

**CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO-
CINDE
UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
FACULTAD DE EDUCACIÓN**

**Sistematización de la experiencia AIEPI comunitario, actor maestros, en
Colsubsidio 2006-2007**

Para Optar Al Título De Magíster en Desarrollo Educativo y Social

MARIA FERNANDA CAÑÓN RODRÍGUEZ

Directora: Patricia Briceño

**BOGOTA
2009**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
CAPITULO I REFERENTES CONTEXTUALES	7
Realidad internacional y la estrategia AIEPI	7
Realidad nacional y estrategia AIEPI	19
Salud escolar	24
CAPITULO II ASPECTOS METODOLOGICOS	31
AIEPI comunitario, actor maestros, Colsubsidio 2006-2007	31
Sobre la sistematización de experiencias	32
CAPITULO III EL PROCESO: LA EXPERIENCIA A SISTEMATIZAR	38
Descripción de las experiencias en las instituciones	49
CAPITULO IV LECCIONES APRENDIDAS	101
BIBLIOGRAFIA	122
ANEXOS	124

Resumen Analítico - RAES

Tipo de documento: Tesis de Grado

Acceso al documento: Universidad Pedagógica Nacional

Título del documento: Sistematización de la experiencia AIEPI comunitario, actor maestros, en Colsubsidio 2006-2007

Autor(s): CAÑÓN RODRIGUEZ, María Fernanda

Publicación: Bogota D.C., 2009, 133 p

Unidad Patrocinante: Universidad Pedagógica Nacional

Palabras Claves: Promoción de la salud, salud escolar, AIEPI, rol docente.

Descripción: El componente comunitario de la estrategia AIEPI incorpora las prácticas familiares y comunitarias clave, destinadas a la supervivencia infantil y a su crecimiento y desarrollo saludables. El componente actor maestros fortalece al docente resaltándolo como líder y actor social. La presente es una sistematización de la experiencia en la Caja Colombiana de Subsidio Familiar, COLSUBSIDIO, desde la capacitación a las y los docentes de las instituciones educativas de la red y su desarrollo posterior en cada una de las instituciones.

Fuentes:

Benguigui, Yehuda. Situación Actual y perspectivas de la Región de las Américas ante los Objetivos para el Desarrollo del Milenio referidos a la mortalidad en la niñez. En: Informe de tercera reunión, GATA. OPS. 2004

Kenya-Mogisha N, Pangu K. The Household and Community Component of IMCI: A Resource Manual on Strategies and Implementation Steps, Health Section UNICEF ESARO, 1999. p: 3. Citado por: Documento Alianza Regional AIEPI comunitario. 2006.

OPS,OMS, Cruz Roja Internacional. Guía para el maestro. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington. 2004

OPS. Derechos humanos y derecho a la salud: construyendo ciudadanía en salud. Lima, 2005.

Contenidos: Se parte de los referentes teóricos conceptuales sobre AIEPI, salud infantil en Colombia, salud escolar, se continúa con la descripción de la experiencia desde lo metodológico hasta las experiencias propias en cada una de las instituciones. Culmina con las lecciones aprendidas en relación con el proceso vivido en cada una de ellas.

Metodología: sistematización de experiencias.

Conclusiones: AIEPI es una estrategia que empoderó a cada uno de los integrantes de la comunidad educativa, el que los identifica como líderes y los posiciona al interior de la misma, con estas herramientas se favorece en la comunidad procesos de participación y esta a su vez ejercicio de ciudadanía

Fecha Elaboración resumen Día 20 Mes Febrero Año 2009

INTRODUCCION

Cuando hablamos de salud en la infancia se debe partir del respeto y la dignificación de los derechos de niños y niñas, sin embargo y desafortunadamente, en la actualidad la preocupación por la salud se deriva en mayor medida hacia el consumo de asistencia sanitaria, dejando en segundo plano las estrategias y la relevancia de la promoción y el fomento de la misma, tiende a centrarse en aspectos netamente biológicos descuidando la interacción entre los aspectos psicológicos, emocionales, ambientales e inclusive institucionales.

Al observar los diferentes indicadores de salud de la infancia en Colombia se concluye que son los niños y niñas la población que se encuentran en mayor vulnerabilidad hacia la muerte y/o enfermedad, resultados que se ligan directamente a problemas sociales como son la violencia, las inadecuadas condiciones socioeconómicas, la explotación infantil con sus diferentes características, que agudizan las dificultades de salud y por ende el desarrollo integral. Hechos que han tratado de mitigarse desde la generación de políticas, planes y programas a nivel gubernamental, con el apoyo de la movilización de la sociedad civil, sin embargo han sido insuficientes para la desaparición de los problemas de la infancia colombiana; lo demuestran datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, en donde se reporta como promedio nacional de tasa de mortalidad infantil en 19/1000, con un margen que va entre 17 para la zona

urbana y 24 para zona rural, datos que evidencian la inequidad dentro de la misma nación. . El grupo etáreo mas afectado son los niños y niñas de 0 a 5 años, en el cual la mortalidad se hace mayor dada la conjunción de factores biológicos, sociales, económicos, condiciones de vivienda y ambientales en las que se desarrollan niños y niñas.

Al indagar por las causas de estas cifras, son las patologías prevenibles las que se encuentran reiterativamente ocupando los primeros lugares, como las enfermedades respiratorias, diarreicas y nutricionales, el fenómeno creciente de la violencia y el maltrato que genera consecuencias irreparables y obligan a mirar además de los factores biológicos a la sociedad y el entorno.

Se han planteado diferentes estrategias que se han realizado para promover la salud infantil, una de ellas es la estrategia denominada Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), cuyo propósito es disminuir morbilidad y mortalidad en la población infantil por medio del mejoramiento de las habilidades del personal de salud (componente clínico), el fortalecimiento de los servicios de salud (componente organizacional) y el fortalecimiento de las prácticas en la comunidad en cuidado del niño (componente comunitario).

El presente trabajo se centra en el componente comunitario, que consiste en mejorar las prácticas familiares y comunitarias en cuatro aspectos (crecimiento

físico y desarrollo mental, prevención de enfermedades, cuidado apropiado en el hogar, búsqueda de atención) para lo cual involucra actores de la comunidad, como son madres y padres de familia, maestros, líderes comunitarios, integrantes de la cruz roja, entre otros. Se escoge al sector educativo porque pronto se involucra en la promoción de la salud. Partiendo de su función pedagógica se acerca y hace parte de la cotidianidad de niños, niñas, padres, viviendo su propia cultura, vinculados directamente con las prácticas familiares, influenciando las condiciones de vida del hogar, de la comunidad y por ende el desarrollo de niños y niñas.

I. REFERENTES CONTEXTUALES

Realidad internacional y la estrategia AIEPI

Ante la preocupación mundial por la disminución de las tasas de mortalidad y la morbilidad infantil en el mundo, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 1996, diseñan la estrategia Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), que surge como respuesta a la mortalidad infantil por causas prevenibles. Dicha estrategia trasciende en mejorar la calidad de vida, la eficiencia del primer nivel de atención en salud, mejorar conocimientos y prácticas de la familia para el cuidado de niñas y niños, además se convierte en herramienta clave para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) planteados en el año 2000 y las metas de la Cumbre Mundial de la Infancia. Se identifica como tal ya que aborda los principales problemas de salud del niño y niña, asegura la identificación precoz de todos los menores gravemente enfermos con enfoque de riesgo, responde a la demanda actual de atención de la población y es eficaz en función de costos¹.

Otros elementos a rescatar dentro de la estrategia AIEPI son la comunicación entre personal de salud y usuarios de estos servicios, la apropiación de las prácticas familiares clave, la abogacía que promueva cambios en el contexto social, político,

¹ OPS, OMS. Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia: guía metodológica para su desarrollo. 2005. Washington D.C.

económico y ambiental², con lo que se busca aprovechar al máximo los espacios de comunicación entre familia, servicios de salud y comunidad, favoreciendo la participación y la generación de redes, fortalecer los actores sociales como líderes en los espacios cotidianos de la vida.

Aunque los índices de mortalidad infantil han disminuido considerablemente en las dos últimas décadas, persiste aun altas tasas de mortalidad en regiones del mundo como África, sur y centro América, evidenciando inequidad en la distribución y el perfil epidemiológico a nivel mundial, con tasas de mortalidad infantil que oscilan entre el 6,6 por mil nacidos vivos en Canadá y 108,2 por mil nacidos vivos en Haití. En el continente americano, las enfermedades infecciosas, respiratorias, problemas perinatales, neonatales y desnutrición ocasionan las dos terceras partes de la mortalidad antes de los 5 años de vida³, como factor determinante en este proceso se encuentra el inapropiado cumplimiento de prácticas adecuadas a nivel familiar, comunitario y de servicios de salud que permitan el desarrollo saludable de niños y niñas. Para ello en el año 2003, durante el 44° Consejo Directivo y la 55° Sesión del comité regional de la Organización Panamericana de la Salud se afirma que para continuar el descenso en la mortalidad infantil se debe abordar la prevención y el tratamiento de forma simultánea, enfocados primordialmente a los países que

² *Ibíd.* p. 35

³ Benguigui, Yehuda. Situación Actual y perspectivas de la Región de las Américas ante los Objetivos para el Desarrollo del Milenio referidos a la mortalidad en la niñez. En: Informe de tercera reunión, GATA. OPS. 2004

poseen mayores índices, lo que reitera la importancia de la estrategia AIEPI para este objetivo⁴.

El mismo documento propone las siguientes acciones que apuntan al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁵:

1. Ampliación de la estrategia AIEPI incorporando nuevos componentes, ... reforzando la importancia de vincularla con otras intervenciones que contribuyen a la salud y desarrollo de la niñez.
2. Establecimiento de prioridades estratégicas para lograr los ODM de reducción de la mortalidad en la infancia con equidad.
3. Movilización de voluntades y recursos para lograr la sostenibilidad de las intervenciones de salud de la niñez.
4. Integración de la estrategia AIEPI en los espacios en que las niñas, niños y sus familias viven, juegan, aprenden y pasan su tiempo.
5. Empoderamiento de la población.

Dejando interrogantes y temas clave para discusión como la adopción de la estrategia AIEPI vinculada como instrumento de política pública de atención en salud, la identificación de grupos de población más vulnerables, el establecimiento

⁴ La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la contribución a los objetivos de desarrollo del milenio. Organización Panamericana de la Salud. 2003.

⁵ *Ibíd.*

de prioridades estratégicas para la acción, el permitir a la estrategia AIEPI su sostenibilidad en tres ámbitos de aplicación: personal, servicios de salud, familia y comunidad, y potenciar en la población el ejercicio de las prácticas esenciales para el crecimiento y desarrollo saludables de niños y niñas. Los objetivos planteados por la estrategia son⁶:

1. Mejorar las habilidades del personal de salud.
2. Mejorar los sistemas y servicios de salud.
3. Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias y de la comunidad.

Como la expansión de la estrategia requiere el fortalecimiento de la calidad en la provisión de servicios de salud, sugiere involucrarla en los procesos de formación en las universidades, en los servicios de salud del primer nivel, así como en el trabajo intersectorial en AIEPI comunitario.⁷ Adicionalmente y teniendo en cuenta a la familia como la principal institución donde permanecen niños y niñas menores de 5 años, es fundamental trabajar sobre las Prácticas Familiares Clave; las cuales han demostrado el impacto en la reducción de mortalidad infantil en los países en los cuales se ha implementado.

⁶ *Ibíd.*

⁷ Obregón, R. Expansión de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en la región de las Américas: el papel de la comunicación. En: Informe de tercera reunión, GATA. OPS. 2004. p.35

Operacionalmente la estrategia AIEPI se ha basado en el desarrollo de tres componentes, que se corresponden con las causas identificadas en la mortalidad infantil, son;

- Sistemas de salud: dirigido a los niveles jerárquicos altos de los servicios de salud, con el fin de entrenar, supervisar y proveer guías adaptadas localmente en la estrategia AIEPI.
- Clínico: dirigido a prestadores de servicios de salud, personal médico, enfermería, con el fin de mejorar la calidad de los procesos de atención.
- Comunitario: incorpora las prácticas familiares y comunitarias clave, destinadas a la supervivencia infantil y a su crecimiento y desarrollo saludables.

El componente comunitario inicia en 1997, reconociendo que las acciones requerían trabajo en la comunidad y no deberían dirigirse únicamente hacia el mejoramiento de la calidad de la atención, se redefinieron estrategias y se establecieron las prácticas familiares claves. En 1999 se hace el lanzamiento del componente en la Región de las Américas, que parte de la siguiente premisa “las familias y las comunidades tienen la principal responsabilidad de proveer atención a sus niños y que, en la mayoría de los casos, ellos y ellas nunca han sido efectivamente involucrados o consultados sobre el desarrollo e implementación de

programas dirigidos a la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo infantil”.⁸ En la tercera reunión del GATA⁹, se insiste en la necesidad de incorporar el componente neonatal a nivel comunitario, con el fin de disminuir la mortalidad de niños y niñas por causas perinatales.

A través del componente comunitario se busca mejorar las prácticas de cuidado y atención a los menores de 5 años en la familia y la comunidad, en aquellos espacios cotidianos donde crecen y se desarrollan, aprovechando las redes existentes a nivel comunitario. Esto se logra como resultado del trabajo conjunto de diferentes estamentos: Cruz Roja, Organizaciones de base, Maestros, Iglesias, Dirigentes locales, Agentes comunitarios en salud, entre otros. El insumo son las 16 prácticas saludables, seleccionadas por consenso de expertos, elaborando inicialmente un modelo genérico, que de acuerdo con la situación local y prioridades de país, distrito o localidad requerirán ser adaptadas a cada contexto. Es así como en un principio se identifican 12 prácticas y posteriormente en algunos países africanos se incluyen 4 adicionales dirigidas a la prevención VIH-SIDA, prevención de abuso sexual y accidentes en niños, así como la participación de padres en el cuidado de los niños. Dándole especial importancia a las pautas de crianza, nutrición, vacunación, identificación de signos de alarma, manejo en casa

⁸ Kenya-Mogisha N, Pangu K. The Household and Community Component of IMCI: A Resource Manual on Strategies and Implementation Steps, Health Section UNICEF ESARO, 1999. p: 3. Citado por: Documento Alianza Regional AIEPI comunitario. 2006.

⁹ Obregón, R. Expansión de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en la región de las Américas: el papel de la comunicación. En: Informe de tercera reunión, GATA. OPS. 2004.

de las enfermedades prevalentes de la infancia, integrando el conocimiento técnico con los valores y creencias propias del contexto.

Estas 16 prácticas se agrupan en cuatro grupos: Desarrollo físico y mental del niño, prevención de enfermedades, asegurar atención adecuada en el hogar y búsqueda de ayuda fuera del hogar como se demuestra a continuación¹⁰:

Para el crecimiento físico y el desarrollo mental:

1. Amamantar a los lactantes exclusivamente durante por lo menos cuatro meses y, si fuera posible, hasta seis meses. (Las madres que resulten seropositivas al VIH deben recibir consejos del personal de salud acerca de posibles opciones diferentes a la lactancia materna.)
2. A partir de los seis meses de edad, dar a los niños alimentos complementarios, recién preparados que sean ricos en calorías y micro nutrientes (vitaminas y minerales), a la vez que se prolonga la lactancia materna hasta los dos años o más.
3. Ofrecer a los niños cantidades adecuadas de micro nutrientes (vitamina A y hierro, en particular), ya sea como parte de su régimen alimentario o mediante la administración de suplementos.
4. Estimular el desarrollo mental y social del niño respondiendo a sus necesidades de afecto, conversación, juego y físicas en un entorno estimulante.

¹⁰ OPS, OMS, Cruz Roja. Guía para coordinadores locales AIEPI comunitario. Washington. 2004

Para la prevención de enfermedades

- 5.** Llevar a los niños de acuerdo a un cronograma establecido a objeto de que reciban todas las vacunas necesarias (BCG, DPT, OPV y sarampión) antes de su primer cumpleaños.
- 6.** Eliminar las heces, incluidas las heces de los niños, de manera inocua, y lavarse las manos después de la defecación, antes de preparar las comidas y antes de alimentar a los niños.
- 7.** Proteger a los niños en las zonas donde la malaria es endémica haciéndolos dormir bajo mosquiteros tratados con insecticida.
- 8.** Adoptar medidas de prevención del VIH/SIDA y mantener el comportamiento apropiado en la atención a las personas afectadas con la infección, en especial los huérfanos.

Para la asistencia domiciliaria apropiada

- 9.** Continuar dando la alimentación usual y ofrecer más líquidos, en especial la leche materna, a los niños cuando están enfermos.
- 10.** Dar a los niños enfermos el tratamiento apropiado en casa para las infecciones.
- 11.** Tomar medidas apropiadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes en los niños.
- 12.** Evitar el maltrato y el descuido de los menores y tomar las medidas apropiadas si acaso ocurriera.
- 13.** Compartir con el padre el cuidado de los niños, y las cuestiones de salud reproductiva de la familia.

Para buscar atención fuera del hogar

14. Reconocer cuando los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y buscar atención de los proveedores apropiados.
15. Seguir los consejos del trabajador de salud acerca del tratamiento, el seguimiento y el reenvío a otro servicio.
16. Asegurarse de que toda mujer embarazada tenga atención prenatal adecuada. Esto incluye asistir por lo menos a consultas prenatales con un proveedor de asistencia sanitaria apropiado, y recibir las dosis recomendadas de vacunación con el toxoide tetánico. La madre también necesita apoyo de su familia y de la comunidad al buscar atención en el momento del parto y durante el período del posparto y de lactancia.

Con el fin de expandir la estrategia AIEPI y alcanzar sus objetivos se recomiendan seis puntos que se adaptan de acuerdo con la necesidad de cada país:

- Defensa en todos los niveles para promoverle compromiso político y social.
- Movilización de recursos y estímulo del desarrollo de políticas.
- Movilización social para construir alianzas.
- Programa de comunicación para promover y sostener conductas positivas sobre las poblaciones vulnerables.
- Fortalecimiento de alianzas entre servicios de salud, comunidades y hogares.

- Mejora de la recolección y utilización de la información basada en la comunidad.
- Construcción de capacidades para implementar programas efectivos¹¹.

La metodología de trabajo propuesta para la implementación se resume en los siguientes pasos:

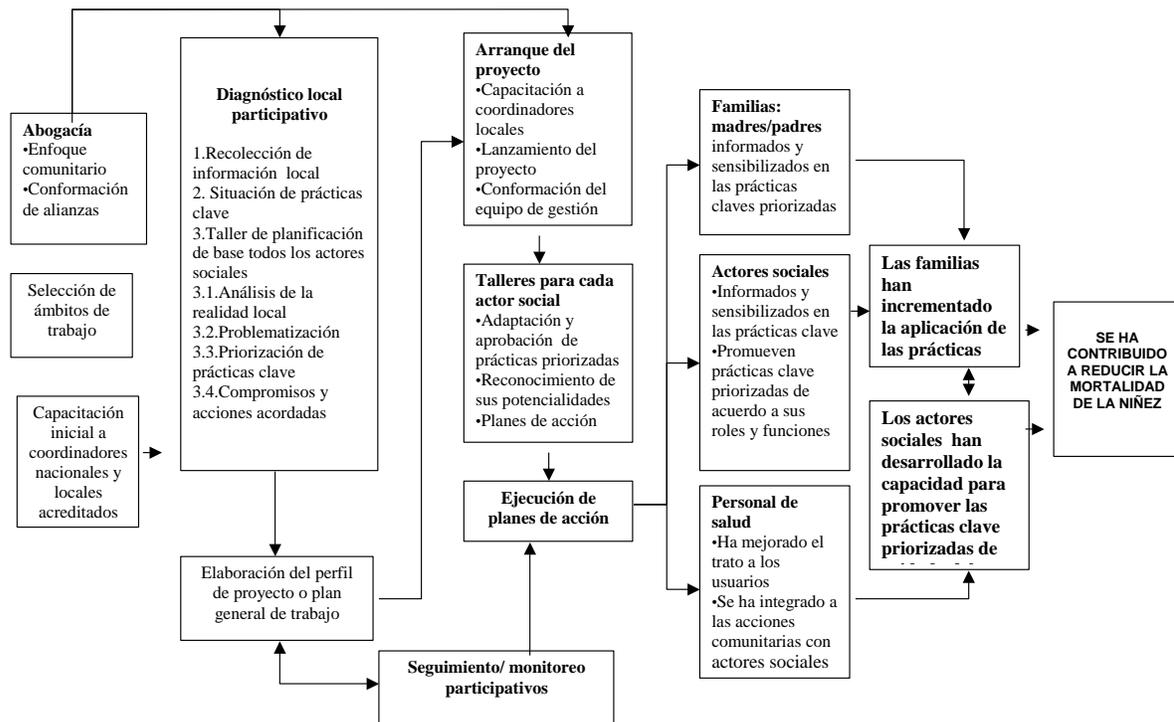
1. Abogacía
2. Diagnostico local participativo
3. Inicio del proyecto
4. Talleres para cada actor local
5. Definición y ejecución de planes de acción, por actores.
6. Seguimiento y monitoreo participativos

Como indicadores de expansión de la estrategia se han definido los siguientes:

- Familiar: información y sensibilización en las prácticas clave priorizadas. Incremento en la aplicación de las prácticas clave.
- Actores sociales: información y sensibilización en las prácticas clave, cada actor ha desarrollado la capacidad de promover las prácticas clave priorizadas de acuerdo con sus roles y funciones.
- Personal de salud: mejoría del trato a los usuarios, integración a las acciones comunitarias con actores sociales.¹²

¹¹ Documento Alianza Regional AIEPI comunitario. 2006.

