

Marco normativo Rutas Integrales de Atención en Salud

Breve descripción:

En Colombia, el marco normativo se entiende como el conjunto de acciones ordenadas, programadas, complementarias y reales que garantizan el derecho a la salud, mencionadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios que se realizan en atenciones encaminadas al individuo, familias y sociedad, para la promoción, prevención de la salud, y de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, recuperación, servicio y cuidados del individuo.

Tabla de contenido

Introducción	1
1. Marco normativo y conceptual	3
2. Política de Atención Integral en Salud	7
3. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	15
3.1. Ordenadores de las RIAS.....	17
3.2. Tipos de RIAS	18
3.3. Estructura de las RIAS	19
3.4. Gestión e intervenciones en las RIAS	21
4. Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (RPMS)	25
5. Educación para la salud en el marco de las RIAS	31
5.1. Aproximaciones generales a la Educación para la Salud.....	33
5.2. Transformaciones del concepto Educación para la Salud	35
5.3. Fundamentos pedagógicos para la educación de las RIAS.....	43
5.4. Diálogo de saberes.....	52
5.5. Orientaciones para el desarrollo de Educación para la Salud	53
Síntesis	60
Material complementario.....	61
Glosario	62

Referencias bibliográficas64

Créditos.....68

Introducción

Estimado aprendiz, bienvenido al componente formativo “Marco normativo Rutas Integrales de Atención en Salud”. Para iniciar, visualice el siguiente video y conozca más:

Video 1. Marco normativo Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)



[Enlace de reproducción del video](#)

Síntesis del video: Ley Estatutaria de Salud

En el marco del derecho y la política en salud vigente en Colombia, la Ley Estatutaria de Salud, en su Artículo 2, hizo un giro esencial cuando situó el derecho a

la salud del individuo en el ámbito del Sistema de Salud Integral y reconoció su carácter de derecho social fundamental.

Esto permite garantizar la salud al individuo, a la familia, a la comunidad, y establecer los mecanismos de protección para la salud.

Además, define **el sistema de salud** como el conjunto de **mecanismos articulados e integrales de principios y normas públicas, competencias, instituciones, procedimientos, facultades, derechos y deberes**, financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado dispone para el control, garantía y materialización del derecho a la salud.

El Estado prioriza la adopción de **políticas públicas** encaminadas a lograr la disminución de los diferentes determinantes sociales en el territorio, y permitir el derecho a la salud, prevenir la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Es por ello que las **Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS)** son un conjunto de herramientas obligatorias, que comprenden y priorizan a los integrantes del sector salud y otros sectores que analizan las condiciones de salud para asegurar la **integralidad en las acciones del cuidado del individuo, la familia, la comunidad y los entornos**.

Se desarrolla en las intervenciones para la promoción, prevención, rehabilitación, diagnóstico, tratamiento de enfermedades y recuperación del cuidado paliativo.

Las RIAS integran las **acciones individuales y colectivas** para adaptarse a los ámbitos de un territorio y a los diferentes grupos poblacionales, con el fin de **aplicar**

la distribución de los recursos económicos que existen para la atención en salud de una población.

1. Marco normativo y conceptual

La Atención Integral en Salud es un concepto que organiza la acción del sector salud y otros sectores en el marco de la garantía del derecho a esta. Las Rutas Integrales de Atención en Salud son una herramienta que permite articular los esfuerzos de los actores del sector y otros sectores, apuntando al logro de los resultados ubicados en los sujetos, por medio de procesos de gestión vinculados a escenarios de atención que potencian la acción organizada y promueven la capacidad de agencia en las personas, familias y comunidades.

Este componente formativo brinda los elementos para la comprensión de la atención integral en salud, los desarrollos normativos y conceptuales que le son propios, haciendo énfasis en las Rutas Integrales de Atención en Salud como una apuesta del sector, y en particular, en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Atención integral en salud

Es el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas,

familias y comunidades, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Plantea que las intervenciones se realicen de forma integral, complementaria y anticipatoria, teniendo en cuenta las ventanas de oportunidad en el desarrollo integral de las personas en sus diferentes momentos del curso de la vida.

Ley Estatutaria en Salud

La Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015) plantea como su objetivo “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. Implica nuevos acuerdos entre el Estado y la sociedad, considerando como centro del sistema de salud a los sujetos (individuales y colectivos), bajo un planteamiento esencial:

La salud es un derecho social fundamental

Lo cual implica que atiende a la dignidad humana, requiere de la acción positiva del Estado, tiene carácter progresivo, nunca regresivo, entre otros.

En el siguiente video se resumen los aspectos clave a recordar en el marco de la salud:

Video 2. Marco normativo y conceptual



[Enlace de reproducción del video](#)

Síntesis del video: Marco normativo y conceptual

En la educación para la salud, en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

Primero: La salud como derecho. La salud no es un servicio, es un derecho social fundamental, en el que existe compromiso de actuación por parte del Estado.

Segundo: Sujetos individuales y colectivos. La dimensión de la salud reconoce los sujetos individuales, así como los colectivos, familias y comunidades; en este

sentido, se articula e integra el abordaje individual y colectivo, reconociendo que la salud pública aborda los colectivos, pero también a los sujetos.

Tercero: Prevalencia del interés general. Vincula tanto la atención individual como la colectiva, y releva las actuaciones individuales en lógica de cuidado de sí mismo, de los otros y del entorno, ubicando en ese marco la prevalencia del interés general.

Cuarto: Integralidad en la atención. Integra las diferentes finalidades de la atención en salud como un todo y en un continuo desde la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, rehabilitación de sus secuelas y paliación, bajo un enfoque integral, tanto para la gestión como para la atención.

Quinto: Acción sectorial e intersectorial. Releva la acción del Estado como líder de la formulación, implementación y seguimiento de las políticas públicas; desde esta perspectiva y en este marco, articula la acción sectorial e intersectorial, apostando por la afectación de los determinantes sociales de la salud.

Sexto: Principios. Reconoce unos principios del derecho a la salud determinantes para orientar el accionar del sector: la universalidad, el principio *pro homine*, la equidad y progresividad del derecho, la continuidad y oportunidad de la atención en salud, así como la necesidad de avanzar en un abordaje intercultural que reconoce las diferencias; y la libre elección en el marco de la oferta disponible de entidades según su competencia.

Séptimo: Prevalencia de derechos. Define y finalmente señala la prevalencia de derechos, especialmente centrada en niños, niñas y adolescentes, así como la protección especial de comunidades con pertenencia étnica.

Octavo: Sistema de Salud. Hace una apuesta por articular los planteamientos y desarrollos del Sistema General de Seguridad Social, establecido en el marco de la Ley 100 de 1993, y lo establecido en relación con la Salud Pública desde la Ley 9 de 1979, bajo la acepción de sistema de salud, que dedica los esfuerzos de todos los actores a la materialización del derecho fundamental de la salud.

Noveno: Política de Atención Integral en Salud. Marco de política pública que permite materializar lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud.

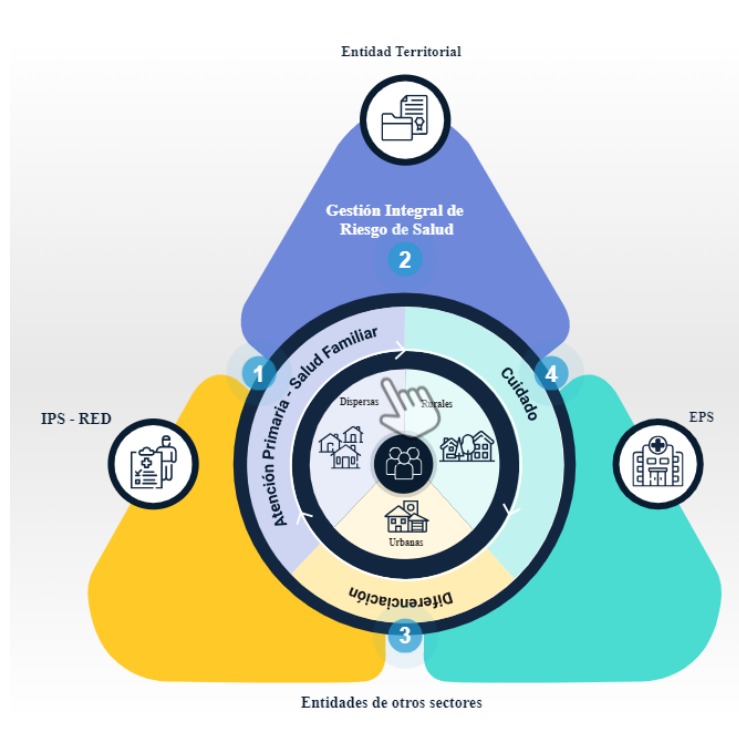
2. Política de Atención Integral en Salud

En el marco de lo establecido por la Ley Estatutaria y por la Ley 1753 de 2015, en su Artículo 65, se establece la Política de Atención Integral en Salud, que permite abordar a toda la población residente en el territorio colombiano, estableciendo acciones que orientan a los integrantes del sistema según su competencia, en procura de mejorar la salud de la población en términos de equidad e integralidad. Al otorgar preeminencia al Sistema de Salud, ubica como núcleo de la intervención de todo el Estado la atención integral, más allá de la garantía de unas prestaciones individuales en salud y pone un acento especial en la rectoría pública en salud.

La Política de Atención Integral en Salud es entonces:

“El conjunto de enfoques, estrategias, procesos, instrumentos, acciones y recursos que centra el sistema de salud en el ciudadano, permite atender la naturaleza y el contenido del derecho fundamental a la salud, y orienta los objetivos del sistema de salud, para generar mejores condiciones de salud de la población, ordenando la intervención de los integrantes del sistema de salud y de otros actores responsables de garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la paliación y la muerte digna, en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad resolutive”.

Los determinantes sociales de la salud se consideran como marco de referencia y se definen cuatro estrategias centrales, que se presentan en el siguiente grafico:



3. Atención primaria - Salud familiar

Esta estrategia plantea la gestión intersectorial articulada con una atención en salud que se acerque a los sujetos y a sus entornos, partiendo de una integración de las atenciones individuales y colectivas, así como de los diferentes niveles de complejidad de los servicios de salud y en reconocimiento de la voz de las comunidades. Parte de reconocer métodos, tecnologías y prácticas validadas en la evidencia disponible y socialmente aceptadas, que mejoren la gestión en los servicios de salud aumentando su capacidad resolutive, favoreciendo la territorialización y adscripción poblacional, así como el desarrollo de escenarios de atención multidisciplinarios e integrales en salud. (MinSalud, 2016, p. 33).

4. Gestión integral del riesgo en salud

Es una estrategia transversal que convoca a todos los actores y otros sectores a concurrir en la acción anticipatoria que permite modular o evitar la aparición de enfermedades o alteraciones; la identificación temprana, cuando se presentan, y su abordaje integral, para disminuir los impactos en la salud y el desarrollo a través de acciones que van desde la prevención hasta la paliación. Implica el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud, así como de los resultados en los sujetos hacia donde está orientada la acción. Además, propicia mejorar la experiencia de los sujetos en su interacción con los servicios de salud y fortalecer la sostenibilidad del sistema. Tiene un componente colectivo, que se desarrolla desde las intervenciones colectivas y está a cargo de la entidad territorial, y un componente individual, que está en cabeza de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o aseguradores, que se relaciona

muy estrechamente con la gestión clínica que desarrolla el prestador, así como con los procesos de autocuidado por parte del individuo, extendido a su familia y comunidad. (MinSalud, 2016, p. 40).

