

PROYECTO CONTROL DE MALARIA EN ZONAS FRONTERIZAS DE LA REGIÓN
ANDINA: UN ENFOQUE COMUNITARIO PAMAFRO

ASISTENCIA TÉCNICA Y SEGUIMIENTO A LA ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN
DE PLANES LOCALES DE SALUD PARA EL
CONTROL DE LA MALARIA



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria



**GRUPO
GUILLERMO
FERGUSSON**

PROYECTO

**CAPACITACIÓN, DISEÑO Y ACOMPAÑAMIENTO AL DESARROLLO
DE PLANES LOCALES DE SALUD PARA EL PROYECTO PAMAFRO EN
COLOMBIA**

COMPONENTE DE FORMACIÓN

2007

ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CORPORACIÓN PARA LA SALUD POPULAR
GRUPO GUILLERMO FERGUSSON

PROYECTO

CAPACITACIÓN, DISEÑO Y ACOMPAÑAMIENTO AL
DESARROLLO DE PLANES LOCALES DE SALUD PARA
EL PROYECTO PAMAFRO EN COLOMBIA

Equipo de Trabajo

Nancy Janeth Molina Achury
Coordinadora

Asesores Regionales

Ana Lucia Casallas Murillo
Judy Cordero Peralta
Abel Duarte
Claudia Beatriz Naranjo Gómez
Gabriel Jaime Otálvaro
Luís Giovanni Rodríguez
Mauricio Torres Tovar

Asesor Metodológico

Armando Antonio De Negri

Coordinación Monitoreo y Evaluación

Claudia Beatriz Naranjo Gómez

Coordinación Administrativa y Financiera

Maria Cristina Carmona Moreno

Edición de Textos

Claudia Beatriz Naranjo Gómez
Nancy Yaneth Molina Achurri
Ana Lucia Casallas Murillo

2007

Presentación

PRESENTACIÓN

El proyecto PAMAFRO contempla la promoción y fortalecimiento de la organización social y comunitaria, así como la participación activa para la planeación y el liderazgo en la lucha contra la malaria. En ese sentido, este proyecto en su desarrollo busca ampliar y fortalecer la capacidad y competencias técnicas, discursivas, cognitivas y políticas de los participantes en el diseño y elaboración de planes locales de salud para el control de la malaria, con el propósito de mejorar la capacidad de interpretar las necesidades colectivas y proponer alternativas de solución en los municipios centro de esta fase del proyecto.

La presente cartilla tiene por objetivo sistematizar la experiencia desarrollada en el transcurso del proyecto de diseño y elaboración de Planes Locales de Salud para el control de la malaria desde la perspectiva de la Estrategia de Equidad en Calidad de Vida y Salud, asimismo incorporar como parte de la sistematización los módulos temáticos desarrollados como parte del componente de capacitación de este proyecto.

Para dar cuenta de esta sistematización, esta cartilla se compone de cinco apartados. El primero realiza una reflexión sobre el desarrollo conceptual en torno a lo que son: las políticas públicas; el marco que orienta dicho proceso, destacando tres elementos: el referente de calidad de vida como centro en la formulación de las políticas y la naturaleza de Derecho de la salud lo que define unas características concretas a este proceso; y la participación social como aspecto central en la construcción de políticas públicas.

La segunda parte presenta el marco normativo sobre los planes locales y la participación social como un referente importante del proceso. La tercera parte presenta los

elementos de conceptuales en relación con la concepción de salud, centrando su presentación en lo que se refiere a la comprensión de la misma desde los Determinantes Sociales, en tanto esta perspectiva fue la orientadora de este proceso. Además se avanza en una conceptualización construida en el marco del proceso sobre la determinación social de la malaria, que fue el centro de discusión en la construcción de los planes locales de salud en malaria.

La cuarta parte presenta los elementos generales de ordenamiento de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud como propuesta estratégica para viabilizar el enfoque de determinantes para la formulación de políticas públicas que impactan la calidad de vida.

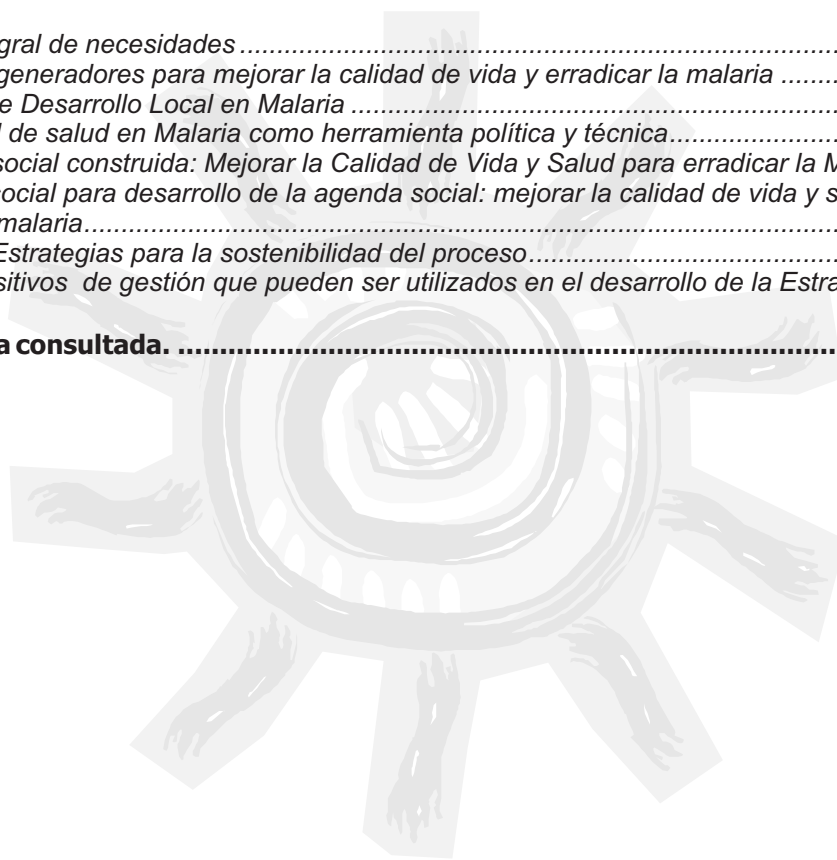
El quinto y última parte desarrolla el proceso de construcción y definición de la agenda social en malaria construida por los grupos gestores en los municipios participantes de este proyecto. Allí se abordan asuntos como el sentido de los temas generadores y el diseño de los proyectos de desarrollo local como herramientas que positivizan la agenda social. Asimismo se esboza el marco general y legal de los planes locales de salud y el sentido de la participación social en la definición de los mismos. Por último en este apartado se presenta la síntesis orientadora de los planes locales de salud en malaria definidos en los municipios participantes de este proyecto. Además se desarrollan dos estrategias claves que surgieron de la dinámica del proceso para operacionalizar el plan que fueron: la gestión para discutir proyecto de Acuerdo Municipal en los concejos municipales, como herramienta política vinculante a la planeación local; la segunda estrategia de asesoría para elaborar los Planes Operativos Anuales en el tema de malaria desde una perspectiva socio-ambiental, recogiendo la agenda social construida.

