

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 -



MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Viceministra de Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (E)

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO SALDARRIAGA

Director de Promoción y Prevención

**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 -**

Documento elaborado por:

Diana Victoria Gutiérrez Triana

Equipo técnico de Gestión para la Promoción y la Prevención

En colaboración con:

María del Carmen Morales

Grupo Curso de Vida

Agradecimientos a:

Lisbeth Alpargatero

Grupo de Desarrollo Humano y Convivencia Social

Margarita Bernal

Grupo de Salud Sexual, Derechos Sexuales y Derechos
Reproductivos

Agradecimientos especiales a:

Dr. Fernando Peñaranda

Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Diseño y diagramación:

Catalina Cruz

Subdirección de Salud Ambiental

ISBN: 978-958-5401-56-3

Primera Edición: mayo de 2018

Ministerio de Salud y Protección Social

Cra. 13 # 32-76

PBX: (57-1) 330 50 00

Bogotá D.C. Colombia.

Abril de 2018

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MSPS a través de su portal web www.minsalud.gov.co

TABLA DE CONTENIDO

1. Presentación	
2. Introducción	
3. Fundamentos epistemológicos y conceptuales	
3.1. Lo epistemológico	
3.2. Enfoques que orientan el proceso de educación para la salud en el marco de las RIAS	
3.3. Definiciones	
3.4. Diferencias y relaciones con la tecnología Información en salud y con los procesos de gestión de Desarrollo de Capacidades y de Participación Social (Resolución 518 de 2015)	
4. Orientaciones pedagógicas	
4.1. Referentes pedagógicos	
4.2. Principales intencionalidades del proceso pedagógico	
5. Orientaciones curriculares	
5.1. Orientaciones generales del proceso de Educación para la salud por planes de beneficios	
5.2. Orientaciones generales del proceso de Educación para la salud por tipo de intervención: individual, grupal, colectiva y familiar	
6. Orientaciones didácticas	
6.1. Claves metodológicas a tener en cuenta para organizar las sesiones de Educación para la Salud	
6.2. Ideas para organizar una propuesta pedagógica	
7. Referencias	

*La educación no es la palanca para
transformar el mundo...pero podría serlo.*

- Paulo Freire

1. PRESENTACIÓN¹

Aunque cada vez más se reconoce la importancia de la educación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, 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.

A partir de los avances en la psicología y la antropología, entre otros campos del saber, están siendo incorporados en los escenarios de la educación para la salud, factores psicológicos asociados a la toma de decisiones como la motivación y el refuerzo de conductas, así como factores culturales que tienen incidencia en las prácticas –saludables o no- que las personas escogen implementar en sus vidas.

Sin embargo, aún es necesario construir la educación para la salud como un proceso pedagógico, que aclare cuál es el tipo de humanos que se pretende aportar a formar, qué es lo que se quiere enseñar/aprender, para qué y cómo hacerlo, entre otros interrogantes. Esta falta de claridad pedagógica hace que se confunda la **Educación para la Salud (EpS)** con la información en salud o el marketing en salud, lo que se ve reflejado, por ejemplo, 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.

Lo cierto es que aún no se ha comprendido la potencia de la acción pedagógica sobre la transformación de los individuos y colectivos, no solo a nivel conductual sino también en lo cognitivo y en las prácticas. 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 nos lleva a la imperiosa necesidad de que, como trabajadores de la salud, hagamos conciencia sobre nuestro propio modelo pedagógico, con el que actuamos y perpetuamos ciertas prácticas, basadas, por una parte, en el supuesto poder superior del conocimiento científico y, por otra, en ideas homogenizantes 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.

Por lo anterior es un desafío para la salud y para la salud pública implementar verdaderos procesos educativos, con fundamento pedagógico, para la implementación de procesos de cuidado (incluido el autocuidado, pero no exclusivamente), el logro de las metas del país en materia de salud pública y el logro de transformaciones psicológicas, sociales y culturales que se reflejen en los resultados en salud.

Para ello se ha diseñado el presente documento en el cual encontrarán 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 puedan tener las claridades suficientes

¹ Basado en Gómez (2013).

que les permitan desarrollar los procesos pedagógicos para la salud.

En suma, pretende homogenizar estándares técnicos para implementar la **EpS**. En este documento encontrarán la definición del proceso, el marco pedagógico, las características del proceso y el marco metodológico, así como la definición de las capacidades a desarrollar en cada momento del curso de vida y las capacidades relacionadas con la salud bucal y la salud nutricional, a realizarse de manera individual.

2. INTRODUCCIÓN

La *Educación para la salud (EpS)* 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 y 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**.

Hacia mediados del siglo XX tomó fuerza el concepto de salud pública, orientada hacia el perfeccionamiento de la salud individual y colectiva (incluyendo la prevención de las enfermedades), por lo que 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.

Desde la 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.

En la medida en que las patologías son cada vez más crónicas, estamos entrando en un campo de la salud que requiere un

tratamiento educativo para su prevención. Esto se ha traducido en el desarrollo de comportamientos, actitudes y conocimientos que estimulen la responsabilidad individual a través de la aplicación de técnicas y saberes de las ciencias biomédicas y psicológicas² para la prevención de enfermedad y el mantenimiento de la salud, mediante iniciativas individuales y sociales.

Esta disciplina tiene una larga tradición y por ende cada vez existe más evidencia respecto del hecho de que la EpS debe dirigirse a conjuntos de comportamientos en contextos específicos para lograr modificaciones positivas, más que a conductas independientes. También es clara la evidencia de que la *EpS* debe darse desde los contextos familiares, escolares y comunitarios, donde se desarrolla la vida de las personas, desde los primeros años de vida.

Adicionalmente a la construcción de conocimientos, prácticas y valores que transformen los comportamientos no saludables en saludables, la intencionalidad que nos proponemos de ahora en más, es la de que la *EpS* se exprese también como un proceso pedagógico que incide sobre el contexto social y político, mediante el cual se puedan transformar los modos y condiciones de vida, de manera que se traduzcan en la construcción de bienestar (entendido como armonía y equilibrio biológico, psicológico, social y espiritual de los individuos, las familias y las comunidades)

En este sentido, la *EpS* se orienta a favorecer cambios ambientales, sociales y económicos en relación con la salud, por lo cual se une a procesos participativos y de movilización social así como de investigación social comunitaria sobre los determinantes sociales de la salud, con la intención de que las comunidades incidan en las agendas institucionales (gubernamentales) y en las agendas públicas (empresariales, organizacionales, comunitarias, etc.), posicionando estrategias que sean proclives al mejoramiento de

² Existe, por ejemplo, amplia literatura en relación con el aumento de la respuesta inmunitaria cuando se actúa sobre factores psicológicos como la autoestima y el autoconcepto (psiconeuroinmunología).

la calidad de vida de poblaciones concretas en territorios específicos y al logro de objetivos de equidad.

De esta forma, interesa una **EpS** que reconozca las condiciones concretas en que se desarrollan los sujetos y colectivos, para aportar de manera pertinente a la construcción de opciones para **saber-hacer más y mejor** sobre la salud, por una parte, y, por otra, a la construcción de opciones para incidir sobre los procesos sociales, económicos, políticos y culturales que impiden o dificultan acceder a la salud.

No le apostamos a homogenizar ni a controlar las vidas de otros, sino a **generar las oportunidades y aportar a construir las capacidades que permitan consolidar uno de los activos más importantes para poder vivir bien y dignamente: la salud.**

A continuación, se presenta un cuadro que da cuenta de los contenidos del documento, que les permitirá a los lectores identificar la forma en que está ordenado, para facilitar su comprensión:

CAPÍTULO	CONTENIDO
Fundamentos epistemológicos y conceptuales	Lo epistemológico
	Enfoques que orientan el proceso de Educación para la salud en el marco de las RIAS.
	Definiciones
	Diferencias y relaciones con la tecnología Información en salud y con los procesos de gestión de desarrollo de capacidades y de participación social (Resolución 518 de 2015)
Orientaciones pedagógicas	Referentes pedagógicos: <ul style="list-style-type: none"> ● Paradigma de educación para la salud ● Modelo pedagógico ● Perspectivas pedagógicas ● Orientación pedagógica ● Currículo ● Estrategias didácticas ● Técnicas educativas
	Principales intencionalidades del proceso pedagógico: <ul style="list-style-type: none"> ● Sujeto con pensamiento crítico ● Sujeto con capacidad para cuidar -se ● Sujeto con capacidad de agencia
Orientaciones curriculares	Orientaciones generales del proceso de EpS por planes de beneficios
	Orientaciones generales del proceso de EpS por tipo de intervención: individual, grupal, colectiva y familiar
Orientaciones didácticas	Claves metodológicas a tener en cuenta para organizar las sesiones de EpS
	Ideas para organizar una propuesta pedagógica

3. FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS Y CONCEPTUALES

3.1. Lo epistemológico³

El presente documento de directrices sobre el proceso de educación para la salud se inscribe en perspectivas epistemológicas pos-estructuralistas, que son contrarias a las formas de comprender el mundo y de apropiarse del conocimiento basadas en un pensamiento positivista (clásico, moderno, eurocéntrico y patriarcal), donde el sujeto era considerado como el centro de la racionalidad, observador aséptico del objeto de estudio y como la unidad de medida del conocimiento y de la moral; productor del conocimiento científico universal que orientaba el saber disciplinar como una verdad absoluta (Álvarez, 2014; Veiga, 2017). Estas formas de comprender el mundo dieron lugar a la construcción de saberes hegemónicos, que determinaron en un momento específico la delimitación de criterios de verdad absolutos, que debían ser asumidos por todos, confiriendo poder sobre los demás a quienes ostentaran dichos discursos y normalizando aquellos comportamientos deseables que se van instituyendo como “normales” y homogenizantes.

Las perspectivas pos-estructuralistas reconocen que el sujeto es producido por las constantes relaciones de poder que se tejen en las interacciones cotidianas, en donde actúa sobre otros y es influido por éstos, de tal manera que se convierte en un sujeto producido, fundado, instituido por los otros y por el contexto, en contraposición con el concepto de sujeto fundante e instituyente de la modernidad (Álvarez, 2014; Veiga, 2017). Reconocen que el saber se construye permanentemente y que no hay verdades absolutas; proponen que 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 así los disensos, las ideas y culturas no hegemónicas, como otros modos de

³ La epistemología estudia el conocimiento humano y el modo en que el sujeto actúa para desarrollar sus estructuras de pensamiento. Responde a la pregunta ¿cómo conocemos?, y en este sentido, nos permite comprender qué posición adoptamos frente a nosotros mismos, a nuestra relación con los demás sujetos y con el mundo en el proceso de construcción de conocimientos.

comprender y construir el mundo con relaciones de poder más horizontales. Así mismo, relevan el ejercicio del poder individual y de la resistencia en la vida cotidiana.

Inscrito en estas tendencias epistemológicas, el proceso de educación para la salud 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.

Las metodologías y didácticas que se presentan en este documento están en coherencia con la anterior comprensión, por ello se hace énfasis en metodologías que reconocen al otro como un igual, que aún con posiciones divergentes es un interlocutor válido y reconocen la pluralidad de formas de vivir, la complejidad existente, que construye una gran riqueza del saber y de las prácticas sociales.

En este sentido, los enfoques y las metodologías planteadas invitan a construir conjuntamente, dando a los equipos de salud el papel de facilitadores de procesos de construcción horizontal, exhortando a pensar (se) críticamente sobre sus propias formas de ser y de hacer en el mundo, su relación con sus contextos y a reconocer cómo las relaciones en las que están inmersos moldean sus vidas; todo esto sobre la base del respeto hacia la dignidad del ser humano, con el fin de fortalecer la capacidad de cuidar (se) y la capacidad de agencia, que se expresa en la

autonomía de los sujetos y en la construcción del tejido social⁴.

3.2. Enfoques que orientan el proceso de educación para la salud en el marco de las RIAS

En coherencia con la comprensión expuesta anteriormente, 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 país⁵.

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:



ENFOQUE DE DERECHOS

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

4 Garzón, J. (2013). *Enfoques epistemológicos en torno a la investigación social*. Cinde – Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá, Colombia.

5 Ley estatutaria de Salud 1751 de 2015, Resolución 429 de 2016, que establece la Política de Atención Integral en Salud, la Resolución 3202 de 2016 por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y se adopta un grupo de Rutas, así como las demás normas que reglamentan el sistema).

(titulares de obligaciones). Todos los titulares de obligaciones están legalmente comprometidos a respetar, proteger y a hacer cumplir los DDHH (Cunego, 2016). Los principales principios de los DDHH son:

- Universales
- Intransmisibles
- Inalienables
- Indivisibles
- Integrales
- Interdependientes
- Irrenunciables
- Progresivos
- Imprescriptibles

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.



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.

Determina la "forma de análisis y de actuación social y política que, por una parte, identifica y reconoce las diferencias (...), y sus implicaciones en términos de poder, de condiciones de vida y de formas de ver el mundo. A partir del reconocimiento de las diferencias y sus implicaciones, busca la transformación o supresión de las inequidades y de sus expresiones de

subordinación, discriminación y exclusión social, política y económica. Además de la reivindicación y legitimación de las diferencias, desde la perspectiva de los derechos humanos” (Montealegre&Urrego, 2011).

Se orienta a reivindicar los derechos de todas las personas, independientemente de sus particularidades, y considera que existen características que exigen acciones distintivas para construir o reconstruir las condiciones habilitantes del ejercicio y la garantía de los derechos, tanto a nivel individual como grupal. Incluye acciones afirmativas a poblaciones históricamente vulneradas.

La PAIS plantea que este enfoque le permite a la política de atención reconocer y organizarse frente a las diferencias de las personas y colectivos con respecto a los determinantes sociales y ambientales de la salud; en este sentido, reconoce diferencias poblacionales y territoriales.

Frente a las diferencias poblacionales, la PAIS plantea la necesidad de adaptaciones de la atención en salud, según las características de la población (incluidos los momentos del curso de vida), sus modos de vida y sus contextos socios culturales, económicos y políticos. Frente a las diferencias territoriales, plantea adaptaciones de las intervenciones en salud, dependiendo de las características de cada uno de los 3 ámbitos territoriales definidos: urbanos, rurales y dispersos; así como de los 5 entornos: hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional.

Nota: A través de la historia de la humanidad, se ha avanzado en el reconocimiento de los DDHH de ciertos grupos de personas que tienen necesidades de protección diferenciales, a raíz de sus **condiciones** específicas, y en algunos casos, de su vulnerabilidad manifiesta, o de las inequidades estructurales de la sociedad. Por ello se requieren acciones afirmativas a ciertos grupos (ej: mujeres, víctimas, personas con discapacidad, comunidades étnicas, etc.), atendiendo *“el principio de igualdad que establece que las*

personas en situaciones análogas deben ser tratadas de forma igual, y que aquellas que están en situaciones distintas deben tratarse de manera distinta, en forma proporcional a dicha diferencia” (ACNUR, 2004).



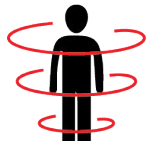
ENFOQUE DE GÉNERO

Se entiende por género 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 éstos 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. Las discriminaciones por razones de género permean las estructuras sociales, culturales, económicas y políticas; y tienen impactos individuales, comunitarios y colectivos” (SIVIGE, 2016).*

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. Y, de igual manera, busca garantizar la igualdad de género en los diferentes espacios sociales, económicos y políticos.

Desde un análisis interseccional: *“Al abordarse los problemas de género y salud, debe tenerse en cuenta las diferencias entre las mujeres y entre los hombres con respecto a la edad, el estado socioeconómico, la educación, el grupo étnico, la cultura, la orientación sexual, la discapacidad y la ubicación geográfica” (OPS, 2015).* Este enfoque está inmerso en el enfoque

de derechos. Permite comprender que hay disparidades sistemáticas entre la salud de las mujeres y la de los hombres, que no son consecuencia de las características biológicas de los seres humanos, sino del lugar diferente que ocupan en la sociedad.



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.

En este enfoque el objetivo principal del desarrollo es ampliar las opciones de las personas, crear un ambiente propicio para que la gente disfrute de una vida larga, saludable y creativa (Cunego, 2016). A menudo las personas valoran los logros que no se reflejan, al menos en forma inmediata, en las cifras de crecimiento o ingresos: mayor acceso al conocimiento, mejores servicios de nutrición y salud, medios de vida más seguros, protección contra el crimen y la violencia física, una adecuada cantidad de tiempo libre, libertades políticas y culturales y un sentido de participación en las actividades comunitarias.

Con la mirada interseccional el desarrollo no es una cuestión homogénea para todas las personas, depende de la cultura,

cosmovisión, de la etapa de la vida en la que se encuentre, de las condiciones diferenciales que se tengan, así como del territorio que se habite espacial y subjetivamente.



ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

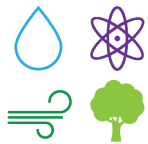
Aborda el continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del trayecto vital (históricos, sociales, económicos, etc.), de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por 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 período 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).



ENFOQUE ECOLÓGICO

El postulado básico del modelo ecológico plantea que el desarrollo humano supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano, que está en proceso de desarrollo, por un lado, y por el otro, las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Acomodación mutua que se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por las relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos (García, 2001).

Las condiciones de los sujetos en términos de edad, condición socioeconómica, pertenencia étnica y cultural y demás factores son determinantes del desarrollo en los diferentes niveles: endo, micro, meso, macro.



ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA SALUD

"Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (...), explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria" (OMS, 2018).

Así mismo, se reconoce que los problemas ambientales tienen efectos que se van acumulando, de manera creciente, en la salud humana, especialmente en las poblaciones más vulnerables; por lo tanto, es necesario continuar avanzando hacia el desarrollo sostenible y una ética diferente de relacionarnos con el ambiente.

Mediante este enfoque, se analiza cómo las desigualdades en la distribución de los bienes sociales, tales como: ingreso, riqueza, estabilidad laboral, alimentación, acceso a servicios de salud, educación, entre otros, generan disparidades en el estado de salud de los grupos sociales.

La presencia desigual de estos factores a nivel general en la población trae como consecuencia inequidades, en la medida en que las estructuras sociales y económicas en las que están construidas las sociedades son cada vez más estratificadas. *"La adopción de un marco de política para la actuación de la reducción de inequidades y el reconocimiento de los determi-*

nantes sociales de la salud desde la agenda social-política de los países tiende a garantizar el derecho universal en salud acompañado de políticas sociales, económicas y de bienestar" (Carmona-Meza, 2015).

En consonancia con lo anterior, las recomendaciones de la OMS son: 1) mejorar las condiciones de vida cotidianas; 2) luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; 3) medición y análisis del problema.



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 construidos. 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. En caso de enfermar, se preocupa porque las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos. Orienta la articulación de acciones individuales, colectivas y poblacionales para aportar a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de toda la población (MSPS, 2015⁶).

Para realizar una comprensión integrada de una realidad concreta, que tenga en cuenta los diversos elementos que plantean

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Modelo Integral de Atención en Salud*. Bogotá.

los anteriores enfoques, revelando las variadas identidades que los seres humanos tenemos e identificando los diferentes tipos de discriminación a los que están sometidas las personas como consecuencia de la combinación de identidades es útil utilizar el **análisis interseccional**, "herramienta para el análisis, el trabajo de abogacía y la elaboración de políticas, que aborda múltiples discriminaciones y nos ayuda a entender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades"(AWID, 2014).

En suma, mediante esta herramienta se avanzará en la comprensión de los modos en que diferentes sistemas hegemónicos (económicos, sociales, raciales) crean y perpetúan inequidades en salud, facilitando así dilucidar el entrecruzamiento de diferentes modalidades y formas de discriminación que pueden estar presentes en los sujetos y que conllevan al desempoderamiento de los mismos. Comprender este entrecruzamiento permite organizar los procesos de prevención, promoción y atención en salud desde una perspectiva integral que tiene como presupuesto el bienestar del sujeto y su salud.

3.3. Definiciones

La **Educación para la Salud** se define 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.*

Esto nos conduce a la implementación de intervenciones pedagógicas orientadas a la transformación social, a la construcción de pensamiento crítico, de sujetos capaces de leer su realidad de forma amplia y compleja, y al fortalecimiento de la identidad y la defensa de la vida de sectores excluidos de la población⁷.

Este proceso se manifiesta en la implementación de acciones educativas, diseñadas pedagógicamente, que **generan la**

oportunidad para que las personas mejoren sus conocimientos en relación con la salud, desarrollen habilidades personales para el cuidado de la salud (propia, de los otros y del territorio) y reflexionen sobre las acciones colectivas a implementar para aportar a la transformación de condiciones de vida que tienen efectos adversos sobre la salud.

Su intencionalidad es la de aportar al desarrollo de la autorrealización, **autogestión y autonomía** individual y colectiva, como expresión de la garantía del derecho a la salud. Se trata de generar condiciones subjetivas para que las personas, mediante el conocimiento, el desarrollo de valores y de prácticas –saludables- puedan vivir la mejor vida posible o aportar a cambiar las condiciones para que ello sea factible.

La **Eps** se convierte así en un "satisfactor sinérgico"⁸ que da cuenta de los aprendizajes que los sujetos requieren incorporar en sus vidas para contribuir con la gestión del riesgo en salud y con la afectación positiva de los determinantes sociales y ambientales de la misma.

En tanto satisfactor, se pregunta por el qué hacer y cómo hacer para lograr objetivos –resultados- en salud, camino mediante el cual se pretende reducir brechas de inequidad y actuar sobre patrones de calidad de vida y salud.

De lo anterior se colige que la **Eps** está organizada desde la lógica de la salud (no desde la lógica de la enfermedad) y se verá reflejada en el **desarrollo de capacidades** personales, familiares y comunitarias para comprender y transformar la (su) realidad y por tanto para convertirse en agentes sociales de cambio. En consecuencia, se considera que la **Eps** no tiene la intención de controlar ni los agentes causales de las enfermedades –mediante estilos de vida-, ni de controlar la vida de las personas, haciéndolos seguir unos patrones sanitarios predeterminados (las más de las veces formulados desde la institucionalidad).

⁸ De acuerdo con Max Neef, los satisfactores sinérgicos "Son aquellos que (...) estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades. Su principal atributo es el de ser contra hegemónicos en el sentido de que revierten racionalidades dominantes tales como las de competencia y coacción", puesto que son construidas con los participantes o por lo menos se les tiene en cuenta en diversos momentos de su gestión. Max-Neef, M., Elizalde, A., Hopenhayn, M. (1986) *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro.*

⁷ Sierra, C. et al. (2016). *Producción escrita y conversaciones sobre educación popular.* Pág 15. Universidad Nacional: Bogotá.

A continuación encontrarán una serie de definiciones relacionadas con la **Educación para la Salud** que permitirán a los lectores comprender las orientaciones contenidas en este documento⁹:

De **Desarrollo**¹⁰: proceso dialéctico y complejo, condicionado por la cultura y la historia en la que viven los sujetos, mediante el cual las dimensiones del ser humano -biológica, social y psicológica (cognitiva, valorativa y práctica)- se influyen mutuamente, expresándose en transformaciones (cuantitativas y cualitativas) de las características y de las capacidades de las personas a lo largo del curso de la vida, así como de la ampliación de los entornos con/en los cuales interactúan. Lo anterior se refleja en forma de cambios en el pensamiento, en las actuaciones, en los sentimientos y valores y en la manera de comprender las realidades, entre otros aspectos.

El desarrollo no es un proceso lineal, ni automático, sino en espiral, moldeable, plástico, que requiere de experiencias y de interacciones sociales que lo faciliten tal como lo plantean Henri Wallon y otros estudiosos del desarrollo: *"En el desarrollo humano se produce una transición desde lo biológico o natural, a lo social o cultural"*.

Ed **Educación**: práctica social que pretende formar permanente a los miembros de una sociedad en los valores, saberes y prácticas propios de su cultura, facilitando su desarrollo en el marco de la concepción de humano que tiene esa sociedad.

Estos saberes no están tematizados, sino que son los contenidos de la vida misma, que se expresan de manera consciente o inconsciente. Por lo tanto, siempre estamos inmersos en procesos educativos que hacen parte de la cultura -y de la esfera sociopolítica-.

Pd **Pedagogía**: disciplina que sistematiza, organiza, conceptualiza, aplica y experimenta los conocimientos referentes al proceso de enseñanza - aprendizaje de los saberes, en función de determinados fines y objetivos del desarrollo de los sujetos.

La pedagogía tematiza los saberes y define las mejores formas para aprender y los momentos de la vida en lo que hay que hacerlo. El saber pedagógico se produce permanentemente cuando los que lo implementan investigan el sentido de lo que hacen, las características de aquellos y aquellas a quienes enseñan, la forma en que aprenden las personas a lo largo del curso de sus vidas, la pertinencia y la trascendencia de lo que se espera que aprendan.

