

Olaya-Cuadros, Bertha Lya; Gaviria-Noreña, Dora Lucía

Bertha Lya Olaya-Cuadros

bertha.olaya@udea.edu.co

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Dora Lucía Gaviria-Noreña

dora.gaviria@udea.edu.co

Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Revista Ciencia y Cuidado

Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia

ISSN: 1794-9831

ISSN-e: 2322-7028

Periodicidad: Cuatrimestral

vol. 14, núm. 1, 2017

revistacienciaycuidado@ufps.edu.co

Recepción: 11 Mayo 2016

Aprobación: 27 Octubre 2016

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/508/5082219005/index.html>

DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.808>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional.

Para citar este artículo: Olaya-Cuadros BL, Gaviria-Noreña DL. Cuidado de la salud de la familia. Rev. cienc. cuidad. 2017; 14(1): 79-94

Resumen: **Objetivo:** promover el cuidado de la salud con las familias de dos barrios de la Comuna 3 de Medellín, mediante acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. **Materiales y Métodos:** propuesta de intervención que integra aspectos de la gestión de proyectos con marco lógico y la epidemiología con el monitoreo participativo en salud para el análisis de los problemas que afectan a las comunidades vulneradas socialmente y el desarrollo de prácticas académicas pertinentes, participativas y continuas en pro del bienestar. Se seleccionaron 177 familias identificadas en condiciones de vulnerabilidad y dependencia del cuidado. Se utilizó la historia familiar como instrumento para la valoración. **Resultados:** vinculación de la enfermería comunitaria a las familias desplazadas que han vivido procesos de exclusión e inequidad, y de vulneración de sus derechos, por el despojo de sus tierras y la pérdida de beneficios para el acceso al trabajo digno, la salud y la educación, que las han llevado a la resistencia y movilización como mecanismos de protección. **Conclusiones:** se reconocieron los procesos protectores como la solidaridad, el respeto y el apoyo en medio de la adversidad, así como los procesos de deterioro que afectan las dinámicas familiares, pues constituyen información y conocimiento esencial para proponer estrategias y acciones de cuidado individual y colectivo pertinente y en contexto, en las cuales el grupo de estudiantes y docentes integró aspectos teóricos y metodológicos necesarios para implementar la atención primaria en salud con las familias y las comunidades, mediante el enfoque de desarrollo humano y la participación comunitaria.

Palabras clave: condiciones de trabajo, salud laboral, riesgos laborales.

Abstract: **Objective:** promote health care in families of two neighborhoods from the Comuna 3 in Medellín, through actions of health promotion and prevention of disease. **Materials and Methods:** intervention proposal that involves aspects of project management with a logical framework and epidemiology with the participative health monitoring for the analysis of problems that affect socially vulnerable communities and the development of relevant, participative and continuous academic practices, to promote the wellbeing. 177 families identified in vulnerable conditions and dependent of care were selected. Family history was used as an instrument of evaluation. **Results:** affiliations to the community health nursing to displaced families that have experienced exclusion or inequality, rights violations, for the

dispossession of their lands and the loss of benefits for a decent job, health and education, which have led to resistance and mobilization as mechanisms of protection **Conclusion:** protective processes were recognized, such as solidarity, respect and support in the midst of adversity, as well as the deterioration processes that affect the family dynamics, since it constitutes information and essential knowledge to propose strategies and actions of appropriate individual and collective care and in context, in which the group of students and professors integrated theoretical and methodological aspects necessary to implement primary health care with the families and communities, through the focus of human development and community participation.

Keywords: community health nursing, public health nursing, family health, consumer participation, primary care nursing.

Resumo: **Objetivo:** promover o cuidado da saúde com as famílias de dois bairros da Favela 3 de Medellín, através de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Materiais e Métodos:** proposta de intervenção que integra aspectos da gestão de projetos com marco lógico e a epidemiologia com o monitoramento participativo em saúde para a análise dos problemas que afetam as comunidades vulneradas socialmente e o desenvolvimento de práticas acadêmicas pertinentes, participativas e contínuas para o bem-estar da família. Selecionaram-se 177 famílias identificadas em condições de vulnerabilidade e dependência do cuidado. Utilizou-se a história familiar como instrumento para a avaliação. **Resultados:** vinculação da enfermagem comunitária às famílias deslocadas que tenham vivido processos de exclusão e inequidade, e de vulneração de seus direitos, pela desapropriação de suas terras e a perda de benefícios para o acesso ao trabalho digno, a saúde e a educação, que as tem levado à resistência e mobilização como mecanismos de proteção. **Conclusão:** reconheceram-se os processos protetores como a solidariedade, o respeito e o apoio em médio da adversidade, assim como os processos de deterioro que afetam as dinâmicas familiares, já que constituem informação e conhecimento essencial para propor estratégias e ações de cuidado individual e coletivo pertinente e em contexto, nas quais o grupo de estudantes e docentes integram aspectos teóricos e metodológicos necessários para implementar a atenção primária em saúde com as famílias e as comunidades, através do enfoque de desenvolvimento humano e a participação comunitária.

Introducción

El cuidado de enfermería con las familias y los colectivos es uno de los grandes desafíos disciplinares en la búsqueda del bienestar y la equidad como un ideal ético humanitario. En este sentido, esta propuesta busca contribuir al bienestar de las familias en situación de vulnerabilidad social con el horizonte filosófico, ético y político de la atención primaria en salud (APS) renovada para el 2005 (1) como estrategia eficaz para organizar los servicios sociales y de salud y lograr una formación del talento humano con pertinencia social.

Se inspira en el modelo de APS del Departamento de Antioquia (2-3), que fue implementado por enfermería, el cual se fundamenta en el cuidado con las familias para contribuir al desarrollo y bienestar, así como en procesos de

comunicación y educación para la salud, para la comprensión de las relaciones familiares y sociales que se tejen en la vida cotidiana y que, a su vez, están condicionadas por el contexto social económico, político y cultural en los territorios

La familia es el sujeto de cuidado del modelo y “se concibe como el escenario ideal de interrelación donde el ser humano teje los lazos afectivos, cognitivos y de desarrollo, es la generadora de potencialidades que nutren la compleja dimensión de la vida, condición ésta para lograr seres libres, autónomos, solidarios, justos y finalmente respetuosos de sí y de los otros” (2).