5. Enfoque diferencial de territorios y poblaciones

la política identifica la integralidad desde el reconocimiento de los ámbitos territoriales donde las personas, familias y comunidades habitan y desarrollan su trayectoria vital; desde allí, reconoce, asimismo, las particularidades y condiciones que le asisten a las personas según su momento de curso de vida, haciendo un llamado al reconocimiento del género como determinante y en articulación con los demás diferenciales que le son propios a cada uno (pasando por lo étnico, la diversidad sexual, la condición de víctima del conflicto armado o con condición de discapacidad, entre otras). Las personas están determinadas por varias de estas condiciones, lo cual es abordado desde el enfoque interseccional, que nos permite entender que los procesos de salud – enfermedad, las necesidades asociadas y las respuestas que cada uno puede dar frente a las situaciones son diferentes si se vive en zona rural o urbana, si es mujer u hombre, indígena o sin pertenencia étnica, joven o adulto mayor, si presentó o no una discapacidad, además del contexto socioeconómico y relacional (redes de apoyo) que se tengan con sus familias. (MinSalud, 2016, p. 32).

6. El enfoque de cuidado

se entiende como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio. Involucra el deber de la sociedad

y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud. Se relaciona con el curso de vida y parte de reconocer diferentes esferas del cuidado, desde el cuidar de sí, de los otros y del entorno. Implica generar oportunidades de desarrollo y condiciones para la protección y el bienestar, promueve la convivencia, el cuidado hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social y el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social.

Reconoce, asimismo, el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía para desarrollar lo que la persona quiere emprender; capital de salud relacionado con las decisiones que toma en relación con su apoyo y socialización. (MinSalud, 2016, p. 38).

El proceso de educación para la salud asume las orientaciones de los enfoques que se desarrollan más adelante, desde una perspectiva de integralidad que, en la práctica, aporte a la garantía del derecho fundamental a la salud, en concordancia con la normatividad vigente en el país. Esta visión plantea enormes retos en la implementación del Sistema de Salud, creado mediante la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, pero también traza un camino hacia la consecución de una sociedad mucho más democrática, garantista de los derechos y las libertades, equitativa y justa, capaz de sostener el cambio social que supere las condiciones que impiden el máximo bienestar posible para todos los sujetos. A continuación, se presentan los enfoques que orientan el proceso de educación para la salud en el marco de las RIAS:

- a) **Enfoque de derechos:** da marco a lo establecido en la Ley Estatutaria, donde se reconocen como sujetos de derechos y garantes de estos bajo un

marco de exigibilidad. Se fundamenta en la garantía de la dignidad humana, la libertad, la igualdad y la no discriminación. Está orientado a promover, proteger y hacer efectivos los derechos humanos (DDHH); en este sentido, se asume que todos los seres humanos son titulares de derechos, es decir, pueden reclamarlos. Los agentes que tienen el deber de garantizar el disfrute de estos derechos son principalmente los Estados (titulares de obligaciones). Todos los titulares de obligaciones están legalmente comprometidos a respetar, proteger y a hacer cumplir los DDHH (Cunego, 2016).

Para el sector salud, implica reconocer los DDHH y su interdependencia, de modo que sus intervenciones se conviertan en una oportunidad para promover el desarrollo humano en el país, y por parte de la sociedad civil, implica el reconocimiento de los mismos para su exigibilidad.

- b) **Enfoque diferencial:** está inmerso en el enfoque de derechos, reconoce que el curso de vida es distinto para cada persona según sus condiciones particulares y las situaciones y contextos en los que interactúa. Implica visibilizar y valorar esta diversidad y promover que se elimine cualquier discurso o práctica discriminatoria basada en las diferencias. Se fundamenta en los principios de igualdad, diversidad, interculturalidad, integralidad, participación e inclusión.
- c) **Enfoque de desarrollo humano:** se orienta desde el desarrollo de los derechos como libertades humanas, buscando superar la visión determinista de las necesidades básicas y del desarrollo orientado por prioridades del sistema económico (empleo o distribución de la pobreza).

Se asume desde una concepción holística del ser humano que trasciende la fragmentación por dimensiones o por etapas, se distancia de la lógica del tener y del consumo, y se concentra en el ser- y la existencia- en términos de sus condiciones y calidad de vida. Se plantea desde el reconocimiento, promoción y fortalecimiento de las capacidades humanas, entendidas como opciones de elegir libremente la vida que cada persona valora y quiere vivir, para avanzar en sus metas de desarrollo y en el ejercicio de sus derechos.

- d) **Enfoque de salud familiar y comunitaria:** constituye un enfoque para el análisis, toma de decisiones y abordaje en salud que reconoce la importancia de las interacciones en la vida de los sujetos, pues las personas son seres sociales por excelencia y, por tanto, su desarrollo no es posible sin los otros, siendo grupos esenciales la familia y la comunidad. Reconoce a la familia y a la comunidad como sujetos colectivos de derechos y, por tanto, sujetos de atención en salud. Asume que la salud familiar y comunitaria no es resultado de la suma de la salud individual, sino de sus relaciones, manejo de emociones, conflictos y proyectos de vida compartidos y contruidos. En coherencia con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), se preocupa de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad; brinda herramientas para el cuidado, la gestión y la promoción.
- e) **Enfoque de género:** el género es un “estructurador social” que determina la construcción de roles, valoraciones, estereotipos, imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino, y las relaciones de poder que de estos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad. Estas

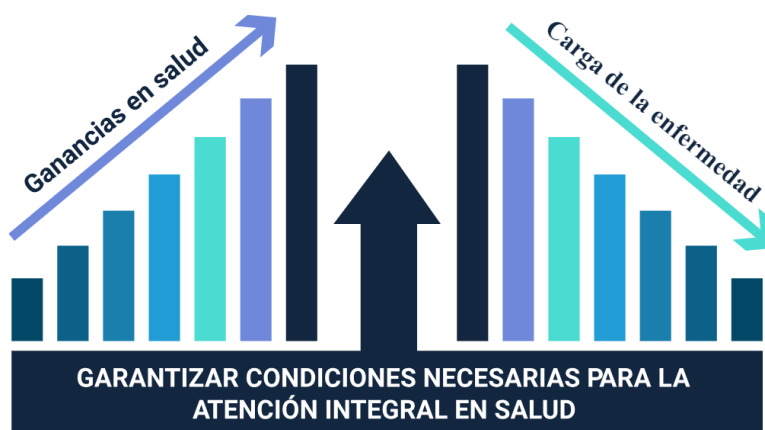
construcciones sociales difieren entre sociedades, se transforman en el tiempo y parten de expectativas colectivas de género. El género es uno de los determinantes estructurales de la salud (junto con la clase social y la etnia) que incide en los procesos de salud y enfermedad de las personas, produciendo inequidades en salud. El enfoque de género permite comprender que hay disparidades sistemáticas entre la salud de mujeres y de hombres que no son consecuencia de las características biológicas de cada sexo, sino del lugar diferente que ocupan las mujeres y los hombres en la sociedad.

- f) **Enfoque de curso de vida:** aborda el continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del trayecto vital (históricos, sociales, económicos, etc.), de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un periodo anterior. Desde el punto de vista epidemiológico, el curso de la vida es el estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta (MSPS, 2015).

3. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)

Son una herramienta de obligatorio cumplimiento establecida en el marco de la Política PAIS y la Resolución 3202 de 2016, que contribuyen a que las personas, familias y comunidades alcancen resultados en salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan. Permiten orientar y ordenar la gestión de la atención integral en salud a cargo de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- de manera continua y consecuente con la situación y características de cada territorio, así como la gestión intersectorial para la afectación de los determinantes sociales de la salud. Integran, además, las atenciones individuales, colectivas y poblacionales para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, y plantean las acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. En la siguiente figura, se presenta el objetivo de las RIAS:

Figura 1. Objetivos Rutas Integrales de Atención en Salud



Nota. Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

A continuación, se presentan los postulados orientadores de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):

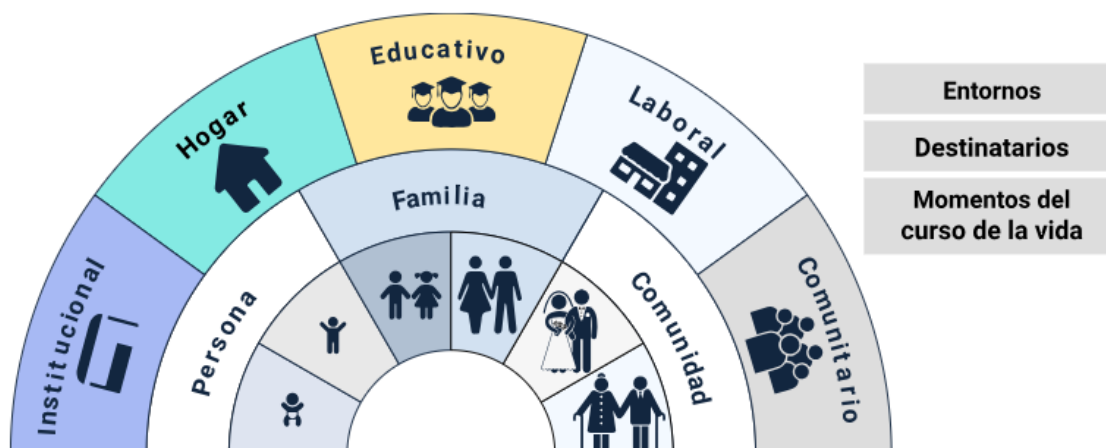
- a) Son una herramienta centrada en las personas, que ubica en un lugar estratégico el ejercicio del derecho a la salud.
- b) Están orientadas a incidir en los resultados en salud de impacto e intermedios, así como en la calidad de la atención.
- c) Definen la gestión y atenciones requeridas para anticiparse a la contingencia con atenciones de promoción de la salud.
- d) Permiten pasar de un abordaje disciplinar a un abordaje multidisciplinar, y de un abordaje fragmentado a un abordaje integral de los sujetos.
- e) Reconocen la familia como sujeto de atención en salud y tienen en cuenta el contexto familiar en la salud de las personas. Asimismo, reconocen que estos hacen parte de una comunidad.
- f) Plantean intervenciones integrales, complementarias y anticipatorias, que contribuyan a la garantía de condiciones para el desarrollo humano, teniendo en cuenta las ventanas de oportunidad en el desarrollo integral de las personas en sus diferentes momentos del curso de la vida.
- g) Logran la complementariedad de la atención desde la baja complejidad hasta la alta complejidad.
- h) Reorganizan las respuestas programáticas en función de la atención integral en salud y los sujetos.
- i) Ubican los entornos como escenarios de transformación social que puedan potenciarse como protectores y promotores de la salud y el desarrollo humano, así como en unidades de gestión donde se pueden materializar las atenciones (individuales, colectivas y poblacionales).

- j) La operación de las RIAS reconoce el territorio como unidad base, donde se integran el sistema de salud y los agentes responsables de garantizar la atención integral en salud.

3.1. Ordenadores de las RIAS

Las atenciones en salud, así como la gestión requerida para garantizarlas, están ordenadas para responder a un ámbito territorial (urbano, rural, rural disperso) en el que las personas habitan, según su momento de curso de vida, considerando como sujetos de atención (destinatarios) a familias y comunidades, y considerando los diferentes entornos en los que desarrollan su vida y donde pueden ser abordados (comunitario, laboral, educativo, hogar, institucional).

Figura 2. Grupo curso de vida



Para el caso de las atenciones individuales, el ordenador que prevalece y ordena son las personas según su momento de curso de vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez). Las intervenciones colectivas deben articular el abordaje en los entornos de tal manera que se brinden atenciones integrales e

integradas, que respondan a las características de los sujetos que se encuentran en los mismos, manteniendo presente el momento de curso de vida de las personas.

