

La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud



Dirigida a las servidoras y servidores públicos

Conociendo y apropiando la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud

Diseño de un diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad
de Vida y Salud en el marco de la Política Distrital de Salud

Colección La Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud

Alcalde Mayor de Bogotá	Luis Eduardo Garzón
Secretario Distrital de Salud.....	Héctor Zambrano Rodríguez
Director de Salud Pública.....	José Fernando Martínez Lopera
Gerente Hospital de Suba	Sandra Lozano Cerón
Equipo Gestión Local	Jackeline Vivi Quintana Ángela Cristina Moreno Talero
Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud	Alejandra Maldonado Rivera Patricia Arévalo Piñeros
Dirección Salud Pública	
Área de Análisis y Políticas en Salud	Consuelo Peña Aponte Solángel García
Equipo Técnico de la Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson	
	Ana Lucía Casallas Murillo Nancy Molina Achury Armando De Negri Filho Gloria Alcira Alvarado Forero Patricia Ramírez Montenegro
Ilustraciones	Érika Juliana Lancheros Velásquez
Diseño y Diagramación	Nayibe Jiménez Leal

ISBN: 978-958-44-1177-8

Secretaría Distrital de Salud
Calle 13 No. 32 - 69 ■ PBX: 364 90 90
www.saludcapital.gov.com

GRUPO GUILLERMO FERGUSSON, Corporación para la salud popular
Cra. 25 No. 27A-37 Bogotá - Colombia ■ Telefax (057) 1-288 60 94 ■ Tel: 340 07 84
E-mail: ferguson@colnodo.apc.org



Contenido

	Presentación General	4
	Presentación	5
	Introducción.....	6
I.	Las tensiones en el marco del desarrollo de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.....	7
1.	El concepto de salud-Enfermedad: de la ausencia de enfermedad a la perspectiva de desarrollo humano, como resultado de una vida con dignidad.....	7
1.1.	La salud desde la lógica del equilibrio y la ausencia de enfermedad.....	7
1.2.	Los determinantes sociales de la salud: la salud como desarrollo humano	11
2.	La autonomía como referente de construcción de la salud.....	16
2.1.	La perspectiva del derecho como vía de construcción de autonomía	18
3.	Los retos de la salud pública: de la caridad y la mercantilización hacia la garantía del derecho a la salud como autonomía funcional, social y política.....	20
4.	La promoción de la salud: campo de disputa conceptual y política por el derecho a la salud	24
II.	La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.....	28
1.	El contexto: caracterización del desarrollo de la Política de Salud Pública en la Secretaría .. Distrital de Salud, en relación con la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud ..	
2.	La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.....	31
2.1.	¿Qué es la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud?.....	32
2.2.	¿Qué es la autonomía?.....	32
2.3.	¿Qué es calidad de vida?.....	32
2.4.	¿Cuáles son los principios orientadores de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud?	34
2.5.	¿Cuáles son los procesos para el desarrollo de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud?	35
2.5.1.	La identificación integral de necesidades sociales.....	35
2.5.2.	La construcción de respuestas sociales coherentes con la complejidad de las necesidades sociales identificadas y la inequidad existente	36
2.5.3.	La gestión pública basada en la perspectiva del Estado como garante de derechos.....	37
2.6.	¿Qué dispositivos pueden ser utilizados en el desarrollo de la Estrategia?	38
	Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida	40



Presentación General

Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud

La Secretaría Distrital de Salud, el Hospital de Suba y la Corporación para la Salud Popular, Grupo Guillermo Fergusson presentan: el Baúl de Herramientas que contiene la Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVYS). Con este conjunto de herramientas buscamos cualificar las prácticas que los servidores públicos realizan cotidianamente, para mejorar la calidad de vida de la población bogotana a través de la implementación de las políticas.

También esperamos que con esta propuesta, los pobladores y comunidades se acerquen de una manera sencilla al desarrollo conceptual que soporta la política, en el entendido de que ellos no son simples espectadores o beneficiarios de la misma, sino que son parte fundamental y, por lo tanto, deben asumir que son sujetos con derechos para conocer, debatir e incidir en su construcción y así avanzar en la garantía del Derecho a la Salud en el Distrito Capital. El Baúl contiene:

- **Un primer cuadernillo:** Conociendo y apropiando la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud dirigido a los líderes sociales y comunitarios.
- **Un segundo cuadernillo:** La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la equidad y el Derecho a la Salud, dirigido a las servidoras y servidores públicos.
- Cuatro guías dirigidas a las servidoras y servidores públicos:
 - ✓ **Guía 1:** Lectura Integral de necesidades sociales a partir de la construcción de Temas Generadores.
 - ✓ **Guía 2:** Construcción colectiva de respuestas integrales a las necesidades y la Gestión Social.
 - ✓ **Guía 3:** Guía Pedagógica para el Diseño de Procesos Educativos.
 - ✓ **Guía 4:** Construcción de Procesos Comunicativos.

Esta serie de cuadernillos y guías se complementan con dos juegos: una baraja o juego de cartas y una versión interactiva en CD-ROM. Con estas dos propuestas se busca introducir a los participantes en el mundo de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud como un camino potente para construir políticas públicas por el bienestar y la calidad de vida.



La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud

Presentación

Esta publicación está dirigida a los servidores públicos y los profesionales del sector salud. Sin embargo, dado que existe un interés particular por promover el desarrollo de la política pública del sector salud, orientada desde la perspectiva de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, los contenidos de la misma pueden ser útiles para profesionales de todos los sectores vinculados con este tema.

Entendiendo que la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud coloca una propuesta novedosa en el campo de la formulación de políticas públicas en salud, se hace necesario contextualizar esta propuesta en términos de identificar las tensiones conceptuales, los avances en la prácticas desarrolladas, con particular énfasis en el interior de la Secretaría Distrital de Salud, así como la propuesta en sí misma.

Así, el texto se compone de dos apartados generales. El primero realiza una reflexión sobre el desarrollo conceptual de asuntos centrales en el marco de la estrategia, tales como el propio concepto de salud-enfermedad y los marcos analíticos sobre los cuales se han construido las intervenciones, con énfasis en la determinación social de ésta; las ideas centrales que orientan la propuesta de autonomía como ordenadora de la acción en el marco de la estrategia; la perspectiva del derecho a la salud y las implicaciones de su adscripción; y, finalmente, los retos que desde esta visión se plantean para la salud pública.

El segundo inicia con una ubicación del contexto en el que aparece y se desarrollo la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud en la Secretaría Distrital de Salud, señala los avances, tensiones y retos de este proceso, para luego presentar los contenidos de la estrategia promocional, así como los procesos y la propuesta metodológica general para el desarrollo de los mismos, aunque aquí es necesario señalar que un abordaje metodológico más detallado de la misma se concentra en cuatro materiales complementarios a este texto, que aparecen como guías.



Introducción

La salud pública como campo de conocimiento refleja el acervo de construcción científica y práctica en torno a la tarea de comprender y controlar la enfermedad, produciendo bienestar y salud. En dicho proceso histórico se observan tensiones permanentes, en tanto que el proceso salud-enfermedad hoy día es reconocido en relación con las condiciones sociales construidas dentro de las sociedades.

Sin embargo y, de manera paradójica, al mayor reconocimiento de estas relaciones estructurales sigue un estancamiento, e incluso el retroceso de algunos de los logros en el control de las enfermedades y en asuntos relacionados con la calidad de vida de los pueblos; además es evidente que la distribución inequitativa de la enfermedad y la muerte permite señalar claras relaciones con la dominación económica y social a que están diferentemente sometidas las poblaciones, relacionando cíclicamente inequidad, pobreza y enfermedad en regiones definidas del mundo, en países y en poblaciones claramente identificadas.

El debate se centra en la capacidad de la salud pública para enfrentar el reto de construir respuestas necesarias en el marco de un mundo que ha mundializado un modelo económico,

social, político y cultural único, lo que ha implicado la concentración tanto de la riqueza en unos, como de la pobreza en otros y, en consecuencia, una distribución diferencial del sufrimiento, la enfermedad, el daño y la muerte, lo cual hace que para muchos la enfermedad y la muerte lleguen por causas que se puedan prevenir y tratar.

Entonces, se hace necesario revisar los asuntos que limitan dicha capacidad de respuesta, al tiempo que se pretende proponer las rutas estratégicas que favorecerían un proceso alternativo, capaz de contribuir a la construcción de sociedades más justas y equitativamente saludables.

En este marco se inscribe la propuesta de Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, pensamiento orientador en la formulación de la política de salud 2004-2007 en Bogotá, la cual pretende, desde la perspectiva del reconocimiento de la salud como derecho, allanar caminos para la formulación de políticas públicas universales, integrales y equitativas, que promuevan, preserven, recuperen y restituyan la autonomía de las personas en el plano funcional, social y político.



I. Las tensiones en el marco del desarrollo de la Estrategia Promocional de Calidad de **Vida y Salud**

En tanto el desarrollo de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud se propone como una manera de ordenar la construcción de políticas públicas orientadas hacia la garantía del derecho a la salud, se

presenta una revisión de las tensiones, tanto conceptuales como de las implicaciones de éstas en las prácticas sociales construidas en torno al manejo y control de la salud y la enfermedad.

1. El concepto de salud-Enfermedad: de la ausencia de enfermedad a la perspectiva de desarrollo humano, como resultado de una vida con dignidad

1.1. La salud desde la lógica del equilibrio y la ausencia de enfermedad

El recorrido histórico desde los griegos, en torno a la visión de la salud-enfermedad, en donde aparecen los cuatro elementos centrales: aire, tierra, fuego y agua (lo caliente, lo frío, lo húmedo y lo seco), pasando por la visión del empirismo anatomopatológico, el pensamiento fisiopatológico y los conceptos teórico-metodológicos de la etiopatología, develan una posición de las ciencias médicas frente al

concepto de salud y enfermedad, que se articula con la presencia de un hilo conductor que define el equilibrio como equivalente a la salud vs. el desequilibrio equivalente a la enfermedad.

Lo anterior hace pensar que este marco interpretativo muestra la permanencia de una clasificación anatómica de la enfermedad, basada en las lesiones o manifestaciones del cuerpo (signos y síntomas), obligándonos a pensarla como realidad que existe sólo desde el momento en que aparece la lesión y en que esta



se manifiesta por medio de los signos. Entonces, la salud tendrá que ser entendida, como la ausencia de lesiones y, por lo tanto, la carencia de signos¹.