La pedagogía lleva a quien orienta el proceso educativo a percibir los procesos que suceden a su alrededor y a buscar los mejores procedimientos para intervenir crítica e innovadoramente en ellos.

Mp **Modelo pedagógico**: marco de referencia que representa las formas de interrelación de los parámetros pedagógicos: concepción del ser humano e idea de sociedad.

Responden al menos a los siguientes cinco aspectos:

1. *El ideal de la persona bien educada que se pretende formar.*
2. *A través de qué o con qué estrategias metodológicas.*
3. *Con qué contenidos y experiencias educativas concretas.*
4. *A qué ritmos o niveles debe llevarse el proceso formativo.*
5. *Quién dirige el proceso formativo y en quién se centra el mismo.*

Las prácticas cotidianas de los procesos educativos son las manifestaciones materiales de un modelo pedagógico, por ejemplo: la forma de disponer un salón, los recursos didácticos utilizados, los textos, etc.

Di **Didáctica**: se refiere a los principios y normas para dirigir y optimizar el proceso de enseñanza - aprendizaje

⁹ Basado en Rivera (2010) y en la definición del Ministerio de Educación Nacional, consultada en <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-80185.html>; significado de pedagogía, consultado en <https://www.significados.com/pedagogia/>; Zuluaga y otros (1988).

¹⁰ Basado en Pérez & Navarro (2011); Papalia y otros (2010); De Zubiría (2011).

hacia los objetivos educativos.

La tarea didáctica ya no consiste sólo en enseñar, sino en crear las condiciones para que las personas aprendan. El **didacta hace saber** mediante métodos, técnicas y estrategias.

Existen diversas didácticas, según las edades y características de los sujetos y según contenidos de estudio.



Currículo: Es el resultado de seleccionar y organizar la cultura para hacerla enseñable. El currículo se genera como producto de un proceso intencional y sistemático en el que se toman decisiones referidas tanto a los saberes culturales que se enseñarán y a su organización, como a las modalidades de apropiación del conocimiento y la forma en que será evaluado¹¹. Se expresa en el conjunto de criterios, planes de estudio, programas, metodologías y procesos que contribuyen a la formación del sujeto.

Existe un **currículo manifiesto** (lo que se escoge para ser enseñado), un **currículo oculto** (lo que se enseña, aunque no se diga explícitamente que se va a hacer, por ejemplo, lo que se enseña a través de las relaciones interpersonales o en las dinámicas institucionales que se establecen) y un **currículo nulo** (lo que se decide que no se va a enseñar: los procesos intelectuales que se dejan de lado, los saberes que están ausentes del currículo).



Aprendizaje: del latín *aprehendere* que significa adquirir, coger, apoderarse de algo. El aprendizaje se trata de hacer propios los contenidos que se enseñan en el proceso pedagógico, mediante los actos didácticos.

Es el proceso mediante el cual se modifican comportamientos, valores y prácticas o se adquieren conocimientos de una

¹¹ La selección de los contenidos y objetivos no es obra del azar, ni una actividad inconsciente o inocente, sino que está fuertemente influida y condicionada por las perspectivas y valores de quienes realizan este proceso de selección cultural.

forma más o menos permanente.



Enseñanza: Del latín *in-signare* que significa señalar hacia, mostrar algo. Es la actividad humana intencional que consta de la ejecución de estrategias preparadas para la consecución de las metas educativas planificadas (aunque con alto grado de indeterminación, por los elementos psicológicos y culturales que están en juego en el proceso pedagógico).

Enseñar es hacer que el sujeto aprenda, es dirigir el proceso de aprendizaje, es organizar las experiencias de aprendizaje. Es una actividad reflexiva porque se opone a la repetición rutinaria de actos mecánicos.

3.4. Diferencias y relaciones con la tecnología Información en salud y con los procesos de gestión de Desarrollo de Capacidades y de Participación Social (Resolución 518 de 2015)

En vista de que usualmente se ha venido denominando IEC (información, educación y comunicación) a las acciones que pretenden ser educativas pero que, en realidad, la mayoría de las veces resultan ser acciones de información, de propaganda o de marketing, este Ministerio definió la separación del mismo en dos tecnologías: por una parte, la educación y comunicación y por otra, la información en salud.

En este sentido se definió **información en salud**¹² como el conjunto de "Acciones de producción, organización y difusión de un conjunto de datos o mensajes para orientar, advertir, anunciar o recomendar a los individuos, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud, que contribuyan a la construcción de elementos que propicien la toma de decisiones en salud".

¹² Se sugiere revisar el texto completo en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-informacion-pic.pdf>

Su intencionalidad es la de crear un clima cultural apropiado para la promoción de la salud y aportar a la construcción de otras formas de comprender la salud, de modo que los sujetos puedan tener elementos de juicio para actuar en consecuencia.

Su finalidad está centrada en: a) persuadir o disuadir a las personas en relación con la realización de determinada conducta; b) anticiparse a que los sujetos adopten comportamientos que afecten su/la salud; c) promocionar los derechos y las acciones de cuidado y autocuidado, d) reforzar comportamientos y saberes favorables para promover y mantener la salud, y e) cambiar representaciones de sí mismo, de los otros o de lo otro (desnaturalizando lo injusto o inequitativo o inconveniente para la salud).

La información en salud parte de la caracterización participativa de los entornos (hogar, educativo, laboral o comunitario), identificando lo que las personas comprenden sobre determinado tema, a partir de lo cual se construye e implementa un plan de medios para aportar información que permita generar elementos para resolver una problemática en salud de los habitantes y de su territorio y termina con la documentación de la comprensión del mensaje y de sus impactos o efectos. Entre los elementos a tener en cuenta en el plan de medios se cuentan: las cuñas radiales, los mensajes en redes sociales, los jingles, las caricaturas, los cuentos, los boletines de prensa, los folletos, los afiches, entre otros.

Con base en lo anterior, es necesario construir estrategias que incluyan tanto intervenciones de educación para la salud, como intervenciones de información en salud que se complementen y aporten al logro de los objetivos que el territorio se propuso en el marco de su planeación territorial.

Por otra parte, en la Resolución 518 de 2015 se estableció dentro de los procesos de Gestión de la Salud Pública el de **desarrollo de capacidades**, que pretende generar transformaciones y condiciones para crear, construir o fortalecer los conocimientos, las habilidades y las actitudes que se requieren para gestionar técnica, administrativa y financieramente las políticas de salud y protección social, de forma que aporten a mejorar la salud de los habitantes de los distintos territorios del país. Este

proceso se debe desarrollar tanto con el talento humano como con las organizaciones (Direcciones territoriales de salud y demás instituciones del SGSSS) e incluso con el entorno social, político y comunitario (como los tomadores de decisiones y el talento humano de otros sectores), imprescindibles para afectar positivamente los determinantes sociales y ambientales de la salud¹³.

Las capacidades a desarrollar serán tanto técnicas (relacionadas con un determinado campo de acción, área de aplicación, profesión, ciencia o práctica) como funcionales (transversales a todo el proceso de gestión de políticas, programas, proyectos, estrategias e intervenciones en salud), y, en todo caso, deberán responder a las problemáticas identificadas en su planeación territorial.

El desarrollo de capacidades se puede realizar mediante diversos medios, entre otros: creación de redes, encuentros regionales de experiencias significativas, pilotaje de nuevas experiencias, acuerdos de cooperación entre territorios, facilitación del desarrollo organizacional (normas y prácticas para el manejo del sector, políticas, marcos de acción para cumplir la misionalidad de las instituciones de salud, procedimientos, etc.), asistencia técnica al talento humano sectorial y de otros sectores¹⁴.

Por último, otro proceso de gestión de la salud pública, conexo con algunas intervenciones de educación para la salud es el de **participación social en salud**, cuyo objetivo es lograr que la ciudadanía y las comunidades incidan en las decisiones públicas que afectan la salud, aportando a conseguir los objetivos estratégicos del Plan Decenal de Salud Pública y aumentando la capacidad territorial de gobernanza en salud.

La participación social en salud es un derecho que se expresa como proceso social e incide intencionalmente en la transformación de patrones individuales, familiares, comunitarios y políticos, con miras a producir bienestar, garantizar el derecho a la salud y promover la garantía de otros derechos humanos y del ambiente

¹³ Se recomienda al lector revisar el documento Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud, en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-gsp-v.pdf>.

¹⁴ La Asistencia técnica puede retomar elementos de la Educación para la salud, especialmente si se desarrolla mediante capacitación (ver orientaciones didácticas en este documento)

(Resolución 2063 de 2017).

Dentro de los ejes estratégicos de la participación social en salud encontramos: a) el fortalecimiento institucional, b) el empoderamiento de la ciudadanía y las organizaciones sociales, c) el impulso a la cultura de la salud, d) el control social en salud y e) la gestión y garantía de la salud con participación decisoria. En estos ejes podemos encontrar acciones como las estrategias pedagógicas para cualificar a la ciudadanía para participar o realizar control social o el diseño e implementación de procesos de presupuestación participativa.

Al igual que en el proceso de desarrollo de capacidades, en el de participación social algunas de las intervenciones a realizar pueden retomar elementos de la educación para la salud, especialmente en lo relacionado con las estrategias para que la ciudadanía y sus organizaciones sociales aprendan a conocer la arquitectura institucional nacional, departamental, distrital y/o municipal y a construir agendas sociales para posicionar en las instituciones.

4. ORIENTACIONES PEDAGÓGICAS

En primer lugar, es necesario decir que siempre se generan aprendizajes en nuestra vida cotidiana debido, en parte, a que la sociedad a la que pertenecemos ha definido una visión de cómo debemos ser y para ello ha desarrollado unos dispositivos sociales, culturales, psicológicos, políticos, económicos, entre otros, que se despliegan en las prácticas sociales cotidianas en las que nos insertamos (familiares, laborales, etc.).

Es decir que, a través de nuestras vidas circulan saberes **implícitos, no tematizados** que nos educan; los contenidos son la vida misma y no están definidos por tiempos, ni por quién los va enseñar, ni con qué, ipero se enseñan y se aprenden!

Pero estos aprendizajes a los cuales accedemos de forma casi imperceptible (incluso a veces no sabemos que sabemos o pensamos **algo**), no son orientados de manera programada y reflexionada y por tanto los resultados (aprendizajes) pueden ser de una gran diversidad, incluso contradictorios.

Por lo anterior lo que nos interesa en el proceso de la educación para la salud es que los saberes, valores, actitudes, prácticas y hábitos que requerimos incorporar para vivir bien, sean enseñados / aprendidos de manera consciente, intencionada, reflexiva y crítica.

4.1. Referentes pedagógicos

Esto hace que la **EpS** se desarrolle no como un proceso educativo –social **espontáneo** sino como un proceso PEDAGÓGICO. Para ello es necesario plantearnos una serie de preguntas que nos permitirán definir desde qué referentes pedagógicos se desarrollará la EpS en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud del MIAS:

PREGUNTAS PEDAGÓGICAS QUE GUÍAN LA EpS

¿Por qué educar?: ¿cuál es el ideal de persona que se pretende formar/educar?

Sujeto activo, autónomo, capaz de cuidarse a sí mismo, a los otros (conocidos o no) y a la naturaleza; capaz de transformar su realidad y transformarse para participar de la construcción de una vida digna (es decir, una vida basada en derechos).

Sobre qué educar (delimitar el objeto)

Saberes, actitudes, valores y prácticas saludables (basadas en una nueva ética del cuidado: que prevenga daños futuros y aporte a la regeneración de daños pasados¹⁵).

Capacidades para resolver problemas que afecten la salud y la vida.

Capacidades para participar e incidir sobre los aspectos (políticos, económicos, etc.) que determinan su salud.

¹⁵ Basado en el texto de Toro, B. (s.f.)

Hacia dónde conducir el proceso (para qué: pertinencia y trascendencia)

Para la producción y reproducción de la vida en términos de equidad y justicia, teniendo en cuenta la necesidad de transformar las condiciones subjetivas y objetivas que impiden vivir saludablemente (capacidad de cuidado y de agencia).

Los procesos concretos de **Eps** se orientarán a generar el surgimiento y desarrollo de nuevas y cada vez más complejas estructuras de saber-saber hacer-ser, orientadas por los facilitadores, quienes crearán experiencias, actividades y ambientes que permitan lograr este objetivo, partiendo de las características de los participantes del proceso de aprendizaje y de los escenarios donde se desarrollan.

¿Cómo educar? ¿Con qué contenidos y experiencias educativas concretas?

Los ejes de entrada del proceso educativo serán las dinámicas, potencialidades, problemas y necesidades territoriales y poblacionales.

Por ello, los contenidos se definirán una vez revisadas las caracterizaciones poblacionales y, en general, los resultados de la planeación territorial en salud.

A partir de este ejercicio se deberán definir las capacidades requeridas por cada tipo de sujeto (individuos por momento de curso de vida, familias, comunidades: barriales, veredales, étnicas, etc.).

Las temáticas serán seleccionadas de acuerdo con las capacidades a desarrollar, para lo cual se deberán

consultar las matrices de las rutas de atención integral en salud (anexo de este documento), en donde encontrarán un abanico amplio de posibilidades temáticas a implementar en cada momento del curso de vida (no obstante, es de recordar, que tales contenidos deben adaptarse a las particularidades de los sujetos y los territorios)

Sin embargo, en aras de una mayor eficacia, se recomienda partir de situaciones muy concretas y en las cuales exista posibilidad estratégica de alcanzar logros significativos en el corto plazo.

Las experiencias educativas deben basarse en la participación y en la construcción colectiva de saberes y prácticas, partiendo del aprendizaje significativo.

¿A través de qué o con qué estrategias metodológicas?

Estrategias metodológicas de la educación popular (como el diálogo de saberes, la reflexión crítica de la realidad, la reinterpretación de ciertos saberes, valores y prácticas y la construcción de alternativas, a ser puestas en marcha en la realidad) y del constructivismo y, especialmente del constructivismo social (aprendizaje colaborativo, basado en la actividad y en la reflexión: entre los que encontramos los laboratorios sociales, los proyectos, la resolución de problemas -especialmente los que generan una serie secuencial de **conflictos o retos cognitivos**, los talleres, y los mapas conceptuales o mentales)

¿A qué ritmos o niveles debe llevarse el proceso educativo?

Por una parte, en cada guía por momento de curso de vida, encontrarán las indicaciones a seguir para la implementación de sesiones de **Eps**, tanto individuales como colectivas, que los actores (EAPB, IPS, ARL y Direcciones Territoriales de Salud- DTS-) adelantarán.

Por otra parte, se deberá tener en cuenta el momento del curso de vida a quienes se dirige la **Eps** y las condiciones del territorio (en términos de la facilidad para desplazarse hacia un sitio donde se llevará a cabo el ejercicio educativo o para acceder por vía virtual a contenidos educativos en salud)

Especialmente para el caso de las intervenciones de **Eps** a nivel colectivo (por PIC), se tendrá en cuenta el resultado de lo que, concertado con las comunidades, para definir tiempos, niveles, resultados esperados y tipo de acompañamiento pedagógico requerido por parte de la institucionalidad, en el marco de las características de cada entorno (hogar, educativo, laboral y comunitario).

En todo caso, la secuenciación (tipo de concatenación de los contenidos) se llevará a cabo según los saberes que se requieran para **saber un nuevo saber**, teniendo en cuenta las particularidades evolutivas y culturales de los participantes. Podrán implementarse de forma inductiva, particular y concreta hacia lo más distante, general y abstracto.

¿Quién dirige el proceso?

Existen unas orientaciones nacionales que definen el marco pedagógico y temático de la **Eps**, las cuales serán adoptadas y adaptadas territorialmente, con la partici-

pación de los sujetos y colectivos, especialmente si son comunidades étnicas.

Los **facilitadores** del proceso promueven la reflexión, el desarrollo de capacidades, especialmente la capacidad de aprender, pensar y actuar, y para ello diseñan estrategias didácticas que promuevan la construcción de nuevos esquemas y la participación activa en la construcción de nuevo conocimiento y de nuevas alternativas colectivas para poder ser-estar saludable.

No obstante ser coordinado el proceso por los facilitadores (contratados por los prestadores primarios –para el caso de acciones educativas con cargo a la UPC- o por la dirección territorial de salud –para ser implementado mediante acciones del Plan de Intervenciones Colectivas-), éste debe ser consultado y de preferencia concertado con las poblaciones con las cuales se adelantará el proceso educativo.

¿En quién se centra el proceso?

En los sujetos (individuos, familias y comunidades).

Con base en lo anterior, el MSPS establece unas orientaciones que les permitan a los equipos de salud territoriales o de IPS, diseñar currículos para la salud, acordes con la intencionalidad de construir, de forma participativa, mejores estilos y condiciones de vida.

Estas orientaciones se basan en concepciones pedagógicas y curriculares que son congruentes entre sí, permiten lograr la intencionalidad definida para el proceso de educación para la salud.

En este sentido, los fundamentos pedagógicos que sustentan la **EpS** en el marco de las RIAS y del MIAS son:

Fundamentos pedagógicos que sustentan la EpS en el marco de las RIAS:		
1	Enfoque de educación para la salud ¹⁶	1º De segunda generación: EpS comportamental 2º De tercera generación: EpS participativa y emancipatoria. ¹⁷
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, constructivistas, de desarrollo de pensamiento crítico, de aprendizaje significativo.

A continuación, se presentan algunos elementos conceptuales sobre los fundamentos pedagógicos de la **EpS** en el marco de las RIAS, que permitirán organizar propuestas pedagógicas para la salud, de acuerdo con los referentes presentados en la tabla anterior¹⁸:

4.1.1. En primer lugar hay que decir que en la historia de la humanidad podrían identificarse tres paradigmas de educación para la salud¹⁹:

¹⁶ Basado en Sánchez y otros (1995).

¹⁷ La pretensión de este lineamiento es que la EpS se realice preferentemente desde los enfoques de segunda y tercera generación, pero ya no más desde el enfoque de primera generación (paradigma prescriptivo) que es aquel basado en la transmisión de información, generalmente medicalizados y expresados en normas básicas para evitar la enfermedad (decálogos de salud, supuestamente buenos e indiscutibles) y en una relación de poder dominada por la autoridad de los profesionales de medicina.

¹⁸ No obstante, se sugiere que los actores responsables de guiar este proceso realicen las lecturas complementarias que consideren necesarias para apropiarse del modelo pedagógico y demás orientaciones que se presentan en este lineamiento.

¹⁹ Se recomienda revisar el texto de Sánchez y otros "Estructuras de racionalidad en educación para la salud:

a) Enfoque de primera generación – paradigma prescriptivo: pretende definirle a la gente normas básicas para evitar la enfermedad, mediante informaciones y prohibiciones de comportamientos que podrían ser riesgosas para la salud, usualmente expresadas en forma de decálogos. Esta visión de la EpS parte de una idea fragmentada del cuerpo y poco o nada tiene en cuenta las condiciones y saberes que existen en los contextos o entornos en los que se desenvuelve la vida de las personas.

b) Enfoque de segunda generación – paradigma comportamental: surge como respuesta al problema de la elevada morbilidad cardiovascular y oncológica, asociada a estilos de vida no saludable. Parte de la idea de que las personas somos responsables de nuestra salud y por lo tanto lo que interesa es que la gente implemente comportamientos **saludables**.

Por lo anterior enfatiza en la modificación de hábitos personales, lo cual se logra combinando acciones informativas con el manejo de factores sociales, culturales y psicológicos (técnicas de motivación, técnicas para influenciar actitudes y uso de instrumentos derivados de la teoría del aprendizaje para favorecer la persuasión que genere el cambio deseado –tales como: condicionamiento operante, procesos cognitivistas, aprendizaje vicario-)²⁰.

Algunas prácticas basadas en este enfoque parten de las creen-

fundamentos y sistematización" (1995) y el texto de Castro "Los paradigmas sobre el proceso salud-enfermedad y sus consecuencias en la educación para la salud" (s.f.).

²⁰ El condicionamiento operante es una forma de aprendizaje mediante el cual un sujeto tiene más probabilidades de repetir las formas de conducta que conllevan consecuencias positivas y, por el contrario, menos probabilidades de repetir las que conllevan consecuencias negativas. Aprendizaje vicario: o aprendizaje social es aquel que se adquiere por observación, imitación o modelado. En él al menos participan dos personas: el modelo, que realiza una conducta determinada y el sujeto que realiza la observación de dicha conducta; esta observación determina el aprendizaje. A diferencia del aprendizaje por conocimiento, el que aprende no recibe refuerzo, sino que este recae en todo caso en el modelo; aquí el que aprende lo hace por imitación de la conducta que recibe el refuerzo. Las teorías cognitivas, especialmente las tendencias europeas, describen el aprendizaje como construcción, modificación, organización, estructuración, reestructuración y readecuación de estructuras mentales. El aprendizaje es visto como un cambio en el significado de las experiencias del que está aprendiendo, de manera que éste pueda construir nuevos y poderosos significados. En lugar de visualizar el aprendizaje como una modificación de la conducta, se habla de una modificación en el aprendiz. Consultado el 20 de octubre de 2016 en <https://www.google.com.co/search?q=definicion+de+condicionamiento+operante>, <http://deysichavezcontreras.blogspot.com.co/2012/11/aprendizaje-vicario.html>, <https://gruplustic.wikispaces.com/Cognitivism>.

cias que las personas tienen y del análisis de los factores predisponentes de la conducta: qué la hace posible, qué la refuerza, qué la extingue.

En suma, le apunta a la modificación de hábitos personales con el fin de conseguir comportamientos saludables. Pretende actuar sobre las creencias de las personas para que tomen **ciertas** decisiones. Para ello se basa en técnicas de consejería profesional, atención informativa, análisis de motivaciones y actitudes. Con esta información determina los factores predisponentes del comportamiento, para establecer acciones educativas que permitan controlarlos, bien sea mediante la persuasión, el uso de acciones de condicionamiento operante o el desarrollo de acciones cognitivistas.

c) Enfoque de tercera generación - paradigma crítico - participativo: surge ante la insuficiencia de los enfoques positivistas para generar transformaciones duraderas que den cuenta de la formación de determinados saberes y prácticas. Este enfoque pretende ligar una cultura de promoción de la salud a una práctica democrática y por tanto le apunta a la construcción de alternativas de cambio social de estilos, condiciones y modos de vida que no generan bienestar.

Parte de la idea de que en la estructura socioeconómica está la causa de los patrones de morbilidad y por tanto de lo que se trata el ejercicio educativo es de aportar a la reducción de desigualdades ante la salud.

La estrategia didáctica pasa por la construcción de procesos de investigación social con la participación de los pobladores, en contextos concretos, sobre las situaciones que producen enfermedad, para promover acciones de participación que trasciendan hacia la construcción de agendas institucionales y políticas públicas.

En suma, el enfoque crítico se presenta cuando se concibe la Educación como **algo más** que una acción informativa-persuasiva, y se reconoce que los sujetos requieren aprendizajes que les permitan, mediante tareas sociales, incidir en la

organización de proyectos participativos comunitarios, como protagonistas de sus vidas y no como objetos o clientes.

En este paradigma se generan dinámicas colectivas donde todos los participantes aprenden y enseñan mutuamente, mientras actúan. Para ello, los escenarios por excelencia son los de la vida cotidiana, aunque en escenarios institucionalizados también es posible desarrollar el proceso educativo. El reto es lograr el protagonismo de los participantes, quienes deberán sentirse como actores históricos con capacidad para transformarse- transformar su entorno²¹.

La organización del proceso de **Eps** desde este paradigma pasa por proponer alternativas de cambio desde las mismas comunidades, una vez se haya analizado el tejido socioeconómico (patrón de morbilidad del territorio), con el fin de reducir las desigualdades ante la salud.

Por lo anterior y en consonancia con los referentes pedagógicos definidos, **los enfoques de Educación para la salud en los cuales nos basaremos para realizar las intervenciones definidas en las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), son: el comportamental y el crítico- participativo.**

4.1.2. Sobre los modelos pedagógicos hay que mencionar que éstos ofrecen un marco de referencia para entender las implicaciones y alcances de los parámetros pedagógicos, que, en suma, dan los lineamientos básicos sobre las formas de organizar los fines educativos, caracterizan y jerarquizan contenidos, delimitan la secuencia y relación entre ellos, precisan las relaciones entre los sujetos de aprendizaje, los coordinadores del proceso y los saberes y, por último, caracteriza la evaluación²².