La perspectiva teórica del modelo de APS hace referencia al desarrollo humano, la epidemiología crítica, la gestión y la disciplina de enfermería para el logro de la salud colectiva y que, a la fecha, evidencia aumento de coberturas e impacto en indicadores de salud, como se presentó en el Tercer Encuentro Departamental de Atención Primaria en Salud (4).

El territorio de aprendizaje lo constituyen dos barrios de la Comuna 3 de la ciudad de Medellín que han albergado familias desplazadas de regiones del Departamento de Antioquia y del país y que hoy habitan las laderas de la ciudad, con procesos históricamente marcados por el deterioro en su calidad de vida. Así mismo, las respuestas sociales y de salud son insuficientes para brindar una protección integral y conocimientos para el cuidado que generen prácticas cotidianas para el bienestar.

En ese intento pedagógico de reflexionar, validar y reconfigurar, desde la academia, la práctica del cuidado de la salud comunitaria, se participa en la convocatoria anual para proyectos de Extensión solidaria del Banco Universitario de Proyectos (BUPPE) de la Universidad de Antioquia, como una iniciativa de responsabilidad social con las comunidades

Esta experiencia concibe la enfermería, desde su misión, como la ciencia y el arte del cuidado de la salud y la vida de los seres humanos dentro de sus espacios socioculturales cotidianos, apoya y acompaña la construcción de procesos de bienestar en interacción con las personas, las familias y la comunidad, con acciones que posibilitan la integralidad, la continuidad y la oportunidad para promover la salud, la prevención de la enfermedad y la formación académica con pertinencia social.

Se siguen, además, los postulados de Collière (5), cuando afirma que “cuidar es, ante todo, un acto de vida, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y permitir que ésta continúe, se desarrolle y se reproduzca como un servicio público universal”.

Morse et al. (6) por su parte, en las dimensiones del cuidado, consideran que es un imperativo ético que busca la beneficencia y la defensa de la dignidad y respeto del ser humano como fin de toda acción. En la dimensión humana - por su esfera afectiva y de interacción- necesita de la comunicación, confianza, respeto y compromiso y, como acción terapéutica (7) busca la comprensión de las necesidades, problemas y situaciones del ser humano y de su familia para contribuir en la promoción de la salud y la vida, prevenir la enfermedad y acompañar en el proceso de muerte.

Dentro de la práctica, se devela la resiliencia, siguiendo a Uriarte (8), “como la capacidad por parte de la comunidad de detectar y prevenir adversidades, la capacidad de absorción de una adversidad impactante y la capacidad para

recuperarse tras un daño”. El enfoque de resiliencia, al igual que el de desarrollo humano, favorece la comprensión desde las capacidades que se potencian en la comunidad para solucionar problemas, establecer vínculos y potenciar capacidades individuales y colectivas (8).

En la interacción comunicativa con las familias son constantes las manifestaciones de historias y relatos de dolor por la muerte y el desalojo de sus tierras campesinas ocasionadas por los actores violentos partícipes del conflicto armado del país. Sin embargo, también es muy frecuente que narren cómo el asentarse en este territorio semiurbano y contando con la solidaridad de las personas que les han brindado apoyo para iniciar otra dinámica desconocida, han reconstruido sus vidas desde otra dimensión, sin darle la oportunidad de recrear ni postergar la tristeza que estos actos violentos y depravados ha ocasionado en sus historias de vida. Es ahí donde esta experiencia devela y le da significado al reino de resiliencia

Desde lo académico, el proyecto busca aportar a la formación de profesionales de diferentes programas en la búsqueda de resolver problemas pertinentes con la realidad de la salud en el contexto y cotidianidad territorial y de aportar a su solución desde una práctica interdisciplinaria e intersectorial en un ámbito complejo de saberes.

En este acompañamiento a las familias, orientado con acciones educativas, que dirimen sus conflictos mediante conocimientos y habilidades comunicativas, se favorece y se establecen un camino para la participación, el diálogo y la conversación de la salud colectiva en condiciones de horizontalidad, contribuyendo a la comprensión social de la salud desde la satisfacción precaria de sus necesidades y desde las potencialidades y las capacidades que las familias y las comunidades tienen para movilizar recursos. Las formas como las familias establecen redes de apoyo y los esfuerzos solidarios que realizan en el día a día para sobrevivir con creatividad, en especial con generosidad, se instalan en la dimensión de lo comunitario como aprendizajes colectivos.

En esencia, la experiencia busca la transformación de una atención fragmentada hacia el cuidado integral, como una responsabilidad social y ética de la enfermería comunitaria y de la Universidad, para la construcción de escenarios/territorios de aprendizaje interdisciplinario, que aboguen por un trabajo intersectorial que fortalezca los principios y valores de la atención primaria en salud renovada y por la defensa de la salud como derecho humano (9).

Para el profesional de enfermería, la práctica con las familias y la comunidad es uno de los grandes desafíos por la necesidad del cuidado esencial para la vida en los escenarios donde se desarrolla, se mantiene, se deteriora y finaliza. Orientar las acciones desde la promoción de la salud, la prevención, atención y rehabilitación en el campo comunitario cobra relevancia por su pertinencia social en el ideario filosófico, ético y científico del campo interdisciplinario de la salud y el desarrollo.

Objetivos

Objetivo general

Promover el cuidado integral de la salud con las familias de dos barrios de la Comuna 3 de la ciudad de Medellín, mediante acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la formación con pertinencia social.

Objetivos específicos

Reconocer los procesos protectores favorables y los deteriorantes para el cuidado integral de la salud, en las familias participantes

Desarrollar acciones para el cuidado de la salud integral con las familias, grupos y la comunidad en general de los dos barrios de la Comuna 3

Desarrollar estrategias de inducción y capacitación en APS, desde la perspectiva del desarrollo humano y con enfoque familiar, en los estudiantes universitarios vinculados al proyecto

Materiales y Métodos

El método, entendido como el camino que posibilita el logro de los objetivos, integra los aspectos de la gestión de proyectos desde el marco lógico†† y la epidemiología con el monitoreo participativo en salud, como lo plantea Breilh (10), desde una visión multidimensional, que abarca lo general, lo particular y lo singular, rescatando el proceso histórico del cuidado como esencia del desarrollo humano y social sustentable y que se instaura con la participación de familias, líderes, organizaciones e instituciones donde se tejen las prácticas sociales que son determinadas por el actuar humano.

La experiencia se deriva de un proyecto de intervención para darle continuidad en las prácticas académicas. Sigue los lineamientos de la metodología del marco lógico y el monitoreo participativo en salud de la epidemiología crítica; si bien utiliza técnicas y procesos de la investigación no es una investigación, es una experiencia de la práctica.