Fig. 1. Marco conceptual del Proyecto Regional AIEPI comunitario desarrollado en 10 países de América Latina, Alianza Regional de OPS, Cruz Roja Americana y Fundación de las Naciones



Unidas, 2000-2004

Las estrategias que se impulsan en la región de las Américas se desarrollan en tres áreas¹³:

1. Abogacía: fortaleciendo alianzas regionales con instituciones publicas y privadas de cada país.
2. Apoyo técnico:
3. Alianzas estratégicas

¹² Documento Alianza Regional AIEPI comunitario. 2006

¹³ Obregón, R. Expansión de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en la región de las Américas: el papel de la comunicación. En: Informe de tercera reunión, GATA. OPS. 2004p. 39

Cumplir con los anteriores puntos asegura la efectividad de la estrategia AIEPI, en Bolivia, Perú, Ecuador, Honduras, se han documentado experiencias exitosas de AIEPI comunitario, que evidencia el papel de los actores sociales como los encargados de generar estrategias de cambio social para la implementación o fortalecimiento de las prácticas en su propia localidad. Desde su propia (habitual) función y con adecuadas técnicas de comunicación, su misión es lograr el impacto en las familias y la implementación de dichas prácticas priorizadas en cada una de ellas, como se evidencia en el siguiente testimonio:

*“Así fueron logrando un resultado no esperado, el de la construcción de los procesos de negociación cultural con la población usuaria local, avanzando así hacia la interculturalidad en salud”, ... “A nivel de los actores sociales, se han dado sinergias entre el sector salud y la red educación, planificando y ejecutando acciones conjuntas y potenciándose mutuamente la estrategia educativa del AIEPI y del “nuevo enfoque” basadas, ambas, en la participación y la construcción colectiva del conocimiento. Las líderes [as] y socias de las organizaciones de mujeres se han empoderado fuertemente con los contenidos, habilidades y metodologías del AIEPI comunitario”.*¹⁴

Resultados que en conjunto evidencian apropiación de la comunidad de sus problemas y soluciones, construcción por parte de los actores de su propia realidad.

¹⁴ Straatman, Rosa Dierna. Sistematización cualitativa de la implementación de la estrategia comunitaria del AIEPI de la Alianza Regional. Análisis antropológico de cambios institucionales, sociales y familiares generados por el AIEPI comunitario. Lima 2005. Documento inédito.

Realidad Nacional y estrategia AIEPI

En la Constitución Política de Colombia de 1991, la protección de los derechos de niños y niñas se consagran en el artículo 44 donde reza “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos (...) La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”¹⁵

Para el periodo administrativo 1990-1994 se aprueba por el CONPES el Plan de acción a favor de la infancia, PAFI, dirigido a niños y niñas menores de 7 años que logra incluir el tema de infancia en las agendas políticas regionales¹⁶, en el informe complementario se anota que la situación de la infancia es crítica en materia social, económica, con problemas como tráfico de drogas y el conflicto armado, desplazamiento, explotación sexual, desigualdad entre grupos étnicos y

¹⁵ Constitución Política Nacional, Art.44- 1991

¹⁶ INFORME DE COLOMBIA, SEGUIMIENTO DE LA CUMBRE MUNDIAL A FAVOR DE LA INFANCIA 1990 – 2000

poblacionales, y hace evidente el mínimo avance en el cumplimiento de los derechos y la necesidad de modificar la legislación en pro de los mismos.

En el momento de la promulgación de la ley de infancia y adolescencia, ley 1098 de 2006, se hacen ley de obligatorio cumplimiento cada uno de los artículos descritos en la Convención Internacional de Derechos del Niño (CIDN), la cual tiene por finalidad “garantizar a niños, niñas y adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna”¹⁷. Ratificando los principios de la CIDN, la corresponsabilidad entre el Estado, la familia y la sociedad en su cumplimiento.

De la población colombiana 42.090.502 habitantes, el 10,5% corresponde a niños y niñas menores de 5 años, en quienes según el perfil de salud país (OPS-OMS 2001) “la mortalidad por enfermedades transmisibles era tres veces mayor en las áreas en las cuales entre 90 y 100% de la población tienen necesidades básicas insatisfechas comparada con las áreas en las cuales el porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) era menor que 20%”¹⁸ Se cuenta a nivel país con tasa de mortalidad infantil de 15.9 por 1000 nacidos vivos, 27,53 en

¹⁷ Ley 1098 de 2006, Art.1

¹⁸ Citado en: Ministerio de la Protección Social. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. Curso clínico para profesionales de la salud. 2005.

hombres y de 20,42 por 1000 nacidos vivos en mujeres y mortalidad en menores de 5 años de 321.9 por 100000 menores de 5 años para el año 2007. Con una razón de médicos de 1,3 por cada 1000 habitantes, enfermeros profesionales de 0,7 y de auxiliares de enfermería de 0,4 por cada 1000 habitantes. Mortalidad neonatal precoz 7,4 por 1000 nacidos vivos y mortalidad materna de 73.1 por 100000 nacidos vivos¹⁹

Las causas de mortalidad en menores de un año son trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades cromosómicas y anomalías cromosómicas, sepsis bacteriana del recién nacido, otras afecciones originadas en el periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas.

Las causas de mortalidad de 1 a 4 años son infecciones respiratorias agudas, ahogamiento y sumersión accidental, deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, enfermedades infecciosas intestinales.

Con tendencia de indicadores de mortalidad infantil y de menores de 5 años hacia el descenso de 51 a 22 por mil para el año 2000 correspondiente a una disminución de 56% respecto al quinquenio 1980-1985, atribuida a programas específicos

¹⁹ OPS, Ministerio de la Protección social. Situación de la salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007.

como el Plan Ampliado de Inmunizaciones, EDA, IRA, mejoras en servicios públicos y alcantarillado. Sin embargo este último dato actúa como promedio nacional, como se evidencia en las grandes diferencias regionales, con datos para el 2005 se observa un rango entre 40.5 en el Guainia hasta 11.3 en Sucre²⁰.

Así como se describía a nivel internacional, entre las principales causas de esta diferencia se encuentran la inequidad en:

- Acceso y calidad de los servicios de salud
- Desempeño del recurso humano y
- Cuidado domiciliario.

Con este panorama posterior al lanzamiento de la estrategia Niños Sanos para el año 2002, la estrategia AIEPI en sus tres componentes es promovida por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en los países del mundo, en América Latina se acogen los países de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y

^{20 20} OPS, Ministerio de la Protección social. Situación de la salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007

solución a los problemas descritos, con el fin de disminuir las altas tasas de mortalidad infantil evitable. Colombia la adopta en el año de 1999²¹. Año a partir del cual se va incorporando en los planes de desarrollo a nivel nacional, departamental y regional, hasta el momento es enmarcada desde lo legislativo por los siguientes documentos:

- Ley 100 de 1993: Ley General de Seguridad Social en Salud, documento en el que se establece el sistema de organización de salud, incluyendo los niveles de atención.
- Ley 715 de 2001: Ley General de Educación, documento en el cual se rige el sistema educativo colombiano, identifica como parte de la formación de los estudiantes de educación formal la necesidad de fomentar la salud a través de ella.
- Resolución 412 /00: Documento que reglamenta las normas técnicas y guías de promoción y prevención a realizar por las EPS y ARS.
- Circular 018/04 del Ministerio de la Protección Social
- CONPES 091 de 2006 (Objetivos de Desarrollo del Milenio): Documento por el cual se compromete el país a cumplir con la declaración de los ODM y los establece como prioridad.

21

http://www.pnud.org.co/img_upload/33323133323161646164616461646164/Reducir%20la%20mortalidad%20infantil.pdf

- Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 que define las prioridades en salud para el periodo descrito y define los recursos destinados a las mismas.
- Ley 1098 de 2006 Código de la Infancia y la Adolescencia: Documento por el que se establece como prioridad a la infancia y se favorecen los Derechos de Niños y Niñas.
- Ley 1122 de 2007: Reforma de la ley 100 en salud.
- Decreto 3039 / 2007 Plan Nacional de Salud Pública: Establece como prioridad la salud de la infancia y la estrategia AIEPI como la principal herramienta para fomentarla.

Como experiencias a nivel nacional de AIEPI comunitario: en Colombia se inició con el componente maestros en Pasto en el año 2000, que posteriormente se trabaja en el marco del 4 Objetivo de Desarrollo del Milenio como lo evidencia en el informe del PNUD sobre el cumplimiento de los ODM en el país. Desde las otras ciudades se le ha dado prioridad al componente Agentes Comunitarios, siendo el Distrito Capital uno de los líderes en la expansión de dicho componente.

Salud Escolar

El concepto salud se ha configurado a lo largo de la historia de formas variables en relación con, el contexto social, político, cultural, las necesidades emergentes y los avances a nivel tecnológico y académico. Es así como durante el siglo XX se pasó desde una concepción centrada en la ausencia de enfermedad, a lo cual el mundo

ofrece respuestas, hacia enfoques integrales y multidisciplinarios. Las diversas concepciones se pueden organizar en tres grandes corrientes:

1. Enfoque subjetivo, basado en el bienestar, soportado por la definición que la OMS publica en 1948, entendiendo a la salud como “un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no solamente la ausencia de enfermedades”
2. Enfoque funcional, salud comprendida como el estado de capacidad óptima para realizar eficazmente las funciones, definida también por la OMS en 1997 como “...aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven”. Esta concepción se deriva de la estrategia Salud para todos que prioriza la Atención Primaria en Salud.
3. Enfoque ecológico, salud concebida como la adaptación adecuada y permanente del organismo a su entorno, en la cual se involucran dimensiones que corresponden a la vida del individuo, y se determina por la interacción entre múltiples factores.

De acuerdo con los anteriores enfoques, la salud se manifiesta en las personas en todas sus dimensiones, física, mental, espiritual, social, emocional, cultural,

generando un proceso de ir y venir sin clasificarlo exclusivamente entre tener o no enfermedad. Un proceso que pertenece al individuo y a la sociedad, que involucra a los servicios de salud, los sistemas de salud, los profesionales prestadores de esos servicios y a la comunidad en general.

La salud y la educación son elementos que se relacionan con la calidad de vida de las poblaciones, pues favorecen su estado de salud, su capacidad para aprender y para aplicar los conocimientos adquiridos. Algunos estudios han demostrado que la salud es fundamental en el desempeño escolar; cuando se presentan alteraciones tanto en su integridad física como emocional puede generar ausentismo y deserción escolar, disminución en la capacidad de concentración y por tanto, influir en su nivel de autoestima y en la imagen que proyecta.

En 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura (UNESCO), publican un documento que evidencia la necesidad de considerar la profunda unión que existe entre el aprovechamiento escolar, la calidad de vida y la productividad económica; que al fomentar la salud a nivel escolar se lograría la adquisición de valores, de hábitos saludables, desarrollo de habilidades y destrezas necesarias para tener una vida sana²².

²² Fomento de la Salud a través de la escuela. Informe de un comité de expertos de la OMS en educación sanitaria y fomento de la salud integrales en las escuelas. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1997

A partir de este documento se generan discusiones en países de Latinoamérica, fijando objetivos y presentando propuestas para el desarrollo de programas en salud escolar a diferentes niveles, a saber: 1. Ideológico: apuntar hacia la concepción de la integralidad de la educación para la salud, 2. Político: lograr la voluntad, decisión y el compromiso político y movilización de la comunidad hacia la educación para la salud, 3. Organizativo: lograr un trabajo conjunto entre los sectores de educación y salud junto con otras organizaciones públicas y privadas que garanticen el éxito del enfoque y la ejecución del programa. Igualmente se determinó que la educación para la salud en la niñez y la juventud, es de alta prioridad para lograr el bienestar integral de estos países, entre otras razones por el incremento de la población escolar en ellos. Debido a la permanencia continua de niños y niñas dentro de las instituciones escolares durante un largo periodo de tiempo, es necesario promover acciones de salud en la comunidad escolar, con el fin exclusivo de lograr el bienestar de niños y niñas.

“Son importantes los temas específicos propuestos sobre crecimiento y desarrollo, nutrición, fomento de la actividad física y de la recreación del niño, protección contra las enfermedades contagiosas a través de la inmunización, salud oral, SIDA, abuso de sustancias tóxicas, educación sexual y conocimientos sobre salud reproductiva, conocimientos sobre las políticas de la no violencia, el maltrato al niño y el abuso sexual, el trabajo y la explotación del menor y la protección al medio

*ambiente; todos ellos enmarcados dentro de la política y la defensa de los Derechos del Niño.*²³

En Colombia, tanto los planes educativos como las instituciones escolares han vinculado desde sus inicios elementos de la salud escolar, como la introducción dentro de los planes curriculares, temas relacionados con el cuerpo, la higiene, la nutrición, el manejo del ambiente. De igual forma, programas como PEFADI, Programa Educativo para la Familia y el Desarrollo Infantil, creado en 1984, dirigido a familias y cuidadores menores de 5 años y SUPERVIVIR, dirigido a estudiantes de secundaria de los dos últimos años, son evidencia del trabajo en conjunto de los sectores educación y salud, con amplio apoyo de las instituciones educativas.

La salud escolar hace parte de la promoción de la salud, en la medida en que busca influir sobre la calidad de vida de los individuos, que conlleve al desarrollo de sus habilidades, que permita a las personas utilizar sus saberes eficazmente, incluyendo no solo la transmisión de conocimientos sobre factores de riesgo y factores protectores, sino proporcionando también a las personas la oportunidad de desarrollar actitudes y valores que le capaciten para hacer elecciones que le sean válidas en su vida actual y futura, creando conciencia de la prevención de los trastornos o enfermedades²⁴. Todos los sectores aportan, con un enfoque de

²³ *Ibíd.*

²⁴ Existe evidencia suficiente de que: los niños sanos aprenden más y mejor. Aquellos que no gozan de un buen estado de salud, faltan a menudo, se muestran apáticos o deprimidos en clase y son los más propensos a fracasar en la escuela. Las

trabajo en equipo, dejando de lado los esfuerzos aislados y promoviendo el trabajo interinstitucional e intersectorial.

Aunque las instituciones educativas son comunidades preocupadas por el bienestar de los alumnos y de su personal, en el pasado se ha visto a la salud escolar solamente en términos de asignaturas dentro del currículo establecido; por eso es importante que cuando una institución escolar desarrolle una política y unas orientaciones basadas desde sus propias necesidades, debe tener una filosofía sobre promoción de la salud, salud escolar, bienestar y calidad de vida. Aunque por otra parte, se observa con alta frecuencia que autoridades educativas, directores, profesores no le han dado prioridad a la salud escolar, lo que hace que los estudiantes muestren con frecuencia poco interés en ella. De igual forma existen presiones sobre el currículo escolar y en la vinculación de aspectos de salud; algunos docentes se consideran poco preparados en lo que creen que es “asunto médico” y sienten que no están equipados para enseñar sobre temas de salud.

Con todo ello es indispensable llegar al fondo de las motivaciones de la conducta individual y familiar. Sólo en la medida en que las familias y el individuo incorporen esos hábitos, y no solamente se les explique y se les informe la conveniencia de

personas que adquieren un mayor nivel educativo son las que tienen mejores posibilidades de cuidar su salud y alcanzar una mejor calidad de vida. La degradación ambiental se traduce de manera directa en un deterioro del estado de salud y en aumento en la frecuencia de las enfermedades. Los niños son quienes más rápidamente evidencian las consecuencias del deterioro ambiental, haciéndose más vulnerables a las enfermedades. Una actitud solidaria y de respeto hacia el medio ambiente genera vínculos grupales y fortalece el sentido de pertenencia del alumno a su entorno.

hacerlo, de ésta manera realmente se logrará la verdadera concientización de las personas con respecto a la importancia de la salud.

II. ASPECTOS METODOLOGICOS

AIEPI comunitario, actor maestros, en Colsubsidio 2006-2007

Este componente ha sido desarrollado por la Caja Colombiana de Subsidio Familiar, COLSUBSIDIO, experiencia que inicia en el año 2004 con el módulo Agentes Comunitarios en Salud y en el año 2006 con el módulo Actor Maestros. Durante su puesta en marcha en las instituciones pertenecientes a la red se han observado transformaciones al interior de las mismas que trascienden en el quehacer pedagógico haciéndolo mas humano y centrado en la realidad local en que se vive. Siendo uno de los ejemplos en el cual una estrategia planteada de acuerdo con las necesidades a nivel mundial trasciende espacios y se adapta a la cultura local.

Por lo anterior la presente sistematización de experiencias pretende indagar por la apropiación de la red educativa en términos de comunicación, aplicación y comprensión las 16 prácticas saludables en su cotidianidad, evidenciar que la estrategia AIEPI es una potenciadora de espacios y vivencias cotidianas hacia el desarrollo infantil y el desarrollo humano que desde la cotidianidad realizan los actores sociales capacitados.

Para ello se plantea la siguiente pregunta:

- ¿Qué aprendizajes (habilidades, conocimientos, prácticas) se derivaron en las instituciones educativas pertenecientes a la caja Colsubsidio, a partir de la puesta en marcha de la estrategia AIEPI comunitario, actor maestros desde febrero de 2006?

Objetivo General:

- Sistematizar la experiencia AIEPI comunitario, actor maestros desarrollada en las instituciones de la red educativa pertenecientes a la Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio.

Objetivos Específicos:

- Conocer, evidenciar, comprender y mejorar las diferentes formas de apropiación y manejo (aprendizajes) de las 16 prácticas clave en cada una de las instituciones capacitadas en AIEPI comunitario de dicha red.
- Identificar el rol como actores sociales de los integrantes de la comunidad de la red educativa de Colsubsidio.

Sobre la sistematización de experiencias:

En la pregunta por cómo entender y apropiarnos de la realidad, a la que le sigue como a partir de esa realidad se generan conocimientos y teoría, se encuentra

como elemento transversal la acción social, cuya experiencia se desea explicitar y hacer conocer a otras comunidades académicas o no.

Sistematizar una experiencia hace referencia a ordenar, clasificar, reelaborar momentos que en conjunto hacen parte de una experiencia de industria comunitaria, cuya intención es la reconstrucción histórica, las dinámicas que generan, los procesos que se desarrollaron, los aprendizajes que se lograron para así generar conocimiento a partir de esta y modificar aspectos que aseguren los objetivos propuestos por la misma experiencia.

Se trata de una modalidad de investigación cualitativa, en cuanto el sujeto que se pregunta por su realidad hace parte de ella, a su vez hace lecturas de las relaciones, los procesos, las interacciones, los fines, los resultados que se viven; entendiendo una realidad como un sistema social que se percibe desde diferentes perspectivas. Este sujeto entra a observar y a entender relaciones que en un principio eran cotidianas y tal vez imperceptibles para él. Al devolverse sobre la realidad cuestiona también su quehacer dentro de ella, su labor como actor social, estableciendo una relación entre los saberes técnicos y el conocimiento.

A partir de las propias vivencias, intereses, proyecciones de los actores participantes; del análisis de los procesos y su interpretación, la realidad social se modifica. Igualmente, al darle importancia al sujeto social, a lo local, a las dinámicas

culturales, se convierte en un proceso educativo para las personas que participan en él.