En general puede decirse que existen tres tipos de modelos pedagógicos²³.

a) Modelo heteoestructurante: está centrado en quien enseña, donde el propósito es transmitir conocimientos, de

21 Basado en Coppens, F. y Van de Velde, H. (2005). Consultado el 30 de enero de 2018, en <https://contexto-educativosinteractivos.files.wordpress.com/2012/08/modelos-pedagogicos-en-colombia.pdf>.

22 Tomado de "El modelo pedagógico predominante en Colombia" (De Zubiría y otros, 2008).

23 Se sugiere al lector revisar el documento "Las Pedagogías del Conocimiento", de Not (1994).

modo que su función es "*repetir y hacer repetir (...)*", haciendo que los sujetos memoricen mediante constantes ejercitaciones y prácticas rutinarias (lo cual debe evidenciarse al momento de evaluar). De esta forma los contenidos educativos se convierten en informaciones específicas y normas de conducta, que los sujetos pasivos incorporan, sin necesidad de reflexionar. Para ello se utilizan exposiciones orales y visuales, clases magistrales, donde el que aprende sólo tiene que prestar atención.

b) Modelo autoestructurante²⁴: está centrado en el que aprende; de modo que su propósito es garantizar el cumplimiento de sus expectativas e intereses. En este modelo se accede a los contenidos educativos de forma experiencial y vivencial, de modo que va creando sus propias representaciones, las cuales se verán reflejadas (quizás sin la calidad argumentativa necesaria) al momento de evaluar. Para ello se utilizan laboratorios, excursiones, salidas de campo, talleres, entre otros.

c) Modelo pedagógico interestructurante dialogante²⁵: la idea central de este modelo es el DESARROLLO. En ese sentido se reconocen todas las dimensiones de la vida humana (cognitiva, socio afectiva, práxica) y todos los tipos de inteligencia.

Le corresponde al proceso educativo formar humanos que piensan, aman y actúan mejor, "*entregándoles cañas de pescar y no pescados*", con el fin de que se desarrollen procesos psíquicos superiores como el lenguaje escrito, el pensamiento hipotético deductivo, la argumentación o la interpretación, mediante los cuales es posible resolver problemas y abstraer. Por eso es necesario partir de un diagnóstico sobre el

24 Este modelo incluye tanto la Escuela Activa como las corrientes constructivistas, que tienen diferentes énfasis en las metodologías así como en la evaluación, entre otros aspectos.

25 Basado en el libro "*Los modelos pedagógicos: Hacia una pedagogía dialogante*" (De Zubiría, 2011). En todo caso, lo que se pretende es dejar de actuar desde el modelo heteroestructurante: aquel en el que se considera que la educación es un proceso de asimilación basado en la repetición y la copia y por tanto las acciones que propone son las de reproducir una información, con base en un trabajo rutinario, donde el proceso está centrado en quien enseña (que monopoliza la palabra y las decisiones). La intención **oculta** de este modelo es la de generar personas obedientes, capaces de adelantar trabajos mecánicos y repetitivos. En algunos momentos del proceso de **Eps** se podrá trabajar desde el modelo autoestructurante, desde el cual se privilegian las estrategias por descubrimiento e invención que parten de los intereses de quienes están aprendiendo, de modo que el facilitador es un guía o acompañante de este proceso.

nivel de desarrollo de los que están aprendiendo, que permita detectar tanto debilidades como fortalezas (no solo las primeras, como ha sido lo usual)

Las metodologías que privilegian este modelo son las del diálogo desequilibrante que genera desestabilización en los conceptos y las actitudes previas, pero que no desconoce la necesidad de la exposición por parte del que enseña, siempre que su intención sea la de generar comprensión, transcendencia y mediación del significado y no la mecanización que promueven los modelos tradicionales (Feurstein, 1995, citado por De Zubiría, 2011). Las contradicciones que nos plantean las ideas de los otros (compañeros o facilitadores), son las que generan la necesidad de revisar los propios esquemas, bien sea mediante la propia reflexión o la propia práctica)

Otras estrategias didácticas promovidas en este modelo son el seminario, la mesa redonda, la lectura colectiva y reflexiva, la investigación dirigida y el estudio de obras. Siempre es conveniente escribir-re escribir, leer y releer, acompañado de observaciones y orientaciones claras y constructivas.

El proceso educativo debe promover el análisis de los contextos sociales e históricos en los que se formulan y desarrollan las ideas (para nuestro caso, las ideas sobre la salud), para entenderlas, interpretarlas y valorarlas adecuadamente.

Desde este modelo se entiende el proceso educativo como aquel que es direccionado por el docente (facilitador) pero respetando las dinámicas y capacidades propias de los que están aprendiendo, para lograr el aprehendizaje en un proceso activo y mediado por diversas estrategias que generen diálogo y reflexión.

Esto significa que en la interacción educativa los que aprenden y los que enseñan gestionan de manera conjunta la enseñanza y el aprendizaje en un proceso dialogante de participación y respetando la diferencia conceptual del otro; así se reconoce que existen conocimientos construidos por la ciencia, la tecnología, etc., que son reconstruidos de manera activa e interestructurada a partir del diálogo pedagógico, los

ambientes y experiencias que conflictúan el saber pero que lo afianzan a través del desarrollo evolutivo.

Para el caso de las presentes directrices, el modelo que orientará la **Eps** en el marco de las RIAS es el **interestructurante dialogante, de forma que aportemos 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.**

4.1.3. La perspectiva pedagógica, hace referencia a la forma de ver la educación y, para este caso, nos importa saber que los sujetos tienen la capacidad de construir –se, de reflexionar sobre su (la) vida y transformarse –la. Interesa entonces, diseñar propuestas pedagógicas que lleven a las personas a desarrollar sus potencialidades, a comprender, a pensar, a amar y a actuar (especialmente con los colectivos en los entornos en donde interactúan).

En este sentido, la perspectiva pedagógica desde la cual se realizarán las acciones de **Eps** en el marco de las RIAS se basa en:

a) 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

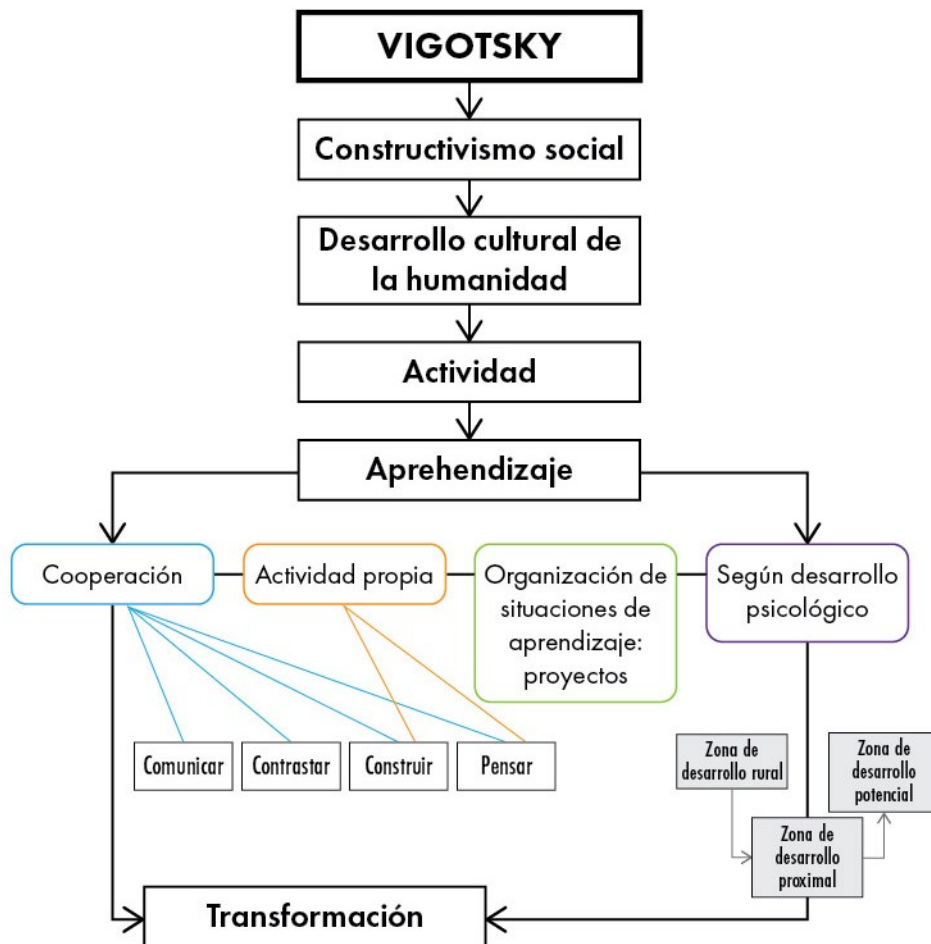
complejizan sus propios procesos psicológicos superiores (lenguaje, razonamiento, etc.). Así el proceso interpersonal queda transformado en otro intrapersonal-. En este sentido Vygotsky formula la ley genética del desarrollo cultural de la forma siguiente:

"Cualquier función en el desarrollo cultural del niño aparece en escena dos veces, en dos planos: primero como algo social, después como algo psicológico; primero entre la gente como una categoría intersíquica, después, dentro del niño como una categoría intrapsíquica"²⁶.

Este autor considera que el aprendizaje es uno de los mecanismos fundamentales de desarrollo y por tanto la enseñanza debe adelantarse a este para **jalonarlo**. Considera, así mismo, 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, por una parte, 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) y por otra, 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 **aprehendizaje** lo constituyen los proyectos.

²⁶ Tomado del documento de la Dra. Josefina López, "Vigencia de las ideas de L. S. Vygotsky" (s.f.).



Elaboración propia, 2016

b) 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, supra ordinación, categorización, re-categorización, inclusión de un nuevo concepto)²⁷.

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 conocimientos²⁸.

Dentro de los requisitos para lograr aprendizajes significativos encontramos:

- 1) significatividad lógica del material (el material debe tener una estructura interna que permita construir nuevos significados);
- 2) significatividad psicológica del material (la persona debe poder conectar en nuevo conocimiento con los saberes que ya están en su estructura cognitiva, es decir, debe ser comprensible);
- 3) actitud orientada al aprendizaje por parte del sujeto (debe querer aprender, además de poder hacerlo -que es a lo que se refieren los numerales 1 y 2)²⁹.

Por su parte, para J. Brunner³⁰ la principal preocupación debe ser inducir al sujeto que aprende hacia una participación activa en su propio proceso de aprendizaje y enfatiza en que éste se dé por descubrimiento, es decir, aquel que se construye a partir del desafío que le impone la resolución de problemas reales de las situaciones que vive: el conocimiento es más útil a una persona cuando lo descubre por su propio esfuerzo y lo integra a lo que conocía con anterioridad³¹. Este es un tipo de aprendizaje basado en la inducción y reconoce que cada individuo selecciona y procesa la información de

27 Basado en el documento de María Luz Rodríguez, "La teoría del aprendizaje significativo" (2004).

28 Mientras que el aprendizaje mecánico, es aquel en el que las asociaciones con la estructura cognitiva del que aprende es arbitraria y por tanto la retención de conocimientos es débil y no será posible utilizarlos de forma innovadora.

29 Basado en la presentación de la profesora Rosario Fernández, "Características y condiciones del aprendizaje de los adultos" (2007).

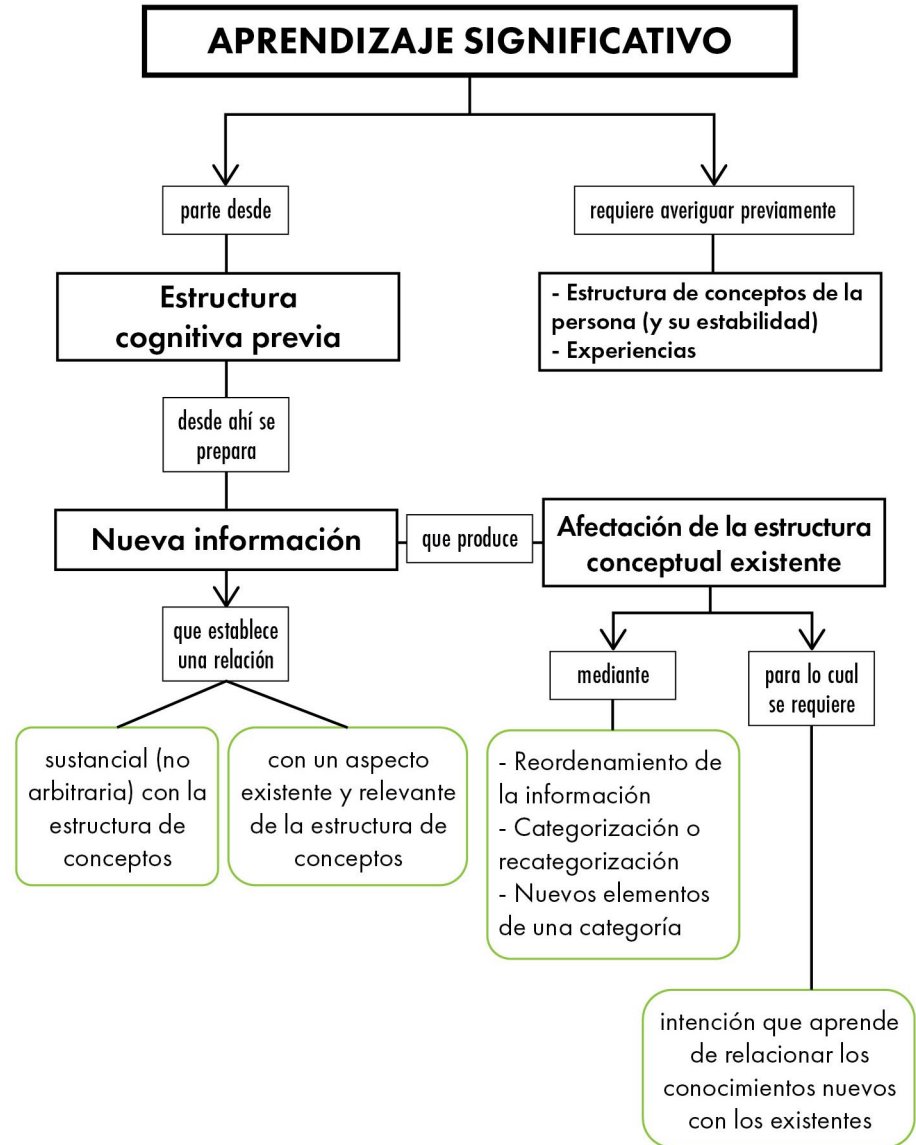
30 Se retoma a este autor por el aporte a la categoría de Aprendizaje significativo, aunque usualmente se le ubica más en el modelo pedagógico cognitivista.

31 Basado en la presentación "Ideas esenciales de los autores constructivistas", consultada el 30 de octubre de 2016 en <http://es.calameo.com/read/0043981812db8607274b8>

forma diferente, creando estructuras de conocimiento.

Le corresponde a quien orienta el proceso pedagógico: 1) generar experiencias para que las personas puedan participar activamente en la resolución de un problema concreto de la realidad, 2) identificar cómo cada participante del proceso educativo organiza mentalmente la información y cuál es la relación que tiene con su medio, para ayudarle a encontrar sentido a lo que aprende y desarrollar sus capacidades.

Bruner destaca tres sistemas de pensamiento: a) enactivo, basado en la acción de manipular los objetos por parte de la persona; b) icónico, basado en la representación mediante imágenes y c) simbólico, basado en el uso del lenguaje y la creación de conceptos. El punto de partida deben ser los sistemas a y b, para llegar a c.



Elaboración propia, 2016

c) Pedagogía crítica- Educación popular³²: Se basa en la idea de que es posible crear una sociedad justa y equitativa y 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.

La pretensión de la pedagogía crítica es, entonces, la de 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 traduce en:

- Entender que la situación se puede cambiar
- Disponer de capacidades y recursos para crear los cambios
- Construir posibilidades de cambio (participación-investigación-producción)

Estos aprendizajes comportan unas características importantes:

- Se centran en las experiencias sociales, prácticas y saberes cotidianos de los individuos y grupos;
- 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;
 - Multiplican los espacios y tiempos educativos por efecto de los procesos de socialización;
 - 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 entiende como una construcción³³.

Es necesario, así mismo, como señala De Roux, tener en cuenta los siguientes principios³⁴:

- Enfatizar en el desarrollo de capacidades y criterios.
- 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.
- 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.
- Promover la horizontalidad en la relación educativa, que implica redefinir el papel del promotor de salud o del maestro para entenderlo como un facilitador del aprendizaje.
- 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.
- 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;
- 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; y finalmente,
- Validar el aprendizaje adquirido, no en términos de

32 Basado en el documento de Mejía: "La educación popular en tiempos de globalización" (2016) y en el artículo de Torres: "La Educación Popular: Evolución reciente y desafíos" (1993).

33 Ramírez, J.E. (2005)

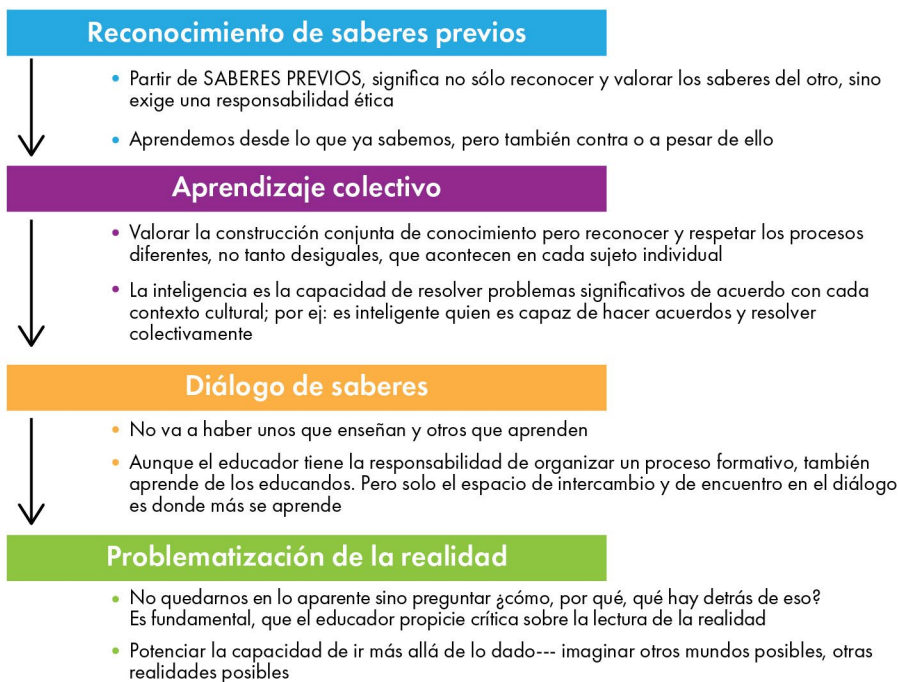
34 Basado en el documento de la Federación internacional Fe y Alegría: "La Pedagogía de la Educación Popular". (2003).

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:



4.1.4. Orientación pedagógica basada en derechos³⁵. Por su naturaleza propia, los derechos humanos siempre se plantean en la disyuntiva existente entre su vigencia y atropello.

Las situaciones vinculadas a los derechos humanos, se hacen conflictivas, porque están en juego intereses distintos, por ejemplo, se evidencian las tensiones que surgen entre la libertad y la igualdad, entre los intereses públicos y privados, entre el bien común y el bien individual, entre lo deseable y lo factible.

La educación en derechos humanos implica evidenciar las tensiones valóricas y cognitivas que los participantes del proceso educativo confrontan en la familia, en la escuela, en la comunidad o en la sociedad.

Los principios de la educación en derechos humanos son:

- **Integralidad:** es un saber que se aprende a través de todo el proceso
- **Recurrencia y gradualidad:** se requiere mucha práctica y en situaciones diversas para ir complejizando el análisis
- **Coherencia:** entre lo que se dice y lo que se hace (ambiente)
- **Vida cotidiana:** rescate y clarificación de las situaciones de violación de derechos en la vida personal, colectiva.
- **Construcción colectiva de conocimiento:** analizar grupalmente las situaciones; construir una opinión propia; buscar el significado que tienen los derechos para sus vidas.
- **Apropiación:** construir un discurso propio; clarificar la propia forma de sentipensar y actuar y tomar conciencia de la forma en que actúa.

Los modelos de educación en derechos humanos que podemos implementar son:

- **De valores y percepción:** orientado a transmitir conocimiento básico sobre el tema e impulsar su integración en los valores que se intenta que sean del dominio público (campañas de educación para sensibilizar y promover la exigibilidad del derecho y programas de estudio). Incluye el estudio de la historia de los derechos, mecanismos e instrumentos de protección.

35 Basado en los documentos de Magendzo: "La educación en derechos humanos en América Latina. Una mirada de fin de siglo" (1999); "El Derecho a la educación: una reflexión desde el paradigma crítico y la educación en derechos humanos" (2001) y "Pedagogía crítica y Educación en Derechos Humanos" (2003).

● **De rendición de cuentas:** dirigido a personas que trabajan en el tema. Intenta sensibilizarlos para vigilar el cumplimiento de los derechos, documentar los abusos, determinar los procedimientos para establecer quejas y consecuencias de las violaciones.

● **De transformación:** encaminado a empoderar a los individuos para que reconozcan los abusos de los DDHH y para que asuman un compromiso en su prevención. Incluye técnicas psicológicas que requieren introspección y apoyo comunitario, así como desarrollo de capacidad de liderazgo, entrenamiento en solución de conflictos, etc. Se dirige a personas que han sido víctimas de violación de DDHH.

● **Problemático:** supera el conocimiento de normas e instrumentos y el desarrollo de capacidades para vigilar y denunciar o prevenir la violación de DDHH. Pretende problematizar las realidades sociales evidenciando su complejidad: los conflictos de intereses ideológicos que subyacen a los DDHH, las causas de su inserción en la historia; las paradojas entre la mayor consolidación normativa y la profundización de desigualdades; las luchas de la humanidad para desarrollarlos y mantenerlos vigentes; los dolores y cicatrices pasados y presentes; la emergencia de nuevas temáticas; la **no neutralidad** del discurso sobre los derechos. Se ubica tanto en el plano racional como en el emotivo: sentimiento de pertenencia con su propia identidad, empatía con el sufrimiento de los otros y las otras, compromiso y responsabilidad para estar atento a su cumplimiento, aprender a erradicar prejuicios, intolerancias, discriminaciones. Elección ética de conseguir condiciones de vida digna para todos y para todas.

4.1.5. Currículo Problemático. Desde esta perspectiva, gran parte del trabajo consiste en analizar los procesos mediante los que nuestra sociedad y nuestros puntos de vista sobre ella, se han formado. La comprensión de estos procesos puede revelar también algunas de las formas en las que están distorsionadas, unos y otros.

Desde este diseño se realizan actividades grupales donde, en conjunto, se conversa para definir el núcleo problemático de una situación, determinar las características de los problemas, selec-

cionar la estrategia de solución e identificar los conocimientos y recursos disponibles.

Así mismo permite evidenciar las contradicciones valorativas y cognitivas que la realidad le plantea al **intelecto**, por lo cual el escenario pedagógico se convierte en un ambiente que propicia el hecho de que los que aprenden piensen en acciones para cambiar el estado de cosas (injusto), provoca una situación de alerta y discusión frente a las situaciones estudiadas y los induce a concluir el saber que se quiere alcanzar.

Construir un diseño curricular basado en problemas parte de la crítica, el cuestionamiento de los discursos y las prácticas cotidianas y oficiales, para evidenciar las tensiones y conflictos, las contradicciones valóricas, los intereses en conflicto, los juegos de poder, los obstáculos para la garantía de los derechos humanos, las contradicciones entre la norma y la realidad, las contradicciones entre el modelo económico y las relaciones sociales.

Para construir el currículo problemático se realiza una actividad grupal entre los que enseñan y los que aprenden, donde se desarrollan los siguientes momentos:

● **Diagnóstico:** de situaciones problema cotidianos y del nivel de desarrollo cognitivo y moral de los participantes.

● **Elaboración:** definir el problema, fijar condiciones de aprendizaje (motivación y metodología); planear el proceso de aprendizaje que conduzca a conflictuar a los participantes, promover el cambio, generar capacidad crítica y auto cuestionamiento.