Se adoptó la muestra intencionada o por conveniencia como método de muestreo, que permite conocer la realidad de un grupo social, sin inferir en el total de la población. Para acceder a la información, en primer lugar, se realizó un acercamiento a los integrantes de la Junta de Acción Comunal, con quienes las autoras mantuvieron una comunicación mediada por un convenio docencia-servicio respaldado por el marco normativo y administrativo de la Vicerrectoría de Extensión con la convocatoria anual de proyectos del Banco Universitario de Extensión –BUPPE–, acto administrativo No. 41391. Se realiza socialización del proyecto con la Junta de Acción Comunal para la autorización del trabajo con grupos y familias en el territorio.

En segundo lugar se seleccionaron las familias beneficiarias del proyecto y para ello los líderes manifestaron las necesidades de trabajo con las familias de la tercera edad y las que tenían algún integrante en situación de discapacidad, peticiones que se tuvieron en cuenta en los criterios de inclusión, además de los exigidos en el proyecto: ser de estratos socioeconómicos 0, 1 y 2. A través de un trabajo de coordinación con la Junta de Acción Comunal y docentes de unidades académicas participantes en el proyecto, se identificaron 177 familias que cumplieron con los criterios de inclusión y, además, aceptaron participar en el proyecto mediante un consentimiento informado.

En el proceder desde los lineamientos para la formulación y ejecución de un proyecto desde el marco lógico, se busca comprender la realidad que viven las familias y se identifican cuatro momentos:

Primer momento: la interacción se realiza mediante un proceso comunicativo de sensibilización y reconocimiento de actores de la comunidad, sustentado en la premisa de la creación de lazos de cooperación que se gestan en la confianza y el

respeto para un acercamiento que perdure en el tiempo. En compañía de líderes comunitarios se reconoce su territorio y las acciones que realizan en su mundo cotidiano para cuidar la vida; mediante un recorrido etnográfico se desarrollan técnicas como la observación, las notas de campo, las reuniones colectivas y entrevistas con líderes que han posibilitado el reconocimiento del territorio como espacio dialógico de aprendizaje

Para este momento se trabaja una guía validada por un panel de expertos con el grupo de docentes de gestión en Enfermería del VIII semestre, denominada Guía para el Reconocimiento del Contexto del Cuidado, la cual facilita la comprensión del territorio como espacio dialógico del aprendizaje. Este instrumento facilita la captación de los aspectos generales de los barrios, en lo económico, demográfico, cultural, educativo, social, físico y político; además, en una secuencia para la comprensión lógica de las dinámicas propias de barrio, ayudó a captar la estructuración de los servicios sociales y de salud, el modelo de atención, la organización y gestión, los mecanismos de participación y los recursos financieros que están al servicio de la comunidad. La guía es autoría del grupo de docentes de Gestión de la Facultad de Enfermería

Segundo momento: reconocimiento de la situación de salud desde su determinación (11), donde se privilegian las vivencias, experiencias, conocimientos y prácticas identificadas en el territorio con la comunidad, en especial en procesos participativos de un grupo de líderes y de integrantes del grupo de la tercera edad..

Esta etapa se fundamenta en el saber comunicativo para facilitar procesos educativos con base en el diálogo y la conversación, siguiendo los postulados de King (12). Se identifica el proceso organizativo, los mecanismos de participación que se han gestado para la toma de decisiones y para liderar acciones de salud. Desde la comunidad participante se da la selección y designación de las familias para el desarrollo del proyecto, en un verdadero diálogo de saberes y de compromiso comunitario.

Se utilizaron varias didácticas educativas con grupos de la comunidad para identificar las necesidades y problemáticas de los colectivos, entre ellas el taller participativo denominado Reconociéndome y Reconociendo para estar más Sanos, con el objetivo de analizar las necesidades humanas de participación, ocio, protección y afecto, según las categorías existenciales del ser, tener, hacer y estar. Adoptando la matriz de necesidades axiológicas de Max (13), se indaga sobre sus percepciones y la problemática existente en las familias y su entorno.

Además, se generaron espacios educativos con grupos, como lo fue el de la tercera edad, con líderes y padres de familias de instituciones educativas, para potenciar sus conocimientos y capacidades en el cuidado de la salud y en la elaboración de proyectos en beneficio comunitario. Otro espacio significativo fue el encuentro con las familias de los líderes para crear momentos comunicativos que generaran vínculos y lazos de confianza con la Universidad, en aras de fortalecer la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad.

Tercer momento: planeación, coordinación y ejecución de las visitas a las familiares. Para ello, se adopta y adapta el instrumento Atención Primaria en Salud Renovada Historia Familiar del modelo de Atención Primaria en Salud para el Departamento de Antioquia (2).

El instrumentó fue validado por un grupo interdisciplinario de expertos perteneciente a la Secretaría de Salud Departamental, donde participaron ingenieros ambientales y de sistemas de información, psicólogos, médicos y enfermeras profesionales. Esta historia familiar fue implementada en los 125 municipios del Departamento de Antioquia por los equipos básicos de salud

Cada visita familiar fue precedida del consentimiento informado, el cual fue diseñado por docentes participantes en el proyecto desde los requerimientos éticos de la Ley 911 de 2004 (14) que estipula el respeto a la dignidad humana en el acto del cuidado. La visita familiar se concibe como un proceso de interacción, un encuentro intersubjetivo que favorece vínculos de confianza, apoyo, solidaridad y acciones de educación, con base en el diálogo, para conocer las necesidades y potencialidades de las familias

Cuarto momento: análisis y reflexión de los procesos protectores y deteriorantes de la salud de las familias, los grupos y la comunidad en general, con fines de priorizar situaciones que encaminen la formulación de propuestas del cuidado de la salud familiar, programas, proyectos y el establecimiento de vínculos interinstitucionales, intersectoriales e interdisciplinarios.

