales se expone el equipo operativo durante el desarrollo del trabajo de campo, al identificar de manera colectiva, alternativas para superar barreras impuestas por el contexto al normal desarrollo del programa.

Durante la capacitación se permite un espacio de apertura permanente para la expresión de nuevas estrategias de intervención y para el afianzamiento de las propias, manteniendo siempre una actitud reflexiva, crítica y propositiva en torno al trabajo desarrollado.

14.3. APRESTAMIENTOS INSTITUCIONALES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

La provisión de los servicios directos para el fomento y protección de la salud, la prevención de la enfermedad y la detección temprana de enfermos en el Programa de Salud Familiar es responsabilidad del propio equipo interdisciplinario de salud. Sus integrantes deberán disponer, a su vez, de una sede complementaria de su trabajo en los núcleos familiares, la cual para el caso particular de este programa estuvo centralizada en el “Centro de Salud de La Inmaculada”.

En este sentido, la propuesta es disponer de Centros de Salud móviles, de acuerdo con la comuna, en la cual se tenga cobertura con el trabajo extra-mural; de esta manera se dispone siempre de la infraestructura institucional para atender aquéllos casos que por diferentes razones, ameritan la atención institucional, pues no se trata de llevar los servicios asistenciales al lugar domiciliario, sino de establecer puentes efectivos entre las estrategias de promoción de la salud y la oferta institucional.

Del mismo modo, se trata de mantener la respectiva coordinación con los Centros de Trabajo Comunitarios disponibles en la comuna, de modo que logre establecerse un grado de sinergia y desarrollo entre los contenidos del programa de salud familiar y las opciones que aporta el entorno para el desarrollo social y productivo.

Es esencial que el equipo de salud mantenga coordinación con otros grupos y equipos de profesionales, pues sólo de esta manera los profesionales de la salud pueden trabajar como un gran equipo al servicio de las políticas públicas, el desarrollo social y la promoción de la salud colectiva, y no al de intereses particulares. En este caso, el equipo de salud es responsable no solamente de

la ejecución del programa sino de la coordinación intra e intersectorial, pues, la connotación de equipo surge del hecho de que los problemas y sus soluciones son multisectoriales y no privativos del sector salud y mucho menos del personal médico ó de salud. Se denomina equipo para enfatizar la importancia de esta situación *sine qua non* y la obligación que tiene el servidor de salud de apoyarse en otros profesionales y en la misma comunidad para resolver los problemas que afectan la salud.

Esta reorganización de los servicios pretende restarle prelación a la medicina curativa y realzar la importancia de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en el mejoramiento de la calidad de vida. Así, la derivación de personas a los centros e instituciones de salud son una alternativa para la intervención de procesos patológicos que provocan los desequilibrios sociales. Desde el punto de vista operativo, esta estrategia de servicios no solamente facilita el trabajo de los profesionales de la salud sino que garantiza, en mayor medida, el acceso a los servicios de salud.

14.4. EL EQUIPO HUMANO EXTRAMURAL Y SUS FUNCIONES EN EL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR DE PRIMER NIVEL DE ATENCION

Las funciones que se definen a continuación, obedecen a la naturaleza del convenio que existió entre la ESE Carmen Emilia Ospina y la Organización Internacional para las Migraciones – OIM. Es posible que en una aplicación futura de este programa ó uno similar existan nuevas funciones y sean obviadas otras consideradas no prioritarias de acuerdo con el contexto en que se desarrolle. De igual manera, la distribución de funciones y tareas, y su definición operacional, puede responder a patrones diferentes, pues, como se ha mencionado en repetidas ocasiones, esta presentación metodológica está sujeta al enriquecimiento que cada nueva experiencia permita.

En esta parte del documento se incluyen, igualmente, algunos de los indicadores que sirven como patrón de medición para cada una de las actividades que se prevé pueden desarrollarse durante las visitas familiares por parte de los profesionales en salud. Con respecto al equipo de promotores de desarrollo local, se definen los soportes con que demuestran la ejecución de actividades, en caso de que no exista una vinculación laboral formal y se mantengan reconocimientos económicos según actividades realizadas.

La Coordinación General del Programa Salud Familiar tiene como función general plantear las directrices, establecer los convenios y acuerdos interinstitucionales a que haya lugar, canaliza acciones de cooperación y ayuda mutua, vigila el cumplimiento de las acciones planteadas, aplica los correctivos a que haya lugar, participa en el diseño y análisis de las evaluaciones y formula propuestas que contribuyan al fortalecimiento continuo de la estrategia.

14.4.1. Plan de Actividades de Enfermería

Valoración y Control de Crecimiento y Desarrollo: Es la valoración que se realiza a todo menor de 12 años con el fin de determinar si su desarrollo psicomotor es el adecuado según la edad; incluye el examen físico general y la valoración de la Escala abreviada del desarrollo; y genera unas recomendaciones para el menor y su cuidador.

INDICADOR: No. de controles de CYD realizados / No. de controles de CYD programados.

Tiempo utilizado para controles de CYD / tiempo programado.

Toma de Citología Cerviño-uterina: Actividad dirigida a las mujeres entres los 25 y 69 años ó menores de 25 años con vida sexual activa; se realiza como actividad preventiva de cáncer de cuello uterino, para identificar oportunamente lesiones pre y neoplásicas mediante la toma de muestra del exocervix y el endocervix para estudio diagnóstico.

INDICADOR: No. citologías practicadas según edad / No. citologías programadas según edad.

Tiempo utilizado para la toma de citologías / tiempo programado para ello.

Exámen de Seno: Actividad realizada para detectar oportunamente cualquier alteración en la mama, mediante el examen físico bilateral; incluye la educación necesaria para la ejecución del auto - examen por parte de la mujer y el suministro de información necesaria sobre signos y síntomas de alarma.

INDICADOR: No. de mujeres a quienes se les realiza el examen de seno / No. De mujeres programadas para el mismo.

Tiempo utilizado para actividades de examen de seno / tiempo programado.

Actividades de P.A.I y aplicación de T.T: Consiste en la administración de los biológicos correspondientes al esquema básico de vacunación manejado por el Ministerio de Salud; implica la verificación del carné de vacunas, el inicio de esquemas y la aplicación de las dosis pertinentes para completar esquemas y refuerzos, de acuerdo a la edad del menor. De igual manera la aplicación de las dosis de toxoide tetánico, a los grupos de mujeres gestantes. Esta actividad está bajo la responsabilidad de la auxiliar de enfermería.

INDICADOR: No. de personas vacunadas / No. de personas programadas

Cantidad de biológicos según dosis y edad Aplicados / programados

Esquemas completos / esquemas iniciados

Mujeres gestantes con dosis de T.T. aplicados / Total de mujeres gestantes

Familiograma e Historia Familiar: Hace referencia al diligenciamiento del formato que refleja la composición, características y relaciones intrafamiliares y cuya información es aportada por el jefe de familia en el momento de la visita.

INDICADOR: No. de familias a quienes se les realiza familiograma / No. de familias programadas para la realización del mismo.

Tipología de familias y caracterización básica de las mismas

Capacitación a Promotores en “inducción a la demanda”: Actividad que consiste en orientar a los 10 promotores de desarrollo local en el correcto diligenciamiento de la planilla de inducción a la demanda de servicios para la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, incluyendo algunos ejercicios prácticos bajo la modalidad de taller participativo.

INDICADOR: No. de actividades de capacitación a promotores realizadas / No. de actividades Programadas.

Tiempo utilizado para la actividad de capacitación / Tiempo programado para la misma

Actividades educativas con grupos especiales: Se refiere a las actividades de orientación y educación que brinda el profesional de Enfermería sobre una temática particular de acuerdo a las necesidades detectadas durante las visitas familiares; se realiza como actividad de grupo convocando a personas con características similares ó que comparten una condición particular; y se centra en educación para la prevención de enfermedades prevenibles ó complicaciones de las mismas y/o para la promoción de conductas saludables.

INDICADOR: No. actividades educativas realizadas / No. de actividades educativas programadas

No. de personas que acuden a la actividad / No. de personas convocadas

Tiempo utilizado para las actividades educativas / Tiempo programado para ellas

Actividades grupales con el equipo de Salud: Esta actividad opera de la misma manera para todos los integrantes del proyecto, tanto en el equipo de profesionales como en el equipo de promotores de desarrollo local; y hace referencia a actividades de concertación p.ej. de los criterios para canalizar las familias y/o actividades de análisis de la información que durante el proceso de campo se va obteniendo. Incluye actividades de tipo técnico – operativo y administrativas relacionadas con la elaboración de informes de actividades tanto individuales como colectivos, la realización de ajustes operativos al

programa, la construcción del perfil epidemiológico; de igual manera acciones relacionadas con gestión interinstitucional.

INDICADOR: No. y tipo de documento producto de la actividad (el presente documento hace parte de este indicador)

Tiempo utilizado para el desarrollo de estas actividades /
Tiempo programado para las mismas.

Actividades asistenciales en Centros de Salud: Son las actividades desarrolladas en el Centro de Salud de “La Inmaculada” y de “Las Palmas”, con el objeto de efectuar procedimientos de enfermería y seguimiento como parte de las actividades establecidas en los programas de P y P a instaurarse en tales centros, enfatizando la cobertura a la población desplazada. Incluye todas las responsabilidades técnico – administrativas establecidas en el marco de la resolución 412 del Ministerio de Salud, referentes al profesional de enfermería.

INDICADOR: Tipo de programa de P y P habilitado en el Centro de Salud

Tipo de programa de P y P Fortalecido en el Centro de Salud

No. y tipo de actividades de enfermería realizadas en cada programa de P y P institucional

Cobertura según inscritos y según controles para cada programa de P y P.

Tiempo utilizado para actividades asistenciales / tiempo programado para tales actividades.

14.4.2. Plan de actividades Profesional de Medicina

Valoración y Control Prenatal: Es la valoración médica realizada a todas las mujeres gestantes tanto en las visitas domiciliarias como en los Centros de Salud donde se desarrollan las actividades asistenciales; incluye la valoración de bienestar materno – fetal según el primer nivel de atención mediante el examen físico y el control de laboratorios, las acciones educativas pertinentes para el adecuado desarrollo de la gestación y todas las acciones de remisión a otro nivel de atención en los casos que ameriten.

INDICADOR: Controles prenatales realizados / controles prenatales programados.

Mujeres detectadas con alteraciones / total de mujeres gestantes valoradas.

Remisiones a II nivel efectuadas / total de mujeres gestantes atendidas

Contrarreferencia del II nivel / total de mujeres remitidas

Atención ó Control de Planificación Familiar: Se refiere a la valoración efectuada por el médico tanto a la población femenina como a la población masculina, con vida sexual activa, que pretende inducir a la población a la adopción de un método de planificación de acuerdo a la necesidad particular; incluye la orientación según los métodos disponibles y la colocación del D.I.U. mediante jornadas masivas programadas y/o en el Centro de Salud de “La Inmaculada” y/o de “Palmas”.

INDICADOR: Personas atendidas en Planificación familiar / Personas programadas.

No. y tipo de método por edad suministrado / No. de personas atendidas en P.F.

Remisiones efectuadas / total de personas atendidas en P.F.

Personas atendidas en la institución de referencia / total de personas remitidas

Seguimiento y controles realizados / Personas ingresadas al programa de P.F.

Valoración y/o Consulta Médica en domicilio: Actividad realizada por el médico a cada uno de los miembros de las familias visitadas, consistente en la valoración cefalo-caudal para la detección precoz de cualquier alteración en las condiciones de salud de las personas beneficiadas con el proyecto, realizando la inducción a los programas correspondientes según sea el caso y/o la referencia a un nivel superior; incluye igualmente las actividades educativas pertinentes y el cumplimiento de las normas para la vigilancia epidemiológica.

INDICADOR: Personas atendidas en visitas domiciliarias / Personas programadas.

Remisiones efectuadas a II nivel / total de personas atendidas.

Seguimiento y controles realizados

Otros datos del perfil epidemiológico.

Tiempo empleado para la actividad / tiempo programado

Acompañamiento técnico a Promotores de Desarrollo local: Hace referencia a la labor de orientación a los promotores de desarrollo local, para la documentación de las problemáticas identificadas por ellos, la justificación de los proyectos planteados, de tal manera que se tenga un claro referente de salud colectiva en cada una de las propuestas. Este acompañamiento debe ser permanente dado que se realiza para cada comuna intervenida en el proyecto con los líderes que la representan. Incluye acciones de acompañamiento a los líderes, en los casos necesarios para la abogacía y negociación de los proyectos con entes decisores.

INDICADOR: No. y tipo Actividades realizadas con PDL/ No. y tipo de Actividades Programadas.

Tiempo empleado para acompañamiento técnico / Tiempo programado

Actividades grupales con el equipo de Salud: Esta actividad opera de la misma manera para todos los integrantes del proyecto, tanto en el equipo de profesionales como en el equipo de promotores de desarrollo local; y hace referencia a actividades de concertación p.ej. de los criterios para canalizar las familias y/o actividades de análisis de la información que durante el proceso de campo se va obteniendo. Incluye actividades de tipo técnico – operativo y administrativas relacionadas con la elaboración de informes de actividades tanto individuales como colectivos, la realización de ajustes operativos al programa, la construcción del perfil epidemiológico; de igual manera acciones relacionadas con gestión interinstitucional.

INDICADOR: No. y tipo de documento producto de la actividad (el presente documento hace parte de este indicador).

Aspectos del componente médico procesado y analizado en el perfil epidemiológico

Tiempo utilizado para el desarrollo de estas actividades / Tiempo programado para las mismas.

Actividades asistenciales en Centros de Salud: Son las actividades desarrolladas en el Centro de Salud de “La Inmaculada” y de “Las Palmas”, con el objeto de efectuar consulta médica general y actividades de seguimiento establecidas en los programas de P y P de responsabilidad médica, enfatizando la cobertura a la población desplazada. Incluye todas las responsabilidades técnico – administrativas establecidas en el marco de la resolución 412 del Ministerio de Salud, referentes al profesional médico.

INDICADOR: No. y tipo de actividades de medicina realizadas en cada programa de P y P institucional.

Cobertura de atención en consulta médica general a nivel institucional

Cobertura de primera vez y de controles para cada programa de P y P.

Tiempo utilizado en actividades asistenciales / tiempo programado en ellas.

14.4.3. Plan de actividades Profesional de Nutrición

Valoración y control Nutricional individual: Actividad conducente al diagnóstico nutricional individual, consiste en la evaluación, toma y registro de medidas antropométricas según indicadores de Peso – Talla, Talla – Edad, Peso – Edad e Índice de Masa Corporal – IMC; incluye la orientación educativa pertinente de acuerdo a cada caso. La actividad se realiza durante las visitas de campo.

INDICADOR: Personas diagnosticadas nutricionalmente / personas programadas Según edad.

Tiempo utilizado para la actividad / Tiempo programado para la misma

Diagnóstico disponibilidad de alimentos: Se realiza mediante la entrevista a la manipuladora de alimentos en la familia y mediante observación directa en el lugar de vivienda, para determinar las condiciones higiénico – sanitarias relacionadas con la alimentación, estimar el consumo de calorías y nutrientes y el patrón alimentario familiar. Incluye las acciones educativas pertinentes en cada caso, para el mejoramiento del uso y disponibilidad de nutrientes según opciones reales de disponibilidad de alimentos.

INDICADOR: No. de familias con Diagnóstico / No. de familias programadas a ser visitadas

Tiempo empleado para los Diagnósticos / Tiempo empleado para la actividad

Familias que modifican su patrón de alimentación / familias atendidas y educadas*.

* Se aplicará mediante la información obtenida a partir de las visitas de seguimiento.

Actividades educativas con grupos especiales: Se refiere a las actividades de orientación y educación que brinda el profesional de Nutrición sobre una temática particular de acuerdo a las necesidades detectadas durante las visitas familiares; se realiza como actividad de grupo convocando a personas con características similares ó que comparten una condición particular, p. Ej. Grupos de pacientes diabéticos, hipertensos, mujeres gestantes, lactantes y grupos de manipuladores de alimentos; y se centra en educación para el fomento de prácticas adecuadas y de conductas saludables.

INDICADOR: No. y tipo actividades educativas realizadas / No. y tipo de actividades educativas programadas
No. y tipo de personas que acuden a la actividad / No. y tipo de personas convocadas

Tiempo utilizado para las actividades educativas / Tiempo programado para ellas

Actividades grupales con el equipo de Salud: Esta actividad opera de la misma manera para todos los integrantes del proyecto, tanto en el equipo de profesionales como en el equipo de promotores de desarrollo local; y hace referencia a actividades de concertación p.ej. de los criterios para canalizar las familias y/o actividades de análisis de la información que durante el proceso de campo se va obteniendo. Incluye actividades de tipo técnico – operativo y administrativas relacionadas con la elaboración de informes de actividades tanto individuales como colectivos, la realización de ajustes operativos al programa, la construcción del perfil epidemiológico; de igual manera acciones relacionadas con gestión interinstitucional.

INDICADOR: No. y tipo de documento producto de la actividad (el presente documento hace parte de este indicador)

Tiempo utilizado para el desarrollo de estas actividades / Tiempo programado para las mismas.

Acompañamiento técnico a Promotores de Desarrollo local: Hace referencia a la labor de orientación a los promotores de desarrollo local, para la documentación de las problemáticas identificadas por ellos, la justificación de los proyectos planteados, de tal manera que se tenga un claro referente de salud colectiva en cada una de las propuestas, particularmente en el área de seguridad alimentaria y nutrición. Este acompañamiento debe ser permanente dado que se realiza para cada comuna intervenida en el proyecto con los líderes que la representan. Incluye acciones de acompañamiento a los líderes, en los casos necesarios para la abogacía y negociación de los proyectos con entes decisores.

INDICADOR: No. y tipo Actividades realizadas con PDL/ No. y tipo de Actividades Programadas.

Tiempo empleado para acompañamiento técnico / Tiempo programado

No. y tipo de proyectos que involucran el componente nutricional

Inclusión del componente de Nutrición y seguridad alimentaria en el Informe de gestión presentado por los Promotores de Desarrollo Local.

14.4.4. Plan de actividades de Odontología e Higienista Oral

Valoración y consulta Odontológica individual: Actividad conducente al diagnóstico en Salud oral para cada individuo; incluye la valoración física, el registro en el odontograma y la elaboración del plan de tratamiento; igualmente incluye la orientación educativa pertinente de acuerdo a cada caso. La actividad se realiza durante las visitas de campo, y es responsabilidad del Odontólogo.

INDICADOR: Personas valoradas y diagnosticadas / personas programadas Según edad.

Tiempo utilizado para la actividad / Tiempo programado para la misma

Valoración y control de placa: Se realiza mediante la valoración física oral y la observación del cepillado, con el fin de brindar la orientación necesaria higiénico – sanitaria, relacionada con la adecuada técnica del cepillado y otras alternativas disponibles en el núcleo familiar que deban ser adoptados como hábitos para el mejoramiento de la higiene oral. La actividad está bajo la responsabilidad de la higienista oral y se realiza durante las visitas domiciliarias.

INDICADOR: No. de personas con Diagnóstico y orientación / No. de personas programadas, por edad.

Tiempo empleado / Tiempo programado para la actividad

Personas que modifican su nivel de placa / personas atendidas y educadas*.

* Se obtiene en los controles y en las visitas de seguimiento.

Detartraje: Actividad consistente en la eliminación del cálculo dental mediante la instrumentación oral. Se puede realizar por cuadrantes y es de responsabilidad tanto del Odontólogo, como de la higienista Ora. La actividad busca recuperar el estado normal de los dientes y las encías, por lo cual

implica igualmente una orientación educativa. Se realiza durante la visita domiciliaria y/o en la institución de salud de acuerdo a la comuna visitada.

INDICADOR: Detartrajes realizados / detartrajes programados (Para odontólogo e higienista)/ edad

Tiempo empleado / tiempo Programado según profesional

No. Personas que mantienen adecuada higiene una vez realizados los detartrajes /

No. Personas atendidas en detartraje y con orientación educativa*.

*Se obtiene en los controles y en las visitas de seguimiento.

Aplicación de Sellantes: Actividad preventiva, realizada únicamente en los dientes sanos; la cual se realiza tanto por el Odontólogo como por la Higienista y puede hacerse durante las visitas domiciliarias y/o en las Instituciones de salud en las cuales se prestará asistencia odontológica.

INDICADOR: Personas con dientes sanos atendidas / Total de personas con dientes sanos

Tiempo empleado para la actividad / tiempo programado para la actividad.

Profilaxis y Fluorización: Actividad preventiva de limpieza e higiene oral, la cual es realizada por la higienista oral, durante las visitas domiciliarias y/o en las instituciones en las cuales se prestará servicio asistencial de salud oral. Incluye igualmente el reforzamiento educativo para la adecuada técnica del cepillado.

INDICADOR: Personas atendidas y educadas / personas programadas.

Tiempo empleado para la actividad / tiempo programado para la misma.

Índice de higiene oral obtenido en las visitas de seguimiento y control.

Actividades asistenciales Institucionales: Incluye todos los procedimientos odontológicos como exodoncias, amalgamas, endodoncias, entre otros; los cuales deben desarrollarse en la Institución de salud que corresponda según la comuna donde se estén desarrollando las visitas de campo.

INDICADOR: No. y tipo de Procedimientos realizados / procedimientos programados.

Tiempo empleado para actividades asistenciales / tiempo programado.

Actividades educativas con grupos especiales: Se refiere a las actividades de orientación y educación que brinda la higienista oral, sobre una temática particular de acuerdo a las necesidades detectadas durante las visitas familiares; se realiza como actividad de grupo convocando a personas con características similares ó que comparten una condición particular, p. Ej. Mujeres gestantes, lactantes y grupos de escolares; y se centra en educación para el fomento de prácticas adecuadas y de conductas saludables en el componente de salud oral.

INDICADOR: No. y tipo actividades educativas realizadas / No. y tipo de actividades educativas programadas

No. y tipo de personas que acuden a la actividad / No. y tipo de personas convocadas

Tiempo utilizado para las actividades educativas / Tiempo programado para ellas

Actividades grupales con el equipo de Salud: Esta actividad opera de la misma manera para todos los integrantes del proyecto, tanto en el equipo de profesionales como en el equipo de promotores de desarrollo local; y hace referencia a actividades de concertación p.ej. de los criterios para canalizar las familias y/o actividades de análisis de la información que durante el proceso de campo se va obteniendo. Incluye actividades de tipo técnico – operativo y administrativas relacionadas con la elaboración de informes de actividades tanto individuales como colectivos, la realización de ajustes operativos al programa, la construcción del perfil epidemiológico; de igual manera acciones relacionadas con gestión interinstitucional.

INDICADOR: No. y tipo de documento producto de la actividad (el presente documento hace parte de este indicador)

Tiempo utilizado para el desarrollo de estas actividades / Tiempo programado para las mismas.

Acompañamiento técnico a Promotores de Desarrollo local: Hace referencia a la labor de orientación a los promotores de desarrollo local, para la documentación de las problemáticas identificadas por ellos, la justificación de los proyectos planteados, de tal manera que se tenga un claro referente de salud colectiva en cada una de las propuestas, particularmente en el área de salud e higiene oral. Está bajo la responsabilidad del Odontólogo y se realiza para cada comuna intervenida en el proyecto con los líderes que la representan. Incluye acciones de acompañamiento a los líderes, en los casos

necesarios para la abogacía y negociación de los proyectos con entes decisores.