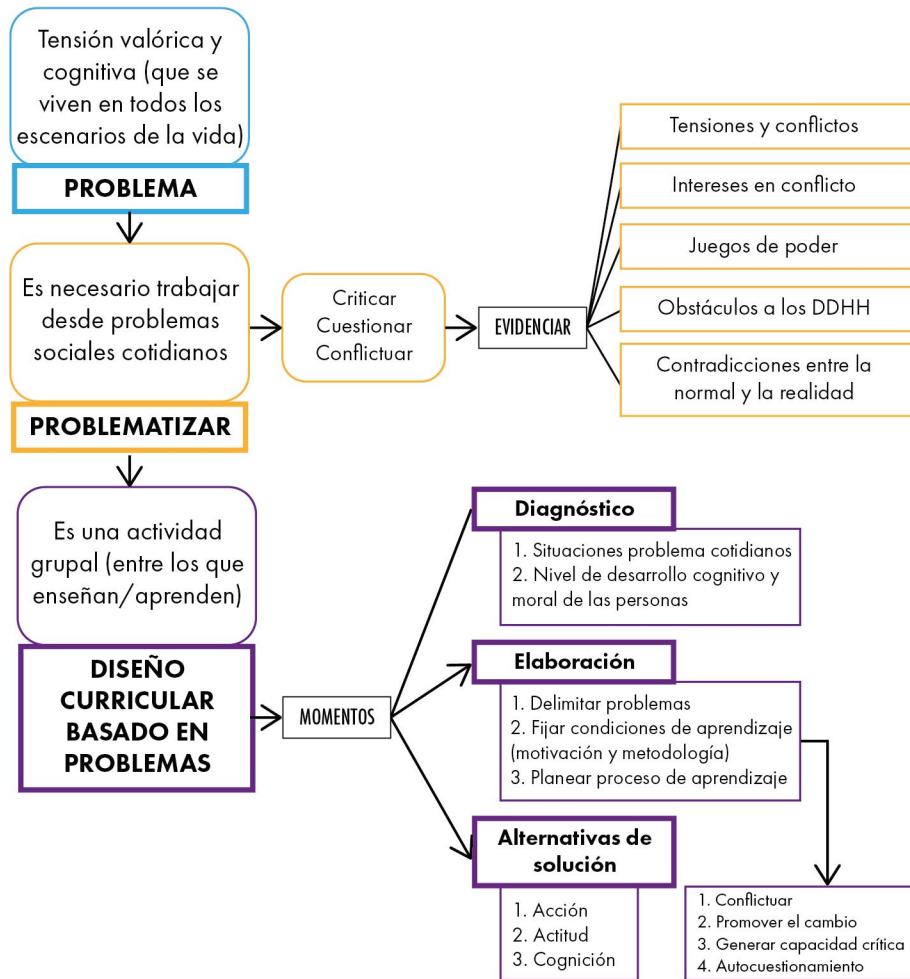
● **Alternativas de solución:** En el plano educacional, las soluciones no siempre pueden remitirse directamente a los aspectos prácticos y concretos. En este sentido, a veces la educación puede ofrecer sólo soluciones cognitivas o actitudinales:

◦ Las soluciones en la acción son aquellas que conducen a que los participantes intervengan directa y activamente sobre el problema, contribuyendo con soluciones concretas.

◦ Las soluciones actitudinales: toma de conciencia de los derechos humanos y sus problemas.

◦ Las soluciones cognitivas del problema son las más utilizadas a través de un método de análisis y discusión, donde los participantes ofrecen soluciones discursivas e

intelectuales a los problemas. Se profundiza en las significaciones que las contradicciones tienen y en los caminos y alternativas que pueden emplearse para solucionar el problema³⁶.



Elaboración propia a partir de los documentos de A. Magendzo. 2012

4.1.6. Estrategia didáctica: Diálogo de saberes³⁷. Se plantea

³⁶ Basado en el libro de Magendzo: "Curriculum y cultura en América Latina". (1986).

³⁷ Basado en el documento de Torres "La Educación Popular: evolución reciente y desafíos". (1993) y en el documento de Núñez y otros, "¿Diálogo de saberes? La investigación acción participativa va más allá de lo que sabemos". (2014).

como una interacción entre diversos saberes, donde se reconoce que tanto los sectores populares como el talento humano formado en espacios académicos tiene saberes que no sólo se diferencian por los campos de contenidos que cada uno de ellos tiene³⁸, sino porque han sido construidos 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 nuestro 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.

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 (lo no dicho), 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 nos permita reconocer ¿qué se puede decir y que no en ese contexto?, ¿qué les duele o a qué le temen?, ¿qué saben y qué no saben?, ¿qué quieren saber?, etc. -de todas formas, 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.

³⁸ De la matriz racional, de lenguaje abstracto, concretada en conceptos, que corresponde al saber académico, a la matriz simbólica, de lenguaje concreto, con alta carga de imágenes y relatos vivenciales, del saber popular. Tanto unos como otros son portadores de saber científico y saber popular que se intersectan.

4.1.7. **Técnicas educativas:** Son procedimientos didácticos enfocados a orientar el aprendizaje planeado. Buscan obtener de manera eficaz, mediante una secuencia de pasos, uno o varios productos (conocimientos, valores, actitudes y/o prácticas). Se diseñan para un determinado momento del encuentro educativo o respecto de un tema específico.

Las técnicas educativas determinan de forma ordenada la manera de llevar a cabo el proceso pedagógico y se definen de acuerdo con las capacidades y las necesidades de aprendizaje de los participantes, su momento del curso de vida, su pertenencia étnica y de acuerdo con los objetivos que se pretenden lograr y las condiciones de tiempo, espacio y recursos disponibles del contexto (barrio, institución de salud, escuela, etc.)

A continuación, se presentan, a manera de ejemplo, algunas ideas de técnicas educativas:

- **De educación popular³⁹:** son herramientas participativas que se implementan en procesos de formación para generar reflexión y crear conocimiento colectivamente. Generalmente se utilizan para promover o fortalecer la organización social, mediante la construcción de alternativas de solución a un problema, en un ambiente de espontaneidad.

El proceso de diseño de estas técnicas debe tener en cuenta:

- relación clara con los objetivos del proceso educativo global
- coherencia interna con el objetivo de la actividad
- adecuación al contexto (características del grupo, coyuntura)
- pertinencia (da respuesta a las necesidades sentidas y expresadas por el grupo)
- delimitación de contenidos
- precisión (da la posibilidad para que otro facilitador lo pueda entender y ejecutar)
- factibilidad (se puede implementar en la práctica, teniendo en cuenta las condiciones de tiempo, espacio y recursos)
- creatividad y motivación (sin que las técnicas opaquen

el contenido)

- posibilidad de incidir sobre el sentir, el pensar y el actuar.
- posibilidad para combinar reflexiones personales, en subgrupos y en plenaria
- establecimiento de relaciones entre saberes
- conclusión-solución (¿qué se aprendió?, ¿qué vamos a hacer?)
- prolijidad en la presentación (orden, limpieza, letra legible, etc.)

Los tipos de técnicas de educación popular son:

a) vivenciales: crean una situación ficticia donde nos involucramos, reaccionamos y adoptamos actitudes espontáneas.

Pueden ser de 1) animación (para cohesionar el grupo) y 2) análisis (para reflexionar sobre las situaciones de la vida real)

b) de actuación: sociodramas, cuentos dramatizados. El elemento central es la expresión corporal mediante la cual representamos situaciones, comportamientos y formas de pensar. Debe generar recomendaciones prácticas para la vida.

c) audiovisuales: en ellas se presenta una situación con una interpretación basada en el análisis de quienes la produjeron y sirve para que el grupo reflexione o analice el tema. Incluye los radioforos, las películas y los conversatorios.

d) visuales: se dividen en 1) escritas: son aquellas donde el grupo consigna el resultado de lo que conoce o piensa sobre un tema; y 2) gráficas: expresan contenidos simbólicamente.

• **Constructivistas- interestructurantes – de aprendizaje significativo.** Entre otras encontramos:

- diálogo desequilibrante: se trata de crear condiciones para que los prejuicios o conceptos previos de quien aprende entren en un terreno de incertidumbre y ambigüedad, que induce a la duda o al error, de tal manera que el sujeto aprende contrastando lo que se le enseña o lo que dicen sus compañeros. Es decir que el desequi-

39 Basado en el libro de Vargas y Bustillos "Técnicas participativas para la educación popular" (1990).

libro se utiliza para motivar o impulsar la profundización sobre un concepto, valor o práctica.

Una vez rechazados los prejuicios, se confronta lo aprendido, generando diálogo y reflexión de los conceptos previos respecto de los conceptos aprendidos.

Para ello se pueden hacer preguntas, diseñar analogías, metáforas, acertijos, casos problematizadores donde debe encontrarse **el error** o el conflicto o generar una posible solución.

- debate, seminario, mesa redonda o foro: son técnicas que sirven para ampliar la comprensión de un tema y construir puentes de aprendizaje significativo entre lo que ya se sabe y los nuevos saberes. Parten de la definición de un tema o problema o pregunta orientadora sobre la cual los participantes preparan sus argumentos con antelación.

En estos escenarios se **defiende** un determinado punto de vista, se intercambian opiniones críticas, se responden las preguntas de los demás asistentes y se establecen las conclusiones a partir de la relación entre lo expuesto por cada uno de ellos.

El debate puede realizarse entre individuos o entre grupos y la calidad del mismo dependerá de la capacidad para contra argumentar.

- mapa conceptual, mapa mental, mapa semántico o cualquier otra forma de organizador gráfico de conceptos⁴⁰: son técnicas que permiten ordenar conocimientos previos, anticipar contenidos de aprendizaje, organizar, analizar, comunicar, crear conocimiento, reconstruir los pasos seguidos para ordenar el conocimiento (lo cual puede convertirse en un ejercicio meta cognitivo) y sintetizar lo aprendido.

Para ello se insta a los participantes a crear sus propios esquemas y a revisarlos y ajustarlos de acuerdo con los nuevos conocimientos (es conveniente realizar una muestra o ejemplo previamente). Esta creación puede

40 Basado en el documento de Arango "Los organizadores gráficos: un aprendizaje significativo desde una perspectiva constructivista como propuesta didáctica para la enseñanza de los conceptos de la química abordados en la educación media secundaria", (2014).

ser individual o colectiva o tener dos momentos y a partir de discusiones o lluvia de ideas o cualquier otra forma participativa, generar la reflexión para construir el mapa. Esta clase de técnicas es importante porque se aprende mejor si se agrupa la información, de una manera significativa, de forma que lo que se comprendió mediante la memoria de corto plazo se transferirá a la memoria de largo plazo.

- taller educativo: Es una forma de trabajo que integra teoría y práctica y donde los participantes aprenden haciendo. "Se caracteriza por la investigación, el aprendizaje por descubrimiento y el trabajo en equipo(...) teniendo como fin la elaboración de un producto tangible"⁴¹. Puede realizarse acopiando la información y organizándola en el mismo momento de taller o bien puede desarrollarse previamente un contenido teórico que sirva de base para que los participantes realicen una serie de actividades diseñadas previamente para la comprensión-implementación de determinados temas, a través de una práctica.

- laboratorio pedagógico: técnica que permite aprender haciendo y simular realidades, mediante la experimentación. Es una situación creada a propósito para una indagación que responda a preguntas pertinentes de investigación y que, por tanto, permite verificar, comprobar, relacionar, construir, sistematizar un saber. "Se constituye en una experiencia práctica acotada en el tiempo, que puede y debe arrojar unos resultados fácticos en relación a los productos que se buscan (...) En otras palabras, el laboratorio debe producir, de una parte, resultados que permitan inferencias para situaciones parecidas, es decir, aplicaciones (metodológicas, conceptuales, prácticas) en otros escenarios de la vida y, de otra, resultados que puedan ser validadas o corroboradas en procesos más extensos en la misma área de conocimiento o territorio donde se ejecuta"⁴².

41 Consultado el 12 de febrero de 2018,, en https://es.wikipedia.org/wiki/Taller_educativo

42 Tomado del documento "Metodología para los laboratorios territoriales de construcción de respuestas integrales", (Gutiérrez & Morales, 2010).

- lectura colectiva y reflexiva; creación colectiva de textos: se trata de leer en grupo, interrogar al texto y generar ideas o hipótesis sobre el mismo. La creación colectiva, por su parte, se origina en la lectura de un texto (solucionando dudas conceptuales, semánticas, léxicas), para imaginar escenarios previos o posteriores a la narrativa leída⁴³.
- análisis colaborativo de datos de la realidad en que viven las personas: se centra en que las personas, razonen críticamente sobre situaciones de sus contextos cotidianos.
- simulaciones situadas: las personas participan en la solución de problemas simulados o casos tomados de la vida real, con la intención de que desarrollen diversos tipos de razonamiento y nuevos conceptos. Puede realizarse mediante la aplicación de procedimientos para resolver problemas
- aprendizaje in situ: busca desarrollar habilidades y conocimientos sobre una determinada práctica, así como la solución a problemas sociales de la comunidad a la que pertenecen las personas. Enfatiza en la utilidad o funcionalidad de lo que aprenden, que se da en escenarios reales.

Como resultado del proceso de **EpS** se espera que los sujetos sean capaces de comprender ciertos conceptos, desarrollar determinadas actitudes y valores y adoptar ciertas prácticas, de forma autónoma (es decir, no se trata de que los sujetos adopten unas conductas de forma acrítica). Lo que se requiere es que las personas **sentipiensen** y actúen saludablemente porque **COMPRENDEN** que eso les permite **BIEN VIVIR**.

En resumen, las orientaciones pedagógicas de la Educación para la salud en el marco de las RIAS son:

⁴³ Basado en el documento de Goitia y Gómez: "Del texto escrito a la creación colectiva (wiki mediante), o de cómo perderles el miedo a las herramientas colaborativas WEB 2.0" (2011).



4.2. Principales intencionalidades del proceso pedagógico

Todo lo anterior nos remite a establecer la relación entre lo definido en la Ley Estatutaria de Salud, la Política de Atención Integral en Salud y su correspondiente Modelo Integral de Atención en Salud, con lo que se propone la educación para la salud a desarrollar en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud:

En primer lugar, en la Ley Estatutaria de Salud se define a la salud como un Derecho, por lo tanto, la acción pedagógica concomitante es la de **educar en derechos**.

En segundo lugar, de acuerdo con el MIAS y sus ordenadores (sujetos de atención por momento de curso de vida y tipos de población, entornos y ámbitos territoriales) **la acción pedagógica debe orientarse hacia el desarrollo**

de las personas, familias y comunidades, a partir de las características de los sujetos, de forma que se logren los resultados (de aprendizaje) en salud⁴⁴.

En tercer lugar y en concordancia con el MIAS y su estrategia de Cuidado de la Salud, la acción pedagógica será la de aportar a **desarrollar capacidades para el propio cuidado, el de los demás y de todo lo que existe**.

En cuarto lugar y de acuerdo con lo definido en la PAIS y el MIAS, lo que nos interesa desde la **EpS** es orientar y acompañar el proceso que las personas, familias y comunidades requieren adelantar para incorporar a sus vidas los saberes en materia de salud con el fin de lograr **transformaciones en su salud y en su calidad de vida (comprendiendo y actuando sobre su realidad desde un pensamiento crítico)**.

En quinto lugar, es ampliamente reconocido que dentro de los postulados de la promoción de la salud está el de fomentar la **participación** y la acción política de las personas para lograr incidir sobre las condiciones de salud, lo cual se traduce como **capacidad de agencia colectiva**. Esto nos lleva a considerar que la acción pedagógica que desarrollemos debe ser participativa y debe basarse en el reconocimiento de los saberes (conocimientos, actitudes, valores, prácticas) de las personas para/con quienes se desarrollan los procesos educativos.

En suma, **nos interesa aportar mediante la EpS a que las personas, familias y comunidades se construyan como sujetos:**

a) con capacidad para pensar críticamente⁴⁵. "El resultado de pensar críticamente es la afirmación de un juicio de verdad, después de haber reunido pruebas y ponderado las evidencias suficientes. Este nivel de operaciones surge del tipo de preguntas críticas como: ¿Es verdad esto? ¿Le entendí

44 Lo que no queremos es seguir actuando desde el modelo en el que tradicionalmente se ha movido el sector salud, que se ha basado en la transmisión de ciertos conocimientos (las más de las veces medicalizados), de forma estandarizada para cualquier tipo de individuo y en cualquier momento del curso de la vida, que impone unos ciertos saberes sin consultar los saberes previos de las personas y sin tenerlos en cuenta en el diseño de los **currículos de salud**.

45 Se sugiere a los lectores la búsqueda en internet de actividades creativas para desarrollar pensamiento crítico.

correctamente? ¿En realidad esto es así o sólo es apariencia? Es decir, el pensamiento crítico emerge del pensamiento analítico y creativo"⁴⁶. Se trata de capacidades a desarrollar y no de contenidos.

Según Lippman (1990) el "pensamiento crítico se caracteriza por:

1. Es auto correctivo, es decir, es capaz de corregirse a sí mismo, de aceptar y de reconocer fallas o errores en el proceso y enmendarlas para mejorar.
2. Es sensible al contexto, es decir, comprende las condiciones, las circunstancias y a las personas, es capaz de identificar el momento y la manera adecuada de manifestarse de manera constructiva.
3. Se refiere a un parámetro, es decir, sabe claramente señalar e identificar en qué marco se hace una afirmación para que sea pretendidamente válida."⁴⁷

Lo anterior nos conduce a la necesidad de comprender qué se entiende por pensamiento crítico. Para tener claridad al respecto, a continuación les presentamos un cuadro resumen⁴⁸:

b) con capacidad para cuidar – se: se refiere a los saberes, actitudes y prácticas que las personas adoptan para proteger la salud (propia, la de su familia, la de su comunidad –cercana y no cercana- y la del ambiente) de los riesgos que puedan afectarla y disminuir su calidad de vida y su bienestar.

Incluye las capacidades de comprender su cuerpo de forma no fragmentada, de actuar desde una ética autónoma, de expresarse desde su autoestima, de plantearse problemas vitales y buscar soluciones para ayudar (se); de crear vínculos afectivos y crear confianza; de organizarse y actuar colectivamente; de disminuir la huella ecológica, entre otras⁴⁹.

Cuidar –se, implica sentirse parte de una compleja comunidad formada no solo por humanos, sino por el resto de animales y seres de la naturaleza; ser equilibrado y no consumir en exceso; preguntarse y preocuparse por el propio bienestar y por el bienestar de todo lo que existe; convivir con los otros y lo demás, viéndolos como sujetos (no como objetos de utilidad),

46 (s.f.) *Habilidades críticas y creativas de pensamiento (HCyCP)*. Consultado el 28 de febrero de 2018, en: <https://www.uv.mx/personal/cavalerio/files/2011/05/HABILIDADES-CRITICAS-Y-CREATIVAS1.pdf>

47 Op. cit

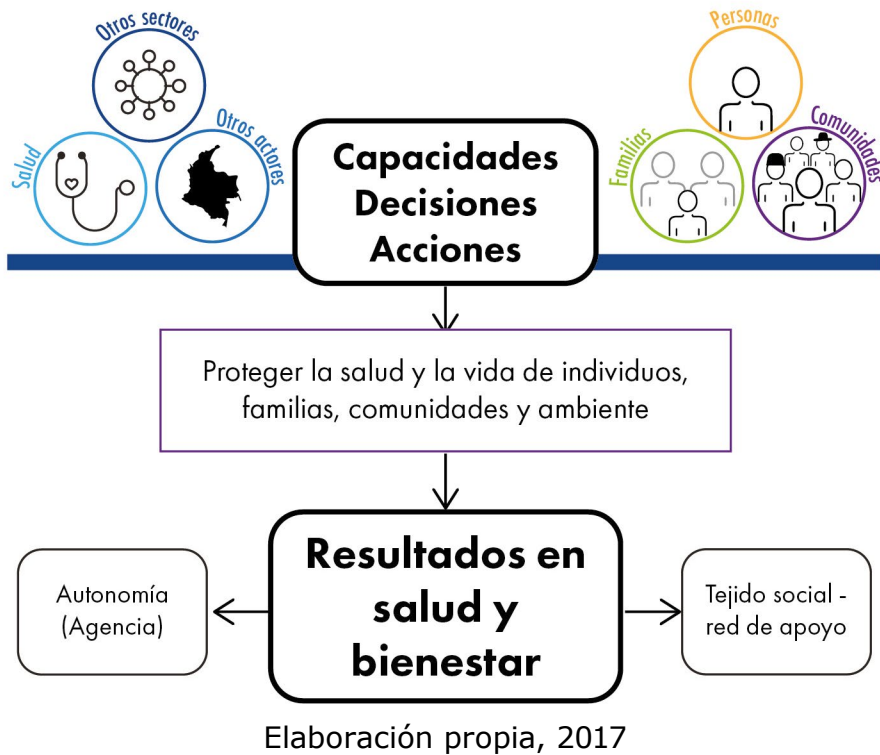
48 Basado en el documento León (2006)

49 Basado en Toro, B. (s.f.)

Definición de pensamiento crítico	Características de una persona crítica	Características de una enseñanza crítica
<p>Proceso disciplinado de conceptualizar, aplicar, analizar, sintetizar y/o evaluar información recabada por observación, experiencia, reflexión, razonamiento, comunicación.</p> <p>Permite dudar de lo que se nos presenta como verdad (y por tanto permite seguir indagando, encontrando caminos, verificando). Conduce a identificar y desechar prejuicios y formas unilaterales de pensamiento.</p> <p style="text-align: right;">Richard Paul</p>	<p>Una persona ha desarrollado pensamiento crítico si capta adecuadamente los significados y es capaz de juzgar si ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • hay ambigüedad en un razonamiento, • ciertos enunciados son contradictorios entre sí • una conclusión realmente lo es o no. • un enunciado es lo suficientemente específico • un enunciado es realmente la aplicación de cierto principio • un enunciado observacional es fidedigno • una conclusión está justificada • un problema está bien identificado • un enunciado realmente es un supuesto • una definición es adecuada • una afirmación de una autoridad es aceptable o no <p style="text-align: right;">Robert Ennis</p>	<p>Operaciones mentales a desarrollar:</p> <p>Operaciones exploratorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar y describir • Comparar • Reunir y organizar datos • Buscar datos y contrastarlos con hechos concretos <p>Operaciones clasificatorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resumir • Clasificar • Codificar • Juzgar, estimar, valorar <p>Operaciones resolutorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imaginar • Formular hipótesis • Interpelar • Tomar decisiones valorativas
	<p>Pensar críticamente implica generar conclusiones basadas en la evidencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confirmando hechos • Identificando tendencias, estereotipos, indicios • Identificando supuestos implícitos • Reconociendo sobre generalizaciones y sub generalizaciones • Identificando información relevante e irrelevante. <p style="text-align: right;">Eggen Y Kauchack</p>	<p>Niveles:</p> <p>Literal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción • Observación • Discriminación • Identificación (nombrar) • Emparejamiento • Secuenciación/ordenamiento <p>Inferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferir • Comparar • Categorizar/ clasificar • Describir/ explicar • Analizar • Indicar causa/efecto • Interpretar • Resumir/ sintetizar • Predecir/ estimar • Generalizar • Resolver problemas <p>Crítico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debatir • Argumentar • Evaluar/ juzgar / criticar
	<p>Una persona crítica se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agudeza perceptiva • Cuestionamiento permanente • Construcción y reconstrucción del saber • Mente abierta • Coraje intelectual • Autorregulación • Control emotivo • Valoración justa <p style="text-align: right;">Guía para el Desarrollo de Capacidades. Ministerio de Educación del Perú, 2006</p>	

haciendo posible la alteridad, el respeto y la reciprocidad.

Todo esto se expresa en forma de actitud que cobra vida mediante el afecto y los lazos afectivos, que nos hacen dotar de valor a todos y a todo, haciéndolos significativos y relacionándonos con ellos (y con nosotros mismos) de manera amable y digna⁵⁰.



c) con capacidad de Agencia: los individuos no son entes pasivos a los que solamente se les imponen influencias y constricciones estructurales, sino que hacen elecciones y llevan a cabo acciones y de esta manera, construyen su propio curso de vida. La agencia es una práctica social, se construye en las relaciones que el sujeto establece con los otros y con su entorno, en las cuales se hace evidente la capacidad de dotar de sentidos y significados particulares nuestras vivencias, para transformarlas personal o colectivamente.

Así, la agencia se refiere a la capacidad de los sujetos para provocar cambios en función de sus valores y objetivos, es la capacidad de ampliar sus libertades y generar impacto en las transformaciones sociales. Es decir, se refiere a la capacidad para transformar las relaciones en que está inmerso, asumiendo una nueva posición que le posibilita interpretar, comprender y actuar de maneras distintas ante su realidad y, por lo tanto, de modificar constantemente las estructuras sociales, a partir de prácticas individuales y colectivas.

Estas capacidades se deberán tener en cuenta tanto en los procesos de **Eps** que se adelanten en el marco de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) como en las Rutas por grupos de riesgo y las rutas de evento.