El procesamiento, análisis e interpretación de la información recolectada, así como de su validación con las familias, se realizó mediante técnicas como la clasificación, búsqueda de categorías y su comparación para lograr una comprensión de sus realidades (2). La garantía de la calidad en la recolección de información se fundamentó en las siguientes acciones: unificación de criterios con estudiantes y docentes que acompañaron el proyecto, análisis crítico de cada una de las historias familiares y, por último, validación y ajustes de la información con las familias y demás grupos sociales

El componente ético de la experiencia de cuidado está fundamentado en los lineamientos reglamentarios y deontológicos de la profesión de enfermería, la Ley 266 de 1996 (14) y la Ley 911 de 2004 (15), en las cuales se afirma el cuidado como el bien interno de la profesión de enfermería y es un deber rescatar, en la práctica diaria, los principios éticos del respeto a la dignidad humana, beneficencia y no maleficencia, además de los valores -las virtudes- de la comunicación activa, la empatía, y la prudencia.

La experiencia, además, acoge la Resolución No. 8430 de 1993 (16) desde el respeto por la dignidad, la autonomía, la protección de los derechos y el bienestar de las personas, las familias y los grupos de la comunidad.

Desde lo ético, se analizan los dilemas y los aspectos que posibilitan o, por el contrario, limitan la práctica de enfermería en su contexto del cuidado y en el sistema de salud, las condiciones en que son brindados los cuidados de enfermería y, a la vez, aquellos aspectos que se deben fortalecer como la autonomía y la competencia humana, técnica y científica de docentes y estudiantes.

El cuidado de la salud con las familias parte del reconocimiento del otro y de su entorno familiar y cultural como un ser humano digno, con capacidades comunicativas y autonomía que lo facultan para tomar decisiones de participar en los programas y proyectos, el respeto, como valor fundante de relaciones significativas que perduran y potencian los vínculos de confianza, así como el principio de beneficencia, que aporta a la reflexión desde la práctica de enfermería para no hacer daño ni generar riesgos con el acto de cuidado.

Resultados

En la gestión de la información de la experiencia desde en el año 2010-2015 se encontraron limitaciones desde la elaboración y validación de los instrumentos y la unificación de criterios de los estudiantes participantes, dejando en evidencia la diversidad y fraccionamiento de conocimientos. Otro de los desafíos a superar en la gestión consistió en la incompatibilidad de los tiempos académicos y de las comunidades y familias para favorecer los encuentros y su participación

El reconocimiento del territorio donde habitan las familias seleccionadas se circunscribe a los lineamientos planteados en el proyecto desde la perspectiva del desarrollo humano, la determinación social de la salud y el cuidado de enfermería comunitaria desde los lineamientos políticos y sociales de la salud como bienestar de la APS.

Esta integración permitió la comprensión de rupturas epistemológicas de la práctica de enfermería, con base en el actuar histórico desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad frente al modelo hegemónico de la salud como ausencia de enfermedad. Esto permitió identificar la dificultad para integrar la teoría y la práctica, además de la carencia disciplinar de documentar con procesos de sistematización que evidencien el trabajo realizado. Los resultados se estructuraron siguiendo los lineamientos de la determinación social desde el nivel general, particular y singular; por ello, los instrumentos utilizados se analizan interrelacionados

La visita familiar

Siguiendo el modelo de APS (2-3) para el Departamento de Antioquia, se considera la visita familiar como un acto de cuidado, es un proceso relacional transcultural complejo, asentado en un contexto ético y espiritual, es una respuesta a las necesidades humanas, al alivio del sufrimiento, a la búsqueda de la justicia y de la equidad. La visita familiar es un escenario que genera cobijo y soporte de construcción real, aprovechando la fraternidad y la solidaridad entre las partes, y de creación de mecanismos para la adaptación y la sobrevivencia requerida in situ, lo que la convierte en el mayor aporte a la satisfacción de las necesidades familiares en el momento real y oportuno.

Siguiendo la ruta metódica del modelo de APS para el Departamento de Antioquia (2-3), se realiza el proceso técnico de la visita por fases -siempre precedidas por el consentimiento informado y la autorización de las familias-.

Primera Fase. Planeación de la visita familiar: incluye, entre otras, las siguientes actividades: reconocimiento del contexto, geo-referenciación de las viviendas, establecimiento de vínculos con líderes y actores de la comunidad, planeación de la visita con objetivo y recursos logísticos necesarios para ella.

Segunda fase. Ejecución de la visita familiar: se inicia con el proceso de interacción comunicativa King (12). El diálogo se establece siguiendo los aspectos generales contemplados en la historia familiar, como instrumento mediador de la comunicación desde el desarrollo humano para la identificación de procesos protectores y deteriorantes de las dinámicas propias de cada unidad familiar, con el fin de potenciarlos o proponer alternativas de solución.

Tercera fase. Proceso de análisis y plan de cuidados: a partir de acuerdos y compromisos con la familia, se construye el plan de cuidado orientado a prevenir, reducir o eliminar los problemas relacionados con los procesos deteriorantes detectados, y a potenciar los procesos protectores. Se orienta y educa a la familia de acuerdo con la situación encontrada, sus necesidades particulares, las

enfermedades prevalentes y se efectúa referenciación a la red de servicios sociales y de salud.

Cuarta fase. Evaluación: proceso de realimentación de las orientaciones y los aprendizajes alcanzados, monitoreo del plan de cuidado establecido en la tercera fase y establecimiento y afianzamiento de vínculos y redes para la protección de los integrantes de las familias, visibilizando el desarrollo del bienestar alcanzado por éstas durante el proceso.

Procesos protectores y deteriorantes para la salud de las familias

Caracterización de las familias

Las familias de los dos barrios de la Comuna 3 de la ciudad de Medellín han vivido procesos de desplazamiento de diversos lugares del país, derivados de la violencia por el despojo de sus tierras. Poblaron el territorio y han construido su refugio palmo a palmo, vías de acceso, espacios de ocio y, principalmente, sus viviendas, desde hace más de 20 años, en las laderas de la montaña. El 69% ha sido desplazado, el 29% ha nacido en la zona y el 2% es migrante.

De acuerdo con los hallazgos, el 56% de las familias proviene de municipios del Departamento de Antioquia, resaltándose que el 14% corresponde a desplazamiento interno en la misma ciudad de Medellín. Otros son desplazados de Chocó (4%), Córdoba (4%) y del Valle del Cauca. Los procesos de desarraigo han develado su necesidad de búsqueda de identidades como soporte vital humano en el entramado de la diversidad cultural.

El contexto está regido por dinámicas y condiciones de exclusión y vulneración de derechos, donde se devela un proceso histórico de sobrevivencia, resiliencia y de resistencia. Sobreviven desde una economía precaria con un mínimo vital y resisten desde su movilización para el acceso a servicios básicos como agua, saneamiento ambiental, energía y prestación de servicios de salud y educación. La movilización social ha favorecido la solidaridad y el sentido de vecindad como mecanismos de adaptación colectiva, dando testimonio de apropiación, identidad y valoración de su territorio, logrando procesos de paz y el respeto por la vida.