3.2. Tipos de RIAS

La resolución 3202 de 2016 define 3 tipos de RIAS, estas se pueden identificar a continuación:

a) Ruta Integral de Atención en Salud para la Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS)

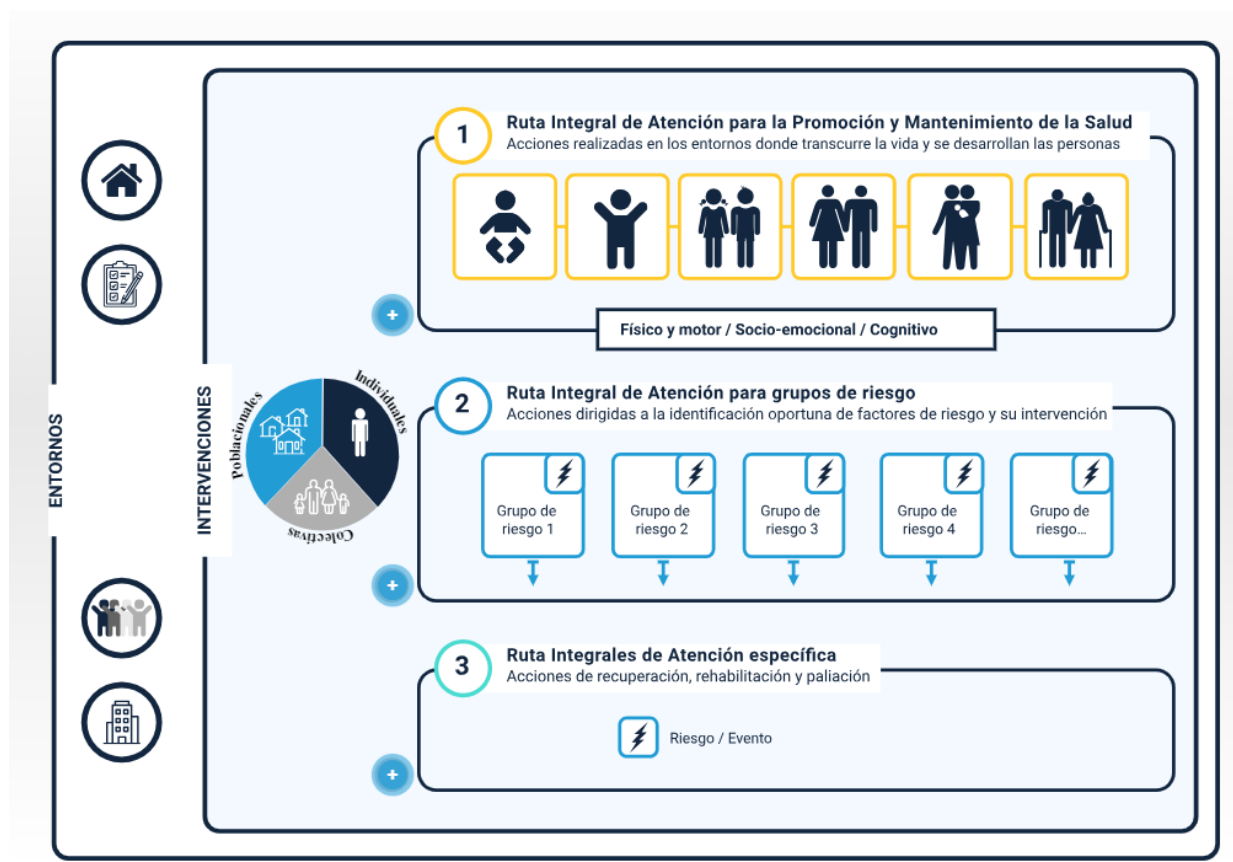
Centrada en la promoción de la salud, la prevención del riesgo y la enfermedad, así como la generación de una cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades. Aplica para toda la población residente en el territorio.

b) Rutas Integrales de Atención en Salud para grupos de riesgo

Tienen el objetivo de identificar e intervenir oportunamente factores de riesgo, ya sea para evitar la aparición de una o varias condiciones específicas en salud o para realizar el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, según cada situación. Esta ruta aplica para la población en riesgo residente en el territorio, ya sea detectada en el marco de la RPMS, en el marco de otra ruta de riesgo o por demanda espontánea. La RIAS para población materno - perinatal (RIAMP) hace parte de este grupo de RIAS de riesgo, aunque se considera totalmente vinculada a la RPMS y es un “bucle” de la atención en el marco de la RPMS.

c) Ruta Integral de Atención en Salud para eventos específicos

Estas rutas se definen a partir de aquellos eventos específicos priorizados por RIAS de riesgo. Se orientan al tratamiento, rehabilitación y paliación, según sea el caso.



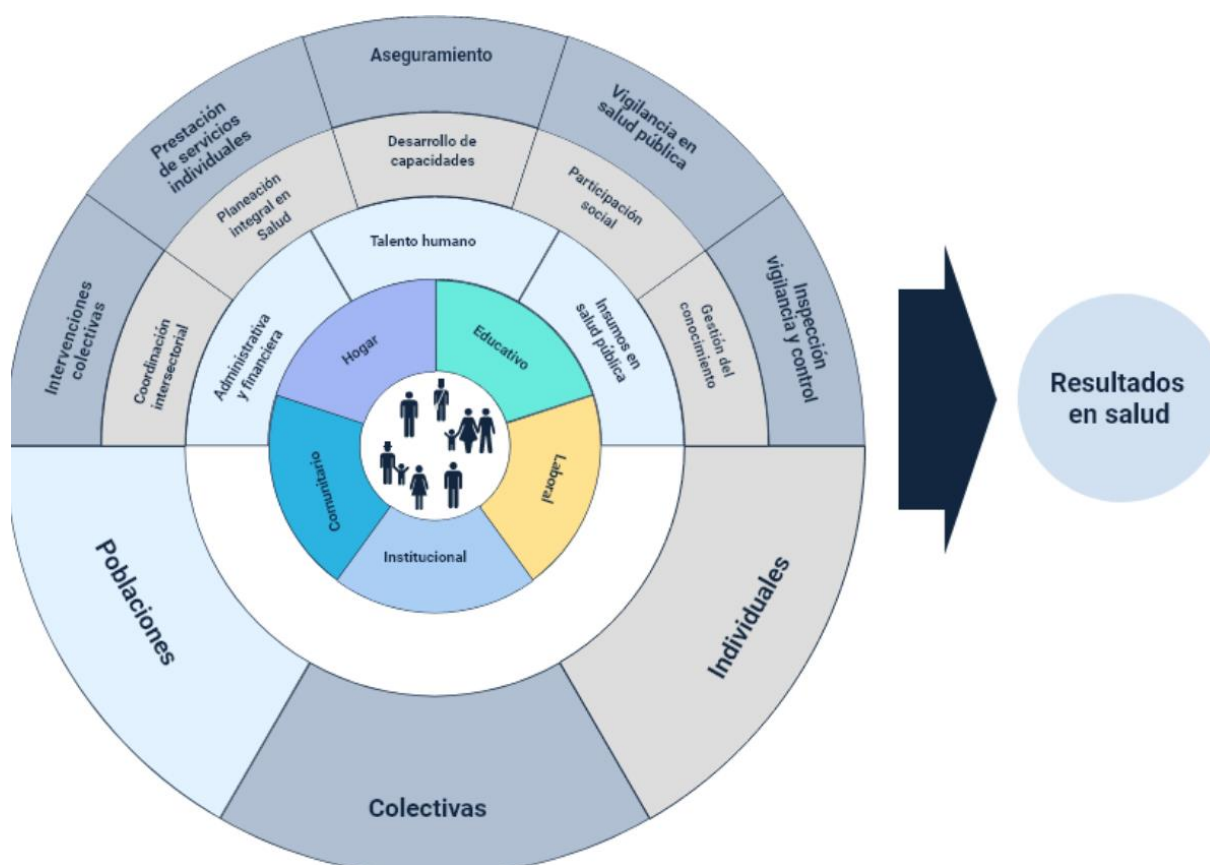
La Resolución 3202 de 2016, adoptó las siguientes RIAS y estableció que las Normas Técnicas de Detección Temprana y Protección Específica establecidas por la Resolución 412 de 2000 serían derogadas una vez se definiera el lineamiento técnico y operativo de la RPMS y la RIAMP.

3.3. Estructura de las RIAS

Las RIAS plantean una estructura que reconoce, en primera instancia, los resultados en salud a los que deben apuntar todos los agentes del sistema de salud;

desde allí, reconoce las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, que según la evidencia disponible permiten aportar a dichos resultados en salud y plantean un marco amplio de acciones de gestión de la salud pública (Resolución 518 de 2015) que permiten garantizar que se brinden las intervenciones y se gestionen, desde la coordinación intersectorial, las acciones que correspondan para afectar los determinantes sociales de la salud.

Figura 3. Gestión de la salud pública



Nota. Ministerio de Salud y Protección Social (2018).

3.4. Gestión e intervenciones en las RIAS

Las Rutas Integrales de Atención en Salud incorporan en su desarrollo tres categorías de atención que orientan la finalidad de las acciones sectoriales e intersectoriales y de las intervenciones individuales y colectivas dirigidas a personas, familias y comunidades. Los componentes son: i) acciones de gestión de la salud pública; ii) intervenciones de promoción de la salud, y iii) intervenciones de gestión integral del riesgo en salud.

Acciones de gestión

La gestión de la salud pública hace referencia al proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria; está orientada a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada entre los diferentes actores del sistema de salud, junto con otros sectores del gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y la comunidad, con el propósito de alcanzar los resultados en salud. Son en total 13 procesos, entre los cuales se encuentran los misionales (que solo desarrolla el sector salud), los estratégicos (que son desarrollados desde otros sectores, con particularidades para el sector y desde donde se potencia la interlocución con otros actores y sectores), y finalmente, los procesos de apoyo. Es importante que, dependiendo del proceso, la función y el relativo liderazgo de los actores cambian, aunque se mantiene la participación directa o indirecta. Por tanto, para la planeación integral en salud, el liderazgo le corresponde a la entidad territorial de salud, mientras que, en el caso de la gestión de intervenciones individuales, el asegurador y su red de prestación de servicios son los actores principales del proceso.

Intervenciones poblacionales

Se trata de aquellas intervenciones en grupos poblacionales, áreas, jurisdicciones o instituciones con el fin de modificar los contextos sociales, físicos, económicos o legislativos para que estos favorezcan los cambios de comportamientos deseados. Corresponden al desarrollo de políticas públicas, definición de estrategias de información en salud y promoción de escenarios de participación social.

Intervenciones colectivas

Es el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio. Son en total 11 tecnologías que se pueden incorporar en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) de cada territorio (municipio, distrito y departamento). Estas intervenciones se presentan en el a continuación:

- a) **Caracterización social y ambiental en entornos:** puerta de entrada para el reconocimiento de condiciones socio ambientales y situaciones de las personas que desarrollan su vida en dicho entorno.
- b) **Información en salud:** producción, organización y difusión de mensajes o datos que aportan elementos para la toma de decisiones en salud.
- c) **Educación y comunicación para la salud:** es un proceso dialógico de construcción de conocimiento que parte del diálogo de saberes y está orientado al desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud, en

reconocimiento de la autonomía individual, colectiva, y la garantía del derecho a la salud.

d) **Conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias:**

proceso que se realiza con las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes (públicas o privadas) para compartir experiencias, conocimientos y recursos; sumar esfuerzos y crear sinergias; establecer lazos de cooperación; resignificar espacios públicos; desarrollar acciones comunitarias que promuevan las prácticas sociales y de salud, así como los procesos de gestión colectiva de la salud.

e) **Zonas de orientación y centros de escucha:** es una estrategia comunitaria

que propicia un espacio relacional con las comunidades, para establecer servicios y acciones de acogida, escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referenciación a otros servicios, con la intención de favorecer la inclusión social, la garantía del derecho a la salud y el empoderamiento en salud.

f) **Rehabilitación basada en comunidad:** estrategia intersectorial de

inclusión social y desarrollo comunitario que permite la generación de oportunidades para la población que presenta una condición de discapacidad y/o afectaciones psicosociales.

g) **Jornadas de salud:** actividad que se concentra en un espacio de tiempo

definido y que implica el despliegue de un equipo interdisciplinario para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las RIAS, prioritariamente en los ámbitos territoriales de alta ruralidad y con población dispersa; para lo cual se financian los aspectos logísticos y de organización requeridos para su ejecución, en articulación con las IPS y

EPS del territorio que proveen el talento humano, así como los insumos necesarios y suficientes.