Sin embargo, el énfasis en la primera (RPMS) será el desarrollo de las capacidades para el cuidado, el pensamiento crítico y la agencia: mientras que el énfasis de las rutas de grupos de riesgo y de evento, será la comprensión de los factores de riesgo asociados a una determinada condición de salud que ya está instalada en las personas, y aportar elementos para el desarrollo de actitudes, comportamientos y prácticas que permitan mejorar tal condición: saber el curso de la enfermedad, saberse dueño de su vida, con potencialidades, implementar las acciones para mejorar la propia calidad de vida, saberse parte de un grupo que comparte las mismas condiciones.

50 Basado en Álamo, M. (2011)

Educación (y comunicación para la salud)



Ruta de promoción y mantenimiento de la salud (RPMS)

DESARROLLO

Cuidar

De sí mismo, de la familia y la comunidad,
del planeta, de lo público

Pensar críticamente

Develar creencias a la luz de razones.
Identificar intereses que afectan la salud

Agenciar (transformar)

Construir poder para transformar condiciones
/ situaciones que afectan la salud

RIAS de riesgo y de evento

GESTIÓN DEL RIESGO

Comprender

Por qué / cómo de una condición de
salud

Sentir

Autonomía
Autovaloración

Actuar

Cómo aportar a solucionar / no empeorar
la condición de salud. Cómo construir una
nueva realidad en su vida.

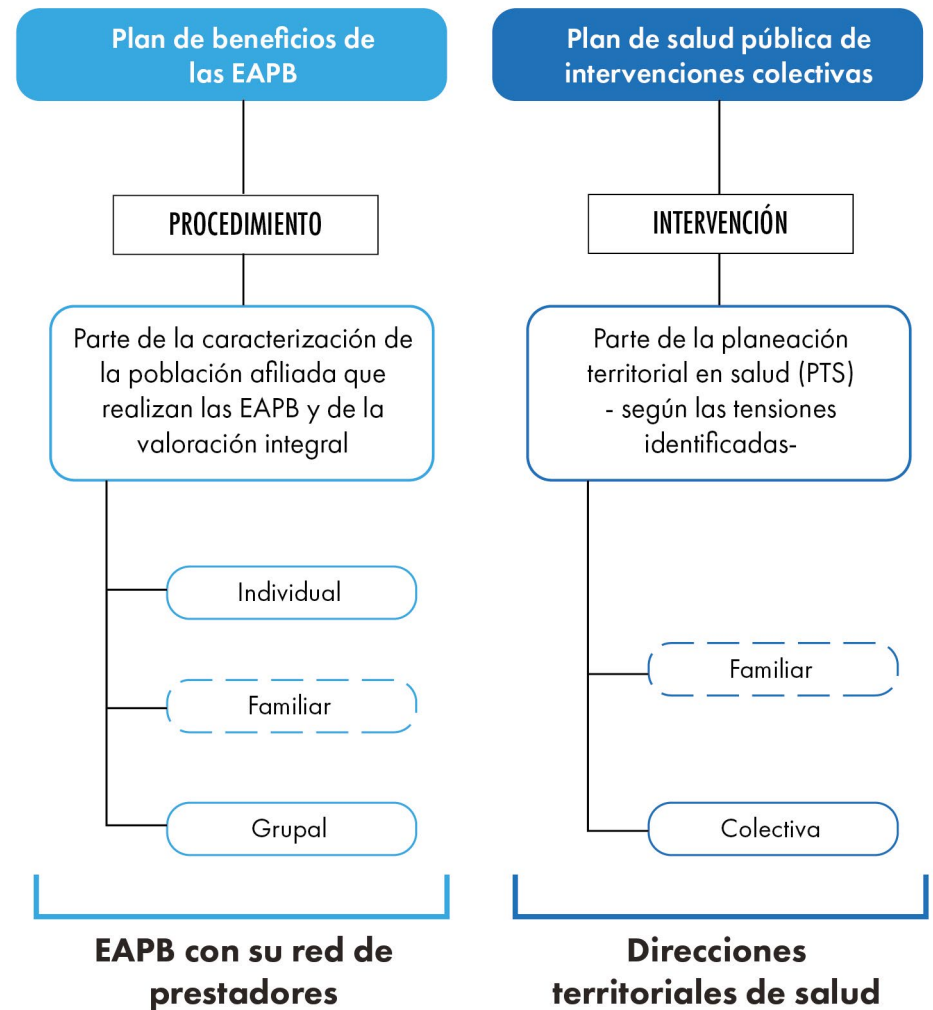
5. ORIENTACIONES CURRICULARES⁵¹

A continuación, encontrarán las orientaciones curriculares del proceso de *Eps*, a tener en cuenta en todos los tramos de las RIAS: Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, rutas por grupos de riesgo y rutas por evento. Así mismo son orientaciones válidas tanto para la *Eps* que se realice con cargo a la UPC (Individual, familiar y grupal) como para aquella que se hace en el marco del Plan de salud pública de intervenciones colectivas.

Para cada plan de beneficios, se establecen algunas particularidades de la *Eps* a ser tenidas en cuenta por sus ejecutores.

5.1. Orientaciones generales del proceso de *Educación para la salud* por planes de beneficios

¿Mediante qué planes de beneficios se implementa la *Eps*, en el marco de las RIAS?



⁵¹ Basado en García y otros (2000).

	PIC	Plan de Beneficios con cargo a la UPC
Finalidad	Desarrollar las capacidades de las personas, familias, comunidades y organizaciones para comprender las situaciones de salud-enfermedad que viven; construir, apropiarse e implementar los saberes necesarios para aportar al mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud (tanto individuales como colectivas, en sus entornos) y contribuir, como agentes sociales de cambio, en la garantía del derecho a la salud.	Desarrollar capacidades de las personas y familias para gestionar el riesgo en salud, de acuerdo con las particularidades y afectaciones de la salud que se pueden presentar en el desarrollo en cada momento del curso de vida.
	IMPLICA	
	Aprender e implementar prácticas protectoras de vida (cuidado de la salud), e incidir en la transformación positiva de los entornos donde se desarrollan las vidas de las personas, familias y comunidades.	Aprender e implementar prácticas protectoras de vida (cuidado de la salud propia y de la familia) motivando la toma de decisiones que sean necesarias para adaptar estilos de vida saludables y lograr más control sobre su vida.
	Prepararse para evitar posibles daños a la salud, reconocer signos de alarma (re-conocerse, aceptarse) y controlar los factores de riesgo que favorecen el surgimiento de patologías.	
	Aprender a actuar de forma autónoma y desarrollar la capacidad de agencia ⁵² para cuidarse y cuidar.	Desarrollar autoconocimiento y autoestima, que sirva de base para construir prácticas de autocuidado.
	Gestionar de forma anticipatoria la salud (actuando desde lo educativo para construir o fortalecer las capacidades que pueden servir como protectoras de la salud en futuros momentos del curso de vida –dados los efectos acumulativos de la misma–)	
	Desarrollar estrategias, participativamente con las comunidades, para aportar a la gestión del riesgo colectivo en salud ⁵³	
	Aprender a reconocer las inequidades en salud y empoderar a las personas, familias y colectivos para ejercer sus derechos en salud.	
Aportar a transformar modos y condiciones de vida (aprender a participar de la gestión y planeación territorial), incidiendo en las políticas públicas, mediante procesos de conformación de redes, liderazgo e incidencia política.		
Énfasis en el enfoque	De determinantes sociales	De riesgo
Énfasis en el paradigma de educación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> ● Comportamental (Persuasivo -Motivacional) ● Crítico (político-ecológico-económico: generar análisis sobre el efecto de esos factores en la salud y promover espacios de participación para el intercambio colaborativo) 	Comportamental (comprensión y motivación para asumir nuevas y mejores conductas)
Modelo Pedagógico	Dialogante- Constructivista	Dialogante- Constructivista
Papel de los sujetos	Co organizar su currículo en salud y participar en la gestión de proyectos para mejorar la salud-calidad de vida.	Implementar las prácticas (conductas saludables)
Tipos de sujetos ⁵⁴	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunidades étnicas ● Comunidades barriales/veredales ● Organizaciones comunitarias, agremiaciones y asociaciones ● Conjuntos de familias que en un territorio comparten una condición o situación ● Conjunto de personas de un territorio o un entorno (educativo, comunitario o laboral) que comparten una condición, situación o riesgo ● Conjuntos de personas que pertenecen a determinados grupos poblacionales (como LGTBI, Habitantes de calle, etc.) 	Afiliados o conjunto de afiliados que comparten un riesgo, condición o situación de salud.
Papel del facilitador	Mediador/facilitador del aprendizaje con la comunidad, las familias y las personas	Organizador / facilitador del proceso de aprendizaje.
Tipos de sesiones	Colectivas, Colectivas-familiares	Individuales, Grupales, Familiares (grupales/individuales)

52 Se refiere a lo que una persona es libre de hacer y alcanzar en la búsqueda de la realización de las metas o los valores que esa persona considere como importantes (SEN, 1992). Se relaciona con el Empoderamiento, en el sentido de que las personas desarrollan la capacidad para ayudarse a sí mismas, y también para influir en el mundo, siempre y cuando exista el entorno institucional que ofrezca la oportunidad de ejercer la agencia de manera provechosa. Tomado del artículo "Agencia y empoderamiento en la medición de la pobreza", publicado en la Revista Latinoamérica de Desarrollo Humano (2011).

53 Incluye riesgos en salud de la población de un territorio que comparte una determinada afectación (ejemplo: contaminación del agua con mercurio, por prácticas de minería ilegal), o conjuntos de familias por territorio que comparten una condición o una situación de salud (ejemplo: familias desplazadas o familias retornadas, a raíz del conflicto armado)

54 Se considera que los sujetos (individuos, personas o comunidades) pueden tomar control sobre su vida, ser autónomos, y por tanto la **EpS** implica un trato responsable, respetuoso, reconociéndolos como iguales. En este escenario los sujetos deben sentir confianza y deben tener la oportunidad de aportar a definir lo que requieren aprender e incluso a construir las respuestas en un diálogo de saberes que valora la experiencia de cada participante (no se le debe considerar como envases vacíos para llenar con conocimientos o valoraciones, ni como sujetos irresponsables que hay que cuidar y vigilar).

5.2. Orientaciones generales del proceso de *Educación para la salud* por tipo de intervención: individual, grupal, colectiva y familiar.

La educación para la salud se realizará a través de sesiones:



Individuales: Un sujeto o una familia



Grupales: Un grupo de personas que comparten el mismo momento de curso de vida o el mismo riesgo; o un grupo de familias que comparten una condición o situación.



Colectivas: Conjuntos de personas o familias que comparten unas condiciones o situaciones, o comparten un entorno o un territorio.

En relación con la implementación de las sesiones, las orientaciones son:

1. ¿Para qué? (Énfasis)



Individuales



Grupales

- Aprender e implementar prácticas protectoras de vida (cuidado de la salud propia y de la familia) motivando la toma de decisiones que sean necesarias para adoptar estilos de vida saludables y lograr más control sobre su vida.
- Desarrollar autoconocimiento y autoestima, que sirva de base para construir prácticas de autocuidado.
- Para promover capacidades de cuidado y para fortalecer las relaciones y los vínculos familiares, que incidan en la salud familiar.



Colectivas

- Prepararse para evitar posibles daños a la salud, reconocer signos de alarma (re-conocerse, aceptarse) y controlar los factores de riesgo que favorecen el surgimiento de patologías.
- Para promover capacidades de cuidado y para fortalecer las relaciones y los vínculos familiares, que incidan en la salud familiar.
- Aprender e implementar prácticas protectoras de vida (cuidado de la salud), e incidir en la transformación positiva de los entornos donde se desarrollan las vidas de las personas, familias y comunidades.
- Prepararse para evitar posibles daños a la salud, reconocer signos de alarma (re-conocerse, aceptarse) y controlar los factores de riesgo que favorecen el surgimiento de patologías.
- Aprender a actuar de forma autónoma y desarrollar la capacidad de agencia para cuidar-se y cuidar.
- Gestionar de forma anticipatoria la salud (actuando desde lo educativo para construir o fortalecer las capacidades que pueden servir como protectoras de la salud en futuros momentos del curso de vida –dados los efectos acumulativos de la misma–)
- Desarrollar estrategias, participativamente con las comunidades, para aportar a la gestión del riesgo colectivo en salud
- Aprender a reconocer las inequidades en salud y empoderar a las personas, familias y colectivos para ejercer sus derechos en salud.
- Aportar a transformar modos y condiciones de vida (aprender a participar de la gestión y planeación territorial), incidiendo en las políticas públicas, mediante procesos de conformación de redes, liderazgo e incidencia política.

2. ¿Cuándo implementarlas?



Individuales

Cuando el profesional responsable de un determinado servicio de salud considere que la persona o miembros de una misma familia requieren:

- Comprender y apropiarse de ciertas prácticas de cuidado de su salud, para evitar mayores riesgos,
- Cuando la condición o situación del afiliado requiere de privacidad en el manejo de la información
- Se requiere de estrategias didácticas específicas para lograr el aprendizaje que se espera (por discapacidad, por pertenencia étnica, entre otras)⁵⁵.
- Por solicitud del sujeto.



Grupales

Se realizará por demanda inducida o inscripción autónoma de las personas o grupos de familias que comparten situaciones o condiciones similares, de acuerdo con las frecuencias de uso definidas en las rutas de atención integral en salud para cada tramo del curso de vida (para la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud) o lo definido en las Rutas específicas.

O por derivación de la entidad territorial en el marco de las intervenciones colectivas.



Colectivas

Cuando se requiere generar transformaciones de las condiciones de vida en los entornos mediante acciones comunitarias que respondan a las prioridades definidas en el plan territorial de salud en comunidades o entornos

⁵⁵ Aunque una persona haya sido atendida en sesión educativa individual, podrá participar de futuras sesiones grupales, si se requiere.

identificados por la dirección territorial de salud, u otros sectores, o por administradoras de planes de beneficios.

3. ¿Cómo? (Herramientas de aprendizaje)

A través de metodologías presenciales, virtuales o semi-presenciales que permitan la participación activa de las personas; en ningún caso deberá limitarse únicamente a presentación magistral, conferencias o presentaciones de PowerPoint.

Se deberá tener en cuenta el tipo de entorno en el cual se adelantará el proceso, ya que eso define tanto lo pedagógico-didáctico como lo metodológico.

Preferiblemente se diseñará el proceso con el concurso de los participantes del mismo.

Nota: Las modalidades virtual y semi presencial no se podrán surtir con correos electrónicos masivos.



Individuales

Teniendo en cuenta las condiciones de salud de la persona (según la información remitida por el profesional de salud), a través de:

- Tutoría con un plan de actividades a realizar
- Plan de acompañamiento presencial o semipresencial (con herramientas virtuales: correo, chat, páginas interactivas, etc.)
- Técnicas de consejería. (Se establece un vínculo empático entre consejero y aconsejado; se trabaja sobre los temas definidos en la consulta y se construyen posibles soluciones entre los dos).



Grupales

A partir de la caracterización poblacional, lo concertado

entre la EAPB y la Dirección Territorial de Salud o lo solicitado por los afiliados, a través de:

- Taller
- Seminario
- Laboratorio
- Organizadores gráficos
- Estudios de casos reales
- Cursos e-Learning
- Grupos de encuentro
- Análisis colaborativo de datos
- Sociodramas
- Juegos de análisis y comprensión (para resolver problemas)
- Modelaje de situaciones
- Creación colectiva de cuentos o lectura colectiva
- Analogías, discusiones y demostraciones
- Títeres o marionetas (*Pueden ser módulos flexibles*)
- Las sesiones deben evitar clichés o estereotipos.
- Se sugiere que las sesiones sean creativas⁵⁶ y promuevan una estética que permita generar más y mejores comprensiones, más allá de la belleza/la fealdad; lo saludable/lo no saludable.
- En jornadas extramurales pueden utilizar las herramientas o instrumentos pedagógicos definidos para las sesiones colectivas.
- Operaciones mentales inductivas / deductivas / aductivo
- Diálogo desequilibrante
- Análisis de casos problematizadores
- Actividad cooperativa (aprender- haciendo y discutiendo)



Colectivas

A partir de los resultados del Plan Territorial de Salud y demás información pertinente de otros sectores; y desde lo concertado con las personas, familias y los colectivos (organizaciones y comunidades organizadas), a través de:

- Taller
- Laboratorio pedagógico

⁵⁶ En este sentido, material didáctico como los rotafolios, de amplia utilización en el ámbito sanitario, deben acompañarse de un ejercicio pedagógico porque de otra forma solo se convertirían en piezas informativas.

- Proyectos participativos
- Procesos de IA- IAP
- Encuentros comunitarios
- Encuentros narrativos (especialmente intergeneracionales)⁵⁷
- Foros, debates
- Recuperación colectiva de la historia
- Cartografía social
- Análisis colaborativo de datos
- Analogías, discusiones y
- Demostraciones
- SARAR
- Modelaje de situaciones
- Construcción participativa de guiones teatrales, *happenings*, escritura de cuentos, composición de piezas musicales, videos, álbumes, ...
- Teatro foro
- Participación tutorada en un contexto social para solucionar un problema
- En general se prefieren las actividades que impliquen movimiento y no estar sentados en un salón (pueden incluir momentos específicos o transversalizar las acciones con una propuesta recreativa o deportiva).
- Puede implementarse el proceso de **Eps** (en su propia intervención: educación y comunicación para la salud) o a través de las intervenciones del PIC:
- Rehabilitación basada en comunidad, zonas de orientación y centros de escucha, conformación y fortalecimiento de redes sociales y jornadas de salud.
- Adicionalmente se pueden implementar en las acciones definidas en las EGI de enfermedades transmisibles, Manual Educativo de Entornos Saludables (vivienda, escolar) u otras estrategias o programas de PyP definidos por el MSPS.
- Diálogo de saberes y otras estrategias de educación popular (igual que lo individual con énfasis dialógico)
- Proyectos comunitarios

⁵⁷ Aporta a construir GENERATIVIDAD en los adultos. Se refiere a la "actitud caracterizada por la toma de conciencia de que somos un eslabón entre dos generaciones; un eslabón de una cadena que viene de lejos y se proyecta hacia el futuro. Esto nos lleva a una preocupación para hacer lo mejor para las futuras generaciones (generatividad)". Tomado el 20 de noviembre de 2017 de <http://www.blogcanaleducacion.es/generatividad/>

- Operaciones mentales inductivas / deductivas / aductivo
- Diálogo desequilibrante
- Análisis de casos problematizadores
- Actividad cooperativa (aprender- haciendo y discutiendo)

4. ¿Quién organiza el proceso educativo?

El diseño pedagógico y metodológico estará a cargo de las EAPB en el caso de las sesiones individuales y grupales; y de las Direcciones Territoriales de Salud en el caso de las sesiones colectivas. Esto deberá realizarse con la asesoría de un profesional de psicología, pedagogía o psicopedagogía.

Para el caso de las comunidades étnicas se tendrá en cuenta a su institucionalidad en salud (sabios, sabedores, etc.).



Individuales

Profesional de la salud o especialista según cada caso particular.



Grupales

Profesionales y técnicos (de acuerdo con las capacidades a desarrollar y los temas a tratar).

La planeación del desarrollo de las sesiones grupales se hará con la participación del equipo multidisciplinario.



Colectivas

Equipo(s) multidisciplinario(s) contratado(s) para implementar la(s) acción(es) o proyectos PICq, que incluya profesionales y técnicos en salud y de salud ambiental, ciencias sociales u otras áreas del conocimiento que se requieran para el desarrollo de capacidades en este nivel; en conjunto con los sujetos, familias o comunidades.

5. ¿Con quién(es)?⁵⁸



Individuales

Sujeto de la atención (individuo o familia del afiliado). Eventualmente si se trata de un menor de edad o una persona con discapacidad o una persona mayor de 60 años que requiera acompañamiento, su familia o cuidador o acompañante podrán estar en la sesión de **Eps** individual.



Grupales

Sujetos (afiliados) que comparten una condición/situación de salud (para quienes se programan las sesiones) Grupos de familias según hallazgos y priorización de la EAPB.



Colectivas

- Habitantes de un barrio/vereda (en conjunto o por momento de curso de vida)
- Organizaciones sociales, comunitarias o comunales
- Comunidad educativa –estudiantes, padres, docentes, directivos- (De preescolar –en este caso también se puede trabajar con los niños y niñas de ICBF-, primaria, secundaria, universidad, instituciones técnicas)
- Trabajadores informales (agremiados o no agremiados).
- Familias priorizadas ubicadas en el territorio.

⁵⁸ Una vez las personas han concluido el ciclo educativo, continuarán recibiendo las demás atenciones definidas en los respectivos lineamientos por momento de curso de vida. Adicionalmente, los participantes de procesos colectivos de **Eps** también pueden participar de procesos individuales o grupales, en su condición de afiliados.

6. ¿Dónde? (Lugar de desarrollo de las sesiones)



Individuales

- IPS⁵⁹
- Hogar del afiliado



Grupales

- IPS⁶⁰
- Barrios/veredas (acciones extramurales)
- Hogares de los afiliados
- Sitios de trabajo (para el caso de las ARL)



Colectivas

- Barrios/veredas
- Espacios educativos (jardines infantiles, colegios, universidades)
- Salones comunales
- Espacio público (parques naturales, parques barriales, bibliotecas, coliseos, malokas, u otros sitios de encuentro comunitario).

7. ¿Cuántas sesiones y duración de cada una?



Individuales

De acuerdo con el plan de acompañamiento establecido

⁵⁹ Deben contar con salas cómodas, donde la persona pueda hablar con tranquilidad de su caso y se mantenga el secreto profesional. O bien, si la persona está internada en una clínica u hospital, pueden desarrollarse las sesiones individuales de **EpS** en la habitación siempre y cuando se mantenga la confidencialidad.

⁶⁰ Deben contar con salones adecuados: que permitan el libre movimiento de los participantes (no tipo auditorio con sillas fijas y rígidas), con buena luz, de preferencia insonorizados para no interferir con otras actividades de la IPS, con medios técnicos y tecnológicos (computadores, video beam, etc.)

con / para la persona.

Entre 20 a 30 minutos (deben considerar el establecimiento de formas de seguimiento y posible acompañamiento – virtual, telefónico-)



Grupales

2 ciclos por momento de curso de vida (cada ciclo tendrá mínimo 3 sesiones y máximo 6) –desarrollados entre uno y tres meses.

En total, una persona debería asistir a mínimo 12 ciclos educativos en el curso de su vida. En la familia se realizará como mínimo un ciclo.

La EAPB tendrá una oferta permanente de ciclos educativos para garantizar la cobertura a todos sus afiliados, por momento de curso de vida.

Cada sesión grupal tendrá entre 90 y 120 minutos.



Colectivas

Mínimo 2 ciclos al año por grupo poblacional o colectivo, con las que se va a desarrollar el proceso. En zona rural y rural dispersa, se realizará mínimo 1 ciclo al año por grupo poblacional o colectivo priorizado.

Cada ciclo está compuesto de 9 a 12 sesiones con el mismo grupo para el logro de un resultado concreto –acorde con el PTS-, previamente definido y acordado con los participantes

Cada sesión tendrá una duración de 2 a 3 horas⁶¹.

⁶¹ Para las intervenciones en los entornos relacionadas con la salud ambiental es pertinente tener en cuenta los respectivos lineamientos que este Ministerio ha expedido al respecto.

8. ¿Con cuántas personas desarrollan las sesiones?



Individuales

Una o dos si requiere un acompañante.



Familia

Una familia (implica mínimo 2 integrantes de la misma participando de la sesión educativa).



Grupales

Grupos de máximo 30 personas.
Grupos de máximo 10 familias.



Colectivas

Grupos de máximo 70 personas
Grupos de 6 a 15 familias.

9. Cobertura



Individuales

Según demanda o según lo definido por los profesionales respectivos.



Familia



Grupales

De acuerdo con lo definido en la ruta de Promoción y

Mantenimiento por momento de curso de vida.

La cobertura mínima debe ser el 50% del total de los afiliados por momento de curso de vida.



Colectivas

De acuerdo con las metas del Plan Territorial de Salud (complementario a las acciones de **EpS** con cargo a la UPC).

10. ¿Cómo evaluar los resultados?

- Co-evaluación
- Auto evaluación⁶²

Es necesario realizar una actividad inicial que permita establecer el estado de los saberes (conocimientos, prácticas, ritos, imaginarios, mitos, valores, actitudes y motivaciones). Preferible-

⁶² La evaluación es un proceso sistemático, organizado, contextualizado que se basa sobre atributos claros que se pretenden valorar, para definir decisiones que se orienten a mejorar tanto la práctica como el proceso de aprendizaje. La evaluación tiene dos objetivos principales:

- Analizar en qué medida se han cumplido los objetivos propuestos, para poder detectar las fallas en el proceso y superarlas, por ejemplo, diagnosticar errores conceptuales, nivel de desarrollo de habilidades, actitudes y valores que moviliza frente a una situación.