A la perspectiva de la individualidad biológica (cuerpo físico), en donde el ser humano es visto como un organismo tipificado según edad, sexo, raza, biotipo, se suma un enfoque en el cual la dimensión psíquica del individuo cobra un papel importante en la explicación de la enfermedad. Lo anterior implica el reconocimiento de la enfermedad, no como una realidad ligada solamente a la anatomía y a la fisiología (cuerpo físico), sino además en relación con una dimensión psíquica, que es susceptible de enfermar y que tiene características propias y diferentes de las biológicas y, por lo tanto, requiere de un manejo metodológico diferente desde el punto de vista semiológico y terapéutico.

Sin embargo, este enfoque presenta límites cuando centra la comprensión de la enfermedad como realidad biográfica relacionada con la historia personal del individuo, lo que construye una antropología médica del individuo, aspecto que es un logro positivo, pero sesgado en la medida en que desconoce, por una parte, que la historia personal está enmarcada en la historia social de su grupo y, por otra, que la psique humana es la consecuencia de las interacciones

del individuo con la cultura de su grupo.

Durante el Siglo XIX surge una dimensión que hasta ese momento no había sido relevante: la vida social del individuo, que adquiere un papel importante en la génesis de la enfermedad. Esta dimensión surge básicamente de los cambios sociales producidos en Europa a partir del impacto que empieza a tener la industria sobre la sociedad y lo que ella implicó en términos de la aparición de las enfermedades derivadas de la ocupación, tanto entre los trabajadores como en la población circundante. De igual manera, el posicionamiento de las Ciencias Sociales y de la Sociología como disciplina científica, y su influencia sobre la medicina, ayudan a consolidar esta perspectiva.

En 1848, el médico berlinés Salomón Neumann escribía: "La mayor parte de las enfermedades que perturban el pleno goce de la vida o acaban con una considerable parte de los hombres antes de su término natural, no dependen de condiciones naturales, sino de condiciones sociales; nada más evidente.

La ciencia médica es en su núcleo y en su ser más íntimo ciencia social, y mientras esta significación de su realidad no le sea reconocida, no llegaremos a gozar de sus frutos, y habremos de contentarnos con su cáscara. La naturaleza social de la medicina está fuera de cualquier duda".

¹ QUEVEDO, E. *El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivista*. Bogotá: Editorial Zeus, 1992. pp. 18-24.



En esta misma corriente, A. Grotjahn, con su publicación sobre la patología social, desarrolla la perspectiva social como determinante de la enfermedad, estableciendo seis criterios para ello:

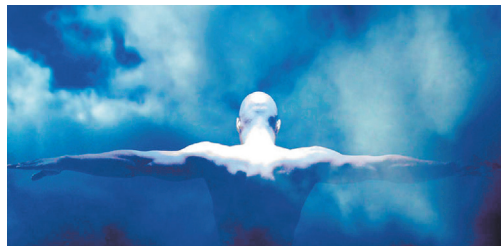
- a. *Observar la incidencia de las enfermedades, según clases y grupos sociales.*
- b. *Establecimiento de la relación entre las distintas formas clínicas de cada enfermedad y los diferentes campos de la sociedad en que aparece.*
- c. *La manera como las circunstancias sociales determinan una enfermedad.*
- d. *Repercusión de la enfermedad sobre la vida del ser humano en su sociedad y en su socialización.*
- e. *El impacto social del tratamiento médico.*
- f. *Cómo evitar los estados de enfermedad a través de medidas de orden social.*

Es decir, según estos postulados, la comprensión de la salud y la enfermedad estaba determinada por la situación social general: alimentación, vivienda, vestido, trabajo, goce de la vida, crianza y educación².

Sin embargo, esta nueva perspectiva de explicación de la salud y la enfermedad, ligada a la comprensión de las condiciones generales de la vida de la población, fue limitada y opacada por la epidemiología, que utiliza las ciencias sociales como otra vertiente para el diseño de instrumentos que permitan incorporar otras causalidades, despojándolas de su historicidad y naturaleza como construcción social. Como reflejo se fortalecen ordenamientos higienistas,

ecologistas y sistémicos en la incorporación del llamado ambiente en la explicación de la salud-enfermedad

Se elaboraron entonces las concepciones multicausales de la enfermedad, con una visión más amplia del concepto etiológico (causa, origen). Los eventos causales o etiológicos son múltiples y de varios tipos: biológicos,



² QUEVEDO. *Op. cit.*, p. 32.



hereditarios, sociales, culturales, entre otros; y su participación en el origen de la enfermedad debe ser estudiada a partir de la identificación de ellos considerándolos como “factores” y sus asociaciones en la aparición del trastorno.

Esta concepción mantiene el hilo conductor de las teorías anteriores, al concebir la enfermedad como un desequilibrio, resultado de la interacción de tres grupos de factores: los del agente, los del huésped y los del medio ambiente. A este triple origen se le ha llamado la triada ecológica³.

Este enfoque se amplía retomando aspectos de orden social, cultural y de comportamiento en la conceptualización de la salud y la enfermedad, pero entendidos nuevamente como elementos etiológicos de la enfermedad.

Por otro lado, en este abordaje conceptual se incluye lo social como parte del ambiente, pues se considera como ambiente, todo lo que está de la piel para afuera, confundiendo la especificidad de lo social con los otros elementos del ambiente. En vez de entender lo ambiental como resultado de lo social, se concibe lo social como parte del ambiente global que circunda a una persona, lo cual implica una deformación naturalista de la interpretación del proceso social y humano.

Esta perspectiva hegemónica tiene un importante desarrollo en la propuesta de Laevell y Clark, que junto con la de Lalonde y Blum se constituyen en el referente de la epidemiología clásica.

El siguiente cuadro resume sus fundamentos conceptuales y las implicaciones prácticas del mismo:

La multicausalidad en la epidemiología clásica

(Laevell & Clark; Lalonde y Blum)

La lógica conceptual

- La salud y la enfermedad ocurre en los individuos como alteración del equilibrio biológico.
- Lo colectivo (social) resulta de la sumatoria de individuos.
- La enfermedad o la salud dependen de grupos de factores de riesgo aislados, que se articulan de cierta manera en cada enfermedad.
- La multicausalidad se construye en cada enfermedad, según la ponderación de la relación estadística entre factores.

Las implicaciones en la acción

- Se actúa sobre el o los factores de riesgo más importantes en la causalidad.
- Cada factor debe ser atacado con diferentes herramientas por diferentes actores “responsables”, y la responsabilidad de los actores es igual (corresponsabilidad).
- La estrategia central es la coordinación entre actores responsables.

HERNÁNDEZ, M. Seminario Distrital en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Bogotá: 2007.

³ QUEVEDO. Op. cit., p. 39.



1.2. Los determinantes sociales de la salud: la salud como desarrollo humano

La idea de definir la salud más allá de la ausencia de enfermedad, como concreción de condiciones para el desarrollo humano, ubica el ejercicio analítico de la salud y la enfermedad en el plano de los determinantes sociales.

En esta perspectiva, se supone que más allá de los asuntos de orden biológico que marcan diferencias entre los sujetos y los grupos, los elementos centrales en la definición de la salud, la enfermedad y la muerte son de origen social y se refieren a las formas en que las sociedades se organizan para garantizar la vida y el desarrollo humano al conjunto de sus miembros. En este plano, el ordenamiento político, social, económico y cultural, y las condiciones que de ellos se desprenden, son asuntos centrales a la hora de comprender la distribución de la

salud, la enfermedad y la muerte, los cuales son organizados en tres planos: general, particular y singular.

El primero, el general, corresponde a los mecanismos de orden estructural que la sociedad ha establecido; por ejemplo, el modelo de desarrollo, el modelo económico, la lógica de las relaciones entre los países; el segundo, lo particular, alude al medio, oportunidades, experiencias que rodean a grupos específicos, ejemplo de ello es el estrato socioeconómico, el acceso a educación, recreación, oportunidades de empleo; el tercero, el plano singular, corresponde a niveles de tipo individual, en donde se ubican las características de genotipo y fenotipo.

Un elemento central en este planteamiento se refiere la interrelación existente entre los tres planos, en donde se reconoce la jerarquía de los planes generales sobre los otros dos.

La idea de definir la salud más allá de la ausencia de enfermedad, como concreción de condiciones para el desarrollo humano, ubica el ejercicio analítico de la salud y la enfermedad en el plano de los determinantes sociales.



La determinación en la Epidemiología crítica

(Breilh; Laurell; De Almeida-Filho)

La lógica conceptual

- La salud y la enfermedad son partes del mismo proceso: el continuum de la trayectoria vital.
- Lo social es un nivel de organización superior a lo biológico en el orden humano.
- Lo social tiene sus propias leyes de producción y reproducción.
- El orden lógico está subsumido en el orden social, en niveles de complejidad de ida y vuelta: general, singular, particular.
- Existen mediadores entre los niveles que configuran "modos de vida".
- Los individuos son sujetos políticos.

Las implicaciones en la acción

- Es necesario captar los procesos de producción y reproducción concretos en las sociedades y grupos humanos para actuar.
- La acción se orienta en los diferentes niveles con responsabilidades desiguales, porque el ejercicio de poder es también desigual: los estados tienen mayores responsabilidades que las familias.
- La acción transectorial es necesaria desde la identificación de los problemas y su determinación.
- Los sujetos políticos son transformadores de su propia realidad.

HERNÁNDEZ, M. *Seminario Distrital en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Bogotá: 2007.*

Esta perspectiva da un nuevo sentido a la epidemiología, en contraste con su desarrollo tradicional de construcción de su objeto de estudio centrado en los sujetos y redimensiona la naturaleza social y colectiva de la salud-enfermedad, asunto que ha sido ampliamente presentado por Breilh en su libro *Epidemiología, economía, medicina y política*⁴. Este autor, como otros pertenecientes a la corriente de la Medicina Social, como Cristina Laurell, Juan César García, Giovanni Berlinguer, entre otros, han presentado y desarrollado un importante capital de conocimiento, que ha soportado la propuesta de dar un nuevo sentido a la epidemiología, esfuerzos que se han aglutinado en torno al concepto de

epidemiología crítica. Esta perspectiva connota la idea de desarrollar un componente de transformación del ordenamiento social, en el sentido de garantizar la inclusión del conjunto de sus miembros, bien sea con acciones afirmativas y/o con la construcción de proyectos societarios basados en la justicia social y la equidad, por las implicaciones que los mismos tienen en la salud, la enfermedad y el desarrollo humano.