- h) **Vacunación antirrábica:** proceso de administración de inmunobiológicos a perros y gatos de un territorio, realizada por la entidad territorial.
- i) **Prevención y control de vectores:** procedimientos que permiten intervenir de manera regular y contingencial frente a factores de riesgo, para minimizar la propagación de vectores y reducir el contacto entre patógenos y el ser humano (toldillos impregnados y otros insumos).
- j) **Suministro de medicamentos e insumos relacionados con eventos de interés en salud pública:** enfermedades infecciosas desatendidas (desparasitación masiva, tracoma); estrategia de reducción de daños y riesgos en personas que se inyectan drogas; otros eventos de interés en salud pública definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Intervenciones individuales

Son aquellas dirigidas al individuo, cuyo objetivo es lograr la atención integral en salud, que incluye acciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Para el caso de la RPMS, estas intervenciones responden a las finalidades:

- a) Valoración integral en salud.
- b) Detección temprana.
- c) Protección específica.
- d) Educación para la salud.

Asimismo, las RIAS identifican los hitos o hechos claves asociados a resultados en salud en el marco del continuo de la atención o hitos; definen unos indicadores que permiten realizar el seguimiento y la evaluación. Es muy importante reseñar que las RIAS permiten definir las responsabilidades de los actores del sector salud relacionados directamente con la implementación y seguimiento de las RIAS.

4. Ruta para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud (RPMS)

La Resolución 3280 de 2018, adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. Es importante resaltar de este documento:

- a) Las disposiciones son de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades territoriales de salud, EPS - Entidades Promotoras de Salud, entidades obligadas a compensar, prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción y el mantenimiento de la salud.
- b) Las RPMS y RIAMP requieren ser adoptadas por los territorios y realizar la adaptación en función del ámbito de implementación (urbano, rural o rural disperso), así como responder a las características de los grupos poblacionales abordados (en esa misma lógica se debe hacer la adaptación de los servicios de salud, en los cuales no pueden constituirse barreras de acceso a las atenciones individuales establecidas).
- c) Algunas intervenciones individuales serán incorporadas de manera progresiva. Esta definición fue modificada inicialmente por la Resolución 276 de 2019, y cada año se establecerán los porcentajes de avance para

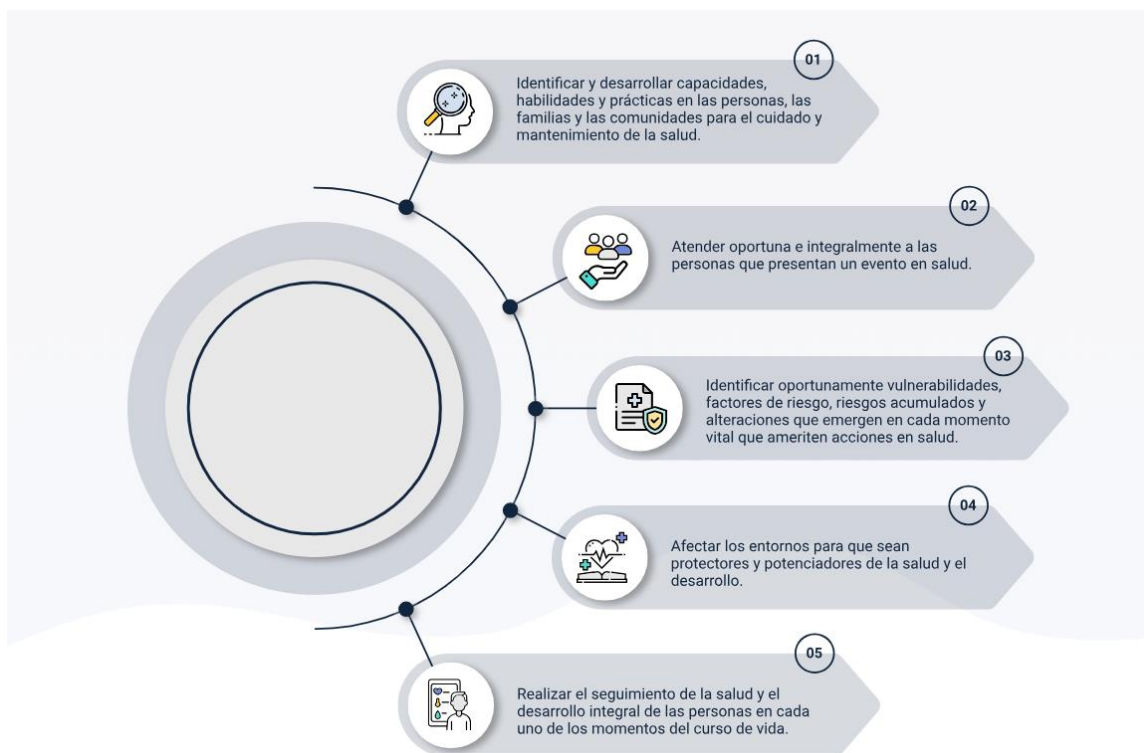
estas intervenciones en la resolución que define la UPC (unidad de pago por capitación para 2022, corresponde a la Resolución 2381 de 2021).

- d) Los responsables (aseguradores con su red de prestación de servicios) deben garantizar disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano definido para la operación de las RPMS y RIAMP.
- e) El monitoreo y evaluación de las RPMS y RIAMP está relacionado con el seguimiento a la garantía de las atenciones, así como a otros resultados en salud a través de las fuentes establecidas por las Resoluciones 3374 de 2000, 202 de 2021, 2175 de 2015 y las demás fuentes de información que se establezcan o las que modifiquen las actuales fuentes.

Los objetivos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud son:

Objetivos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud

Figura 4. 5 objetivos de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud



La RPMS plantea cambios importantes en relación con lo planteado anteriormente en la Resolución 412 de 2000 (derogada por Resolución 3280 de 2018), como es:

- a) Ordenar esquema de intervenciones individuales por curso de vida, incluyendo la adultez.
- b) Incorporar el abordaje familiar en la atención y a la familia como sujeto de atención.
- c) Incluir nuevas finalidades: valoración integral en salud y educación en salud, que se complementan con las finalidades anteriores (detección temprana y protección específica).
- d) Posibilitar la prestación en los diferentes entornos de las intervenciones individuales con cumplimiento de calidad.

Una de las apuestas esenciales planteadas en las RIAS y que se concreta en la RPMS y la RIAMP son los resultados en salud, como apuesta central en la que deben combinarse los esfuerzos de todos los actores. Son los cambios en las condiciones de vida, concepciones y prácticas que promueven, mantienen y recuperan la salud, a la vez que favorecen el desarrollo integral de las personas, familias y comunidades, atribuidos a las intervenciones y atenciones en el continuo de la atención integral en salud. Comprenden resultados finales o de impacto y resultados intermedios o de efecto.

Los resultados de impacto requieren de la acción sectorial e intersectorial que incide en los determinantes sociales y están relacionados con el logro de los resultados intermedios. Los indicadores de impacto se relacionan de manera especial con compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y tienen una fuerte relación con las posibilidades de desarrollo de un Estado.

Para la RPMS, se han definido los siguientes resultados de impacto:

Tabla 1. Resultados de impacto de la RPMS

Primera infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez
Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico, motor, social, emocional y cognitivo.	Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico, motor, social, emocional y cognitivo.	Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico, motor, social, emocional y cognitivo.	Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico, motor, social, emocional y cognitivo.	Personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico, motor, social, emocional y cognitivo.	Personas adultas mayores que conservan las habilidades cognitivas. Personas adultas mayores que conservan la independencia funcional.
Niñas y niños alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses.					
Personas con adecuado estado nutricional.	Personas con adecuado estado nutricional.	Personas con adecuado estado nutricional.	Personas con adecuado estado nutricional.	Personas con adecuado estado nutricional.	Personas con adecuado estado nutricional.
Personas sin problemas ni trastornos en salud mental.	Personas sin problemas ni trastornos en salud mental.	Personas sin problemas ni trastornos en salud mental.	Personas sin problemas ni trastornos en salud mental.	Personas sin problemas ni trastornos en salud mental.	Personas sin problemas ni trastornos en salud mental.
Personas sin morbilidad evitable.	Personas sin morbilidad evitable.	Personas sin morbilidad evitable.	Personas sin morbilidad evitable.	Personas sin morbilidad evitable.	Personas sin morbilidad evitable.

Primera infancia	Infancia	Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez
Personas sin mortalidad evitable.	Personas sin mortalidad evitable.	Personas sin mortalidad evitable.	Personas sin mortalidad evitable.	Personas sin mortalidad evitable.	Personas sin mortalidad evitable.

Nota. Resolución 3280 de 2018.

Los resultados intermedios son los cambios esperados en las personas en cada momento del curso de vida, en las familias y comunidades, atribuibles a la garantía de una o varias atenciones contempladas en las RIAS y que pueden ser logrados en un corto o mediano plazo. Resultados intermedios de la RPMS:

- Personas con adecuado estado de salud visual, auditiva, comunicativa y salud bucal.
- Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud.
- Personas que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos.
- Personas con prácticas que favorecen el establecimiento de relaciones sanas y constructivas.
- Personas con capacidades para afrontar los diferentes sucesos vitales.
- Personas con habilidades sociales y emocionales para la promoción de la salud mental y convivencia.
- Personas, familias y comunidades que cuentan con redes de apoyo comunitarias y sociales para la promoción de la salud.
- Personas, familias y comunidades con capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud.
- Personas cuidadoras con prácticas para el cuidado de la salud y crianza promotora de la salud y del desarrollo de niñas y niños.

- j) Trabajadores con prácticas de cuidado de su salud en el trabajo.
- k) Personas, familias y comunidades que habitan, laboran y estudian en entornos saludables.
- l) Personas, familias y comunidades con prácticas para el cuidado y protección de los entornos.
- m) Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a la vida y la salud.

Se espera así mismo, a través de la implementación de las RIAS, que se garanticen atributos y condiciones de calidad (integralidad, accesibilidad, oportunidad, disponibilidad, continuidad) con las consideraciones de abordaje poblacional y territorial; apuntando también a reducir brechas de equidad en salud asociadas a condiciones socioeconómicas, dispersión poblacional, pertenencia étnica, entre otros diferenciales. Estos resultados en salud se materializan en la conjunción de la acción intersectorial y la gestión de intervenciones (individuales, colectivas y poblacionales) que finalmente son dispuestas a los sujetos de atención.

Los procesos de educación para la salud desde las RIAS se consideran una intervención promocional de primer orden; aportan de manera significativa a resultados en salud vinculados al fortalecimiento de capacidades y habilidades, incorporación de prácticas de cuidado, y articulados a procesos de empoderamiento y movilización social y relacionada con procesos de fortalecimiento de redes de apoyo social y comunitario.

5. Educación para la salud en el marco de las RIAS

“La educación no es la palanca para transformar el mundo

...pero podría serlo”. Paulo Freire

Aunque la importancia de la educación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se reconoce cada vez más, lo cierto es que usualmente esta se ha basado en la transmisión de ideas y formación de hábitos saludables de acuerdo con criterios medicalizados, de forma prescriptiva, sin tener en cuenta los propios saberes y prácticas que sobre su salud tienen los individuos, familias y colectivos, y sin contar con las posibilidades reales que brinda el contexto para ser y actuar saludablemente.