Siendo la experiencia a sistematizar parte de la realidad del sujeto investigador, o de su proyecto de vida, la preocupación y la identificación de las fallas y las fortalezas le permiten observar su práctica desde otras perspectivas, vincular y darle valor a los actores, así como la toma de decisiones para proponer nuevas rutas a seguir. De igual forma se hace una apropiación crítica del proyecto, por parte de las personas que han participado de las experiencias. El proceso de sistematización evidencia mitos, ritos, lo no formal, los actores aparentemente no presenciales pero que influyen en la experiencia, por tanto la modifican.

Todos estos elementos en consideración, son el insumo para la construcción de conocimiento a partir de lo cotidiano, que se espera sea válido en su aplicación en la realidad, es decir, conocimiento que surge de la experiencia. Por otro lado permite prever escenarios posibles que tengan en cuenta la experiencia como parte de su construcción.

A su vez la objetivación de la experiencia permite tomar decisiones en ella misma, evaluar el camino que va en busca de los objetivos inicialmente planteados.

No se trata de una metodología lineal, pues es un dialogo permanente entre sujetos, tema y objetivos. Teniendo como fuentes de información a las personas que han participado, por tanto que tienen un sentido de pertenencia al proyecto, y sus propios intereses en el, a las personas que no han participado directamente, pero han sido tocadas de alguna forma por este.

En un primer momento se realizan lecturas panorámicas, que permitan la comprensión de lo global, luego una lectura que se centre en los núcleos temáticos y que permitan comparar las diferentes perspectivas de los actores.

Así, se parte de una reconstrucción histórica de la experiencia, incluyendo la identificación de los antecedentes, origen, puntos problemáticos, relación con el contexto, personas, hechos, momentos. Posteriormente se realiza el análisis e interpretación, identificando relaciones entre los elementos, entre el conocimiento teórico y el que surge en la práctica, entre lo local y lo global, entre elementos no considerados inicialmente y que emergen, entre lo pasado y lo futuro.

La socialización de la experiencia nuevamente genera puntos de análisis que nuevamente dan giro hacia la formación y transformación del conocimiento o transformación de la experiencia.

La realizan aquellos que se interesen de alguna forma por la experiencia, sea por encontrarse directamente vinculados o por rescatar saberes que permitan la construcción de conocimiento sobre los núcleos temáticos. Puede ser un profesional o un actor externo que expresa la voz de los participantes en la experiencia.

El camino recorrido en la presente sistematización fue el siguiente:

1. Elaboración del marco contextual sobre la estrategia AIEPI, componente comunitario a nivel internacional y nacional.
2. Elaboración del marco conceptual sobre los elementos que permiten el desarrollo de procesos de gestión social, desarrollo humano, planificación de base.
3. Asistencia a taller de AIEPI comunitario actor maestros y primer taller de seguimiento dirigido a la red educativa de Colsubsidio.
4. Lectura de los planes de acción realizados en febrero y agosto de 2006, de los avances que envían las instituciones sobre el proceso que adelantan al interior de las mismas.
5. Descripción de cada uno de los procesos de las instituciones que asisten a los talleres mencionados.
6. Visita a instituciones y entrevistas con quienes lideran el proceso desde el Departamento de Educación y de Salud de la caja, con los líderes de 10 de

las 20 experiencias e indagar sobre elementos que permitan ampliar sobre la experiencia en sus instituciones.

7. Sistematización: recolección y reconstrucción de las experiencias en la Caja de compensación Colsubsidio.

8. Análisis de la información.

III. EL PROCESO: LA EXPERIENCIA A SISTEMATIZAR

“Las familias han presentado prácticas saludables y como que se han acostumbrado a manejar esas prácticas”.
Nohora Ruby Lopez, Jardín. Nebraska.

Esta experiencia es fruto de la motivación propia del sector educación de Colsubsidio dada la preocupación por la problemática de salud observada en las comunidades que impactan las instituciones educativas, quien solicita ayuda a la división salud. La división salud, en un dialogo con la Dra. María Lucia Mesa quien conoce la estrategia a cabalidad.

"María Lucia fue la que le dio la dimensión de AIEPI, nosotros no habíamos oído hablar de AIEPI, nunca en la vida y María Lucia dijo que si, que tenia una propuesta; armamos una alianza con la clínica en ese entonces" Dra. Magola Delgado.

A partir de allí se organiza un taller de agentes comunitarios en salud para las docentes, enfermeras, trabajadoras sociales y directoras de los jardines sociales y 2 años después sobre el componente de actor maestros a toda la comunidad educativa, con 1-3 representantes por institución. Es así como en los jardines sociales identifican como inicio la capacitación de agentes comunitarios, con procesos que se articulan con la siguiente propuesta del trabajo con actores sociales. Las instituciones que provienen de la fusión Colsubsidio Comfenalco identifican el inicio con el momento de dicha fusión valoran el factor salud como

ganancia secundaria a esta fusión y empiezan desde la implementación de prácticas con la participación de actores sociales.

La Caja de compensación familiar COLSUBSIDIO se compromete con la estrategia AIEPI desde el inicio en el país, asumiendo los tres componentes, clínico, organizacional y comunitario. En este último se tuvo como primera experiencia en el año 2004 una capacitación en Agentes Comunitarios de Salud al 100% de las maestras de jardines propios²⁵, evento que surgió del propio interés de las docentes de los jardines sociales que hacen parte del Departamento de Educación de la Caja, con la Dra. Magola Delgado como coordinadora, fueron ellas quienes solicitaron el apoyo en el sector salud de la Caja. En ese momento se contó con el apoyo de la Dra. María Lucía Mesa, coordinadora del Centro Médico Ciudadela Colsubsidio a la fecha, como ella misma lo describe en su entrevista:

"Fue a finales del 2002 que el departamento de educación pidió una capacitación en reanimación para maestros, entonces nos reunimos con Magola Delgado que es la jefe de departamento (de Educación), en ese momento eran solo 7 jardines sociales. La primera reunión fue con las directoras de jardines únicamente, se les planteó en qué consistía la estrategia, les dijimos que se partía de allí y si luego necesitaban más capacitaciones se harían como ellas lo creyeran necesario" (María Lucía Mesa)

²⁵ Mesa, M.L. y col. Impacto en conocimientos de los cuidadores de menores de cinco años, luego de una intervención educativa en siete colegios preescolares de Bogotá. 2004.

Desde el sector educación en cabeza de la Dra. Magola Delgado se pretendía en mejorar la visión de las docentes sobre niños y niñas, como es descrito en su entrevista:

"En ese entonces lo que se pensaba era lograr convertir a las profesoras en agentes de prevención y de diagnóstico precoz y queríamos que el ojo docente hiciera una mirada complementaria de salud familiar, porque las maestras tienen contacto con el niño, lo viste, lo desviste, le cambia el pañal, es la que puede detectar el cambio de peso, si llegó golpeado, si es un niño abandonado, con piojos, quemaduras en la colita, entonces queríamos cualificar la mirada docente, para garantizar integralmente el bienestar" (Magola Delgado).

Se realizó la convocatoria a maestras, enfermeras y directoras de jardines sociales que hacían parte de la red educativa Colsubsidio.

"Inicialmente nos capacitaron a un grupo, ... estábamos en jardín transitorio, iniciamos 5 con la capacitación, fuimos las que iniciamos en este sector, con la recolección de niños iniciando el reconocimiento de la población" (Jardín Nebraska)

"Desde el 2004, cuando se planteo la capacitación con la Dra. María Lucía (Mesa), el objetivo era mejorar primero como las condiciones de aseo, de higiene y que veláramos porque definitivamente se volviera la salud una prioridad para los padres. Le comentábamos a ella que era mas fácil para los papas llevarlos a la droguería, automedicarlos o con las hierbitas, si?, cambiar esa cultura tampoco ha sido fácil, porque a los padres uno les dice que primero tenga en cuenta lo que diga el médico y luego las cosas caseras, que a veces también funcionan. A partir de esa capacitaron del 2004

que la terminamos en abril, el objetivo era hacer énfasis en vacunación, era la primera meta" (Jardín Santa Marta)

Las docentes asumieron la estrategia de acuerdo con sus propios contextos, cada jardín generó dinámicas propias, ponen en marcha las habilidades aprendidas como parte de su quehacer docente y su labor pedagógica; es así como las instituciones formularon propuestas dirigidas a los padres, niños, niñas, comunidad en general, priorizando los problemas prevalentes:

"El carnaval fue en el 2003, claro nosotros llevamos aquí 5 años, AIEPI empezó con nosotras y cada vez seguimos y vamos progresando mas.." (Jardín Nebraska)

"En el 2005, de lo de AIEPI surgió la cartilla de rutinas elaborada en jardín Santa Marta, alusivo al peinado, al lavado de manos, al cepillado, a como nos acostábamos, por qué quitarse los zapatos, y lo de los hábitos de alimentación, en eso hay que reconocer que las docentes se preocupan porque todos los niños coman, entonces uno ya al primer mes empezamos a detectar los casos de los niños que no mastican, por qué no mastican, entonces ellas empiezan a averiguar sobre el tetero, desde AIEPI se abolió los biberones acá, los bebes toman con pocillo y cuchara , las profes ya están acostumbradas, al iniciar el año se les explica a los padres. Se convirtió en lo que llamamos la Bitácora." (Jardín Santa Marta)

Tal fue la adherencia a los contenidos de la estrategia que en el mes de febrero de 2007 desde el departamento de Educación de Colsubsidio, con la colaboración técnica de la Organización Panamericana de la Salud y la presencia de

instituciones gubernamentales y no gubernamentales, como son el Ministerio de Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE, se realiza el primer taller de abogacía y de actores sociales, actor maestros, dirigido a la totalidad de jardines, colegios propios, en concesión y ludotecas que en el momento hacen parte de la Red.

Se realizaron dos talleres, el primero de Abogacía dirigido a los rectores de las instituciones educativas, durante el cual pretendía que ellos y ellas conocieran la importancia del proceso y del componente comunitario Actor maestros dentro del desarrollo de cada institución, abriendo camino al interior de las instituciones para los proyectos que se iban a generar. Posteriormente para el segundo taller se citó a representantes de docentes de todas las instituciones, durante el cual se presentaron las prácticas clave, se generaron planes de trabajo de la red y al interior de la institución y se generó el compromiso por cada una de las instituciones que asistieron de poner en marcha el componente comunitario Actor maestros.

Para esta convocatoria se aumenta el número de actores, dados los cambios y el crecimiento de la red educativa en el momento, se integraron jardines sociales que eran previamente administrados por otra caja de compensación familiar, se invitó a

los colegios y ludotecas y el componente se integró a la Política Institucional de la Red educativa, como lo plantea la Dra. Magola Delgado:

“Porque nosotros consideramos que la dinámica de educación en Colsubsidio tiene un gran proyecto educativo y ese proyecto educativo va desde la educación inicial, que es en los jardines, hasta la educación básica y media. Cuando entramos a los colegios en concesión nos dimos cuenta que las familias no tienen EPS ni están afiliados a planes de salud y los niños tienen las mismas problemáticas de los jardines, tenían las mismas epidemias, las mismas dificultades en el diagnóstico de ojos, de peso y talla, de todo. Entonces se debe ampliar, ¿si ya se abrió en los jardines por qué no llevarlo adelante a los colegios?, esa es la dinámica”. (Magola Delgado)

Los objetivos que se plantearon para el desarrollo de los talleres y para el proyecto en si fueron:

- Proporcionar a los maestros y las maestras de la Red de Jardines Sociales y Colegios en Concesión, pautas de la educación problematizadora que les permita desarrollar en los espacios que los maestros actúan: con padres de familia y alumnos, el análisis de la problemática de salud y situación de las 16 prácticas claves, con énfasis en las prácticas priorizadas

- Elaborar un plan de trabajo de la Red Educativa COLSUBSIDO, para compartir, problematizar y difundir las prácticas priorizadas en los espacios con madres y padres de familia, niñas y niños.
- Además de contribuir en la disminución de la mortalidad y la morbilidad infantil, se pretende mejorar la calidad de la atención en los establecimientos educativos, estandarizando procesos referentes al cuidado de la salud.
- Apoyar en lo que sea necesario y se esté en capacidad expandir la Estrategia AIEPI Comunitario en Bogotá, Cundinamarca y el país.

Se identifican en este proceso como los actores primarios a los docentes de cada una de las instituciones, actores secundarios a los coordinadores de cada una de las instituciones y como actores terciarios, a las coordinadoras del proceso.

Como ya ha sido descrito, el interés porque cada institución se empodere se traducía en planes de acción institucionales para los meses posteriores. A partir de los cuales se concluyó:

- AIEPI espera del sector salud: niños y niñas con abordaje integral, seguimiento institucional, uso adecuado y racional de medicamentos, cuidado de los bolsillos de las familias, actuando en una red de servicios.

- AIEPI espera del sector educación: promover prácticas clave, construcción de condiciones locales para que eso se de, ejercicio de derechos de niños y niñas.
- Se concluyó que la función del docente es la apropiación del conocimiento, trabajar con niños y niñas, en un trabajar activo que busca identificar el 5% de acción, pues el 95% restante se trata de mejorar sus acciones habituales. No se busca tener docentes como agentes comunitarios en salud, lo que se desea es mejorar su rol de maestros.
- En cada grupo se identificaron los sentires de los participantes, la forma de solución de problemas observados de acuerdo con las instituciones, acciones que pueden partir de las instituciones, recursos que existen en la institución para el diagnostico y para la acción. El mejor docente es quien hace un reconocimiento individual de las potencialidades de sus estudiantes.

Como producto de la priorización de prácticas clave, se plasmaron acciones en los planes de acción, asumidas como compromisos para los 2 meses siguientes. Entre estas acciones se encentran el realizar talleres con padres de familia, difundir la estrategia entre todo el personal docente y talleres con alumnos sobre las prácticas clave. (Ver anexo 1).

Entre los meses de febrero y agosto de 2006 las instituciones desarrollaron su plan de acción, con el compromiso de enviar avances a la coordinación. En Agosto 30 de 2006 se realiza el primer seguimiento al plan de trabajo formulado en el taller inicial, los propósitos del encuentro fueron: Socializar los avances de cada institución de la red educativa de Colsubsidio que se haya realizado como resultado del plan de trabajo de AIEPI Comunitario; Fortalecer la Alianza nacional AIEPI Comunitario: Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana, CINDE, Colsubsidio y OPS/OMS; reforzar en los maestros y las maestras de la Red educativa de Colsubsidio las pautas de la educación problematizadora que les permita desarrollar en los espacios que los maestros actúan: con padres de familia y alumnos y madres comunitarias de Hobis vecinos el análisis de la problemática de salud y situación de las seis prácticas claves priorizadas; con base en la metodología de Planificación de base trabajar la continuación del Plan de Acción con que seguirá cada institución educativa para compartir, problematizar y difundir las prácticas priorizadas en los espacios con madres y padres de familia y niñas y niños; extraer lecciones aprendidas de este proceso que permitan la expansión de la Estrategia AIEPI Comunitario en Bogotá, Cundinamarca y el país.

Para lo cual se presentaron experiencias desarrolladas por los Colegios Torquigua, ICEF, jardín Santa Marta y los jardines ubicados en la localidad de Usme, se realizaron mesas de trabajo donde cada una de las instituciones compartieron los

avances y logros. Se trató de una experiencia de comunicación entre las instituciones, durante la cual llamó la atención la discusión sobre la importancia de la formación integral de niños, niñas y jóvenes y su relación con la salud, evidenciando el grado de empoderamiento logrado por las y los docentes de las prácticas saludables y su incorporación en el quehacer cotidiano.

Las experiencias destacadas correspondieron al Club de madres gestantes y lactantes “Creciendo Juntos” desarrollada por el Colegio Distrital Torquigua, que parte de una problemática sentida por la comunidad cercana al colegio para la cual la institución le brinda apoyo a una población que no podía acceder a los servicios ofrecidos por la localidad dada la distancia de sus hogares; el proyecto de huertas caseras del Jardín Social Santa Marta en conjunto con el Jardín Botánico; la integración del componente Actor Maestros al PEI del colegio ICEF y la georeferenciación de los jardines ubicados en la localidad de Usme.

Este taller fue importante porque además de ser una propuesta que interesa a la red educativa de Colsubsidio fortaleció la alianza con otras instituciones del país que (OPS; Ministerio de la Protección Social, Instituto PENSAR de la Universidad Javeriana, CINDE). Las instituciones previamente capacitadas como Agentes Comunitarios se acogieron a las propuestas del gobierno distrital y generaron procesos involucrando actores sociales. Las y los participantes se comprometieron a crear una red virtual para compartir experiencias e inquietudes permanentemente.

Como recomendaciones del primer taller de seguimiento se planteó la necesidad de continuar con el seguimiento de los procesos por parte de la coordinación del departamento de Educación y de la división salud, se sugirió la realización de un taller para crear indicadores AIEPI de seguimiento y auto monitoreo, con base en las lecciones aprendidas de este proceso la Dra. Martha Idalí Saboyá (OPS) resaltó la necesidad de realizar un Taller AIEPI Comunitario con la Secretaría Distrital de Salud para armonizar las acciones que le corresponden a los Agentes Comunitarios y al fortalecimiento de los roles de cada actor, Juan Manuel Combariza del Instituto PENSAR anotó la importancia de fortalecer los procesos de comunicación, los participantes del Ministerio de la Protección Social resaltaron la importancia de este proyecto e invitaron a los participantes a seguir con sus planes de acción y se ofrecieron a apoyar la red virtual educativa.

El Departamento de educación, en cabeza de Evelyn Carrioni se comprometió a realizar la red AIEPI de educación, y desde la gestión de las Doctoras Magola Delgado y María Lucía Mesa el compromiso es realizar un taller dirigido a la construcción de indicadores en la red.

Durante el año 2007 se realizan visitas de seguimiento a algunas de las instituciones que asistieron a los encuentros ya descritos. El objetivo de las visitas era profundizar en el desarrollo, los aprendizajes, logros y dificultades de la puesta

en marcha del componente comunitario Actor maestros en las instituciones educativas.

Por conveniencia de la investigadora se escogieron 10 de las 20 experiencias desarrolladas al interior de la Red Educativa Colsubsidio, en donde se observa el desarrollo posterior a la capacitación realizada en Agosto de 2006. Se escogen 3 Jardines sociales, 2 de ellos con capacitación previa en Agentes Comunitarios en Salud; 3 colegios en Concesión, 3 colegios propios y 1 colegio privado que administra Colsubsidio.

Descripción de las experiencias en las instituciones:

Jardines sociales

Jardín Santa Marta: La estrategia inició desde el año 2004, en el momento en que se planteó la capacitación en Agentes Comunitarios en salud con la Dra. María Lucía Mesa, con el objetivo previo de “mejorar las condiciones de aseo, higiene, así como trabajar para que la salud fuera una prioridad para los padres de familia”.

"Entonces el primer objetivo era que el papá empezara a entender que la salud de los niños era una prioridad y la otra era que nosotras lográramos hacer equipo con el hospital y que tuviéramos credibilidad"

A partir de la capacitación realizada en el 2004 decidieron trabajar sobre vacunación, su propósito era el poder entender un carnet de vacunas, así ser coherentes con el hecho de solicitarlos el día de la matrícula, identificando la veracidad de los carnets y de su contenido, fue tal la sorpresa de encontrar falsificaciones, enmendaduras en algunos de ellos. Con esta información se logró elaborar la estadística de niños y niñas vacunadas realmente y asumieron que así como ellas necesitaron aprender más sobre el tema, los padres y madres de familia requerían comprender la importancia de la vacunación. Fue así como organizaron “toda una capacitación sobre vacunación” dirigida a padres de familia y cuidadores evaluando los conocimientos previos y posteriores.

Como registro elaboraron un video compilando los talleres dirigidos a padres, los cuales consideraron un éxito, con resultados favorables respecto a su conocimiento, evidencia corroborada en el aumento de coberturas de vacunación en los niños y niñas de la institución. Refieren que al finalizar el año 2004, la práctica saludable referente a la Vacunación se encuentra fuertemente arraigada en la comunidad educativa. Uno de los logros que identifican en niños y niñas que ingresan en el año 2007 es tener el esquema completo del PAI según la edad, disminuyendo la necesidad de realizar jornadas de vacunación al interior de la institución, con estas acciones han generado en los padres la necesidad de acudir su centro de salud cercano para completar el esquema y en caso de que aun falten vacunas con el Hospital de la zona organizan visitas a la institución para tal fin.