Con este marco común es necesario anotar que desde la perspectiva de los determinantes sociales existen varias versiones. Según el propio Hernández, la escuela anglosana presenta una reflexión que permite establecer algunas

⁴ BREILH, J. *Epidemiología, economía, medicina y política. México: Fontamara. 2ª edición, 1981.*



diferencias con los lineamientos presentados por la epidemiología crítica. En ellos se destaca la idea de que si bien se reconocen los determinantes sociales como centrales en la salud y la enfermedad, dichas condiciones estructurantes aparecen como desarticuladas a un proyecto de sociedad históricamente construido, por lo que las mismas aparecen aún desarticuladas entre sí y, de algún modo, conservando una cierta "naturalidad", esperada en el marco del desarrollo social. En consecuencia, las respuestas reconocen, por ejemplo, la inequidad como un asunto indeseado del desarrollo social, el cual

requiere ser abordado alejado de la reflexión del modelo social imperante, con lo cual es común que las acciones se ubiquen en el plano particular, entendido de manera limitada a la familia y los grupos como afectados y no como grupos sociales, política y económicamente determinados por la organización social; y en el plano singular, centrado aún en el abordaje de estilos de vida saludable sin el reconocimiento debido de estos como sujetos políticos con capacidad de transformación.

En este sentido, se observan débiles propuestas de incidencia en el plano general.

Determinantes sociales en la epidemiología social anposajona

(Marmot; Wilkinson; CDSS-OMS)

La lógica conceptual

- Surge desde el debate sobre las desigualdades en salud.
- Los contextos sociales, económicos y políticos determinan la salud de las personas, porque definen la estratificación social.
- La estratificación se produce por las diferencias en educación, ubicación laboral, los ingresos y la cohesión social.
- En el nivel individual se concretan determinantes específicos (condiciones de vida; exposición y vulnerabilidad diferencial).
- Los servicios de salud operan respondiendo de manera desigual a los daños.
- Los resultados desiguales pueden aumentar la estratificación social.

Las implicaciones en la acción

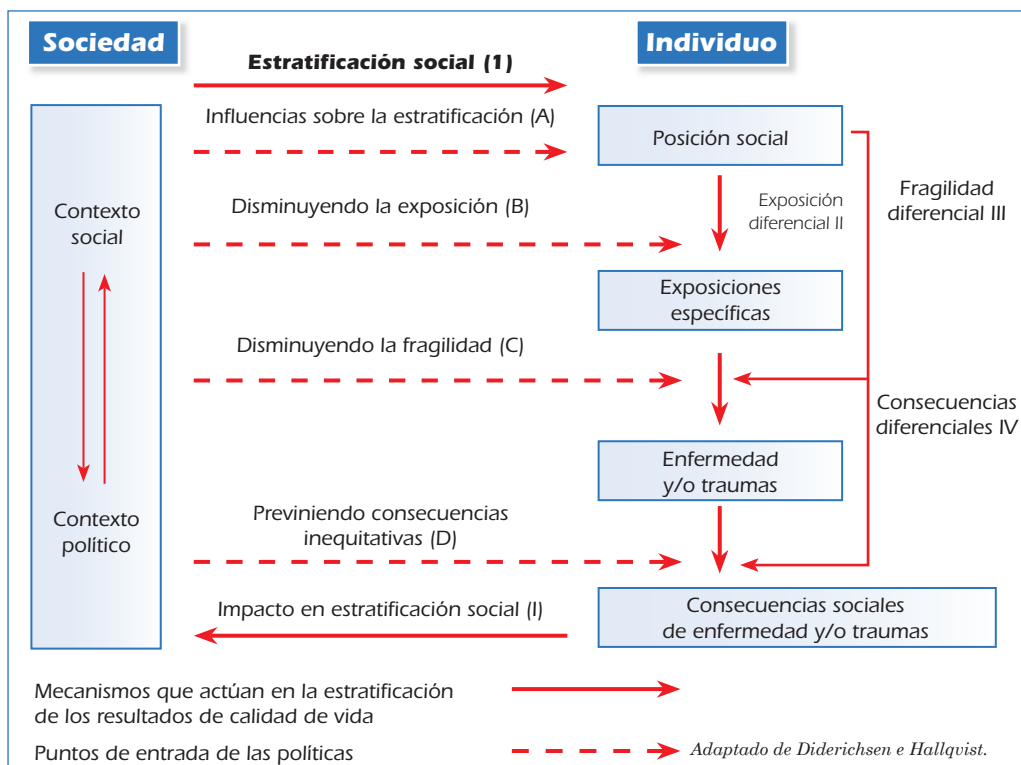
- La identificación detallada de la determinación social específica permite reducir inequidades.
- Las acciones requieren voluntad política y decisión de los Estados.
- Las acciones requieren alianza estratégica entre Estado-Sociedad Civil.
- Los que sufren inequidades deben participar en la transformación.



El otro aspecto que diferencia las versiones de la determinación social de la salud y la enfermedad hace referencia a la perspectiva con la que se establecen las relaciones entre los diferentes niveles de causalidad. Mientras para la escuela anglosajona y particularmente para la OMS, el reconocimiento de diferentes niveles de asociación social se hace desde una cierta linealidad, que implica un grado similar en términos de jerarquía causal, para la epidemiología crítica, la lectura de la sociedad reconoce un papel clave en la manera como se organiza la producción y

la reproducción social, lo que no implica anular otros asuntos de la causalidad, sino ubicarlos en niveles inferiores, de manera jerárquica.

En este sentido, la propuesta de Diderichsen y Halqvist tiene la bondad de proponer una lógica de análisis que asume la identificación y ubicación jerárquica de los aspectos societarios que definen las condiciones de salud y enfermedad de los grupos y los sujetos, al tiempo que propone una acción articulada en todos los planos: general, particular y singular.





En esta perspectiva, se significa el contexto social como posibilidad de contar con proyectos excluyentes o incluyentes, lo que termina por fragilizar o fortalecer la condición social de los individuos y de sus colectivos. Así, se parte del análisis de la sociedad como categoría central, en tanto es esta, en términos de su organización, quien define condiciones de vida, estableciéndose desde aquí una exposición social generalizada en relación con mayores o menores condiciones de calidad de vida.

En el marco del actual modelo de organización de la sociedad, se hace un reconocimiento explícito en el sentido de que el mismo, ha generado una situación de exclusión cuyos niveles varían de contexto a contexto, con lo que la diferenciación entre grupos en el interior de las sociedades establece de entrada una condición de fragilidad social estructural de numerosos grupos humanos en relación con el conjunto de la sociedad (fragilidad entendida como una condición de menor posibilidad de desarrollo, o de mayor probabilidad de daño).

Cuando estos grupos fragilizados se ven enfrentados de manera específica a una condición particular de exposición, como por ejemplo, contaminación ambiental, inseguridad alimentaria, cambios

en la legislación en temas neurálgicos, como la seguridad social, el impacto de dicha exposición se hace diferenciado, siendo mayor en aquellos grupos que se encuentran en situación de fragilidad social.

Este concepto de fragilidad social se propone como contrapunto al de vulnerabilidad, en tanto este último se utiliza en el sentido de identificar los grupos que se encuentran en peor condición, en la idea de que son grupos definidos e identificables al constituirse en una condición un tanto excepcional y no reconociendo que existe una condición estructural de diferenciación social injustificada, que define distintas condiciones frente al desarrollo humano, la salud, la enfermedad y la muerte. En este sentido, es más conveniente reconocer una condición de fragilidad social construida como resultante de contextos sociales que definen condiciones estructurantes política, social, económica y culturalmente diferenciadas por razones injustas y evitables.

Esta precisión plantea, en consecuencia, la necesidad no sólo de una protección circunstancial contra factores de riesgo cuyo impacto será relativo en la medida que más allá de esto se presenta una condición de fragilidad estructural, que requiere una





perspectiva de acción en la forma de protección social integral, desde un concepto ampliado de seguridad social, generando garantías como seguridad económica (aquí se aplica la visión explícita de afectar las condiciones estructurales sociales desde un proyecto político que ambicione reubicar la condición social de las personas, para que puedan salir de la fragilidad social en que están estructuralmente y no sólo protegerse contra factores de riesgo entendidos en forma aislada, fuera de cualquier construcción de cadenas causales)⁵.

En este sentido, frente a la salud-enfermedad, cuando miramos el tema desde los determinantes sociales descubrimos que la distribución de los eventos obedece a una condición de fragilidad social estructural y por esto persistente

históricamente y, por lo tanto, solo es posible enfrentarlos si se entienden sus causalidades complejas. Interesa, por tanto, no sólo identificar y abordar los riesgos relacionados directa e indirectamente con la enfermedad y sus efectos o consecuencias, sino y principalmente, reconocer las fragilidades de los grupos y sujetos constituidas socialmente, para desde allí diseñar respuestas de política integral diferenciada, dirigidas a disminuir dichas fragilidades, tanto como las consecuencias también diferenciadas por grupo.

Esta mirada implica ejercer la transectorialidad como ordenador de las acciones, al tiempo que se deben ocupar los espacios y territorios sociales con alternativas concretas y asertivas a las cadenas causales.

2. La autonomía como referente de construcción de la salud

La idea de definir la salud, no como ausencia de enfermedad, sino como posibilidad efectiva que tienen los sujetos al desarrollo pleno, en condiciones de vida dignas, en los contextos específicos en que se desenvuelven, nos ubica en una perspectiva de salud como condición para SER.

En este sentido, el sujeto ES ser libre y autónomo, lo que implica construir condiciones para que los sujetos desarrollen sus capacidades

en el marco de las oportunidades que le prodiga la sociedad. Dicha autonomía puede ser entendida en tres planos: independencia funcional, que permita un desempeño en el marco de los estándares esperados para la vida productiva y la vida relacional (poder caminar, poder percibir, poder sentir); autonomía social-económica, que permita contar con las condiciones de vida para el desarrollo pleno

⁵ DE NEGRI FILHO, A. La construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004-2005. Secretaría Distrital de Salud.



de sus potencialidades; y la autonomía política, entendida como emancipación política, que permita que el sujeto se relacione con los otros en el marco de relaciones de justicia, igualdad y democracia, tomando parte activa de las decisiones que le afectan en su vida cotidiana y en su futuro, afirmando su condición de sujeto político y, por ende, de sujeto de derechos.

La autonomía aparece como el referente en la construcción de la salud y se desarrolla en las tensiones de la relación individuo/colectivo, lo que la enmarca en los procesos de desarrollo social. Desde la perspectiva de Sen, el desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad, como la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas. Dentro de los aspectos que se destacan en relación con la autonomía están: las **libertades políticas**, los **servicios económicos**, las **oportunidades sociales**, las **garantías de transparencia** y la **seguridad protectora**.