INDICADOR: No. y tipo Actividades realizadas con PDL/ No. y tipo de Actividades Programadas.

Tiempo empleado para acompañamiento técnico / Tiempo programado

No. y tipo de proyectos que involucran el componente de salud oral

Inclusión del componente de salud oral en el informe final de Gestión presentado por los Promotores de Desarrollo Local.

NOTA: En todos los casos los indicadores deberán discriminar la cobertura para población desplazada y para población receptora, así como los grupos de edad requeridos por la OIM, los cuales son de 0 a 5 años, de 6 a 18 y mayores de 19 años; igualmente es importante discriminar la cobertura por sexo en estos grupos de edad.

14.4.5. Definición Operacional de Actividades de Promotores de Desarrollo Local y definición de soportes para cada actividad.

ACTIVIDAD	DEFINICION OPERACIONAL	SOPORTES
Censo de Familias a cubrir y aplicación de encuesta de información básica familiar.	Identificación de las familias a partir de información suministrada por representantes de la población desplazada, la personería municipal, la Red de Solidaridad y otras fuentes. Teniendo en cuenta los criterios de selección definidos en la estrategia metodológica. Visita y aplicación de la encuesta.	Listados obtenidos en las posibles fuentes. Formatos de información básica familiar diligenciados en su totalidad (50 familias). Informe de la actividad.
Diligenciar el formato de inducción a la demanda	Actividad realizada durante el acercamiento a las familias; consiste en orientar a la población hacia los servicios de salud de Promoción y prevención, ofertados por la E.S.E Carmen Emilia Ospina, en los diferentes Centros de Salud.	Planillas de demanda inducida diligenciadas, según la pertinencia. Informe cuantitativo por sexo y edad de personas inducidas a programas de P y P.
Canalización de familias y programación semanal de visitas	Actividad que debe realizarse en la comuna en la cual se adelantan las visitas por parte del equipo de profesionales, la cual busca garantizar la ubicación de todos los miembros de la familia en el momento de la visita.	Listado de familias a ser visitadas semanalmente, teniendo en cuenta el No. de miembros. Ruta y/o direcciones que debe seguir el grupo profesional para visitar las familias programadas diariamente.
Visitas de seguimiento a las familias atendidas (a	Actividad centrada en la verificación de cambios de actitud en las familias para mantener su salud. Incluye la aplicación de	Guías de seguimiento diligenciadas, y con la firma del representante de la familia.

partir del 2° mes)	guía de seguimiento a compromisos y aspectos relevantes de la vivienda. Se realiza previa coordinación con los profesionales.	Informe cuantitativo y cualitativo de las visitas, incluyendo un breve análisis de los hallazgos.
Organización y/o conformación de los comités de veeduría	A partir de involucrar a la población desplazada y receptora, se conforma la veeduría, la cual garantiza la satisfacción de los usuarios frente al programa y a otros programas dirigidos a esta población. Puede consistir en articularse a la veeduría existente en los barrios en los cuales interviene el programa.	Registro de convocados y participantes de la reunión para tal propósito. Lista de miembros de la veeduría para el proyecto. Breve informe del proceso (cómo se hizo, con quién se coordinó, dificultades y fortalezas)
Diagnóstico situacional comunitario	Información que debe ser la base para la generación de los proyectos; debe en lo posible construirse colectivamente y de manera conjunta con las organizaciones formales de cada barrio que integra la comuna y/o con otros líderes de la población desplazada	Información de necesidades, alternativas de solución y posibles proyectos de interés común. Registro de participantes en las actividades de discusión y concertación.
Actividades grupales con el equipo de Salud	Concertación de aspectos operativos del programa dentro de la estrategia metodológica de campo; trabajo conjunto para el análisis de información que durante el proceso de campo se va obteniendo, incluye la elaboración de informes de actividades de las labores conjuntas realizadas.	Listas de asistencia a las actividades. Acta de acuerdos. Informes de actividades.
Acciones para la consolidación de los COVECOM ¹² en las comunas 6 – 9 y 10	Son acciones como la convocatoria a líderes y promotores de salud, de los barrios en los cuales se adelanta el programa, para que conjuntamente con el personal del centro de salud correspondiente se de inicio a las acciones de la vigilancia epidemiológica comunitaria.	Los soportes para esta actividad, dependerán del tipo de acción que deban desarrollar, de acuerdo a la orientación que el coordinador del programa determine.
Formulación de mínimo un proyecto de desarrollo local **	Comprende todo el proceso para el desarrollo de las diferentes etapas en la aplicación de la metodología de formulación y gestión de un proyecto; incluye la gestión requerida para posicionar el proyecto en esferas de decisión.	Presentación del proyecto elaborado durante el proceso de asesoría técnica. Reporte de actividades de gestión mediante formato guía.
Formulación y gestión de mínimo un proyecto para el corto plazo	La actividad debe dar respuesta a alguna de las necesidades sentidas por la población beneficiaria del programa. Debe implicar acciones de gestión para poner en práctica en el corto plazo, la iniciativa propuesta.	Presentación y desarrollo de la idea. Reporte de gestión, con logros obtenidos.
Organización y gestión de los	Actividad a ejecutarse conjuntamente con los miembros del equipo profesional, con el	Reporte de gestión y logros obtenidos.

¹² LOS COVECOM son los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitarios.

festivales de la salud en cada comuna	fin de hacer un reconocimiento a las familias que mejoran sus prácticas de salud.	Cronograma de festivales por comuna.
Acciones de coordinación***	Se desarrollan tanto con los Comités locales de Planificación como con otras instituciones, apuntando a la coordinación interinstitucional que permita canalizar los aportes hacia la población desplazada de manera sinérgica y organizada.	Informe del tipo de acciones y logros obtenidos. Reporte de tipo de ayudas canalizadas en su gestión.
Acciones de abogacía en los entes decisores para la viabilización de proyectos****	Se desarrollan en los entes decisores como el concejo municipal, los comités de Planificación, y en Organizaciones Públicas y Privadas que aportan recursos para la ejecución de proyectos de desarrollo local.	Informe de acciones y logros obtenidos
Asistencia y Participación en los talleres de asesoría técnica programados para la elaboración de los proyectos.	Incluye la capacitación y asesoramiento técnico por parte de los profesionales vinculados al proyecto, así como por otras entidades que brinden la asesoría.	Reporte de actividades de capacitación, e informe de avances en el proceso de formulación del proyecto.
Sistematización y divulgación de la experiencia	Contribuir en la labor de sistematizar la experiencia y generar una actividad masiva de divulgación de manera coordinada con el equipo de profesionales	El soporte de esta actividad es la ejecución del evento de divulgación y el informe final de sistematización.

14.5. PROCESO DE UNIFICACION DE CRITERIOS Y PREPARACION PARA EL TRABAJO DE CAMPO.

Partimos por reconocer en este programa un proceso innovador desde el punto de vista de la oferta de servicios de salud, particularmente los dirigidos hacia la población en situación de desplazamiento.

Las innovaciones fracasan porque se imponen por autoridad o poder. Existe una natural y hasta explicable resistencia a los cambios. Los cambios constituyen un clima de incertidumbre y amenaza para las personas. Si la innovación no se maneja adecuadamente se corre el riesgo de una “radicalización” de las fuerzas opositoras que pueden hacer fracasar los programas.

Las estrategias que facilitan una transformación a-traumática son la preparación para el cambio y la implantación de un período de transición ó de adecuación.

Las instituciones del sector salud en Colombia tradicionalmente muestran una fuerte tendencia hacia los modelos de baja productividad. La rutina en las funciones del personal de salud ha sepultado la conciencia del cambio. Sin embargo, las presiones de la población y la austeridad en el gasto público están urgiendo nuevos enfoques que maximicen los escasos recursos disponibles.

Es por esto que en la fase de preparación para el cambio se ilustra a todo el personal, sin excepción alguna, en la nueva filosofía, se discuten las ventajas y desventajas de la misma, se escucha y se estimula la participación de todos. La reformulación de los objetivos, metas y procedimientos se hace con la participación activa de todos los miembros del equipo de profesionales, de tal manera que cada persona se sienta protagonista y creadora del nuevo cambio, del nuevo programa.

Como es imposible después de agotada esta fase entrar en una etapa de completo cambio, es necesario vender a todos la importancia de darse un margen prudente de tiempo para hacer los ajustes necesarios al nuevo rumbo. Este período de adecuación no debe ser muy largo, y puede ocurrir incluso, durante el período de tiempo en el que se implementa la totalidad del programa, pues el programa es dinámico y se incrusta en una realidad compleja y cambiante, que le aumenta su carácter no lineal. Se propone no empantanar el proceso tratando de realizar la totalidad de las modificaciones, sino que durante el tiempo de ejecución deben superarse las dificultades y hacerse los esfuerzos necesarios para corregir sobre la marcha los pequeños problemas que pueden surgir.

En esta fase, igualmente, se realiza colectivamente el diseño operativo de los instrumentos a ser utilizados, se procede con la elaboración participativa del plan operativo de actividades, incluyendo las definiciones operacionales de cada actividad y los indicadores para cada una de ellas¹³; además, la elaboración de los pedidos de insumos, materiales y equipos requeridos para la ejecución de cada uno de los componentes.

Para el desarrollo de esta fase se trabaja primero con el equipo de profesionales, luego con el equipo de promotores del desarrollo local y, posteriormente, se desarrollan una serie de actividades conjuntas con los dos equipos que permitan afinar la estrategia metodológica de campo.

Hasta aquí se ha mencionado la importancia de la unificación de criterios al interior del personal responsable de la ejecución del programa. Es igualmente importante la sensibilización al otro personal de la propia institución no vinculado de manera directa con el programa, así como a los representantes de las instituciones de mayor nivel de complejidad con las cuales se mantiene relación; sin embargo, esta sensibilización conceptual no es suficiente y debe abordarse en igual sentido a la comunidad en la cual se implementa el programa.

La comunidad también está comprometida con la solución de sus propios problemas y con la búsqueda de mejores condiciones de vida, siendo esto potenciado por la labor de los promotores de desarrollo local. En este sentido, tanto el equipo de salud como el equipo de promotores de desarrollo local facilitan el proceso de creación de conciencia para que el individuo y la familia

¹³ Las funciones e indicadores presentados en este mismo documento, se formularon mediante la estrategia de trabajo reflexivo en equipo, integrando las diferentes miradas de los profesionales y promotores.

procuren su propia salud física, mental y social, y no sólo eviten los riesgos de enfermar y/o morir.

En el desarrollo de un programa de esta naturaleza se debe tener en cuenta que en la mayoría de los desequilibrios del proceso de salud – enfermedad se reconocen factores atribuibles al comportamiento de las personas y a las condiciones del medio ambiente en el cual viven y se desenvuelven. Por ésta razón, el énfasis en la provisión de los servicios se hace a nivel de la vivienda y el lugar de convivencia y trabajo: en esto se basa la salud familiar y comunitaria, ya que se trata de establecer retenes domiciliarios que hagan de la asistencia en salud una alternativa y no la norma, apoyándose en los Centros de Trabajo Comunitario.

Nótese que la estrategia propuesta pretende reemplazar la costumbre inveterada de construir centros y puestos de salud, que en realidad son centros de enfermedad, por la construcción de “polos de desarrollo comunitario”.

Surge en esta parte de la descripción metodológica un elemento, que si bien no ha sido totalmente desarrollado, en el programa de Salud Familiar es fundamental para el éxito de un programa de esta naturaleza. Se trata de la “Coordinación Intersectorial”, la cual es planteada como una de las cinco estrategias de la Promoción de la Salud; por cuanto la coordinación intersectorial es básica en cualquier trabajo de Salud Pública. El éxito de los programas depende de la cooperación intra e intersectorial. Las relaciones intersectoriales nacidas por vínculos de amistad ó relaciones interpersonales deberán legitimarse, a fin de que constituyan una voluntad política y no simplemente un acuerdo ó convenio temporal.

Dado que el programa se desarrolló pensando en la población en situación de desplazamiento, las acciones de coordinación intersectorial estuvieron dirigidas hacia las instituciones responsables de atender la problemática, tales como la Red de Solidaridad Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, La Cruz Roja, así como ONG’s dedicadas al trabajo con este tipo de población. Sin embargo, es claro que sectores como Saneamiento Básico, las Secretarías de Educación, los medios de comunicación, las UMATAS, entre otros, deben ser aliados fundamentales para el desarrollo y éxito de un programa de esta naturaleza.

15. DESARROLLO DEL PROGRAMA EN EL TRABAJO DE CAMPO

Para el diseño de la estrategia metodológica de campo es útil revisar los recursos disponibles, pues de esta manera se pueden planificar, uno a uno, los servicios que llevarán a cada una de las familias.

En este sentido, conviene realizar el ajuste de los instrumentos que utilizarán, de modo que permitan la recolección oportuna y suficiente de la información que interesa mirar como indicador del estado de salud de las familias, procurando la integración de la mayor cantidad de variables trazadoras posibles.

Los instrumentos que fueron adaptados para este programa, corresponden a los diseñados e implementados desde el nivel nacional, departamental ó municipal en los programas institucionalizados como el del Niño Sano y los de protección específica para jóvenes y adultos.

15.1. ABORDAJE INICIAL A LA COMUNIDAD POR PARTE DEL EQUIPO DE PROMOTORES DE DESARROLLO LOCAL

La estrategia metodológica de campo incluye un primer acercamiento a las familias con las cuales se desarrolla el programa, y que para este caso se refiere a la penetración inicial a los núcleos familiares de la población en situación de desplazamiento, localizada en un ámbito territorial particular como es el de las comunas.

En este primer acercamiento lo que se realiza es una sensibilización inicial al nuevo concepto de salud familiar y la recolección de las variables básicas relacionadas con la salud familiar y comunitaria. Esta labor es adelantada por el equipo de Promotores de Desarrollo Local que, en su calidad de líderes, pueden acceder con mayor facilidad a las familias y a su información.

El instrumento que aplica el Promotor de Desarrollo Local permite levantar la información básica para el diagnóstico social y comunitario y permite al equipo de salud conocer de antemano las características y tipos de familias que tendrá bajo su responsabilidad.

Esta es una fase de suma importancia, puesto que permite lanzar unas primeras hipótesis frente a los posibles requerimientos en cuanto a servicios, así como realizar aproximaciones al tipo de riesgos y factores de riesgo a los cuales se encuentran sometidas tales familias; en este sentido, es la posibilidad de tener un acercamiento indirecto con la comunidad sujeto del programa.

De igual manera, esta fase permite, tanto a los promotores de desarrollo como a la propia comunidad, establecer un ejercicio reflexivo en torno a las condiciones del medio en el que habitan, sus principales deficiencias. De igual manera facilita interactuar en lo que la comunidad reflexiona permanentemente y que plantea como alternativas de solución.

Es importante resaltar que las comunidades siempre hacen y rehacen ejercicios reflexivos con respecto a sus problemáticas y las maneras de resolverlas; sin embargo, es menos probable que las comunidades busquen organizarse ó logren un interlocutor tomador de decisiones que de vía libre a la implementación de tales alternativas. Esto, necesariamente, implica la polarización de iniciativas comunitarias, las cuales llegan de manera aislada a las instancias de decisión, las cuales se ocupan, en la mayor parte de los casos, de resolver los asuntos técnicos y operativos, antes que los de fondo frente a las perspectivas comunitarias.

Desde esta perspectiva es una oportunidad de desarrollo social y comunitario la apertura de un programa de salud familiar que se integra a las dinámicas

comunitarias y que logra ayudar a las comunidades en la argumentación y sustentación de las propuestas de solución.

Una vez adelantado el proceso de acercamiento inicial a las familias con una exploración básica de caracterización, se adelanta la concertación del día y hora más convenientes para la visita por parte del equipo de salud a cada familia, siendo esta la segunda fase del programa.

15.2. VISITAS AL LUGAR DE HABITACIÓN POR PARTE DEL EQUIPO DE PROFESIONALES EN SALUD.

A partir de los insumos entregados durante el primer encuentro con las familias y la programación y concertación del horario y día de las visitas, estas se programan semanalmente, de tal manera que se da oportunidad a cada una de las familias para esperar al equipo de profesionales.

Durante esta visita se logra la identificación de los factores que comprometen el estado de bienestar y de salud de cada uno de los miembros de la familia, logrando un diálogo reflexivo conjunto entre profesionales y familia, el cual finaliza con la elaboración de un plan sencillo de compromisos con el que la familia se esfuerza por mejorar sus condiciones de vida y de salud.

Se realiza una valoración a cada miembro de la familia por parte de cada uno de los profesionales, de tal manera que se logre levantar la información que permita la interpretación integral de la situación de salud, tanto para cada miembro como para la totalidad de la familia.

En esta oportunidad se establece el grado de funcionalidad de la familia a partir de la valoración mediante el APGAR FAMILIAR, escala con la cual se determina el perfil de familia, comprendiendo al mismo tiempo el momento por el cual transita esta unidad básica social.

En la visita se dispone del tiempo suficiente para una buena interacción entre la familia y el Equipo de Salud, hasta alcanzar, de manera conjunta, hacer conciencia de su propia estructura familiar, sus condicionantes de riesgo para la salud otorgados por los antecedentes familiares, los mecanismos colectivos de defensa desarrollados, las maneras de convivencia y posibles conflictos. En otras palabras, es una oportunidad valiosa de sensibilización frente a lo que se puede hacer para mejorar la salud colectiva al interior de la familia y en su comunidad.

Es en este sentido que se plantea como teoría del programa el hecho de que la familia se convierte en sujeto activo para la promoción y el fomento de la salud y no en un mero receptor de la oferta institucional de servicios en salud.

En un Programa de Salud Familiar en el que se disponga de la totalidad de profesionales propuestos como equipo podrá valorarse en todas las dimensiones a los miembros de la familia. Sin embargo, en programas como el nuestro, cuyo componente psico-social estaba atendido por otra unidad

programática, se requiere la definición de algunos criterios para referir a las familias a alguno de sus miembros al equipo profesional correspondiente, y al mismo tiempo, tener previamente establecido un acuerdo para el flujo de personas y/o familias, de modo que no se perdiera la oportunidad de atender los requerimientos de cada familia. Esta acción se pudo realizar mediante el establecimiento de un acuerdo interinstitucional entre cuatro programas financiados por la OIM en el municipio de Neiva, ejecutados por diferentes operadores, proceso que se presenta más adelante.

15.3. ELABORACION DE PLANES DE COMPROMISO

El equipo de Salud Familiar tiene como misión no solamente precisar con las familias los factores de riesgo para su situación de salud y los factores protectores, sino también, dar orientaciones a la familia y a cada uno de sus miembros, a fin de comprender su situación y encontrar con la participación activa de ellos alternativas para mejorar su condición de salud y su calidad de vida.

Es por esto que de manera conjunta se elabora un plan de compromisos que voluntariamente es suscrito por las familias con la orientación de cada uno de los profesionales que integran el equipo de Salud Familiar, siendo esta la oportunidad para inducir la demanda hacia los programas institucionalizados de Promoción y Prevención ofrecidos por la Institución de Salud – ESE Carmen Emilia Ospina.

A continuación se mencionan los principales aspectos verificados y sobre los cuales se establece, mediante la concertación, el plan de compromisos en las familias visitadas:

15.3.1. Aseo de la vivienda

Incluye aspectos tales como el orden en la disposición de las cosas al interior de la casa, el aseo de espacios utilizados para dormir, cocinar, comer; aspectos relacionados con los animales domésticos gatos, perros, conejos, etc., mantenimiento adecuado en el tanque de almacenamiento del agua ó los recipientes utilizados para este fin, y finalmente, la disposición adecuada de desechos y basuras, así como de excretas.

Este es uno de los aspectos más importantes abordado durante el programa, pues no se puede olvidar que la mayor parte de las viviendas se ubican en sectores marginales y periféricos de la ciudad, sectores en los cuales no siempre se dispone de servicios básicos, como el acueducto y el alcantarillado. Por esta razón debe reforzarse e insistirse en mecanismos alternativos para la provisión y mantenimiento de agua para el consumo, disposición de residuos y excretas, a fin de disminuir el riesgo de contaminación colectivo.

Dado que el espacio interno de las viviendas, en la mayoría de los casos, no permite la disposición separada de habitación, cocina y comedor, resulta de

suma utilidad enfatizar en el orden y limpieza del interior, de tal manera que se disminuya el riesgo, particularmente, en la contaminación de los alimentos.

Se brinda la información pertinente frente a los riesgos para la salud y los efectos en su calidad de vida, derivada de la inadecuada disposición de basuras y desechos, y, mediante una reflexión conjunta, se establecen acuerdos para la eliminación de basuras domésticas, acercándolas hacia los sitios por los cuales transita el servicio de recolección del municipio.

Finalmente, dado que es habitual encontrar en estas viviendas animales, como gatos, perros, conejos y gallinas, los cuales pueden llegar a compartir el espacio interior de la vivienda, se brinda la orientación necesaria para su correcto manejo, sin lesionar los vínculos afectivos que puedan existir con dichos animales.

15.3.2. Aseo personal

En este aspecto, se enfatiza particularmente en el cuidado hacia la población infantil, induciendo al uso del calzado, el porte de ropa limpia, el mantenimiento de las uñas cortas y limpias, el cabello limpio y peinado, el baño corporal según las posibilidades para la disposición del agua. En este caso, siempre que exista la posibilidad de acceder al agua se enfatiza el baño diario. Sin embargo, dado que el programa no puede brindar orientaciones que no se encuentren al alcance de las familias, pues se trata de compromisos contraídos voluntariamente por las familias y susceptibles de ser cumplidos, se establece entonces con la familia, el compromiso de asear las zonas corporales prioritarias y, por lo menos dos ó tres veces por semana, buscar las opciones para realizar un baño corporal completo.

Este es, igualmente, un asunto muy importante para la promoción de la salud, puesto que tiene que ver con aspectos del auto – cuidado y auto – concepto, de tal manera que se fomentan percepciones positivas.

15.3.3. Protección específica

En este caso se tienen en cuenta las actividades propuestas por el Ministerio de Salud frente a cada grupo de edad y sexo. Así se brindan orientaciones precisas en actividades de rutina, como el auto - examen de seno para el caso de las mujeres que pasan los 15 años, el control citológico anual en este mismo grupo. Este momento de contacto se aprovecha, además, para realizar la revisión de resultados de exámenes previos, verificando la necesidad de una citología inmediata ó posterior, de tal manera que se sensibiliza a la mujer para que asuma este control de manera periódica.

En los hombres mayores de 40 años se hace énfasis en el control preventivo de próstata; se induce la demanda de servicios hacia los programas de riesgo cardiovascular, control prenatal, planificación familiar, vacunación y crecimiento y desarrollo, según sea pertinente. Se verifican citas pendientes con especialistas ó exámenes para-clínicos ordenados previamente, pudiendo dar la orientación particular al respecto, tanto para que se practiquen los exámenes

que aún sean pertinentes como frente a la interpretación de resultados que se encuentren disponibles y para los cuales no se haya adelantado el respectivo control. Al mismo tiempo, se acuerda la posibilidad de ser visitados por el equipo de atención psico-social, según se amerite.

Finalmente se brinda la orientación necesaria en temas, como la prevención del consumo de sustancias psico-activas y de alcohol y se brindan orientaciones específicas frente a modificaciones particulares en el patrón de alimentación y la rutina de ejercicios físicos.