Según el diagnóstico comunitario alternativo de dos barrios de la localidad, liderado por la Red de Instituciones y Organizaciones Comunitarias de los barrios La Cruz y La Honda (RIOCBACH) (17), los barrios están constituidos por 539 familias para 2.454 habitantes, de los cuales el 68.5% son personas desplazadas, con altos índices de desempleo y de pobreza. El 38% vive del rebusque o, como ellos lo llaman, del recorrido -según Pino (18)-, otro 22% de trabajo informal y sólo el 11% cuenta con un contrato fijo.

El proceso de despojo ha estado marcado por grandes luchas para la consecución de la tierra y construcción de la vivienda y la violencia ha dejado una huella imborrable en los integrantes de las familias. El 100% de éstas ha sufrido la muerte de un ser querido o una desaparición forzada sin noticias en momentos de sobrevida. El dolor ha sido, sin embargo, el motor de resiliencia, de trabajo y de búsqueda de oportunidades que hoy los ubican como uno de los barrios más organizados y participativos para la búsqueda colectiva de recursos.

Dimensión particular

Desde lo particular, según los resultados de la intervención, la movilización social y los grupos comunitarios, han tejido redes de soporte y apoyo, en especial de amigos y vecinos que los protegen en forma solidaria y les permite satisfacer

sus necesidades, reconstruir identidades en espacios socioculturales diversos que han favorecido procesos de vida, mediados por la confianza y la convivencia. Para las familias y los grupos, el ideal de un trabajo digno y de la educación de sus niños y jóvenes son motores para su desarrollo. Estas dos grandes necesidades han propiciado la movilización de recursos que, aunque mínimos, han posibilitado la presencia de organizaciones e instituciones en el territorio que, en forma fraccionada, trabajan por su bienestar.

Como acción colaborativa con lideresas, se crea la Red Comunitaria de Cuidadoras para la Salud^{†††}, como una organización que identifica, visibiliza y gestiona la satisfacción de necesidades de las familias en el territorio, en interacción con instituciones, programas y proyectos del ámbito público y privado en busca de la sinergia. Este espacio se ha desarrollado con base en líneas como la educación, la comunicación y la participación, para viabilizar la vinculación consiente de líderes comunitarios en pro de y por la salud familiar.

Dimensión singular

Las visitas familiares, como un encuentro intersubjetivo y escenario de interacción para el cuidado, permitieron develar las formas y dinámicas de las relaciones entre los integrantes, sus historias de vida, las manifestaciones de afecto, de cohesión y de adaptación que han construido en el territorio. Se han realizado 177 visitas diagnósticas y 45 de seguimiento.

Ríos et al. (19) mencionan que las familias de los barrios han reconstruido su identidad, por su condición de víctimas directas del conflicto social y armado, el cual no solo los destierra de su lugar de origen sino que los condena a errar continuamente entre municipios, barrios, parques o albergues, lo que ha determinado su bienestar, sus luchas y sus sueños. Los resultados de la intervención indicaron que el 48 % son familias extensas compuestas por más de tres generaciones, otras con pérdidas, viudez, separación, abandono o ausencia por motivos forzosos.

En cuanto al ciclo vital de las familias, el 30 % está viviendo una etapa de disolución y crisis cuando uno de sus integrantes muere o debe buscar oportunidades de sustento. Para el programa, las familias del grupo de la tercera edad y las familias con integrantes en situación de discapacidad presentan una necesidad sentida de cuidado, lo que duplica la carga y las responsabilidades para adultos mayores, especialmente mujeres, en el cuidado de niños, ancianos e hijos en situación de discapacidad.

El 38 % de los integrantes de las familias, en el componente de educación, ha tenido acceso a la educación básica primaria; un 16% corresponde a personas que no saben leer ni escribir y que nunca tuvieron acceso a la educación. Las familias viven una situación crítica desde este componente básico de la educación como mediador central para el desarrollo del ser humano, y para la búsqueda de la satisfacción de las necesidades, como son el entendimiento, la protección y su participación en programas y proyectos a los que tienen derecho.

La educación superior sigue siendo un privilegio en el país para la mayoría de las familias, con el agravante de constituirse en uno de los determinantes sociales de salud (20) y de desarrollo que condicionan el aporte para la determinación social del bienestar. En la educación hay diferencias por sexo, sólo en las personas iletradas, donde el 64% son mujeres; sin embargo, en los demás niveles de escolaridad se evidencia igual oportunidad para los hombres y las mujeres.

Referente a la posición ocupacional, el 29.8% realiza un trabajo informal -incluidas las ventas ambulantes y el recorrido (17)-, para el alimento de sus familias. El 54.1% de los integrantes de las familias está en una situación de dependencia económica, su ocupación está, en primera instancia, en el estudio y 22 niños menores de 6 años en el preescolar, las personas mayores de 62 años que no consiguen trabajo por su edad y las amas de casa dependen económicamente de algún familiar para satisfacer sus necesidades de subsistencia.

Las personas realizan el trabajo para su sustento en labores de albañilería, en las confecciones de manufacturas de costuras con contratos de mano de obra tercerizada para empresas y en el oficio doméstico en casas de Medellín. El trabajo se constituye en su necesidad básica fundamental; el círculo de inequidad al que están sometidos, por el desplazamiento, las pocas ofertas educativas y una vinculación no digna al trabajo agrava su situación de carencias para un desarrollo más armónico y en condiciones de igualdad.

El 100 % de las familias pertenece al nivel 1 del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), situación que determina los bajos recursos económicos de los integrantes para la satisfacción de sus necesidades de subsistencia como la alimentación, la educación y los servicios públicos, y donde las necesidades de recreación, ocio y lúdica son limitadas, encontrándose como única opción, para la satisfacción de ser sujetos sociales, la participación en los grupos que se crean y recrean como mediadores ante situaciones que urgen ser resueltas en colectivo.

Este panorama evidencia la falta de cohesión entre las políticas públicas que se ofrecen e implementan, pues los efectos en la población no han sido efectivos. Así mismo, la evaluación del impacto de las políticas públicas debe contar con más rigurosidad para lograr planes y proyectos más determinantes sobre las necesidades de las comunidades.