De esta forma queda claro que el desarrollo de la autonomía no depende enteramente de los individuos, sino de las oportunidades y condiciones que lo rodean. Propiciar la autonomía implica generar y suministrar las

condiciones apropiadas y suficientes para que los individuos tengan la posibilidad de ejercerla en los tres planos planteados inicialmente.

Sin embargo, la tarea de construir la autonomía tiene un énfasis inicial en la construcción de la emancipación política como una forma de ganar conciencia sobre la protección de su independencia funcional, como patrimonio individual y social y para el desarrollo de capacidades de organización y abogacía para construir poder hacia la transformación de las condiciones sociales y económicas de su existencia. Razón por la cual la preocupación por desarrollar participación, organización comunitaria y social; y ciudadanía en salud es central, pues busca construir espacios públicos emancipatorios de participación, donde se desarrollen las capacidades de autonomía política de los individuos.

La autonomía refleja la construcción de un ciudadano/a emancipado/a dentro de las garantías de su independencia social, económica y política. La autonomía como emancipación se desarrolla en lo individual, en lo colectivo, lo institucional, lo ambiental y en los imaginarios sociales.

Los derechos humanos no son meras aspiraciones que quisiéramos alcanzar, son el reconocimiento de nuestra dignidad humana.





La visión de la salud como autonomía nos vincula con los marcos explicativos centrados en la determinación social, en donde se hace necesario establecer que en tanto la salud se articula con la posibilidad de que el sujeto SEA. La salud adquiere una naturaleza de condición ligada a la dignidad humana, en donde ya no es suficiente la vida, sino que se requieren garantías sociales para vivir una vida con dignidad, que permita el desarrollo pleno.

2.1. La perspectiva del derecho como vía de construcción de autonomía

Cuando se habla de derechos humanos, y en este caso del derecho a la salud, se refiere a

algo que nos pertenece por el hecho de ser seres humanos y que podemos exigir al Estado. Los derechos humanos no son simples aspiraciones que quisiéramos alcanzar, son el **reconocimiento de nuestra dignidad humana**.

Por esta razón existen múltiples leyes, convenios e instrumentos nacionales e internacionales, que reconocen y promueven la garantía de los derechos humanos y específicamente del derecho a la salud, que deben ser apropiados por el conjunto de la sociedad en la perspectiva de hacerlos justiciables⁶.

En este sentido, podemos puntualizar los siguientes aspectos iniciales referidos al concepto de la salud como derecho:

- **La aceptación de derechos humanos** va más allá de la vida, la libertad y la propiedad, para considerar la articulación e interdependencia entre derechos individuales y colectivos, en especial los económicos, sociales y culturales, al igual que la autodeterminación de los pueblos, como prioridad de la acción del Estado.
- **Existe un deber imperativo del Estado** sobre su garantía, misma que no se aplica a los sujetos en el sentido de que si bien los ciudadanos y ciudadanas tienen responsabilidades sociales, estas no son condicionantes de los derechos.
- **La perspectiva de derechos** incorpora tres características centrales en toda política que pretenda avanzar en la garantía de los mismos: una articulación indisoluble entre universalidad, integralidad y equidad. Estos aspectos se evalúan a la luz de condiciones concretas de calidad de vida, como manera de avanzar en la garantía o no

⁶ Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Módulo: El derecho a la salud y su exigibilidad. Bogotá, 2005.



de derechos. Este aspecto coloca una permanente tensión en el marco global de las políticas actuales, que con frecuencia son focalizadas, fragmentadas y homogéneas, con lo cual no pocas veces se incrementan las condiciones de inequidad estructurantes.

- **El avance en la garantía** de los derechos implica cambios institucionales hacia la participación social real, entendida como “una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades. Las personas, familias y comunidades, como sujetos activos con capacidad y posibilidad de decidir sobre sus vidas con poder y saber, tendrán posibilidades de apropiarse y desarrollar sus proyectos de vida según sus necesidades, aspiraciones y deseos, ganando el mayor dominio sobre los mecanismos que conducen a una calidad de vida, y a la defensa de sus derechos, tanto individual como colectivamente”⁷.
- **Se requiere el desarrollo** de un nuevo modelo de gestión social dirigido a garantizar los derechos, lo que implica la definición de los mecanismos de coordinación a nivel distrital y local para el desarrollo de las respuestas integrales, interinstitucionales y transectoriales, que se convierten en un reto central. Esto implica desarrollar una convocatoria a diversos actores, no solo instituciones, sino ONGs, universidades, sector privado, comunidad organizada o no, entre otros.

En consecuencia, el reconocimiento del derecho a la salud como construcción social implica que las políticas en salud no se remiten únicamente a proveer bienes y servicios a la población, dividiéndola entre contribuyentes y no contribuyentes, beneficiarios “objetos de atención” o asistidos por el Estado. El derecho a la salud dota de significado las políticas y las convierte en el campo de realización de

derechos legítimos y universalmente reconocidos y garantizados, indispensables para la conquista y el desarrollo de una plena condición de ciudadanía, teniendo toda la sociedad en ello un papel protagónico, activo y corresponsable como “sujetos sociales” con poder para decidir sobre su propio desarrollo.

La perspectiva del derecho a la salud tiene como un elemento central la generación de

⁷ Documento marco PAB, 2006. Dirección de Salud Pública. SDS.



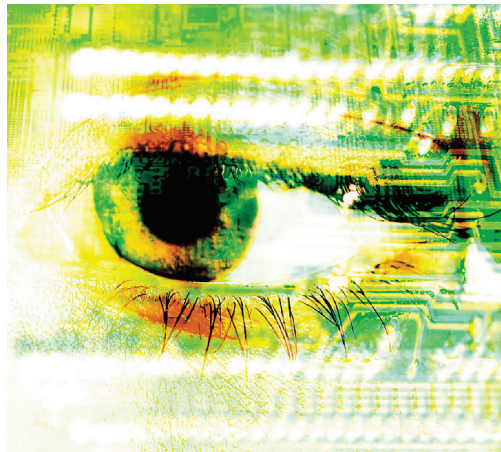
poder de quienes están excluidos, mismos que históricamente han generado respuestas propias por la ausencia del Estado en la resolución de sus necesidades, con lo cual la construcción de las respuestas debe reivindicar estas opciones desde la comunidad, con amplia **participación**; esto implica reconocer y articularse a los espacios

propios de la comunidad, a los tiempos y dinámicas de estas, como un compromiso real con la generación de dicho poder.

Este sentido del diseño de la respuesta implica cambios conceptuales, sociales e institucionales hacia la gestión y la participación social real.

3. Los retos de la salud pública: de la caridad y la mercantilización hacia la garantía del derecho a la salud como autonomía funcional, social y política

Se hace necesario iniciar esta reflexión reconociendo que el concepto de salud pública implica fuertes tensiones conceptuales, políticas y sociales. En consecuencia, es legítimo plantear que no existe una única concepción frente a lo que es la salud pública. De hecho, una revisión histórica del concepto nos lleva a concluir que esta diversidad ha estado presente en el desarrollo de las ciencias de la salud y se refiere a la transformación de las estructuras sociales a lo largo de la historia y para cada contexto en particular, en donde se han definido maneras de interpretar la salud y la enfermedad y, en consecuencia, de intervenirla.

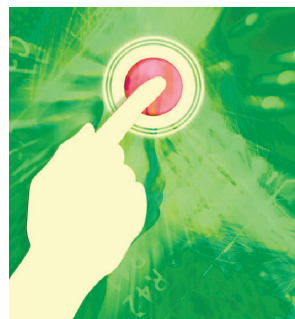




Frenk⁸ plantea la existencia de cinco acepciones:

- *“La primera equipara el adjetivo ‘pública’ con la acción gubernamental, esto es el sector público.*
- *El segundo significado es un tanto más amplio, pues incluye no sólo la participación del gobierno sino la de la comunidad organizada, es decir, ‘el público’.*
- *El tercer uso identifica la salud pública con los llamados ‘servicios no personales de salud’, es decir, aquellos que se aplican al medio ambiente (por ejemplo, el saneamiento) o a la colectividad (por ejemplo, la educación masiva para la salud) y que, por lo tanto, no son apropiables por un individuo específico.*
- *El cuarto es una ampliación del tercero, en tanto señala una serie de servicios de naturaleza preventiva dirigidos a grupos vulnerables (por ejemplo, los programas de atención materno-infantil).*
- *Por último se usa a menudo la expresión ‘problemas de salud pública’, sobre todo en el lenguaje no técnico, para referirse a padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad”⁹. Es de anotar que con frecuencia estos significados se interrelacionan.*

Estas definiciones tienen la bondad de presentar de manera sintética las principales visiones que han hegemonizado la construcción de la salud pública. Sin embargo, no logran presentar la complejidad de la discusión. En contraste, Terris, en 1992, plantea como definición de la salud pública: “el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad y la incapacidad, prolongar la vida y promover la salud física y mental mediante los esfuerzos organizados de la comunidad”¹⁰.



⁸ FRENK, J. “La nueva salud pública”. En: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica N° 540. Washington, 1992. pp. 76-77.

⁹ FRENK, J. “La nueva salud pública”. En: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica N° 540. Washington, 1992. pp. 76-77.

¹⁰ TERRIS, M. “Tendencias actuales de la salud pública en las Américas”. En: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica N° 540. Washington, 1992. pp. 185-204.



Desde esta perspectiva se justifica una amplia reflexión en el sentido de reconocer en la salud pública tanto un campo de conocimiento, como una práctica social y política trascendente, al abordar como su objeto de reflexión las formas en las que la sociedad responde a las necesidades de salud de las poblaciones, tal y como la plantea Almeida en un trabajo posterior¹¹, en donde se presenta un recuento del desarrollo de la salud pública a partir de las características que asume la relación Estado-sociedad.

Así se configura un primer momento basado en la disciplina del cuerpo, propia del Siglo XVIII, en donde el conjunto social debe incorporar una serie de lineamientos frente al cuidado de la salud y el Estado debe asumir un rol de regulación policiva de la salud colectiva.