Se ha convertido en política institucional, favorecida por la capacitación en Agentes Comunitarios en Salud, existe amplia sensibilización por parte de las docentes, a quienes ingresan a trabajar posteriormente se realiza la inducción incluyendo la estrategia AIEPI. Se ha dirigido igualmente a padres, niños y niñas con muy buena aceptación por parte de ellos.

Para el año 2005, identificaron como problemática altos índices de trauma corporal en niños y niñas que aumentaba durante los fines de semana, priorizaron la prevención de accidentes como práctica saludable (conocimiento previo de ellas). Para ello se requería que las docentes agudizaran su capacidad de observación del estado general de niños y niñas desde el ingreso a la institución, favoreciendo una relación más cercana con niños y niñas y generando propuestas de trabajo pedagógico. Una de ellas, y durante el mismo año, fue la elaboración por parte de las docentes, enfermeras y coordinadora del jardín de la denominada “Cartilla de rutinas”, que luego se convertiría en lo que ellas llaman su Bitácora, este documento se basa en que ante cada rutina que los adultos desempeñen con niños y niñas (peinado, lavado de manos, cepillado, momento de acostarse, quitarse los zapatos, hábitos de alimentación), se da un valor pedagógico, se convertía cada momento en una oportunidad de aprendizaje de hábitos saludables. A partir de ella, se observó un valor agregado en las docentes:

“... hay que reconocer que las docentes se preocupan porque todos los niños coman, entonces uno ya el primer mes empezamos a detectar los casos de los niños que no mastican, el por qué no mastican, entonces ellas empiezan a averiguar sobre el tetero; desde AIEPI se abolió los biberones acá, los bebés toman con pocillo y cuchara, las profes ya están acostumbradas, al iniciar el año se les explica a los padres”.

Evidenciándose que además de darle mayor importancia a lo cotidiano, se mejoró la identificación de casos en niños y niñas que presentaban dificultad en realizar las actividades básicas cotidianas, así como se forjó la actitud de una búsqueda activa de causas primarias que dificultan su realización en cada niño y niña que asisten al jardín.

Iniciando el año 2006, se convoca a los talleres de capacitación en la estrategia AIEPI comunitario, actor maestros, a los cuales asiste Patricia Bonet, para el momento el jardín contaba con 15 docentes, 309 alumnos y 300 padres de familia, priorizaron las prácticas de alimentación, identificando sus causas. Para ello programaron talleres dirigidos a los padres con apoyo de médico, todo el personal que trabaja en el jardín asiste al curso de manipulación de alimentos dictado por la Secretaria Distrital de Salud, iniciaron con la certificación como Salas Amigas de la Lactancia Materna y como bandera del año el Programa de agricultura urbana con el apoyo del Jardín Botánico.

Durante la socialización al interior de la institución se considero como principal problema las prácticas inadecuadas en la adquisición de hábitos de alimentación en los niños y niñas de 3 meses a 5 años, para lo cual nuevamente priorizan las prácticas 1: lactancia materna exclusiva, 2: alimentación complementaria adecuada, 3: asegurar administración de micronutrientes y 4: Promover el desarrollo mental y el juego. Para lo cual se realizaron talleres dirigidos a padres de familia sobre selección y utilización de los alimentos, asistir al curso de manipulación de alimentos por parte de la totalidad de las docentes y del personal de cocina dictado por la secretaria distrital de salud, adopción del programa de Agricultura urbana que consiste en la construcción de huertas publicas, institucionales y comunitarias, con apoyo del Jardín Botánico dando el insumo de mas de 60 especies, la capacitación y la autoformación, en este proyecto participan los padres de familia, niños, niñas y maestras del jardín Santa Marta, así como padres de familia que asisten a otros jardines infantiles²⁶, trabajo en red con el hospital local, la Universidad Javeriana, Jardín Botánico y Centro Medico Ciudadela Colsubsidio. Adicionalmente identifican como logro la integración de 11 niños con discapacidad y las visitas domiciliarias realizadas por las docentes capacitadas en agentes comunitarios.

²⁶ Programa de agricultura urbana ha sido el trabajo en conjunto con el Jardín Botánico, en donde se le enseña a la comunidad a sembrar en los espacios que tengan en sus casas, para ello el jardín infantil se comprometió a prestar un espacio por 2 años, asegurar la asistencia de 15 padres de familia y 15 niños o niñas, el Jardín Botánico contribuye con los insumos, el material y la capacitación teórico-práctica. Los padres se motivaron así como otros habitantes de la comunidad.

Como dificultades anotan que algunos de los Hospitales de la localidad no trabajan desde la estrategia AIEPI, lo que limita o se interpone entre el trabajo con los padres de familia y el de las docentes, en ocasiones los servicios de salud se limitan a enviar una nota al jardín que diga “certifico que el niño no tiene ninguna enfermedad infectocontagiosa y puede estar en el jardín”,

“...ahí sí que queda uno desarmado porque uno dice: ¿qué más le digo a la mamá? Hace dos años con una niña nos tocó remitirla, no nos querían atenderla en los centros de salud cercanos, la mamá le había dado un salpicón de medicamentos entonces ella vino y nos contó, la remitimos para que la llevaran al hospital de Kennedy, salirnos de la localidad, llamar a la ARS, la mamá decía que no se la atendían, y fue la única manera que la atendieran y que dejara de tomarse esa cantidad de medicamentos sin prescripción médica y de la droguería”

Teniendo en cuenta que la cultura de los padres hacia la prevención de la enfermedad y hacia la salud es difícil de modificar, así como asegurar que lleven a su hijo o hija al centro de salud cuando lo necesita, son aspectos que también identifican como dificultades en la implementación. Para superarlas consideran que el trabajo en equipo es lo primordial para sacar la estrategia adelante, la capacitación para todo el personal y con los mismos propósitos.

El equipo entrevistado considera que después del trabajo al interior del jardín desde la estrategia AIEPI desarrolló la capacidad de observación del estado de salud de niños, niñas y familias, así como la visión integral del niño o niña, pues

cada rutina con cada niño o niña va mas allá de la acción, como lo describen en el siguiente párrafo:

“Hemos logrado sensibilización frente a tantas cosas, después empieza a ver que no es solo cambiarle el pañal, ya uno empieza a ver otros aspectos como la parte afectiva, que algo le paso en la casa, como llegar a ver mas allá, el también tiene una familia, un contexto, la historia de vida, no es solo lo que vive acá, sino también lo que vive en su casa”.... “Inclusive hay otra visión de la misma vida ... Entonces ha sido una visión diferente, definitivamente, así como queremos que la salud sea una prioridad para los padres y niños, también para nosotros, o sea, haber podido combinar la salud con la parte pedagógica ha sido bueno, porque antes el maestro esta en el aula y el niño podía llegar a una fiebre de 39° y no, ahora dice que lo ve como rojito, yo a veces voy y le digo que les tome la temperatura”.

Esta capacidad de observación desarrollada por las maestras les ha permitido evitar complicaciones de patologías prevalentes, identifican a tiempo signos de alarma que les indican como docentes qué hacer en caso de un niño o niña se encuentre enfermo, la disminución de enfermedades diarreicas y respiratorias, la disminución de la solicitud de medicamentos auto formulados a la droguería, el control de plagas como la pediculosis en niños y niñas del jardín, (concordante con los objetivos propuestos por la estrategia), además ha mejorado el desempeño de su labor pedagógica.

Identifican como logro, la buena y cordial relación entre los centros de salud de la zona (especialmente La Cabaña y Pablo VI) que trabajan a partir de la estrategia y

el Jardín Santa Marta, hecho que genera credibilidad por parte de la comunidad hacia las docentes. Otro de los logros es la elaboración de la Bitácora o cartilla de rutinas ya mencionada:

“El sentido era que las rutinas se tenían que convertir en algo para la vida, no le baño la cara al niño por bañarla, por que si, yo se la tengo que bañar primero con cariño, con cuidado, el porque de ello, un ejemplo es sobre como cambiar el pañal, en la forma en que yo le quite el popo, quitar popo no es nada fácil, no es nada placentero, se debe hacer con cuidado porque el niño percibe todo esto. Entonces el sentido era que hacer las rutinas de aseo cobraran mucho valor a nivel pedagógico, porque mucha gente cree que el aprender y escribir es lo importante, pero lo que son aprendizajes para la vida...., siempre lo hemos dicho, no puedes decirle a un niño que se cepille los dientes a los 11 años no lo va a lograr, tu le vas a enseñar a la persona adulta que después de que entre al baño se lave las manos, era eso darle valor por la misma situación en que nosotros observábamos”... “Ese era el sentido, que el aseo del niño cobrara la importancia, no solo aprender a sumar y restar, sino que el niño es completo”.

Los padres de familia han visto la importancia que se le da a la salud de los niños y las niñas al interior de la institución, con cambios evidentes en su presentación personal, organización de los materiales de sus hijos, uso racional de los servicios de salud, hechos que evidencian la trascendencia de la filosofía la comunidad en general.

Un hecho mas reciente (año 2007) fue la certificación del lactario como Sala amiga de la Lactancia Materna, iniciativa que emerge del taller de seguimiento de agosto de 2006, para ello solicitaron la capacitación por parte de la Secretaria Distrital de Salud, y destinar el espacio para lactario y sala de lactancia. Durante la entrevista llama la atención el apropiado manejo del conocimiento técnico y que a pesar de dificultades administrativas el deseo de continuar con el proyecto es intenso.

Para que lo anterior se pueda lograr, hacen énfasis en la necesidad del poder dinamizador del líder, que el desarrollo de la estrategia se encuentre en cabeza de alguien visible

Como objetivo a mediano plazo proyectan acreditarse en las salas amigas de la lactancia materna; con el programa de agricultura urbana proyectan mas siembras, cosechas y venta de los productos obtenidos, además de continuar con los proyectos iniciados. Desean que las auxiliares de enfermería tengan la capacitación en AIEPI clínico o agentes comunitarios y en lo posible las docentes se capacitaran en agentes comunitarios o Actor maestros en el componente comunitario.

Jardín Nueva Roma: asiste Diana Bustos, cuenta con 14 docentes, 330 alumnos, 285 padres de familia. Enfocó su plan de acción dirigido a trabajar sobre hábitos de alimentación y economía familiar, por medio de talleres con padres de familia. Al informar sobre sus logros entre febrero y agosto refirió que priorizaron las prácticas

1: lactancia materna exclusiva, 5: Vacunación, 13: vincular al padre a la crianza y 15: seguir recomendaciones del personal de salud. Y como plan de acción posterior propuso enfocar sus acciones sobre las prácticas 1, 2 y 3, vincular adolescentes gestantes y lactantes del colegio Nueva Roma ya que para el momento contaba con la sala amiga de lactancia materna.

Jardín el Tesoro: asiste Nancy Bayona, el Jardín contaba con 5 docentes, 115 alumnos y 100 padres de familia, en su plan de acción inicial se plantearon talleres para padres de familia sobre hábitos de alimentación. Durante los meses entre febrero y agosto refirió que las prácticas priorizadas fueron la 1: lactancia materna exclusiva y 2: alimentación complementaria, adicionalmente realizaron tamizaje de problemas auditivos por medio de audiometría, contando con el apoyo y focalizando esfuerzos en conjunto con el Hospital San Cristóbal, de La Victoria, Comisaría de familia y DABS. En el plan de acción propuesto en agosto 30 de 2006 decidieron continuar su enfoque sobre las prácticas 1,2 y 3.

Para los **Jardines San Cayetano, Chuniza, Nebrasca, Monteblanco y Bolonia:** asistieron como representantes Adriana Nossa, Emelda Castañeda, Elizabeth Caballero, identificaron el número de alumnos, docentes y padres de familia por cada institución, elaboraron planes de acción conjuntos. Para el periodo marzo-junio 2006 consideraron adaptar y aplicar la línea de base de las 16 prácticas clave, así como sensibilizar a la totalidad de los docentes de la institución sobre la

estrategia AIEPI, componente comunitario. Priorizaron la práctica 4: buen trato, e identificaron como recursos aparte de los humanos y los institucionales, las alianzas con la Fundación Santa Fé, los Hospitales de la zona, UPA, DABS, Red de instituciones de Usme que realizaron previo a este encuentro, propusieron acciones como realizar la planificación de base con las familias, trabajar una escuela de padres dirigida hacia el buen trato, las prácticas de prevención y de nutrición. En el encuentro de agosto de 2006, los jardines ubicados en la localidad de Usme manifiestan que se realizó lo proyectado así: Aplicación y tabulación de encuesta, para ver identificación de hábitos de salud y prevención de enfermedades,

1. Priorizaron talleres dirigidos a las prácticas de vacunación, nutrición, higiene.
2. Tomaron medidas de control para proliferación de ratas, insectos, plagas
3. Mapearon las redes de apoyo de la localidad, ONGs, reseña histórica, elaboraron el directorio y vincularon para ello a los padres de familia.
4. Mapearon las instituciones de salud zonas publicas, dirigidas por el Hospital de Usme, y privadas.
5. Mapearon las instituciones de educación y jardines infantiles.
6. Elaboraron un folleto sobre toma de medidas de protección para evitar accidentes con animales domésticos y manejo adecuado de residuos.
7. Tomaron acciones sobre control ambiental, identificaron que la proliferación de zancudos se favorece por las ladrilleras dada la cercanía

al botadero de doña Juana; para lo cual se desarrollaron conversatorios entre los niños del jardín, quienes escribieron sus experiencias con los zancudos; estas experiencias descritas se llevaron al hospital a la oficina de epidemiología. Lo primero que se realizó fue una fumigación. En el momento del taller de seguimiento continuaba el trámite administrativo de solución al problema.

Durante el mismo encuentro, los jardines Chuniza, Monteblanco, Bolonia, San Cayetano y Nebraska priorizan las prácticas 1: lactancia materna exclusiva, 2: alimentación complementaria, 3: complemento con micronutrientes, 5: Vacunación, 6: Eliminación correcta de heces y lavado de manos y 8: adopción de conductas apropiadas para la prevención de infección por VIH, con acciones puntuales de capacitación al 100% de las docentes en componente agentes comunitarios, fortalecer lactancia materna, talleres de nutrición, vacunación, buen trato, pediculosis, higiene, salud oral, talla y peso, casa segura.

De los anteriores jardines mencionados, se contó con la oportunidad de visitar el jardín Nebraska, quien la docente Nohora Ruby López, relata que la estrategia AIEPI inicia en el año 2004, cuando se capacitaron 5 docentes del jardín, quienes iniciaron con la identificación y reconocimiento de la población, para el momento se encontraban en instalaciones transitorias, con una primera actividad (un carnaval) como lo describe así:

“... ese carnaval se llamo...., eso lo tenemos anotado, quería traer y mirar los nombres, porque fue un nombre espectacular, bueno, y entonces ese día había de todo, enfermos, vitaminas, fue espectacular porque fue llamativo para todo el mundo y por los mismos disfraces como que quedó algo en cada uno, entonces el carnaval fue tan importante que luego empezamos a recopilar”

El objetivo de la institución al adoptar la estrategia AIEPI fue: *“Mejorar la calidad de vida de las personas, porque todas viven en hacinamiento y comparten un baño para todo el mundo y algunas tienen que ir a coger agua de otro lado, entonces el objetivo primordial es mejorar las condiciones de vida y de la vivienda de las personas. Y si se ha logrado porque después hemos ido a observar en las visitas domiciliarias y las condiciones han mejorado, ya no es como... si es de pronto la pobreza pero no confundida con la suciedad, entonces en ese aspecto ha mejorado. Y el objetivo primordial es como mejorar la calidad”. “Mi gran objetivo es como que las familias logren a aplicar pero en serio a establecer las prácticas, por lo menos de lavado de manos adecuado, del manejo del sanitario, porque sus condiciones de pobreza son bastante grandes y entonces ellos no ven la importancia, lo mismo el manejo de la manipulación y el cuidado para el manejo de alimentos, es que si por lo menos pudiera cubrir un poquito esa parte, nos daríamos por bien servidos. Otro objetivo que tengo es la promoción de la lactancia materna, el lactario ya está listo, hay mamitas con las que ya iniciamos, se supone que vamos a hacer todo este proceso con la Secretaría de Integración Social, no se que*

les ha pasado porque hasta diciembre del año pasado nos dijeron que iniciábamos hacia mitad de febrero y pues... no se ha iniciado, asumo que por todo el cambio que se dio en la secretaria, el cambio de directora".

Posterior a ello, continuaron con actividades similares, comparsas, disfraces, juegos que en conjunto abordaron los temas de buen trato y formación de valores, que a su vez hacen parte del eje Gestión social del PEI de la institución, una actividad que recuerda es la visita del representante de la OPS, Dr. Balladeli, quien refiere se lleva una agradable impresión del trabajo elaborado al interior del Jardín.

Afirma que a partir de allí en el cronograma del Jardín se institucionalizó AIEPI y en cada jornada pedagógica realizan actividades sobre alguna de las 16 prácticas saludables con el propósito de reforzarlas, evaluarlas, que también son trabajadas durante las visitas domiciliarias identifican la ejecución en el hogar de las prácticas y en momentos en que las docentes se encuentran con los padres.

"...seguimos y vamos progresando mas, y las entrevistas que se hacen como el rotafolio y que a veces coja uno una mamá, bueno mama cuénteme, ya tienen sus hijos las vacunas?, ¿que hace cuando estén enfermos?, tatatatata, igual ellos ya saben y han mejorado, no le dan tanta importancia a lo tradicional, si su niño tiene gripa no lo bañe, sino que ellas ya saben que deben bañarlo, y que hay que traerlo limpio..."

Durante el año 2006 trabajan sobre las prácticas de lactancia materna, alimentación inicial y complementaria, derechos y deberes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, enfermedades prevalentes de la infancia, buen trato, prácticas preventivas para accidentes, estrategias de comunicación efectivas en salud, su metodología continúan siendo los talleres, sociodrama y las visitas domiciliarias como actividad primordial para reforzar las prácticas y los mensajes clave al interior de las familias.

Manifiesta que aunque es su interés dedicar mayor tiempo a los propósitos de la estrategia, las docentes deben cumplir con gran cantidad de actividades, que no les permiten muchas veces ejecutar la totalidad de sus metas, ni se cuenta con el tiempo para desarrollar las ideas que surgen como equipo. Refiere que para favorecer e impulsar la estrategia al interior de la institución es importante que desde el nivel central se continúe el seguimiento a los objetivos y la socialización de sus actividades, pues es importante el reconocimiento que se haga a su labor como docentes y retroalimentar sus avances y actividades.

Como logros identifica que los niños y niñas que asisten al jardín tienen el esquema de vacunación completo de acuerdo con el Plan Ampliado de Inmunizaciones y los padres son los encargados de la actualización del mismo, refiere que han disminuido el uso de remedios caseros y ante la presencia de alguno de los signos de alarma acuden oportunamente al centro de salud

correspondiente, la disminución de las epidemias al interior del Jardín. Así como la aceptación en la comunidad educativa, pues es norma que con las docentes que ingresan a la institución se realiza la capacitación sobre las 16 prácticas saludables y el manejo del rotafolio, son las docentes antiguas las encargadas de reproducir la información con sus compañeras, adicionalmente la articulación de las prácticas priorizadas a otros programas que se desarrollan en el jardín, como es el caso del programa Letras.

El conocer las 16 prácticas saludables por las docentes, trasciende el espacio laboral y se incorpora en su propia vida y su propia familia, adicionalmente la valoración de la comunidad hacia ellas como líderes, con conocimiento veraz para resolver problemas de salud que les afecten las posiciona como eje no solo pedagógico sino de apoyo comunitario.

“He aprendido que la salud es la prioridad, una de las prioridades la persona es el eje vital de la vida, y para uno sobrevivir tiene todos los conocimientos... yo quería hacer el diplomado ... Yo aprendí mucho con AIEPI, todas nos metimos mucho en el cuento, la que lo esta liderando este año es Libia, es bueno que todas rotemos, porque si uno se apropia de una cosa como le da la oportunidad a las otras de que lo aprenda. Además uno se vuelve mas valioso para la gente, lo buscan a uno para que hacer en tal caso y le dicen que en el taller se hablo de eso, entonces uno tiene que estar capacitándose a diario, para darle una información verídica y que sea clara para ellos.”