Es necesario construir la educación para la salud como un proceso pedagógico, que aclare los siguientes interrogantes:

Figura 5. Interrogantes en el proceso pedagógico



Esta falta de claridad pedagógica hace que se confunda la Educación para la Salud (EpS) con la información o el marketing en salud, lo que se ve reflejado, por ejemplo:

“Word no tobacco day”

En la inversión de grandes cantidades de dinero en el desarrollo de campañas publicitarias donde se transmiten ciertas valoraciones, mediante las cuales se esperaría que la gente cambiara su forma de actuar, pero que pocas veces o nunca se evalúan.

[Enlace del documento.](#)

En este sentido, es menester decir que la práctica educativa no es proteccionista, ni unidireccional, ni tampoco pretende controlar a los sujetos, sino servir de mediación con los sujetos y las comunidades para lograr su acción protagónica en la construcción de su salud. Adicionalmente, hay debilidades en la formación del talento humano en salud para adelantar esta clase de procesos: se desconoce el avance que a lo largo de la historia ha tenido la EpS, se desconoce el acervo teórico que existe en las ciencias de la educación y cómo podría aplicarse.

Todo lo anterior, lleva a la imperiosa necesidad de que los trabajadores de la salud hagan conciencia sobre el propio modelo pedagógico con el que actúan y perpetúan ciertas prácticas, basadas, por una parte, en el supuesto poder superior del conocimiento científico y, por otra, en ideas Homogeneizantes sobre la salud que no consideran los determinantes sociales (y ambientales) de la salud como aspectos trascendentales que condicionan y afectan las posibilidades de que los sujetos construyan una vida saludable, digna de ser vivida.

Para ello, se ha diseñado el curso de Educación para la Salud en el marco de las RIAS, en el cual encontrará las orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas que servirán de herramienta para los equipos técnicos de salud (tanto del Plan de Beneficios de Salud con cargo a la UPC como los que sean contratados mediante el Plan de Intervenciones Colectivas o las Direcciones Territoriales de Salud, que adelantan las respectivas acciones de Gestión de la Salud Pública), de modo que pueda tener las claridades suficientes que le permitan desarrollar los procesos pedagógicos para la salud.

5.1. Aproximaciones generales a la Educación para la Salud

La educación para la salud ha tenido diversas intencionalidades de acuerdo con las características del desarrollo histórico de la humanidad. En nuestro país, por ejemplo, a principios del siglo XX, cuando la preocupación estaba centrada en las enfermedades epidémicas y endémicas, el problema de morbilidad se convirtió en la mayor preocupación de los gobiernos, la EpS se centró en el tema de la higiene, la educación sanitaria, la profilaxis, el disciplinamiento de los cuerpos (como restauración fisiológica), de la mano de la medicalización de la sociedad y la escolarización de los saberes sanitarios.

Siglo XX

Tomó fuerza el concepto de salud pública, orientada hacia el perfeccionamiento de la salud individual y colectiva, las acciones educativas se orientaron a los espacios donde hubiera mayor concentración de personas (escuelas, lugares de trabajo, comunidades barriales, etc.), para enseñarle a la gente cómo manejar problemas de desnutrición, enfermedades gastrointestinales y enfermedades inmunoprevenibles, entre otros aspectos.

Década de los 60

Con la comprensión de los determinantes sociales y ambientales de la salud, la estrategia educativa se centró en lograr que la gente tuviera el mayor control posible sobre los aspectos que condicionan su salud, mediante la generación de responsabilidad sobre su estilo de vida (autocuidado-autonomía).

En este contexto, la EpS se centra en la promoción de ciertos comportamientos y el desarrollo de habilidades y capacidades de los individuos para gestionar su salud, hasta naturalizar la idea del querer ser saludable, reduciendo así los riesgos para la salud; lo cual, a su vez, tendría una incidencia en las condiciones sociales, económicas y ambientales del territorio.

Las anteriores posturas se inscriben en dos perspectivas epistemológicas con relación a la educación para la salud que se presentan a continuación:

Perspectiva epistemológica

Antes 60: pensamiento positivista (clásico, moderno, eurocéntrico y patriarcal)

01. El sujeto es considerado como el centro de la racionalidad.
02. Observador aséptico del objeto de estudio y como la unidad de medida del conocimiento y de la moral.
03. Productor del conocimiento científico universal que orientaba el saber disciplinar como una verdad absoluta.
04. Construcción de saberes hegemónicos, que determinaron en un momento específico la delimitación de criterios de verdad absolutos.

Confiriendo poder sobre los demás a quienes ostentaran dichos discursos y normalizando aquellos comportamientos deseables que se van instituyendo como “normales” y homogeneizantes.

Después 60: pensamiento posestructuralista

01. El sujeto es producido por las constantes relaciones de poder que se tejen en las interacciones cotidianas.
02. Se convierte en un sujeto producido, fundado, instituido por los otros y por el contexto.
03. El saber se construye permanentemente y no hay verdades absolutas.
04. El mundo, la cultura y el conocimiento se construyen mutuamente en la interacción de los sujetos con diversas formas de ser y de hacer.

Reconociendo las ideas y culturas no hegemónicas, como otros modos de comprender y construir el mundo con relaciones de poder más horizontales. Relevan el ejercicio del poder individual y de la resistencia en la vida cotidiana.

Precisamente, estas posturas pedagógicas definen unos alcances y transformaciones de la Educación para la Salud, en términos pedagógicos y didácticos.

5.2. Transformaciones del concepto Educación para la Salud

El concepto, la acepción y la aplicación de la Educación para la Salud han tenido transformaciones en su alcance y objetivos que definen sus cómo, a lo largo del siglo XX, basadas en las posturas epistemológicas explicadas en el apartado anterior.

Educación para la Salud como sinónimo de Información en Salud

La Educación para la Salud (EpS) es vista desde un punto de vista informativo prescriptivo, está ligada al nacimiento de la comunicación para el desarrollo, la cual consistía:

XX: nace al final de la Segunda Guerra Mundial

01. El concepto inicia con el paradigma desarrollista económico en los 40, 50 y 60, donde el desarrollo se ve como el crecimiento de la economía, de la producción y del comercio.
02. La información se orienta a eliminar la brecha entre países pobres y ricos, copiando el modelo de EE. UU. y Europa, desde una visión asistencialista.
03. En este paradigma, el personal de salud es el detentor del conocimiento, y los otros (llámese paciente o comunidad) son receptivos pasivos de la información; la EpS es sinónimo de la información en salud, la cual se suministra como una píldora o receta que los individuos deben ingerir siguiendo las instrucciones del personal de salud.

Educación para la Salud con el objetivo de impactar conductas

Ya en los 70, se cambia el paradigma, la información se orienta al cambio de conducta, con un enfoque más “educativo”; se da inicio a lo que conocemos como “Educación para la Salud”. La Educación para la Salud es dirigida a impactar la conducta, y tiene como fin generar cambios en los estilos de vida a partir de la implementación de comportamientos saludables. Para lograr esto, se articulan varios enfoques: el de creencias en salud, que parte de que son las creencias las que influyen en los comportamientos de las personas y en su aceptación de las medidas de salud

recomendadas; y la comunicación persuasiva, basada en la CAP (conocimientos, actitudes y prácticas), donde las actitudes determinarán los comportamientos saludables.

La **comunicación persuasiva**, llamada también difusionista, considera que el aportar conocimiento, por ejemplo, en temas de salud, hará que las personas cambien de actitud, y eso hará que cambien su comportamiento; el medio por excelencia de este enfoque son los medios de comunicación masiva.

Este enfoque da nacimiento al mercadeo social, la educación sanitaria, la promoción de la salud y el edu-entretenimiento. Con el mercadeo social, asociado al paradigma difusionista de la información, se pretende promover prácticas y productos de beneficio social desde los medios de comunicación, orientados al cambio de comportamiento individual; por ejemplo, evitar el consumo de tabaco o de grasa. Los objetivos de este enfoque son:

Figura 6. Objetivos enfoque cambio de conducta

- 01 Persuadir o disuadir a las personas en relación con la realización de determinada conducta.
- 02 Anticiparse a que los sujetos adopten comportamientos que afecten su salud.
- 03 Promocionar los derechos y las acciones de cuidado y autocuidado.
- 04 Reforzar comportamientos y saberes favorables para promover y mantener la salud.
- 05 Cambiar representaciones de sí mismo, de los otros o de lo otro (desnaturalizando lo injusto o inequitativo o inconveniente para la salud).

Nota. Basada en Minsalud (2018, p.18).

En esencia, los elementos de la educación en salud, desde una perspectiva más persuasiva, apuntan hacia el cambio de comportamiento y a la promoción de estilos de vida saludables para la protección de la salud. Esta perspectiva de la educación que, como se ha dicho, se le conoce también como “enfoque de conocimiento”, persiste hoy en día y es el enfoque más popular en las intervenciones en salud, bajo el supuesto que las personas cambiarán su conducta en la medida que conozcan el daño que genera un comportamiento determinado. Se parte de que las personas se comportan de manera racional y que con una información sobre riesgos cambiarán su conducta. Este enfoque, entonces, busca influir sobre las creencias, aptitudes y comportamientos de las personas, por ejemplo, mediante las campañas publicitarias en medios de comunicación masiva, los cambios en los etiquetados y las medidas informativas y actitudinales.

Tanto el enfoque netamente informativo como el enfoque difusionista orientado a la conducta tienen grandes limitaciones: no toman en cuenta las dinámicas locales ni las múltiples dimensiones socioeconómicas que atraviesan al sujeto, y tampoco los medios o formas de comunicación locales, parten de un modelo biológico individual de salud – enfermedad, ponen las problemáticas de salud en el comportamiento de los individuos, con poco o ningún interés por las cuestiones sociales, convirtiendo los comportamientos en el objetivo último de las intervenciones, adoptando una mirada vertical y autoritaria, donde se debe acatar la directriz del personal de salud.

Se basan en que el comportamiento cambiará a partir de generar conocimiento y modificar las actitudes de los individuos con información y técnicas persuasivas dirigidas a los individuos, dándoles a entender la responsabilidad en su propia salud. Parte de las críticas que hacen los autores es que estas técnicas son manipuladoras,

pues no toman en cuenta la libre voluntad de las personas, descartando el pleno uso de la inteligencia y las decisiones conscientes de los individuos.

Educación para la Salud vista como proceso transformador desde la autonomía de los sujetos

Este abordaje se transforma en los 80, la educación para el desarrollo pone énfasis en la creación de capacidad y construcción del sujeto: aquí se plantea la necesidad de reconocer la influencia que ejercen los factores sociales, económicos, ambientales y las desigualdades socioeconómicas en relación con la salud (y otras problemáticas sociales) en el sujeto. Esta etapa tiene como fin:

- a) Disminuir las desigualdades sociales en los procesos salud - enfermedad, desde un enfoque crítico.
- b) Desarrollar la conciencia e incentivar la participación.

La Educación para la Salud es crítica, emancipadora, participativa, atravesada por técnicas pedagógicas y discursivas de educación popular, investigación participativa, organización popular.

La Educación para la Salud, entonces, se adhiere al Paradigma Alternativo de la educación, cuyo máximo exponente es Paulo Freire, donde la educación se orienta al empoderamiento y la autodeterminación de las comunidades para la definición de su propio modelo de desarrollo, siendo decisores y participantes activos del proceso.

Estos paradigmas de la Educación para la Salud se articulan a los tipos de educación según sus énfasis (Kaplún, 2002); primero, educación dirigida al conocimiento; segundo, educación dirigida a los efectos; y tercero, educación basada

en el proceso, que implica que los modelos sean exógenos o endógenos al individuo, y que se vea al otro como objeto o como sujeto:

Tabla 2. Tres tipos de educación

Modelo educación	Tipo de educación	Énfasis
Exógeno (planteado fuera del destinatario).	Objeto.	Contenidos (pone el acento en el conocimiento).
Exógeno (planteado fuera del destinatario).	Objeto.	Efectos (pone el acento en el cambio de comportamiento).
Endógeno (parte del destinatario).	Sujeto.	Proceso (pone el acento en el cambio social, desde la reflexión y toma de consciencia del sujeto).