- Propiciar la reflexión de los que aprenden, en torno a su propio proceso de aprendizaje (meta cognición) Lo anterior sugiere que la evaluación debe ser participativa, comprensiva (abarcar todos los pasos del proceso), continua (no solo al final) e integral (no busca estimar la sola memorización, sino desarrollar la capacidad de análisis, de reflexión, de pensamiento crítico y de solución de problemas.

Importa entonces la evaluación del grado de significatividad de los aprendizajes de los estudiantes; es decir que no importan los aprendizajes verbalistas, al pie de la letra, no relacionados con las experiencias previas. Lo que importa es el grado en que los que aprenden han construido interpretaciones significativas y valiosas de los contenidos revisados y el grado en que han podido de atribuir sentido y valor funcional, no solo instrumental y de aplicabilidad, sino también en relación con la utilidad que estos aprendizajes pudieran tener para otras áreas. Esto solo puede valorarse cualitativamente, para lo cual es necesario tener claro los indicadores que evidencien el grado de significatividad con el que se requiere que aprendan algo.

De acuerdo con las características del proceso de desarrollo de capacidades concertado y diseñado y, especialmente, según los resultados esperados, puede seleccionar una o varias de las siguientes formas de evaluar:

a. Autoevaluación: cuando el sujeto que aprende emite el juicio de valor sobre su propio avance en el aprendizaje. De esta forma, de acuerdo con ciertos criterios, reconoce sus posibilidades y los cambios que requiere hacer para mejorar. Este ejercicio en sí mismo comporta el desarrollo del pensamiento crítico y auto reflexivo.

b. Coevaluación: cuando el grupo es quien evalúa el proceso de aprendizaje, permitiendo identificar avances tanto individuales como grupales, promover espacios de construcción grupal de crítica y reflexión frente las situaciones de aprendizaje, valorar la actuación de los otros dentro del grupo, generar la capacidad argumentativa y valores de justicia, respeto y objetividad, entre otros. En sí mismo es un ejercicio que desarrolla la capacidad para participar.

Tomado del documento de Gutiérrez, D. (2014) *Criterios y elementos técnicos para evaluar resultados de capacitación*. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia.

mente esta indagación se hará de forma narrativa o discursiva, o con entrevistas grupales o con pequeños relatos de vida de los participantes, aunque no se descarta la aplicación de un pre test, para recabar información más específica.

Esto se convertirá en la línea de base, sobre la cual se programará el proceso educativo y deberá arrojar información en términos de esquemas de capacidad y no de conocimientos específicos sobre un determinado tema.

Nota: para definir los resultados se deberá tener en cuenta los resultados y capacidades descritos en el anexo de capacidades y contenidos de educación para la salud en el marco de las RIAS.

Lo anterior no es impedimento para que con los sujetos de atención se puedan negociar conjuntamente otras capacidades y contenidos distintas a las que están descritas en el anexo o en las RIAS.



Individuales



Familia

Se considera que habrá resultados positivos si la persona que recibe la educación, cumple con el 70% de los compromisos pactados y se evidencian transformaciones reales en sus saberes, actitudes y prácticas)

Las formas de hacer seguimiento y de evaluar los resultados finales serán concertadas entre el profesional de salud y la persona sujeto de la atención.



Grupales

Se considera que habrá resultados positivos si:

- a) el grupo se mantiene durante todo el ciclo de sesiones (3 a 6, según lo definido por el Prestador),
- b) el grupo obtiene resultados cualitativos que, al valorarse cuantitativamente, promedian un 70-80% de alcance de logros (transformaciones reales en sus saberes, actitudes y prácticas)

Para ello se aplicará una rúbrica⁶³, analizada de forma conjunta entre el grupo y los participantes).



Individuales



Grupales

Cumplimiento de compromisos (de acuerdo con una rúbrica o una lista de cotejo preestablecida y acordada con el (los) sujeto(s)).

Se puede establecer un seguimiento telefónico o virtual, en caso de que a la persona se le dificulte desplazarse hasta la IPS.



Colectivas

Proyectos para mejorar la salud/Calidad de vida, diseñados/ implementados, con participación de la comunidad (definir previa y participativamente los criterios de resultado, gestión e impacto).

Para salud ambiental: planilla de intervención familiar, planilla por actividad económica y planes de acción intersectorial de entornos (intervención en entorno educativo, hogar, laboral y comunitario).

Todos los procesos educativos desarrollados deben documentarse.

Se considera que habrá resultados positivos si el grupo de personas:

- a) se mantiene en el proceso, por lo menos el 60% de los participantes iniciales.

⁶³ Herramienta de valoración que establece una matriz de criterios, requisitos y escalas que desglosan los niveles de desempeño de los participantes en un aspecto determinado. Permite que todos identifiquen con claridad la relevancia de los contenidos y objetivos de los productos o evidencias que dan cuenta de las capacidades a desarrollar. Deben ser coherentes con los objetivos pedagógicos establecidos, ser apropiadas al nivel de desarrollo de las capacidades de los que están aprendiendo y establecer niveles con términos claros.

El procedimiento para construir la rúbrica implica definir las capacidades a desarrollar y los saberes que la conforman, identificar los aspectos a valorar, establecer las evidencias de que se está logrando el saber, describir cada criterio de cada nivel (qué evidencias debe haber en cada nivel), totalice las puntuaciones por aspecto y al final de la rúbrica, determine las fortalezas y debilidades de los participantes en relación con el desarrollo de las capacidades y establezca un plan para desarrollar las capacidades que no se lograron.

Basado en Gatica-Lara. & Uribarren-Berrueta (2013) y en el producto "Herramientas pedagógicas de monitoreo y evaluación para fortalecer la asistencia técnica que realiza la Dirección de Promoción y Prevención", elaborado por Diana Gutiérrez, en el marco del contrato 150 de 2014, con el MSPS.

- b) construye un proyecto viable y pertinente para mejorar la calidad de vida y salud (en relación con las particularidades territoriales)
- c) implementa acciones colectivas para mejorar la salud (donde aplica los saberes construidos en el proceso), con algún resultado concreto y medible.
- d) elabora una agenda pública (comunitaria, comunal, colectiva o poblacional, etc.) para incidir en la agenda institucional y mejorar la salud.

11. ¿Cómo evidenciar los resultados en salud?



Individuales

Seguimiento a cohorte por momento vital, evidenciable a partir de los RIPS, con reportes que den cuenta del grado de transformación en los saberes, actitudes, valores y prácticas y su incidencia en la salud (por cada ciclo educativo realizado por momento de curso de vida).

Los prestadores elaborarán un documento⁶⁴ anual que dé cuenta de los resultados en salud impactados mediante el proceso de **Eps** tanto individual como grupal, de acuerdo con los registros obtenidos a partir de la aplicación de diversos instrumentos (como los pre y pos test).

La EAPB analizará la información de toda su red de prestadores y hará los ajustes en el diseño de las propuestas pedagógicas que implementarán los prestadores.



Colectivas

Sesiones colectivas (con los participantes del proceso) para



Grupales

analizar la incidencia del proceso educativo en la salud y la vida de los pobladores del territorio.
Las DTS elaborarán un documento que dé cuenta de los resultados en la salud colectiva impactados mediante el proceso de **Eps**.

12. ¿Con qué recursos?



Individuales

Las acciones de **Eps** se financian con cargo a los recursos de la UPC, del fondo de riesgos laborales o de los regímenes especiales o de excepción, o los destinados a promoción y prevención en el marco del artículo 222 de la ley 100 de 1993.



Grupales



Colectivas

Subcuenta de salud pública colectiva (SGP, Recursos propios, regalías...).

*Es de recordar que las intervenciones de **Eps** en el marco del PIC se ordenan por ENTORNOS, como respuesta a las tensiones, objetivos y metas del plan territorial de salud; los cuales deben estar alineados con los resultados en salud definidos en el anexo de **Eps**, y con lo acordado conjuntamente entre la entidad territorial y las EAPB.*

⁶⁴ Este documento no debe superar las 4 cuartillas y relacionará 1) las capacidades sobre las que se trabajó; 2) los resultados de la evaluación de capacidades y; 3) la disminución o erradicación de un determinado problema de salud en el territorio, o el desarrollo o mejoramiento de una práctica protectora, o la reducción o eliminación de un riesgo en salud o el uso racional de los servicios y/o tecnologías de salud.

veredales, comunales y/o comunitarios).



PARA RECORDAR

- Aunque una familia haya asistido a sesiones individuales de **EpS**, también podrá asistir a sesiones grupales o colectivas.


- Las herramientas de aprendizaje son opciones a ser adaptadas de acuerdo con las capacidades que se requiera formar, el tipo de personas participantes, el entorno y el territorio. Es decir que no son exclusivas de un tipo de sesión.

- El trabajo en los entornos implica desarrollar previamente las acciones de gestión que sean necesarias para acordar con los actores clave de esos entornos (directivos, docentes, orientadores, consejos o juntas de acción comunal, líderes barriales o veredales, etc.), las condiciones de la implementación de las acciones de **EpS**. Estas acciones de gestión pueden ser de coordinación intersectorial o de gestión de las intervenciones colectivas, entre otras posibilidades.

- Para todos los tipos de sesiones es conveniente diseñar herramientas didácticas, de acuerdo con las características de las personas (momento del curso de vida, etnia, condiciones de salud y de los entornos en los que transitan – en este aspecto es necesario identificar previamente qué afectaciones sobre los procesos psicológicos y por tanto sobre la capacidad de aprender tienen determinadas condiciones de salud-, entre otras). No confundir la herramienta didáctica con una propaganda o una pieza comunicativa (que también se puede entregar a los participantes, pero no las reemplaza).

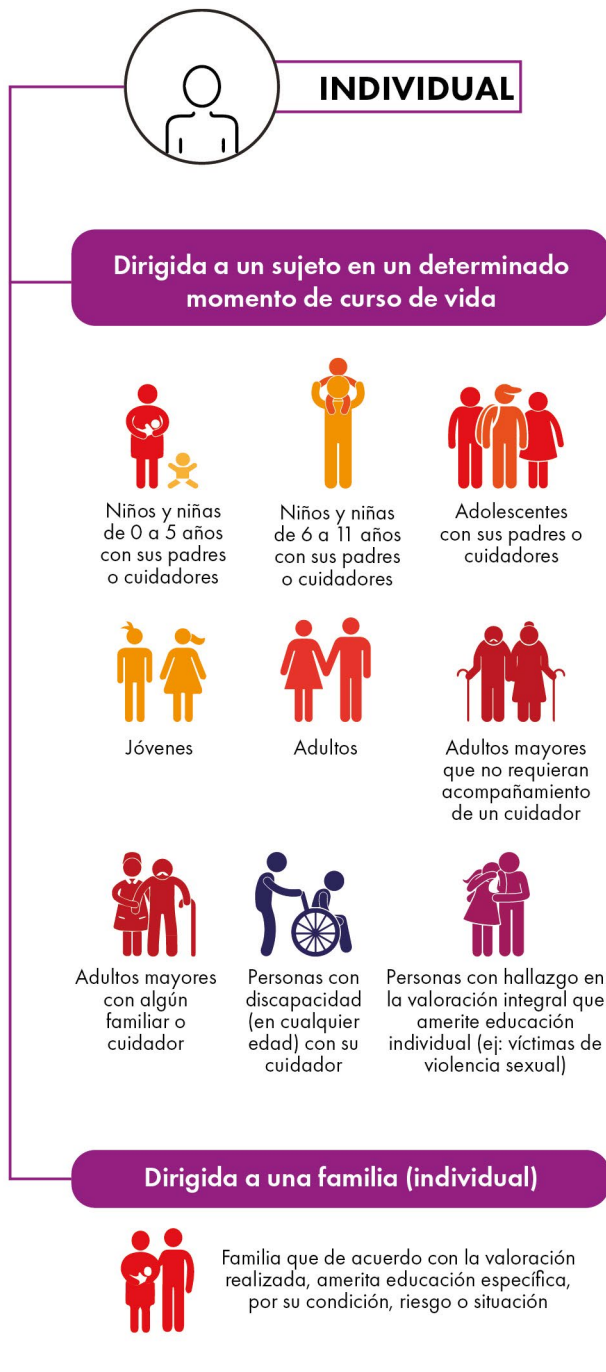
- Con el fin de lograr coberturas importantes en el proceso de **EpS**, es necesario que los prestadores y las DTS, establezcan los mecanismos necesarios para la convocatoria y para asegurar que la gente asista a las sesiones educativas (por ejemplo, para el caso de las acciones con cargo a la UPC, programando sesiones en sitios cercanos a los afiliados, que pueden ser de la misma red prestadora o escenarios gestionados con la comunidad; para el caso de las acciones PIC, implica la gestión previa en los escenarios educativos, barriales,

- **Las sesiones deben realizarse en un marco de cuidado, afecto y respeto** por todas las personas, sus saberes, sus prácticas, su historia y su cultura.



- Las sesiones se caracterizarán por tener un ambiente amable, agradable, alegre, dinámico, creativo, interesante para el tipo de personas con las que se trabaja (que motive a las personas a volver y a querer saber más... y a sentir confianza con el Talento Humano en salud que lo está guiando o acompañando en este aprendizaje)

- También deben ser pertinentes para el contexto psicológico, evolutivo, cultural y territorial de las personas y estimular el interés por aprender, así como planificar tareas realistas de implementar para que, poco a poco, de acuerdo con el proceso de cada quién, se generen los cambios que sean necesarios para vivir bien.



6. ORIENTACIONES DIDÁCTICAS

6.1. Claves metodológicas a tener en cuenta para organizar las sesiones de *Educación para la Salud*

Para poder diseñar un proceso de educación para la salud es conveniente tener en cuenta lo siguiente:

6.1.1. Conocer cómo aprendemos los seres humanos⁶⁵:

- El aprendizaje implica un proceso constructivo interno, auto estructurante y en este sentido, es subjetivo y personal.
- El aprendizaje se facilita gracias a la mediación o interacción con los otros, por lo tanto, es social y cooperativo.
- El aprendizaje es un proceso de (re) construcción de saberes culturales.
- El grado de aprendizaje depende del nivel de desarrollo cognitivo, emocional, social, y de la naturaleza de las estructuras de conocimiento.
- El punto de partida de todo aprendizaje son los conocimientos y experiencias previos que tiene el sujeto.
- El aprendizaje implica un proceso de reorganización interna de esquemas.
- El aprendizaje se produce cuando entra en conflicto lo que la persona ya sabe con lo que debería saber.
- El aprendizaje tiene un importante componente afectivo, por lo que juegan un papel crucial los siguientes factores: el autoconocimiento, el establecimiento de motivación y metas personales, la disposición por aprender, las atribuciones sobre el éxito y el fracaso, las expectativas y representaciones mutuas.
- El aprendizaje requiere contextualización: las personas deben trabajar con tareas auténticas y significativas culturalmente, y necesitan aprender a resolver problemas con sentido.
- El aprendizaje se facilita con apoyos que conduzcan a la construcción de puentes cognitivos entre lo nuevo y lo familiar, y con materiales de aprendizajes potencialmente significativos.

⁶⁵ Díaz & Hernández (2004).

6.1.2. Conocer cómo aprenden las personas en cada momento del curso de vida

A continuación encontrarán unas orientaciones básicas⁶⁶, que aunque no pretenden ser exhaustivas ni un tratado sobre las características del aprendizaje en las distintas etapas de la vida, si aportan elementos para las adecuaciones a que haya lugar en el proceso de *EpS*:



Primera infancia: 0 a 5 años

En los recién nacidos el repertorio de capacidades es:

SISTEMA	CAPACIDADES
Para recibir información	Percepción (Visual, táctil, auditiva, etc.)
Para actuar	Reflejos (succión, prensión, marcha, Babinski, etc.)
Para transmitir información	Llanto, expresiones emocionales, sonrisa

Lo anterior implica ayudar a desarrollar las capacidades de los recién nacidos mediante estimulación temprana⁶⁷ y apego seguro.⁶⁸ Aunque aún no tiene desarrollada la capacidad de representación y por tanto no puede atribuir significado a los objetos, si puede percibirlos y poco a poco interactuar con ellos (primero con lo que está más cerca de él). Puede ir diferenciando las figuras del fondo, percibir zonas de transición de intensidades luminosas, reconocer gustos y sabores, diferenciar sonidos, imitar, desarrollar percepción intermodal (con dos o más órganos sensoriales distintos). En suma, actuar sobre las capacidades

⁶⁶ Basado en De Zubiría & De Zubiría (1987)

⁶⁷ Con la cual se pretende desarrollar y potenciar, mediante juegos, actividades, ejercicios y otros recursos, las funciones cerebrales del bebé. Su incidencia es tanto física, como emocional y cognitiva. Tomado el 16 de noviembre de 2016, de <http://www.guiainfantil.com/1148/la-estimulacion-temprana.html>.

⁶⁸ Vínculo que se forma entre el bebé y la persona que lo cuida y alimenta. Es una relación que debe otorgar seguridad y confianza, ya que repercutirá en toda la vida posterior de ese ser. Basado en Becerril & Álvarez (2012).

descritas permitirá formar los futuros esquemas de capacidad⁶⁹ (que les permitirán repetir, reconocer, recordar y generalizar), para lo cual habrá que generar experiencias que difieran en **algo** de lo que el niño ya conoce, con el fin de que se pueda aprender.⁷⁰

Hacia el año y medio o dos, los niños deberán desarrollar sus primeros hábitos, sus primeras acciones de coordinación (visión-comprensión), el descubrimiento de nuevos medios por experimentación activa, invención de nuevos medios para actuar sobre la realidad y comienza la función de representación. Hacia los 2 -3 años aparece la función semiótica⁷¹ y se produce la interiorización de esquemas de acción, entre otras.

El niño preescolar organiza y agrupa hechos no presentes en el campo actual a partir de Nociones. Asimila formas, colores, posiciones, tamaños, texturas. Agrupa en clases, captura las relaciones externas entre objetos e intuye sus interacciones externas. Descubre analogías periféricas entre objetos, capta relaciones visibles.

Las analogías entre objetos dan lugar a nociones clasales (vasos, personas, niños, rectángulos), las relaciones fenomenológicas a las nociones relacionales (arriba-abajo, derecha-izquierda, antes-ahora-después); las transformaciones que producen unas cosas sobre otras a las nociones operacionales (romper, caer, pegar...)

Los valores están dedicados a juzgar y optar en su mundo inmediato: la familia y las personas que se mezclan en su experiencia. En general, adquieren un lugar de reconocimiento en su familia. Empiezan a agrupar afectos, gustos estéticos.

69 Sucesión de acciones, reales o mentales, que tienen una organización y que son susceptibles de aplicarse a situaciones semejantes. Tienen un elemento desencadenante y un elemento efector. Los esquemas se automatizan. Son esquemas de acción. Tomado de "El desarrollo humano" (Delval, 2002).

70 Es importante introducir al niño en nuevas experiencias en donde la situación nueva genere una cierta **discrepancia** respecto de la situación anterior (esta discrepancia debe ser intermedia no mínima ni máxima, para que el niño pueda aprender). *Ibid.*

71 Conductas que implican evocación representativa de un objeto o hecho ausente en el momento. Se puede evidenciar en conductas de imitación diferida, juego de ficción, dibujos o imágenes gráficas, imágenes mentales, lenguaje naciente. A partir de esta función se generan dos instrumentos: símbolos (guardan una relación motivada con aquello que designa, ej.: dibujo de una casa) y signos (significantes arbitrarios que no guardan relación directa con el significado, ej.: signos matemáticos). Basado en <http://www.ray-design.com.mx/psicoparaest/index.php?> consultado el 16 de noviembre de 2016

Pone en marcha programas motores intracoordinados para aprender a manejar su propio cuerpo: saltar, correr, marchar, observar, aprender gestos...



Infancia: 6 a 11 años

Organizan e interrelacionan las nociones y forman conceptos. Las nociones relacionales (binarias, absolutas, egocéntricas) se relativizan por el contacto con los compañeros (que tienen otros puntos de vista) y pasan a ser: a la derecha de... y a la vez a la izquierda de...

La causa-efecto (de las operaciones) se vuelve reversible: el acto de sumar cabe devolverlo, restando, la competencia mediante la amistad...

Las clasificaciones y series ahora pueden trabajarse a través de prototipos abstractos.

Los valores se desplazan del plano intrafamiliar al interpersonal (con los congéneres donde el juego y la cooperación les implican la descentración valorativa.

Las valoraciones (bueno-malo, justo-injusto...) ligadas a la propia visión y a la de los padres cede paso a otras perspectivas que relativizan los puntos de vista y los criterios absolutos que tenía el preescolar.

En la psicomotricidad lo más importante es la habilidad lectora-escritora.

En la psicomotricidad deberá coordinar actividades interpersonales cooperativas en los juegos colectivos. Tendrá que aprender a manejar el cuerpo del grupo donde el suyo aporta un elemento más (debe conocer la estructura de los juegos y saber qué hacer, cuándo).

El nivel de comprensión sobre la dimensión social pasa por explicaciones basadas en aspectos aparentes y observables. Consideran que la causa principal de los cambios se debe a la

acción libre e individual de los sujetos o al azar.

Aún no hay comprensión sobre las limitaciones externas como la escasez de bienes y servicios.

En la transición entre los 10 y 13 años, se empiezan a comprender los procesos temporales; las relaciones sociales institucionalizadas (como la que existe entre comprador y vendedor, entre jefe y empleado), la relación entre sistemas simples y los procesos diacrónicos.



Adolescencia y juventud: 12 años hasta entrar en la adultez

Los conceptos se organizan en categorías conceptuales.

Con ellas pueden comprender las leyes universales de los hechos o fenómenos de la realidad, de forma abstracta.

Adquiere conciencia de la discrepancia entre lo real y lo posible: descubre en la realidad múltiples fallas patentes (de allí su carácter rebelde).

Está en la posibilidad de cimentar valores integrados, coherentes, jerarquizados: una ideología y una axiología.

La tarea ahora no es solo valorar sino en ser consistente y homogéneo en las valoraciones.

En lo psicomotriz se destacan las precisas coordinaciones neuromusculares y por tanto la posibilidad de desarrollarse a través del arte y el deporte.

Hacia la adolescencia se empieza a considerar que los cambios son posibles (no solo naturales como lo consideran los niños). En este sentido se desarrolla la capacidad de concebir un mundo de posibilidades hipotéticas y comprender la existencia de intereses comunes a grupos de individuos. Ahora es capaz de comprender los procesos y que en éstos se presentan obstáculos a vencer. (lo cual se manifiesta en la capacidad de actuar mediante voluntad

–no solo desde el deseo–)

Desarrolla la habilidad para entender las relaciones entre sistemas distintos (ej.: entre producción y comercialización)

Se comprenden las inequidades entre clases y cómo eso está relacionado con determinados factores sociales y económicos, entre otros aspectos.

Empieza a comprenderse la relación entre equidad e igualdad.

Los adolescentes y jóvenes se insertan en la sociedad de los adultos, pero tratan de modificarla, para lo cual elabora planes de vida (reflexionando sobre lo posible y lo real)

El cambio de rol respecto de cuando eran niños, puede producir conflictos y generar tensiones con el mundo de los adultos.

Las transformaciones afectivas y sociales van unidas a cambios en el pensamiento.

El aprendizaje debe organizarse de acuerdo con su contexto y en una forma dinámica⁷²



Adultez⁷³: 29 a 59 años

Los adultos están interesados en aprender y poder aplicar lo que aprenden a la vida cotidiana.

Tiene un Pensamiento dialéctico⁷⁴.

Comprenden el conocimiento como una transformación activa de la realidad, posterior o concomitante a un proceso de problematización de la misma, desde las características del pensamiento crítico.

Tienen la capacidad para 1) comprender puntos de vista

⁷² Es conveniente tener en cuenta que los cambios biopsicosociales que están experimentando pueden condicionar el proceso de aprendizaje. Para ello es menester conocer que pueden tener cambios de humor frecuente, contradicciones en su forma de pensar, autoestima baja o muy alta, integración a subculturas urbanas, desapego de la familia y **rebeldía** (en parte porque considera que ya sabe todo o que lo que se le enseña no le es pertinente). Basado en <http://galaxyguate.com/arnol/Hebegogia.pdf> consultado el 16 de noviembre de 2016.