15.3.4. Aspectos nutricionales

Las orientaciones y recomendaciones que surgen a este nivel van desde el adecuado almacenamiento de los alimentos disponibles, hasta las alternativas para su combinación y diversificación en el menú, las cuales se brindan a la persona encargada de la consecución y preparación de los alimentos. Cabe anotar, que esta orientación, al igual que en la totalidad de aspectos, se valora la estrategia dialógica, de tal manera que se recupere el saber propio de la familia y simplemente se complementa con el saber profesional.

Al mismo tiempo, se establecen recomendaciones particulares según el patrón de alimentación requerido por uno ó más miembros de la familia, como la disminución en el consumo de sal, fritos, grasas, carbohidratos, etc.; estas recomendaciones, se realizan con la participación de todos, pues la modificación necesaria de un patrón de alimentos, requiere la voluntad y apoyo del núcleo familiar.

Se enfatiza, en la necesidad de hervir el agua para el consumo y mantenerla tapada, al igual que los alimentos preparados; se brinda la orientación necesaria frente a la distribución de los alimentos de acuerdo a la etapa de crecimiento en que se encuentran los miembros de la familia.

Finalmente, este momento es aprovechado para realizar la detección de las personas que requieren la inclusión en programas de complementación alimentaria y nutricional, de tal manera que puedan ponerse en contacto con Instituciones responsables de este aspecto como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

15.3.5. Aspectos de salud oral

Los principales aspectos en los cuales se enfatiza, se relacionan con las condiciones de higiene oral y técnicas de cepillado, para lo cual se adelanta una actividad educativa en la que participa todo el núcleo familiar y no solamente la población infantil, como es tradicional.

Se tienen en cuenta las posibilidades de acceder a instrumentos alternativos para la correcta higiene oral, de tal manera que se recuperan prácticas tradicionales, como el uso de la fibra para reemplazar la seda dental, el uso de la sal y el bicarbonato, para reemplazar la pasta dental, entre otros.

Se establecen acuerdos con respecto, al uso de chupos y biberones para los menores, el consumo de dulces y chicles, etc., así como la necesidad de practicar la higiene oral mínimo tres veces al día.

En este aspecto, se fijan las citas para el control odontológico a nivel institucional, estableciéndose por parte de la familia, el compromiso de cumplir cabalmente con las citas acordadas y necesarias.

15.3.6. Aspectos de rutina diaria

En este caso, se valoran actividades, que se practiquen en familia, como el hecho de compartir armónicamente las horas de las comidas, actividades de ejercicio físico en familia, tales como caminatas, el incentivo familiar hacia los niños para que asistan a la escuela, así como a los padres y adultos para llevar a cabo su actividad laboral.

Este es uno de los aspectos de mayor trascendencia frente a la posibilidad de resiliencia por parte de las familias que están afectadas por el desplazamiento, pues es la oportunidad para reconstruir lazos perdidos con anterioridad, ó recuperar prácticas que normalmente se tenían.

Se enfatizan aspectos como el ejercicio físico, separados de las actividades laborales de rutina, haciendo especial claridad en que no todas las actividades físicas, pueden interpretarse como el ejercicio físico recomendado para la prevención del riesgo cardiovascular.

Esta es una actividad que se enfatiza, particularmente en las familias en las cuales se encuentra alguno de sus miembros con factores de riesgo cardiovascular.

15.3.7. Aspectos Espirituales

Si bien, no es el principal énfasis del programa, se parte por reconocer las fortalezas que en materia espiritual tienen las familias; y se enfatiza en este aspecto, porque es un vínculo positivo, con respecto a su entorno, de tal manera que se ayuda a las familias a mantener Fe, en la posibilidad de vivir mejor.

No se trata de promover la filiación hacia una determinada religión, pues se parte del principio del respeto frente a las creencias y religiones; sin embargo, en las familias, en las cuales aparece con fuerza el aspecto espiritual, se consigna en el plan de compromisos, con lo cual se fortalece la adherencia y cumplimiento de otros aspectos contemplados en el mismo plan.

15.4. VISITAS DE SEGUIMIENTO DOMICILIARIAS

A partir de este momento, se llevan a cabo una serie de visitas de seguimiento, que pueden tener intervalos de tiempo entre veinte días y un mes, de tal manera, que no se permite a la familia desligarse de su plan de compromisos;

en estas visitas se diligencia un formato de seguimiento a manera de plantilla, de tal manera que logra tenerse un registro permanente.

Las visitas son adelantadas por los promotores de desarrollo local vinculados al programa, y se llevan a cabo con dos propósitos fundamentales:

En primer lugar, la verificación en el cumplimiento de los planes de compromisos; esta verificación se realiza mediante la técnica de observación tanto a la vivienda como a los miembros de la familia. De igual manera mediante comunicación con uno ó más miembros de la familia, se indaga frente a la asistencia a controles previstos.

En segundo lugar, durante su interacción, se continúa el proceso de maduración de las ideas que han surgido como alternativas para la resolución de problemáticas comunitarias, de tal manera que se inicia la construcción de perfiles de proyectos.

Esta fase del programa es de suma trascendencia, puesto que se mantiene un vínculo entre la comunidad y el equipo de salud, a través de los promotores de desarrollo local, los cuales adelantan acciones de refuerzo frente a los compromisos aún no asumidos por las familias.

15.5. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO INSTITUCIONAL

Si bien el programa es esencialmente extra-mural, tal como se mencionó en la descripción de las funciones, se deben desarrollar una serie de actividades en el centro de salud y los centros de trabajo comunitarios.

Esta es una oportunidad de contacto individualizado con las personas que requieren algún tipo particular de servicios, de tal manera que se logra una oportunidad adicional que complementa el seguimiento domiciliario, verificando igualmente el trabajo adelantado por los Promotores de Desarrollo Local.

15.6. FESTIVALES DE LA SALUD

Como se mencionó en la definición de las estrategias, se considera fundamental, puesto que se pretende innovar en la conceptualización de la salud, y en la manera de fomentar la salud desde una perspectiva familiar.

Los festivales, son esencialmente una oportunidad otorgada a las familias participantes en el programa, para compartir y construir nuevos lazos de amistad, con familias que comparten su misma condición. En estos festivales, se otorgan obsequios a manera de estímulo a todas aquellas familias que han logrado cumplir los compromisos contraídos y realizar cambios paulatinos en su vida diaria, tendientes a fomentar un óptimo estado de bienestar y salud para sus miembros.

Los obsequios que se entregan pueden incluir alimentos, elementos odontológicos, implementos para el hogar y el aseo, materiales escolares etc. Todos estos artículos se obtienen mediante cooperación interinstitucional y

donaciones de la empresa privada, la industria y el comercio. De este modo el programa de Salud Familiar fomenta y permite la integración y solidaridad de los diferentes actores del desarrollo local.

15.7. FORMULACION Y GESTION DE PROYECTOS

Al igual que los festivales de la Salud, la formulación y gestión de proyectos es otra de las innovaciones estratégicas del programa, que permite a las familias y comunidades comprender la multicausalidad en salud y actuar de una manera holística e integracionista en la resolución de problemáticas determinantes y condicionantes de su situación de salud.

El proceso de formulación de los proyectos, se efectúa simultáneamente con la ejecución de los demás componentes del programa; es una labor central de los promotores de desarrollo local, quienes se encargan de documentar de una manera técnica las problemáticas de la comuna que representan, con el asesoramiento de los miembros del equipo de salud y de otros técnicos, a los cuales debe acudir durante este proceso.

Los proyectos formulados, se construyen de manera participativa, con las familias que integran el programa y/o por lo menos algunos de sus miembros, y responden a problemáticas y necesidades por ellos identificadas, que pueden representar un riesgo para la salud colectiva.

La gestión posterior de estos proyectos, es realizada tanto por el equipo de profesionales como por los promotores de desarrollo local; y con ella se pretende obtener los recursos para la implementación y desarrollo de estos proyectos; debe anotarse que la mayor parte de estos proyectos son para el corto plazo, son de bajo costo y representan valores agregados para las familias involucradas. (Al final del documento, se anexan las fichas que resumen los proyectos formulados, como resultado de este programa).

15.8. VINCULACION A LA DINÁMICA DEL DESARROLLO LOCAL

Este es uno de los ejes de actuación de los promotores de desarrollo local, de tal manera que son ellos el puente de comunicación entre los espacios de decisión política – los espacios de planificación del desarrollo – y las comunidades.

Se busca permear estos espacios con el fin de posicionar el tema del desplazamiento dentro de la agenda del desarrollo local, al tiempo que se logra sensibilizar a tomadores de decisión frente a las problemáticas existentes en las distintas localidades y comunas.

Es uno de los espacios, donde se gestionan los proyectos formulados en el programa, mediante el desarrollo de habilidades para la negociación y la argumentación, de tal manera que el programa termina aportando a una dinámica de empoderamiento comunitario, que es fundamental en la promoción de la salud.

15.9. VINCULACIÓN DE LAS INSTITUCIONES DE EDUCACION SUPERIOR

En una propuesta de esta naturaleza, debe integrarse la producción del conocimiento, como una manera óptima de hacer coincidir el conocimiento científico y técnico con la complejidad de la realidad; de tal manera que la vinculación de las Instituciones de Educación Superior, permite distintos beneficios y a diferentes niveles.

Esta vinculación se adelanta mediante convenios docente – asistenciales con lo cual se permite el paso ó rotación de grupos de estudiantes de diferentes áreas, particularmente de la salud, que enriquecen la experiencia.

15.10. JORNADAS DE TRABAJO GRUPALES

Si bien estas jornadas no involucran a las familias atendidas por el programa, es un ejercicio periódico reflexivo, en el que no solamente se mantiene vivo el cuestionamiento frente a lo que se hace, la manera como se hace y lo que debe implementarse ó mejorarse.

Se constituye en un momento para la retroalimentación, de suma relevancia para el equipo humano, permitiendo igualmente hacer la catarsis necesaria, derivada de la carga emocional que el equipo humano va recibiendo, cuando se expone a condiciones de pobreza y miseria humana, como las que se encuentran durante el desarrollo del trabajo de campo (particularmente cuando se aborda la población afectada por el desplazamiento).

No pocas veces, se requiere un proceso de auto-ayuda y terapéutico para el equipo humano que desarrolla el programa, ante la impotencia que siente por las condiciones adversas en las que se encuentra gran parte de las familias visitadas.

En estas jornadas igualmente se adelanta la revisión conceptual de material novedoso que pueda ser aplicado en este tipo de realidades, con lo cual se cualifica cada vez más al equipo humano vinculado al programa.

Finalmente, estos espacios son utilizados para el análisis e interpretación colectiva de datos y hallazgos encontrados en el trabajo de campo y se convierten en importante espacios de asesoría para el equipo de promotores de desarrollo local.

CUARTA PARTE: SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA

En esta parte del documento, se presenta la manera como se desarrolló la sistematización de la experiencia, las lecciones aprendidas del proceso y las percepciones y significados que el programa ha tenido para quienes estuvieron inmersos en el desarrollo del mismo.

De igual manera, se presentan los aspectos más relevantes de la aplicación metodológica del programa de Salud Familiar de primer nivel con equipo extramural, desarrollado en el municipio de Neiva.

16. DESARROLLO DE LA SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA

La decisión de sistematizar esta experiencia desarrollada en el municipio de Neiva – Huila en Colombia, es tomada desde el mismo momento en que se decide implementar el programa, y obedece fundamentalmente, al convencimiento de que esta es una estrategia aplicable en las condiciones del sistema de salud vigente en Colombia.

La sistematización, en este caso, se entiende como un proceso continuo de reflexión participativa acerca del proceso y resultados del Programa de Salud Familiar, dirigido a la población en situación de desplazamiento en este municipio; y es por lo tanto producto de una interacción permanente entre los ejecutores del programa y los beneficiarios del mismo.

La sistematización, se realiza con el propósito de generar lecciones, tanto para las comunidades, como para los tomadores de decisiones y los administradores de los servicios de salud del primer nivel, que hagan posible una nueva manera de ofertar estos servicios, garantizando el acceso oportuno a las familias colombianas.

16.1. ¿QUÉ SISTEMATIZAR?

Este fue el primer interrogante, luego de tomar la decisión de sistematizar la experiencia, y es que es un programa, que puede tener múltiples aspectos a ser sistematizados.

Se trata de un programa innovador, no solamente en la forma de prestar la atención a la población en situación de desplazamiento y vulnerable, sino también en los actores que en él intervienen. Al incluir, en su estructura, el componente de Promoción del desarrollo local, se coloca el énfasis en una acción de movilización social en torno al mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades y da paso a la generación de alianzas estratégicas.

Para el desarrollo de la sistematización de esta “experiencia” se definieron diferentes momentos para la misma; el primero se da en la construcción colectiva del programa mismo y su estrategia metodológica de campo; el segundo momento, hace referencia a los intercambios entre los actores durante la implementación del Programa, priorizando como ejes para la sistematización, la labor de los promotores de desarrollo local, las condiciones de empoderamiento comunitario, el programa como estrategia para la promoción de la salud y la construcción de alianzas y micro-alianzas; concluyendo con un análisis, síntesis e interpretación de los hechos.

El concepto de “experiencia” (Francke, 1995) se refiere a que la intervención intencionada, en sí misma, genera un tipo de conocimiento en quien la desarrolla y la vive, que puede hacerse equivalente al sentido común; y por tanto la sistematización sería el proceso que permita transformar la “experiencia” en conocimiento ordenado, fundamentado, transmisible a otros; para lo cual es necesario trabajar con un método.

Es el método, así como los resultados desde el punto de vista de las percepciones y significados, lo que se intenta plasmar en este documento.

16.2. PRIMER MOMENTO: DISEÑO DE LA PROPUESTA DE SISTEMATIZACION

Este momento incluye la apropiación de herramientas básicas, así como la unificación de criterios metodológicos por parte del equipo de sistematización. En nuestro caso, el equipo humano integrado al programa, siempre ha tenido presente su responsabilidad de contribuir con la sistematización.

Inicialmente se adelantaron ejercicios reflexivos, al interior de cada uno de los equipos, de manera separada, para facilitar la profundización en algunos aspectos, expectativas y vivencias propias. Sin embargo, se mantuvo la articulación en función de los objetivos y filosofía del programa, la cual se concretó en espacios colectivos donde se compartieron reflexiones entre los grupos de manera conjunta con la coordinadora, de tal manera que se mantuviera la comunicación, se compartieran las diferentes visiones sobre la experiencia y se generaran aprendizajes colectivos.

Hubo discusiones, centradas en el ejercicio mismo del programa, la manera como debía desarrollarse y los requerimientos y condicionantes para garantizar su ejecución; igualmente se hicieron discusiones conceptuales profundas, que exigieron la revisión de materiales importantes como la publicación de la OPS, relacionada con la construcción de “viviendas saludables”.

La decisión final fue centrar la sistematización hacia la reconstrucción de la propuesta metodológica, para contribuir a la construcción de comunidades saludables, a partir del abordaje básico a la unidad familiar y en este contexto argumentar el papel a ejercer por parte de los denominados promotores de desarrollo local; de igual manera, se trata con la sistematización, de recuperar

las percepciones y valoraciones, que la comunidad atendida con el programa, tiene respecto del mismo.

16.3. SEGUNDO MOMENTO: PRECISIONES SOBRE EL DISEÑO METODOLOGICO Y DEFINICION DE EJES DE SISTEMATIZACION.

Se acude a lo que se denomina la recuperación del proceso vivido, en donde se interactúa con los actores y protagonistas del programa, en un intento por recuperar los significados que cada etapa del programa tuvo, logrando de esta manera, procesar un primer análisis.

La información para la sistematización se organizó a partir de la construcción de la historia del Programa, como ejercicio de producción de textos. Éste recogió la visión de los actores sobre el programa, a partir de reconstruir la lógica del proceso vivido, las diferentes etapas y fases del programa, los hechos y situaciones relevantes, elementos del contexto y cambios logrados. Se utilizaron técnicas como talleres, entrevistas grupales y discusiones sobre tópicos definidos y particularmente frente a la conceptualización y significados.

Este ejercicio se realizó de manera alternada con el proceso mismo de desarrollo del programa, y podía darse a partir de encuentros casuales, ó reuniones formales programadas y generalmente orientadas por la coordinadora del Programa. En estos encuentros se permitió a los actores participantes expresar su propia versión de lo vivido, identificar hitos sobre los relatos e integrar elementos claves del programa a través del aprendizaje colectivo, la negociación de sentidos y la producción de interpretaciones, en un proceso de reflexión permanente. Se logró un crecimiento gradual de la historia, se estimuló la producción, se plantearon contradicciones y conflictos y, finalmente, se validó y se convirtió en un texto que puede ser utilizado para nuevos análisis e interpretación de la experiencia.

La sistematización de la experiencia giró en torno a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son las concepciones sobre salud, promoción de la salud, su relación con el desarrollo y generación de alianzas en salud?
- ¿Qué significa para ustedes el programa y su participación en él?
- ¿Cuáles fases reconocen ustedes en el programa?
- ¿Cuáles creen ustedes que son los factores de éxito del programa?
- ¿Cuáles son los principales factores que obstaculizan el desarrollo de este programa?
- ¿El programa puede contribuir a la solución de problemas que afectan a las comunidades visitadas? ¿De qué manera?
- ¿Cómo percibieron el rol asumido por los dos equipos humanos vinculados al programa?
- ¿Qué tipo de relación se construyó y qué significó esta relación?
- ¿Cuáles son algunos aprendizajes derivados de este programa?
- ¿Qué conflictos se generaron y cómo fueron manejados?
- ¿Qué cambios importantes ha podido generar el programa en la comunidad atendida?
- ¿Cómo ven ustedes el futuro del programa?

Estas preguntas fueron trabajadas en diferentes encuentros y talleres, de manera formal ó no, de tal manera que se podían propiciar diálogos que se iban incorporando en la medida que la conversación lo ameritaba, y fueron ayuda metodológica para no dejar perder a los y las participantes en la cantidad de ideas, recuerdos, sueños, hechos, problemas y situaciones que hicieron parte de su experiencia.

Con el producto de estos relatos que aparecieron en diferentes momentos durante la ejecución del programa, se construyó un texto que contiene la información básica y describe detalles de la experiencia, el cual fue organizado en torno a los dos ejes definidos para la sistematización.

El relato fue creciendo en la medida que se agregó información nueva producto de los textos que se generaron, de las negociaciones sobre las contradicciones ó imprecisiones que aparecían, las observaciones realizadas o los textos producidos en los informes mensuales. Toda esta información constituye la historia del programa, la cual fue validada por la comunidad, en entrevistas grupales efectuadas en la fase final de ejecución del programa.

Como parte de esta fase, se tenía previsto contar en la sistematización con las percepciones y alusiones tanto de la OIM, como del cuerpo directivo de la Institución ejecutora, sin embargo, esto no pudo ser incluido en este documento. De igual manera, se tenía previsto documentar la percepción de quienes actuaron desde la Universidad Sur-Colombiana, particularmente desde la Facultad de Salud; sin embargo, esta información se obtuvo de manera parcial, debido a factores coyunturales determinados por el cierre temporal del claustro Universitario.

16.4. TERCER MOMENTO: RECUPERACION DEL PROCESO VIVIDO, SINTESIS E INTERPRETACION.

A partir de toda la reconstrucción del proceso, los significados y percepciones, se procede a la interpretación de tal manera que se facilita su comprensión. Es en este momento de la sistematización donde confluyen elementos como la problemática que se pretende abordar, la hipótesis del programa como estrategia viable para la promoción de la salud y la salud pública, los elementos del contexto que facilitan u obstaculizan el desarrollo del programa, las ganancias y aprestamientos logrados con y en el equipo de promotores del desarrollo local y los alcances del propio proceso de sistematización.

Esto implica una serie de ejercicios donde se hace explícito lo vivido en el programa, y donde esto se logra descomponer e integrar nuevamente, formulando preguntas para lograr relacionar la información con el contexto. Es un esfuerzo de síntesis e integración a partir de relaciones posibles, a fin de generar un conocimiento adicional en el marco del programa.

Esta es una parte bastante compleja de la sistematización de la experiencia, pero muy productiva porque es aquí donde se ordenan los aprendizajes, descubrimientos o lecciones que la experiencia y su sistematización han

logrado alcanzar, y que se traducen en recomendaciones para mejorar la intervención.

Es de resaltar que estos momentos no son secuenciales. Por tanto, el análisis e interpretación es un proceso permanente de la sistematización y en cada taller se propicia una dinámica reflexiva. Sin embargo, existen unos espacios del equipo operativo, donde se anticipan algunas reflexiones, que permiten introducir elementos claves.

17. INTERPRETACION Y COMPRESION DEL PROCESO EN EL PROGRAMA.

En este aparte del documento se presenta el análisis del proceso reconstruido a partir de la historia del programa, de los diferentes encuentros con familias vinculadas al programa, los ejecutores del mismo, los registros de actividades relacionadas y los documentos e informes presentados mes a mes.

La interpretación de la experiencia vivida a partir de los relatos – narrativas- de los involucrados, es un proceso de producción de sentidos, que se realiza en forma colectiva y que para su análisis es considerado como discurso con capacidad expresiva y un poder constructivo en el orden social.

En ese orden discursivo se plantean los siguientes elementos:

- Un contexto de enunciación: históricamente construido, culturalmente compartido y subjetivamente interpretado.
- Un sistema de posiciones diferenciales que reflejan el grado de poder implicado en la práctica discursiva.
- Un sistema de representaciones susceptible de “lectura” que permiten aprehenderlo e interpretarlo.

Todo lo anterior evidencia que la producción de sentidos es un trabajo minucioso de interpretación y reinterpretación para dar cuenta de un proceso, rescatando las lógicas presentes en las dinámicas de las relaciones intersubjetivas entre los actores de la experiencia.

18. SINTESIS DE LOS HALLAZGOS A PARTIR DE SU INTERPRETACION

Como se mencionó al inicio de este capítulo, se parte por interpretar las percepciones y sentidos que ha tenido el programa y sus bases conceptuales para los actores involucrados.

18.1. EL ACTOR COMUNITARIO

“La salud no es solamente saber si me enfermo ó no, la salud es todo, es cómo estoy yo, pero también cómo está mi hijo, mi esposo... es poder comer algo bueno, es vivir en paz, es un todo... donde cada uno de nosotros tenemos obligaciones y donde el médico, el líder, la enfermera, la nutricionista, el señor del aseo, en fin, cada uno le

aportamos un granito de arena... y es esto lo que este programa ha venido a hacer con nosotros...” (alusión tomada de entrevista grupal a representantes de las familias visitadas en la comuna 8, durante el proceso de sistematización de la experiencia).

En este texto inicial, proveniente del actor comunitario, se presentan elementos fundamentales de la manera como se percibe y comprende la salud, al tiempo que se reconoce la esencia del programa.

Empieza por reconocerse un compromiso general para garantizar y proteger la salud, al tiempo que se expresan también condiciones sustentadas igualmente por organismos internacionales de Salud.

Tal como se expresa en la carta de Ottawa, “la población no podrá conseguir el máximo de salud posible, si no es capaz de tomar bajo su control todas las cosas que determinan su salud... son condiciones fundamentales y recursos para la salud: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, los ingresos económicos, la justicia social e igualdad”¹⁴ y solo existirá una adecuada salud pública a través de la concreta y efectiva participación de la comunidad.