La comunidad en general es receptiva ante estas iniciativas, refiere que esta ha reconocido en las docentes del jardín dedicación y cuidado integral a niños y niñas, desafortunadamente sobrepasan los cupos y no es posible la admisión de todos los niños y niñas que la solicitan.

“Y por ejemplo hay líderes, la señora Rosalía, que ya salieron los niños de acá, ella les enseña lo que nosotros les enseñamos a los abuelitos, eso fue una cosa para nosotros pues chévere, que la señora lo que aprendió acá se lo transmite a sus abuelitos, se transmite la información y de acá han salido líderes, comunitarios también. Entre los mismos niños también...”

Otro aspecto a destacar es la producción de proyectos que contienen diversidad de actividades en torno a las prácticas saludables, producción de material didáctico, estrategias que son iniciativa de las docentes del jardín y el resultado de un trabajo en equipo.

“La producción de material ha sido mmmmm, ..., lo que nos hace falta es como socializarlo, sí lo socializamos acá pero por ejemplo con personas como ustedes no les contamos todo el material que hemos hecho para trabajar o con los otros jardines.”

Las relaciones con el hospital de la zona se encuentra a cargo de las auxiliares de enfermería del jardín, manifiesta que han iniciado la comunicación, siendo la

práctica de vacunación a la que se han vinculado con mayor fuerza, de igual forma con el control de peso y talla de niños, salud oral.

Proyectan continuar la apropiación de las 16 prácticas clave, capacitarse y certificarse en Salas Amigas de la Lactancia Materna

Jardín Manablanca: al primer taller asiste Cristina Suescun, el jardín cuenta con 9 docentes, 231 alumnos y 320 padres de familia, como plan de acción marzo-junio 2006 propuso para los docentes socializar el componente actor maestros, para los niños y niñas priorizar la práctica 6: Eliminación correcta de heces y lavado de manos, por medio de rutinas, valoración de los espacios en la institución. Durante la reunión de seguimiento de Agosto de 2006, refirió que se cumplió con lo proyectado.

Jardín San Vicente: Una de las experiencias visitadas, inicialmente se realizó un recorrido guiado por Enelba Castañeda, gestora social. Refirió que al jardín asisten 310 niños y niñas entre 0 y 5 años de edad, con el apoyo de 13 docentes, en grados que van desde lactantes, gateadores, caminadores, prekindergarten y jardín. Cuenta con instalaciones nuevas, que para el momento de la visita llevaba 8 meses de funcionamiento. Refiere que las docentes que no se han capacitado formalmente en alguno de los componentes de la estrategia, se han vinculado

gracias a que la directora, la gestora social y otras docentes que si han sido capacitadas las han involucrado en los principios de la misma.

Indica que se han dado avances como el compromiso de los padres con sus hijos y con la institución, resalta el cambio de actitudes que se observa en las familias con relación a la salud de niños y niñas, la adecuación del lactario, se ha mejorado la higiene de niños y niñas al interior de la rutina en el jardín, buen control de plagas: pediculosis y pulgas, involucrar al padre en la crianza y prevención de enfermedades prevalentes de la infancia.

Posteriormente se entrevistó a Luz Dary, coordinadora del Jardín, quien refiere que la estrategia AIEPI comienza en el momento de la fusión de las cajas de compensación Colsubsidio y Comfenalco. Momento en el cual inician el trabajo basado en las prácticas comunitarias que se hacia difícil dadas las condiciones físicas iniciales, pues se encontraban ubicados al interior del Colegio San Vicente. Desde allí se inicia el trabajo a la par con niños, niñas y padres de familia, con el apoyo del Hospital de San Cristóbal, priorizando el lavado de manos, manejo del sanitario, manejo de los alimentos, esquema de vacunación. Al cambiar de sede refiere que mejora la ejecución y la apropiación. Una herramienta que rescata como importante es la cartilla dirigida a los docentes (Bitácora) que hace parte de la red de jardines sociales de Colsubsidio basada en las 16 prácticas saludables elaborada por el equipo docente del Jardín Santa Marta. Refiere que los padres han

respondido de manera satisfactoria a lo propuesto por el Jardín han aceptado y se han vinculado a los proyectos.

El propósito de la estrategia AIEPI en el jardín es “Poder abarcar la mayor cantidad de prácticas saludables que las familias logren a aplicar pero en serio a establecer las prácticas” hace énfasis en la higiene, alimentación y lactancia materna. Para el cumplimiento percibe el apoyo de parte de la Dra. María Lucia Mesa, Patricia Bonet, Colsubsidio, Hospital San Cristóbal.

Considera que conocer la estrategia es una ganancia para la propia vida, que aporta conocimiento técnico, que permite mejorar la calidad del servicio cumpliendo con la responsabilidad y el compromiso que implica trabajar al interior del jardín infantil.

“... todos los niños en todas condiciones se merecen lo mejor de lo mejor y el compromiso de todo el mundo para que tu vida sea chévere, rica, porque esa es la infancia, la vida es un poco complicada a veces, y la infancia se tiene que vivir lo mejor posible, para que la gente tenga esa posibilidad de felicidad alguna vez en su vida pero si no se construye desde niño ¿cuando van a ser felices?”.

Como resultados identifica el lactario y el proceso de certificación como Salas amigas de la lactancia materna, vinculación de las prácticas a los proyectos de aula, resultados evidentes en la familia, niños y niñas en higiene y afecto,

vacunación 100% de cobertura. Sin embargo, considera una dificultad la resistencia al cambio por parte de la comunidad, el escaso tiempo de los padres que limita la vinculación con la institución.

Proyecta realizar trabajo intensivo con padres, solicitan explícitamente capacitación para las nuevas docentes

Jardín Buena Vista: No asistió a los talleres de febrero, aun así durante el taller del 30 de agosto priorizaron las prácticas 1: Lactancia materna exclusiva, 2: alimentación complementaria, 3: complemento con micronutrientes, 11: prevención de accidentes y 14: identificación de signos de alarma. Plantearon acciones puntuales como el seguimiento a las maestras capacitadas previamente con el modulo agentes comunitarios, continuar con la visita domiciliaria y valoración individual a niños del jardín.

Experiencia de colegios propios

CEIC Chicalá: Al primer taller asistieron Sergio Castañeda y Emilse Nieto, la institución contaba con 57 docentes, 1137 alumnos y cerca de 1000 padres de familia para el momento del taller en el año 2006. Como propuesta para el periodo marzo-junio 2006 fue trabajar con el ciclo 2 y 3 priorizando la práctica saludable No. 6: Eliminación correcta de heces y lavado de manos. En la reunión de seguimiento

priorizan las prácticas 3: aporte de micronutrientes, 4: Promover el desarrollo mental y social y 5: Vacunación, contando con recursos: enfermería, la infraestructura, el apoyo de las EPS y la comunidad educativa. Adicionalmente se propuso realizar la planificación de base en la institución, elaboración del diagnóstico y concertación con los actores del colegio.

En la visita de seguimiento del año 2007 manifiesta que los contactos se realizaron con la EPS famisanar sobre diarrea, infección respiratoria, salud oral, salud sexual y reproductiva, buen trato, tamizaje de crecimiento y desarrollo.

La estrategia no ha sido socializada con otros miembros de la comunidad educativa ni se han cumplido los puntos del plan de acción elaborado durante los talleres realizados. Como problema identifica la falta de tiempo por parte de los docentes para el desarrollo de estas propuestas

CEIC Ciudadela: Este centro cuenta con alianzas con otras instituciones que realizan sus labores con la comunidad educativa, como son prácticas universitarias de varias carreras, proyectos en salud, en educación, en trabajo social.

Asisten al primer taller (febrero de 2006) las docentes Sonia Huertas y Enith Guerrero, la institución contaba con 61 docentes, 1346 alumnos, 900 padres de familia, como plan de acción marzo-junio 2006 se propuso la socialización de AIEPI

comunitario a docentes en reunión de ciclo, un taller dirigido a padres del ciclo inicial tomando como eje la práctica clave No. 10 y taller para niños de 3, 4, 5 grados sobre la importancia del consumo de micronutrientes. En el encuentro de seguimiento de agosto de 2006, las mismas docentes refirieron que socializaron en los ciclo 1 y 2 el componente actor maestros de la estrategia AIEPI, así como la tabulación de las enfermedades prevalentes de niños y niñas, además realizaron talleres sobre alimentación y uso de comedor infantil.

Como plan de acción elaborado en agosto 30 de 2006 priorizaron la práctica No. 14: reconocer signos de alarma, plantearon realizar un taller de planificación de base con las docentes sobre el manejo de enfermedades EDA e IRA, realizar taller de padres sobre enfermedades de EDA e IRA, de manera explícita solicitaron seguimiento y acompañamiento en el proceso

Durante la visita realizada en el año 2007 refiere la docente Enith Guerrero que el proceso lo enfocaron en el hogar maternal, porque consideraron que en el colegio la población era muy grande y no era posible abarcarla toda, la práctica priorizada fue la No. 4: vacunación. Realizaron 3 talleres durante el año 2006 en conjunto con el laboratorio Bayer, sobre vacunación, dirigido a padres. Además elaboraron una encuesta sobre conocimiento de vacunas, contando con la colaboración de estudiantes universitarias de enfermería de la Fundación universitaria Monserrate para la tabulación. Con estos resultados proyectaban una jornada de vacunación en

conjunto con el Centro Médico Ciudadela Colsubsidio. Su objetivo es lograr que el 100% de esquemas de vacunación de los niños y niñas de los cursos prejardín y jardín se encuentren completos.

Considera importante la necesidad de capacitación para las docentes del jardín en agentes comunitarios de salud, solicitud tramitada con la Dra. María Lucía Mesa. También manifiesta que al inicio hubo cruce en el cronograma con actividades programadas desde la institución, pero que luego de manifestar la importancia de las actividades de AIEPI se le dio relevancia a las programadas.

Como resultados observan que en la recepción de niños y niñas del hogar hay mayor cumplimiento en los esquemas de vacunación, el “cuadro ha cambiado”, “ la aceptación de los docentes ha sido maravillosa y de los padres también”, les manifiestan la importancia de continuar con los talleres y de las capacitaciones, refiere que los padres solicitan mayor número de ellas. Otra motivación para iniciar con los niños y niñas del hogar es que al colegio lleguen “ya bien”, considera que se debe empezar por allí, focalizado y no tratar de abarcar mayores acciones que no se pueden cumplir.

CEIC Sopo: asistieron al taller de febrero de 2006 las docentes Natalia Rodríguez y Fernanda Amezcua, la institución contaba con 38 docentes, 1100 alumnos, cerca de 1800 padres de familia, su plan marzo-junio 2006 se enfocó en realizar talleres

sobre la estrategia AIEPI dirigido a los docentes durante las reuniones generales, realizar la línea de base, identificar un problema prioritario y de acuerdo con ello estructurar el plan de acción.

En la reunión de seguimiento de agosto 30, manifestaron que se realizó la contextualización y reconocimiento de la problemática de trabajo social, se sensibilizó a los docentes durante las jornadas pedagógicas. Como plan de acción en agosto 30 de 2006 priorizaron la práctica 8: prevención por VIH – SIDA y la práctica No. 15 dirigida hacia la prevención del embarazo adolescente, proponiendo acciones como Talleres de toma de decisiones, buzón, confesionario, campañas de prevención y promoción de Salud Sexual y Reproductiva, taller sobre mitos y verdades sobre métodos de planificación, escuela de padres para manejo de tiempo libre con hijos.

Durante la visita de seguimiento realizada en el año 2007 se evidencia que la estrategia no ha iniciado en la institución, los docentes que recibieron la capacitación no se encuentran laborando en esta y tampoco fue posible socializar el conocimiento para el resto de la comunidad educativa, hecho que contrasta con lo referido por las docentes en el mes de agosto del año 2006. Lo que hace suponer que la estrategia AIEPI comunitario, actor maestros se convirtió en una actividad adicional a la que los docentes por ser de Colsubsidio debían responder;

en la actualidad la enfermería asume el liderazgo de conocerla y “ponerla en práctica”, para cumplir el compromiso adquirido.

ICEF: Asistieron Rebeca Patiño y Gustavo Sánchez a la primera capacitación en febrero 2006, la institución contaba con 52 docentes, 1050 alumnos, 2000 padres de familia, como plan de acción marzo-junio 2006 plantearon la socialización con los docentes sobre AIEPI comunitario, a través del grupo ICEF, durante las reuniones de ciclo, se propuso un taller de prácticas clave por medio de carteleras, sensibilización a la comunidad estudiantil, refuerzo en el comedor y sensibilización durante los talleres de padres.

En la reunión de seguimiento presentan la estrategia como parte del plan general de bienestar ICEF, refiriendo que para este trabajo se priorizó la práctica No. 4: Promover el desarrollo mental y social, vinculados al PRAE (proyecto ambiental escolar), con líneas de acción propias como el grupo ecológico, se realizaron proyectos, evidenciando la articulación curricular y cumpliendo con las actividades del plan de acción propuesto. En Agosto de 2006 priorizan las prácticas 2: alimentación complementaria y nuevamente la No. 4, plantearon talleres con padres, citaciones individuales en casos especiales, talleres del buen trato dirigidos a padres y estudiantes y seguimiento de trabajo con estudiantes mediante agenda escolar.

CEIC Norte: Asistieron Irma Falla y Sandra Tellez, la institución contaba con 47 docentes, 800 alumnos, 1500 padres de familia, se propuso como plan de acción para el periodo marzo-junio 2006 la socialización con los demás docentes la estrategia AIEPI comunitario a través de circulares y reuniones de ciclo. Se propuso realizar un taller de prácticas clave con carteleras, de igual forma sensibilización a la comunidad estudiantil y en talleres de padres. No asisten a la reunión de seguimiento.

Colegios en concesión

Colegio San Cayetano: en febrero de 2006 asistieron Yeimi Feo y Daniel Amaya, la institución contaba con 53 docentes, 1800 alumnos y 1600 padres de familia, su plan de acción para el periodo marzo-junio 2006 era la adaptación y la aplicación de la línea de base de las 16 prácticas clave y la sensibilización a los docentes sobre AIEPI comunitario. Como plan de acción en agosto 30 de 2006 priorizaron la práctica 8 (prevención por VIH – SIDA) y la práctica No. 15 dirigida a la prevención del embarazo adolescente, con acciones como el desarrollo de Talleres de toma de decisiones, buzón, confesionario, campañas de prevención y promoción de SSR, taller sobre mitos y verdades sobre métodos de planificación, escuela de padres para manejo de tiempo libre con hijos.

Colegio Torquigua: en febrero de 2006 asistieron Martha Riveros, Sandra Trujillo y Natalia Vargas, cuenta con 25 docentes, 800 alumnos y cerca de 500 padres de familia, como plan de trabajo marzo – junio 2006, priorizando la práctica clave No. 16: Asegurar el Control prenatal en las mujeres embarazadas, plantearon sensibilizar a los docentes de ciclos 3 y 4, posteriormente la elaboración de un proyecto de educación sexual, con una evaluación del impacto y la organización de un club de madres gestantes.

Refiere Natalia Vargas durante la visita de seguimiento realizada en el año 2007, que luego, al regresar a la institución después de la capacitación, al ver que no contaban con la población objeto (niños y niñas de 0 a 5 años) consideraron integrar a los “polos locales” alrededor de la estrategia. Iniciaron con la identificación y reconocimiento del área, en este caso la localidad de Engativá, qué programas se dirigían hacia la población gestante y de 0 a 5 años, con el propósito de que el Colegio fortaleciera dichos programas o gestionara la creación de otros. Indagaron en el Hospital de la localidad, Centro Zonal de Bienestar Familia, evidenciaron que en sector de Engativá pueblo no se contaba con programas dirigidos para las mujeres gestantes y lactantes, hecho que identificaron como causa de mortalidad y morbilidad materno infantil en la localidad corroborada con la consulta del diagnóstico epidemiológico de la localidad.

A partir de allí decidieron proponer estrategias que articuladas con el PEI y la misión de Colsubsidio, permitieran generar espacios dirigidos a las mujeres gestantes y lactantes del sector donde se ubica el colegio, que se basara en las 16 prácticas clave de AIEPI.

“...en el colegio y Colsubsidio donde llegaba tenía que ser polo de desarrollo local, entonces ya ahí AIEPI estaba cumpliendo con ese objetivo y nosotros estábamos cumpliendo con el objetivo de AIEPI: convocando a gente de la comunidad”.

No deseaban caer en actividades que no generaran adherencia como talleres monótonos, lo primero que organizaron fue un taller de preparación para la maternidad y paternidad responsable, similar a un curso psicoprofiláctico. La convocatoria inició elaborando 25 carteles para colocarlos en colegios, pañaleras, lugares a donde acudiera bastante gente, plaza de mercado, enviaron cartas de invitación al Hospital y otras instituciones, se vincularon madres del colegio y de la localidad de esta forma, otro mecanismo fue el de los FAMIS quienes entre las usuarias existen madres gestantes y lactantes.

Inició un grupo de 9 gestantes y 7 lactantes, con quienes decidieron implementar las 16 prácticas de forma lúdica y creativa, con buenas evaluaciones por parte de las madres. Con este grupo trabajaron un instrumento para indagar sobre los temas de su interés, la metodología a utilizar:

“...entonces de ahí surgió ¡club!, porque no les gustaba el taller, y no les gustaba el experto; y querían además un espacio donde se contaran y se validaran sus experiencias culturales y personales, entonces donde empezabas a corregir tabúes sobre la lactancia, donde muchas cosas, sobre el parto, sobre todo, donde ellas tienen creencias extrañas”.

Se creó la necesidad de estructurar un proyecto y se convirtió en el “Club de madres gestantes y lactantes”, definido como un espacio que funciona todo el tiempo al cual las madres asisten a trabajar con su barriga, a jugar con su bebé, usar la nevera para guardar la leche materna, leer. Cuenta con juguetes, mini gimnasio de estimulación y desarrollo, música para relajación, videos, revistas y una nevera. Adicionalmente los miércoles y jueves en las tardes hay sesiones especiales para trabajar las prácticas saludables, por medio de conversatorios, sociodrama, ejercicios, estudios de caso. Entre los expertos invitados se encontraban docentes del colegio que trabajan temas como música terapia, yoga, ballet clásico.

Cuando las madres comunitarias de los hogares y jardines cercanos conocieron el programa se acercaron al Colegio, indagaron por el mismo y se quedaron en el club, proyecto paralelo que generó el club de madres comunitarias llamado “Club Infantil”.

“Creciendo juntos fue nuestra forma de aplicar AIEPI, y lo otro vino por accidente, nos buscaron y para dar respuesta a sus necesidades, montamos la

capacitación de.... montamos el hablando con las madres de AIEPI, y empezamos a trabajar con ellas algunas cartillas de género, a mostrarles las 16 prácticas, pues algo muy básico, ni siquiera es el Agente Comunitario en Salud, nada, algo básico de lo que nosotros vimos, y.... ellas se quedaron, ahora tenemos una asociación completa, 19 madres comunitarias”.

Este grupo asiste una vez por semana a capacitarse con el compromiso de que en cada uno de los jardines continúen realizando estimulación a niños y niñas con el enfoque de la promoción de la salud desde la estrategia AIEPI. La capacitación incluye temas pedagógicos.

Durante la reunión de seguimiento exponen su experiencia Creciendo Juntos: club de madres gestantes y lactantes, programa que prioriza todas las prácticas. Luego de la discusión y como plan de acción de agosto 30 de 2006 consideran priorizar únicamente las prácticas 1: lactancia materna exclusiva y 16: asegurar el control prenatal a las mujeres gestantes, continuar con el funcionamiento del club de madres, ampliar la red de apoyo y el número de sesiones originalmente establecidas.

Su objetivo cambia hacia focalizar otra práctica saludable para cumplir con el objetivo de AIEPI comunitario: prevención de las enfermedades prevalentes de la infancia, encadenando a las prácticas las solicitudes e intereses de la comunidad.

Considera que la didáctica debe adecuarse a las motivaciones de las usuarias, para evitar que se canse y se desmotive

La líder de la propuesta es Natalia Vargas, trabajadora social, quien con apoyo del Rector del colegio Wilmar Chinchilla, se encargaron de consolidar el trabajo, igualmente se cuenta con el apoyo de docentes de la institución, de personas invitadas a las sesiones, estudiantes universitarios de educación preescolar. A través del camino se ha involucrado el Hospital Engativá con Hernando Urrego, referente de AIEPI para la localidad, la Iglesia y otros colegios de la zona que remitían mujeres gestantes adolescentes al club.