Para el Siglo XIX emerge con cierta fuerza la idea de la salud como proceso político-social, donde la democracia, la justicia y la equidad, como condiciones de organización social de la vida, aparecen como elementos sustantivos

y en donde se ubica el tema de la salud como parte de las exigencias sentidas de grupos organizados de la sociedad. Sin embargo, la idea del Estado regulador y su perspectiva sanitarista, que privilegia la atención sobre el ordenamiento de las acciones de los individuos, más que las sociales, como fundamentales en la prevención de la enfermedad, gana un impulso fuerte con el desarrollo tecnológico y los principios de organización racional, a la hora de definir los mejores mecanismos para el control de la enfermedad, sobre todo en los llamados grupos vulnerables.

Esta tendencia se profundiza aún más en el Siglo XX, gracias a los logros en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, lo que "refuerza la separación entre individual y colectivo, privado y público, biológico y social, curativo y preventivo".

Un balance de la salud pública del Siglo XX, en palabras de Grand¹², destaca tres aspectos:

- *El recurso filosófico y teórico de la enfermedad y la muerte, como punto de partida para la explicación de la salud.*
- *El método positivista para la explicación del riesgo de enfermar en la población; y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social.*
- *El reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad.*

¹¹ ALMEIDA, F. N. Saude colectiva: uma "nova saude publica" ou campo aberto a novos paradigmas? Rev. Saude Publica, 32 (4): 299-316, 1998.

¹² GRANDA, E. ¿A qué llamamos Salud Colectiva? Rev. Cubana de Salud Pública, 30 (2), 2004.



Esta perspectiva preventivista permeó incluso intentos de innovación que se desarrollaron a la luz de la llamada salud comunitaria, que buscaba un mayor impacto en grupos poblacionales priorizados con un fuerte desarrollo de procesos educativos en salud y una asistencia simplificada en menor escala.

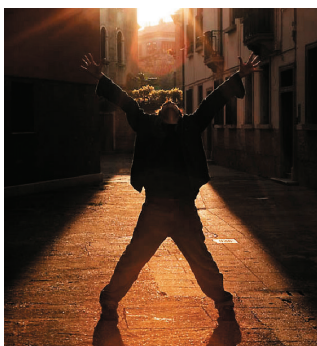
Con este antecedente se lanza la proclama de "Salud para todos en el año 2000" en 1977; y el año siguiente, en Alma Ata, se reafirma la salud como derecho de los hombres y las mujeres y al Estado como responsable de garantizar condiciones de salud y se reconoce de manera incisiva la perspectiva de determinación social, en el marco de la causalidad. Allí la Atención Primaria en Salud aparece como la estrategia fundamental de esta perspectiva, al tiempo que la promoción de la salud se instituye como una tarea central. Promoción, sin embargo, que define nuevamente un lugar prioritario a las acciones dirigidas a los cambios que puedan lograr en los estilos de vida de las personas, en donde la educación en salud se ubica como el foco de las mismas.

Así, la salud pública y sus prácticas, aún cuando pueden aparecer ubicadas en marcos explicativos más amplios, se atrapan en una perspectiva reducida, que limita la interpretación y análisis del proceso salud-enfermedad, con

énfasis en este último, a un marco biologista y con poca capacidad de lograr afectar de manera trascendente las estructuras que determinan dicho proceso, al reiterar su accionar en el ámbito individual e incluso familiar, pero sin lograr discutir a profundidad e incidir en las estructuras sociales, que reconoce como determinante la salud-enfermedad.

Entre las décadas de los ochenta y los noventa se generan importantes transformaciones en el campo de la organización de los servicios de salud a nivel mundial, por fuerza de la expansión doctrinaria y económica del neoliberalismo, cambios que con frecuencia han implicado un debilitamiento en el campo de la salud pública, si se considera que en líneas generales estas transformaciones han tendido a una mercantilización de la salud, debilitando la ya frágil idea de la salud como derecho.

En consecuencia, la salud pública ha reducido su campo de acción a paquetes de servicios en áreas de impacto epidémico o de perfil de morbimortalidad; mayor debilitamiento de la acción del Estado y del conjunto de la sociedad, que con frecuencia asimila la idea de salud con la capacidad de pago de las personas. Con lo cual se evidencia la re-emergencia de problemas de salud pública, otrora controlados al tiempo que





aparecen nuevos padecimientos propios de las transformaciones sociales, económicas y políticas imperantes en la última etapa de la historia, dando la idea de que se ha perdido la senda de la salud pública como campo de conocimiento y práctica social capaz de aportar a la construcción de sociedades en donde la salud, como desarrollo humano y calidad de vida, sea una realidad.

Detrás de este rápido recuento es necesario señalar la permanencia, en el proceso histórico de comprensión y construcción de conocimiento en el campo de la salud pública, de una serie de tensiones que permiten entender con mayor precisión los avances y límites de este proceso.

Considerando las reflexiones anteriores en el sentido de concebir la salud como condiciones para el ejercicio de la autonomía funcional, social y política, argumento que ubica la salud como un derecho, en interdependencia con otros, es necesario entender la salud pública como práctica social que debe garantizar este derecho, no sólo desde una perspectiva reivindicativa, sino por

la implicación de su naturaleza como un asunto público, de interés del conjunto de la sociedad, responsabilidad del Estado, interdependiente con otros asuntos determinantes de la salud y, en consecuencia, su desarrollo debe hacerse desde perspectivas transectoriales, lo que implica repensar el campo de conocimiento, las prácticas y la organización social que le define un lugar.

En esta lógica la salud pública, centrada en la construcción de alternativas que garanticen la autonomía y el desarrollo de los sujetos, gana potencia ordenadora del conjunto de acciones y sobrepasa la separación histórica de la clínica vs. la prevención, con lo cual se estaría incorporando la propuesta de Milton Terris en el sentido de hacer de la medicina un campo de la salud pública (al igual de los demás campos profesionales en salud) y no la Salud Pública una especialidad de la medicina, donde incluso se cuestionen los modelos centrados en medicina comunitaria, social y preventiva como parte de un modelo bajo la hegemonía de la medicina¹³.

4. La promoción de la salud: campo de disputa conceptual y política por el derecho a la salud

Desde la mirada hegemónica, la promoción de la salud aparece, junto con la prevención, como los campos centrales de la actuación de la

salud pública y recoge, por tanto, su proceso de construcción viéndose limitada por las tensiones que han sido presentadas.

¹³ TERRIS, M. "Tendencias actuales de la salud pública en las Américas". En: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica N° 540. Washington, 1992. pp. 185-204.



Bajo el concepto de medicina preventiva, se identifica la promoción de la salud como el nivel más general de la prevención de la enfermedad, el paradigma que subyace en tal propuesta es el preventivista. La enfermedad es la ruptura del equilibrio existente entre el huésped, un agente etiológico y el medio con el que interactúan. La promoción de la salud, de acuerdo con esta visión, tiene que ver con el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes de enfermedad, con la disminución o eliminación del contacto con el agente y con acciones generales sobre el ambiente (el ambiente incluye lo social).

En este contexto surge la segunda revolución epidemiológica, que hace referencia a la intención de controlar y dominar las patologías no infecciosas con el arsenal desarrollado a partir de controlar los factores de riesgo, que fueron agrupados en dos grandes categorías, aquellos provenientes del entorno físico y los derivados del entorno social.

Los factores del entorno físico se asociaron a aspectos como: las radiaciones, las sustancias químicas tóxicas, agentes cancerígenos, entre otros; y los factores del entorno social : hábitos de fumar, dietas ricas en grasa, consumo de alcohol y falta de ejercicio físico. Se evidencia que estos

últimos factores están asociados a los estilos de vida, y en esa medida las personas pueden tomar decisiones que influyen en su exposición a esos agentes.

Desde esta perspectiva, los factores de riesgo están asociados más que a las condiciones de vida, a la formas de vida, comportamientos y actitudes de los individuos frente a su salud. En consecuencia, se pasó de evaluar el papel de las instituciones en su compromiso con la salud de los sujetos, a la culpabilización de estos frente a su proceso de salud-enfermedad y por ende a promover estilos de vida saludables, con el fin de eliminar o controlar factores de riesgos¹⁴.

En este contexto de la búsqueda de la salud por parte de los individuos en la práctica de estilos de vida saludables surge un nuevo concepto: el autocuidado, definido como "las actividades de salud no organizadas y las decisiones sobre la salud tomadas por individuos, familias, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, entre otros; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud¹⁵".

¹⁴ Secretaría Distrital de Salud - Corporación Grupo Guillermo Fergusson. Modelo de promoción de la salud para la localidad de Kennedy. Santafé de Bogotá, 1998. p. 95.

¹⁵ KICKBUSCH, I. El autocuidado en la promoción de la salud. En: Promoción de la salud: una antología. OMS - OPS. Washington, 1996. p. 235.



Este enfoque sobre el autocuidado se inserta dentro de la perspectiva de promoción de la salud como promoción de estilos de vida saludable, en la medida en que se define estilo de vida como: la relación con las experiencias colectivas e individuales y con las circunstancias vitales, al igual que patrones de elecciones o

patrones de conducta hechos a partir de las alternativas de que disponen las personas, según sus circunstancias socioeconómicas y la facilidad con la que pueden elegir unas y desdeñar otras.

Este enfoque de la promoción permite identificar varios aspectos que son importantes de resaltar:

- *El proceso de salud-enfermedad carece de una dimensión social, entendiendo lo social como la esfera del ser humano en la cual él se interrelaciona no con un medio ambiente (presencia o no de factores de riesgo del entorno), sino con una sociedad que lo construye y que él construye, una sociedad en la cual juega múltiples relaciones en escenarios distintos de lo público y lo privado. En el primero de ellos el trabajo, la escuela, la ciudad; y en el segundo la familia. Relaciones en términos de lo económico, de lo productivo, lo político, lo cultural y lo socializante.*
- *El segundo aspecto, hace referencia a la relación lineal y estática del proceso salud-enfermedad, en tanto la salud es considerada como un equilibrio de lo físico, lo psicológico y lo social; y la enfermedad, su contrasentido. Así, el individuo deja de ser sujeto social, para convertirse en un cuerpo que si bien es reconocido desde su condición biológica y psicológica, es un cuerpo estructuralmente susceptible de ser afectado por una serie de riesgos presentes en su entorno, pero sin ninguna posibilidad de agenciar desde su historia y su condición de ser social su proceso de salud-enfermedad. Esta condición de ser social hace referencia al desarrollo del sujeto humano desde su historia y desde la construcción colectiva de una red de significados, elaborados a partir de la experiencia intersubjetiva.*
- *Y un tercer aspecto, es el carácter instrumental que adquiere la promoción de la salud en este contexto, cual es controlar una serie de factores de riesgos y agentes causales de la enfermedad, a través del control de epidemias, el ejercicio de estilos de vida saludables por parte de los sujetos y políticas gubernamentales de mejoramiento de servicios públicos.*



A esta perspectiva de la promoción de la salud se contraponen otras, en donde se destaca la de Sigerist en 1945, quien propone diferenciar la salud de la enfermedad al definir que la medicina debía desarrollar cuatro grandes tareas: la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento del enfermo y rehabilitación. En su momento planteó que se hace promoción si se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo,

educación, ejercicio físico y medios de descanso y recreación¹⁶.