Estos modelos son tipos ideales; en la realidad, los modelos pueden estar mezclados, pero puede acentuarse en determinado modelo y énfasis, sin prescindir de los otros modelos o énfasis.

Nota. Tomado de Kaplún (2002).

Los énfasis se pueden definir como:

a) Contenidos

Educación que pone el énfasis en los contenidos: es la educación realizada por profesores a alumnos, tiene como fin transmitir conocimiento. Este tipo de educación es considerada como vertical, autoritaria, denominada por Paulo Freire como bancaria; lo que se busca es dar instrucciones o conocimientos a una persona o comunidad considerada “a priori” ignorante. Aquí, el educador es el instruido y el educando es el ignorante.

b) Efectos

Educación que pone el énfasis en los efectos: llamada también ingeniería del comportamiento, busca moldear la conducta de las personas con objetivos o conductas definidas de antemano. En este caso, el comunicador/educador se concibe como un arquitecto de la conducta humana. Es también llamada comunicación manipuladora.

c) Proceso

Educación que pone el énfasis en el proceso: aquí, lo importante es la transformación de la persona desde el diálogo y la toma de conciencia social. Su interés principal está en el desarrollo de capacidad. Se busca propiciar reflexiones que guíen una toma de conciencia individual o colectiva. El educador/comunicador es un facilitador del proceso.

A continuación, se presentan los modelos pedagógicos y de comunicación:

Tabla 3. Modelos pedagógicos y de comunicación

Indicadores/modelo	Énfasis en los contenidos	Énfasis en los resultados	Énfasis en los procesos
Concepción	Bancaria	Manipuladora	Liberadora - transformadora
Pedagogía	Exógena	Exógena	Endógena
Lugar del educando	Objeto	Objeto	Sujeto
Eje	Profesor - Texto	Programador	Sujeto - Grupo
Relación	Autoritaria - Paternalista	Autoritaria - Paternalista	Autogestionaria

Indicadores/modelo	Énfasis en los contenidos	Énfasis en los resultados	Énfasis en los procesos
Objetivo evaluado	Enseñar / Aprender (repetir)	Enseñar / Hacer	Pensar - Transformar
Función educativa	Transmisión de conocimientos	Técnicas, conductas	
Ingeniería del comportamiento	Reflexión - Acción		
Tipo de comunicación	Transmisión de información	Información / Persuasión	Comunicación (diálogo)
Motivación	Individual, premios / castigos	Individual: estímulo / recompensa	Social
Función del docente	Enseñanza	Instructor	Facilitador - Animador
Grado de participación	Mínima	Seudoparticipación	Máxima
Formación de la criticidad	Bloqueada	Evitada	Altamente estimulada
Creatividad	Bloqueada	Bloqueada	Camino, búsqueda
Papel del error	Fallo	Fallo	Asumido
Manejo del conflicto	Reprimido	Eludido	Generadores
Recursos de apoyo	Refuerzo, transmisión	Tecnología educativa	Solidaridad - Cooperación
Valor	Obediencia	Lucro, utilitarismo	Solidaridad - Cooperación

Nota. Tomado de Kaplún (2002).

5.3. Fundamentos pedagógicos para la educación de las RIAS

El Ministerio de Salud y Protección Social ha hecho avances y desarrollos significativos sobre el tipo de Educación para la Salud que debe realizarse en el marco de la salud pública, y define la Educación para la Salud como:

“El proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas” (Resolución 3280 de 2018).

En ese sentido, el proceso de Educación para la Salud en el marco de las RIAS invita a reconocer la diversidad de actores y de voces, a construir horizontalmente sentidos y valores sobre la salud, el cuidado y el bienestar, reconociendo que los sujetos son el producto de su historia en un contexto particular, en un mundo en constante cambio. Así, es de total relevancia reconocer la historia de los sujetos, los significados que le otorgan (ellos y su cultura) a determinados saberes, prácticas y relaciones que explican su salud, así como comprender la relación población - territorio, para reconocer cómo han llegado a ser lo que son y, a partir de ello, construir o fortalecer conjuntamente saberes, valores y prácticas que aporten a la promoción y mantenimiento de su salud. En el siguiente cuadro, se resume la postura pedagógica de la Educación para la Salud en el marco de las RIAS:

Tabla 4. Fundamentos pedagógicos que sustentan la EpS en el marco de las RIAS

Número	Fundamentos pedagógicos	Sustentación
1	Enfoque de Educación para la Salud	1º De segunda generación: EpS comportamental. 2º De tercera generación: EpS participativa y emancipatoria.
2	Modelo pedagógico	Interestructurante dialogante
3	Perspectiva pedagógica	Constructivismo social (aprendizaje significativo) Pedagogía crítica
4	Orientación pedagógica	Basada en derechos
5	Currículo	Problematizador
6	Estrategia didáctica	Diálogo de saberes
7	Técnicas educativas	De educación popular, constructivista, de desarrollo de pensamiento crítico, de aprendizaje significativo

Nota. Ministerio de Salud y Protección Social (2018).

La perspectiva pedagógica desde la cual se realizarán las acciones de EpS en el marco de las RIAS se basa en:

Constructivismo social

El constructivismo parte del hecho de que el conocimiento es una construcción del ser humano y no una copia de la realidad. El aprendizaje es esencialmente activo y,

en la medida en que una persona aprende algo nuevo, lo incorpora a sus experiencias previas y a sus propias estructuras mentales. En este contexto, el constructivismo social está basado en la premisa de que los nuevos conocimientos se forman a partir de los propios esquemas de la persona (producto de su realidad) y de su comparación con los esquemas de los demás individuos que lo rodean. El paso de un estadio a otro sucede como producto de la interacción social (dentro de un contexto cultural particular) e implica la reorganización de esquemas y estructuras mentales. En este camino, las personas se apropian de los conocimientos que han sido construidos por la sociedad y adquieren y complejizan sus propios procesos psicológicos superiores (lenguaje, razonamiento, etc.). Así, el proceso interpersonal queda transformado en otro intrapersonal.

Vygotsky considera que el aprendizaje es uno de los mecanismos fundamentales de desarrollo y, por tanto, la enseñanza debe adelantarse a este para jalonarlo. López (s.f.) considera que el aprendizaje está determinado por el medio en el que se desenvuelve el sujeto y, desde este punto de vista, la interacción social – actividad colectiva- es el motor del desarrollo. Por lo anterior, hay que conocer:

01. Cuál es la zona de desarrollo próximo de cada sujeto, es decir, cuál es la distancia entre el nivel real de desarrollo (lo que puede hacer solo) y el nivel de desarrollo potencial (lo que puede hacer mediante una guía o la cooperación de otro).
02. Cuáles son los mejores mediadores para desarrollar las capacidades (mediadores instrumentales: lenguaje, objetos, etc.; y mediadores sociales: padres, cuidadores, TH en salud, etc.).

El conocimiento, entonces, no es un objeto que se transmite de uno a otro, sino una construcción que depende del medio social en el que está inmersa la persona, y que es adquirido mediante operaciones mentales cognitivas (contrastar, construir, comunicar, pensar), que se despliegan tanto por la actividad propia como por la participación en escenarios de actividad cooperativa para el aprendizaje. Uno de los métodos por excelencia para lograr el aprendizaje lo constituyen los proyectos.

Aprendizaje significativo

Basado en los planteamientos de Ausubel, el proceso pedagógico debe partir de conocer la estructura cognitiva previa de los sujetos, para, desde allí, preparar la nueva información, que se conecte de forma sustancial (no arbitraria) con un aspecto existente y relevante de tal estructura conceptual. Esa nueva información afectará la estructura existente mediante su reordenamiento (subordinación, supraordinación, categorización, recategorización, inclusión de un nuevo concepto) (Rodríguez, 2004). Todo lo anterior requiere de dos premisas: por una parte, la motivación de la persona por aprender, y por otra, que quien organiza el proceso pedagógico averigüe previamente cuál es esa estructura, qué tan estable es, y qué experiencias previas tiene el sujeto, con el fin de diseñar las estrategias didácticas que permitan que los nuevos aprendizajes se vinculen a las ideas previas de forma significativa, lo cual se traduce en mayor retención de conocimientos.

Dentro de los requisitos para lograr aprendizajes significativos, se encuentran:

Significatividad lógica del material: el material debe tener una estructura interna que permita construir nuevos significados.

Significatividad psicológica del material: la persona debe poder conectar el nuevo conocimiento con los saberes que ya están en su estructura cognitiva, es decir, debe ser comprensible.

Actitud orientada al aprendizaje por parte del sujeto: la persona debe querer aprender, además de poder hacerlo.

Es importante recordar que quien orienta el proceso pedagógico debe:

- a) Generar experiencias para que las personas puedan participar activamente en la resolución de un problema concreto de la realidad.
- b) Identificar cómo cada participante del proceso educativo organiza mentalmente la información y cuál es la relación que tiene con su medio, para ayudarlo a encontrar sentido a lo que aprende y desarrollar sus capacidades.

Pedagogía crítica- educación popular

Se basa en la idea de que es posible crear una sociedad justa y equitativa, por tanto, se requiere empoderar a las personas, quienes, mediante una lectura crítica de la realidad y la problematización de las relaciones sociales (de los poderes que circulan en ella), serán capaces de develar intereses, conflictos, y, por tanto, de actuar para mejorar la situación que viven (Mejía, 2016; Torres, 1993).

La pretensión de la pedagogía crítica es crear nuevas formas de conocimiento que partan de: 1) develar el carácter reproductor de injusticias sociales; 2) generar un modo de leer la historia (desde la construcción de un proyecto de identidad de los sujetos); 3) hacer que el conocimiento curricular responda al conocimiento cotidiano

desde las historias de vida de los participantes (contextualización de los aprendizajes); y
4) destacar la primacía de lo ético. Todo lo anterior se profundiza en el siguiente video:

Video 3. Fundamentos pedagógicos para la educación de las RIAS



[Enlace de reproducción del video](#)

Síntesis del video: Fundamentos pedagógicos para la educación de las RIAS

La pretensión de la pedagogía crítica es crear nuevas formas de conocimiento que partan de:

Primero, develar el carácter reproductor de injusticias sociales.

Segundo, generar un modo de leer la historia desde la construcción de un proyecto de identidad de los sujetos.

Tercero, hacer que el conocimiento curricular responda al conocimiento cotidiano desde las historias de vida de los participantes.

Cuarto, destacar la primacía de lo ético.

Entonces, todo lo anterior se traduce en:

- a) Entender que la situación se puede cambiar.
- b) Disponer de capacidades y recursos para crear los cambios.
- c) Construir posibilidades de cambio, como la participación, investigación y producción.

También, operan con dispositivos orientados a reestructurar y reorganizar estas experiencias, prácticas y saberes, y por tanto:

Operan en el mundo de la vida cotidiana y de las relaciones sociales.

Afectan las subjetividades individuales y colectivas.

Se ubican en la perspectiva de la reconstrucción de una subjetividad histórica con intereses transformadores.

Asumen al sujeto como actor activo de los procesos de aprendizaje y, en este sentido, lo entienden como una construcción.