Tabla de Contenido

	PRIMERA PARTE
1.	ELEMENTOS CONCEPTUALES BÁSICOS EN TORNO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS
1.1.	Estado y la Política Pública
1.2.	Un enfoque orientador para la construcción de políticas públicas: La calidad de vida y la garantía de derechos.
1.2.1.	<i>Calidad de vida y Salud</i>
1.2.2.	<i>Salud como derecho.</i>
1.2.3.	<i>La participación social en la estructuración de políticas públicas.....</i>
	SEGUNDA PARTE
2.	PLANES LOCALES DE SALUD
2.1.	Marco Legal para el control de la malaria.....
2.2.	Marco Legal de la participación Social en la construcción y desarrollo de los proyectos de desarrollo local en malaria.
2.2.1.	<i>La participación social en la Constitución Política Nacional</i>
2.2.2.	<i>La participación social en el Sector Salud.....</i>
3.	ELEMENTOS CONCEPTUALES SOBRE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD COMO ORIENTADORA EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES
3.1.	Las determinantes sociales de la salud: la salud como desarrollo Humano.....
3.2.	Determinación social de la malaria
4.	LA ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.
4.1.	¿Qué la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud?.....
4.2.	La Autonomía.....
4.3.	Calidad de Vida
4.4.	Principios orientadores de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud

Tabla de Contenido

4.5.	Procesos Centrales para el desarrollo de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud.....
4.5.1.	<i>La identificación integral de necesidades sociales</i>
4.5.2.	<i>La construcción de respuestas sociales coherentes con la complejidad de las necesidades sociales identificadas y la inequidad existe.</i>
4.5.3.	<i>La gestión pública basada en la perspectiva del Estado como garante de derechos.</i>
5.	LA AGENDA SOCIAL CONSTRUIDA.....
5.1.	El proceso desarrollado.....
5.2.	Materialización de la estrategia promocional de equidad en calidad de vida en salud desde una mirada socio- ambiental
5.2.1.	<i>Lectura integral de necesidades</i>
5.2.2.	<i>Los temas generadores para mejorar la calidad de vida y erradicar la malaria</i>
5.3.	<i>Proyectos de Desarrollo Local en Malaria</i>
5.3.1.	<i>El plan local de salud en Malaria como herramienta política y técnica.....</i>
5.3.2.	<i>La agenda social construida: Mejorar la Calidad de Vida y Salud para erradicar la Malaria... ..</i>
5.4.	<i>La gestión social para desarrollo de la agenda social: mejorar la calidad de vida y salud para erradicar la malaria.....</i>
5.4.1.	<i>Avance en Estrategias para la sostenibilidad del proceso.....</i>
5.4.2.	<i>Otros dispositivos de gestión que pueden ser utilizados en el desarrollo de la Estrategia</i>
6.	Bibliografía consultada.



Primera Parte

I. ELEMENTOS CONCEPTUALES BÁSICOS EN TORNO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

1. ELEMENTOS CONCEPTUALES BÁSICOS ENTORNO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

1.1. Estado y la Política Pública

Existe un consenso en definir el Estado cuando existe un territorio, una población específica y una autoridad. Estas condiciones se concretan en características como soberanía, territorialidad y unidad institucional¹.

El Estado es una construcción histórica que implica el desarrollo de un proceso cultural, y existe en tanto la sociedad le da el poder legítimo para su existencia y se formaliza a través de unas reglas de juego en ámbitos que pretende regular y dominar. Esta regulación la hace por medio de la promulgación de textos jurídicos y administrativos, como también con la creación de organizaciones que sirven de enlace con la sociedad y sus distintos actores y procesos sociales, políticos, económicos y culturales².

La construcción histórica del Estado es un proceso no estático sino cambiante en la medida que se modifican los contextos y las condiciones materiales para su existencia. Asimismo a través del tiempo, las dinámicas sociales, culturales y políticas determinan la distribución del poder en la sociedad, y el Estado juega como un poder social que toma una forma particular en un momento determinado a través de lo que se denomina régimen político y establecen relación con el resto de la sociedad a través de lo que se denomina sistema político.

El régimen político es la forma de organización institucional predominante del Estado en una sociedad particular. Por ello, no se puede hablar de un solo régimen político en el mundo, sino de múltiples regímenes según cada nación. Este ordenamiento político tiene el propósito de buscar un determinado comportamiento político y social, el cual es definido por el predominio de una alternativa ideológica en pugna de poderes en la sociedad.

El sistema político es comprendido como la organización de las formas y canales de acceso y control de los ciudadanos y las ciudadanas a la organización y ejercicio del poder político. Es decir, el sistema político define a través de que medios la ciudadanía en general tiene acceso y control al poder político en una sociedad³.

En este sentido las organizaciones políticas para este fin son por ejemplo el sistema de partidos, el sistema electoral y los distintos procesos de organización y participación social.

Cuando se habla de sistema político en un Estado se da cuenta de la configuración de las distintas fuerzas socio-políticas de una sociedad y evidencia el desarrollo político de una sociedad, lo que configura su cultura política. En este sentido la cultura política comprende un conjunto de estructuras simbólicas y de prácticas sociales mediante las cuales se ejerce el poder en la sociedad⁴.

¹ BURDEAU, G. L'etat, Seuil. Citado por ROTH DEUBEL, A. *Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación*. Bogotá- Colombia. Ediciones Aurora. 2002. Pág 20 – 24.

² NARANJO, C.B. Análisis socio-político de la política de salud a la población desplazada. Tesis para optar el título de Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 2007.

³ MEDELLIN, P. *Inestabilidad, incertidumbre y autonomía restringida: elementos para una teoría de la estructuración de políticas públicas en países de baja autonomía gubernativa*. CIDER. Universidad de los Andes. Bogotá. 2000. Pag: 3- 21.

⁴ HERNANDEZ, M. *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una comparación socio- política, 1880-1950*. Universidad Nacional de Colombia. Colección de la sede. Bogotá. UNIBIBLOS. 2004. Pag: 64-70.

En esta reflexión es importante reconocer que la sociedad no es homogénea es plural, en ella existen múltiples actores socio-políticos con múltiples intereses e ideologías, que se expresan a través de distintas redes sociales y políticas que construyen poderes y definen las distintas construcciones históricas, entre ellas el Estado.

Estas redes se construyen a partir de relaciones de las fuentes de poder social, que son: relaciones ideológicas, económicas, militares y políticas⁵. Estas redes son también organizaciones y medios institucionales para alcanzar objetivos humanos. En momentos determinados se expresa y predomina alguna de las fuentes de poder por situaciones estratégicas dadas en la sociedad.

En la pluralidad de la sociedad se presentan distintas visiones, intereses y objetivos, esto hace que se presente permanentemente presiones y tensiones entre las distintas organizaciones y los sujetos. Estas tensiones y presiones se reconoce como el poder⁶ y por tanto éste no es solo de dominación de unos hacia otros, sino es también procesos de emancipación y resistencia los cuales se transforman el sentido de las prácticas sociales y políticas en una sociedad. En esta dinámica las fuerzas sociales y sus actores socio-políticos⁷ permanentemente luchan para influenciar las organizaciones.

La pluralidad no solo se refleja en la sociedad sino también al interior del Estado. Ello se expresa en los diversos posicionamientos institucionales y relaciones de fuerzas para la toma de decisiones en políticas públicas. Allí es donde se evidencia la distribución desigual del poder entre las distintas redes de poder

social y sus organizaciones, esto también da cuenta del desarrollo de la cultura política de una nación. Por ello las decisiones del Estado, en términos de políticas públicas, no siempre recogen el interés general, sino de grupos de poder hegemónicos.