⁷³ Tenga en cuenta el concepto de Andragogía: Andragogía es la disciplina que, siendo parte de la Antropogogía y estando inmersa en la Educación Permanente, "se desarrolla a través de una praxis fundamentada en los principios de Participación y Horizontalidad; cuyo proceso, al ser orientado con características sinérgicas por el Facilitador del aprendizaje, permite incrementar el pensamiento, la autogestión, la calidad de vida y la creatividad del participante adulto, con el propósito de proporcionarle una oportunidad para que logre su autorrealización" (Alcalá, 2000)

⁷⁴ Tipo de pensamiento superior al pensamiento formal hipotético deductivo, que supone una aceptación de la contradicción, a la ambigüedad, el cambio. Destaca hallar el problema más que la solución. Basado en <http://boards4.melodysoft.com/FAUNIVSB/teoria-del-pensamiento-dialectico-11.html>, consultado el 16 de noviembre de 2016.

diferentes y realizar una síntesis entre realismo e idealismo, 2) Capacidad para reevaluar las decisiones y tomar nuevas decisiones VITALES.

Incremento de la capacidad narrativa y del establecimiento de relaciones asertivas, basadas en sentimientos claramente expresados.

Tenga en cuenta: ayudarle a desaprender, a establecer nuevas estrategias de aprendizaje, a combinar la práctica con la teoría y lo abstracto con lo concreto-cotidiano, a aplicar lo que aprende a aquello en lo que trabaja, a sentirse comprendido y en un ambiente de confianza que le permita participar, valorando sus avances y estimulando a superar obstáculos.

Es importante conectar las experiencias previas que hayan tenido con los nuevos conceptos y prácticas, motivándolos hacia una mayor satisfacción personal, construcción de auto seguridad y confianza y teniéndolos en cuenta al momento de planificar la organización de su aprendizaje.

Es conveniente utilizar: ejemplos, preguntas, recordatorio de conceptos clave, organizadores gráficos conceptuales, procedimientos, entre otros.



Vejez⁷⁵: 60 años en adelante

Aunque existen funciones intelectuales que se van afectando con la edad (problemas para organizar los conceptos o para pasar de lo concreto a lo abstracto o la disminución en la velocidad del desempeño mental y físico), lo cierto es que hay otras que se mantienen a lo largo de la vida e incluso otras se aumentan, como la capacidad de ciertas formas de juicio, raciocinio (cada vez más pragmático e intuitivo) y comprensión de la realidad (dada la cantidad de experiencia personal que han acumulado).

75 Tenga en cuenta el concepto de **Gerogogía**: es una rama de la gerontología que se ocupa de establecer los principios y las regularidades del proceso de enseñanza-aprendizaje con adultos mayores. La Gerogogía se basa en cuatro supuestos: el autoconcepto, la experiencia, la disposición para aprender y las perspectivas y orientación del aprendizaje.

Los principios de la gerogogía son: 1) La necesidad de que todas las personas estén actualizadas, en contacto con el conocimiento, 2) La obtención de nuevos conocimientos independientemente de que representen remuneración (son un desafío intelectual y reafirman al adulto mayor como sujeto activo de la sociedad), 3) La educación, no es una opción para ocupar su tiempo libre, sino una vía de realización social.

En suma, su capacidad de aprendizaje y su interés en aprender y ampliar sus posibilidades de desarrollo personal y social siguen siendo amplios (aunque se requiere de un diseño didáctico apropiado que sea capaz de captar la motivación personal de los participantes en el proceso, creando situaciones que les resulten agradables).

El aprendizaje en este momento de la vida tiene una significación especial, pues representa una oportunidad de actualización, participación social y reafirmación de sus potencialidades.

Se resalta la Capacidad para extraer aprendizaje de su experiencia y para aplicarlo en asuntos concretos de la vida.

Es importante promover estrategias de participación activa de los adultos mayores, relacionada con saberes que le aporten a su cotidianidad, les permitan estar en contacto con otros adultos de similar edad y compartir su sabiduría.

Los escenarios narrativos en donde pueden comunicar sus vivencias de vida son ideales para extraer **saldos pedagógicos** de las áreas en que han tenido experiencia.

NOTA: Es conveniente complementar los elementos presentados -relacionados con el desarrollo- con la definición de las características de cada momento del curso de vida que encontrarán en los respectivos lineamientos.

6.1.3. Conocer el contexto en el que viven, estudian, trabajan y/o se organizan las personas con las que se va a trabajar el proceso de **EpS**:

- Cómo es el territorio y el (los) entorno (s) donde se desarrolla la vida de las personas con quienes se va a trabajar el proceso educativo, y cómo las afecta en su salud: cuáles son las problemáticas o dinámicas más relevantes y/o más frecuentes, las que llevan más tiempo y las que afectan a mayor cantidad de población. Indague también cuáles son las potencialidades del territorio (presencia de escenarios deportivos, educativos, reservas forestales, etc.) o de los pobladores (nivel organizativo, expresiones culturales protectoras de la vida, entre otras)

- A quiénes afecta: a las personas de un cierto momento de curso de vida, a todos los habitantes por igual, a algunas personas por su condición étnica o de género, etc.
- Cómo son las personas con las que se adelantará el proceso de **Eps**: Cómo viven, en qué estrato, cuáles son las condiciones socioeconómicas, qué acceso tienen a bienes y servicios (ejemplo: alimentos, educación, servicios de salud, etc.), cuáles son los valores culturales que los rigen, qué tanto sentido de pertenencia con su territorio o su comunidad tienen las personas.
- Qué **derechos** están siendo pobremente garantizados o no lo están siendo.

Para reconocer lo anterior se puede hacer un conversatorio con pobladores o afiliados del territorio, o un recorrido con cartografía social, acompañado de ellos, o entrevistas a algunas personas, además de consultar fuentes secundarias, entre otras posibilidades.

6.1.4. Comprender cuáles son las concepciones sobre salud -enfermedad y las formas de actuar sobre la salud de los colectivos, familias e individuos (especialmente si se trata de una comunidad étnica)

6.1.5. Identificar cuál es el nivel de comprensión, así como las actitudes, valores, prácticas y hábitos que tienen las personas en relación con la salud, en el momento actual, para determinar cuál sería su zona de desarrollo próximo⁷⁶ en relación con las capacidades a desarrollar.

Se trata de reconocer por qué actúan de determinada manera en relación con la salud (y la vida), desde qué creencias, para qué (cuál es la imagen de humano que tienen o cuál es su propia imagen y en este sentido cuál es su proyecto de vida)

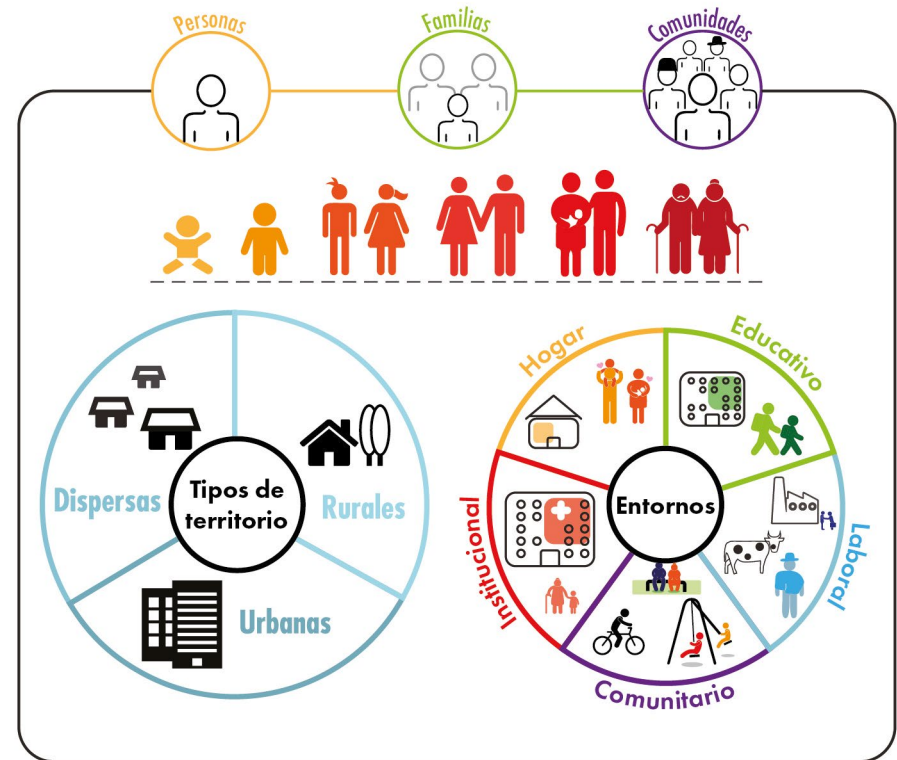
6.1.6. Realizar las adecuaciones culturales, psicológicas y territoriales⁷⁷ que sean necesarias. En lo posible estas adecuaciones se realizarán con la participación de actores de la comunidad o de los afiliados.

Para ello se debe hacer un cruce entre:

⁷⁶ Revisar el concepto incluido en este documento.

⁷⁷ Será diferente un proceso educativo que se adelante en una ciudad, o una zona rural o una zona rural dispersa.


- Tipo de sujeto con el que se va a trabajar (individuos, familias, comunidades); tipo de población (con pertenencia étnica, víctima del conflicto armado, víctima de violencias de género, con discapacidad, etc.)
- Tipo de ámbito (urbano, rural, rural disperso)
- tipo de entorno (hogar, educativo, laboral con énfasis en la informalidad, comunitario, institucional)
- Momento de curso de vida en que se encuentran las personas con las que se va a trabajar




Todos los elementos mencionados harán que las propuestas pedagógicas a implementar sean particulares a los problemas que se pretende resolver, las capacidades que se pretende desarrollar, teniendo en cuenta que los procesos educativos serán distintos, de acuerdo con: las características de los

ámbitos territoriales (es diferente un proceso en zonas rurales, urbanas o rurales dispersas); así mismo es distinto trabajar en un entorno educativo o en uno comunitario o en uno laboral o en las casas de las personas (hogar) o en las IPS (institucional); o con niños, o con personas adultas, o con mujeres jóvenes, o con adolescentes desplazados, por mencionar unos ejemplos.

Lo anterior implica adelantar acciones de gestión de la salud pública previamente a la implementación del proceso de EpS, diferentes para cada entorno e implica diseños didácticos ajustados a las características de cada momento de vida o para varios momentos de vida, en caso de que se realicen acciones intergeneracionales.



Ejemplo 1: proceso de **EpS** a adelantar con los pobladores de un barrio donde se ha evidenciado la afectación por uso inadecuado del agua y de los residuos sólidos por parte de la comunidad. Lo anterior significa que la Dirección Territorial de Salud deberá contratar un proceso educativo que tenga en cuenta lo siguiente: a) tipo de sujeto: comunidad, b) tipo de territorio: urbano, c) tipo de entorno: comunitario, d) momentos de curso de vida: puede abarcarlos a todos (desde niños y niñas de 3 a 5 años hasta personas mayores). Y que deberá realizar acciones de gestión de la salud pública enmarcadas, por ejemplo, en el proceso de coordinación intersectorial en el marco de los COTSA o de participación social (al convocar a Juntas de Acción Comunal y otras formas organizativas barriales)



Ejemplo 2: proceso de **EpS** a adelantar con mujeres violentadas sexualmente en el marco del conflicto armado, que se desarrolla en una zona rural de X departamento (todas ellas son afiliadas de una misma EPS). Para ello el Prestador deberá implementar un proceso educativo que tenga en cuenta lo siguiente: a) tipo de sujeto: comunidad, b) tipo de territorio: rural, c) tipo de entorno: institucional; d) momento de curso de vida: adultez. Se sugiere que la EAPB con sus prestadores reconozcan previamente el trabajo realizado por la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas.

6.1.7. Revisar las tensiones territoriales identificadas en el Plan Territorial de Salud, así como sus objetivos y metas sanitarias, con el fin de establecer sobre qué problemáticas es necesario actuar mediante procesos de **EpS**.

Lo mismo será válido para las EAPB con su red de prestadores, quienes adicionalmente revisarán los resultados de su caracterización poblacional, lo cual les dará información sobre cuáles son los problemas más relevantes en salud de su población afiliada, que pueden ser mitigados o solucionados con una **EpS** adecuada.

6.2. Ideas para organizar una propuesta pedagógica

Con los elementos definidos en el numeral 6.1. Se elabora **la propuesta metodológica y pedagógica** a implementar, para lo cual se deberán:

6.2.1. Establecer cuáles son los esquemas de capacidad^{78 79} a desarrollar (saber-ser-hacer), dados a) los resultados de la indagación inicial (numerales 3º, 4º y 5º), b) la información de la caracterización poblacional, c) los resultados del Plan territorial de salud, entre otras fuentes.

Capacidad, entonces, se entenderá como la estructura organizada y dinámica compuesta por actuaciones integrales del saber ser, el saber hacer, el saber conocer (e incluso, el saber comunicar), que se comportan como un conjunto diversificado de recursos que la persona moviliza en una situación determinada para identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas del contexto con idoneidad y ética. (Basado en Tobón, 2013).

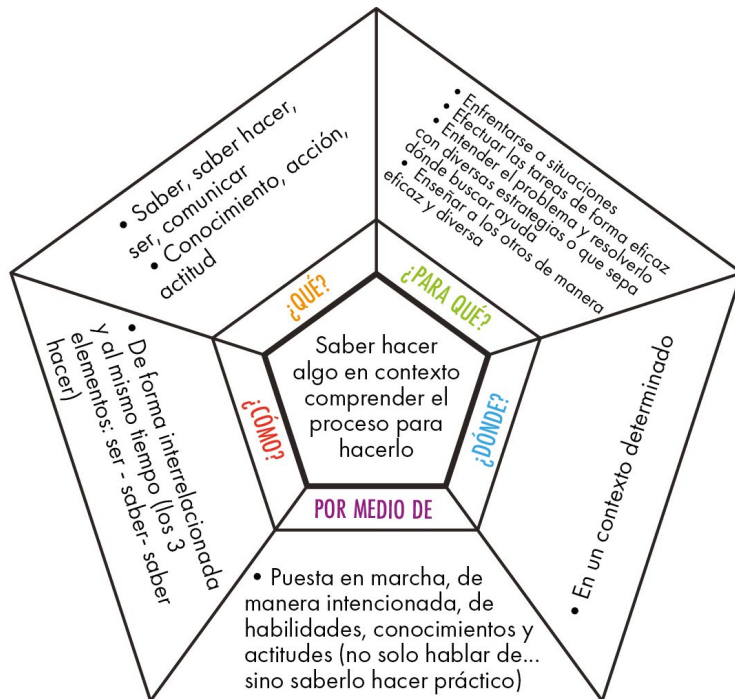
En la medida en que las capacidades son estructuras y no saberes sueltos, es necesario considerar, para su desarrollo, la afectación de sus diversos componentes, de modo que sean pertinentes para actuar con competencia frente a los retos que le plantean las situaciones.

⁷⁸ Es de recordar que uno de los enfoques de las rutas es el de Desarrollo Humano, que parte de la idea de que es necesario crear las condiciones (oportunidades) para que las personas y territorios puedan desarrollar sus propios proyectos de vida (capacidades)

⁷⁹ Es de recordar que en el Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS– se define el CUIDADO como el conjunto de capacidades, decisiones y acciones que adelantan tanto las personas, familias y comunidades como el sector salud, otros sectores y otros actores territoriales para proteger la salud y la vida, lo cual se verá reflejado en resultados en salud y bienestar (expresado en términos de capacidad de autonomía y agencia y en la conformación y fortalecimiento del tejido social).

Las capacidades se construyen en la actividad, es decir que están ancladas en la experiencia y la práctica de la persona en situación, lo cual le permite adaptarse a las situaciones, saber qué hacer en cada una de ellas, sin dejarse llevar por los acontecimientos. Mediante las actividades las personas construyen el conjunto de capacidades que le permitirán actuar con competencia, al elegir, organizar, movilizar y/o crear un conjunto variado de recursos para darle un tratamiento exitoso a la situación.

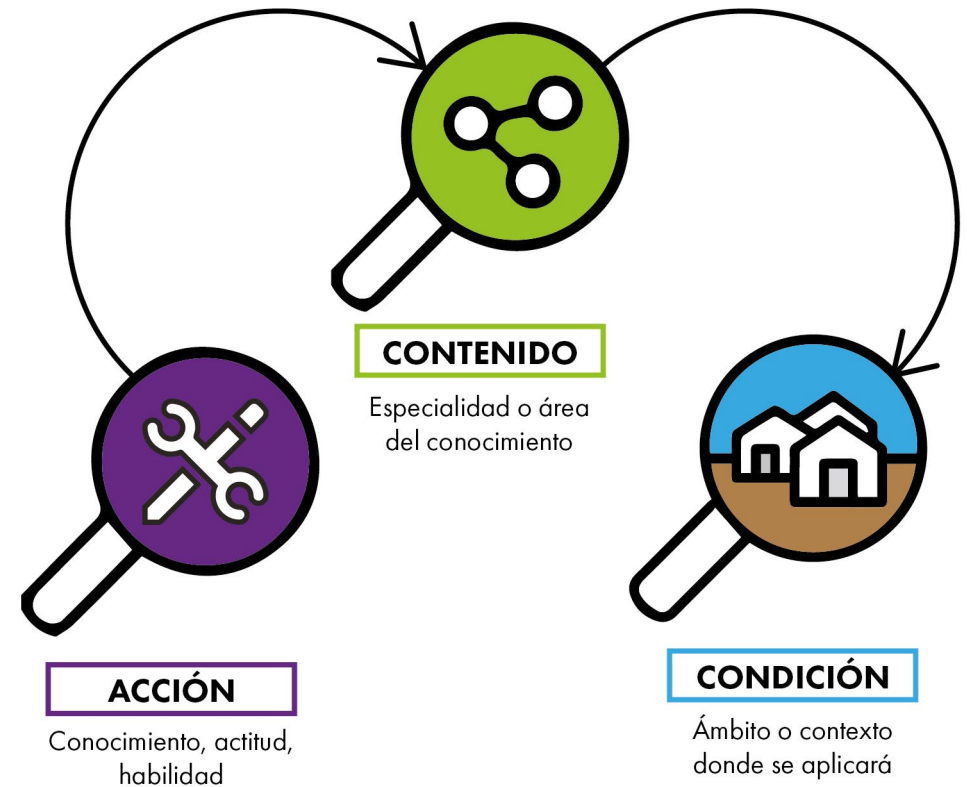
Para definir las capacidades a desarrollar se requiere organizar los saberes con los cuales las personas podrían resolver problemas concretos de su/la vida. No se trata de **enseñar temas aislados**, sino de aprehender, comprender y utilizar un conjunto de recursos coordinados.



que deben hacer en su estilo y modo de vida para lograr el mayor bienestar posible durante esta etapa y en la vejez.

- Los adolescentes identifican los valores sobre los que quiere edificar un proyecto de vida que le resulte significativo.
- Las personas cuidadoras de familiares con discapacidad comprenden las características del sujeto de cuidado, así como sus propias características para definir las acciones de salud a implementar en la vida de las dos.
- Los trabajadores de oficina discriminan y reconocen las razones científicas de las pautas de cuidado ergonómico que requieren incorporar en sus rutinas personales y laborales.

En suma, una forma de escribir una Capacidad es:



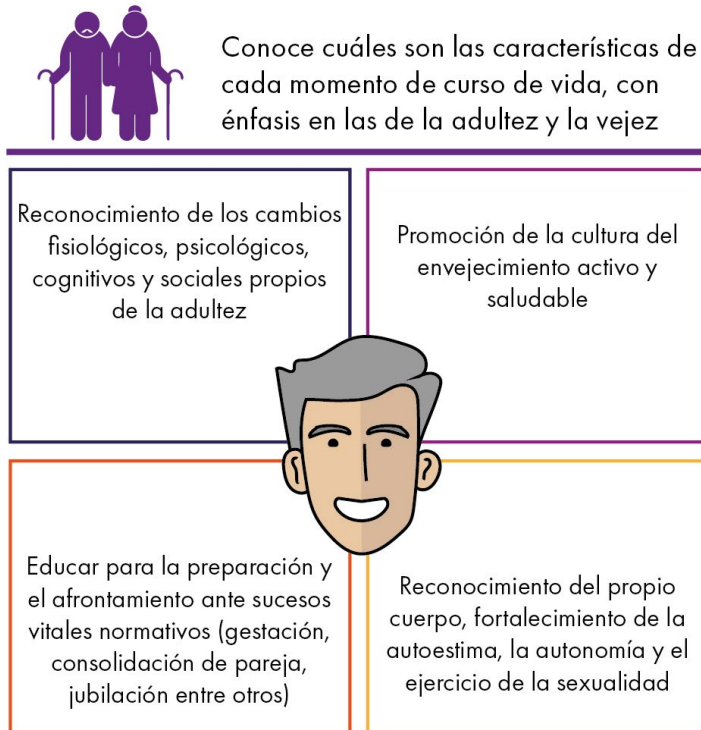
Ejemplos de capacidad:

- Las personas adultas comprenden las transformaciones

Una vez establecida la capacidad, se escriben los saberes que la conforman. Siguiendo con el primer ejemplo tendríamos:



Continuando con el ejemplo, tenemos:

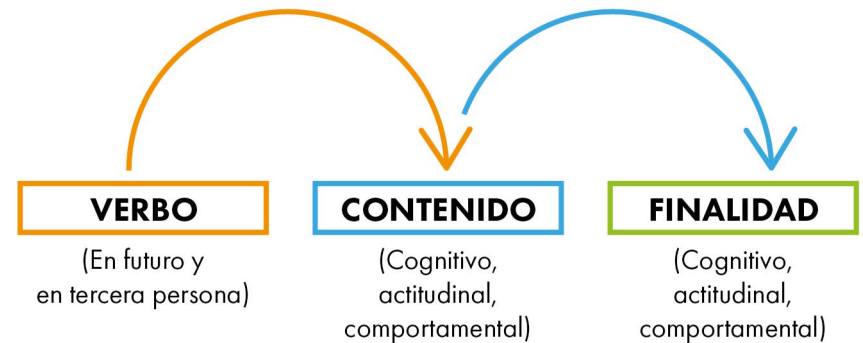


En el esquema anterior, se evidencia el desglose del saber-saber. Este mismo ejercicio se realizará con cada uno de los saberes que conforman la capacidad: Saber-hacer y saber-ser.

Una vez hechas estas definiciones, se establecerán las mejores formas de desarrollar la capacidad, teniendo en cuenta los elementos poblacionales, territoriales y de planeación definidos en el numeral 6.1., pero también las orientaciones pedagógicas establecidas en este documento.

Una vez definidas las capacidades, se establecerán los indicadores de logro, que representan los resultados que deberán alcanzar los sujetos de la educación al finalizar el proceso.

Una forma de construirlos es:



PARA TENER EN CUENTA: Para la implementación pedagógica de contenidos cognitivos, valorativos, actitudinales y praxiológicos que permitan desarrollar las capacidades, puede retomar alguna de las siguientes posibilidades:

- **Cognitivo:** Ejercicios de argumentación, de comparación, análisis de casos problematizadores, rompecabezas para generar síntesis, organizar elementos de un procedimiento, contrastar una situación real con un concepto, construir un mapa conceptual; diseñar analogías; construir preguntas sobre un tema.
- **Práctico:** implementar un ejercicio a partir de una serie de conceptos; diagramar un proceso; diseñar una estrategia; ejemplificar con un dramatizado una situación; transformar una propuesta; desarrollar un pilotaje o un laboratorio **social**.
- **Valorativo:** tomar una decisión sobre un conjunto de opciones; argumentar apreciativamente sobre un hecho de la realidad; emitir un juicio sobre una situación o un concepto; reflexionar sobre una situación y proponer una transformación para resolver un problema; construir o diligenciar una escala de Likert sobre un determinado tema; justificar en términos valorativos una decisión.



Ahora bien, **¿Cuándo es propicio trabajar sobre alguna capacidad?...** Algunas de las situaciones a tener en cuenta al momento de definir las capacidades a desarrollar son:

- Cuando actuando sobre una determinada capacidad se puede impactar positivamente sobre otras capacidades.
- Cuando la situación del territorio implique desarrollar rápidamente algunas capacidades en las personas para afrontar una situación o evitar que se siga presentando, entre otras posibilidades. **Ejemplo, EpS** con pobladores de las riberas de los ríos que están siendo contaminados con mercurio; **EpS** mental con víctimas de violencia retornadas a su territorio; **EpS** para disminuir las tasas de conflictividad entre vecinos, etc.
- Cuando ha habido una alta demanda de los afiliados por un mismo tipo de situación sanitaria.
- Cuando el talento humano de los Prestadores ha identificado ciertas deficiencias en la comprensión o en la ejecución de prácticas protectoras de la salud.
- Cuando hay aliados de otros sectores para impulsar un trabajo de transformación de saberes y prácticas.