“Para mí tener salud, es no estar enfermo, pero también es poder trabajar, es tener modos para el aseo, para la comida, para el descanso, para el juego... y en este medio, en que vivimos... no es como allá donde vivíamos antes... aquí hay que pelearse por un grano de arroz, y rebuscarse lo más pa´ conseguir lo menos... para mí la salud la tendré cuando pueda volver allá donde vivíamos” (Testimonio de persona afectada por el desplazamiento, comuna 6)

En este texto, se aprecia cómo uno de los factores que más daño ocasiona a la salud emocional y por ende al estado de salud general, es su propia condición de desplazamiento, que obliga a modificar bruscamente su estilo de vida, de tal manera que el nuevo contexto al que se exponen se constituye en una barrera para el mantenimiento corporal.

Puede enunciarse que la totalidad de las familias entrevistadas, identifican factores ambientales, del entorno y de su comportamiento, como determinantes de su estado de salud, privilegiando factores asociados a la higiene corporal, higiene de los alimentos y del lugar de habitación.

Por otra parte, también asumen una postura crítica frente a los servicios de salud y resaltan barreras de contexto, para acceder a los servicios ofrecidos por el Estado, reconociendo así, en este programa, un esfuerzo institucional que debe continuarse. Otorgan un valor importante a temas como el de los medicamentos y la barrera económica que les impide acudir a las instituciones de salud:

“Con este programa, que ha sido muy importante, uno ya no tiene que mandar otra carta allá al Doctor, para que lo atiendan a uno... claro, que

¹⁴ OMS. “Carta de Ottawa para la promoción de la salud (informe). Revista de Sanidad e Higiene Pública, 1987; 61: 129 – 133

cuando a uno se le ofrece ir al médico, es porque uno tiene una dolencia, una necesidad y allá... son las filas, que la droga no la hay, entonces... ¿para qué le dicen a uno que tiene derecho al servicio, si la mera consulta a uno no lo cura?, si uno necesita también los remedios y no se los dan...y, uno... pues plata de dónde, si trabajo no hay...”(hallazgo retomado del proceso en comuna 10)

“El principal problema que uno ve en salud es que no hay droga, no hay medicamentos ó siempre le manda a uno el médico el mismo acetaminofén... entonces, la mejor opción ahora, es mirar cómo evita uno enfermarse...”(alusión de entrevista grupal en comuna 8)

Con estos hallazgos del proceso de sistematización, se espera sensibilizar a políticos y tomadores de decisión, con el fin de adelantar reorientaciones necesarias en la oferta de servicios permitiendo no solamente la evolución en las maneras como se ofertan los servicios, sino en la adaptación constante para responder mejor a las necesidades siempre cambiantes de las comunidades para las cuales se generan tales servicios.

Es evidente que la racionalidad de la comunidad se dirige a comprender cada vez en mayor escala, la necesidad de contribuir a su salud, adoptar comportamientos y estilos de vida saludables, proteger su entorno, etc., al tiempo que comprende que la salud también es un derecho y un servicio al que deberían poder acceder.

En este proceso de sistematización, se encuentra una comunidad que es capaz de proponer alternativas que medien entre su necesidad y la lógica institucional, y en casi todos los hallazgos es observable este sentido, un ejemplo de ello es la siguiente alusión:

“El problema que yo le veo al programa, es que no llevan drogas, y pues uno sabe que es un programa para mirar cómo prevenimos las enfermedades, pero a la hora que lleguen a la visita, y si por ejemplo está un niño enfermo, el médico solamente puede darle a uno la fórmula y le toca a uno, que salga a coger transporte para reclamar la droga, y cuando llega uno allá, lo que dicen es que está agotado, ó que llegó tarde, que vuelva mañana, entonces es más lo que gasta uno en transporte, que lo que pueda valer el remedio ó lo que le vaya a servir porque no se lo puede tomar tan pronto se lo formulan... entonces yo creo, que deberían cargar unos pocos remedios” (si bien es una alusión de la comuna 6, es una percepción generalizada en las diferentes comunas).

18.1.1. La Comunidad frente a su Programa de Salud Familiar

Se resalta en el grupo de familias, un reconocimiento de los factores de tipo social, destacando el vínculo familiar como el necesario soporte para el mantenimiento de la salud; siendo esta importancia resaltada a partir de la labor adelantada por el programa; esto se refleja en las siguientes alusiones:

“...Pero antes de que tuviéramos este programa, uno no pensaba que uno como familia podía servir para mejorar la salud... uno sí cumple la función de, por ejemplo la comida, que el remedio, que el cuidado así... y esto y lo otro... pero que uno se diera cuenta que podía ayudar a mejorar a su familiar, y que lo que uno hace cuando alguno en la familia está enfermo, es algo bueno para su salud y lo puede aliviar... eso, solamente lo he venido a entender con la ilustración de todos los doctores de este programa que al fin vinieron por aquí” (se ha tomado de manera textual de entrevista grupal en comuna 8, sin embargo es alusivo a expresiones encontradas en la comuna 6 y 10 respectivamente)

“...entonces se da uno cuenta, que las familias, estamos en la capacidad de ayudarnos nosotros mismos, de mirar la manera cómo nos mantenemos cuidándonos... Ya con la ayuda de ellos, cuando las visitas y con estos líderes que siempre le ayuda a uno, a mirar cómo es que uno puede ir mejorando cada día... porque uno sabe, por ejemplo que es importante el aseo, que mirar cómo se come mejor, en fin, pero siempre una ayuda, un refuerzo por los médicos¹⁵ y aquí en la misma casa... ahí, sí que uno se propone ir mejorando... además con esas visitas después, para insistirle a uno, pues lógico que uno empieza a ver cómo es que va cumpliendo lo que uno mismo dijo que iba a cumplir” (alusión comuna 8)

De esta manera también se empieza a reconocer y plantear, que existen alternativas en su propio medio para procurarse mejores condiciones de salud, al tiempo que reconocen que es una labor muy importante la que realizan los promotores de desarrollo local y los profesionales durante las visitas; pues, a ellos atribuyen la conciencia que han ido ganando de lo que ellos pueden hacer desde sus casas para ir mejorando, al tiempo que resaltan la importancia de que el profesional de la salud conozca su real situación de vida.

“...casi siempre, en las escuelas les enseñan a los niños a cepillarse, y cómo es que ellos lo tienen que hacer, pero uno a veces como mamá, uno no sabe, yo por lo menos nunca había conocido esto y entonces no puede saber si el niño si hace bien ó no el cepillado, y en cambio, con este programa, nos enseñaron a todos y nos revisaban si lo hacíamos bien ó no y nos explicaban la importancia de que sea tres veces... en fin” (hace parte de la información recopilada en la comuna 6, siendo igualmente referido en la comuna 8)

“Es buena la visita, porque así el médico se da cuenta cómo es que vive uno y entiende porqué es que uno se enferma... y en esa misma manera, el médico lo puede orientar a uno mejor, porque ya se da

¹⁵ Es frecuente durante el proceso de sistematización, encontrar en las alusiones comunitarias la expresión “los médicos”, refiriéndose a la totalidad del equipo de profesionales que adelantó la visita, sin embargo, es otorgado un importante valor al médico quien es exaltado y respetado por la comunidad, dada la representación mental tradicional que se tiene de este profesional y de su labor. En este contexto es posible afirmar en el marco de este programa, que al médico se le cree y más aún si se acerca a su vivienda, pues tradicionalmente esta labor – la visita domiciliaria – es adelantada por personal de enfermería ó personal técnico en la salud, que no siempre goza del mismo prestigio que el médico.

cuenta lo que le puede aconsejar a uno de acuerdo a como vive...”
(Comuna 8).

En general, la comunidad recibe el programa como una ganancia importante para ellos como comunidad, con el que no solamente se sienten valorados, sino que es una oportunidad para tomar conciencia de factores que los afectan y la manera como los pueden controlar. A continuación se presentan una serie de alusiones que dan cuenta de la aceptación del programa, donde igualmente se deja ver una serie de expectativas en torno a la posibilidad de dar continuidad a este tipo de estrategias.

“...es que para uno es un orgullo, saber que uno siempre va pidiendo ayuda... y, que por primera vez le llegue a uno todos los doctores, y lo visiten a uno en su casa, en su rancho, así como uno vive..., uno se siente alagado, que lo visiten y que lo tengan en cuenta...eso es bonito y lo hace sentir a uno como importante... como que ahí es uno reconocido, que hay una persona, que uno existe y fue visitado... porque, como dicen por ahí...uno se siente como corrido, como apenado, por lo pobre y si uno se muere y nadie nunca ni siquiera supo que existía...”(es un texto que resume una percepción general de todas las comunas en las que se ejecutó el programa)

“Con un programa de estos, uno se siente como atraído, como invitado y se siente uno privilegiado, porque en el mismo día, uno recibe la orientación completa de todos los doctores y enfermeras y así uno va tomando como conciencia” (comuna 10)

“para nosotros como desplazados este programa es muy importante... porque nosotros somos como desconocidos y ya con este programa se nos presta una ayuda muy grande y aquí mismo donde uno vive”
(Comuna 6)

“para nosotros los jóvenes ha sido una labor de ayuda muy importante, porque con los promotores, pudimos empezar a organizar el grupo juvenil aquí en la comuna y nosotros y muchos padres de familia aquí en el asentamiento, pensamos que es muy importante que este programa continúe, porque así como para ustedes no fue fácil llegar a nosotros, para nosotros tampoco era fácil que ustedes llegaran y nos dijeran ‘hay que hervir el agua’, si nosotros siempre la tomábamos cruda... y ya hemos ido cambiando, pero necesitamos que nos sigan acompañando”
(comuna 1)

“así como ustedes vienen a orientarnos, no digamos que porque son profesionales, sino que vienen a aprender muchas cosas de nosotros que las ignoran... entonces así como nosotros estamos capacitándonos, estamos enseñando también al mismo tiempo desde nuestra ignorancia y aunque no creamos que le estamos dando algo a los profesionales, nosotros aportamos mucho de nuestra experiencia” (Comuna 1)

“entonces, por lo menos ya con este programa, uno sabe que medio está bien y que tiene que irse uno mismo ayudando para estar

mejor...por eso, nosotros decimos, que ojalá este programa continúe, que ojalá no lo acaben, porque si es muy importante...”(comuna 1)

*“Algo muy bonito de este programa fue la actividad del festival de la salud, porque allí pudimos realmente compartir todos como en familia, nos sentimos muy halagados, y los más felices fueron los que recibieron ese detalle... y, saber que era por un esfuerzo que en realidad cada uno estaba haciendo para vivir un poco mejor, aquí en este asentamiento...”
(Comuna 6)*

El sentido que otorga la comunidad al programa de Salud Familiar, va más allá de ser un servicio de salud que recibe y pasa a ser la oportunidad de crecimiento personal desde el auto-concepto y al auto – confianza. Es notable, en la comunidad en general, la valoración que se hace al sentirse reconocidos y complacidos por ser visitados en su vivienda; hallazgo, que ha sido igualmente resaltado como de suma relevancia tanto por el equipo de promotores del desarrollo local, como por los profesionales que han intervenido en el programa.

18.1.2. Hay algo más para Promover Nuestra Salud

Con el programa de Salud Familiar, se dimensiona de manera diferente la labor de los promotores de desarrollo local, quienes lejos de cumplir misiones institucionales para la ESE Carmen Emilia Ospina, asumen como primera responsabilidad su compromiso hacia la comunidad representada por ellos.

Es por esto que parte de la sistematización se dirige a interpretar el desarrollo de este componente, lo que la comunidad recibe e interpreta, lo que se valora y se espera de los “Promotores de Desarrollo Local”.

Para la comunidad de familias que estuvieron vinculadas a esta experiencia, **“...siempre hay algo más... hay alguien por ahí que nos ayuda a mejorar, que nos da la mano para que mejoremos en nuestra salud, que nos observa y nos orienta... y a uno eso le gusta y entonces se motiva y anda”**; esta alusión de la comunidad, da cuenta de la labor que adelantó el equipo de promotores de desarrollo local, durante la ejecución del programa, alusión que da origen al subtítulo en esta parte de la sistematización.

Resulta de suma importancia indagar la apreciación en torno a la labor adelantada por los promotores de desarrollo local, buscando en parte verificar si el propósito de este componente es pertinente y viable en un contexto como el nuestro; en este sentido los hallazgos muestran que:

*“Para nosotros los que estamos viviendo como desplazados, los promotores de este programa, son como nuestros voceros..., son las personas que allá nos representan y nos ayudan para que nos podamos beneficiar en algo” “...uno se siente apoyado por alguien, con ellos...”
(Son alusiones de las Comunas 10 y 6 respectivamente)*

La comunidad percibe que debe darse continuidad al programa, refiriendo para ello el producto de la labor adelantada con los promotores, siendo este mismo sentido expresado por el equipo de promotores:

“para nosotros sería muy importante que el programa continuara con ese proyecto que se pudo hacer aquí con la ayuda del promotor, de la promotora que venía aquí y con la ayuda de la doctora nutricionista, que es el de la olla común, porque esa sí sería la manera para controlar tanto problema de desnutrición de estos niños en la comuna...” (Comuna 6)

18.2. LOS PROMOTORES DE DESARROLLO LOCAL

En este aparte se pretende una interpretación del proceso a partir de las percepciones de los promotores de desarrollo local, quienes expresan el sentido otorgado al programa y la manera como perciben la respuesta comunitaria frente a su labor.

Los hallazgos se han obtenido a partir de ejercicios reflexivos que se adelantaron con este equipo desde el inicio de la experiencia, unas veces de manera individual y otras veces de manera colectiva.

En primera instancia se abordan los referentes conceptuales básicos del programa, de tal manera que pueda reconstruirse la manera como se comprende la promoción de la salud, que es su perspectiva de desempeño en este programa.

Tanto para el equipo de promotores como para el equipo profesional, el programa tiene como eje estructurante “la promoción de la salud”, siendo este el punto de partida en las discusiones y reflexiones, y el punto de observación para cada una de las labores que se desarrollan en el programa; al tiempo, es asumido por todos los miembros del equipo humano que su misión es conjunta y consiste en “buscar unas nuevas maneras de promover la salud en esos contextos particulares de las comunas”.

Ellos comprenden la promoción de la salud como *“las posibilidades de mejorar su calidad de vida, tanto a nivel personal como familiar...porque al promover la salud, se ayuda a las familias a equilibrarse física, psicológica y espiritualmente, y de esta manera ellas se encuentran aptas para desempeñarse en los distintos roles ó actividades; con la promoción de la salud, se brinda y construye con las familias oportunidades para adoptar mejores hábitos y comportamientos en la vida”*.

18.2.1. Cómo entendemos este Programa.

En concordancia con los hallazgos de la comunidad, el programa se percibe como una alternativa que contribuye a construir conjuntamente con las familias formas de protección y fomento de la salud, procurando controlar factores de riesgo derivados de otros sectores ó dimensiones del desarrollo.

“El programa es sin lugar a dudas, un modelo alternativo hacia la promoción de la salud y la educación para la salud y la calidad de vida...la salud no puede seguirse viendo únicamente en las instituciones y a partir de que llegan los pacientes, porque esto hace que se pierda ó se desconozca esa realidad cotidiana, mientras que con el programa, se conoce a profundidad esa realidad oculta, que en los talleres educativos ó las consultas institucionales no se muestra... y esto es lo que permite auscultar con mayor profundidad las causas y dar un manejo más acertado a los diferentes problemas, dar una orientación pertinente”.

Otra alusión en este sentido, deja ver la valoración y reconocimiento del trabajo adelantado y el auto-reconocimiento del esfuerzo adelantado para procurar mejores niveles de calidad de vida:

“Considero, que la verdad con este programa hemos hecho mucho, porque hemos ido mucho más allá en la promoción de la salud, hemos ido a articularnos realmente con la comunidad para buscar en el fondo cuál es la causa de los problemas y de qué manera podemos empezar a solucionar esas causas, y en ese sentido es que nuestra labor como promotores de desarrollo local, se convierte en un modelo alternativo”

El programa es comprendido como parte de los programas de salud pública, planteándose que *“es con este programa y con las familias que se benefician, que se puede iniciar la construcción de alternativas para superar problemas relacionados con servicios básicos como agua, recolección de basuras, nutrición, que son aspectos que determinan en gran medida que las comunidades se afecten en su salud”.*

Si bien estos servicios no son administrados de manera directa por el sector de la salud, es comprendido por ellos, que debe existir una necesaria dinámica intersectorial, un engranaje en la estructura del Estado y las comunidades, y esto es lo que determina realmente que existan unas buenas condiciones de salud.

Con el programa igualmente se ayuda a ganar conciencia de la necesidad de promover y cuidar la salud, de acudir a los servicios de salud antes de enfermarse y no como tradicionalmente ocurre en nuestras comunidades, que se acude cuando ya se está enfermo. En este sentido, es planteado por ellos que es *“necesario continuar haciendo esfuerzos para cambiar la cultura de la enfermedad por una cultura de la salud...”.*

Se otorga valor a la labor dirigida hacia la familia como soporte social básico, y tal como lo plantea la propia comunidad, es percibido por ellos, como un factor que facilita y potencia la promoción de la salud: *“Con el programa se adentra en esa parte humana, facilita el contacto, la construcción de confianza entre el profesional y la familia, y al involucrar toda la familia, es mucho más factible que el comportamiento que hay que cambiar se cambie, porque están allí entre ellos mismos ayudándose para cambiar, mientras que si se deja a la*

responsabilidad solamente del afectado por el problema ó por el factor de riesgo, es menos probable que se produzcan los cambios”.

Otra importante función de un programa de esta naturaleza, está en función de otorgar a las comunidades un vínculo con los servicios institucionalmente ofertados, y esto es expresado de la siguiente manera:

“El programa de Salud Familiar, se convierte como en la oportunidad para que las familias conozcan todos los servicios ofrecidos, en este caso por la ESE Carmen Emilia, y que ellos pueden utilizar en el momento que los requieran; en este sentido, también se promueve salud, cuando se divulgan los distintos programas y servicios disponibles para ellos”.

Desde el punto de vista de los cambios positivos para la situación de salud, en las comunidades visitadas, se resalta la oportunidad brindada, para acceder a servicios como la toma de citología en mujeres que nunca se la habían practicado, *“realmente el programa ha sido un medio para acceder a servicios preventivos que la comunidad desconoce ó que por su misma condición de pobreza y analfabetismo, nunca había recibido”*

“Para nosotros como desplazados, este programa nos volvió a abrir las puertas en los servicios, porque nosotros teníamos una problemática y era que no se nos atendía fácilmente, sino que tocaba tocar muchas puertas, ir a la personería, en fin... y con el programa esto se fue superando poco a poco”.

18.2.2. Las Ganancias del Programa

El programa permite ganancias para la comunidad, para las Instituciones de Salud y para el equipo humano que en él interviene; el sentido del programa es en sí mismo una ganancia compartida. Sin embargo, hay otras ganancias que se expresan de diferentes maneras y son de diversa magnitud:

“La posibilidad de generar esos pequeños proyectos, y si se pueden gestionar y desarrollar, es otra de las importantes ganancias que para estas familias representa este programa, porque se llega a ellos y no solamente se les invita a asumir determinados cambios, sino que se les ayuda a encontrar soluciones a otros problemas que también los afecta, como por ejemplo el hambre, la contaminación por basuras, el desempleo, en fin”.

“A partir de este programa, se han planteado proyectos como el de huertas caseras para la seguridad alimentaria, el de una pre-cooperativa de reciclaje, el de la olla comunitaria, que atienden diferentes problemáticas ó factores de riesgo y que de llevarse a cabo, estaríamos de esta manera contribuyendo a mejorar sus condiciones de salud y calidad de vida”

También tiene relevancia, la manera como se percibe a la comunidad desde el rol que juega el promotor de desarrollo local; al trabajo de campo, se llega con unas expectativas frente a la respuesta que la comunidad tendrá en el programa, la manera como se podrá ayudar a la comunidad a sentirse mejor y esto es permanentemente tenido en cuenta en el desarrollo de las labores.

En este sentido, se invita a los promotores a realizar una mirada retrospectiva en el proceso, para identificar la manera como ellos perciben que la comunidad pudo recibir el programa, su significado; y, lo que se observa es una coherencia entre los hallazgos del proceso de sistematización en el actor comunitario y las expresiones que a continuación se presentan.

“Una de las apreciaciones que como promotores hacemos, con respecto a cómo ha recibido la comunidad este programa, es que lo han recibido con mucho gusto, con mucho agrado, realmente ellos estaban contentos, de saber que alguien los estaba teniendo en cuenta, que primero llegamos a canalizarlos, a informarlos y luego, ver que realmente llegaba a su casa todo el equipo de profesionales y que podían recibir la atención y que además los escuchaban...ellos decían, que por primera vez como que le importaban a alguien...y esto es algo muy importante para poder promocionar la salud”

“Es muy difícil cambiar los hábitos de las personas, pero con las visitas de seguimiento, esto se lograba, porque ellos estaban pendientes aunque sea por que uno los viera en el momento de hacer los seguimientos, pero poco a poco, si se pueden continuar los seguimientos, ellos irían logrando el cambio deseado”

Finalmente como una importante ganancia resaltada por el equipo humano, pero que sin embargo no es aún totalmente visualizada en la comunidad de familias vinculadas al mismo, tiene que ver con la adhesión de otros actores externos al sector salud; esto se expresa de la siguiente manera: *“Un factor de ganancia muy importante para el programa, es haber logrado la movilización del actor empresarial privado, con la vinculación de más de 30 empresas de diferente naturaleza, como apoyo a la estrategia de los festivales de la salud...ellos tuvieron el aporte necesario para hacer posible llevar a cabo esta estrategia de promoción y estímulo de la salud”*.

“Poder festejar con ellos, y celebrar su esfuerzo en esos festivales de la salud, eso tampoco nunca se había visto aquí en Neiva, celebrar la salud, y no solamente lo que siempre se hace que son brigadas, y además que ellos allí fueran reconocidos y poder decir a otras familias que es posible empezar a cambiar para bien...”

18.2.3. Las barreras para el desarrollo del Programa

Presentar en esta parte del texto, las falencias y dificultades que en el desarrollo del programa existieron, nos permitirá uno de los objetivos de la sistematización, que es poder aprender de la experiencia vivida.

“El principal obstáculo para el programa, pudo ser el corto tiempo de ejecución, pues seis meses, es un tiempo muy corto, y seguramente impactos como tal no haya aún, pero en términos del proceso y de la oportunidad que hemos tenido para mostrar un programa diferente, sí es mucho lo que podemos decir”.

“En el desarrollo de este programa, se requiere un tiempo mayor para garantizar los seguimientos, y para que las familias logren así ver el mejoramiento que van obteniendo”

Con estas alusiones, expresadas por el equipo de promotores, se plantea una vez más cómo todo programa que aborde aspectos educativos y de participación comunitaria para la producción social en salud, debe entenderse como proceso, y como tal, el tiempo deberá prolongarse, a fin de obtener resultados óptimos, y más allá de resultados el afianzamiento del proceso social que se pretende.

Por otra parte, *“Faltó aún el convencimiento de la Institución que ejecutó el programa y no se contó siempre con los aprestamientos logísticos necesarios y en este sentido, seguramente el alcance del programa habría sido mucho mayor”.*

Esta situación parece tener explicación, en el hecho de que se trata de una experiencia nueva y existe la tendencia a tener poca credibilidad en lo nuestro. En este mismo sentido se plantea, *“El programa es exitoso, en la medida que simultáneamente al trabajo de campo, se disponga de la infraestructura institucional que permita dar respuesta a las necesidades en materia de atención”;* apreciación que es compartida tanto por el equipo de promotores, como por el equipo de profesionales y la comunidad, coincidiendo en la necesidad de habilitar Centros de Salud móviles, de acuerdo a la comuna, en la cual se tenga cobertura con el trabajo extra-mural.