Desde la ciencia política existe un consenso en identificar la existencia de las políticas públicas en la función de las instancias legislativas y ejecutivas del Estado. En este sentido, las políticas públicas son definidas como un conjunto de prácticas y normas de los gobernantes y legisladores. Estas prácticas son reconocidas como formas de intervención, reglamentación, provisión de servicios, y también acciones simbólicas como discursos, campañas de comunicación entre otras^{8,9,10}.

En la conceptualización de las políticas públicas se ha hecho énfasis en que las políticas públicas son ante todo respuestas a situaciones problemáticas de la sociedad. Pero también plantean la apuesta a un conjunto de objetivos colectivos considerados necesarios o deseables en la sociedad, que por medio de acciones principalmente de las instituciones gubernamentales como de la ciudadanía, tienen la finalidad de encaminar ideales en una sociedad o modificar una situación como insatisfactoria o problemática.

Si bien las políticas públicas representan las decisiones del Estado a través de sus cuerpos legislativos (Congreso) y ejecutivos (Presidencia, Gobernaciones, Alcaldías), también son formas de relación de éste con la sociedad. En tal sentido son herramientas de acción pero además son procesos políticos que implican mediaciones y negociaciones sociales y políticas, por lo

⁵MANN, Michael. *Las Fuentes de poder social*. Capítulo 1. Volumen 1. Alianza Madrid. 1991. pág. 13-58

⁶HERNANDEZ, M. Op. Cit.

⁷Se comprende como actor socio-político son formas de organización social que se articulan alrededor de visiones comunes, intereses y proyectos políticos. Estos actores se inscriben en relaciones económicas, políticas y sociales de todo tipo. EN HERNANDEZ, Mario. *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina*. Op. Cit.

⁸MENY, Yves y THOENIG, Jean Claude. *Las políticas públicas*. Editorial Ariel. Segunda Edición. Barcelona-España. 1992. p.p.43-86.

⁹MULLER, Pierre. Génesis y Fundamentos del Análisis de Políticas Públicas. En *Innovar-Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. No.11, Enero-Junio de 1998.

¹⁰MEDELLÍN T. 2001. Op. Cit

tanto también resultan siendo una construcción social. En esta construcción social se reconocen las ideologías, las redes, relaciones y tensiones de poder en la elaboración de las políticas públicas, como también los escenarios, las organizaciones y los actores socio-políticos que juegan en este proceso.

1.2. Un enfoque orientador para la construcción de políticas públicas: La calidad de vida y la garantía de derechos.

Si bien el tema de la calidad de vida o de la "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

1.2.1. Calidad de vida y Salud

La salud y la enfermedad al estar en relación con las condiciones de vida y trabajo de los sujetos se tejen en lugares y tiempos específicos, a partir de los cuales son representados de acuerdo a los valores del conjunto social. Por lo anterior, la salud enfermedad como proceso es de carácter histórico referido a un contexto específico lo que conlleva a su reconocimiento como representación social. Así, la salud se define claramente en relación con la situación o condición concreta existente en términos de calidad de vida, entendida esta como:

"un concepto integrador de las necesidades humanas, que busca acercarse a las personas en sus contextos de vida concretos, en sus luchas y realizaciones, individuales y colectivas, partiendo de la naturaleza compleja y continua de la existencia de los seres humanos y, de la acción, como una permanente posibilidad de cambio de la realidad, en su afirmación positiva"¹¹

Desde esta perspectiva social, se destacan como factor determinante el trabajo y desde este los ambientes peligrosos, la falta de solución de las necesidades básicas, la calidad del trabajo, el aislamiento, la marginalidad y la pobreza, lo que se expresa en grupos diferenciados según posición social. Así, en un intento por superar los rezagos ambientalista de las perspectivas hegemónicas, se parte de asumir que la enfermedad es en últimas el resultado de la construcción de "la civilización", en donde las categorías proceso de trabajo, reproducción social y clase social son definidas como centrales y se proyectan en términos de una mayor o menor calidad de vida de las personas y los grupos humanos. Así, la comprensión de la enfermedad, es viable si se asume esta como proceso colectivo y no individual, y por ende propia de los grupos sociales, con lo que la esfera de lo biológico en términos de ausencia /presencia de enfermedad se ve condicionada por lo social en términos de calidad /deterioro de vida.

Por lo anterior, a la hora de hablar de salud/enfermedad en general o malaria en particular interesa observar y evaluar las condiciones de Calidad de Vida de los grupos y el impacto que las políticas Públicas tienen a favor o en contra de la misma como una manera de ganar mayor proyección en relación a la garantía de la salud.

1.2.2. Salud como derecho.

¿Por que hablar de la salud como derecho?

Los derechos se pueden entender como el conjunto de normas que se construyen a partir de cuanto es legítimo, es decir, lo que está conforme a algo, y es reconocido por todos, siendo así el derecho se relaciona con lo que es considerado justo para una sociedad, una vez se ha alcanzado este reconocimiento, el derecho establece acuerdos sociales que se manifiestan por medio de reglas que posibilitan el funcionamiento de la sociedad. Los derechos al convertirse en normas pueden ser exigidos por personas y comunidades ante el Estado.

¹¹D'Elia Y.: "Acercamiento al diagnóstico de necesidades sociales en Venezuela" Informe técnico. MSDS/GTZ, Caracas 2003.

Primera Parte

I. ELEMENTOS CONCEPTUALES BÁSICOS EN TORNO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ya hemos definido la Salud en relación con la Calidad de Vida así como lo que significa el derecho. Ahora podemos decir que el Derecho a la Salud es la posibilidad de disfrutar de manera individual y colectiva de bienes, servicios y condiciones adecuadas de bienestar que nos permitan tener una vida digna, a partir de una calidad de vida óptima. El derecho a la salud es el resultado de la reunión de por lo menos cuatro grandes derechos ciudadanos fundamentales que permiten entender la salud como un bien público (que es de todos):

- El derecho a la vida: es el reconocimiento de la vida como el más alto valor del ser humano, y el máximo derecho, por lo que debe ser garantizado por parte del Estado.
- El derecho a la asistencia sanitaria: esto quiere decir el derecho que tenemos todos los seres humanos a tener una atención integral de las enfermedades, cuando lo necesitemos.
- El derecho al bienestar: es la posibilidad de tener una vida saludable en las mejores condiciones posibles y con acceso suficiente a los medios disponibles.
- El derecho a la participación: es el ejercicio de la ciudadanía y autonomía en el proceso de toma de decisiones y de acciones, individuales y colectivas, en todo lo que atañe a la salud, lo que implica el reconocimiento a la opinión, el acceso a la información, el ejercicio del control sobre los programas y recursos públicos, y la toma de decisiones sobre las políticas que afectan la salud de todos.

¿Qué implica que la salud sea un derecho?

El derecho humano a la salud, como todos los derechos humanos varias características dentro de las que destacamos por su importancia:

- Principio de Universalidad: esto quiere decir que la salud es para todos y todas por el hecho de ser humanos, teniendo en cuenta que todos los seres humanos nacemos libres e iguales en dignidad y derechos sin distinción de raza, sexo, condición

económica, religión, o cualquier otra condición propia de cada persona.