Es necesario, asimismo, tener en cuenta los siguientes principios:

- a) Enfatizar en el desarrollo de capacidades y criterios.
- b) Recuperar las experiencias concretas de la gente, de sus saberes, aptitudes y conductas, de sus interpretaciones sobre los fenómenos,

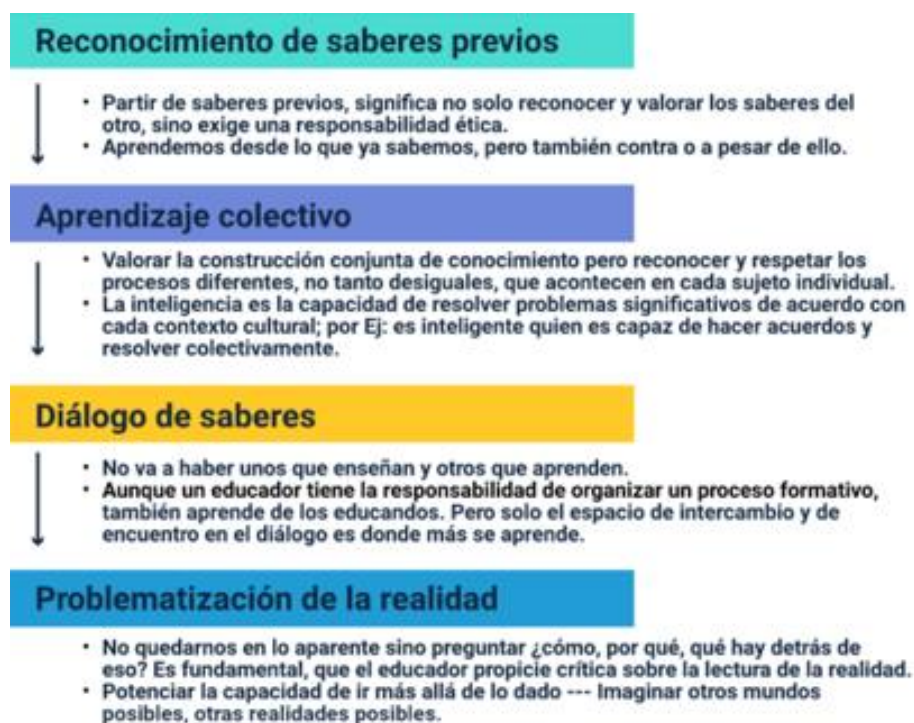
como punto de partida del proceso educativo y como insumos para la reflexión.

- c) Crear ambientes adecuados para la realización de los eventos educativos, de manera tal que se faciliten las manifestaciones espontáneas y la expresividad natural, culturalmente determinados.
- d) Promover la horizontalidad en la relación educativa, lo que implica redefinir el papel del promotor de salud o del maestro, para entenderlo como un facilitador del aprendizaje.
- e) Reconocer y hacer uso de diferentes caminos para acceder al conocimiento. En la realidad cotidiana, el aprendizaje sensorial tiene una importancia innegable, como lo tiene el aprendizaje desde lo concreto.
- f) Preferir el aprendizaje centrado en problemas, como referentes obligados para propiciar su análisis y búsqueda participativa de solución. Es en ese proceso reflexivo donde se desarrolla la creatividad, el sentido de trabajo en equipo y la capacidad para analizar y solucionar problemas.
- g) Preferir técnicas dialógicas, grupales y activas; dialógicas, por cuanto se trata de una educación de la pregunta y porque el diálogo permite desatar la palabra y la acción individual, paso inicial y obligado en un proceso creativo de participación; grupales, por cuanto se trata de establecer la solidaridad y la capacidad de trabajar en grupo.
- h) Validar el aprendizaje adquirido, no en términos de memorización, sino de acción, cambios de comportamientos, actitudes y estilos de vida.

Se considera que los que aprenden son personas activas, capaces de investigar, y que el educador deberá generar escenarios pedagógicos basados en la pregunta, que les permitan comprender la realidad, crear y decir sus propias palabras.

En suma, se trata de formar para la acción y la transformación, rescatando el papel del mediador (pedagogo) como aquel acompañante capaz de diseñar opciones, delinear caminos, proponer conflictos cognitivos, valorativos y orientar alternativas de solución. Desarrollar un proceso de educación desde la perspectiva crítica-educación popular implica:

Figura 7. Educación desde la perspectiva crítica-educación



Nota. Tomada de Ministerio de Salud y Protección Social (2018).

Por lo anterior y en consonancia con los referentes pedagógicos definidos, los enfoques de Educación para la Salud hacia la realización de las intervenciones definidas

en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) son el comportamental y el crítico-participativo; con un modelo pedagógico interestructurante dialogante, donde se reconocen todas las dimensiones de la vida humana (cognitiva, socioafectiva, práctica) y todos los tipos de inteligencia.

Para el caso del presente documento, el modelo que orientará la EpS en el marco de las RIAS es el interestructurante dialogante, de forma que se aporte al desarrollo de sujetos críticos, con instrumentos para pensar, para valorar y para actuar de forma reflexiva, reconociendo el saber de los otros y participando en construcciones conjuntas de conocimiento.

Para este modelo y postura en políticas nacionales de Educación para la Salud en el marco de las RIAS, el diálogo de saberes es el fundamento que permite una EpS basada en los sujetos y orientada a la autonomía de estos.

5.4. Diálogo de saberes

El diálogo de saberes se entiende como una interacción entre diversos conocimientos, donde se reconoce que tanto los sectores populares como el talento humano formado en espacios académicos tiene saberes que no solo se diferencian por los campos de contenidos que cada uno de ellos tiene, sino porque han sido contruidos desde lógicas culturales y prácticas históricas diferentes.

Lo que hay que reconocer en el diálogo con los participantes de los procesos de EpS es que existen diversas y válidas lógicas culturales y, por tanto, lo que corresponde es comprender la lógica interna de los discursos sobre los cuales los sujetos basan sus actuaciones (para este caso, su actuar en relación con la salud y la vida). Una vez

comprendido el discurso del otro, el ejercicio pedagógico se centrará en ampliar el universo de sentido de los sujetos que participan del proceso educativo (Torres, 1993).

Lo anterior implica estar dispuesto a escuchar de forma activa e incluyente, en un marco de negociación cultural, generando acuerdos, hasta construir nuevos saberes-sentires (esto quiere decir que en un diálogo no solo circulan conocimientos, sino sentimientos, sueños, intereses, temores, e incluso prácticas). En el diálogo, habrá que percibir los lenguajes corporales, las intencionalidades, las relaciones entre actores, los poderes que circulan entre los participantes. Esto es imperativo para ser cuidadoso en el planteamiento del saber científico, de tal forma que permita reconocer qué se puede decir y qué no en ese contexto, qué les duele o a qué le temen, qué saben y qué no saben, qué quieren saber, etc. Los vacíos de saber son válidos tanto en los sujetos que aprenden como en los que enseñan y habrá que hacerlos evidentes para poder construir un nuevo saber.

En suma, el diálogo de saberes implica la comprensión de la cultura (propia y de los otros), para generar acciones que incidan sobre las estructuras simbólicas de los participantes, lo cual se verá reflejado en su vida cotidiana.

5.5. Orientaciones para el desarrollo de Educación para la Salud

La educación y comunicación para la salud se desarrolla tanto para las RIAS de riesgo como para la RPMS, el siguiente esquema permite comprender de qué manera se complementan estos escenarios:

Figura 8. Educación para la Salud



Nota. Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social (2018).

La educación para la salud puede brindarse bajo la forma de educación individual y grupal (como parte de las atenciones y procedimientos con cargo a la UPC, es decir, bajo la responsabilidad de la EpS o asegurador), así como educación colectiva, es decir, intervención colectiva (bajo responsabilidad de la entidad territorial de salud y la ESE como operador). En el siguiente recurso, se mencionan algunas orientaciones para tener en cuenta:

Educación individual - grupal - colectiva

Las sesiones educativas deben ser implementadas por uno o varios profesionales, técnicos y tecnólogos de las ciencias de la salud, salud ambiental y de las ciencias sociales y humanas, con el apoyo de auxiliares del equipo de salud con las competencias para desarrollar metodológica, pedagógica y técnicamente el proceso

(ideal el apoyo de profesional en pedagogía, psicopedagogía o psicología educativa). Para el caso de comunidades indígenas, podrán ser desarrolladas por el personal de salud propio de dichos pueblos.

Individual: dirigida a un sujeto en un momento de curso de vida o a una familia. A cargo de EAPB - asegurador con la red de prestación de servicios.

Grupal: dirigida a personas que comparten determinado momento de curso de vida. O a grupos de personas o familias que comparten alguna condición o situación

Colectivo: dirigido a colectivos que comparten una condición o situación, personas que viven o se desarrollan en determinado entorno (algunos comparten más el mismo momento de curso de vida). A cargo de la DTS con la ESE en el marco del plan de salud de intervenciones colectivas.

Zoom - Educación individual - grupal

Las capacidades y los contenidos de los ciclos de educación para la salud pueden ser ajustados de acuerdo con:

- a) La identificación de capacidades a ser fortalecidas con las personas o familias.
- b) Las necesidades de salud identificadas.
- c) Las inquietudes de los grupos con los que se trabajará.
- d) Las orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas contenidas en el documento de marco conceptual y metodológico de Educación (y comunicación) para la Salud en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS.

¿Cómo?

Individual: considerando condiciones propias, estableciendo una tutoría con plan de actividades o plan de acompañamiento e incorporando técnicas de consejería.

Grupal: considerando la caracterización poblacional y las características del momento del curso de vida y a través de la definición de ciclos de sesiones, incorporando talleres, estudio de casos, seminarios, entre otros.

Sesiones

Individual

- a) De acuerdo con el plan de acompañamiento establecido.
- b) Sesiones de 20 a 30 minutos (establecer formas de seguimiento y acompañamiento complementario virtual o telefónico).
- c) Las sesiones se desarrollan con una persona (dos y requiere acompañamiento); en caso de la familia, implica mínimo dos miembros en la sesión.

Grupal

- a) 2 ciclos por momento de curso de vida, cada ciclo con mínimo 3 y máximo 6 sesiones.
- b) Debe establecerse por parte de la EAPB aseguradora una oferta permanente de ciclos educativos para garantizar cobertura de sus afiliados en los diferentes momentos de curso de vida.
- c) Sesiones con grupos de máximo 70 personas de entre 6 a 15 familias.

Al ser un proceso, se requiere planear y desarrollar ciclos apuntando a los resultados en salud propuestos según el momento de curso de vida. Para el caso de la educación grupal, los ciclos educativos deben tener de 3 a 6 sesiones, desarrolladas en un máximo de 3 meses, de tal manera que se cumpla con los objetivos del proceso; para cada momento de curso de vida, se deben desarrollar 2 ciclos educativos.