Para el caso del nuestro programa, y luego de la evaluación efectuada al mismo, por los actores que en él intervinieron; se reconoce que hubo una falencia dentro del mismo, por lo cual es propuesta como recomendación para una experiencia futura y similar a ésta, la necesaria conexión que debe existir con el trabajo comunitario, independientemente de que se trate de familias cubiertas ó no por el programa.

En este sentido, la propuesta, es que por cada barrio ó comuna donde se desarrolla el programa, exista un centro de trabajo comunitario, en los cuales se desarrollarían todos los programas de salud, que se requieran ó se identifiquen del primer contacto con cada comunidad, así como los que sean de obligatoria ejecución por parte de las Instituciones de Salud.

Pero además, los Centros de Trabajo Comunitarios, serían los sitios de ejercicio laboral de los Promotores de Desarrollo Local, vinculados al programa, de tal manera, que se constituyen en los sitios de la comunidad donde se identifican y forman otros líderes, se organiza la comunidad, se desarrollan y

realizan las iniciativas de la población. Son, por decirlo así, las Universidades del Pueblo, polos de desarrollo social y cultural de las comunidades.

Por otra parte, se identifican barreras para el acceso a los servicios preventivos de salud, siendo la principal barrera identificada, la falta de recursos para su transporte: *“las familias no pueden acceder a los servicios por falta de recursos y entonces prefieren esperar a estar enfermos para acudir a los servicios”*

18.2.4. ¿Porqué estamos Aquí?

Este es el interrogante principal que de manera permanente aflora durante el desarrollo del programa y se responde de diferentes maneras:

“Nosotros somos más que promotores de salud, nosotros promovemos el desarrollo comunitario y somos el puente entre los profesionales que sí son auténticos promotores de salud y la comunidad que también tiene una función en este campo... pero nosotros íbamos más allá, porque teníamos que buscar la manera de unirnos a otros para solucionar las causas de los problemas de salud... el promotor de desarrollo local logra integrar diferentes factores de la realidad de la comunidad”

“Para nosotros como promotores, también ha sido muy importante participar en este programa, nosotros hemos aprendido cosas nuevas, tanto de los profesionales como de las mismas familias... uno, como que ha crecido, y ahora podemos comprender la salud de una manera diferente, desde las raíces de donde inician sus problemas...”.

“Nosotros fuimos adquiriendo como el aprendizaje para ser capaces de formular un proyecto, porque uno tiene la idea, pero ya llevarla al papel, es difícil, si se dificulta hasta para el mismo técnico ó profesional, pues con mayor razón para uno...nosotros recibimos diferentes asesorías en este programa, por ejemplo de la nutricionista, de la Enfermera, de la coordinadora del programa... pero aquí, con los ejercicios y las asesorías, como que pudimos notar cómo avanzamos en esa labor también...en este programa, nace un equipo que se está entrenando, que somos nosotros”

“Uno diría que si realmente uno como líder fuera apoyado desde el Estado, uno podría hacer esto y mucho más... uno no dice, que le paguen un sueldo, porque el trabajo del líder no se hace por plata, sino porque realmente le nace, pero sí, se necesitan recursos para movilizarse, para llevar una carta, para un transporte, etc... entonces, esto ha sido positivo también en el programa, haber tenido al menos un pequeño aporte económico, ese incentivo para nuestro trabajo, porque si uno lo hace gratuitamente cómo no va a hacerlo con ese incentivo”.

18.2.5. Como vemos el Futuro del Programa

“El programa tendría que finalizar realmente cuando se gestionen y ejecuten los proyectos que nacen ó se formulan derivados de las problemáticas identificadas en este programa y, es allí donde realmente estaría el impacto en la calidad de vida y las condiciones de salud de las familias... y para esto, se requiere más apoyo... apoyo institucional que respalde los proyectos, porque nosotros solos como promotores, como líderes, las entidades que manejan los recursos aún no nos escuchan”.

“Es fundamental comprender este programa como un proceso, porque llega a una comunidad que es dinámica que es cambiante, donde día a día se producen transformaciones y la manera de ayudar al éxito del programa es garantizando que continúe el acompañamiento dinámico en las comunidades... hoy nacieron unos proyectos a partir de unas necesidades concretas, pero luego podrán nacer otros y allí debe estar la habilidad de los que desarrollen este programa”

Para el futuro del programa, también surgen recomendaciones, que se originan de una revisión crítica frente al desarrollo de nuestro programa, *“Pese a que mantuvimos un vínculo con el equipo de atención psico-social, no se logró siempre dar respuesta a la problemática en esta materia identificada y en este sentido, sería necesario y muy importante contar en el equipo profesional con uno ó dos profesionales de esta área”*

“Con el tiempo que llevamos de ejecución del programa, y con las discusiones que siempre hemos tenido en torno a lo fundamental del programa y al ‘para dónde vamos’, el alcance que puede tener este programa va mucho más allá de lo que pensábamos... aquí vemos que lo que se ha venido gestando con el programa es mucho más grande, no solamente para promover la salud, sino para involucrar a las comunidades en esta tarea... y si las instituciones de Salud le ponen cuidado a este programa, es mucho lo que se ahorrarían, porque nosotros nos enfocamos hacia la raíz de los problemas”

“Para nosotros este programa tiene varias fases, y lo que hemos hecho hasta ahora es apenas la primera fase, es el contacto con las familias, conocer su realidad, ayudarla a comprenderla e identificar las alternativas que es lo que nosotros llevamos a proyectos, ahora tendría que darse la segunda fase donde ya se ejecuten los proyectos, pero sin dejar de hacer la labor de la primera fase, o sea, se sigue con las visitas, porque nacen nuevos problemas y nuevas soluciones, y de ahí en adelante, todas las fases que se requieran”

“El futuro de este programa, lo vemos como un programa bandera de un gobernante municipal, y nosotros somos capaces de presentar todas y cada una de las ventajas de este programa, porque hay toda una comunidad que nos respalda, y que además recibió con mucho gusto este programa... y, porque además al gobernante, un programa de estos le resulta mucho más económico para el sector salud y ayuda a generar esa dinámica intersectorial que se requiere para mejorar los niveles de salud en las comunidades”.

19. LECCIONES APRENDIDAS DE LA SISTEMATIZACION DE LA EXPERIENCIA

La sistematización del programa de Salud Familiar de Primer Nivel con equipo extramural, en su interés por contribuir en la construcción de alternativas viables para la promoción de la salud y la construcción de comunidades saludables, permitió profundizar y ampliar la visión de lo sucedido en el programa, las concepciones que manejan los diferentes actores, construir una nueva mirada sobre lo vivido y construir una mirada crítica, frente al ejercicio de prestación de servicios de salud de primer nivel, dirigidos a la población desplazada y vulnerable en un contexto como el de Neiva – Huila.

Unas nuevas opciones para fomentar la salud y proteger el estado de bienestar y calidad de vida, se reconocieron en las diferentes acciones que el programa ha generado. Sus actores y protagonistas reflexionaron sobre su hacer y responsabilidad en esta materia, precisando conceptos como promoción de la salud, requisitos básicos para obtener mejores niveles de salud y cuestionaron algunas de sus prácticas, el papel del trabajo intersectorial y propusieron estrategias para revisar algunas actividades.

La sistematización permitió comprender las lógicas técnica y comunitaria, permitiendo evidenciar conflictos y empezar el proceso para abordarlos de manera creativa.

Finalmente constatamos que sistematizar una experiencia para interpretarla y comprenderla, para reconstruir críticamente lo que ha pasado, es un proceso que rebasa lo puramente descriptivo, y que permite develar y profundizar en aspectos que los participantes consideran relevantes.

QUINTA PARTE: RESULTADOS DEL PROGRAMA

En este acápite se presentan de manera resumida los principales hallazgos y resultados de la intervención realizada con el programa de Salud Familiar, precisando una caracterización general y desde el punto de vista epidemiológico de la población involucrada en el programa.

Se resumen los datos más relevantes del trabajo adelantado por los promotores de desarrollo local, mediante una ilustración general del diagnóstico situacional llevado a cabo en las diferentes comunas, resaltando las problemáticas documentadas que permitieron el surgimiento de los proyectos propuestos como alternativas de solución.

20. JUSTIFICACIÓN

Construir una aproximación al perfil epidemiológico, a partir del trabajo de campo adelantado durante el desarrollo del programa, es tal vez uno de los aspectos más relevantes, puesto que no solamente permite realizar una caracterización de las condiciones de salud y enfermedad en esta población, sino que permite identificar los principales factores asociados a dichas condiciones, de tal manera que se constituye en una herramienta de planificación de los servicios de salud.

En Colombia, y particularmente en el municipio de Neiva, el sistema integral de información en Salud no genera datos sobre la población desplazada, lo cual implica de entrada una pérdida de información valiosa para calcular no solamente el estado de salud de esta población, la carga epidemiológica que le otorga al municipio receptor, la afectación en sus condiciones de salud derivada de las zonas de recepción y el costo total que en materia de salud debe asignarse para la atención de esta población.

En este sentido, no se cuenta con indicadores que puedan ser utilizados para la planificación de los servicios de salud, a partir del cálculo en la tendencia del fenómeno del desplazamiento, ni la planificación en materia de prioridades de acuerdo a las variables de tiempo, lugar y persona.

La información recopilada en el programa de Salud Familiar, se procesa y organiza teniendo en cuenta, factores individuales y demográficos generales, como la distribución por edad y sexo, las variables relacionadas con la estructura familiar y el comportamiento registrado según los hallazgos de las actividades efectuadas en materia de protección específica.

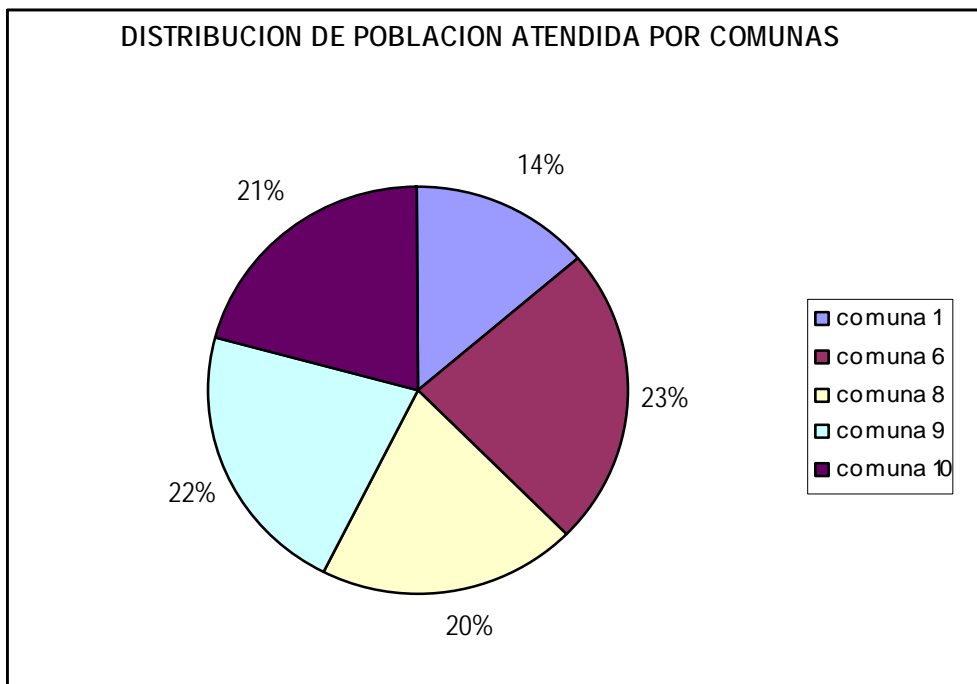
21. OBJETIVOS

- Caracterizar la población desplazada y receptora de las comunas 1, 6, 8, 9 y 10 de la ciudad de Neiva – Colombia, valorando sus condiciones de salud y posibles implicaciones en materia epidemiológica, para el Municipio.
- Establecer las necesidades prioritarias en la población desplazada y vulnerable del municipio, con el fin de ofrecer enfoques integrales de manejo y orientación de políticas que ayuden a hacer más eficientes y efectivas las intervenciones en salud, para el mejoramiento de la calidad de vida de esta población.
- Estimar la cobertura y acceso a los servicios, en el marco del sistema general de seguridad social en salud, a partir de la información recopilada durante la aplicación del instrumento de información básica.
- Describir las condiciones de saneamiento ambiental, y situación socio-económica, en las comunas en las cuales se implementó el programa de Salud Familiar de Primer nivel con equipo extramural.

22. APROXIMACIONES AL PERFIL EPIDEMIOLOGICO

22.1. CARACTERIZACION DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA Y RECEPTORA

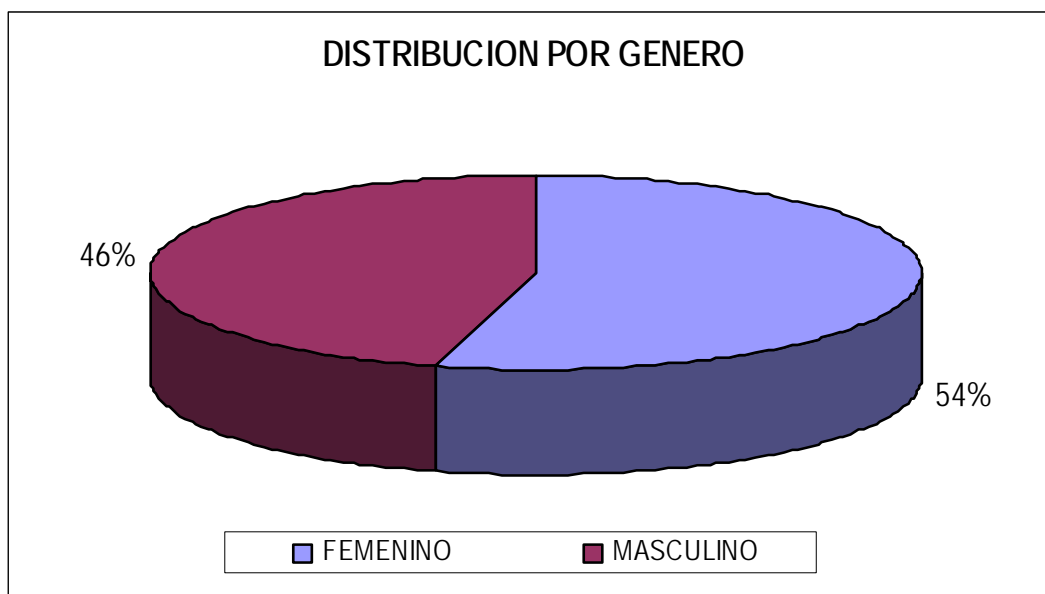
Durante el desarrollo del programa, se atendieron en total 428 familias, de las cuales 377 son desplazadas y 51 son receptoras; estas familias representaron 1.706 personas, distribuidas según las comunas de intervención, de la siguiente manera:



Fuente: Información disponible en los registros del Programa de Salud Familiar, ejecutado en Neiva – Huila Julio – Diciembre /2003.

Según la información recopilada durante el trabajo de campo, en la canalización de las familias a ser atendidas por el programa, se tenía prevista una cobertura mayor en la comuna 10, debido a que se ha convertido en una de las principales zonas del municipio de carácter receptor; sin embargo, se observa durante el desarrollo del programa, que en las comunas 8 y 9 hay una más alta densidad de habitantes por familia, lo cual otorga un porcentaje similar en todas las comunas, excepto en la comuna 1, que representa solamente el 14% de la población atendida; este comportamiento, obedece fundamentalmente, a la aplicación de los criterios de inclusión de familias en el programa, siendo para esta comuna un total de 56 familias.

22.2. COMPORTAMIENTO SEGÚN GENERO Y EDAD:



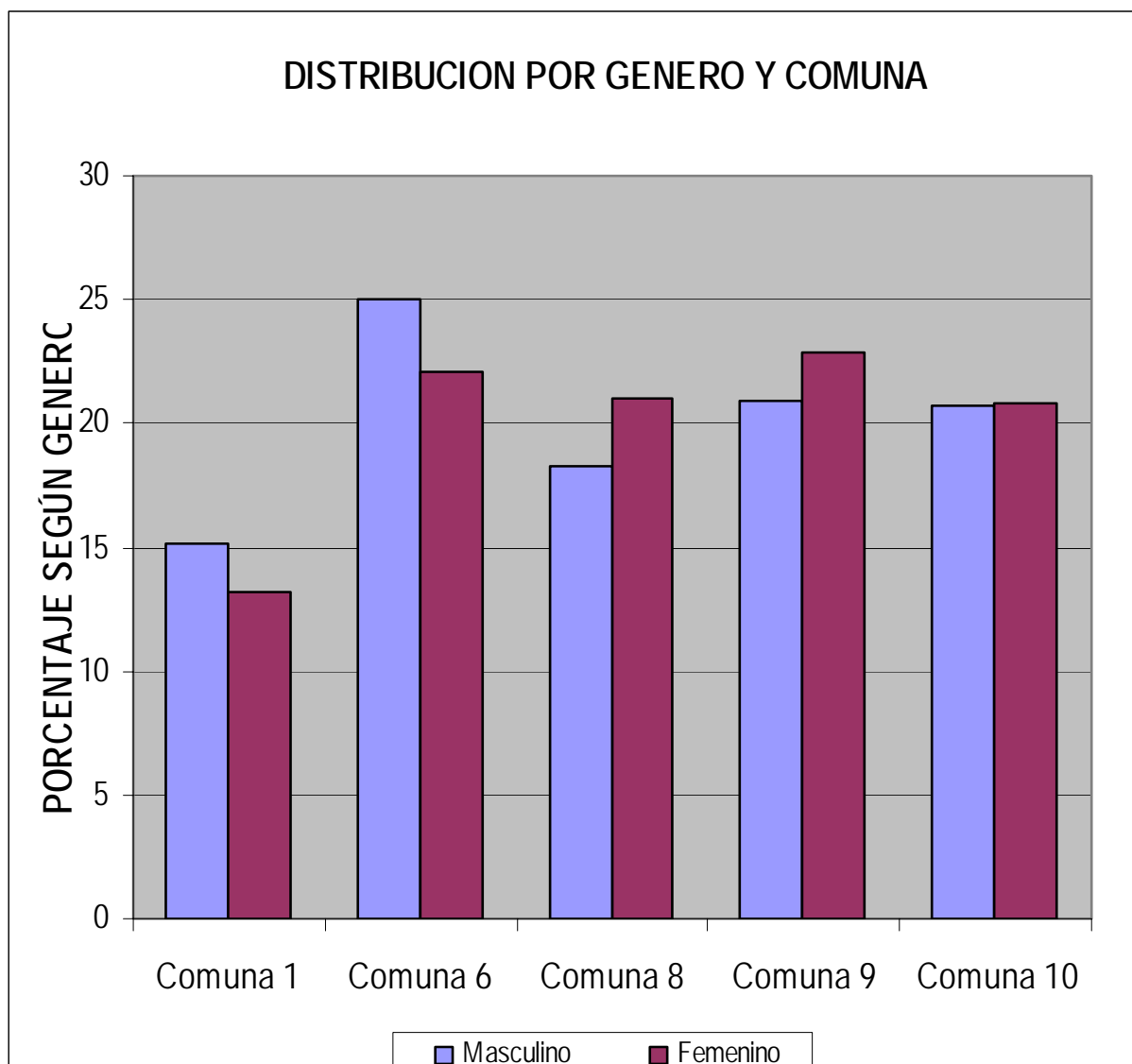
Fuente: Información Programa de Salud Familiar ejecutado en Neiva – Huila.
Julio – Diciembre /2003.

Al realizar un análisis de la composición poblacional por género, se observa que el 54% corresponde al género femenino, mientras que el 46% es del género masculino, lo cual permite inferir que existe un nivel migratorio neto e importante por parte de las mujeres, reflejando a su vez un déficit de 12 hombres por cada 100 mujeres, fenómeno que se mantiene en casi todos los grupos de edad, solamente diferenciándose en el grupo de menores de un año, cuya distribución es similar en los dos grupos.

Por otra parte, el comportamiento de la variable género, en cada una de las comunas no es el mismo; observándose, cómo en las comunas 1 y 6, prima el género masculino, siendo una probable variable explicativa, el hecho de encontrar, en estas dos localidades, asentamientos de población cuyo tiempo de desplazamiento es superior a los dos años.

La participación de estas comunas, en cuanto a la población total atendida por el programa, equivale al 14% y al 23% respectivamente, siendo la comuna 6 en el asentamiento de TRANSBAVARIA, la de mayor densidad de población encontrada y atendida, durante las visitas de campo.

Como se observa en el siguiente gráfico, las comunas 1 y 6 se caracterizan por un predominio en el género masculino, mientras que en las comunas 8 y 9, prevalece el género femenino; sin embargo para el caso de las comunas 1 y 6, este comportamiento en la población masculina, está dado por la carga en las edades extremas, (menos 14 años y más de 50); lo cual continúa otorgando un peso importante al género femenino, especialmente en la etapa económicamente productiva, como afectada principal de la dinámica de desplazamiento en este departamento.

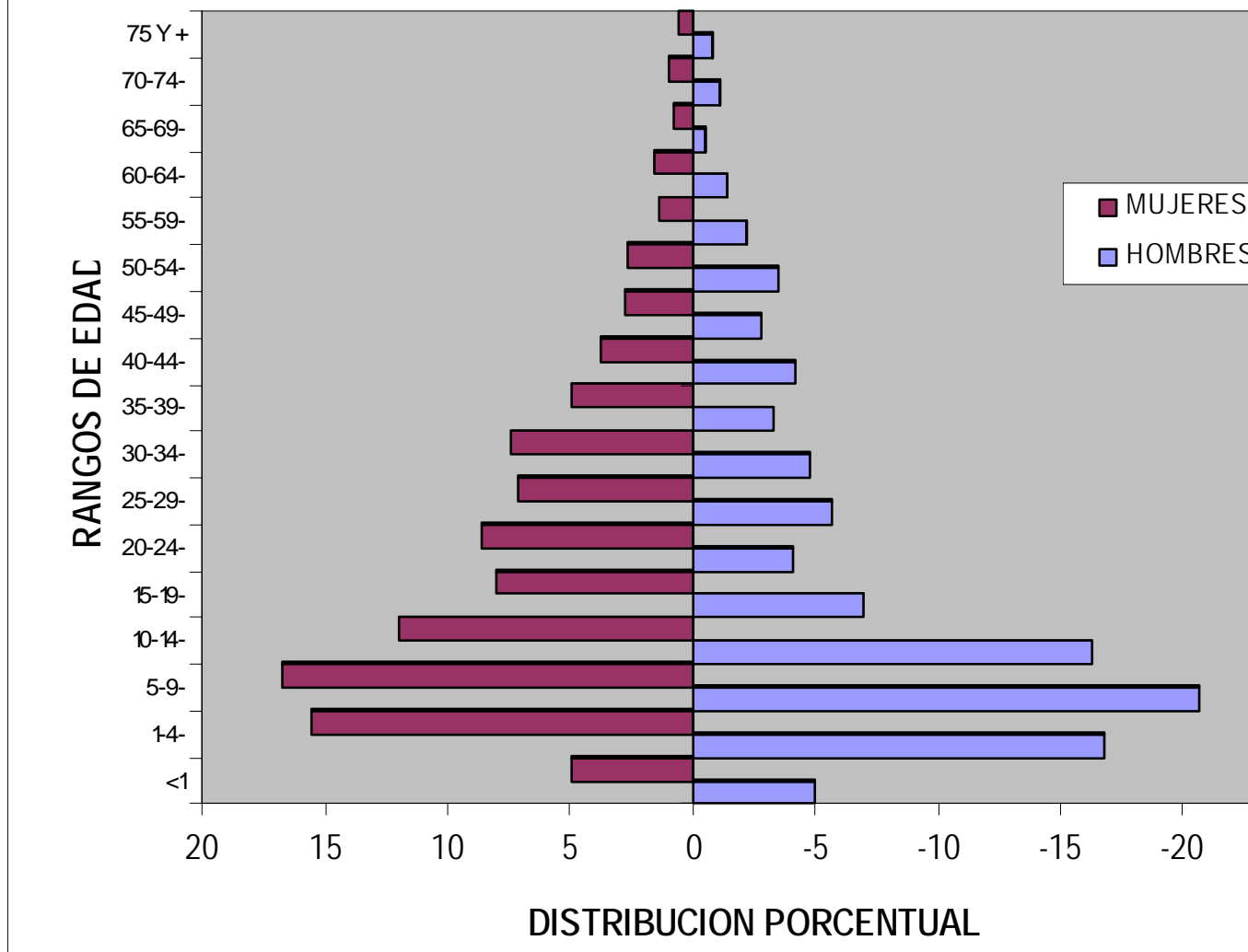


Fuente: Programa de Salud Familiar, ejecutado en Neiva – Huila. Jul. – Dic. /2003.