- Principio de Interdependencia e indivisibilidad: esto quiere decir que los derechos humanos se interrelacionan unos con otros y que ninguno es más importante que otro, es decir, que el disfrute de ciertos derechos no implica la negación de otros, y que el disfrute de unos derechos depende de la garantía de los otros derechos. Por ejemplo, el disfrute del derecho a la salud implica el cumplimiento de otros derechos como la alimentación, el trabajo, el vestido, la vivienda, entre otros.
- Principio de equidad: este principio quiere decir que todas las personas deben tener las mismas oportunidades para alcanzar el pleno desarrollo de su salud teniendo en cuenta la base distributiva; es decir, que la respuesta social para el cumplimiento de los derechos debe contemplar la necesidad de cada uno independientemente de su capacidad de pago, y con relación a esa necesidad distribuir los recursos tanto financieros como técnicos y humanos para prestar los servicios. En términos generales la equidad en salud busca corregir las injusticias, ya sean socio- económicas, de calidad de vida, o de acceso en la atención en salud.

¿Quién debe responder por el derecho a la salud?

Aunque en materia de derechos humanos se mantiene la discusión abierta sobre en quién recae la responsabilidad de garantizar los derechos humanos, en el presente módulo nos acogemos a quienes sostienen el planteamiento de que es a los Estados a quienes les corresponde garantizar los derechos humanos, por ser ellos quienes concentran la ley, porque tienen un papel fundamental en la organización y regulación de la sociedad, y además son quienes firman los pactos internacionales.

La responsabilidad del Estado frente a la salud incluye garantías frente a la prevención de enfermedades transmisibles, prestación de los servicios médicos y

Primera Parte

I. ELEMENTOS CONCEPTUALES BÁSICOS EN TORNO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

promoción de ambientes favorables para el disfrute de la salud.

El Estado reconoce sus obligaciones cuando ha firmado y ratificado los convenios y tratados internacionales. También reconoce el derecho a la salud a través de las leyes y las políticas que emprende.

La relación de bienestar, calidad de vida y la garantía del derecho a la salud nos permite entender la salud como un bien público, en la medida que el accionar del Estado y la sociedad debe propender por la garantía de: El derecho a la vida; el derecho a la asistencia sanitaria; el derecho al bienestar y a un ambiente sano; y el derecho a la participación.

El reconocimiento del derecho a la salud como construcción social implica que las políticas en salud no se remiten únicamente a proveer de 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.

1.2.3. La participación social en la estructuración de políticas públicas

En la estructuración de políticas públicas, la gestión debe generar condiciones para una mayor democracia, en el sentido de un real reconocimiento y participación de la sociedad en su ordenamiento como parte del Estado¹².

La participación social es "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"¹³.

La participación tiene varias características¹⁴ permanentes, estas son:

- Es parte de la actividad humana
- Es un proceso, no está dada
- Debe tener mecanismos para su realización
- La participación tiene intenciones, busca fines y metas, no es neutral, depende del enfoque político que se asuma
- Las prácticas de participación son múltiples, dependen de los intereses de quienes la promueven o hacen parte de ella.

¹²CASALLAS, A., CASALLAS, A.; MOLINA N; DE NEGRIA.; ALVARADO, G.; RAMIREZ, P.: *Colección La Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.. Cuadernillo 2: La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una Vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud. Dirigido a líderes sociales y comunitarios. Secretaria Distrital de Salud – Corporación Grupo Guillermo Fergusson – Secretaria Distrital de Salud- Hospital de Suba*

¹³CORPORACION PARA LA SALUD POPULAR GRUPO GUILLERMO FERGUSSON. Documentos conceptuales. 2007.

¹⁴CARMONA, L. ESTUPIÑAN. L.; CASALLAS, A. Modulo de Participación Social y Ciudadanía. Escuela de formación de líderes de Salud. Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. 2005.

Primera Parte

I. ELEMENTOS CONCEPTUALES BÁSICOS EN TORNO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Al comparar los conceptos y la realidad de las experiencias propias sobre la participación, se identificado muchas dificultades para alcanzar una verdadera participación, algunas de ellas son:

- No se ha logrado que las comunidades se apropien de la participación y solo queda al nivel de asistencia, a veces de opinión y la mayoría de queja y reclamo.
- La debilidad de la organización de las poblaciones y sectores sociales.
- La manipulación de la participación que trae como resultado en las comunidades, líderes y organizaciones frustración, apatía y rechazo, a la vez que impotencia en la lucha social
- La falta de democratización real de las instituciones y el autoritarismo que esto conlleva con su burocratización y jerarquización establecida
- La falta de creación de mecanismos específicos, métodos, que faciliten y dinamicen una participación real e integral.
- El direccionamiento de la participación como justificación y legitimación de políticas que van en contra de las poblaciones y sus derechos.

En reflexiones sobre el desarrollo de la participación social en salud se plantean que la normatividad en el país en este tema ha ganado presencia de las comunidades en el sector salud, pero el balance que hacen algunas organizaciones sociales sobre este tipo de participación es¹⁵:

- Situó a las personas como consumidores-usuarios de los servicios de salud
- Institucionalizada
- Instrumentalizada
- Fragmentada
- Escasa capacidad de incidencia real

Analizando estas reflexiones y la histórica de la participación en salud se observan avances institucionales importantes, sin embargo es necesario entender que la participación es una acción social inherente al ser humano en su condición de ser histórico y colectivo, y que pese a la legislación del momento, este acto solo es posible desde la apropiación de la participación por parte del individuo y la comunidad como una pieza fundamental del desarrollo social, es decir la reglamentación que por parte del Estado se cree y promueva debe estar acompañada de una válida y real legitimación.

En ese orden de ideas la participación en los espacios institucionales solo es efectiva siempre y cuando la comunidad los vivencie, como espacios reales de encuentro de intereses comunes y esfuerzos por alcanzar su bienestar.

Es importante resaltar también que en el área de la salud, la participación institucional surge hacia la década de los 80 con la declaración de Alma Ata, en la cual la Organización Panamericana de la Salud y sus miembros reconocen la necesidad de promover la participación como una prioridad para todos los países y específicamente para los llamados en desarrollo.

El enfoque inicial enfatiza el sentido de la participación referido al apoyo y colaboración de las comunidades en los programas de atención primaria, en la perspectiva de consolidar una propuesta de prevención que apunte a disminuir costos asistenciales y a la vez permita mayor cobertura.

Un segundo enfoque, considera la participación como el llamado a la población para que haga uso adecuado de los servicios de salud y contribuya a la extensión de su cobertura para lo cual se formula la estrategia de capacitar promotores de salud comunitarios. Al igual que en el enfoque anterior, se busca fortalecer la atención primaria.

¹⁵Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. 2005.

Primera Parte

I. ELEMENTOS CONCEPTUALES BÁSICOS EN TORNO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

En el tercer enfoque la participación social es considerada básica para conducir el proceso de fortalecimiento de los sistemas locales de salud. De esta forma, la participación incluye a la toma de decisiones y la formulación de propuestas por parte de la comunidad de la cual hacen parte los pobladores, las organizaciones no gubernamentales y las instituciones.

Con todos estos insumos y reflexiones se hace un llamado a la ciudadanía a tener una mirada renovada de la ciudadanía en salud colocando la participación como Derecho ciudadano, que se concreta a través de diversas formas organizativas ciudadanas que buscan tener recursos de poder para hacer parte en los asuntos públicos que tienen que ver con sus vidas, incidiendo en ellos a favor de los intereses colectivos.