En el marco de la RPMS, se han definido objetivos específicos por momento de curso de vida, valorando lo que cada momento implica y con base en la premisa del desarrollo de capacidades de cuidado, de agencia y para ejercer sus derechos, en especial el derecho a la salud, que pueden resumirse en la siguiente tabla:

Tabla 5. Objetivos de la educación para el momento de curso de vida

Momento de curso de vida	Objetivos de la Educación para la Salud	Resultados en Salud - Educación en salud por momento de curso de vida
Primera infancia e infancia	Participan padres, cuidadores y gradualmente se incorporan de manera más activa los niños y niñas. Capacidades para la crianza, el cuidado de la salud y la protección que involucren asimismo a familias y entornos orientados al desarrollo humano integral de niños(as).	Los resultados en salud están centrados en las capacidades de cuidado relacionadas con la salud, la crianza promotora de la salud y el desarrollo, la alimentación y nutrición; así como con la identificación de signos de alarma. Para la infancia, se incorpora el afrontamiento de sucesos vitales y el fortalecimiento de capacidades socioemocionales como resultados en salud.
Adolescencia	Reforzar potencialidades en lo relacionado con su capacidad de agencia, autonomía y construcción de identidad. Acompañar en los procesos de cambio propios del momento,	Los resultados en salud están centrados en las capacidades de cuidado de la salud, la alimentación y nutrición, el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, las habilidades socioemocionales para la promoción de la salud mental, el

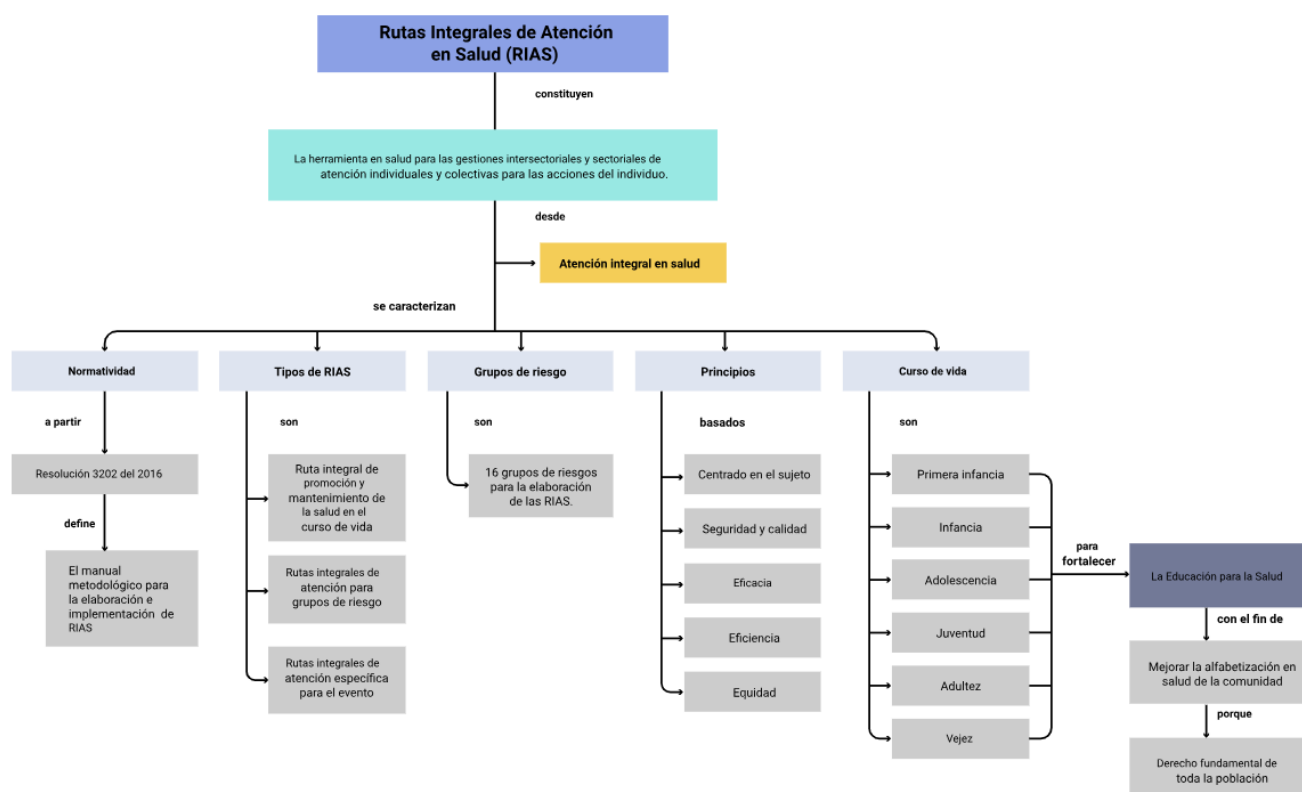
Momento de curso de vida	Objetivos de la Educación para la Salud	Resultados en Salud - Educación en salud por momento de curso de vida
	fisiológicos y psicológicos, pero también en relación con el proyecto de vida, la sana convivencia, la sexualidad y la reproducción.	establecimiento de relaciones sanas y constructivas y el afrontamiento de sucesos vitales.
Juventud	Capacidades para transformar saberes y prácticas en pro de una vida saludable, relacionadas con el ejercicio de la sexualidad y la reproducción libre e informada, la sana convivencia, la educación para el trabajo y el desarrollo humano en los diferentes escenarios durante el curso de vida, la capacidad política y la autonomía para agenciarse y relacionarse con otros/as.	Los resultados en salud están centrados en las capacidades de cuidado relacionadas con el cuidado de la salud, la alimentación y nutrición, el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, las habilidades socioemocionales para la promoción de la salud mental, el establecimiento de relaciones sanas y constructivas y el afrontamiento de sucesos vitales.
Adulthood	Capacidades para la promoción y mantenimiento de su salud en reconocimiento de su dimensión laboral, familiar y personal; así como las capacidades para ejercer sus derechos y el derecho a la salud.	Los resultados en salud están centrados en las capacidades de cuidado relacionadas con el cuidado de la salud, la alimentación y nutrición, el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, las habilidades socioemocionales para la promoción de la salud mental, el establecimiento de relaciones sanas y constructivas y el afrontamiento de sucesos vitales.
Vejez	Capacidades para la promoción y mantenimiento de su salud; así como las	Los resultados en salud están centrados en las capacidades de cuidado relacionadas con el cuidado de la salud, la alimentación y nutrición, el

Momento de curso de vida	Objetivos de la Educación para la Salud	Resultados en Salud - Educación en salud por momento de curso de vida
	capacidades para ejercer sus derechos y el derecho a la salud. Aportar para mantener conservadas, el mayor tiempo posible, su autonomía y las habilidades intelectuales (atención, memoria, funciones ejecutivas, aprendizaje, razonamiento, percepción, cálculo, praxias).	ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, las habilidades socioemocionales para la promoción de la salud mental, el establecimiento de relaciones sanas y constructivas y el afrontamiento de sucesos vitales.

Nota. Ministerio de Salud y Protección Social (2018).

Síntesis

En el siguiente mapa conceptual, se presenta un resumen de lo visto en el componente frente a las Rutas Integrales de Atención en Salud:



Material complementario

Tema	Referencia	Tipo de material	Enlace del recurso
3. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	Ecosistema de Recursos Educativos Digitales SENA. (2021). <i>Generalidades y principios Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS</i> [Video]. YouTube.	Video	https://www.youtube.com/watch?v=OQ8PuL4ft1U
3. Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2016). <i>Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS</i> .	Documento	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf
4. Educación para la Salud	Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2018). <i>Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS</i> .	Documento	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf

Glosario

Disciplinamiento: hace referencia a una imposición moral que se instala en esta etapa sobre el cuerpo, el puritanismo de la sexualidad, así como valores sociales correctos, como el trabajo excesivo y la falta de ocio.

Educación para la Salud: proceso pedagógico de construcción de conocimiento que pretende aportar al desarrollo del potencial de las personas, familias y comunidades, para proveer el cuidado de la salud, gestionar el riesgo de salud y transformar positivamente los entornos en los que sus vidas se desenvuelven.

Intervenciones colectivas: las intervenciones colectivas se definen como el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio.

Intervenciones individuales: las intervenciones individuales se definen como el conjunto de intervenciones en salud dirigidas a las personas en sus diferentes momentos del curso de la vida y a la familia como sujeto de atención, que tienen como finalidad la valoración integral, la detección temprana, la protección específica y la Educación para la Salud de forma individual, grupal o familiar.

Momentos del curso de vida: se constituyen en el primer ordenador de la RPMS, permite abordar a las personas en los diferentes momentos del continuo de la vida (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez), reconociendo las características y los cambios que, desde la particularidad de cada uno, potencian el desarrollo y la salud de las personas, constituyéndose como lo plantea Parodi (s. f.) en

una aproximación transversal para facilitar la medición y monitoreo, sin perder de vista que se trata de un continuo, evitando caer en el error de analizar segmentos aislados.

Referencias bibliográficas

Álvarez, A. (2014). Los discursos otros. Críticas al universalismo occidental. Ediciones Desde Abajo.

Federación Internacional Fe y Alegría. (2003). La Pedagogía de la Educación Popular en Fe y Alegría. Revista Internacional Fe y Alegría, (4), p. 8-33.

https://www.feyalegria.org/wp-content/uploads/fya-biblioteca/images/acrobat/FyA4_3394.pdf

Fernández, R. (2007). Características y condiciones del aprendizaje de los adultos. Curso para Educadores de adultos - Plan Libre Asistido.

https://www.academia.edu/9399632/Caracter%C3%ADsticas_y_condiciones_del_Aprendizaje_de_los_ADULTOS

Kaplún, M. (2002). Una pedagogía de la comunicación (el comunicador popular). Editorial Caminos de la Habana.

Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Febrero 16 de 2015.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

López, J. (s. f.). Vigencia de las ideas de L.S. Vigotsky. Instituto Central de Ciencias Pedagógicas. <http://es.calameo.com/books/000233168fd5593a8ebd2>

Mejía, M. (2016). La educación popular en tiempos de globalización. Deconstruyendo escenarios para reconstruir actores. XXIII reunión anual de la Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação - ANPED.

<http://docplayer.es/117408128-La-educacion-popular-en-tiempos-de-globalizacion-1-deconstruyendo-escenarios-para-reconstruir-actores.html>

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2016). Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”>

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

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2018a). Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2018b). Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS. Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>

Resolución 518 de 2015. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC. Febrero 24 de 2015.

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

Resolución 3280 de 2018. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Agosto 2 de 2018.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>

Resolución 276 del 2019. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se modifica la Resolución 3280. Febrero 4 de 2019.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-276-de-2019.pdf>

Resolución 2626 de 2019. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE. Septiembre 27 de 2019.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202626%20de%202019.pdf

Resolución 2381 de 2021. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2022 y se dictan otras disposiciones. Diciembre 28 de 2021.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.2381%20de%202021.pdf

Torres, A. (1993). La Educación Popular: Evolución reciente y desafíos. *Pedagogía y Saberes*, (4), p. 13-27. <https://doi.org/10.17227/01212494.4pys13.26>

Veiga-Neto, A. (1997). Michel Foucault y la educación: ¿Hay algo nuevo bajo el sol? *Crítica post-estructuralista y educación*, p. 9-62.

Créditos

Nombre	Cargo	Regional y Centro de Formación
Claudia Patricia Aristizábal Gutiérrez	Responsable del equipo	Dirección General
Liliana Victoria Morales Gualdrón	Responsable de línea de producción	Centro de Gestión De Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Suralba Mosquera Mosquera	Experta Temática	Regional Antioquia - Centro de Servicios de Salud
Mónica Genith Castro Hernández	Experta Temática	Ministerio de Salud y Protección Social
Nelly Yulisa Rivas	Experta Temática	Ministerio de Salud y Protección Social
Paola Alexandra Moya Peralta	Diseñadora Instruccional	Regional Norte de Santander - Centro de la Industria, la Empresa y los Servicios
Álix Cecilia Chinchilla Rueda	Asesora Metodológica	Regional Distrito Capital - Centro de Diseño y Metrología
Rafael Neftalí Lizcano Reyes	Responsable Equipo Desarrollo Curricular	Regional Santander - Centro Industrial del Diseño y la Manufactura
Darío González	Corrector de Estilo	Regional Distrito Capital - Centro de Diseño y Metrología
Andrés Felipe Velandia Espitia	Metodología para la formación virtual	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Jesús Antonio Vecino Valero	Diseñador web	Centro de Gestión De Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital

Nombre	Cargo	Regional y Centro de Formación
Diego Fernando Velasco Güiza	Desarrollador Fullstack	Centro de Gestión De Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Ernesto Navarro Jaimes	Animación y producción audiovisual	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Lady Adriana Ariza Luque	Animación y producción audiovisual	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Laura Gisselle Murcia Pardo	Animación y producción audiovisual	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Carolina Coca Salazar	Evaluación de contenidos inclusivos y accesibles	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital
Leyson Fabian Castaño Pérez	Validación y vinculación al LMS	Centro de Gestión de Mercados, Logística y Tecnologías de la Información - Regional Distrito Capital