Desde el punto de vista de la estructura poblacional, tal como se muestra en la siguiente pirámide, construida con los datos de la población atendida en el programa, se muestra una tendencia al predominio femenino particularmente en los grupos más jóvenes, al igual que en los grupos de edad de la primera infancia, lo cual reviste una significativa importancia, desde el punto de vista de la Salud Pública, y particularmente para el necesario ajuste en las proyecciones de los servicios de salud dirigidos a estos grupos en particular.

El comportamiento en la estructura de la población, permite prever no solamente un incremento en las demandas hacia los servicios de salud, sino también hacia sectores como servicios públicos, educación y empleo.

PIRAMIDE DE POBLACION COMUNAS 1,6,8,9 Y 10 DE NEIVA - PROGRAMA SALUD FAMILIAR DE PRIMER NIVEL



Fuente: Información Programa de Salud Familiar de Primer Nivel, ejecutado en Neiva – Huila. Jul – Dic / 2003.

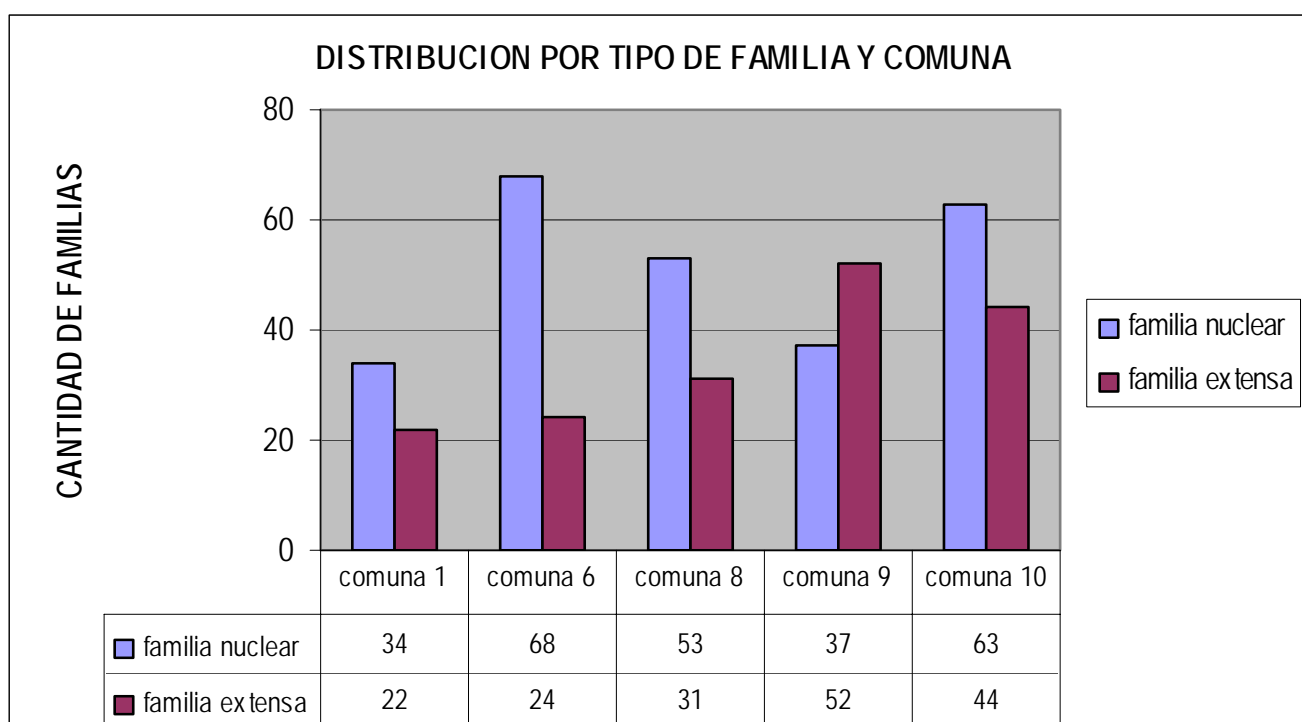
Observando la estructura poblacional, se evidencia una particular tendencia en el grupo de 15 a 64 años ó grupo de mayor actividad económica, el cual presenta un crecimiento moderado, a expensas fundamentalmente del género femenino; de igual manera, cuando se relaciona la población de este grupo de edad productiva con los otros grupos (<15 años y de 65 y más), se observa un alto índice de dependencia general, debido en gran parte a la concentración de población en el rango de edad juvenil (< 15 años).

Este comportamiento en la edad modal, centrado en la población económicamente productiva y la infancia, con predominio femenino, ratifica la tendencia mostrada en la información disponible frente al fenómeno del desplazamiento, “El desplazamiento forzado es una realidad que está marcando cada vez más la sociedad colombiana, y se constituye en una de las más graves violaciones a los derechos humanos, con una importante magnitud

del problema que afecta fundamentalmente a la mujer, quien debe desplazarse asumiendo el rol de jefa de hogar”¹⁶.

22.3. CARACTERIZACION GENERAL DE LAS FAMILIAS

Los resultados que se presentan en esta parte del informe, se obtienen de la realización del familiograma, cuyo propósito es desarrollar una observación realista del antecedente de la familia, las condiciones significativas desde el punto de vista hereditario, social, cultural y ambiental, de tal manera que se puede describir la problemática de la salud en esta población, a la luz de una compleja dimensión determinante, logrando al mismo tiempo ejercer una sensibilización al grupo familiar, en su función primordial por mantener la salud individual y colectiva.



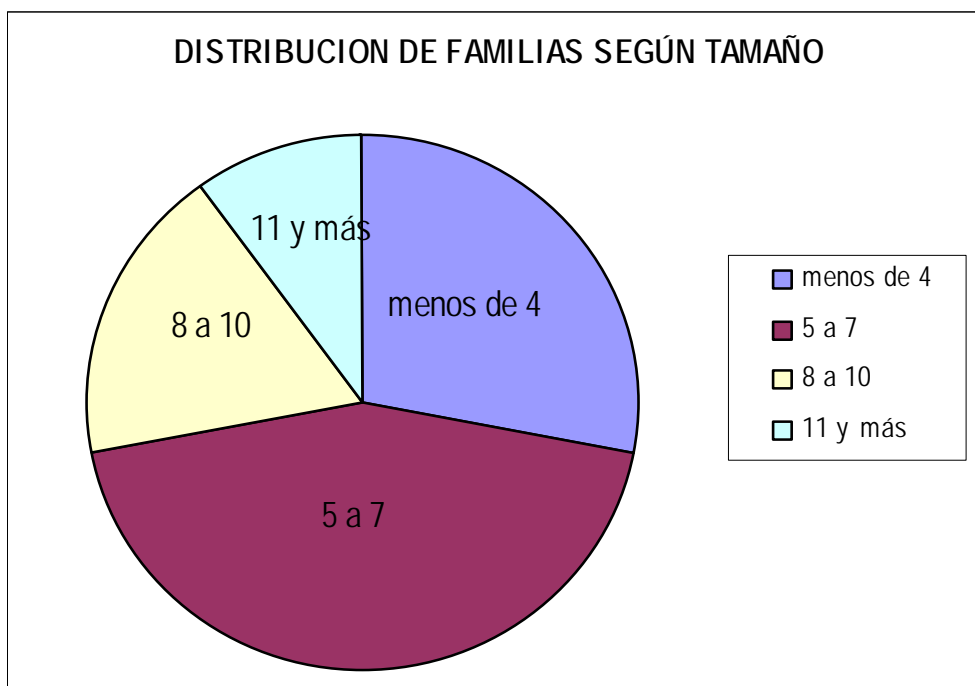
Fuente: Según registros del programa de Salud Familiar, ejecutado en Neiva – Huila entre Junio y Diciembre de 2003

Se observa como patrón generalizado, el predominio de la familia nuclear, representando un 60% de la totalidad de las familias atendidas por el programa; sin embargo, se exceptúa la comuna 9, cuyo patrón se centra en la familia extensa.

¹⁶ Red de Solidaridad Social, Atención Integral a población desplazada por la violencia en Colombia, Informe de gestión, Enero de 2000 – Junio de 2001.

Como factor de análisis, en el comportamiento de estas familias, se observa que en un 28% de la totalidad de las familias es reconstituida, es decir que se integra a partir de una nueva relación generada por parte de padre ó madre; en este sentido, la comuna con mayor predominancia de esta variable es la comuna 10, donde el 51% de las familias visitadas, son familias reconstituidas; seguido por la comuna 9 con un 26% de sus familias.

Desde el punto de vista del tamaño de las familias, se observa que un 44% de estas familias se integra por 5 a 7 miembros, un 28% de ellas por 4 integrantes ó menos y el otro 28% consta de más de 8 integrantes.



Fuente: hallazgos Programa de Salud Familiar Neiva – Huila. Jun. Dic. De 2003

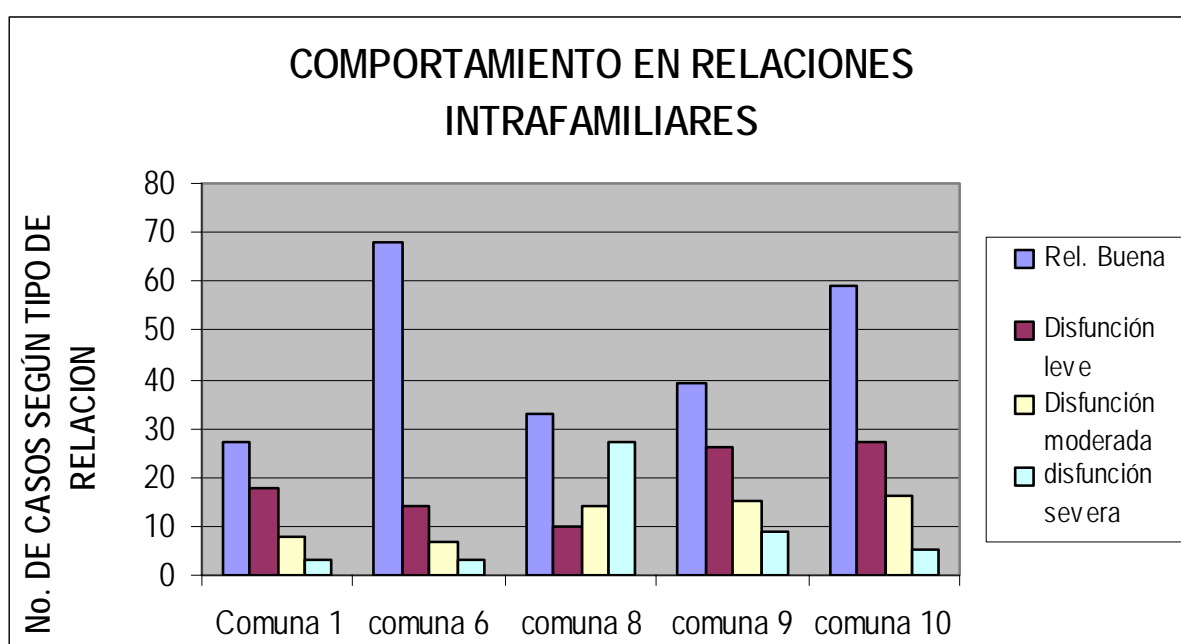
Este comportamiento en la composición familiar, incrementa los factores de riesgo de tipo social y económico, para el mantenimiento de la salud, más aún si se tiene en cuenta que la mayoría de las viviendas que habitan estas familias, carecen de condiciones de espacio suficientes para albergar familias tan numerosas, máxime en el caso de los asentamientos, donde las condiciones son aún más críticas.

Por otra parte, en el comportamiento del tamaño de las familias según sus miembros integrantes, se observan importantes diferencias, con respecto al comportamiento general, particularmente en las comunas 8, 9 y 10, en las cuales, existe una mayor tendencia a encontrar familias integradas por más de 8 miembros, encontrándose el 34% de las familias en esta condición.

Otra variable importante de análisis, tiene que ver con las relaciones intrafamiliares, para lo cual en el programa se adoptó la valoración realizada mediante la técnica de APGAR, creada por el Dr. Gabriel Smilkstein con este fin; consiste en la aplicación de un cuestionario de 5 preguntas que mediante

una escala de 0 a 20, evalúa el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia.

Los hallazgos en este aspecto, reflejan una necesidad de focalizar acciones tendientes a fortalecer los vínculos intrafamiliares; si bien la relación buena, predomina en la totalidad de las comunas, representando un 53% de las familias, el comportamiento de la disfunción moderada y severa, particularmente en la comuna 8, se constituye en un factor de intervención urgente, no solamente por tratarse de un riesgo para la salud familiar, sino porque en su seno, se alberga una cantidad importante de población infantil, que está creciendo en un ambiente cada vez más hostil.



Fuente: Información programa Salud Familiar. Neiva – Huila. Junio – Diciembre de 2003.

De acuerdo a la información suministrada por los jefes de hogar durante las visitas, el 55% de los casos en los cuales hay discusiones, éstas surgen por la condición económica en la que se encuentran las familias; en el 17% de las familias, los conflictos obedecen a relaciones de pareja ó disfunciones en la relación padres – hijos, siendo un hallazgo en estos casos, el bajo nivel de adaptación por parte de los hijos a la nueva figura materna ó paterna, en las familias reconstituidas. Se presentan igualmente alteraciones relacionadas con la adaptación al nuevo entorno social y, para el caso de los niños, al entorno escolar.

22.4. PRINCIPALES HALLAZGOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD – SEXO EN EL AREA MÉDICA

Durante la ejecución del programa, las diez principales patologías encontradas en las 500 familias, se resumen de la siguiente manera:

DISTRIBUCIÓN DE PRINCIPALES PATOLOGÍAS ENCONTRADAS DURANTE VISITAS DE CAMPO

PATOLOGÍA	0 - 9 AÑOS		10 - 29 AÑOS		30 - 44 AÑOS		> 45 AÑOS		TOTALES	
	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS	FEM	MAS
RINOFARINGITIS	71	78	36	32	6	10	3	6	116	126
HELMINTIASIS	68	49	25	24	1	5	4	9	98	87
BRONQUITIS AGUDA	27	22	12	8	5	6	6	9	50	45
ENF. PÉLVICA INFLAMATORIA	0	0	25	0	34	0	22	0	81	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0	0	0	0	16	9	26	26	42	35
DEPRESIÓN	2	2	8	7	14	5	17	5	41	19
Enf. De la piel	13	17	10	8	0	0	0	0	23	25
Gastritis	0	0	8	0	8	10	9	2	25	12
AMIGDALITIS	14	8	5	4	0	0	0	0	19	12
Alteraciones de la gestación	0	0	4	0	3	0	0	0	7	0
TOTALES	195	176	133	83	87	45	87	57	502	361

Este comportamiento, expresa que del total de 1.706 personas valoradas durante el trabajo de campo, el 50.5%, equivalente a 863 personas, presenta alguna alteración en su salud física; al tiempo que se evidencia que la mayoría de las enfermedades encontradas (66%), son prevenibles, ó están asociadas a problemas del medio ambiente; llama la atención que el 43% de las personas afectadas se encuentra en el rango de edad infantil, con un comportamiento más o menos similar en ambos sexos; mientras que en los demás grupos de edad, la población principalmente afectada es la población femenina.

Como parte del análisis, frente a los hallazgos médicos, y particularmente en lo referente a las afecciones respiratorias, que ocupan el primer lugar, se puede concluir que sigue siendo la patología de más frecuente presentación especialmente en individuos preescolares, adolescentes y adultos jóvenes, lo cual podría tener diversas explicaciones atendiendo al grupo etáreo de referencia, así cuando miramos este cuadro en lactante mayor y preescolar bien podemos suponer un grado importante de inmadurez inmunológica la cual sumada a una pobre nutrición y un entorno ambiental desfavorable hacen que se dispare dicha patología; cuando nos centramos en la población escolar, vemos como la pobre nutrición, malos hábitos de higiene y auto cuidado personal así como la presencia de contaminantes ambientales, llámese fumadores, cocina con leña mala condición y ubicación de la vivienda como una pobre cultura del manejo de las basuras son los principales causantes de esta patología.

En el adulto joven una pobre nutrición unas condiciones laborales adversas y un hábito temprano de consumo de tabaco y en no pocas ocasiones presencia o consumo de sustancia de carácter narcótico o irritantes químicos consumidos como forma de fármaco - dependencia son los principales responsables de esta alteración respiratoria sumado todo ello a la condición

de un clima cálido y seco, presencia de material orgánico volátil -tipo esporas y alérgenos biológicos naturales presentes en la vivienda, al igual que el hacinamiento por una familia extensa que debe ser albergada en un espacio reducido. Igualmente el pobre o nulo control de aguas negras y grises que a su vez son recontaminadas por basureros mal dispuestos presencia de roedores y moscas en la vivienda como producto del mal hábito higiénico, parecen ser los principales factores que se pueden mencionar como causantes de estas patologías.

Otro aspecto tenido en cuenta en el análisis del comportamiento de la morbilidad, es su distribución por comunas; sin embargo, no hay diferencias significativas, excepto para la comuna 10, cuya principal causa a diferencia de las otras cuatro comunas, no radica en enfermedades respiratorias, sino en la Helmintiasis Intestinal, que tiene una elevada tasa de incidencia en la población en edad preescolar, adolescente y adulto mayor, ello podría ser explicado por una parte, por la pobre infraestructura sanitaria, con que cuentan estas familias, lo cual permite un incremento en los factores de riesgo; sumado al hecho de que no se tiene un adecuado manejo de excretas y aguas negras. Un segundo factor a invocar, es el de la carencia de prácticas y hábitos higiénicos saludables por parte de estas personas; esto obedece en muchas ocasiones a la carencia de servicio de agua potable domiciliaria; sin embargo, entran en juego otros factores, tales como los socio culturales, idiosincrásicos, inadecuada disposición de la vivienda, pobre nivel cultural, hacinamiento, el mismo deterioro de su auto-imagen y de su auto-estima, al tener que enfrentar una penosa condición de carencia de recursos económicos que le permitan suplir normalmente sus necesidades de comida fresca y sana, entre otros.

Con respecto a la enfermedad pélvica inflamatoria, se puede sospechar su etiología en el mal hábito higiénico ligado a la idiosincrasia y/o a la posible promiscuidad sexual en estas mujeres por su condición de desprotección y carencia de recurso económico, ya que en una gran mayoría son mujeres cabeza de hogar, que han perdido sus esposos o se encuentran en abandono por parte de estos y deben asumir el compromiso económico, con una muy precaria preparación intelectual de extracción campesina, no preparadas para la vida urbana y que por su condición de desplazamiento deben afrontar; todo esto, sumado al hecho de llegar a una ciudad con muy limitada capacidad de generación de empleo productivo.

22.5. PRINCIPALES HALLAZGOS EN EL AREA DE ENFERMERIA

Durante el trabajo de campo, el profesional de enfermería centró su atención, hacia los componentes de protección específica, especialmente hacia la población infantil, en el componente de crecimiento y desarrollo; y al grupo de mujeres con acciones preventivas de cáncer de cuello uterino y de mama.

En este sentido, el resumen de las principales actividades y sus hallazgos, se presenta de la siguiente manera:

22.5.1. Crecimiento y Desarrollo

DISTRIBUCION DE NIÑOS Y NIÑAS ATENDIDOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Comuna	Desplazados								Receptores							
	Femenino				Masculino				Femenino				Masculino			
	0-5	6-18	> 19	Total	0-5	6-18	> 19	Total	0-5	6-18	> 19	Total	0-5	6-18	> 19	Total
C - 1	8	15	0	23	11	22	0	33	10	11	0	21	8	10	0	18
C - 6	36	25	0	61	47	28	0	75	6	8	0	14	10	6	0	16
C - 8	40	28	0	68	27	25	0	52	3	3	0	6	1	2	0	3
C - 9	32	27	0	59	34	28	0	62	8	6	0	14	7	6	0	13
C - 10	40	16	0	56	30	36	0	66	5	0	0	5	7	5	0	12
TOTAL	156	111	0	267	149	139	0	288	32	28	0	60	33	29	0	62

En total se atendieron en este componente, a 677 niños y niñas menores de 12 años, predominando el sexo masculino, lo cual corresponde con la distribución mostrada en la pirámide poblacional.

Según la escala abreviada del desarrollo, se encuentran como hallazgos significativos, que el 12% de esta población tiene algún grado de retardo en su desarrollo psicomotor. Las áreas del desarrollo más afectadas son la de motricidad fina adaptativa, la audición y lenguaje y la personal social que están directamente relacionadas con la inasistencia de los menores a servicios educativos o por que la edad del niño es superior al grado escolar al cual está inscrito; de acuerdo a la información obtenida durante las visitas, los niños se encuentran des escolarizados ó en un grado escolar que no corresponde al esperado para su edad, por varias razones, entre ellas el bajo rendimiento escolar o la falta de recursos económicos de los padres para vincularlos a una institución educativa. En todas las áreas del desarrollo prevalece el rango medio y en muy escasa medida el alto.

22.5.2. Prevención de Cáncer de Cérnix y Seno

En la siguiente tabla se presenta el resumen de procedimientos realizados tanto a población desplazada como receptora. Es de anotar que el total de procedimientos citológicos practicados, frente a la totalidad de población femenina atendida, es mucho menor, situación que se explica, porque al momento de la visita, se disponía de un resultado de citología reciente, ó no se encontraba la mujer en condiciones aptas para la realización del exámen.

Citologías y Exámen de Seno practicados, según grupo de edad, condición y comuna.