Ratificando que la participación social es un elemento fundamental del derecho a la salud, entendida como la configuración de formas organizativas y de movilización ciudadana para exigir la garantía del derecho a la salud y orientar las respuestas institucionales y sociales en salud por las necesidades y problemas derivados de las condiciones de vida.

Con estas afirmaciones se busca que los ciudadanos y las ciudadanas participen efectivamente en las decisiones públicas y aporten en la preservación de los bienes públicos (bienes comunes). Todo ello fortalece el ejercicio de ciudadanía, construye mecanismos de protección y garantía de derechos, con la finalidad esencial de consolidar los proyectos de vida y autonomía de todos y todas en la sociedad.

Esta apuesta desde el Estado y sus instituciones implica:

- Proveer información, escenarios y mecanismos a la ciudadanía.
- Promover la organización ciudadana autónoma.

- Reconocer a los diferentes actores, sus intereses y propuestas, para procurar que las decisiones públicas sean el resultado de la construcción de acuerdos.
- Promover la participación ciudadana en el control de la gestión pública, para lo cual debe comunicarse con claridad y veracidad los procesos, resultados e impactos de las políticas y debe mantener una interlocución permanente con la ciudadanía.
- Fortalecer de la Democracia directa.
- Lograr descentralización efectiva.
- Fortalecer la esfera pública como lugar de encuentro de los actores sociales y políticos para la construcción de consensos sociales.
- Avanzar en una nueva forma de relación de la ciudadanía con el Estado
- Fortalecer el poder ciudadano para incidir en las decisiones públicas de salud.
- Propiciar la deliberación como base de las decisiones públicas.
- Posibilitar la participación desde la planeación hasta el control social.

La participación es concebida de múltiples formas de acuerdo a las condiciones en que se desarrolle, es decir, desde la perspectiva que se la formule. En Colombia, la participación ha cambiado en la medida en que se han transformado los discursos que la sustentaban. Es así como, en menos de diez años, la participación pasa de ser un elemento marginal de desarrollo puesta en acción por las comunidades y pobladores, a ser el motor por excelencia de las acciones promovidas desde las esferas estatales. Es innegable el impacto que ha tenido la institucionalización de la participación, lo cual permite plantear la cooptación de los movimientos sociales (entendido como mínimo desarrollo de la sociedad civil), al igual que la validación y apertura de discursos respecto de la participación como condición de posibilidad sin la cual no sería viable la sociedad y el Estado.

Primera Parte

I. ELEMENTOS CONCEPTUALES BÁSICOS EN TORNO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Por todo lo anterior se propone construir una participación integral que:

- Parta de las necesidades de las poblaciones, de diagnósticos sociales participativos para establecer planes de acción realmente resolutivos de esas situaciones.
- Construya discursos de motivación y movilización apropiados por las comunidades y sus organizaciones, como por el ciudadano corriente, en el desarrollo de acciones específicas que apunten a una transformación real de las estructuras injustas de la sociedad.
- Produzca información y esta sea parte de la formación permanente de las poblaciones.
- Reconocimiento de las personas, de sus intereses, de su forma de pensar, lo que hoy se llama reconocimiento de la subjetividad.
- El disfrute de los productos, de los resultados de la participación como resultado de hacer parte de una actividad o formar parte de una organización social, por ser un ciudadano/a.

En este sentido la participación se entiende como acción política organizada, que empodera a la ciudadanía, fortalece el tejido social y la organización social autónoma, en la perspectiva de construir poder que incida efectivamente en el conjunto de decisiones públicas en salud a favor de la resolución de sus necesidades sociales.

Para hacer realidad el Estado Social de Derecho se requiere la garantía del conjunto de derechos humanos, a partir de un compromiso del Estado con su realización y de la organización de la comunidad para su exigibilidad. Por ello la participación es un imperativo para desarrollar políticas públicas sociales sostenibles y construir ciudadanía.

Asumir la perspectiva del derecho con amplia participación implica reconocer y articularse a los espacios propios de la comunidad, a los tiempos y dinámicas de estas como condición indispensable para el desarrollo de políticas, programas y proyectos garantes del derecho.

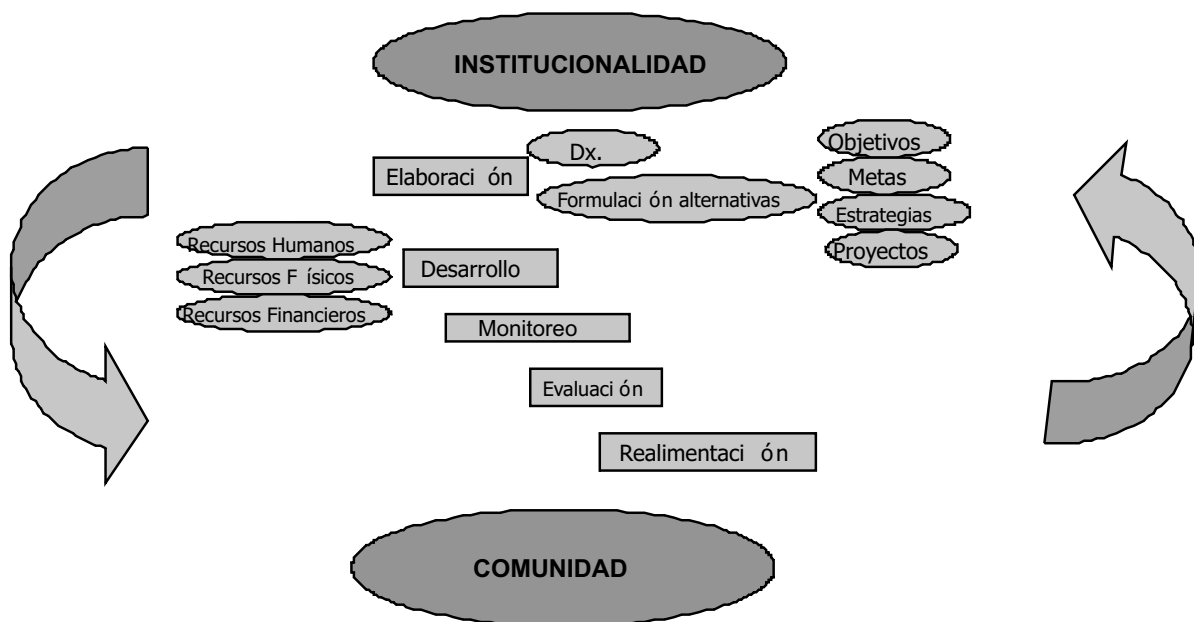
En consecuencia avanzar en la identificación de las necesidades sociales y ambientales alrededor de la presencia de la malaria, como el diseño de las respuestas acordes a las mismas y la construcción de mecanismos de gestión a nivel municipal para el desarrollo de dichas respuestas integrales dirigidas a garantizar calidad de vida y salud, se convierte en un reto central del desarrollo de esta propuesta. Esto implica desarrollar una convocatoria a diversos actores, no solo instituciones, sino ONG, instituciones educativas, sector privado, comunidad organizada o no entre otros en un marco en donde la participación social sea considerada piedra angular en el desarrollo de políticas públicas garantes de derechos.