Reflexionando en el marco de los derechos humanos, se requiere hacer efectiva la voluntad política para incluir a las familias en programas y proyectos que mejoren sus condiciones de vida. Por ello, la disponibilidad financiera y la receptividad deberán ser una prioridad del Estado para asegurar que los derechos de las poblaciones sean garantizados y así mitigar sus carencias y su pobreza, que vulneran su desarrollo humano.

Acciones para el cuidado de la salud y la participación comunitaria para el cuidado

La participación está relacionada con la formación de la persona desde su socialización y se entiende como la movilización, la organización y la interacción responsable con otros actores, para generar transformación social (2). Las acciones realizadas para el cuidado de la salud se fundamentan en la creación de procesos participativos para el diseño y gestión de proyectos mediante la capacitación a líderes, la planeación de acciones para la comunidad y las familias desde sus potencialidades, necesidades, recursos y problemas.

Se desarrollaron acciones de sensibilización, capacitación y educación con la red comunitaria de cuidadoras de la salud de los barrios La Cruz y La Honda, mecanismo que ha fortalecido vínculos, lazos de confianza y de respeto garantes de la continuidad del cuidado, de procesos de empoderamiento y de generación de conocimiento y de capacidades colectivas para la salud. Se elaboró un mapa

de actores, servicios, programas, proyectos y organizaciones que trabajan en el territorio y aportan al desarrollo de las personas, las familias y la comunidad.

La educación para la salud

Otra de las acciones para el cuidado tiene que ver con la educación para la salud, entendida como un acto intencionado que busca la transformación social y la creación de procesos para la vida de los seres humanos que se inscribe en los postulados de la pedagogía crítica, como una práctica social intencionada, que dota de sentido y significado las prácticas, vivencias, experiencias y conocimientos para comprender la realidad del proceso salud enfermedad (20).

La educación para la salud, como un diálogo de saberes, crea e inventa didácticas para el aprendizaje participativo y colectivo que reconoce la diversidad. Freire (21), en su propuesta de la educación como práctica de la libertad, plantea dos reflexiones que deben estar presentes en todo encuentro:

“Desarrollo de un proceso colectivo y reflexivo para colectivizar el conocimiento individual, potenciando el conocimiento colectivo”

Posibilitar espacios de diálogo que re-crean escenarios locales y permiten la reflexión crítica desde relaciones simétricas que evitan el predominio de figuras de poder” (21).

Siguiendo los postulados de Freire (21), se desarrollaron encuentros colectivos con las familias del programa en coordinación con los líderes y los grupos de la tercera edad, de mujeres FAMI y del grupo de jóvenes. En cuanto a la temática de los encuentros colectivos con las familias, se abordó el cuidado de sí mismo, del otro y del ambiente, el desarrollo humano y los procesos de participación para la salud.

La educación para la salud con los grupos de la tercera edad de Envejecer Felices y Los Elegidos, en los dos barrios, fue continua, a través de programas de duración semestral que partieron del diagnóstico de necesidades, la planeación participativa, la ejecución de cada encuentro y su evaluación. En el trabajo interinstitucional se fortaleció, desde la educación, la escuela de padres en los hogares infantiles, con el objetivo de potenciar procesos protectores como el afecto, la protección, la participación, el entendimiento y la creatividad, entre otras necesidades humanas, fundamentales para la salud.

Estas acciones permitieron procesos de reflexión y fortalecimiento de capacidades colectivas para el cuidado de la salud, identificadas en las evaluaciones realizadas de cada encuentro colectivo.

Formación disciplinar con pertinencia social

La experiencia de cuidado con las familias permitió reflexionar sobre la formación disciplinar e interdisciplinar con pertinencia social de estudiantes universitarios participantes. Desde la profesión de enfermería se visibiliza el cuidado al servicio del ser humano en su dinámica de territorio, desde los escenarios donde se gesta la vida y no solamente en lo institucional.

Este campo de acción comunitario se redimensiona al permitir la creación de espacios para la promoción de la salud, el empoderamiento de las personas y la comunidad que, en esencia, minimizan la vulnerabilidad que día a día deben enfrentar las familias desplazadas de esta comunidad.

Desde la formación, esta experiencia permitió la reflexión teórica, metodológica y práctica de la atención primaria en salud y la concepción de escenarios/territorios de aprendizaje como posibles caminos para el abordaje

interdisciplinario de los problemas en salud. En este sentido, se propiciaron estrategias didácticas para la formación de estudiantes de enfermería, trabajo social, administración de servicios de salud con énfasis en salud ambiental, nutrición, medicina y química farmacéutica, así como el semillero de APS inter-facultades.

Las estrategias didácticas se realizaron desde la convocatoria, sensibilización y capacitación a estudiantes de la facultad de enfermería y de otras unidades académicas de la universidad.

Se estructuró el programa académico del taller 20/20, con un componente teórico y uno metodológico, desde la perspectiva de la atención primaria en salud, con la participación de estudiantes de diferentes disciplinas

Se diseñaron y elaboraron volantes y cartillas como instrumentos de mediación para la educación con las familias.

Se estableció y ejecutó el programa de inducción y de capacitación con validación y estandarización de la historia familiar, y la guía de reconocimiento del contexto de cuidado.

La capacitación y acompañamiento de los estudiantes en los procesos de educación, de visitas con las familias, de reconocimiento del contexto y vinculación con dinámicas de la comunidad se centró en el diálogo o conversación para el aprendizaje.

En esta experiencia se han formado 120 estudiantes de enfermería, nutrición, química farmacéutica, salud pública y medicina, lo que ha permitido crear procesos de cooperación interdisciplinaria y programas de cuidado con el objetivo de compartir los saberes en salud.

Hoy en día el trabajo del cuidado integral de la salud, desde la atención primaria, permite develar la participación como un principio político de la enfermería comunitaria, el cual facilita procesos de cuidado que se instauran en la vida de las personas para transformarlas y lograr acciones que estén en las agendas de las políticas de salud.

Aprendizajes

La experiencia valida el cuidado de la salud desde el territorio y con la comunidad, como valor social que las familias reclaman y que aporta esperanza y acompañamiento para mitigar en parte las necesidades. Aportó la dimensión de una formación con pertinencia que recrea, desde las disciplinas, un conocimiento capaz de trascender y aportar en la solución de los problemas en salud desde un trabajo interdisciplinario.