Comunas	Exámen de Seno						Citologías						Total	
	10-29		30-44		45 y más		10-29		30-44		45 y más			
	Des	Rec	Des	Rec	Des	Rec	Des	Rec	Des	Rec	Des	Rec	Des	Rec
1	18	0	11	0	9	0	3	0	5	0	1	0	47	0
6	22	7	13	5	17	4	5	1	6	0	4	1	67	18
8	29	2	21	2	10	1	3	0	3	0	1	0	67	5
9	35	16	32	17	17	11	7	5	6	2	1	2	98	53
10	13	5	7	4	3	2	8	0	7	0	5	0	43	11

TOTALES	117	30	84	28	56	18	26	6	27	2	12	3	322	87
---------	-----	----	----	----	----	----	----	---	----	---	----	---	-----	----

Si bien, no se practicó el examen a la totalidad de las mujeres, todas recibieron la información pertinente en cuanto a la prevención del cáncer de Seno y de Cervix, al tiempo que se ilustró a las mujeres, frente a la realización del auto-examen de seno.

Como aspecto satisfactorio en la ejecución del programa, que permite dar cuenta de los efectos positivos en el acercamiento de los servicios al lugar de habitación de las familias, es el hecho que, las citologías tomadas de primera vez, fueron realizadas a personas renuentes a acceder a los servicios de salud o que por el contrario en el lugar donde vivían anteriormente no tenían acceso a ellos.

Los hallazgos indicativos de alteraciones en alguno de estos componentes, se presentaron en un porcentaje bajo de población, menos del 1% para masa en seno, equivalente a cuatro mujeres; y 7% para patología cervical, equivalente a 28 mujeres; ocho de estas mujeres, es decir el 29%, presenta patología compatible con algún grado de malignidad, por lo cual debieron ser transferidas a un nivel de mayor complejidad en la atención de salud.

Como parte del análisis en esta parte del informe, se destaca, que si bien se trata de un número pequeño de mujeres afectadas, 32 en total, no puede afirmarse que el impacto de estos eventos sea menor, puesto que se trata de mujeres que en la totalidad de los casos no supera los 34 años de edad, lo cual reviste un grado de importancia alto, tanto para la estructura familiar y social, como para la dinámica productiva y económica de estas familias, al tiempo que permite prever el incremento en los costos de atención en salud destinados para esta población.

22.6. HALLAZGOS EN EL COMPONENTE ODONTOLOGICO

Durante el desarrollo del programa, se realizaron diferentes actividades, una de las cuales, es la consulta por primera vez de odontología; en este sentido, la población atendida por primera vez en el servicio de odontología, se presenta en el siguiente cuadro.

PERSONAS ATENDIDAS EN SALUD ORAL SEGÚN COMUNA, CONDICION, SEXO Y EDAD

Comuna	Desplazados								Receptores							
	Femenino				Masculino				Femenino				Masculino			
	< 9	10-29	30-44	>45	< 9	10-29	30-44	>45	< 9	10-29	30-44	>45	< 9	10-29	30-44	>45
C - 1	17	23	10	8	16	16	7	9	0	0	0	0	0	0	0	0
C - 6	31	51	23	11	38	36	12	11	8	11	9	1	9	11	5	1
C - 8	37	44	17	8	30	34	5	13	9	2	1	3	3	1	1	0
C - 9	34	57	19	20	38	38	14	13	15	12	10	5	16	12	4	3
C - 10	31	61	36	3	18	29	18	1	0	13	4	0	5	7	0	1
TOTAL	150	236	105	50	140	153	56	47	32	38	24	9	33	31	10	5

Se observa que en este componente, predomina, la atención a la población joven que se encuentra en el rango de edad de 10 a 29 años, con un total de 458 personas atendidas; siguiendo en orden de frecuencia, la población menor de 9 años (355); predominando en ambos grupos el género femenino.

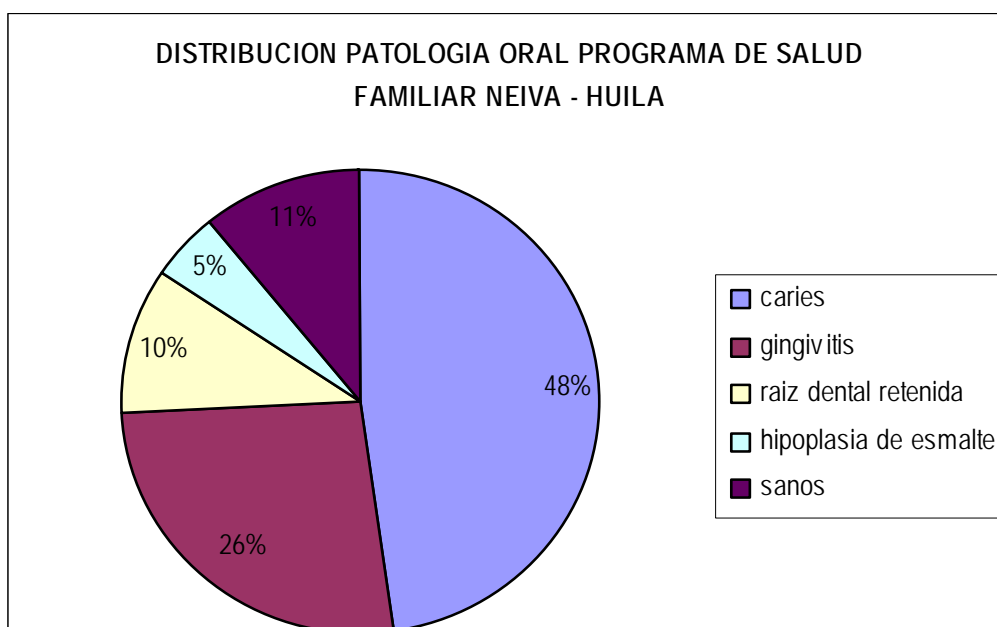
Se destaca en este componente, que el 95% de la población atendida presenta alguna patología odontológica, siendo la de mayor frecuencia la caries dental, la cual está presente en cerca del 80% de las personas atendidas.

Con el programa se pudo detectar, que la gran mayoría de las personas desplazadas, desde su llegada a la ciudad no han contado con el servicio odontológico, al tiempo que se encuentran personas afectadas por más de una patología.

En cuanto a las patologías que tienen que ver con la parte periodontal, encontramos que en el 44% de los pacientes, se presenta gingivitis simple y crónica, presentándose la simple en menores de 15 años y la crónica en mayores de 15 años.

De igual manera, es importante recalcar la presencia de patologías como la hipoplasia del esmalte la cual se encuentra, principalmente en personas entre 3 y 15 años, provenientes de las zonas de Vega Larga, Colombia, Gigante y Algeciras; esto se puede deber a una elevada ingesta de flúor de esta población, tomado especialmente del agua que se consume en tales regiones de origen. Esta patología representa en promedio el 8%, frente a la totalidad de patología oral; con una distribución desigual en las comunas, resultando principalmente afectadas las comunas 10, 9 y 1.

En el siguiente gráfico se observa la distribución general de las patologías, según el consolidado total de atenciones realizadas en el programa de salud familiar, ejecutado en Neiva – Huila.



La distribución general de estas patologías, según edad y sexo, reportan un rango alto de importancia para la población infantil y adolescente, afectando principalmente a la población femenina, incluyendo las mujeres embarazadas.

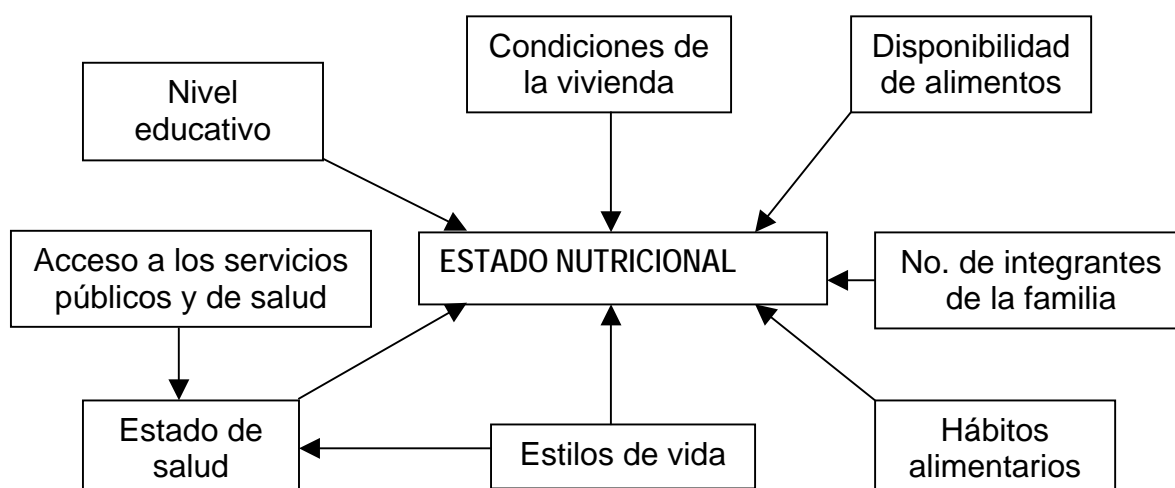
Con respecto a la categoría de paciente sano, es importante señalar, que paciente sano también es aquel que presenta prótesis total superior e inferior, bien adaptada y que no presenta ningún problema en sus encías. En este orden de ideas, la proporción de esta población con respecto a la población que reporta una ó más patologías, es considerablemente baja (solamente el 11% de personas atendidas).

22.7. HALLAZGOS DEL COMPONENTE NUTRICIONAL

La alimentación como necesidad básica fundamental para la supervivencia, debe ser tomada en cuenta en cada una de las etapas establecidas para la atención hasta el restablecimiento de la población en sus patrones de vida. Por otra parte es importante reconocer la posibilidad que brinda la alimentación para crear o fortalecer un soporte organizativo para garantizar la utilización óptima de los recursos externos y potenciar la reconstrucción de la confianza y la solidaridad entre cada uno de los miembros de la comunidad y en las familias.

El manejo nutricional debe partir de un diagnóstico para los diferentes grupos etáreos priorizando en los más vulnerables; identificando las condiciones de la infraestructura física de la vivienda, servicios y dotación, la composición familiar y el número de sus integrantes, así como la identificación de los alimentos de mayor consumo o acceso, a partir de lo cual se pueden establecer las necesidades reales; en este sentido, en el programa de Salud Familiar, se utilizó como herramienta de apoyo diagnóstico el diagrama que se presenta a continuación.

Factores condicionantes del estado nutricional



La desnutrición es el conjunto de signos y síntomas de deterioro físico, caracterizado por déficit de reserva proteica y/o calórica y esta condicionada por factores sociales, económicos y políticos que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.

Las relaciones antropométricas más comúnmente utilizadas para la valoración nutricional son: peso para la edad (P/E), talla para la edad (T/E) y peso para la talla (P/T), los tres son indicadores de crecimiento.

La relación de peso para la edad (P/E) expresa el riesgo de desnutrición global, es decir, el grado de adecuación del peso alcanzado con relación a la edad del niño. Factores de riesgo como el bajo peso al nacer, inadecuadas prácticas alimentarias durante la lactación, falta de acceso económico a una canasta básica de alimentos condicionada por bajos ingresos familiares, así como hábitos alimentarios inadecuados y el impacto de las enfermedades infecciosas sobre el estado nutricional de los menores afectan directamente este indicador.

La relación de peso para la talla (P/T) es una medida que refleja más rápidamente las variaciones agudas en el estado nutricional, los cambios en el peso reflejan el balance de energía, proteínas y agua. Permite valorar el estado nutricional actual, identifica el riesgo de desnutrición aguda, actual o agudizada (grado de malnutrición alcanzado en corto tiempo), un peso disminuido con respecto a la talla puede reflejar una reserva grasa, proteica, o ambos disminuida.

Este indicador sólo mide la adecuación del peso respecto al ideal para la talla que tenga el sujeto, independientemente si ésta se encuentra o no afectada, nos informa sobre los cambios ocurridos en la composición y proporcionalidad corporal, a expensas de los cuales se ha logrado la adecuación del peso para la talla.

La talla para la edad (T/E) es un indicador de retraso de crecimiento. La talla disminuida con respecto a la edad constituye un indicio de malnutrición previa o riesgo de desnutrición crónica. Los periodos más cortos de malnutrición afectan solamente el peso con relación a la talla, pero cuando se afecta el crecimiento en talla nos indica periodos más largos de malnutrición.

Los indicadores de crecimiento y desarrollo no ofrecen un diagnóstico de riesgo cuando sus mediciones son realizadas en un momento específico, dado que se desconoce el ritmo de crecimiento de cada individuo, por lo cual se requiere de la continuidad en la toma de estos indicadores para confirmar el diagnóstico, sin embargo, no deben descartarse y por el contrario pueden servir de línea de base.

Las mediciones de peso y talla en menores de 18 años son comparadas con normas internacionales como los datos por la NCHS National Center For Health Statistics (Centro Nacional de Estadísticas en Salud) de los Estados Unidos, los cuales han sido comparados y adaptados a la situación particular de los países de América del Sur. Por otra parte, para la población mayor de 18 años el indicador más validado es el IMC (Índice de Masa Corporal), el cual establece una relación

entre la talla y el peso actual del individuo, la clasificación del estado nutricional según IMC es el siguiente:

Clasificación nutricional para adultos según IMC

INTERPRETACIÓN	IMC
DEC 3 grado	< 16
DEC 2 grado	16-17
DEC 1 grado	17-18.5
Normal Bajo	18.5-20
Normal	20-25
Sobrepeso	25 – 30
Obesidad I	30 – 40
Obesidad II	> 40

En la valoración del estado nutricional de las gestantes se emplea el nomograma para establecer la relación peso/talla de la mujer y se ubica y clasifica en las tablas de Rosso y Mardones, diagnosticando como: bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad, según el porcentaje de peso actual con relación al ideal para las semanas de gestación de la mujer.

A continuación se presentan las tablas que resumen los principales hallazgos reportados en este componente, de acuerdo a los grupos de edad y la clasificación por tipo de riesgo nutricional.

22.7.1. Distribución de menores de 5 años según Clasificación nutricional y comuna Programa de Salud Familiar Neiva-Huila 2003

Clasificación nutricional		No. de comuna y participación porcentual según tipo DNT				
		1	6	8	9	10
Riesgo a DNT Global P/E	Normal	29,4	38,8	34,7	39	30,8
	Leve	42,4	28,8	38,9	36,6	43,6
	Moderada/severa	25,9	30	26,4	24,4	25,6
	Peso alto para la edad	2,4	2,5	0	0	0
Riesgo a DNT Aguda P/T	Normal	61,2	53,7	55,6	48,8	60,3
	Leve	31,8	33,7	25	34,1	33,3
	Moderada/severa	4,7	10	19,4	14,6	5,1
	Sobrepeso	2,4	2,5	0	2,4	1,3
Riesgo a DNT Crónica T/E	Normal	56,5	58,7	61,2	68,3	57,7
	Leve	34,1	27,5	21,2	24,4	30,8
	Moderada/severa	9,4	12,5	2,4	7,3	11,5
	Talla alta para la edad	0	1,2	0	0	0

Las comunas principalmente afectadas en su población menor de cinco años, por el riesgo de desnutrición global ó bajo peso para la edad, son la 10 con un

69.2% y la 1 con un 68.3% con respecto a su propia población; sin embargo el comportamiento varía, al tomar como referente a la población total menor de cinco años atendida por el programa, y en este sentido las comunas que ocupan los primeros lugares son la 8 y la 10, siendo estas a su vez, las comunas que presentan mayor inseguridad alimentaria, ya que no disponen de alimentos suficientes para satisfacer sus necesidades nutricionales.

Sin embargo, otro es el comportamiento, al observar el grado de severidad de este tipo de desnutrición, siendo en este caso la de mayor incidencia en cuanto a la desnutrición global severa, la comuna No. 6, la cual reporta un 30% de sus menores en esta condición. Cabe anotar, que si bien el riesgo de desnutrición global leve, presenta mayor incidencia en casi todas las comunas, si esta no es tratada en forma oportuna, puede conllevar a agudizar los problemas nutricionales que actualmente presentan estos individuos.

Como aspecto importante de análisis, para este componente, es el hecho que los datos aquí presentados, superan ampliamente las proyecciones disponibles a nivel nacional, que reportan una tendencia en el riesgo de la desnutrición global, en menores de cinco años, inferior al 9%.

En cuanto al riesgo de desnutrición aguda o bajo peso para la talla, que es la misma desnutrición actual, se observa una alta incidencia principalmente en las comunas 9 y 8. En este componente, aparece un porcentaje bajo de población calificada con sobrepeso, situación que se presenta generalmente por una compensación del peso para la estatura y no necesariamente por exceso de peso para la edad.

En general, un poco más de la mitad de los menores de cinco años, se encuentra en el rango de peso adecuado para la talla, sin embargo, esto se debe más a la compensación del peso para la estatura actual, que para la estatura ideal según la edad, este hecho es relevante, más aún cuando en esta población se hacen evidentes los procesos crónicos de desnutrición.

El análisis para este grupo de edad, finaliza con la descripción del comportamiento en el riesgo a desnutrición crónica, la cual afecta considerablemente a las cinco comunas en proporciones similares. Llama la atención, que un poco más del 36% de la población menor de cinco años, se encuentra afectada, triplicando los datos que a nivel departamental se han calculado, los cuales llegan al 18.9%.

**22.7.2. Distribución del grupo de 5 a 18 años según
Clasificación nutricional y comuna
Programa Salud Familiar
Neiva-Huila 2003**

Clasificación nutricional		No. de comuna				
		1	6	8	9	10
Riesgo a DNT Global	Normal	33,9	39,5	31,6	26,9	28,3
	Leve	28,3	34,5	31,6	26,9	29,1

P/E	Moderada/severa	33,9	21	33,3	41	40,2
	Peso alto para la edad	3,9	3,4	3,4	5,1	2,3
Riesgo a DNT Aguda	Normal	66,9	62,1	59,8	56	70
	Leve	21,3	21,8	25,6	25	23,6
	Moderada/severa	5,5	4,2	10,3	9	2,4
	Sobrepeso	6,3	10,3	4,3	10,4	3,9
Riesgo a DNT Crónica	Normal	52,8	57,1	59,8	53	48,8
	Leve	30,7	29,4	27,6	36	37,8
T/E	Moderada/severa	16,5	12,6	4,7	10	18,9

Las alteraciones en la situación nutricional para los mayores de cinco años tiene menor incidencia que la de los menores de cinco años a pesar de compartir las condiciones ambientales y nutricionales; sin embargo en el análisis, es necesario tener en cuenta que en este periodo de vida las necesidades nutricionales se hacen menores y por lo tanto la deprivación aguda de alimentos, no afecta tan rápidamente el estado nutricional, por lo cual se enmascara la problemática.

No obstante, los datos reflejan una situación tan dramática como en el grupo anterior, donde en promedio, se registra que el 64% de la población ubicada en este rango de edad, se encuentra en riesgo de desnutrición global, frente al 21.1% referente proyectado a nivel nacional¹⁷.

Por otra parte, el grado de severidad está más acentuado en este grupo etáreo, particularmente en las comunas 10, 9 y 8; este hecho puede ser explicado como consecuencia de la constante deprivación alimentaria en que se encuentra esta población, lo cual implica una reincidencia de procesos de desnutrición global a través del tiempo, generalmente asociados a problemas estructurales que persisten como: el inadecuado tratamiento del agua potable, el bajo nivel educativo y cultural, la actividad económica estancada y los altos índices de contaminación ambiental de diversa índole.

En este caso, es necesario considerar que de prolongarse estos estados de deprivación alimentaria, los problemas nutricionales se agudizarán, pudiéndose incrementar el número de casos en los cuales se reporta bajo peso para la edad. Esta situación es aún más preocupante, toda vez que una amplia franja de población desplazada se encuentra en este rango de edad, teniendo entonces claras implicaciones en términos del desarrollo humano para el Municipio.

Con respecto al Riesgo de esta población para la Desnutrición Aguda y Crónica, las comunas 8, 9 y 10 continúan siendo las más afectadas, situación que es indicativa del grado de hambruna que padece la población, particularmente de los asentamientos, situación que se evidencia en el incremento proporcional del grado de severidad.

¹⁷ Ministerio de Salud. Política Nacional de Nutrición y Alimentación – Boletín Nacional año 2.001

Las oportunidades existentes, en este grupo etáreo, para el acceso a la alimentación, son ligadas a la posibilidad para acceder al sistema educativo, y por ende al servicio de restaurantes escolares; sin embargo, esta ayuda no es suficiente para atender la problemática cada vez más creciente, puesto que el 42% de los menores de 18 años es población desescolarizada.

**22.7.3. Distribución de la población masculina adulta según
Clasificación nutricional y comuna
Programa Salud Familiar
Neiva-Huila 2003**

Clasificación nutricional	No. de comuna				
	1	6	8	9	10
DNT	2	0	3,4	4	2,3
Normal Bajo	44,6	65,9	51,7	98	50
Normal	46,5	12,7	20,7	12	18,2
Sobrepeso	18,8	21,2	24,1	12	25
Obesidad	17,8	0	0	4	4,5

La población masculina adulta actualmente presenta un estado nutricional considerado dentro de parámetros normales; sin embargo la incidencia de bajo peso para la estatura es importante en las cinco comunas. Por otra parte, se encuentra que el sobrepeso y la obesidad son más relevantes en la comuna 1, situación que incrementa el riesgo cardiovascular.

Se observa en la generalidad de las familias, que el patrón de consumo no varía significativamente ya que la alimentación es basada en productos de alto valor energético (arroz, tubérculos y plátanos, panela y azúcar), siendo ocasionalmente consumidos, los alimentos de origen proteico, entre los que se cuentan como de mayor consumo, el huevo y las vísceras.

**22.7.4. Distribución de la población femenina adulta según
Clasificación nutricional y comuna
Programa Salud Familiar
Neiva-Huila 2003**

Clasificación nutricional	No. de comuna				
	1	6	8	9	10
DNT	4,3	0	0	1,9	2,9
Normal Bajo	50	42,8	40,3	48	35,7
Normal	24,3	22	16,1	8	17,1
Sobrepeso	18,6	27,2	22,6	33	30
Obesidad	2,9	7,7	21	10	12,9

Como se puede observar en la tabla anterior, la situación nutricional en la población femenina es inversa con respecto a la de los hombres, presentándose con menor frecuencia el adecuado estado nutricional, con una mayor incidencia en el bajo peso para la talla.