2. PLANES LOCALES DE SALUD

El plan es un dispositivo de la política pública que debe permitir un acuerdo entre el Estado representado en las instituciones y la comunidad, para definir una respuesta institucional que contribuya desde el sector de la salud a mejorar las condiciones de vida y salud de la población, desde una perspectiva de equidad y de derecho a la salud

Como lo señala el gráfico siguiente son elementos centrales del proceso de construcción del plan local de salud, los actores: comunidad e institucionalidad, el desarrollo de fases secuenciales que contemplan la elaboración, el desarrollo, monitoreo, evaluación y retroalimentación, de los postulados del plan, son aspectos precisos de la planificación la concepción de objetivos, metas, estrategias y proyectos. Finalmente corresponde a todo el proceso profundizar en el conocimiento de los recursos humanos, físicos y financieros y en su mejor distribución y apropiación según las necesidades identificadas.

ELEMENTOS DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN PLS



2.1. Marco Legal para el control de la malaria

Existe un amplio marco normativo para la organización y distribución de recursos y las competencias del orden nacional, departamental y municipal, de igual forma un marco desde la salud pública para la definición de acciones dirigidas al control de la morbilidad y mortalidad por malaria, las normas más utilizadas son:

- LEY 60 DE 1993 "Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
- Documento CONPES 2948 de 1997 Creación del comité institucional del Fenómeno del Pacífico de 1997 (por Decreto 2375 de 1997)
- Acuerdo 117/98 Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.
- Ley 715 de 2001. Establece la transferencia de los recursos de la nación para los componentes de salud, saneamiento básico y educación y competencias de conformidad con Constitución Política y Acto Legislativo 01 de 2001 donde se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros :
- Art. 151 (Preparación, aprobación y ejecución del presupuesto de rentas, Ley de apropiaciones y del plan general de desarrollo).
- Art. 288, (competencias atribuidas a las entidades del orden regional y local bajo los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad)
- Art.356 y 357, (Distribución de recursos y competencias de servicios a cargo de la nación y de las ent. Territoriales, asignación de los recursos a través del situado fiscal para la cobertura de servicios –Participación de los ingresos de los

municipios para la asignación de las áreas de inversión social (Proporción directa al 60% del número de habitantes con NBI y al nivel relativo de pobreza de la población del municipio y el resto en función de la población total)

- DECRETO 027 de 2003. En desarrollo de lo dispuesto en el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001, los municipios certificados a 31 de julio de 2001 que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, siempre y cuando demuestren el cumplimiento de condiciones que acrediten su capacidad de gestión.
- DECRETO 3518 DE 2006 Cuyo objeto fue crear y reglamentar el Sistema de Vigilancia en Salud Pública para mantener información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva.
- CIRCULAR EXTERNA No. 18. Por la cual el Ministerio de la Protección Social decreta los lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del PAB 2004 – 2007 y de los recursos asignados para salud pública.
- RESOLUCIÓN 5165 DE 1994 del Ministerio De la Protección Social establece los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos. Tomando en consideración este lineamiento este proceso de formulación de Planes locales de Malaria se orienta a partir de los siguientes aspectos.

- Decreto 3039 del Ministerio de la protección Social establece el Plan Nacional de Salud Pública para fijar las prioridades, metas, políticas, estrategias y recursos en salud pública, en coherencia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Ley 691 de 2001; Ley 387 de 1997; y Ley 872 de 2003 y las políticas transversales del sector y otros sectores que contribuyen con la salud y bienestar de la población.

2.2. Marco Legal de la participación Social en la construcción y desarrollo de los proyectos de desarrollo local en malaria.

Para la construcción de los planes locales la participación social se considera un elemento fundamental en la formulación de políticas públicas, no solo porque es responsabilidad del Estado promover el reconocimiento de los intereses de los diversos grupos sociales, sino además porque solo la participación activa de todos los actores sociales en la identificación de los problemas y la construcción de las alternativas moviliza el compromiso social necesario para tener un mayor impacto frente a las problemáticas.

En el marco de la elaboración del Plan Local de Salud en Malaria impulsada por el proyecto PAMAFRO: Proyecto de Control de Malaria en Zonas de Frontera de la Región Andina, que contempla la promoción y fortalecimiento de la organización social y comunitaria, así como la participación activa para el planeamiento y el liderazgo en la lucha contra la malaria, se definió como componente importante de los procesos de formación y asistencia técnica la reflexión sobre los conceptos y el marco legal existente en el país el tema de participación social. En este sentido, en el proceso se desarrollo un proceso de discusión conceptual y práctica sobre la participación social. A continuación se presentan los aspectos conceptuales tratados sobre estos temas en los grupos gestores.

2.2.1. La participación social en la Constitución Política Nacional

Se ha escuchado muchas veces sobre el tema de participación social, y permanentemente se hace alusión a que los ciudadanos y las ciudadanas hagan parte de procesos de participación. Desde la normatividad nacional, en la constitución política nacional se plantea que:

“Colombia es un Estado Social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, PARTICIPATIVA y pluralista, fundada en el respeto de la DIGNIDAD humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general”. Artículo 1. Constitución Política Nacional.

En este artículo se declara que Colombia como Estado-Nación debe basar sus decisiones y acciones en procesos participativos. Por otra parte en el artículo segundo de esta misma constitución afirma que:

“Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la Participación de todos en las DECISIONES que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo”

Esta afirmación indica la responsabilidad del Estado para facilitar y generar las condiciones, bienes y recursos necesarios para que la ciudadanía haga parte de procesos de participación en la toma de decisiones sobre los asuntos de interés común de la nación.

Por otra parte el artículo 40 de esta constitución también define como derechos de la ciudadanía, los siguientes:

“Todo ciudadano tiene derecho a participar en la conformación, ejercicio y control del poder político. Para hacer efectivo este derecho puede:

- 1- elegir y ser elegido
- 2- tomar parte en las elecciones, plebiscitos, referendos, consultas populares y otras formas de participación democrática.
- 3- Constituir partidos, movimientos y agrupaciones políticas sin limitación alguna: formar parte de ellos libremente y difundir sus ideas y programas
- 4- Revocar el mandato de los elegidos en los casos y en la forma que establecen la Constitución y la Ley
- 5- Tener iniciativa en las corporaciones públicas
- 6- Interponer acciones públicas en defensa de la Constitución y la ley
- 7- Acceder al desempeño de funciones y cargos públicos, salvo los colombianos, por nacimiento o por adopción, que tengan doble nacionalidad. La ley reglamentará esta excepción y determinará los casos a los cuales a de aplicarse.
- 8- Las autoridades garantizarían la adecuada y efectiva participación de la mujer en los niveles decisorios de la Administración pública.

Como formas de participación social la constitución nacional plantea:

ARTÍCULO 103

“Son mecanismos de participación del pueblo en el ejercicio de su soberanía: el voto, el plebiscito, el referendo, la consulta popular, el cabildo abierto, la iniciativa legislativa y la revocatoria del mandato”.....

ARTÍCULO 23

“Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener a pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales.”

2.2.2. La participación social en el Sector Salud¹⁶ La participación de la comunidad en el desarrollo del sector salud y sus políticas, ha estado presente desde la

década de los años sesenta, cuando el Ministerio de Salud crea la Oficina de Participación Comunitaria, mediante el Decreto 621 de 1974.

Posteriormente con los decretos 056 y 350 de 1975 se da la base legal a la participación de la comunidad en el nuevo Sistema Nacional de Salud ordenando que en las Juntas Asesoras de los niveles seccional y regional haya un representante de la comunidad y crea los comités comunitarios de salud rurales en Hospitales, Centros y Puestos de Salud del País.