A partir del seguimiento en Agosto de 2006 concluyeron que debían priorizar pocas prácticas para poder evidenciar resultados para lo cual era necesario realizar un diagnóstico teniendo como base la encuesta diseñada para la elaboración de la línea de base. Entonces priorizaron las prácticas de Lactancia Materna y afecto, organizaron talleres con ese énfasis. En el 2007 decidieron involucrar otros componentes, focalizar su trabajo en una nueva práctica, pues la población solicita otros temas como estimulación prenatal, preparación para el parto que pueden ligarse con la estrategia AIEPI..

Desde el inicio del año 2007 se convirtió en parte del manual de convivencia como un espacio de proyección comunitaria. Además de asegurar la vinculación de niños

y niñas hijos de las madres que asisten al Club a los jardines de las madres comunitarias vinculadas, y se proyecta que estos niños y niñas ingresen al preescolar del colegio Torquigua.

Para todo lo anterior, el apoyo recibido por la comunidad educativa en la institución ha sido definitivo, como lo refiere Natalia:

“¡Lo adoran!, todo el mundo adora al club de madres, es el bebé consentido de todo el mundo, de hecho todo el equipo docente esta dispuesto a ayudarnos, los papás, la asociación, todo el mundo. Y en Engativá ya somos reconocidos, el año pasado a finales trabajamos con 132 lactantes y 32 gestantes de los FAMIS y este año, nos han visitado muchas mamás, si te digo mas o menos 15, desde enero 15 hasta ahora (febrero), mas o menos 15 que no están afiliadas absolutamente a nada, sino que se enteraron y que quieren participar”.

Adicionalmente los niños y niñas de preescolar del colegio participan en actividades organizadas para los niños y niñas de los jardines comunitarios.

Para el año 2007 planearon la construcción de espacios dirigidos a los del colegio para hablar sobre las prácticas saludables de AIEPI según su priorización con las docentes. Las proyecciones surgen de los intereses de la comunidad, que inclusive trascienden las 16 prácticas.

“Yo siento que el proyecto lo iniciamos al revés, porque siempre que uno arranca un proyecto inicia con una idea muy grande y la aterriza, nosotros empezamos al contrario, empezamos con una práctica y se empezó a crecer, en este momento nos toca organizarlo”.

Considera que debe organizar un poco el trabajo con las madres, así como el manejo de los grupos y los asistentes al club dado el rápido aumento de la población, considera que debe aplicar encuesta de base y focalizar una sola práctica, aunque una de sus preocupaciones es que las prácticas son limitadas, solo 16, afectando la sostenibilidad del proyecto en el momento en que se culminen las actividades desarrolladas para abarcar la totalidad de ellas.

Considera como dificultad la falta de tiempo para asistir a las mesas de planeación de la localidad y la comunicación con el referente de AIEPI por parte del Hospital sobre la estrategia y el desarrollo local, manifiesta que los procesos se truncan por esta falta de comunicación, asume que uno de los factores es la distancia entre el Colegio y estas instituciones. Como un hecho desfavorable es el no contar con visitas de Colsubsidio ni de las entidades que trabajan con la estrategia.

Considera importante que la iniciativa del Club de madres se institucionalizara en la caja como una propuesta desde los colegios en concesión hacia la comunidad en general, que permita el desarrollo de la misma, sugiere que desde el departamento de Educación de la Caja se tomara el proyecto y se estudiara desde lo pedagógico y lo social, con un equipo interdisciplinario para potenciarlo y hacerlo parte de

Colsubsidio. Adicionalmente evidencia una dificultad técnica, como contar con un espacio reducido para la población que asiste.

Entre los puntos a favor se encuentra el trabajo articulado con el Hospital de Engativá, captando población sin afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud que hace parte del colegio y del Club de madres para remitir al Hospital y facilitar este proceso. De igual forma y con colaboración de parte de la trabajadora social del Colegio Las Mercedes, se logró el cupo para asistir al curso AIEPI clínico realizado por el mismo hospital, experiencia que refiere le permitió ampliar su conocimiento técnico sobre las enfermedades prevalentes de la infancia, ligarlo con las 16 prácticas saludables y mejorar las sesiones realizadas con las madres gestantes y lactantes.

Al indagar por los aprendizajes, cree en la importancia de trabajar con madres gestantes y lactantes con niños y niñas menores de 5 años para trastocar los conocimientos que se manejan al interior de las comunidades sobre la salud y prevención, permitiéndolos entrar en dialogo con los conocimientos técnicos que aporta la estrategia. Tanto que la propuesta innovadora del club motiva a las madres y los padres (hombres) de familia a mejorar las prácticas que se cotidianamente se realizan al interior de la misma, y al profesional o actor social a percibir realidades que llaman la atención de la comunidad, resaltando que la calidad de vida y el acceso a la información no se liga únicamente a las condiciones

de pobreza. El resultado lo hace la adhesión de las madres y la respuesta por parte de la comunidad que tienen ante los programas que se les presentan.

“La población, esta feliz, yo no podría decirte que la tasas de mortalidad y de enfermedad ha disminuido porque no se mide tan pronto, pero ha tenido eco en la comunidad, la gente nos visita, todo el mundo pregunta que es.”

“Se que se ha disminuido el nivel de accidentalidad, se que la gente ya maneja, no toda pero la mayoría el no biberones y no chupos, que mas te puedo decir yo, se preocupan mucho más, se preocupan por tener su control prenatal, por asistir al medico, estar pendiente de las señales de alerta, a nivel de salubridad no se como lo están manejando en la casa, pero se que en lactancia estamos bien, que fue la práctica que focalizamos y la de afecto, se que lo estamos logrando. Tuvimos dos partos en enero y fueron partos satisfactorios, logramos romper por lo menos en dos de 32 el tabú del parto doloroso, el parto el infierno y el sufrimiento, por un parto que es responsable, que es un ejercicio físico, que tienes que tranquilizarte y ser responsable, y en esa medida tuvimos dos partos chéveres, mamas juiciosas. No hay complicaciones”.

Colegio Las Mercedes: asiste Diana Duque y Víctor Hugo Peralta. En febrero del año 2006 la institución contaba con 92 docentes, 2300 alumnos, 2000 padres de familia, el plan para Marzo-Junio 2006 fue dirigido hacia la sensibilización a los maestros, la divulgación de la estrategia AIEPI por medio de un Video sobre

problemas sociales, la aplicación de encuesta para diagnóstico, identificación del problema, a partir de lo cual se elaborarían líneas de trabajo, focalizando su actuar en las prácticas que se relacionan con malnutrición y maltrato psicológico. Otra de las propuestas fue la elaboración de un glosario de redes de apoyo.

Durante el taller de seguimiento en Agosto de 2006 asiste Diana Duque, refiere que priorizaron todas las prácticas con las siguientes acciones puntuales: divulgaron la estrategia al 100% docentes, capacitaron 5 gestores, canalizaron la población a impactar eligiendo a madres comunitarias y sus usuarias, realizaron foros locales sobre pautas de crianza fortalecido por la estrategia AIEPI, realizaron talleres sobre juego y lúdica como desarrollo de aprendizaje, fomentaron el control prenatal por medio de trabajo lúdico. Trabajaron con los líderes de 10 y 11 grado, realizaron capacitación a docentes para que la escuela de padres fuera “alianza de la estrategia AIEPI”; a su vez el colegio para el momento contaba con el centro de conciliación; en el mes de agosto trabajaron la lactancia materna; ha fortalecido las relaciones con las siguientes instituciones, que ella las considera como redes: el equipo interdisciplinario desde capacitación jueves, diversas universidades, Centro Operativo Local, Save the Children, Cámara de Comercio, Comisaría de familia, Promoción para la Convivencia, Hospital Engativa. Refiere como logro la vinculación de la estrategia AIEPI al PEI en el eje: fortalecimiento en programas a la comunidad.

En el año 2007 se visitó la institución y se entrevistó a Diana Duque, trabajadora social, manifiesta que la estrategia AIEPI en la institución inicia a finales de febrero de 2006, momento en el que realizan un prediagnóstico, consistente en un mapa de problemas, donde identificaron necesidades y priorizaron lo que luego trabajarían sobre la estrategia AIEPI. Identificaron las enfermedades prevalentes de los niños y niñas que asistían a la institución y la alta frecuencia de maltrato infantil. Posteriormente decidió enfocar su trabajo hacia dos grupos: madres gestantes y lactantes por una parte y madres comunitarias por otra.

Identifica 4 propósitos:

1. "Apropiar la promoción y prevención en salud de manera didáctica, reconocer la estrategia AIEPI intentando que integraran su significado dentro de su lenguaje cotidiano"

2. "Incorporar prácticas saludables desde el ejercicio que hacen los padres de familia hasta los niños, en todo su diario vivir, es decir, si empezamos un patrón desde casa y lo asimilan los papas, los niños lo asimilan y prácticamente pueden tener una sana salud"

3. "Enfocar las prácticas cotidianas saludables".

4. " Integrar la estrategia a todos los procesos que buscan generar la recuperación de las condiciones biopsicosociales en el niño para que esté bien"

Aunque refiere que es poca la influencia que puede lograr al interior de las familias dadas las condiciones de vida de las mismas.

Inicialmente se capacitaron a los estudiantes del colegio para que la estrategia fuera transmitida e “implementada” en los jardines comunitarios donde el colegio tenía influencia en los programas de servicio social, dado el vínculo de las madres comunitarias con niños y niñas menores de 5 años. Durante 4 meses se trabajaron algunas temáticas, evaluaron y evidenciaron que los jardines no se encontraban en las condiciones adecuadas para niños y niñas, por lo que consideraron replantear el proceso, previa concertación con la dirección del Colegio, y realizar únicamente estrategias “lúdico pedagógicas” dirigidas igualmente a las madres comunitarias:

“Durante la aplicación de la estrategia nos dimos cuenta que las condiciones de salubridad general para los chicos no eran las deseadas ni adecuadas, lo que nos sucedió es que los retretes y las condiciones en salud en general para los niños no eran adecuados, entonces lo que hicimos fue comunicarnos con la dirección y lo que hicimos fue mirar como se reformulaba el proceso, porque si implementábamos salud y por ejemplo el lavado de manos y la higiene y no tenían donde hacerlo, de entrar al baño y después el aseo, no teníamos donde, entonces la estrategia quedaba coja sin ejercicio práctico, los niños no apropiaban si no tenemos el proceso en vivo, entonces nos retiramos, iniciamos de nuevo pero simplemente con estrategias lúdico pedagógicas.”

Así nacen dos grupos, el primero de madres gestantes y lactantes, a quienes vinculó mujeres gestantes desde el primer trimestre del embarazo, madres de niños y niñas hasta los 2 años de edad y el segundo integrado por madres de los HOBIS (Madres comunitarias de los Hogares de Bienestar familiar). A ellas “enseña toda la

estrategia”, la cual se implementa con ejercicios prácticos y teóricos, la intención era presentarla de forma lúdica con el fin de lograr mayor apropiación del “significado dentro de su lenguaje cotidiano”. Eran madres que viven en la localidad y se ubicaban en zonas cercanas al colegio, que no tuvieran la posibilidad de asistir a otras actividades o proyectos del Centro Operativo Local.

Dos meses después de iniciar el trabajo, considera que, los grupos empezaban a interiorizar lo aprendido y a relacionarlo con la estrategia AIEPI. Refiere que el proceso continuó desde el apoyo a la familia, con temas como el buen trato, involucrar al padre en la crianza, vacunación, conocimiento del sistema general de seguridad social en salud.

La priorización y el trabajo al interior de la institución lo realizó Diana Duque, manifiesta que entre sus propósitos iniciales se encontraba capacitar a los docentes de la institución, pero por dificultad en el ajuste de horarios y la gran cantidad de actividades por parte de ellos no fue posible cumplirlo. A pesar de esto la estrategia se vinculó al PEI desde el proyecto comunitario, con programas dirigidos a la población de la comunidad en la cual se encuentra el colegio.

Al interior de la institución se han realizado jornadas de Salud integral, como jornadas de vacunación, odontología, consulta médica, desparasitación, aporte de micronutrientes, con apoyo del Hospital de Engativá, y a partir de allí generar

procesos en el aula, como el cuidado del cuerpo o el manejo de los alimentos en el comedor.

Finalizando el año 2006 realizaron en conjunto con el Hospital de Engativá, un foro local dirigido a “Cero mortalidad materno infantil”, en donde se discutieron temas como Cero mortalidad materno infantil, demoras en la atención médica, planificación familiar, experiencias en estrategia AIEPI. Asistieron 119 madres gestantes, lactantes y madres comunitarias, así como instituciones dedicadas a la salud materno infantil. Durante este evento se realizó jornada de vacunación, exposición comercial, actividades de estimulación adecuada y la evaluación de la estrategia AIEPI en la localidad. Su ejecución permitió visibilizar el proyecto al interior del colegio y de la comunidad, un ejemplo es el crecimiento en integrantes, pues en el momento de la entrevista el grupo había aumentado su tamaño en 100% respecto a la cantidad de madres que inicialmente asistían.

Proyecta fortalecer los proyectos iniciados, tanto el grupo de madres comunitarias líderes como el grupo de usuarias (gestantes y lactantes), así como ubicar salones cerca de las madres para evitar su desplazamiento; esta labor será realizada con el apoyo del Hospital Engativá y en lo posible vincularla con las estrategias IAMI, IAFI. Con los jóvenes que se encuentran en el año de servicio social apoyar el trabajo en el comedor sobre la cultura de la nutrición y el manejo de alimentación y de acuerdo con las prioridades de la caja trabajar con prevención de desastres.

Como puntos positivos se identifican el apoyo con enfermería y los avances con los grupos descritos.

Como puntos negativos discrepa sobre la corta duración de la capacitación que ella recibió (actor maestros), pues para conocer la estrategia en mayor medida requiere mayor conocimiento sobre la misma, por otra parte considera mejorar la cantidad de material para poder trabajar con el grupo de madres.

Se encuentra descontenta por la falta reuniones de socialización de la experiencia al interior de la Caja y sugiere organizar lo que ella llama “equipo AIEPI Colsubsidio” el cual sirviera de apoyo y de retroalimentación al trabajo que viene realizando cada institución, de forma idealmente periódica.

Identifica como logros la vinculación a la red materno infantil de la localidad que le permite hacer parte de los análisis de los casos de mortalidad materna y recibir el apoyo de la red al interior de la institución. La participación en la preparación y ejecución del foro local ya descrito.

Colegio San Vicente: Asistieron al taller realizado en febrero de 2006 la docente Irma Ávila y psicóloga Maritza Camargo, para el momento el colegio contaba con 56 docentes, 1800 alumnos, 3000 padres de familia, consideraron como plan de

acción marzo-junio 2006 realizar una replica del taller AIEPI con los formadores durante cuatro reuniones, identificar las prioridades, elaboración de un cronograma de trabajo con formadores y en la escuela de padres.

Durante la reunión de seguimiento en Agosto de 2006 manifiestan que priorizaron las prácticas 4: buen trato, 8: adoptar conductas que prevengan el SIDA y 13: asegurar la participación del hombre en la crianza, con acciones de socialización con los docentes, realizaron mesas de trabajo para priorizar las prácticas, luego cada docente en los espacios académicos denominados “Proyecto de vida” realizaron el taller con los estudiantes, con encuentros de retroalimentación sobre las prácticas priorizadas. Hacen la salvedad que a los padres se les explicó en reunión que significaba la estrategia AIEPI y el valor que le iban a dar dentro de la formación de los estudiantes al interior del colegio.

Como plan de acción en agosto 30 de 2006 priorizaron la práctica 8 (prevención por VIH – SIDA) y la práctica No. 16 dirigida a la prevención del embarazo adolescente, propusieron acciones como talleres de toma de decisiones, colocar un buzón, colocar un confesionario, campañas de prevención y promoción de SSR, taller sobre mitos y verdades sobre métodos de planificación, escuela de padres para manejo de tiempo libre con hijos

En el año 2007 se visitó la institución, la entrevista fue realizada a Maritza Camargo y a Janeth (enfermera), refieren que el objetivo de trabajo posterior a la capacitación en actor maestros en febrero de 2007 fue "Fortalecer la estrategia de AIEPI comunitario como parte de la formación dirigida a padres de familia y a la comunidad educativa para promover en los aspectos educativo e informativo el desarrollo de prácticas saludables para mejorar el bienestar de familias", Maritza manifiesta que la idea es llegar a los estudiantes para que cambien ciertos hábitos de vida, teniendo en cuenta su parte emocional o su parte física, a partir de eso a través de talleres generar conciencia y poder cambiar hábitos inadecuados y manejar el diálogo.

En el colegio desarrollaron la estrategia a través de un espacio llamado Proyecto de vida, en donde cada uno de los docentes realizan diferentes actividades²⁷ en los grupos a su cargo. En el espacio de cada grupo se identificó inicialmente la realidad local, a partir de ella plantearon preguntas y así escoger el problema a trabajar; previo conocimiento de las 16 prácticas se priorizó la mas relevante para el grupo de estudiantes, de manera que ellos consideraron les permitiera fortalecer su proyecto de vida.

Democráticamente en cada salón se escogió una práctica, al reunirlos por grados los docentes notaron que en primaria se hacia énfasis sobre la práctica 4: buen

²⁷ Maritza al inicio de la entrevista muestra un folder con trabajos realizados por docentes y estudiantes de todos los grados, incluye la planeación de los talleres a nivel institucional y por grados.

trato y en secundaria sobre la práctica 8: prevención de VIH. Por tanto a nivel institucional se escogieron dos prácticas, para trabajar las problemáticas de agresividad en primaria y sexualidad en bachillerato.

Cada uno de los docentes elabora su carpeta de recolección de trabajos relacionados con la estrategia, la cual ya se volvió parte del proceso que llevaban con Proyecto de vida.

Posteriormente tanto docentes como estudiantes elaboraron la planeación estratégica de las prácticas priorizadas; a partir de ese momento se continúan en sesiones de 2 veces por semana en el espacio de proyecto de vida, el desarrollo de esa planeación. En el momento de la entrevista se encontraban realizando la evaluación de lo trabajado durante el año 2006.

Aunque el grupo objeto han sido los estudiantes de la institución, se amplió a los padres de familia en el espacio de escuela de padres. Considera que se acogió adecuadamente al interior de la comunidad educativa, dada la integración con el espacio proyecto de vida,

“...entonces nosotros podíamos hacer, o sea no necesitábamos aumentar nada mas dentro de nuestro trabajo sino que dentro de nuestro mismo proyecto de vida incursionamos cada una de estas prácticas, entonces nos pareció que hilaba con todo. Esa parte nos gusto. Aquí tengo evidencia de cada uno de los cursos donde se trabajó AIEPI. Se hizo en todos los cursos.”

Proyecta continuar trabajando en las prácticas priorizadas y ligar este proyecto con el programa de Escuela Saludable propuesto por la Secretaria Distrital de Salud, además considera que es prioritario trabajar en el colegio en prevención del embarazo adolescente con las mejores herramientas posibles,

“Eso me ha gustado mucho y por eso queremos seguirlo trabajando, inclusive estábamos esperando alguna información de la red, pero hasta ahora no hemos recibido. Este trabajo ha tenido resultados y no lo queremos dejar en el aire, en enfermería y en proyecto de vida.”

De acuerdo con la evaluación del proceso realizado durante el año 2006 observaron mejores habilidades de comunicación en los niños y niñas con quienes se trabajó la práctica que iba dirigida hacia la disminución de la agresividad, hacían explícito el trato en su casa. Antes de trabajar con la estrategia se manejaba desde trabajo social y psicología, lo diferente es el apoyo del docente ante estas situaciones.