En la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en julio de 1997, en Yakarta, Indonesia, se elaboró la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI, en la cual se recogen las cinco estrategias de la Carta de Ottawa esenciales para alcanzar mayor equidad en salud a través de la promoción:

- | | |
|--|--|
| a. Construir política pública saludable. | d. Desarrollar habilidades personales. |
| b. Crear ambientes favorables de apoyo. | e. Reorientar los servicios de salud. |
| c. Fortalecer la acción comunitaria. | |

En este sentido, las prioridades expuestas para la promoción de la salud son:

- | | |
|--|--|
| a. Promover la responsabilidad social por la salud. | d. Incrementar la capacidad de la comunidad y crear poder en los individuos (empoderar). |
| b. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud. | e. Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud. |
| c. Consolidar y expandir nuevas alianzas para la salud. | |

Los anteriores postulados se comparten en la Declaración de Bogotá, con los conceptos básicos que resumen el mensaje de dicha declaración: el derecho a la vida digna, el bienestar colectivo, la redistribución equitativa de los recursos y la paz como elemento importante de la salud pública.

El desarrollo anterior presenta una postura institucional desde la mirada internacional y nacional por parte de las entidades que rigen los destinos de la salud en Colombia, en donde se observa un espectro mucho más amplio que el presentado en la versión de la promoción de la

¹⁶ CASTRO. *Op. cit.*, p. 35.



salud como estilos de vida saludable. Sin embargo, es necesario ubicar que estos lineamientos están sujetos a las tendencias macroeconómicas, particularmente las relacionadas con disminución del gasto social, debilitamiento de la acción del Estado e intereses de una clase política y dominante, que va en contraposición a la búsqueda de mejores condiciones de vida y bienestar para la población, con lo cual las acciones quedan limitadas y reducidas, por la falta de inversión social; y pese al esfuerzo en términos de generar políticas públicas saludables, en la práctica la promoción de la salud centra su atención nuevamente hacia el papel sustancial de los individuos en la modificación de sus

conductas personales para mejorar su estado de salud.

Es aquí donde la propuesta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud pretende aportar una alternativa en la garantía del derecho a la salud. En este sentido, se fundamenta en la idea de salud como autonomía, reconoce el análisis de los determinantes sociales como orientador en la toma de decisiones y asume la tarea de transformar la realidad existente en la perspectiva de construir equidad y justicia social. En este sentido, el desarrollo de la estrategia promocional pretende reivindicar la idea de Milton Terris, dando un lugar ordenador a la salud pública.

II. La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud



Este apartado presentará algunos elementos del contexto en el que se ha desarrollado esta propuesta, así como los aspectos conceptuales

clave en la incorporación de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud y asuntos de orden metodológico a considerar.

1. El contexto: caracterización del desarrollo de la Política de Salud Pública en la Secretaría Distrital de Salud, en relación con la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud¹⁷

Desde hace ya varios años la Secretaría Distrital de Salud viene construyendo la política

pública con una aproximación al marco de la determinación social de la salud y la enfermedad.

¹⁷ Este apartado se realiza con base en la presentación hecha por la Secretaría Distrital de Salud en el Seminario Distrital en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, Luis Ángel Arango, Bogotá, 2007.



Una revisión más detallada del desarrollo de este proceso permite caracterizar el mismo, de la siguiente manera:

Durante la década de los ochenta, se observa una tendencia asistencialista marcada por la lógica del desarrollo de programas de salud verticales.

Durante la década de los noventa, se inició una nueva visión, cuyo producto más visible hace referencia a los procesos de elaboración de los Diagnósticos Locales con Participación

Social, lo que permitió avanzar en la definición de prioridades en salud pública con un reconocimiento inicial de los territorios.

A partir de esta aproximación se han venido definiendo los contenidos del Plan de Atención Básica, así como las líneas de intervención en una mejor articulación con la realidad de ciudad.

En este sentido, desde el punto de vista conceptual, de manera reiterada los documentos generados destacan tres aspectos:

- *La naturaleza dinámica del proceso, con lo cual incorporan un referente histórico social en sus propuestas.*
- *Una lógica analítica en el marco de la complejidad, con lo que se plantean redes de relaciones no necesariamente lineales.*
- *Una perspectiva explicativa desde la determinación social, reconociendo relaciones en varios niveles: sociales, de grupo e individuales.*

Los aspectos que en esta perspectiva se han destacado en la formulación de las políticas públicas y la distribución de los recursos en salud, han considerado asuntos como posición social, particularmente asumida desde estrato socio-económico, poder y jerarquía,

prestigio, dotaciones iniciales, oportunidades y capacidades.

En el desarrollo de esta aproximación se han colocado como retos, el avance en temas centrales tales como:

- *Mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades en salud.*
- *Establecimiento de relaciones entre los determinantes.*
- *Proporción de un marco para la evaluación de las políticas en relación con el bienestar.*
- *Proyección de niveles de intervención específicos.*



Durante lo recorrido en la década del 2000 se afianza esta perspectiva a partir de los aportes colocados desde la Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida y Salud, la cual ubicada desde la lógica de los determinantes sociales, propone como sentido de las acciones la promoción, preservación y recuperación de las autonomías de los sujetos y los colectivos, fortaleciendo el rol del Estado como garante de derecho y proponiendo una acción estratégica orientada desde la gestión social de la salud, en donde la transectorialidad, en la acción del Estado y la participación social son piezas fundamentales. Desde el punto de vista operativo propone

el abordaje de poblaciones en función de proyectos estructurantes por ciclo vital en los territorios en donde transcurre la vida cotidiana, a partir de la lectura de sus condiciones de vida y salud, ubicando condiciones de equidad-inequidad, definiendo transversalidades clave, tales como la seguridad alimentaria, la ocupación, las adicciones, la actividad física, la discapacidad, y ordena las acciones en el marco de proyectos de desarrollo de autonomía.

Una revisión más detallada de estos avances, particularmente en los últimos cuatro años permite destacar:

Avances políticos:

- **Abordaje más amplio**, centrado en el derecho y en la afirmación de la vida-salud, imperativo ético de responder a necesidades sociales.
- **La salud como construcción social**: en donde la abogacía en salud gana mayor contenido, destacando un componente más participativo y una acción del Estado hacia la transectorialidad.
- **Desarrollo de los principios** y metodología de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.
- **Desarrollo de la gestión social de la salud desde los territorios**: Distrito; localidad; UPZ; microterritorios: escuela, hogar; lugares de trabajo, comunidades, instituciones, entre otros.

Avances técnicos:

- **Una mayor apropiación** del pensamiento estratégico; trascender hacia acciones afirmativas en salud (universalidad, equidad e integralidad).
- **En lo metodológico**: avances en los procesos de lectura de necesidades y de respuestas, identificación de brechas y gestión de respuestas integrales.
- **En lo operativo: desarrollo del PAB en relación con los territorios**: gestión en ámbitos de vida cotidiana, vigilancia en salud pública.
- **Investigación**: apertura a métodos cualitativos.

Avances administrativos:

- **Reordenamiento de la SDS y ESE**: plataforma **estratégica**: derecho a la salud, afectar determinantes, promover la exigibilidad del derecho, reordenar la institucionalidad en función del mismo.
- **Aumento** de recursos para salud pública.
- Formas de contratación.
- **Manejo** de información.



Avances en infraestructura:

- **Hacer** visibles las necesidades.
- **Algunas** adecuaciones.
- **Compromisos** futuros.

Brechas y tensiones:

- **Baja coherencia** entre esta visión y las políticas públicas nacionales.
- **Formación** de los servidores públicos y de los profesionales de la salud.
- Contexto normativo.
- **Estructuración** del SGSSS.
- **Discursos** hegemónicos.
- **Primacía** de relaciones de crecimiento económico.
- **Flexibilización** de la economía.
- **Restricción** en la capacidad de respuesta.

El desarrollo de este proceso en el último período ha permitido vislumbrar algunos desafíos, tales como:

- **Propender** por políticas públicas más incluyentes, fuertes y legítimas, que le apunten al bienestar y desarrollo humano, al disminuir o eliminar las brechas de inequidad.
- **Desarrollar** procesos de construcción social de la sociedad, de la ciudadanía y de la salud.
- **Definir** respuestas sociales más acordes con las condiciones de vida y de salud de la población.
- **Promover** mayor autonomía en los individuos y la sociedad, que se traduzca en mayores grados de libertad.
- **Implementar** acciones más integrales, amplias y estructurales.
- **Permear** la vida cotidiana de las personas llegando a sus espacios de vida, para garantizar una implementación de la política coherente.
- Avanzar en la adopción de modelos que permitan nuevos abordajes en la explicación y en la acción del proceso salud-enfermedad.

Esta breve síntesis del contexto permite ubicar que el proceso de incorporación y desarrollo de la estrategia, cuenta con antecedentes importantes que le han permitido tener curso, máxime cuando

sus postulados y contenidos deben ser ubicados en el ejercicio de construir una nueva lógica en la formulación de políticas públicas coherentes con la perspectiva de la `salud como derecho.

2. La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud

A continuación se presentan los conceptos, principios, propuesta metodológica y principales estrategias para el desarrollo de la estrategia.



2.1. ¿Qué es la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud?

Se define como el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales.

2.2. ¿Qué es la autonomía?

Se refiere a la libertad que cada individuo ejerce en el desarrollo de su proyecto de vida. La misma, está determinada en gran medida por el marco de las oportunidades que le prodiga la sociedad.

Dicha autonomía puede ser entendida en tres planos: independencia funcional, que permita un desempeño en el marco de los estándares esperados para la vida productiva y la vida relacional (poder caminar, percibir y sentir); autonomía social-económica, que permita contar con las condiciones de vida para el desarrollo pleno de sus potencialidades; y la autonomía política, entendida como emancipación política, que permita que el sujeto se relacione con los otros en el marco de relaciones de justicia, igualdad y democracia, tome parte activa de las decisiones que le afectan en su vida cotidiana y en su futuro, al afirmar su condición de sujeto político y, por ende, de sujeto de derechos.