A finales de los años ochenta, con el Decreto 1216 de 1989 crean los Comités de Participación Comunitaria (CPC) en Puestos, Centros de Salud y Hospitales y regula la participación de la comunidad en el cuidado de su salud. Luego con la Ley 10 de 1990 se define normativamente que los representantes de las organizaciones comunitarias de salud, formarán parte de las Juntas Directivas de Hospitales Universitarios, Regionales y Locales.

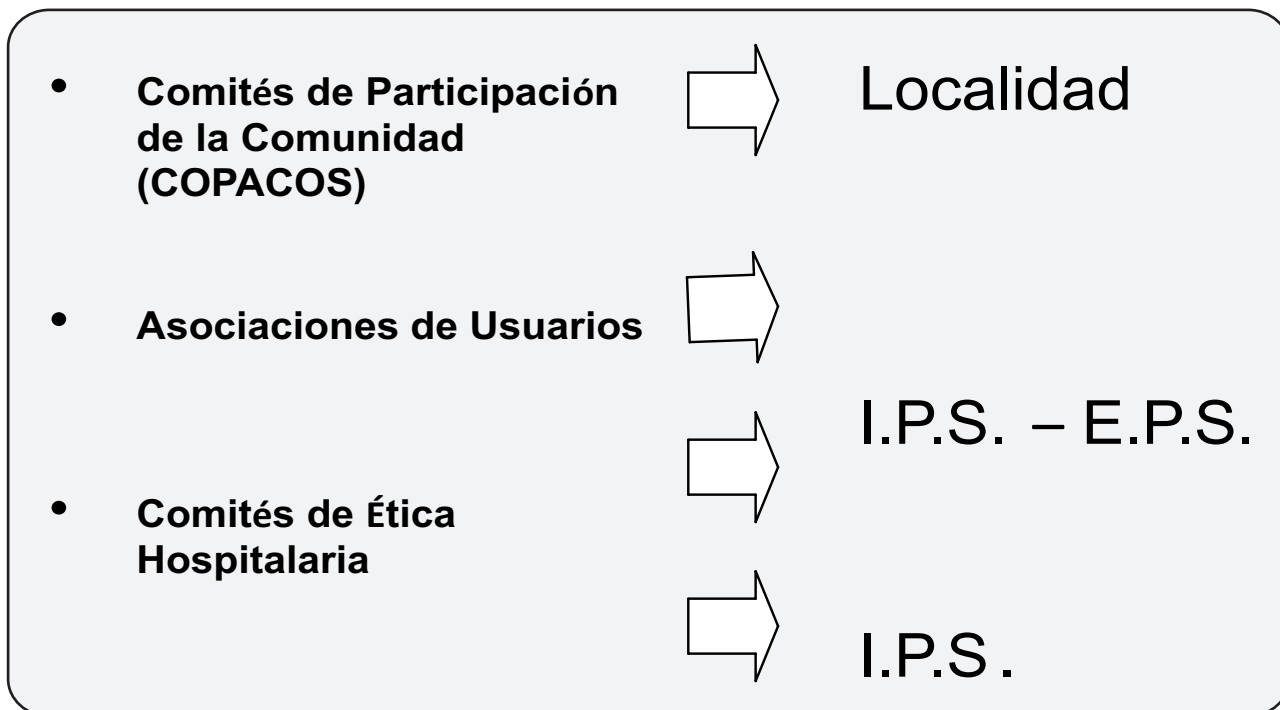
Con el Sistema General de Seguridad Social en Salud como política del Estado en Salud con la Ley 100 de 1993 y su Decreto reglamentario 1757 de 1994, dentro del marco de la Constitución Política de Colombia de 1991, definió en el

Artículo 49: “..

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad”.

En este marco normativo se definen como mecanismos de participación social en salud en el Decreto 1757 de Agosto 3 de 1994, estos son:

¹⁶CARMONA, L. ESTUPIÑAN. L; CASALLAS, A. Ibid.



Tomado de: CARMONA, L. ESTUPIÑAN. L; CASALLAS, A. 2005.

Reflexionando sobre estas decisiones normativas y sus reales desarrollos en las organizaciones se ha observado que desde 1975 a 1989 la comunidad se vinculó a la figura que el Estado creó y denominó comités de salud. Estos comités no tuvieron una estructura orgánica, ni normativa fue ante todo funcional. Lo conformaron amas de casa que a título personal colaboraban con las actividades de tipo preventivo (vacunación, charlas educativas, etc). La comunidad participaba como colaboradora y receptora de charlas e información sobre el cuidado de la salud.

Entre 1989 a 1992 la comunidad transformó su papel y con aval del Estado participa en los espacios de planeación, coadministración, vigilancia e inspección. Sin embargo aunque no se dieron las condiciones reales para este ejercicio, muchos Comités de Participación Comunitaria mostraron experiencia muy interesantes en cuanto a la gestión de recursos financieros para el sector

salud. El énfasis de la participación se hacía entorno a la consecución de dineros para la compra de insumos y construcción de infraestructura, lo cual era responsabilidad del Estado, pero ante la demora de los trámites por la centralización la comunidad en vista de las necesidades lo asumió de manera comprometida y responsable.

Actualmente se continúa con la institucionalización y normatización de la participación comunitaria, pero se adiciona a este proceso el control social: veedurías para cada proyecto, asociaciones de usuarios para cada institución, comités de ética hospitalaria y representación en los consejos territoriales de SGSSS. Aunque la comunidad sigue participando entorno a la gestión, la figura de coadministración desaparece y toma más fuerza la vigilancia sobre la calidad en la prestación de servicios de salud, tanto de los hospitales públicos como la Red de IPS privadas que se fortalecen con la Ley 100.

3. ELEMENTOS CONCEPTUALES SOBRE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD COMO ORIENTADORA EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES

3.1. Las 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 asume 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 la forma 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 rodea a grupos específicos, ejemplo de ello es el