“...y entonces ellas (las docentes) me decían que les gusto mucho AIEPI porque a partir de eso conoció mas a los niños. Eso fue lo que mas nos gusto, en cuanto a que hilamos algo respecto a nuestro proyecto y que pudimos desarrollar las capacidades de los estudiantes”... “Es que nosotros vimos que AIEPI podía estar en todo en todas las partes de nuestro trabajo, que lo estamos haciendo de a poquito, si , porque nosotros decíamos que queremos no meternos en todo sino de a poquitos, entonces ahora en escuela saludable con Janeth estamos trabajando. “

A partir de su inicio han observado cambios en el comportamiento de los estudiantes que inclusive trascienden las prácticas priorizadas, como el siguiente relato:

“Lo que yo veo es que si se ha cambiado algo, por ejemplo, el niño ya es capaz de decirle a la mamá que se va a lavar las manos antes de comer, ... van a enfermería y comentan acerca de los hábitos que en la casa han cambiado, así como la trascendencia en las familias. O en cuanto a agresividad, ... una niña me decía que lo que más le había gustado de esto es que ahora su padre y su madre se sentaban con ella a hablar. Ese día yo decía que el trabajo se hizo, por eso el trabajo me ha gustado mucho...”

“A nosotros nos gusto los resultados, y los niños hablan de AIEPI, el año pasado les preguntábamos sobre esto y hablan del objetivo, de las prácticas, para nosotros fue muy interesante, nos gusto y vimos que si se podía trabajar con la estrategia.”

“he aprendido que entre mas conozca uno cosas y mas las adhiera y les haga parte de su proyecto o de su PEI o de su vida diaria van a dar mejores resultados”

Aprendizajes que se interpretan como modificaciones en la vida cotidiana de estudiantes, padres de familia, docentes y sus relaciones con los demás. Queda en el ambiente una sensación positiva acerca de la vinculación de la estrategia AIEPI como herramienta para hacer pedagogía al interior de la institución.

Como dificultades durante el proceso, refiere que hace falta mayor información sobre las prácticas saludables, así como es necesario mantener el contacto con las

demás instituciones que desarrollan la estrategia y los capacitadores, pues este considera se perdió, sugieren el apoyo de profesionales de otras áreas, que no posee el colegio, sobre los temas a trabajar con padres y estudiantes.

Colegio Nueva Roma: a la capacitación de febrero de 2007 asiste la docente Stella Palomares, el colegio contaba con 56 docentes, 1850 alumnos, 3100 padres. En su plan de acción marzo-junio 2006 consideraron implementar taller con docentes sobre AIEPI comunitario y la priorización de prácticas por ciclos, elaborar un plan de trabajo con estudiantes y directores de curso en el espacio de dirección de curso y proyecto de aula, realizar escuela de padres con psicología de acuerdo a prioridad por ciclo.

Durante la reunión de seguimiento de agosto 30 de 2006 manifestaron que socializaron el taller a docentes por ciclos con posterior priorización de prácticas y la elaboración de un diagnóstico inicial. Como plan de acción en agosto 30 de 2006 priorizaron la práctica 8 (prevención por VIH – SIDA) y la práctica No.16 dirigida a la prevención del embarazo adolescente, con acciones como el desarrollo de Talleres de toma de decisiones, fabricación de buzón, de confesionario, campañas de prevención y promoción de SSR, taller sobre mitos y verdades sobre métodos de planificación, escuela de padres para manejo de tiempo libre con hijos

Otros colegios:

Colegio Fundación Colombia: Asiste a la primera capacitación Aurora Vivero, para el momento la institución contaba con 59 docentes, 810 alumnos, 1200 padres de familia. El plan de acción marzo-junio 2006 se basó en socializar sobre la práctica clave No. 5: vacunación y 6: eliminación correcta de heces y lavado de manos, aprovechando espacios como la dirección de grupo y la reunión de entrega de informes a los padres de familia.

En el primer taller de seguimiento, Agosto 30 de 2006, manifestaron como prácticas priorizadas 3: complemento con micronutrientes, 5: vacunación, 6: eliminación correcta de heces y lavado de manos y 11: Prevención y tratamiento de accidentes, con acciones puntuales sobre sensibilización a padres sobre vacunación, saneamiento y prevención de accidentes. Como plan de acción de agosto 30 de 2006 priorizaron la práctica 4: buen trato, para lo cual plantearon aplicar la encuesta y realizar escuela de padres.

En el año 2007 se realiza visita a la institución, el contacto fue con las docentes Rocío Vega, Aurora Vivero y Patricia, quienes refieren que la estrategia inicia desde la capacitación en febrero, donde ellas mismas se vieron como actores o agentes sociales en salud, el papel tan interesante que tenían, inclusive luego la docente refiere que a ellas no las preparan en la universidad para el rol social que

cumplen como educadoras, que allí se prepara a los maestros para dictar su clase o llevar a cabo ciertos contenidos, pero en el momento de iniciar su profesión no se tiene presente la verdadera dimensión social que desarrollan a diario.

Posteriormente capacitaron a los docentes del área infantil, dadas las condiciones de un colegio privado exclusivo para los hijos de trabajadores del Banco Colombia, que Colsubsidio administra, por tanto la población del colegio es diferente a la que se puede encontrar en otras instituciones de la red, adicionalmente refieren que “el colegio no está inmerso en una comunidad” y buscar población menor de 5 años no era su prioridad.

Iniciaron con la priorización de las prácticas de vacunación, enviándoles volantes a los padres sobre el esquema de vacunación y luego sobre la necesidad de la vacunación en todos los niños y niñas. En el año 2007, se dan cuenta que la problemática es ver a niños solos, e indagando por las causas se identifican a madres adolescentes, o padres con largas jornadas de trabajo que no tienen la posibilidad de estar largos momentos con sus hijos; hecho que identifican como un problema que deriva en el desempeño escolar.

Con el objetivo de “mejorar las condiciones de vida de los niños y las niñas, mejorar y garantizar su bienestar”, plantearon acciones dirigidas hacia la práctica de buen trato dirigidas a niños y niñas, con lo que observan mejoría en su desempeño

escolar. Dada la escasa posibilidad de tener contacto con los padres, planean en reuniones de entrega de boletines realizar la encuesta directamente a los padres

Proyectan entonces adecuar la encuesta como base para ubicar las acciones pertinentes a realizar, una encuesta que les oriente sobre las causas de la “soledad de los niños en sus casas” , pues a la encuesta genérica dirigida a familias no encontraron mucha posibilidad de aplicarla “por las mismas características del colegio”, por tanto tenían que realizarla ellas mismas.

Refieren que la aceptación por la comunidad educativa ha sido buena, los profesores lo han hecho parte de su cotidianidad. Aunque se podría ver como una carga mas, desarrollar la estrategia y trabajar sobre las prácticas clave es la posibilidad de observar a los niños y niñas desde una forma integral y no solo desde lo académico. Como docentes han aprendido sobre las 16 prácticas, sobre la autonomía de los niños y niñas, adicionalmente ellas mismas se ven como actores sociales.

Entre los logros manifiestan que los niños y las niñas son más autónomos, ya no llegan con la tarea sin hacer, las actividades para la casa no esperan a que lleguen sus padres para poder realizarlas, sino que se encuentra que los niños y las niñas pueden hacerlo con más dominio.

Identifican como factores positivos el que permite trabajar sobre prácticas que los niños y niñas deben “dominar”, como las relacionadas con la higiene, la vacunación. No consideran que existan ni se observan dificultades, tampoco refieren sentirse solos en el proceso.

Experiencia Ludotecas: asiste a la primera capacitación Luis Guacaneme, contaba con 38 ludotecarios. Como plan de acción marzo-junio de 2006 propone replicar los talleres a los docentes, convocar a las autoridades de los municipios, docentes y madres comunitarias para realizar propuestas de acuerdo con los problemas identificados.

No asiste a la reunión de seguimiento.

IV. LECCIONES APRENDIDAS.

Como aprendizajes en la experiencia se establecen relaciones entre la concepción de salud, participación social, ejercicio de ciudadanía, la defensa de derechos de niños y niñas, elementos que aportan al desarrollo humano y social, ubicadas al interior de comunidades educativas y trascienden a la comunidad en general.

Se escogen los espacios educativos por ser ambientes donde se conjugan diferentes actores, espacios, momentos cotidianos donde estudiantes, maestros, administrativos, padres de familia y comunidad en general interactúan permanentemente, trasciende el espacio tanto físico como social y logra incursar en la vida de los individuos permitiendo la continua transformación.

Estrategias como la planteada a lo largo de esta sistematización, Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la infancia priorizan los problemas mas relevantes en las comunidades en materia de salud infantil y los ofrece a los diferentes sectores similar a una carta de navegación, para que cada uno de ellos mejore sus habilidades, la calidad del servicio, los conocimientos y prácticas que a su interior se desarrollan. Resalta la salud como un Valor Social, sustentado como la misma estrategia lo describe "una de las razones para involucrar a los actores sociales y sus redes, es que la salud del niño y la mujer gestante, en la mayoría de lugares, no es un valor social. Al no serlo, no es prioridad en la agenda local de

dichos actores. Y no es agenda social por que existe aún el concepto muy parcial de que la salud y el cuidado de la misma está asignado a las instituciones de salud. Este es uno de los principales retos, y al mismo tiempo justificación, para pasar a la práctica del concepto: *Salud como derecho de todos y un deber de todos el cuidarla y promoverla*"²⁸

Particularmente el componente Comunitario Actor Maestros plantea que²⁹: "El objetivo final del componente comunitario de la estrategia AIEPI es que las familias y la comunidad incorporen prácticas saludables en la crianza del niño o niña y proteger y mejorar la salud de la mujer gestante, y que el aplicar las prácticas clave constituya un valor social"³⁰.

Para que lo anterior se logre es importante la participación de los diferentes Actores sociales, identificándolos como aquellos individuos, grupos, organizaciones o instituciones que hacen parte de una comunidad e interactúan en ella, son las unidades reales de acción³¹, tomadores y ejecutores de decisiones que inciden en la realidad local. Entre los que se pueden relacionar a las organizaciones de base, iglesias, organizaciones no gubernamentales, instituciones gubernamentales,

²⁸ OPS, OMS, Cruz Roja Internacional. Guía para los coordinadores locales, la Cruz Roja y el personal de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington. 2004

²⁹ OPS, OMS, Cruz Roja Internacional. Guía para los maestros, la Cruz Roja y el personal de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington. 2004

³⁰ OPS, OMS, Cruz Roja Internacional. Guía para el maestro. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington. 2004

³¹ Pirez, P. Actores Sociales y Gestión de La Ciudad. En: Ciudades 28, oct-dic 1995. Ponencia presentada el XX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, México, 2 al 6 de octubre de 1995.

gremios, movimientos, maestros, agencias de cooperación internacional, entre otros.

En la red educativa de la Caja Colombiana de Subsidio Familiar COLSUBSIDIO fue fundamental para el proceso, la identificación de problemas que se presentaban en la comunidad, y aunque no son directamente los que llevan a la muerte si son barreras que compiten con la atención oportuna para niños niñas y madres, algunas instituciones, como es el caso del jardín santa marta que encuentran como problema que los hospitales de la zona no trabajen con estrategia AIEPI, en el momento de alguna reunión con la coordinadora distrital de la red en la estrategia, le plantean su inquietud con posterior mejoría del proceso.

La estrategia les permite integrar varias acciones en una sola, teniendo como norte el desarrollo humano entendido “Desarrollo como derivado de la capacidad de las personas de una región o país de dar direccionalidad y sostenibilidad a los procesos que orienten hacia la realización de su visión de futuro. Y esta capacidad de las personas, los grupos y los países, se fortalece cuando en su enfoque de desarrollo se reconoce la atención integral a la niñez como un eje articulador de las políticas sectoriales e institucionales”³²

³² Acosta A, A. La planeación participativa de base para el desarrollo humano y el proceso de diseño y programación de proyectos. Modulo Maestría en desarrollo educativo y social. CINDE – UPN 15. 2006

Es un proceso que permite pensar la calidad desde diferentes puntos de vista, de relaciones, de accesos, de servicios, de vida. Bajo esquemas escolares donde se conjugan los actores y el ambiente, se problematiza la relación existe entre esos determinantes de la salud y las realidades que se están observando, usando como instrumento un estetoscopio, de esta forma se construye Salud como valor. Es rescatable que en el sector educativo sea donde se construya este concepto, como parte de la comunidad, donde todos los actores son responsables de su cuidado.

El común denominador de la red respecto a los factores que permitieron trabajar con las 16 prácticas familiares clave se enumeran a continuación:

1. Es un proceso que es derivado de políticas públicas de infancia y adolescencia.
2. El liderazgo desde la Coordinación del Departamento de Educación, hecho que hace la estrategia institucional y un compromiso con la Caja.
3. El trabajo en equipo, permite un ejercicio de participación ciudadana.
4. El interés y la necesidad por parte de las y los docentes, trabajadores sociales, psicólogos de adquirir nuevos conocimientos en pro de mejorar su labor cotidiana.
5. Ofrecer programas a la comunidad dirigidos a problemas relevantes, como es la reducción de la mortalidad y morbilidad infantil.
6. Resolver situaciones cotidianas que se presentan que amenazan la integridad de niños, niñas y jóvenes.

7. Mejorar condiciones de vida, que estas se volvieran prioritarias para los padres y de esta forma mejorar los indicadores de salud a nivel local y nacional.
8. Se ven los resultados a corto plazo, niños y niñas manejan las prácticas saludables además que se puede vincular con los proyectos de la institución.

La Ley General de Educación, ley 115 de 1994, en su artículo 5° describe los fines de la educación, entre los cuales el número 12 fundamenta las acciones de salud escolar en las instituciones educativas como dice: “(...) 12. la formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre (...)”, como objetivos comunes de todos los niveles el artículo 13 de la misma ley reza: “Es objetivo primordial de todos y cada uno de los niveles educativos el desarrollo integral de los educados mediante acciones estructuradas encaminadas a: a. formar la personalidad y la capacidad de asumir con responsabilidad y autonomía sus derechos y deberes (...) d. desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de si mismo, la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable, (...)”

A partir del ejercicio de planificación de base las instituciones identifican tanto sus problemas, como sus prioridades y sus recursos, se identifican como actores sociales, líderes en su propio espacio, generan espacios de participación, se vinculan como integrantes de la comunidad a otras redes de la misma, permiten la articulación entre instituciones con objetivos comunes, promueven la participación en los integrantes de la comunidad, movilizan procesos solicitan mejoras en ellos, formulan nuevas estrategias de cambio social, se hace un ejercicio de diálogo intercultural y de gestión intersectorial

Planificación de Base entendida no solamente como un problema conceptual y metodológico, sino fundamentalmente como un proceso social³³, aceptando que es fruto de la interacción de múltiples actores sociales. Con variables que le afectan como son:

- características del contexto
- Bases conceptuales desde las que se asume
- metodología y coherencia en relación con los fundamentos teóricos

De esta forma, la educación para la salud (edusa), que se ha ligado a las acciones en salud pública, desde la prevención de la enfermedad o desde la promoción de la salud, definida desde los términos: proceso, estrategia y experiencias, que buscan capacitar y responsabilizar a individuos y/o comunidades en la toma de decisiones

³³ Ibíd. Acosta A, A. La planeación participativa de base para el desarrollo humano y el proceso de diseño y programación de proyectos. Modulo Maestría en desarrollo educativo y social. CINDE – UPN 15. 2006

que afecten directa o indirectamente su propia salud. Manifestada en experiencias de aprendizaje basadas en investigación sobre salud, que permiten adquirir elementos teórico prácticos para decidir sobre la adopción de conductas que afectan directa o indirectamente la salud individual y colectiva, así como la modificación de comportamientos cotidianos en busca de un vivir mejor³⁴. Implica ganar espacios de poder, ejercer la educación como un proceso social e individual requerido para que se produzca el crecimiento de la comunidad y de los individuos que la integran y el Desarrollo como el lograr que las personas y los grupos perfeccionen sus habilidades para identificar los problemas, como síntesis de la toma de conciencia de las carencias y generación de la motivación necesaria para resolverlas.³⁵ Evidenciado en los siguientes relatos:

“(AIEPI)...Es mucho mas que una estrategia, es un programa de salud porque en lo que estoy conociendo es un programa de salud que inició como una estrategia y que facilita el mejoramiento de condiciones de vida pero allá real, sobre lo cotidiano, porque lo que te digo, hay muchos programas dedicados a mejorar las cosas de la gente pero sin sus necesidades primarias, cuando uno atiende lo primario tiene posibilidad de mejorar. Creo que uno puede ver como la escala de progreso, ..., es un programa de salud supremamente importante, considero que este en Colsubsidio es mas que un sello de calidad, es una impronta que tiene Colsubsidio, y con una responsabilidad encima tenaz, porque si uno por negligencia o por falta de cumplimiento de una de estas prácticas, permite que un niño se desborde o en otras condiciones, no hay nada que hacer, se pasa, pero cuando uno tiene la oportunidad de conocerlo y de saber como realizarlo para mi es tan valioso y tan importante como la parte pedagógica”.
Jardín San Vicente

³⁴ Cañón, M.F, Jiménez G.C. Propuesta de lineamientos curriculares y guías metodológicas en educación para la salud. Universidad Pedagógica Nacional. Depto de postgrados. Trabajo de grado. 2003.

³⁵ Ibíd. Acosta A, A. La planeación participativa de base para el desarrollo humano y el proceso de diseño y programación de proyectos. Modulo Maestría en desarrollo educativo y social. CINDE – UPN 15. 2006

Bajo el concepto de desarrollo social que deriva en el desarrollo del ser humano en una perspectiva integral y viceversa.³⁶ La motivación debe surgir de los actos de individuos y comunidades, de acuerdo con las necesidades que se perciben por los mismos, el contexto en que se describen, dialogo interinstitucional e intercultural entre los actores sociales. En la sistematización se observa que cuando las instituciones establecen sus propios objetivos coherentes con su realidad actual, que surgen del ejercicio de planeación, identificación de sus problemas, identificación de la población a trabajar, reconocimiento de sus propios recursos, las prácticas priorizadas se plantean respuestas dirigidas a los problemas identificados que a corto, mediano y largo plazo les generan resultados.

Esto se deriva en la posterior coherencia entre el objetivo de la estrategia en su componente comunitario, y los propósitos de la Caja, en estos cada equipo humano de las instituciones hace evidente su concepción de desarrollo integral y la concepción de salud como valor social, determinante de la calidad de vida y a su vez una resultante de la interacción entre diversos factores cotidianos que afectan la vida de un individuo y su relación con la comunidad, como lo plantean en el Jardín Santa Marta:

³⁶ Acosta A, A. La planeación participativa de base para el desarrollo humano y el proceso de diseño y programación de proyectos. Modulo Maestría en desarrollo educativo y social. CINDE – UPN 15. 2006

"Entonces el primer objetivo era: que el papá empezara a entender que la salud de los niños era una prioridad y la otra era que nosotras lográramos hacer equipo con el hospital y que tuviéramos credibilidad".

Cada institución prioriza de acuerdo con su realidad local, el conocimiento mas profundo de cada una de las prácticas, el saber por qué son estas y no otras, es una de las solicitudes de las instituciones. Sugieren y solicitan mejorar sus propias habilidades en estos temas, los cuales desde mi punto de vista no dependen de la profesión, sino del interés de cada líder por fortalecer algún tipo de conocimiento.

Entre las estrategias de trabajo la principal es la problematización, que como resultado fue la elaboración de un Plan de Acción para el año 2007 de lo/as Maestro/as de cada Institución Educativa de Colsubsidio, que sea trabajada transversalmente en su proyecto educativo, aprovechando sus espacios reales con alumno/as, padres y madres, actores sociales de la comunidad en que están inmersas para trabajar por el derecho a la salud de niñas y niños y de las mujeres gestantes. Para el desarrollo de cada plan de acción las estrategias son diversas, feria de salud, elaboración de materiales, generación de espacios, vinculación con otras instituciones, proyectos de aula, talleres, entre otras lo que permite pensar que gracias al trabajo con la estrategia AIEPI se refuerza su labor como docentes, trabajadores sociales o psicólogos.