Sin embargo, la tarea de construir la autonomía tiene un énfasis inicial en la construcción de la emancipación política como una forma de ganar conciencia sobre la protección de su independencia funcional, como patrimonio individual y social; así como para el desarrollo

de capacidades de organización y abogacía orientadas a la construcción de poder transformador de las condiciones sociales y económicas que limiten o afecten su desarrollo pleno. Por esta razón, la preocupación por desarrollar participación y organización social es central, pues busca construir espacios públicos emancipatorios de participación, donde se desarrollen las capacidades de autonomía política de los individuos.

Así entendida la autonomía, se promueve en las tensiones de la relación individuo-colectivo y se enmarca en los procesos de desarrollo social. En este sentido, y desde la perspectiva de Sen, el desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad, como la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas. Dentro de los aspectos que se destacan en relación con la autonomía están: **las libertades políticas, los servicios económicos, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia y la seguridad protectora.**

2.3. ¿Qué es calidad de vida?

Es un concepto integrador de las necesidades humanas, que rompe con las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social. Desde la estrategia promocional, se orienta el abordaje de la calidad de vida como un continuo a lo largo del ciclo vital y de sus determinaciones sociales en todas sus etapas, procesos y contextos.



La estrategia promocional identifica cinco esferas, articuladas entre sí a la hora de abordar la calidad de vida^{18, 19}:

La primera es la esfera **individual**, en donde el aspecto a promover se refiere a la autonomía, entendida como la capacidad de los sujetos de responder y de satisfacer sus necesidades dentro de un marco social y con concurso de su propia capacidad de acción. Por lo tanto, la autonomía se da en una serie de dimensiones, tales como la autonomía funcional, la social y la política, que se establecen como concreción de la posibilidad real de decisión frente a lo que se considera lo mejor para cada quien.

La segunda esfera, **la colectiva**, ubica como el concepto fundamental la **equidad**, como la necesidad de construir respuestas que reconozcan la existencia de diferencias injustas y evitables en términos de oportunidades y posibilidades de ejercer plenamente la autonomía entre grupos, entre los estamentos sociales y los distintos grupos humanos. En este sentido, la construcción de respuestas se tensiona en el reconocimiento de la existencia de inequidades de clase social, género, raza y etnias, territorios, entre otras.

La tercera esfera es la **institucional**, y allí la estrategia ubica como referente la construcción

de **democracia** y en ella adquieren lugar asuntos relevantes, como el rol del Estado en la garantía del derecho y en el ejercicio de la rectoría sanitaria, la construcción de lo público y de las políticas públicas y, los asuntos referidos a la promoción de la participación y la ciudadanía en salud. En consecuencia, si una institución pública se moviliza hacia una estrategia promocional, debe necesariamente replantear la forma como se organiza, como interactúa tanto con sus sectores internos como con los externos.

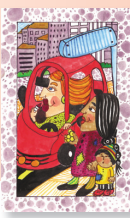
La trans-sectorialidad se ubica como un mecanismo de construcción de integralidad en las políticas públicas que inciden en la calidad de vida. Esto implica procesos amplios de participación social, que abran las puertas para que los mismos ciudadanos y ciudadanas puedan expresar, dialogar y tomar decisiones que sean efectivas en esta dirección.

La cuarta esfera es la **ambiental**. Ésta es clave en el sentido de pensar la **sostenibilidad** como concepto central de todo el proceso, en su relación con el ambiente y con su capacidad de generar otro tipo de orientación dentro de la sociedad.

La quinta esfera es la **subjetiva**. Para construir una estrategia promocional de calidad de vida

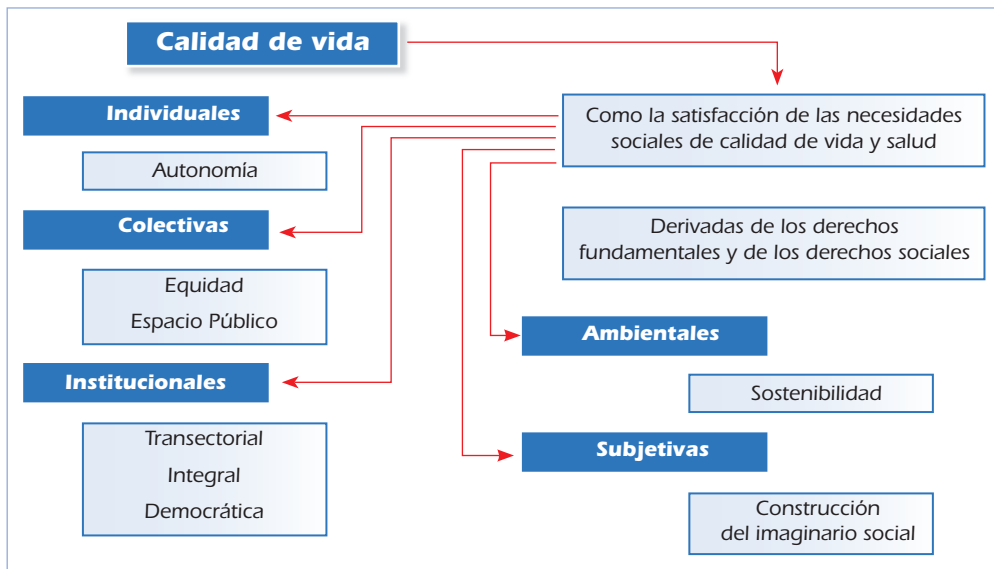
¹⁸ DE NEGRI FILHO, A. "Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transectorialidade das políticas públicas". En: Girotti Sperandio, A. M. O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004.

¹⁹ DE NEGRI FILHO, A. La construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004-2005. Investigaciones en seguridad social y salud. Secretaría Distrital de Salud, 2006.



se debe trabajar todo un conjunto de nuevos patrones de subjetivación, de representación de la realidad y de su transformación. Dentro de esta perspectiva, la construcción de nuevos

caminos para la promoción de calidad de vida y salud, pasa por valores propios de la estrategia, tales como autonomía, equidad, participación, ciudadanía, entre otros.



2.4. ¿Cuáles son los principios orientadores de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud?

Retomando lo anterior, se pueden puntualizar los siguientes principios de toda acción que se desarrolle en el marco de la estrategia promocional:

a. La autonomía como referente de la construcción, lo que implica que se pretende ir más allá de la prevención de la enfermedad y la muerte,

garantizando no sólo la vida, sino una vida que valga la pena ser vivida.

b. La asunción de la salud como derecho, lo que implica una mirada de ésta, ligada con la satisfacción de las necesidades sociales integrales de los sujetos y colectivos en los territorios sociales en los que transcurre su vida cotidiana.

c. La universalidad, integralidad y equidad como referentes en la construcción de alternativas que transformen las condiciones que vulneran o niegan los derechos.



- d. La reivindicación del Estado garante de derechos, por lo que la estrategia concibe la construcción de la acción transectorial como un elemento central para el fortalecimiento del Estado en su rol garante.
- e. La exigibilidad del derecho por parte de los sujetos, grupos y colectividades, como expresión de corresponsabilidad social en la garantía de los derechos desde la perspectiva del interés común, por lo que la estrategia reivindica la participación social, la organización y la ciudadanía en salud como elemento central en todos sus procesos.

2.5. ¿Cuáles son los procesos para el desarrollo de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud?

El desarrollo de la estrategia promocional implica condiciones para el desarrollo de los siguientes procesos:

2.5.1. La identificación integral de necesidades sociales

Este proceso es el ordenador de la estrategia. La lectura identifica todo aquello que permita a las personas realizar el máximo posible de sus capacidades y potencialidades humanas; por tanto, no se refiere únicamente a las carencias y privaciones económicas, o a las brechas o déficits de las respuestas sociales o institucionales, sino que incorpora la perspectiva de autonomía y

dignidad conforme a los contextos, expectativas y aspiraciones sociales y culturales de cada uno y de todos.

En esta lectura, interesa evidenciar de manera particular, situaciones de inequidad por cuestiones de género, de ciclo, de condición socio-económica, de etnia, entre otras.

El desarrollo de este proceso contiene como reto central la capacidad de leer integralmente la realidad, desde la perspectiva de los derechos y en el marco de procesos participativos que recojan la voz de los múltiples actores, considerando la vida concreta de la gente.

El proceso de lectura de necesidades incluye²⁰:

- *Identificación de territorios y actores sociales.*
- *Aproximación inicial a los problemas o necesidades de calidad de vida.*
- *Problematización de la realidad.*
- *Construcción de narrativas a partir de la identificación de temas generadores para la acción.*
- *Construcción de agendas sociales.*

²⁰ Este apartado será ampliado en la Guía 1: Lectura Integral de Necesidades, la cual hace parte del paquete de materiales impresos en el marco del proyecto Diseño de un Diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, SDS - Corporación Grupo Guillermo Fergusson, 2007.



2.5.2. La construcción de respuestas sociales coherentes con la complejidad de las necesidades sociales identificadas y la inequidad existente

La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud coloca en el centro de las acciones la autonomía, lo que establece un sentido a todas las acciones realizadas hacia el desarrollo, la preservación y la recuperación de la misma, con lo que las acciones clásicas de educación, prevención, atención y rehabilitación se ordenan

desde una perspectiva más amplia. Esto tiene como consecuencia el replanteo de las respuestas, garantizando tanto la capacidad funcional como la socio-económica y la política, al tiempo que se organizan los servicios desde la perspectiva del derecho de todos.

Desde estos elementos se propone que la formulación de la respuesta se dirija a incentivar un avance en las respuestas planteadas en el sentido de diseñar y desarrollar²¹:

- **Acciones de ejercicio de la autonomía:** *a través de las cuales se promueve la emancipación de los individuos como sujetos de derechos, de tal manera que estos puedan acceder a las garantías consignadas en la Constitución y las Leyes: organización, participación, representatividad, control social en torno a las problemáticas identificadas, fiscalización de las rendiciones de cuentas de las autoridades, iniciativas desde y con la comunidad. Se deben considerar grupos o segmentos poblacionales que por su condición de fragilidad estructural biológico/social tienen que ser atendidos de forma más potente, como es el caso de niños/niñas, desempleado(a)s, desplazado(a)s, mujeres, ancianos/ancianas, portadores de enfermedades crónicas debilitantes o discapacidades, o aún la combinación de varias de estas condiciones.*

Las acciones deben estar ubicadas en ámbitos definidos: hogares, escuelas, instituciones de protección, lugares de trabajo, comunidades.