6.2.2. Diseñar el proceso pedagógico que incluya situaciones pertinentes para que se puedan aprender los esquemas de capacidad.

Los pasos sugeridos son:

- Desde las tensiones o problemáticas territoriales a afectar positivamente mediante la **EpS** (y desde los resultados de la caracterización poblacional, para el caso de los prestadores), se determinarán los resultados en salud, establecidos en las Rutas integrales de atención en salud, que les son pertinentes.
- Se revisará el anexo de capacidades y contenidos del anexo técnico de **EpS** y se seleccionarán las capacidades que le apuntan al resultado en salud esperado (que a su vez aporta a solucionar los problemas identificados en la planeación territorial en salud).

Para ello es necesario leer los cuadros de capacidades por momento de curso de vida (para el caso de los prestadores) y el cuadro de las capacidades a implementar mediante intervenciones colectivas (para el caso de las DTS, las cuales también podrán tomar en cuenta las capacidades por momento de curso de vida)

- Se seleccionarán las capacidades y los contenidos que se trabajarán en cada ciclo educativo, así como los indicadores de logro. No obstante, si una DTS o una EAPB-con su red de prestadores considera pertinente incluir contenidos adicionales, lo podrá hacer.
- Se diseñarán los dispositivos didácticos más apropiados para desarrollar las capacidades seleccionadas.
- Se definirá la forma y los momentos de realizar la evaluación (se sugiere que no solo sea al final del proceso).

El desarrollo de los ciclos⁸⁰ de **Eps** implica el diseño de un instrumento que responda a los interrogantes:

- ¿Qué deben saber, saber hacer y ser, los sujetos que participan del proceso educativo?
- ¿Cómo y con qué van a adquirir las capacidades del saber, el saber hacer y el ser los participantes del proceso educativo?⁸¹

Salud –PAS-) y durante los 4 años para los cuales se construyó el PTS.

Para realizar este ejercicio se sugiere leer con detenimiento las orientaciones pedagógicas y las orientaciones curriculares contenidas en este documento, identificando las particularidades por plan de beneficios y por tipo de **Eps**: individual, grupal, colectiva o familiar.

A continuación, encontrarán unos ejemplos de cómo organizar el instrumento para registrar la propuesta pedagógica de los ciclos de educación para la salud. Es de anotar que sólo es una sugerencia que puede ser modificada (no disminuida) por los encargados de su realización:

Se sugiere construir una malla curricular por ciclos educativos: 12 en total, en el marco del Plan de beneficios con cargo a la UPC y 2 ciclos por año y por población identificada en el marco del Plan Territorial de Salud (PTS).

Implica, así mismo, organizar los contenidos de las capacidades a desarrollar, los objetivos, las metodologías, las formas y criterios de evaluación. Esto permitirá ganar en articulación, integración y pertinencia, logrando una visión de conjunto en la intencionalidad de aportar al Desarrollo, la salud y la calidad de vida de las personas.

Este instrumento debe permitir establecer la trazabilidad de los contenidos a lo largo del curso de vida, es decir, saber cómo se concatenan éstos entre ciclos por momento vital, para el caso del plan con cargo a la UPC, y cómo se concatenan los ciclos por población en cada vigencia (de acuerdo con el Plan de Acción en

⁸⁰ El ciclo completo de **Eps** debe ser organizado en: 1) capacidades a desarrollar, 2) saberes de capacidad a desarrollar, 3) contenidos incluidos en cada capacidad, 4) actividades que permitirán desarrollar la capacidad. Es decir que la **Eps** no es temática sino por capacidades y no se desarrolla por acciones sino por procesos.

⁸¹ Tomado de Guía para la elaboración del plan de estudios y la malla curricular de los Colegios del Distrito Lasallista de Medellín (2009).

EJEMPLO DE INSTRUMENTO PARA REGISTRAR EL DISEÑO DEL PROCESO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD A DESARROLLAR EN EL MARCO DEL PLAN DE BENEFICIOS CON CARGO A LA UPC

Momento de curso de vida	resultado en salud	Sujeto	capacidad a desarrollar (anexo capacidades y contenidos)	contenidos (anexo capacidades y contenidos)	subcontenidos	No. De ciclo - sesión	objetivo de cada sesión	indicador de logro de cada sesión	forma de evaluar	condiciones de lo didáctico
primera infancia						1.1.				
						1.2.				
						1.3.				
						2.1.				
						2.2.				
						2.3.				
infancia						1.1.				
						1.2.				
						1.3.				
						2.1.				
						2.2.				
						2.3.				

Nota: este es un ejemplo de formato que las IPS pueden diligenciar, para el desarrollo de sus ciclos educativos.

EJEMPLO DE INSTRUMENTO PARA REGISTRAR EL DISEÑO DEL PROCESO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN EL MARCO DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

Entorno donde se desarrollará	ámbito territorial	Población	resultados en salud	capacidad	contenidos	subcontenidos	No. De ciclo y sesión	fechas	forma de evaluación	condiciones de lo didáctico
	(urbano, rural, rural disperso)	por momento de curso de vida, o con discapacidad, ó víctima del conflicto armado, otra..)	tomar del documento anexo de capacidades y contenidos				(9 sesiones x ciclo)			
comunitario							1.1.			
comunitario							1.2.			
comunitario							1.3.			
comunitario							1.4.			
comunitario							1.5.			
comunitario							1.6.			
comunitario							1.7.			
comunitario							1.8.			
comunitario							1.9.			

Nota: Si la DTS diseña el proceso educativo, lo puede registrar en el Plan de Acción en Salud dentro del proceso de gestión de intervenciones colectivas. Si la DTS va a contratar todo el proceso con el ejecutor, lo registrará en el PAS como Educación para la

salud (PIC) y exigirá como soporte el instrumento de diseño del proceso de **Eps** por cada entorno.

Ejemplos:

Entorno donde se desarrollará	ámbito territorial	Población	resultados en salud	capacidad	contenidos	subcontenidos	No. De ciclo y sesión	fechas	forma de evaluación	condiciones de lo didáctico
	(urbano, rural, rural disperso)	por momento de curso de vida, o con discapacidad, ó víctima del conflicto armado, otra..)	tomar del documento anexo de capacidades y contenidos				(9 sesiones x ciclo)			
educativo	rural	infancia	Personas con prácticas para el cuidado y protección de los entornos donde viven.	Se sienten parte del medio (ambiente) lo que les permite cuidarlo y cuidarse.	Filosofía del Buen Vivir: armonía con todo lo que existe –acción humana en equilibrio con la vida-	Hábitos de cuidado de la naturaleza	1.1.	4/7/18	Los niños adoptan una planta y mediante un dibujo explican las condiciones de luz, agua, ubicación y relación con los humanos que requieren las plantas para vivir.	Las plantas a "adoptar" y llevar a la institución educativa deberán ser medicinales (ej: yerbabuena, mejorana) y estar en forma de semilla o muy pequeñas, para poder apreciar el proceso de crecimiento y los efectos de los cuidados que los niños le dispensen. Deben contar con un lugar para ubicar las plantas en la institución educativa. Debe articularse al PRAE.
						propiedades medicinales de las plantas	1.2.	4/14/18	Los niños expresan mediante una canción o una rima, en qué situación de salud les pueden servir las propiedades medicinales de la plantas que adoptaron.	

Momento de curso de vida	resultado en salud	Sujeto	capacidad a desarrollar	contenidos	subcontenidos	No. De ciclo-sesion	objetivo de cada sesión	indicador de logro de cada sesión	forma de evaluar	condiciones de lo didáctico
vejez	Personas adultas mayores con conocimientos, actitudes y prácticas que le permiten tener un adecuado estado nutricional y prevenir las enfermedades relacionadas con el régimen alimentario	personas mayores de 60 años	Reconoce los contenidos de los rótulos (etiquetas) y sabe qué alimentos puede o no consumir, de acuerdo con su condición de salud.	Lectura e interpretación del rotulado nutricional de los alimentos envasados para consumo humano.	Efectos en salud del excesivo consumo de azúcares añadidos, sodio, grasas saturadas y trans.	1.1	Comprender los componentes de la tabla nutricional que les permita comprender los efectos de los excesivos contenidos de azúcares añadidos, sodio, grasas saturadas y grasas trans.	Sabe reconocer dónde se encuentran las tablas nutricionales en los empaquetados.	Dados 5 paquetes de diferentes alimentos, la persona debe ubicar, al menos, 3 tablas nutricionales.	Que esté en condiciones para comprender y participar de la sesión, que sepa y pueda leer. Materiales ilustrativos y en formato grande. Información nutricional de productos de consumo cotidiano. El facilitador debe haber explicado el significado de los porcentajes y gramajes de los valores dietarios y los efectos sobre la salud.
						1.1		Comprende los elementos de la información nutricional que trae cada empaquetado.	Compara los valores dietarios de tres tablas nutricionales diferentes.	
					1.2	Reconocer los propios requerimientos nutricionales, de acuerdo con la particular condición de salud.	Sabe reconocer si los valores nutricionales contenidos en las tablas nutricionales son convenientes para su estado de salud.	Identifica cuál de las tres tablas nutricionales le resulta más conveniente para mantener su salud.		


Una vez diseñado el ciclo de **EpS**, organice cada sesión pedagógicamente. Para ello tenga en cuenta:


- **Fase previa:** preparación metodológica, pedagógica y logística.
- **Fase inicial:** Establezca las condiciones en las que se va a trabajar durante la sesión, qué se va a hacer y cómo y qué se espera de la misma.
- **Fase central:** indague sobre los saberes previos de los participantes y motive la participación y el desarrollo de nuevas capacidades. Implemente las acciones didácticas para desarrollar los contenidos propuestos para la sesión, familiarizando a los participantes con los nuevos conceptos, consolidando los nuevos saberes, aplicándolos a situaciones concretas, modificando, ampliando o sustituyendo saberes o creencias previas, comprobando la validez de los nuevos conocimientos frente a los anteriores.
En lo posible realice una actividad central y algunas actividades de apoyo.

- **Fase de cierre o final:** establezca los aprendizajes logrados durante la sesión con el grupo, y el avance en el desarrollo de las capacidades, mediante una evaluación. Retroalimente a los participantes respecto de lo alcanzado. Identifique la percepción que tienen respecto del desarrollo de la sesión.

PARA RECORDAR:

- Parta de lo que la gente sabe
- Re-conozca a los sujetos con los que va a trabajar (sus condiciones, sus particularidades, sus restricciones. Ejemplo: de movilidad, por obligación de cuidar a otros, etc.)
- Privilegie la pregunta (más que las respuestas)
- Privilegie la actividad del que aprende y los escenarios de cooperación (no de competencia)
- No dé recetas ser-saber-ser-hacer
- Sepa preguntar

- 
- Dialogue y tenga en cuenta lo que la gente sabe y ha vivido
 - Hable en un lenguaje sencillo y comprensible para los participantes
 - Verifique la comprensión mediante la escucha activa, el reflejo de sentimiento y la co- o la auto-evaluación
 - Valore las transformaciones que se producen en las capacidades de los participantes (comuníquelo)
 - No culpabilice a las personas por lo que hacen, creen, valoran...
 - No medicalice los contenidos de la EpS
 - No regañe
 - Sea creativo, construya materiales, dispositivos y escenarios didácticos pertinentes e interesantes para los participantes
 - Construya los nuevos saberes de forma integral e integrada (esquemas de capacidad) -que no sean iguales para cualquier tipo de sujeto en cualquier parte del país-
 - Analice y tenga en cuenta los factores que actúan como determinantes sociales y ambientales de la salud de las personas con las que va a trabajar.
 - Concierte participativamente con los sujetos de los territorios la construcción de los procesos educativos
 - Genere reflexión crítica y participación
 - Reconozca el potencial y capacidades de las personas a lo largo del curso de la vida
 - Aprenda de las personas con las que trabaja, sujeto del proceso educativo.
-



QUE NO ES UN PROCESO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: no es información, no son campañas publicitarias, no es marketing en salud, no son charlas sobre temas de salud (menos si solo se hacen mediante exposiciones magistrales de un profesional de medicina), no son conferencias masivas...no son acciones sueltas...

7. REFERENCIAS

Agencia y empoderamiento en la medición de la pobreza (2011). En: Revista Latinoamérica de Desarrollo Humano. 79. pp: 1-7. Disponible en: <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Agencia.pdf>

Álamo, M. (2011). *La idea de cuidado en Leonardo Boff*. En: Revista Tales. 4. pp: 243-253. Disponible en: https://revistatales.files.wordpress.com/2012/05/243_nro4nro-4.pdf

Alcalá, A. (2000). *La praxis andragógica en los adultos de edad avanzada*. Universidad Nacional Abierta, Caracas. Documento en línea, disponible en: <http://postgrado.una.edu.ve/andragogia2007-2/paginas/alcala2000.pdf>

Álvarez, A. (2014). *Los discursos otros. Críticas al universalismo occidental*. Bogotá: Ediciones desde abajo.

Arango, R. (2014). *Los organizadores gráficos: un aprendizaje significativo desde una perspectiva constructivista como propuesta didáctica para la enseñanza de los conceptos de la química abordados en la educación media secundaria*. Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Magister en Enseñanza de las Ciencias Exactas y Naturales. Universidad Nacional de Colombia. Consultado en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/46117/1/70136522.2014.pdf>.

Asociación para los Derechos de la Mujer y el Desarrollo - AWID. (2004). *Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica*. En: Derechos de las mujeres y cambio económico 9. pp: 1-8. Disponible en: http://www.inmujeres.gub.uy/innovaportal/file/21639/1/2_awid_interseccionalidad.pdf.

Becerril, E. & Álvarez, L. (2012). *La teoría del apego en las diferentes etapas de la vida*. Tesis de grado para optar al título de Enfermería. Universidad de Cantabria. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/865/BecerrilRodriguez%20E.pdf?sequence=1>.

Carmona-Meza, Z. & Parra-Padilla, D. (2015). *Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano*. En: Salud Uninorte. 31 (3). pp: 608-620.

Castro, A. (s.f.). *Los paradigmas sobre el proceso salud-enfermedad y sus consecuencias en la educación para la salud*. Disponible en: http://viref.udea.edu.co/contenido/publicaciones/memorias_expo/act_fis_salud/los_paradigmas.pdf

Congreso de la República de Colombia. *Ley estatutaria 1751 de 2015*, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá.

Coppens, F. & Van de Velde, H. (2005). *Técnicas de educación popular*. Managua: Centro de Investigación, Capacitación y Acción Pedagógica. Centro Universitario Regional del Norte. Disponible en: http://www.cup.edu.uy/jdownloads/Extension%20unidad/texto_tecnicasdeeducacionpopular.pdf

Cunego, A. (2016). *La evaluación de políticas de desarrollo a través de la perspectiva de Derechos Humanos*. Madrid: Instituto Berg.

De Zubiría M. & De Zubiría, J. (1987). *Fundamentos de Pedagogía Conceptual*. Bogotá: Plaza & Janes.

De Zubiría, J. (2011). *Los Modelos Pedagógicos: hacia una pedagogía dialogante*. Bogotá: Editorial Magisterio. Segunda edición.

De Zubiría, J. y otros. (2008). *El modelo pedagógico predominante en Colombia*. Tesis de grado. Instituto Alberto Merani. Disponible en: <https://contextoseducativosinteractivos.files.wordpress.com/2012/08/modelos-pedagogicos-en-colombia.pdf>.

Delval, J. (2002). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.

Díaz, F. & Hernández, G. (2004). *Constructivismo y aprendizaje significativo*. En: Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista. México: Mc Graw Hill.

Federación internacional Fe y Alegría. (2003). *La Pedagogía de la Educación Popular*. En: Revista Internacional Fe y Alegría. 4. Disponible en: http://www.feyalegría.org/images/acrobat/FyA4_3394.pdf

Fernández, R. (2007). *Características y condiciones del aprendizaje de los adultos*. Montevideo. Disponible en: http://ipes.anep.edu.uy/documentos/libre_asis/materiales/ap_adultos.pdf

García, A. y otros (2000). *Educación para la salud: La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán ediciones. Consultado en: http://books.google.com.co/books?id=RR6m7eU_Vb8C&pg=PA87&lpg=PA87&dq=modelo+educaci%C3%B3n+para+la+salud&source=bl&ots=L_5uOAqkoJ&sig=2NGNX6J-g70aGxkwvgOZdyCja-TA&hl=es&sa=X&ei=LK3NU4iFIu3LsQS-4yoDABQ&ved=0CD4Q6AEwBQ#v=onepage&q=modelo%20educaci%C3%B3n%20para%20la%20salud&f=f

García, F. (2001). *Modelo Ecológico / Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*. En: XI Reunión interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias Factores emocionales del desarrollo temprano y modelos conceptuales en la intervención temprana. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/modelo_ecologico_y_modelo_integral_de_intervencion.pdf.

Garzón, J. (2013). *Enfoques epistemológicos en torno a la investigación social*. Bogotá: Cinde – Universidad Pedagógica Nacional.

Gatica-Lara, F. & Uribarren-Berrueta, T. (2013). *¿Cómo elaborar una rúbrica?* En: Revista Investigación en Educación Médica. 2

(1). pp: 61-65. Disponible en: http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num01/10_PEM_GATICA.PDF

Goitia, L. & Gómez, G. (2011). *Del texto escrito a la creación colectiva (wiki mediante), o de cómo perderles el miedo a las herramientas colaborativas WEB 2.0*. En: Del texto a la lengua: la aplicación de los textos a la enseñanza-aprendizaje del español L2-LE. Actas del XXI Congreso de ASELE. 2. pp: 1089-1096. Disponible en: http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/21/21_1089.pdf

Gómez, A. (2013). *Educación y Salud: Dos campos de intervención, un interés común*. En: Revista Colombiana de Educación. 65. pp. 203 --232.

Gutiérrez, D. (2014). *Criterios y elementos técnicos para evaluar resultados de capacitación*. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá.

Gutiérrez, D. (2014). *Herramientas pedagógicas de monitoreo y evaluación para fortalecer la asistencia técnica que realiza la Dirección de Promoción y Prevención*. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá.

Gutiérrez, D., Morales, M. (2010). *Metodología para los laboratorios territoriales de construcción de respuestas integrales*. Convenio Interinstitucional para la Gestión Social Integral en el Distrito Capital. Bogotá.

León, L. (2006). *Guía para el desarrollo del pensamiento crítico*. Ministerio de Educación del Perú. Lima: Fimart S.A.C. Disponible en: <http://alfpa.upeu.edu.pe/tecnicas/libros/Guiapensamiento-critico.pdf>

López, J. (s.f.). *Vigencia de las ideas de L.S. Vigotsky*. Disponible en: <http://es.calameo.com/books/000233168fd5593a8ebd2>.

Magendzo, A. (1986). *Curriculum y cultura en América Latina*. Santiago: Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación.

Magendzo, A. (1999). *La educación en derechos humanos en América Latina. Una mirada de fin de siglo*. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/la-educacion-en-derechos-humanos-en-america-latina-una-mirada-de-fin-de-siglo-abraham-magendzo.pdf>

Magendzo, A. (2001). *El Derecho a la educación: una reflexión desde el paradigma crítico y la educación en derechos humanos*. En: Educación: una cuestión de derecho. Junio. pp. 73-89. Disponible en: <http://www.cifedhop.org/Fr/Publications/Thematique/thematique9/Magendzo.pdf>

Magendzo, A. (2003). *Pedagogía crítica y educación en derechos humanos*. En: Revista de pedagogía crítica. 2 (2). pp: 19-27. Disponible en: <http://revistas.academia.cl/index.php/pfr/article/view/516/655>

Max-Neef, M., Elizalde, A. & Hopenhavn, M. (1986) *Desarrollo a escala humana: una opción para el futuro*. Santiago de Chile. Disponible en: http://habitat.aq.upm.es/deh/adeh_7.html

Mejía, M. (2016). *La educación popular en tiempos de globalización. Deconstruyendo escenarios para reconstruir actores*. (Ponencia presentada en la XXIII reunión anual de la Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação - ANPED, celebrada del 24 al 28 de setiembre en Caxambu, Minas Gerais, Brasil. Versión ampliada de la presentada en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, en la reunión del CEAAL. 15-17 junio 1998). Disponible en: http://www.feyalegria.org/images/acrobat/LaEducacionPopularEnTiemposDeGlobalizacion_MRMejia_1998.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Abecé Curso de Vida*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Resolución 429 de 2016*, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de*

la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Orientaciones para el desarrollo de la Educación y Comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Resolución 2063*, por medio de la cual se adopta la Política de Participación Social en Salud. Bogotá.

Montealegre, D. & Urrego, J. (2011). *Acción sin daño y construcción de Paz. Enfoques diferenciales de género y etnia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Programa de Iniciativas Universitarias para la Paz y la Convivencia (PIUPC).

Not. L. (1994). *Las pedagogías del conocimiento*. México: Fondo de Cultura Económica.

Núñez, C. y otros. (2014) *¿Diálogo de saberes? La investigación acción participativa va más allá de lo que sabemos*. En: Decisio. Saberes para la acción en educación de adultos. 38. pp: 29-33. Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe final. Comisión sobre determinantes sociales de la salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Política de Igualdad de Género*. Washington. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OPS-politica-de-igualdad-de-genero.pdf?ua=1>

Papalia, D. y otros (2010). *Desarrollo humano*. México: McGraw Hill. Undécima edición. Disponible en: <https://iessb.files.wordpress.com/2015/03/175696292-desarrollo-humano-papalia.pdf>

Pareja, A. (2009). Guía para la elaboración del plan de estudios y la malla curricular de los Colegios del Distrito Lasallista de Medellín. Disponible en: <https://educacionsuperiorenevenezuela.wikispaces.com/file/view/Como+elaborar+un+plan+de+estudios.pdf>

Pérez, N. & Navarro, I. (2011). *Psicología del desarrollo humano:*

del nacimiento a la vejez. San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario. Disponible en: <https://www.editorial-club-universitario.es/pdf/5330.pdf>

Ramírez, J. (2005). *Una aproximación a la pedagogía desde las prácticas de educación popular*. Secretaría de Educación Distrital. Bogotá. Material fotocopiado.

Rivera, J. (2010). *Cómo diseñar planes de estudio: de las áreas fundamentales y obligatorias para la educación preescolar, básica y media*. Bogotá: Editorial Magisterio.

Rodríguez, M. (2004). *La teoría del aprendizaje significativo*. Centro de Educación a Distancia. Pamplona, España. Disponible en: <http://cmc.ihmc.us/papers/cmc2004-290.pdf>

Sánchez, A. y otros. (1995). *Estructuras de racionalidad en educación para la salud: fundamentos y sistematización*. En: Revista de Sanidad e Higiene Pública. 69 (1). pp: 5-15. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_1_005.pdf

Sánchez, L. & Aguilar, G. (2009). *Taller de Habilidades de Pensamiento Crítico y Creativo*. Universidad Veracruzana, México. Consultado en: <https://www.uv.mx/personal/cavalerio/files/2011/05/HABILIDADES-CRITICAS-Y-CREATIVAS1.pdf>.

Sierra, C. y otros (2016). *Producción escrita y conversaciones sobre educación popular*. Bogotá: Universidad Nacional.

Toro, B. (s.f.). *El cuidado: El paradigma ético de la nueva civilización*. Disponible en: <http://narino.info/wp-content/uploads/2015/09/EL-CUIDADO-COMO-PARADIGMA.pdf>.

Torres, A. (1993). *La Educación Popular: Evolución reciente y desafíos*. En: Pedagogía y Saberes. 4. pp: 13-27.

Vargas, L. & Bustillos, G. (1990). *Técnicas participativas para la educación popular*. Santiago de Chile: Centro de investigación y Desarrollo de la Educación. Tercera edición.

Veiga, N. (1997). *Michel Foucault y la educación: ¿Hay algo nuevo bajo el sol?* En: Crítica Pos-estructuralista y Educación. Barcelona: Laertes, Psicopedagogía. pp: 9-62.

Zuluaga O. y otros. (1988). *Educación y pedagogía: una diferencia necesaria*. En: Revista Educación y Cultura. 14. Centro de Estudios e Investigaciones Docentes de la Federación Colombiana de Educadores. pp: 4-9. Disponible en: http://www.alberto-martinezboom.com/escritos/articulos/1988_Educacion_y_pedagogia_Una_diferencia_necesaria.pdf.

*Enseñar no es transferir conocimiento,
es crear la posibilidad de producirlo.*

- Paulo Freire