A partir de los encuentros y la ejecución de los planes de acción se evidenciaron diferentes situaciones:

- En algunas instituciones no hubo objetivos claros dado que no se inició la estrategia como tal.
- Se hace evidente la diferencia entre quienes han sido capacitados con el módulo de agentes comunitarios, en quienes hay mayor apropiación, se propicia la participación, y generan propuestas de cambio de la sociedad.
- Igualmente se observa el contraste entre los colegios propios y en concesión, estos últimos evidenciaron mayores avances y propuestas que se articulan a la institución como parte de su propia dinámica. Se asume que las diferencias que expliquen un a favor de los jardines sociales y los colegios en concesión parten de la mayor sensibilidad de estos hacia de las condiciones de vida las familias a su cargo, en su mayoría de estratos socioeconómicos bajos y con necesidades básicas insatisfechas, pues los objetivos de la institución educativa articulan la visión de la Caja con las necesidades y problemáticas vividas en la comunidad, enfocándose en los niños y niñas en condición de vulnerabilidad y comprometiéndose con la solución a sus dificultades.
- Para los jardines sociales prima el bienestar infantil, como un elemento de desarrollo humano, ante alguna experiencia se acoge como una herramienta que les permita llegar a cumplir el objetivo propuesto. Para los colegios en concesión en Torquigua y Mercedes se proyectan hacia la comunidad, en

San Vicente la mirada es hacia el interior. Son los colegios propios los que han evidenciado menor desarrollo y apropiación de la estrategia, en solo uno de ellos ha iniciado pero con pocos avances.

"La Red de Jardines Sociales pretende dar respuesta y plantear soluciones a la formación integral de niños y niñas que presentan un alto índice de factores de riesgo a nivel afectivo, emocional, social y económico"³⁷. (Jardín San Vicente)

La población impacto de las experiencias depende igualmente de su priorización, es así como podemos observar que para los jardines sociales la población son los niños, niñas y familias que asisten a ellos, en los colegios en concesión Mercedes y Torquigua trabajan con madres gestantes y lactantes, así como la vinculación con madres comunitarias, en el colegio San Vicente, también en concesión y demás instituciones su población impacto son los estudiantes propios. Cada institución priorizo la población vulnerable o su población diana, no limitándose a un solo en un actor, continúa el proceso al interior de la familia, estudiantes, docentes.

"Una forma de construir país, para mi en este momento ha sido una forma de lucharle a la pobreza, como decirlo, a la vulneración de la gente, entonces la gente es pobre y los pobres siempre se mueren porque son pobres, entonces se muere un niño de diarrea porque es pobre, entonces es una forma de lucharle a esa cultura, es decirles a ellos "es que usted no es pobre usted tiene el derecho a saber y la obligación de saber como se maneja a su

³⁷ Mesa, M.L. y col. Impacto en conocimientos de los cuidadores de menores de cinco años, luego de una intervención educativa en siete colegios preescolares de Bogotá. 2004.

bebe y como prevenir, como proteger la salud suya como gestante y la de su bebe". Ha sido una forma mas que, al principio confieso que me parecía mas trabajo, o sea yo cuando lo vi dije ¿como un colegio Colsubsidio si no tenemos esa población, vamos a enseñar a lavar las manos antes y después del almuerzo y al baño, y ya?, si yo lo veía así, y decía pero como es posible que nosotros como colegio tengamos que aplicar algo que no tenemos población. Pero ya después uno se enamora del cuento y la responsabilidad que tiene la gente de la comunidad, esta responsable, porque impacta en los datos y las muertes de los niños, cuando hay picos de enfermedad respiratoria hay esta todo el mundo preguntándote que hacer, los padres, los vecinos. La gente ya lo conoce, La gente ya sabe que estamos ahí. Seria chévere que se hiciera institucional, no seria bonito que bienestar familiar de acá a mañana salga en noticias diciendo que montó clubes de madre gestante y lactante, no seria bonito. Además AIEPI ya esta en el distrito, la secretaria de salud lo maneja, aparte porque en principio la secretaria de salud lo que nos decía era, miraba con mucha curiosidad el club, pero decía "que es una estrategia mas de muchas", pero finalmente en AIEPI es lo que esta capacitando todos los hospitales públicos". Colegio Torquigua

Algunas de las docentes refieren que la capacitación les permite ampliar su papel al interior de su institución como gestoras sociales, pues la formación universitaria se limita a los contenidos teóricos para el desempeño profesional, hecho que se traduce en concepciones y parciales de la salud, por tanto desligadas de su quehacer profesional.

Las maestras a partir de la estrategia son más efectivas y detallistas para identificar cambios en las familias, tienen la posibilidad de tener un contacto diario, ese conocimiento es base para dirigir su mirada hacia los problemas más relevantes y proponer estrategias acertadas para la solución

“En un comienzo yo lo veía como algo externo a nosotros, es un proyecto mas, pero en este momento lo veo parte de nuestra institución, porque veo una forma de nosotros poder llegar a diferentes personas y que cambien sus hábitos y que no sea entre dos personas solas sino que yo voy a hablar con ellos y así se lo transmiten a los otros, lo que yo te decía de la niña, que es capaz de llegar a su papa y a su mama sentarse y hablar gracias a ese trabajo, entonces para mi ha sido parte del programa. Enseñarles sobre hábitos alimenticios, buen trato, ahora lo vemos parte de nosotros”. Colegio San Vicente

En pocas instituciones se observa que la estrategia se convierte en una carga adicional desligada de su PEI y su labor cotidiana, es satisfactorio que la responsabilidad social se manifiesta y se potencia con iniciativas basadas en estos procesos, como lo describe Natalia Vargas del colegio Torquigua:

"Pero ya después uno se enamora del cuento y la responsabilidad que tiene la gente de la comunidad, esta responsable, porque impacta en los datos y las muertes de los niños, cuando hay picos de enfermedad respiratoria hay esta todo el mundo preguntándote que hacer, los padres, los vecinos. La gente ya lo conoce, La gente ya sabe que estamos ahí". (Colegio Torquigua)

En los jardines, colegios en concesión y colegios propios fue clave el apoyo dado por parte de los coordinadores de las instituciones, permitió que los operativos desarrollaran sus propuestas, les abrieron las posibilidades. Sugiere que el papel del líder es el factor fundamental para el desarrollo de procesos de trabajo comunitario

A nivel local la planeación realizada para la priorización de prácticas y su ejecución en algunas instituciones, como es el caso del Colegio San Vicente, se interrelaciona con la propia, hecho que no modifica los procesos, por el contrario, lo mejora, de acuerdo con las prioridades de la comunidad y población objeto en este momento se dará mas peso a alguna práctica. En algunas instituciones compartieron su conocimiento con los demás integrantes de la planta docente, quienes trabajan de forma coordinada de acuerdo con las instrucciones del líder de la experiencia.

En las propuestas de acción derivadas se observa coherencia en las instituciones de acuerdo con la priorización, en su mayoría se plantean de forma participativa con los padres, estudiantes, docentes, hecho que les permite continuidad y apropiación. El apoyo por parte de otras instituciones como el caso de Creciendo juntos, agricultura urbana, fortalece igualmente los procesos.

Como resultados vale la pena destacar:

1. Es tal la adherencia a la estrategia que en algunas instituciones, como los Jardines sociales Santa Marta y San Vicente el proyecto AIEPI se convierte en el eje de su trabajo como docentes, lo demuestran en la elaboración de la Bitácora o cartilla de rutinas. De lo que concluye que el sector educación es un sector importante para trabajar la estrategia AIEPI dada su posibilidad de impactar a un gran número de personas de la comunidad y el compromiso

que tienen con la misma. Hecho que deriva en adopción de prácticas saludables al interior de las familias y de los cuidadores de niños y niñas.

2. Fortalecimiento del dialogo cultural, el cual se puede identificar a partir de las experiencias y de la comunicación entre los mismos docentes, quienes consideran que parte de su labor docente es la preocupación por la salud integral de niños y niñas, así como el dialogo con los padres de familia sobre las prácticas comunitarias perjudiciales para salud de niños y niñas.
3. Sinergias entre sector salud y educación, centros de la zona y los jardines sociales, que permite fortalecer los programas.
4. Compromiso de las instituciones con el desarrollo integral de niños y niñas que generaron estrategias intersectoriales, innovadoras y que han evidenciado resultados: Salas amigas de la lactancia materna, Foro local de madres gestantes y lactantes en la localidad de Engativá, Desarrollo del programa de agricultura Urbana, Club de Madres gestantes y lactantes.
5. En las instituciones con mayor recorrido han identificado el impacto que por si mismas generan y la necesidad de evaluación permanente

El hecho de la visibilización de los docentes y los integrantes de la comunidad educativa ante otras comunidades como la hospitalaria, los habitantes del sector, las instituciones de la localidad, son actores identificados y valorados.

Así como la identificación de resultados a corto, mediano y largo plazo, que van mas allá del aprender a “sumar y restar”, pues los mayores aprendizajes en este caso son los aprendizajes para la vida.

"Además uno se vuelve mas valioso para la gente, lo buscan a uno para que hacer en tal caso, y le dicen que en el taller se hablo de eso, entonces uno tiene que estar capacitándose a diario, para darle una información verídica y que sea clara para ellos. Ya sabemos que hay otitis por el olor, " Nebraska

La solución a los problemas de salud de la población gestante e infantil, implica un serio compromiso y acciones que evidencien la inversión en mejorar las condiciones de base de dichos problemas, de igual forma, las actividades económicas de la población vulnerable o afectada también influyen en la forma y tipos de enfermedades que aparecen. Al trabajar sobre estos problemas y tener impacto en ellos, las instituciones perciben esa contribución, se empoderan como actores sociales, dominan un tema que no es de directa competencia de ellos, lo hacen propio y lo defienden.

Favorecer los derechos de la infancia y su ejercicio pleno permite que los actores sociales generen también procesos de participación y directamente el ejercicio de la ciudadanía, entendida como el ejercicio activo de los derechos por parte del individuo. El derecho a la salud es uno de los derechos fundamentales, complejo y con dificultad de garantizar a plenitud, fundamental porque se liga a la vida,

integridad moral, psíquica y física condiciones base del ejercicio de todos los derechos humanos. Salud por tanto la define como una condición esencial, un atributo sustantivo y una prerrogativa inalienable de la dignidad de las personas como seres individuales y sociales³⁸.

El ejercicio de la ciudadanía genera aprendizajes que alimentan y hacen que la salud y educación se fortalezca su relación, involucrada como trabajo en red, con la red educativa. La evaluación de los aprendizajes modifica la concepción de salud de los actores, generándose una negociación cultural y por tanto asumir la participación como la base del trabajo en red.

Teniendo en cuenta, como lo dice Alejandro Acosta, que la comprensión, la motivación y capacidad de direccionar la acción dependen de³⁹

1. conciencia y motivación, surge de las propias necesidades identificadas y de acuerdo con su contexto, cultura, historia se acompañan de decisión, el agente externo parte de esas necesidades identificadas y priorizadas por la comunidad. Su misión es construir con la comunidad procesos que permitan resolver necesidades en condiciones que siempre se llegue a procesos de desarrollo cada vez más integrales.

³⁸ OPS. Derechos humanos y derecho a la salud: construyendo ciudadanía en salud. Lima, 2005.

³⁹ Acosta A, A. La planeación participativa de base para el desarrollo humano y el proceso de diseño y programación de proyectos. Modulo Maestría en desarrollo educativo y social. CINDE – UPN 15. 2006

2. potencialidades, recursos propios y carencias como generadores de acción humana

Identificación de recursos disponibles como base de la solución del problema (como propio por la comunidad). Busca la autonomía y autogestión.

3. autonomía en identificación de los problemas y soluciones deseadas

El poder de cada actor al interior del proceso se fortalece al apropiarse de los problemas y de los recursos con que cuenta

4. cambio de visión de planeación basada en el pasado a planeación con visión de futuro

Se debe evitar caer en la dependencia con el agente externo dado que se parte de necesidades y problemas, por lo que al direccionar la acción hacia la conciencia de lo que se quiere llegar a ser

5. definición de líneas de acción, identificación de problemas: las personas desarrollen la habilidad para identificar el futuro que desean.

Entre las acciones evidenciadas se observa mucho de participación, ejercicio de ciudadanía, formación y organización de redes, los actores son plenamente identificados y valorados en cada comunidad donde existen y viven, como lo describen cada uno de los entrevistados y se plantean en los siguientes párrafos:

“Personalmente a mi AIEPI me enriqueció mucho, ver la importancia de que ejerce como en los niños teniendo los conocimientos de AIEPI, para mi eso fue como muy bonito, enriquecedor y constructivo, porque a mi ya no me asustaba tanto cuando mi hija se brotaba o mi hija vomitaba, porque si yo la sabia hidratar, para mi fue enriquecedor, como adquirir un postgrado mas, adquirir algo muy chévere e importante. Saber manejar el vomito todas las mamás saben, y no.... No es así”. Jardín Nebraska

“Fuera de su significado como tal, me lleva como a la reflexión que desde nosotros debemos generar prácticas cotidianas saludables y que eso me lleva a reflexionarlo en el ejemplo con. La estrategia en si me permite tener una estrategia metodológica clave de intervención con todos los grupos poblacionales, excepto que a los grupos uno aplica la estrategia según el rango etáreo que tenga y aplica lo que puedo aplicar la estrategia a los grupos que tengo, pero si permite y viabiliza en los grupos poblacionales conductas sanas, reflexionar sobre la salud integral, el que se cuiden, se amen, porque la autoestima hay forma parte del estado de salud y eso ha significado mucho porque ha bajado el índice de maltrato, muchísimo, de maltrato, de problemas de higiene con los chicos, de cuidado personal, porque esta estrategia nos permite implementar uno en todo el colegio y dos hacia fuera, que donde queremos trabajar es hacia fuera”. Colegio Las Mercedes

“Es mucho mas que una estrategia, es un programa de salud porque en lo que estoy conociendo es un programa de salud que inicio como una estrategia y que facilita el mejoramiento de condiciones de vida pero allá real, sobre lo cotidiano, porque lo que te digo, hay muchos programas dedicados a mejorar las cosas de la gente pero sin sus necesidades primarias, cuando uno atiende lo primario tiene posibilidad de mejorar. Creo que uno puede ver como la escala de progreso, ..., es un programa de salud supremamente importante, considero que este en Colsubsidio es mas que un sello de calidad, es una impronta que tiene Colsubsidio, y con una responsabilidad encima tenaz, porque si uno por negligencia o por falta de cumplimiento de una de estas prácticas, permite que un niño se desborde o en otras condiciones, no hay nada que hacer, se pasa, pero cuando uno tiene la oportunidad de conocerlo y de saber como realizarlo para mi es tan valioso y tan importante como la parte pedagógica”. Jardín San Vicente

“Una forma de construir país, para mi en este momento ha sido una forma de lucharle a la pobreza, como decirlo, a la vulneración de la gente, entonces la gente es pobre y los pobres siempre se mueren porque son pobres, entonces se muere un niño de diarrea porque es pobre, entonces es una forma de lucharle a esa cultura, es decirles a ellos “es que usted no es pobre usted tiene el derecho a saber y la obligación de saber como se maneja a su bebe y como prevenir, como proteger la salud suya como gestante y la de su bebe”. Ha sido una forma mas que, al principio confieso que me parecía mas trabajo, o sea yo cuando lo vi dije ¿como un colegio Colsubsidio si no tenemos esa población, vamos a enseñar a lavar las manos antes y después del almuerzo y al baño, y ya?, si yo lo veía así, y decía pero como es posible que nosotros como colegio tengamos que aplicar algo que no tenemos población. Pero ya después uno se enamora del cuento y la responsabilidad que tiene la gente de la comunidad, esta responsable, porque impacta en los datos y las muertes de los niños, cuando hay picos de enfermedad respiratoria hay esta todo el mundo preguntándote que hacer, los padres, los vecinos. La gente ya lo conoce, La gente ya sabe que estamos ahí. Seria chévere que se hiciera institucional, no seria bonito que bienestar familiar de acá a mañana salga en noticias diciendo que montó clubes de madre gestante y lactante, no seria bonito. Además AIEPI ya esta en el distrito, la secretaria de salud lo maneja, aparte porque en principio la secretaria de salud lo que nos decía era, miraba con mucha curiosidad el club, pero decía “que es una estrategia mas de muchas”, pero finalmente en AIEPI es lo que esta capacitando todos los hospitales públicos”. Colegio Torquigua

En este momento se tiene muy claro que es trabajo intersectorial y trabajo en red, la necesidad de desarrollar los proyectos en conjunto con el sector educación desde las premisas:

- Maestro como líder en la salud publica
- Su labor hacia la salud traspasa el solo hecho de realizar talleres informativos
- Requiere aceptación en instituciones de salud y de comunidad

- Es importante continuar con procesos de capacitación desde la visión integral del ser humano

“En un comienzo yo lo veía como algo externo a nosotros, es un proyecto mas, pero en este momento lo veo parte de nuestra institución, porque veo una forma de nosotros poder llegar a diferentes personas y que cambien sus hábitos y que no sea entre dos personas solas sino que yo voy a hablar con ellos y así se lo transmiten a los otros, lo que yo te decía de la niña, que es capaz de llegar a su papa y a su mama sentarse y hablar gracias a ese trabajo, entonces para mi ha sido parte del programa. Enseñarles sobre hábitos alimenticios, buen trato, ahora lo vemos parte de nosotros”. Colegio San Vicente

AIEPI es entonces una estrategia que empodera a cada uno de los integrantes de la comunidad educativa. Este empoderamiento los identifica como lideres y los posiciona al interior de la misma, con estas herramientas se favorece en la comunidad procesos de participación y esta a su vez ejercicio de ciudadanía.

El conocimiento mas profundo de cada una de las prácticas, el saber por qué son estas y no otras es una de las solicitudes de las instituciones, que a su vez sugieren y solicitan mejorar sus propias habilidades en estos temas, los cuales desde mi punto de vista no dependen de la profesión, sino del interés de cada líder por fortalecer algún tipo de conocimiento.

BIBLIOGRAFIA

Acosta A, A. La planeación participativa de base para el desarrollo humano y el proceso de diseño y programación de proyectos. Modulo Maestría en desarrollo educativo y social. CINDE – UPN 15. 2006

Benguigui, Yehuda. Situación Actual y perspectivas de la Región de las Américas ante los Objetivos para el Desarrollo del Milenio referidos a la mortalidad en la niñez. En: Informe de tercera reunión, GATA. OPS. 2004

Cañón, M.F, Jiménez G.C. Propuesta de lineamientos curriculares y guías metodológicas en educación para la salud. Universidad Pedagógica Nacional. Depto de postgrados. Trabajo de grado. 2003.

Documento Alianza Regional AIEPI comunitario. 2006

INFORME DE COLOMBIA, SEGUIMIENTO DE LA CUMBRE MUNDIAL A FAVOR DE LA INFANCIA 1990 – 2000

Kenya-Mogisha N, Pangu K. The Household and Community Component of IMCI: A Resource Manual on Strategies and Implementation Steps, Health Section UNICEF ESARO, 1999. p: 3. Citado por: Documento Alianza Regional AIEPI comunitario. 2006.

Ley 1098 de 2006.

Mesa, M.L. y col. Impacto en conocimientos de los cuidadores de menores de cinco años, luego de una intervención educativa en siete colegios preescolares de Bogotá. 2004.

Ministerio de la Protección Social. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. Curso clínico para profesionales de la salud. 2005.

Obregón, R. Expansión de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia en la región de las Américas: el papel de la comunicación. En: Informe de tercera reunión, GATA. OPS. 2004.

OPS. La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), la contribución a los objetivos de desarrollo del milenio. 2003.

OPS, Ministerio de la Protección social. Situación de la salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007

OPS, Ministerio de la Protección social. Situación de la salud en Colombia. Indicadores Básicos 2007.

OPS, OMS. Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia: guía metodológica para su desarrollo. 2005. Washington D.C.

OPS, OMS, Cruz Roja Internacional. Guía para el maestro. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington. 2004

OPS, OMS, Cruz Roja Internacional. Guía para los coordinadores locales, la Cruz Roja y el personal de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington. 2004

OPS, OMS, Cruz Roja Internacional. Guía para los maestros, la Cruz Roja y el personal de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI. Washington. 2004

OPS. Derechos humanos y derecho a la salud: construyendo ciudadanía en salud. Lima, 2005.

Pirez, P. Actores Sociales y Gestión de La Ciudad. En: Ciudades 28, oct-dic 1995. Ponencia presentada el XX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, México, 2 al 6 de octubre de 1995.

Straatman, Rosa Dierna. Sistematización cualitativa de la implementación de la estrategia comunitaria del AIEPI de la Alianza Regional. Análisis antropológico de cambios institucionales, sociales y familiares generados por el AIEPI comunitario. Lima 2005. Documento inédito.

http://www.pnud.org.co/img_upload/33323133323161646164616461646164/Reducir%20la%20mortalidad%20infantil.pdf