Como se expresa en los informes del Consejo Internacional de Enfermeras (22-23), hoy en el mundo se evidencia el liderazgo de enfermería para el logro de objetivos equitativos, de desarrollo sustentable y de mejora de la capacidad resolutoria del sistema de salud, así como de las enfermedades crónicas no transmisibles desde el apoyo a las familias y a las redes de cuidado.

Esta práctica generó unas sinergias sin precedentes que permitieron alcanzar metas que superan el mundo objetivo, porque se instauran en el lado humano y afectivo, fortaleciendo la autonomía profesional con un enfoque interdisciplinario e intersectorial, enriquecedor del trabajo con líderes, las familias y la comunidad, en un marco de confianza, respeto y, especialmente, de reconocimiento al otro.

Adicionalmente, se favoreció la visibilización de procesos históricos de exclusión de familias sometidas al desplazamiento forzado, con gran sentido de superación de la adversidad desde el desafío de la vida y se rescató la voz y la sabiduría colectiva para la sobrevivencia. Asimismo, se propició la integración del saber universitario en el apoyo a las comunidades para la promoción de la salud y el desarrollo de capacidades y de vínculos que promuevan la equidad y la solidaridad, base de la APS.

La educación para la salud, como mediación para el desarrollo humano tanto de las familias y comunidades como de la formación de los profesionales de enfermería, propicia mejoras en la condición de vida de las familias y facilita la transferencia bidireccional de las concepciones y los procesos de la salud. Así mismo, se logró el reconocimiento de la capacidad de enfermería para empoderar a los líderes de una comunidad para el cuidado de la salud, que trascienda lo mítico religioso.

Discusión

Si bien la experiencia no es una investigación -ni tampoco tiene la pretensión de serlo-, sino una propuesta de acción que valida y confronta el cuidado de salud en la comunidad, ha permitido, desde los momentos de reconocimiento, análisis y creación de acciones, la integración de conocimientos, la contrastación y reflexión de teorías y métodos que hoy enriquecen la práctica de enfermería con las familias, grupos y comunidades desde el territorio.

La atención primaria en salud como estrategia política, técnica y social para la organización de las redes de servicios sociales y de salud facilita la gestión del cuidado de enfermería y el trabajo interdisciplinario e intersectorial en busca de la equidad, la solidaridad y la reivindicación del derecho a la salud.

La OMS (24), en el informe sobre la salud 2008, frente a la APS más necesaria que nunca, evidencia la contribución de estrategias para lograr más efectividad e integralidad en las acciones de salud. El estudio de Giovanella et al. (25), evidencia la diversidad de experiencias, desde unas limitadas al acceso en el nivel primario -que en ocasiones se reducen a un conjunto de actividades-, hasta otras más innovadoras que buscan la integralidad.

El cuidado de enfermería busca la comprensión del proceso salud-enfermedad-cuidado-atención como un hecho social e histórico que requiere del análisis complejo de su determinación, así como de la comprensión desde marcos explicativos que permitan develar la inequidad en salud. Por esta razón, este proyecto acogió el monitoreo participativo de la salud y la determinación de la salud (10-11), que favorecen la comprensión de las realidades que viven las personas, las familias, los grupos y las comunidades en el territorio.

El enfoque de la determinación social de la salud, de acuerdo con Breilh (11), se da en la complejidad de las relaciones del mundo de la vida e incluye las dimensiones individual, familiar y pública en continua interdependencia y complementariedad. La determinación social como un marco explicativo para reconocer la equidad en salud es una apuesta que, en palabras de Sen (26), se acoge a la concepción de la salud como el goce pleno para el bienestar y supone que toda la población debe tener oportunidad para lograr plenamente su potencial de desarrollo.

La equidad en salud, según Whitehead (27) y Braveman y Gruskin (28), está relacionada con los procesos para el acceso sin barreras a los bienes y servicios establecidos por la sociedad, en un momento histórico determinado. Por ello, los estudios de inequidades evidencian diferencias significativas y brechas en un mismo territorio que marcan diferencialmente la forma de enfermar y de morir.

Medellín ha sido uno de los territorios con marcados procesos históricos, sociales, económicos y políticos que han determinado en forma diferencial el modo de vivir, enfermar y morir de los individuos, familias y comunidades, fenómeno que ha generado inequidad y desigualdad para el logro de un desarrollo humano más armónico. El índice de NBI, para el año 2015, muestra que la Comuna 3 tiene los niveles más bajos en comparación con la comuna de mayor nivel socioeconómico de la ciudad y esto se agrava más para la población de los dos barrios de esta experiencia (29).

Como lo expresa Uribe (30), “los desplazados son ciudadanos de pleno derecho, miembros de la colectividad nacional, sujetos productivos y capaces de desarrollar su vida en común, sólo que tuvieron la desgracia de habitar un territorio en disputa por los señores de la guerra y fueron desarraigados violentamente de sus entornos vitales, despojados de sus pertenencias, maltratados en su dignidad y en sus derechos y obligados, por la fuerza, a abandonar sus lugares de residencia y de trabajo, para dirigirse a cualquier parte, donde los persigue el estigma y los acompaña el abandono de los gobiernos, la hostilidad de los conciudadanos y la indiferencia de casi todos”.

El cuidado con las familias se constituye en la respuesta social para disminuir la hostilidad e indiferencia, permite el desarrollo de acciones, según Jiménez (31), de “promoción y prevención en población vulnerable, ampliación de coberturas en salud, fomento de la extensión y proyección social universitaria”.

La formación con pertinencia social en enfermería requiere visibilizar, en palabras de Nájera (32), “la trayectoria histórica como disciplina humanista defensora de los derechos del paciente, debe reflexionar y actuar en como profundizar y ampliar conocimientos propios para que le apoyen en el logro de su máximo objetivo: ayudar a que cada ser humano esté capacitado para adquirir, interpelar y utilizar información sobre los servicios de salud, las enfermedades y la promoción de su propia salud, la de su familia y la de su entorno”.

Conclusiones

La complejidad que viven las familias de los dos barrios de la Comuna 3 requiere de nuevos paradigmas en los profesionales de la salud para el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades, que urge hoy ante la realidad social del país y que amerita de un mayor conocimiento del cuidado como objeto disciplinar, con dimensiones desde las esferas sociales y de una práctica centrada en el ser humano.

Las familias son un pequeño reflejo de la solidaridad y de la bondad que, en medio de la adversidad, han enfrentado la soledad y abandono de la sociedad; son personas con una gran conciencia del significado de la familia, de su valor, y este nicho es el que mantiene su vida y su dignidad. El apoyo, la comprensión, el respeto, el amor incondicional y el bienestar son aspectos fundamentales que las familias luchan cotidianamente por mantener y conservar.