- **Acciones de protección de la autonomía:** *que buscan preservar las condiciones de autonomía del sujeto; es decir, acciones que protejan su independencia funcional, así como respondan desde la función garante del Estado a la fragilidad social (pobreza, desempleo, violencia, relaciones desiguales), estableciendo por equidad (dentro de la universalidad de los derechos) una discriminación positiva en énfasis a los grupos o segmentos poblacionales, al tiempo que se pretende abordar exposiciones concretas que*

²¹ Este apartado será ampliado en la Guía 2: Construcción de respuestas integrales a las necesidades y la Gestión Social, la cual hace parte del paquete de materiales impresos en el marco del proyecto Diseño de un Diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, SDS - Corporación Grupo Guillermo Fergusson, 2007.



amenazan la autonomía en el hogar, la escuela, las mismas instituciones de protección, comunidades y lugares de trabajo.

- **Acciones de recuperación y restitución de la autonomía:** que se refieren a las acciones para atender las consecuencias de los problemas con una perspectiva integral de los mismos (biológicos, psicológicos y sociales). A este nivel, la acción parece concentrarse en la oferta de servicios que las instituciones de salud, de servicios sociales, educativos, entre otros brindan. Sin embargo, como consecuencia de la acción integral sectorial, deben proyectarse acciones coordinadas con el conjunto de sectores de la sociedad, así como con los propios afectados, generando así Redes Sociales (como expresión de la interacción de iniciativas del Estado con las iniciativas de las comunidades, con convergencia de mirada y de acción en territorios sociales definidos).

2.5.3. La gestión pública basada en la perspectiva del Estado como garante de derechos

Obtenida la agenda social, misma que ordena el diseño de respuestas por territorio social, se hace necesario colocar en el centro de la preocupación la reflexión en torno a cómo viabilizar el desarrollo de la misma, lo que implica promover los procesos, construir los escenarios y generar condiciones propias a la institucionalidad que la hagan capaz de responder a este reto. Con relación a los procesos se hace necesario garantizar las mayores condiciones para²²:

- *Un abordaje territorial que reconozca las dinámicas sociales existentes en su interior.*
- *La construcción de escenarios que fomenten tanto la construcción de una lógica transectorial que oriente la acción de la institucionalidad pública, como la articulación de ésta con la acción social (que incluye la comunitaria, pero no se limita a ella), a partir de la promoción de la acción en el territorio en redes sociales, piezas clave para un mayor impacto de las políticas públicas.*
- *La participación social en la identificación de necesidades, construcción de respuestas y definición de mecanismos para el desarrollo adecuado de las mismas, la articulación y coordinación de la respuesta institucional y social; y la evaluación, seguimiento y ajuste permanente de la respuesta.*

²² Este apartado será ampliado en la Guía 2: Construcción colectiva de respuestas integrales a las necesidades y la Gestión Social, la cual hace parte del paquete de materiales impresos en el marco del proyecto Diseño de un Diplomado en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, SDS - Corporación Grupo Guillermo Fergusson, 2007



- *Y la garantía de condiciones institucionales, en donde se destacan asuntos como la disponibilidad de recursos financieros, de infraestructura y sobre todo los recursos humanos capacitados y en adecuadas condiciones de trabajo que favorezcan la respuesta institucional.*

2.6. ¿Qué dispositivos pueden ser utilizados en el desarrollo de la Estrategia?

Los dispositivos se entienden como instrumentos o mecanismos para implementar todos y cada uno de los procesos presentados. Dentro de algunos que pueden ser utilizadas se encuentran:

Formación.

Comprende labores de capacitación y socialización de información relacionada con los aspectos que inciden en la situación problemática. Se pretende el incentivo de valores, actitudes y aptitudes que fomenten el desarrollo de la autonomía, su preservación, recuperación y restitución. Al hablar de formación, se privilegian enfoques y escuelas que reconocen en el sujeto un papel activo (este aspecto puede ser profundizado en la guía 3 de esta colección).

Investigación.

Comprende la realización de estudios que permitan profundizar en la comprensión de las causas y manifestaciones concretas de los problemas, así como el desarrollo de una respuesta integral a las mismas, sobre la base de garantizar el desarrollo de la autonomía, su preservación, recuperación y restitución. En este aspecto se incorporan los numerosos aportes desde la investigación-acción-participación, que cuenta con innumerables experiencias y las técnicas dirigidas a reconocer la voz de los sujetos en sus contextos específicos.

Monitoreo y vigilancia.

Estrategias para desarrollar seguimiento del comportamiento de los problemas (considerando los ámbitos: hogar, escuela, instituciones, lugares de trabajo y comunidades) en los diversos territorios, con una perspectiva de reconocimiento de las inequidades en su distribución, así como el seguimiento y evaluación de las acciones acordadas para su abordaje, que contribuyan a la adecuada toma de decisiones. Coherente con los planteamientos hechos, se recomienda incorporar las propuestas de diversas experiencias que reconocen el papel de los grupos y comunidades: monitoreo crítico, modelo obrero italiano, vigilancia comunitaria, entre otros.



Comunicación.

Estrategia amplia que pretende promover el trabajo articulado, tanto a nivel institucional como social. Comprende actividades en medios de comunicación masiva, tanto como alternativas de impacto en hogares, escuelas, instituciones, comunidad y lugares de trabajo. Proyecta los compromisos, principios y valores, así como las actividades, su impacto, logros y dificultades observadas durante todo el proceso (este aspecto puede ser profundizado en la guía 4 de esta colección).

Acceso a servicios sociales de bienestar (públicos, privados y sociales).

Programas integrales desarrollados por el conjunto de los actores públicos y privados, para atender a poblaciones prioritarias tanto en relación con el ejercicio, prevención y atención y restitución de derechos. Un tema central a ser considerado en esta estrategia se refiere a la democratización como un aspecto a considerar en el diseño de los mismos.

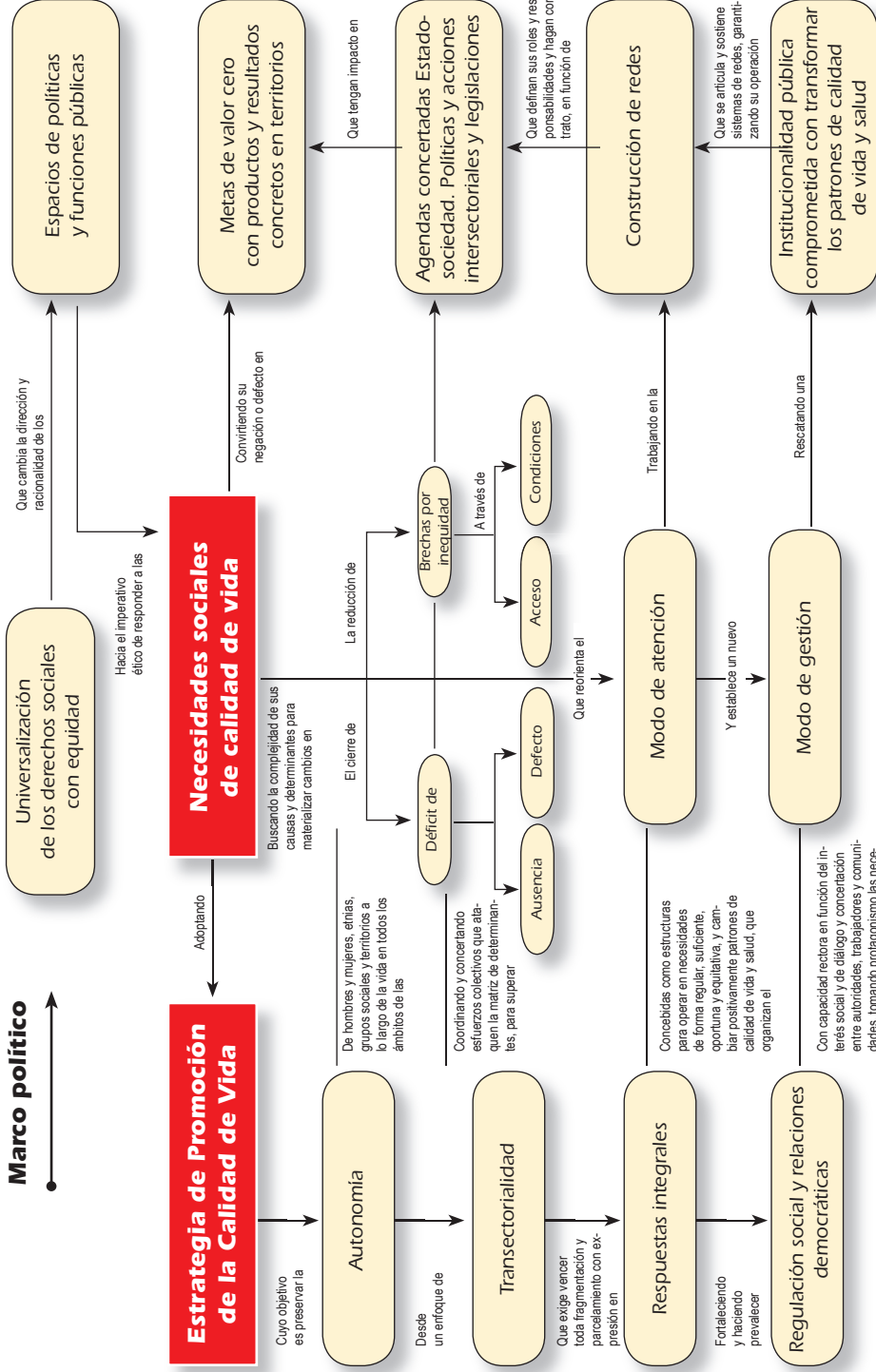
Asistencia para el ajuste institucional.

Desarrollo de acciones orientadas al ajuste y dinamización de los procesos a nivel institucional, de tal manera que se responda al enfoque que orienta la agenda en el abordaje de la problemática, el diseño de programas y la atención específica a grupos poblacionales. Esta estrategia pretende fortalecer de manera particular la respuesta del Estado frente a las problemáticas abordadas, dado el reconocimiento de este como garante de derechos.

Como puede observarse, en el desarrollo de todas las acciones, así como en el uso de los dispositivos propuestos, el componente de participación y organización hacia la ciudadanía en salud es fundamental y debe ser un orientador a la hora de seleccionar métodos y/o experiencias a implementar:

Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida

Marco político



Tomado de: D'Elia, Y.; De Neerg, Filho A. y otros: "Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La Construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad" Documento de Trabajo, Ministerio De Salud Y Desarrollo Social – GTZ, Agosto 2002