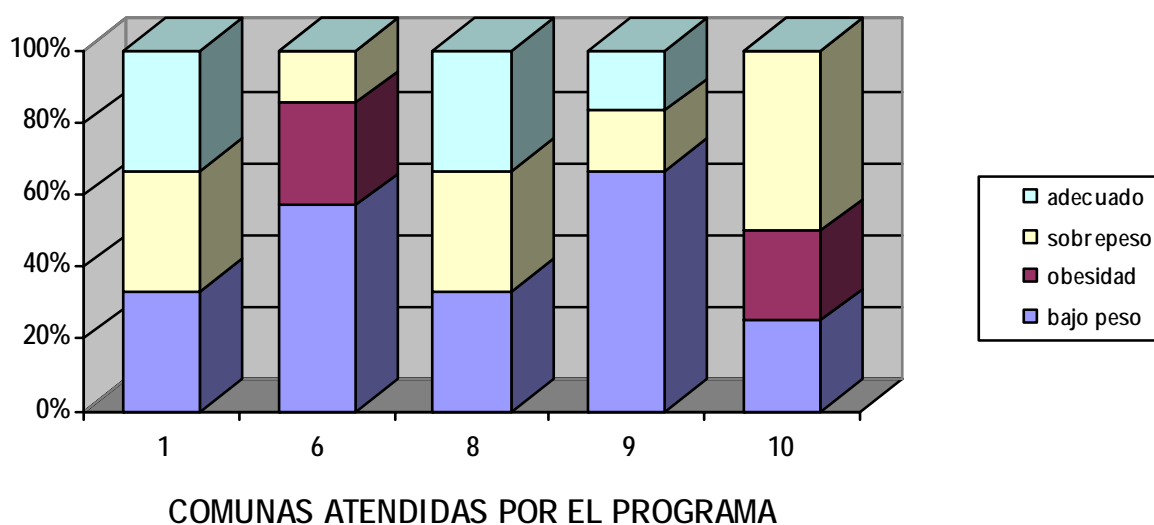
Con respecto al sobrepeso y la obesidad, se presenta generalizada en las cinco comunas, con lo cual podemos afirmar que los problemas nutricionales, para este grupo poblacional, se presentan tanto por déficit como por exceso, debido principalmente a los inadecuados hábitos alimentarios.

22.7.5. Análisis para el grupo de Mujeres Gestantes

Se atendieron en el componente de Nutrición 24 mujeres gestantes, las cuales se encuentran principalmente afectadas por el bajo peso gestacional. Llama la atención que 4 de las 24 mujeres gestantes son adolescentes, encontrándose en situación de alto riesgo, dado también por su condición de bajo peso gestacional. Por otra parte, el grupo de mujeres que se encuentra en el grupo de sobre – peso, obedece particularmente a su bajo nivel de diversificación en la dieta, consumiendo generalmente productos de alto valor energético y muy poco valor proteico, que es el grupo de alimentos de mayor requerimiento en el período gestacional.

La situación que refleja el siguiente gráfico, permite prever una condición de alto riesgo, para la salud física y el desarrollo humano, no solamente para este grupo de mujeres, sino también para sus hijos, puesto que se evidencia en la totalidad de las comunas una afectación importante por el bajo peso gestacional, el sobrepeso y la obesidad.

RIESGO NUTRICIONAL EN MUJERES GESTANTES



22.7.6. Diagnóstico de Disponibilidad de Alimentos

El conocimiento de la dieta y los hábitos alimentarios de la población es esencial en todo estudio de nutrición humana. Estos están enmarcados en los antecedentes socio-culturales y económicos de cada grupo en referencia. La información sobre disponibilidad de alimentos es importante para la formulación de políticas agrícolas o programas de educación alimentaria.

La alimentación en tiempos de crisis como la que enfrenta la población desplazada, se afecta por factores como las variaciones tanto en el costo como en la disponibilidad de alimentos, por lo que es de esperar que haya un cambio en los hábitos alimentarios.

Es así como dependiendo del ingreso familiar (el cual es inestable y bajo) y teniendo en cuenta la composición familiar, la adquisición de alimentos se orienta a aquellos productos que satisfacen la necesidad de alimentarse pero que no permiten una dieta variada, adecuada, suficiente y equilibrada.

Durante el desarrollo del programa, se encontró que los alimentos obtenidos, son generalmente de bajo costo y fuentes de calorías como son cereales y derivados, tubérculos, plátanos y azúcares, limitando notoriamente el consumo de alimentos fuentes de proteínas, vitaminas y minerales como lo son los lácteos, carnes, huevos, verduras y frutas.

Los factores que determinan este patrón de abastecimiento en las familias son, el costo en el mercado, la carencia de un sistema de almacenamiento efectivo como son el refrigerador, congelador, alacenas, etc., la condición climática de la ciudad de Neiva y las condiciones insalubres en las cuales viven estas familias; todos estos son factores que aceleran los procesos de deterioro rápido de los productos para el consumo.

En el hogar la disponibilidad y el consumo de alimentos están condicionados por el abastecimiento local, por la capacidad adquisitiva de la familia para obtener los alimentos en el mercado o para producirlos, el conocimiento y la percepción que se tenga de los mismos. Cada una de estas condiciones depende de una serie de factores, así la capacidad adquisitiva familiar esta asociada al nivel de ingreso y a la variación de los precios en el mercado. Además, el nivel cultural, las costumbres y la información que tengan los consumidores influye en la adquisición de ciertos alimentos, en su preparación y la distribución intra-hogar.

Otras variables tenidas en cuenta en el programa, que contribuyen al panorama de riesgo tanto nutricional, como social en estas familias, son la manera como se obtienen los alimentos, en cabeza de quién está dicha obtención, la manipulación y almacenamiento de los alimentos y su relación con las condiciones de la vivienda y el acceso a servicios públicos.

En este sentido, se encuentra que el 66% de las familias visitadas, se ubican en asentamientos reportándose de esta manera una condición importante de desventaja para la disposición y manipulación adecuada de los alimentos. En estos asentamientos, se carece de servicios básicos como el de agua potable y alcantarillado, las viviendas son construidas con materiales inadecuados, tipo

cambuche, caracterizadas por piso en tierra y paredes y techo, en paroid, láminas, plástico u otros materiales; generalmente el espacio destinado para la cocina, es a campo abierto o protegido con fibras sintéticas o telas asfálticas, las cuales no permiten limpieza adecuada, estas cocinas están ubicadas cerca de los dormitorios, letrinas y zonas abiertas y en algunos casos expuestas a la intemperie; todos estos factores ligados a las condiciones físicas de las viviendas, ofrecen riesgos altos para la contaminación de los alimentos y no permiten su adecuada conservación.

Desde el punto de vista del manejo otorgado a los alimentos, éste se realiza de manera inadecuada, empezando por el agua utilizada para el consumo, la cual generalmente no es tratada, solamente el 27% de las familias visitadas manifiesta hervir el agua para el consumo y el 18% la conserva en un recipiente tapado, hecho que pudo ser constatado durante las visitas de campo; sumado a esto, el 42% de las familias no disponen de menaje suficiente y adecuado para la preparación y distribución de los alimentos, siendo utilizados, en algunas oportunidades, recipientes no aptos para la preparación de alimentos, como tarros de pintura, entre otros.

En cuanto a la obtención de los alimentos, generalmente está en cabeza de los padres, sin embargo en el 44% de los casos participan todos los miembros de la familia y se basa principalmente en productos de alto valor energético como el arroz, tubérculos y plátano, así como panela y azúcar; son pocos los alimentos de origen proteico, siendo los de mayor consumo, el Huevo y las vísceras; los lácteos son consumidos esporádicamente y son repartidos principalmente entre los niños menores de 5 años. La madre es quien asume el rol en la preparación de los alimentos, sin embargo los niños participan en esta actividad en un 30% de los casos, lo cual resta posibilidades para la diversificación del menú.

Uno de los resultados alcanzados por el programa en el área de Nutrición, y que se relaciona con la gestión Inter.-institucional, tiene que ver con la estrecha coordinación que se mantuvo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF, con el cual pudieron ser focalizados 64 niños y niñas de la comuna 6 y 34 niños y niñas de la comuna 9 para ser incluidos en el programa de desayuno fortificado de esta Institución, de igual manera, la vinculación de 26 mujeres a los programas FAMI y el suministro de Bienestarina como complemento alimentario para estas familias.

23. RESULTADOS EN EL COMPONENTE DE PROMOTORES DE DESARROLLO LOCAL

Los promotores de desarrollo local, tuvieron dos énfasis para su desempeño, por una parte la formulación de pequeños proyectos¹⁸, tendientes a satisfacer algunas de las necesidades más apremiantes identificadas mediante la construcción de los diagnósticos comunitarios de las cinco comunas atendidas por el programa; y por otra parte, la focalización de las 500 familias a ser

¹⁸ Las fichas resumen de los proyectos, se anexan al presente documento.

atendidas por el programa, y el respectivo seguimiento una vez realizada la visita por parte del equipo profesional de la salud.

La focalización de las familias a ser incluidas en el programa, se realizó sobre la base de criterios de priorización, que fueron construidos de manera colectiva. Durante este proceso, los promotores de desarrollo local, aplicaron el instrumento de “Información Básica Familiar”, que incluye algunas variables de tipo social fundamentales a la hora de realizar análisis en materia de salud.

A continuación se presenta un resumen de la caracterización encontrada en cada comuna, al tiempo que se realiza un estimativo en la cobertura y acceso a los servicios de salud, en el marco del sistema general de seguridad social.

23.1. CARACTERIZACION DE LA POBLACION SEGÚN VARIABLES SOCIALES

NIVEL ESCOLAR				SEGURIDAD SOCIAL - SALUD				OCUPACIÓN		
NINGUN	PRIM	SEC.	TECN. O SUP	VINC.	SUBS	CONT	NO	EMPLEO INFORMAL	DESEMPLEO	SUBEMPLEO
11%	56%	31%	2%	46%	23	8	23	35	59	6

Fuente: Información procesada proveniente de los Registros de Información Básica Familiar. Programa de Salud Familiar ejecutado en Neiva – Huila. Junio – Diciembre de 2.003.

Como puede observarse en la tabla anterior, un porcentaje muy alto de población – 56% - se ubica en el nivel de escolaridad de la primaria, información correspondiente principalmente a la población adulta. En cuanto a la educación secundaria, la población expresa que son los problemas económicos y la desmotivación frente al sistema educativo, las principales causas del bajo porcentaje de vinculación en este nivel. Los niveles de analfabetismo se expresan en el 11% de la población, y solamente un 2% ha cursado un nivel técnico ó profesional.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la educación en el desarrollo integral del individuo y las comunidades, así como las ventajas que otorga en el campo laboral, familiar y social, es posible concluir que los miembros de las familias desplazadas se encuentran en una situación de grave desventaja social evidenciada a su vez, por los bajos niveles de vinculación laboral formal y las mínimas oportunidades para insertarse a la dinámica urbana, dado por el bajo nivel técnico y profesional, equivalente únicamente al 2% de la población.

Es relevante en estas familias, su situación de inestabilidad económica, derivada del amplio grado de desempleo e informalidad, caracterizada por el sub-empleo, las ventas ambulantes y trabajos esporádicos en construcción, carpintería y pintura entre otros. Por otra parte, se resalta la pérdida cada vez mayor del capital humano, teniendo en cuenta que la mayor parte de estas familias son de extracción campesina, que no encuentran en las políticas de reubicación otorgadas por el Estado, garantías para dirigirse hacia el sector rural.

Desde el punto de vista del Sistema General de Seguridad Social, el 46% de esta población aparece como “Vinculada”, siendo el 28% perteneciente al Municipio de Neiva y el 18% perteneciente a otros municipios, del Huila, Caquetá, Cauca y Tolima.

También se destaca el 23% de población afiliada al régimen subsidiado, siendo las principales ARS, CAPRECOM, HUMANAVIVIR, CAJASALUD, ECOOPSOS Y CAFESALUD; sin embargo, hay un porcentaje igualmente alto, el 23% que no tiene ningún tipo de vinculación, determinado en parte por la falta de documentos de identidad, que les permitan acreditarse ante el Estado.

Pese a que los datos reflejan unas posibilidades en términos de vinculación a algún tipo de régimen de seguridad social en salud, el conjunto de condiciones socioeconómicas en las que se encuentran estas familias, permiten inferir un claro deterioro en su calidad de vida.

Las condiciones socioeconómicas, presentadas en esta parte del informe, y de saneamiento ambiental, presentadas en el análisis nutricional, son totalmente desfavorables para el mantenimiento y cuidado de la salud, por lo cual se plantea un gran interrogante frente a las posibilidades reales de promover salud en un contexto de pobreza como el que viven estas familias.

23.2. VISITAS DE SEGUIMIENTO:

La visita de seguimiento, en el programa de Salud Familiar, es una de las estrategias más importantes como factor de éxito, frente al mantenimiento de la salud por parte de las familias; se trata de una actividad ejercida por el equipo de promotores de desarrollo local, la cual está centrada en la verificación de cambios de actitud en las familias para mantener su salud, a partir de los compromisos asumidos durante las visitas por parte del equipo de profesionales de la salud.

Es importante resaltar, que como producto del trabajo realizado por el equipo de profesionales, la familia asume uno ó varios compromisos frente al mantenimiento de su salud – salud familiar -, el cual es plasmado en un formato diseñado para tal fin; esta plantilla es utilizada como documento base para las visitas de seguimiento, al igual que otro instrumento ó guía de seguimiento que incluye aspectos relevantes de la vivienda, como condicionantes para el mantenimiento de buenas condiciones de salud.

El programa de Salud familiar, pretende garantizar a cada familia tantas visitas de seguimiento, como sea posible, con el fin de reforzar de manera permanente, por parte de un líder comunitario, el deber primario que tiene la familia en la producción social de la salud.

VISITAS DE SEGUIMIENTO POR COMUNA – PROGRAMA SALUD FAMILIAR

COMUNA				familias sin seguimiento
--------	--	--	--	--------------------------

	familias programadas			Por cambio de domicilio	Otros motivos
1	56	34	17	0	5
6	92	70	9	8	5
8	84	43	13	11	17**
9	89	4	68	10	7
10	107	0	61	6	40
TOTALES	428	121	198	35	74

Fuente: Informes mensuales de promotores de desarrollo local – Fichas de seguimiento diligenciadas. Programa de Salud Familiar ejecutado en Neiva – Huila. Junio – Diciembre de 2.003.

Es de anotar que tanto en la comuna 1 como en la comuna 8, se contó con la activa participación de los estudiantes de último año de la Facultad de Medicina de la Universidad Sur-Colombiana, quienes ejercieron un papel de reforzamiento, con las familias, particularmente fomentando acciones para la prevención y el control del riesgo cardiovascular, así como de enfermedades infecciosas susceptibles de ser desarrolladas en este tipo de ambientes. Esta vinculación Universitaria, ha sido valorada tanto por las familias como por el equipo de promotores de desarrollo local y los profesionales de la salud, como una experiencia positiva en el marco del programa.

Como resultado de las visitas de seguimiento, se tiene que de la totalidad de familias con tres ó más seguimientos, en el 40% de ellas, equivalente a 49 familias, se observa un cambio de comportamiento positivo, adoptando comportamientos favorecedores para su salud, con lo cual se denota una aceptación a las observaciones y recomendaciones realizados por parte de los promotores en las visitas de seguimiento, al tiempo que se pone de manifiesto su disposición para asumir los compromisos pactados durante las visitas del equipo de salud.

En 20 de estas familias, se empezaron a registrar cambios y comportamientos favorecedores para el mantenimiento de la salud, desde el primer contacto de seguimiento, situación que se mantuvo durante las demás visitas.

Por otra parte, de las 198 familias con uno ó dos seguimientos, se observa un comportamiento fluctuante entre positivo y negativo y frente al cumplimiento de compromisos, pues éste es parcial y además intermitente; es de anotar, que no siempre se tuvo la posibilidad de verificar la información suministrada, puesto que en un 18% de los casos, no se pudo tener contacto con adultos en la vivienda.

Este hecho ha sido analizado al interior del programa como uno de los riesgos más importantes a que se expone la población infantil, al tener que permanecer solos, sin el cuidado de un adulto, durante largas jornadas de tiempo.

Los principales cambios registrados durante las visitas, tienen que ver con las condiciones de aseo al interior de la vivienda, así como en el aseo corporal y la mayor dificultad identificada, continúa siendo su imposibilidad para acceder a alimentos adecuados según los requerimientos nutricionales.

Con el fin de hacer visibles los cambios que empiezan a darse en estas familias, y hacer un reconocimiento público a su esfuerzo, se organizó por parte de los dos equipos humanos vinculados al programa, la realización de los llamados “Festivales de la Salud”, destacándose la vinculación por parte de 28 organizaciones sociales, públicas y privadas, así como del sector empresarial; dicha vinculación permitió hacer entrega de obsequios a manera de premios, a las familias destacadas en el cumplimiento de sus compromisos y en la adopción de comportamientos y actitudes positivas en salud.

Otra manera de actuar desde el componente de Desarrollo Local, en el programa de Salud Familiar, para hacer visible la problemática de la comunidad en situación de desplazamiento, ha sido incursionar en los escenarios de la Planificación Participativa existentes en las comunas.

En esta dinámica, lo que se ha logrado es una sensibilización cada vez mayor, en torno a los temas relacionados con el fenómeno del desplazamiento, y la necesidad de unir esfuerzos en el planteamiento de alternativas, tendiente a satisfacer las problemáticas identificadas durante el desarrollo del programa.

SEXTA PARTE: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Las principales problemáticas de salud, que afronta la población desplazada y receptora en Neiva, se relacionan con patologías prevenibles de origen infeccioso, como las afecciones respiratorias y parasitarias; de orden nutricional como el bajo peso gestacional y el riesgo de desnutrición aguda y crónica; y enfermedades orales prevenibles como la caries y la gingivitis.
- El mayor grado de vulnerabilidad en salud, recae sobre la población infantil, siendo ésta, la población principalmente afectada por

enfermedades prevenibles, a la vez que presenta el mayor riesgo de desnutrición crónica, donde un poco más del 36% de la población menor de cinco años, se encuentra afectada, triplicando los datos que a nivel departamental se han calculado, los cuales llegan al 18.9%.

- El acceso a los servicios de salud, por parte de la población afectada por el fenómeno del desplazamiento, está determinado por factores socio-económicos de las familias y estructurales del sistema de atención en salud.
- Las condiciones socioeconómicas y de saneamiento ambiental, en las cuales conviven las familias atendidas por el programa, son totalmente desfavorables para el mantenimiento y cuidado de la salud, por lo cual se plantea un gran interrogante frente a las posibilidades reales de promover salud en este contexto de pobreza, sin penetrar la dinámica propia del desarrollo social micro-local.
- Durante el proceso de sistematización de la experiencia, se ha hecho visible el grado de aceptación que tuvo el programa entre las familias, al tiempo que se pudo registrar durante las visitas de seguimiento, cambios positivos y favorecedores de la salud en un buen número de ellas.
- La propuesta metodológica para el trabajo de campo, el desarrollo mismo del programa y la innovación con estrategias como la de los promotores de desarrollo local y la de los festivales de la salud, se han evaluado como positivas en la búsqueda de alternativas para la construcción de escenarios saludables.
- En este sentido, el programa es esencialmente un aporte al Sistema Municipal de Salud, que busca responder a las necesidades de atención en salud de su población.

RECOMENDACIONES

- La principal recomendación, está dirigida a los equipos municipales y regionales de salud, y a todas aquellas personas ó instituciones que deban atender la crisis que impone el desplazamiento, para que siempre busquen y encuentren, unas nuevas maneras de actuar, de la mano con la propia población afectada.
- Esperamos que esta publicación sirva de guía y referente, a estudiantes, políticos, técnicos, y a la comunidad en general, para hacer intervenciones positivas en salud, eficientes y humanizadas, involucrando los factores biológicos, psicológicos y sociales de la población afectada por el desplazamiento y la pobreza, y así poder entre todos y todas, contribuir a la construcción de escenarios saludables.

- La base evolutiva, económica y social del ser humano esta basado en la familia, y no en el individuo, por tal motivo recomendamos a los entes encargados de la administración y prestación de servicios en salud, para que se permitan cambiar la concepción personalizada y focalizada que se tiene del estado de salud, y puedan virar hacia un nuevo concepto centrado en la familia como ente constructor de salud.
- Finalmente, creemos que esta propuesta de programa de “Salud Familiar”, tiene algunas deficiencias; es por esto, que recomendamos a ustedes lectores y lectoras, ser muy críticos y cuidadosos en su lectura y más aún si deciden adoptarlo en la práctica.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIAS C. Liliana – DALLOS A. Marta I. Guía de Salud Familiar para atención de Desplazados. Publicación conjunta ASCOFAME, Municipio de Caicedonia y OIM. Bogotá, 2.002.
2. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL, Plan estratégico para el manejo del desplazamiento interno forzado por el conflicto armado, Bogotá, noviembre de 1999
3. Constitución Política de Colombia 1.991
4. Conceptos de Educación para la promoción de la salud. Ministerio de Salud, Programa de Educación para la salud. Bogotá, 1.994.

5. CONTRERAS, LOPEZ, RESTREPO. Lineamiento metodológico para la ejecución de un análisis sectorial en Promoción de la Salud. OPS, Washington, 1.995
6. ACNUR. Compendio de Documentos Relacionados con la Atención del Desplazamiento forzado por la violencia, entregado como material de estudio, durante el Diplomado de Políticas Públicas para el manejo de las Migraciones. Universidad del Valle, mayo de 2.002.
7. DECLARACION DE SANTA FE DE BOGOTA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD, Municipios Saludables, Ministerio de Salud Pública de Colombia, OPS. 1.991.
8. Ley 387 y Decreto 173 de enero 26 de 1998. Por el cual se adopta el plan nacional para la atención integral a la población desplazada por la violencia.
9. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Sistema de Indicadores Sociodemográficos para Colombia, 1.993.
10. El Movimiento de los Municipios Saludables en América. OPS. Washington, 1.992.
11. GARCIA J. POSADA J. Marco Conceptual para una cultura de la Salud. Ministerio de Salud, División de Comportamiento Humano. Bogotá, 1.993
12. GUERRA de M. Carlyle. Artículo “Salud y Equidad” Organización Panamericana de la Salud. Septiembre de 1992.
13. GUZMAN G. Ney. Hacia una nueva Política de Salud en Colombia – Salud Familiar y Comunitaria. Universidad del Valle. Cali, 1.992
14. Informes Mensuales del Programa de Salud Familiar de Primer Nivel con equipo extramural, para población en situación de desplazamiento. Ejecutado por la ESE Carmen Emilia Ospina en Neiva – Colombia. Junio – Diciembre de 2.003.
15. La Salud un derecho y un deber de todos (Cartilla). Ministerio de Salud. Bogotá, 1.993.
16. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, Ley 100 de 1.993 Bogotá, 1.995.
17. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA, Ley 10 de 1.990 Bogotá, 1.993.
18. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santafé de Bogotá, Noviembre de 1992.

19. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. “Lineamientos de Promoción de la Salud y Educación para el comportamiento Humano” Santafé de Bogotá. 1995.
20. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. “El Componente Salud, en el Programa de Gobierno Municipal; Guía para candidatos a Alcaldes” Bogotá 1997.
21. OMS. Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata, URSS, septiembre de 1.978.
22. OPS. Hacia una vivienda Saludable. Manuales para el facilitador y el agente comunitario. Material en proceso de validación. Bogotá, 2.003.
23. QUEVEDO, EMILIO. El proceso de salud enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. En: Sociedad y Salud. 1ª Edición, ed. Zeus Asesores, Bogotá, 1992.
24. Reasentamiento en Colombia. Producción del Banco Mundial, ACNUR, Red de Solidaridad Social y Corporación Antioquia Presente. Editado por William Partridge. Bogotá. 2000. Pág. 18
25. RESTREPO H. Las políticas de promoción de la Salud en la OPS. Ministerio de Salud, OPS, Bogotá, 1.992.
26. RODRIGUEZ M. Carlos Iván. Lineamientos para políticas públicas saludables. Ministerio de Salud, Bogotá, 1.995
27. RUIZ P, CARMEN ELISA. Impacto de la familia en el proceso salud – enfermedad. En, Memorias del congreso Latinoamericano de familia siglo XXI. Medellín 1994.
28. Sentencia de la Corte Constitucional, de Agosto 30 de 2.000.