Desde los procesos deteriorantes se evidencia la ausencia de la figura paterna en las familias, la crianza por madres jóvenes con múltiples responsabilidades, la violencia intrafamiliar, además de la falta de opciones educativas y de trabajo que se agravan con el consumo de sustancias psicoactivas de muchos de los integrantes, con carencia permanente de recursos económicos que impiden la satisfacción de las necesidades básicas.

La familia ha sido y seguirá siendo la base de la sociedad; de ahí la importancia de brindar un cuidado donde los seres humanos se forman, crecen y aprenden.

El cuidado de enfermería acontece en medio de contrastes: por un lado, existen certezas de que el cuidado integral minimiza las inequidades en salud y, por el otro, el trabajo del equipo de salud se gesta en la realidad de un sistema de salud fragmentado, discontinuo, privatizado, que no permite procesos para promover la salud y la vida. Desde lo pedagógico, se gestan aprendizajes significativos y una mejor comprensión de la praxis en salud

Conflicto de Intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Borrador para discusión. [Internet]. Colombia: OMS/OPS; 2005 [consultado octubre de 2012] Disponible en: http://www.col.ops-oms.org/ desarrollo/encuentroaps/renovacionaps_may5.pdf
2. Gobernación de Antioquia, Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Lineamientos para la promoción de la salud con sentido humano en el departamento de Antioquia. 1ª ed. Medellín: Universidad Antioquia; 2010. p. 45-274.
3. World Health Organization (WHO). A compendium of primary care case studies. 38 case studies submitted by 29 countries across the 6 regions. [Internet]. 2009 [consultado octubre de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/compendium_hrh_studies.pdf
4. Agudelo-Suárez LM. Tercer Encuentro Departamental de APS. [Internet]. 2015 [consultado febrero de 2016] Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/documentos-de-interes/memorias-eventos/tercer-encuentrodepartamental-de-atencion-primaria-en-salud/1367-palabras-doctora-luz-maria-agudelo-suarez/file>
5. Colliere MF. Promover la vida: de las prácticas de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1993. p. 110-133.
6. Morse JM, Solber SM, Bottorff JL, Johnson JL. Concepts of caring and caring as a concept. *Advances Nursing Science* 1990; 13(1):1-14.
7. Morse JM. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Advances Nursing Science* 1995; 17 (3): 31-46.
8. Uriarte JD. La perspectiva comunitaria de la resiliencia. *Psicología Política* 2013; 47: 7-18.
9. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Manual de gestión de proyectos. 1ª ed. Universidad de Antioquia; 2009.

10. Breilh J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003; 8 (4): 937- 951.
11. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 3: 13-27.
12. King IM. Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos. 1ª ed. México: Editorial Limusa, S.A.; 1984. p. 14-58.
13. Max-Neef M. Desarrollo a escala humana. *Development dialogue*. Uppsala, Suecia: Fundación Dag Hammarskjöld; 1986. p. 9-93.
14. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996, enero 25, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 42.710. Bogotá: Congreso de Colombia; 1996.
15. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, octubre 6, por la cual se reglamenta la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 45.693. Bogotá: Congreso de Colombia; 2004.
16. República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Minsalud; 1993.
17. Red de instituciones y organizaciones comunitarias de los barrios la Cruz y la Honda (RIOCBACH). Cuantos vivimos en el territorio. En: *Diagnostico comunitario alternativo de las comunidades de los barrios La Cruz y La Honda de la comuna 3 Manrique de Medellín*, Cartilla Resumen. Medellín, Colombia: Fundación Sumapaz, Corporación Red Juvenil de Medellín, Corporación Sociedad de los Sueños; 2010. p.7.
18. Pino Y. Muchos vivimos del recorrido. La alimentación en el Barrio La Cruz. [Tesis]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010
19. Ríos CD, Marín PN, Osorno VY. Vamos a trabajar en convite: mecanismos de transformación del territorio de los habitantes del barrio la Honda de la Comuna tres de Medellín. *Cuadernos de Sociología UDEA* [Internet]. 2011 [consultado octubre de 2012]. Disponible en: <https://cuadernosdesociologiaudea.files.wordpress.com/2011/08/vamos-a-trabajar-en-convite-mecanismos-de-transformacion-del-territorio-de-los-habitantes-del-barrio-lahonda-de-la-comuna-tres-de-medellin-3adn.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud". [Internet]. 2009 [consultado octubre de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index3.html
21. Freire P. La educación como práctica de la libertad. 19ª ed. México: Siglo Veintiuno Editores S.A.; 1989.
22. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Día Internacional de Enfermería. Las enfermeras una fuerza para el cambio. Mejorando la capacidad de recuperación de los Sistemas de Salud. [Internet]. 2016 [consultado febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/2016-nurses-a-force-for-change-improving-healthsystems-resilience/>
23. Consejo Internacional de Enfermeras. (CIE). Las enfermeras desempeñan un papel importante en la prevención y la gestión de las enfermedades no transmisibles, según el Consejo internacional de enfermeras. [Internet]. 2016 [consultado

- febrero de 2016]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/press_releases/2016_PR_07_NCD_meeting_es.pdf
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. [Internet]. 2008 [consultado octubre de 2012]. Disponible en: * <http://www.who.int/whr/2008/es/>
 25. Giovanella L, Almeida PF, Vega R, Oliveira S, Tejerina SH. Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Saúde debate* [Internet]. 2015 [consultado 5 de junio de 2016]; 39(105): 300-322. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200300&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002002>
 26. Sen A. Inequality reexamined. *Revista de Economía Aplicada* 1994; II (6): 231-240
 27. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992; 22(3):429-45.
 28. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health.* 2003 Apr; 57(4):254-8
 29. Departamento de Nacional de Estadística (DANE). Necesidades básicas insatisfechas - NBI. [Internet]. 2005 [consultado 5 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>
 30. Uribe-Hincapié MT. Memorias Semana Memoria, Destierro y Reparación. Medellín: Corporación Región, Museo de Antioquia, Instituto de Estudios Regionales; 2008.
 31. Jiménez RC. Una mirada al cuidado de la familia con adolescente. *Rev. cienc. cuidad.* 2015; 10(2): 58-64.
 32. Nájera RM. Tendencias y proyección del ejercicio profesional. *Rev. cienc. cuidad.* 2010; 7(1): 80-89.