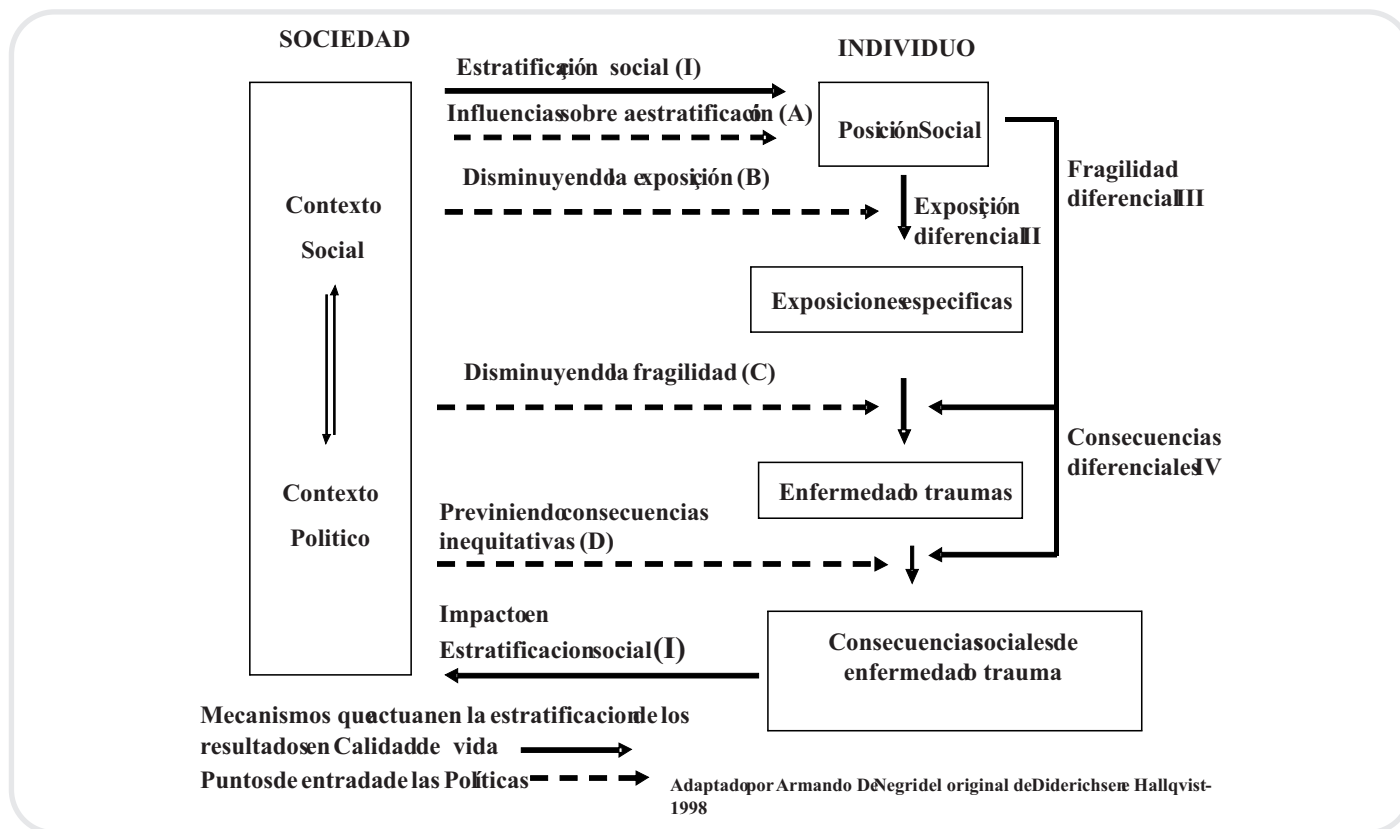
estrato socioeconómico, el acceso a educación, recreación, oportunidades de empleo; el tercero, el plano singular corresponde a niveles de tipo individual en donde se ubican las características de genotipo y fenotipo. Un elemento central en este planteamiento se refiere a la interrelación existente entre los tres planos en donde se reconoce la jerarquía de los planos generales sobre los otros dos.

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*¹⁷. 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.

En este sentido, la propuesta de Diderichsen y Halqvist (1998) tiene la bondad de proponer una lógica de análisis que asume la identificación y ubicación jerárquica

Tercera Parte

3. ELEMENTOS CONCEPTUALES SOBRE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD COMO ORIENTADORA EN LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES



En esta perspectiva, se significa el contexto social como un campo de posibilidades, a partir del contexto político que se construya, orientado por 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 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 mejores o peores condiciones de calidad de vida.

En el marco del actual modelo de organización de la sociedad, se hace un reconocimiento explícito en el sentido que el mismo ha generado, una situación de exclusión cuyos niveles varían de contexto a contexto, con lo que la diferenciación entre grupos al 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 una 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 mas 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 solo 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 estructurante 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 ya explicitada 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 solamente protegerse contra factores de riesgo entendidos aisladamente, fuera de cualquier construcción de cadenas causales)¹⁸.

En este sentido, frente a la salud - enfermedad cuando miramos el tema desde los determinantes sociales descubrimos que la distribución de los eventos obedecen a una condición de fragilidad social estructural y por esto persistente históricamente y por lo tanto solo es posible de enfrentarlos si se entienden sus causalidades complejas. Interesa por tanto no solo 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 debe ocupar los espacios y territorios sociales con alternativas concretas y asertivas a las cadenas causales.

3.2. Determinación social de la malaria¹⁹

La malaria es una enfermedad fuertemente definida por la característica de los ambientes que las personas ocupan en territorios socialmente definidos, o sea la posición social de las personas establece un gradiente de exposición a ambientes donde los vectores / mosquitos y las aguas, vegetación son propicios a la expansión de la enfermedad. Estos ambientes en sus territorios son afectados además por las degradaciones alrededor del saneamiento, el acumulo de basuras y calidad de las viviendas. Sumase a esto la dificultad en acceder a protecciones individuales y colectivas y finalmente una precariedad en el acceso oportuno y resolutivo a los diagnósticos y tratamientos correctos a cada caso. Frente a todas esas falencias la malaria termina ocupando un espacio en el imaginario social como de algo que es parte del paisaje, que no amerita mayor preocupación pues se naturalizó como parte de la vida.

Esto revela una fragilidad social estructural y una ausencia de concepto de bien publico que ubique la erradicación de la malaria como una tarea publica en que Gobiernos y Comunidades articulan esfuerzos. Así es que ubicar la malaria en el contexto de las agendas

¹⁸De 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 Bogota 2004-2005. Secretaria Distrital de Salud

¹⁹DE NEGRI FILLO, A. Determinación social de la malaria. Documento de Trabajo. Corporación Grupo Guillermo Fergusson. 2007.

sociales prioritarias exige hoy articularla a una visión más amplia donde otros problemas que afectan la calidad de vida y salud de la gente encuentran todavía interés por parte de las comunidades, quizás porque son relativamente nuevas o porque se les atribuye un potencial de daño que la malaria ya no significa para estas poblaciones históricamente golpeadas por ella.

Se vislumbra ubicar el tema de la malaria para fines de planeación en salud en un contexto socio ambiental donde el foco sea las protecciones de las personas a través de una eliminación de la exposición consecuente a las fragilidades sociales que definan la ocupación del territorio (abogar por territorios adecuados a la ocupación humana sea por su transformación - limpieza,

drenaje, control de vectores y personas reservatorio o por medio de reubicación de comunidades, lo que implica discutir el estándar de ocupación de la tierra), sea por mejorías de infraestructura como formas de acceso al agua de consumo, tratamiento de aguas servidas y manejo de la basura, así como por la construcción de viviendas adecuadas a las protecciones necesarias. Además esta el acceso económico a las protecciones individuales tanto en el ambiente domestico como de trabajo externo y finalmente la organización de accesos adecuados al diagnostico y tratamiento por medio de redes articuladas de respuestas, incluyendo transporte y facilidades de comunicación y telemedicina.

Cuarta Parte

4. LA ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

4. LA ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS²⁰.

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

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

La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud se define como el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía y la equidad entre de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos humanos y sociales.

4.2. La Autonomía

La autonomía se refiere a la libertad que cada individuo ejerce en el desarrollo de su proyecto de vida. La misma esta 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, poder percibir, poder 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, y afirme 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, esta 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.

4.3. 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.

²⁰Se anexa guía de trabajo municipal para el desarrollo de esta propuesta metodológica en la elaboración de Planes Locales de Salud en Malaria.

La Estrategia Promocional identifica cinco esferas articuladas entre sí a la hora de abordar la calidad de vida^{21,22}:

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 quién.

La segunda esfera la colectiva ubica como el concepto fundamental la equidad, como la necesidad de ubicar un horizonte de sentido dirigido a 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 diferentes estamentos sociales y entre 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 en consecuencia 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 sectores 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. Esta esfera 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.

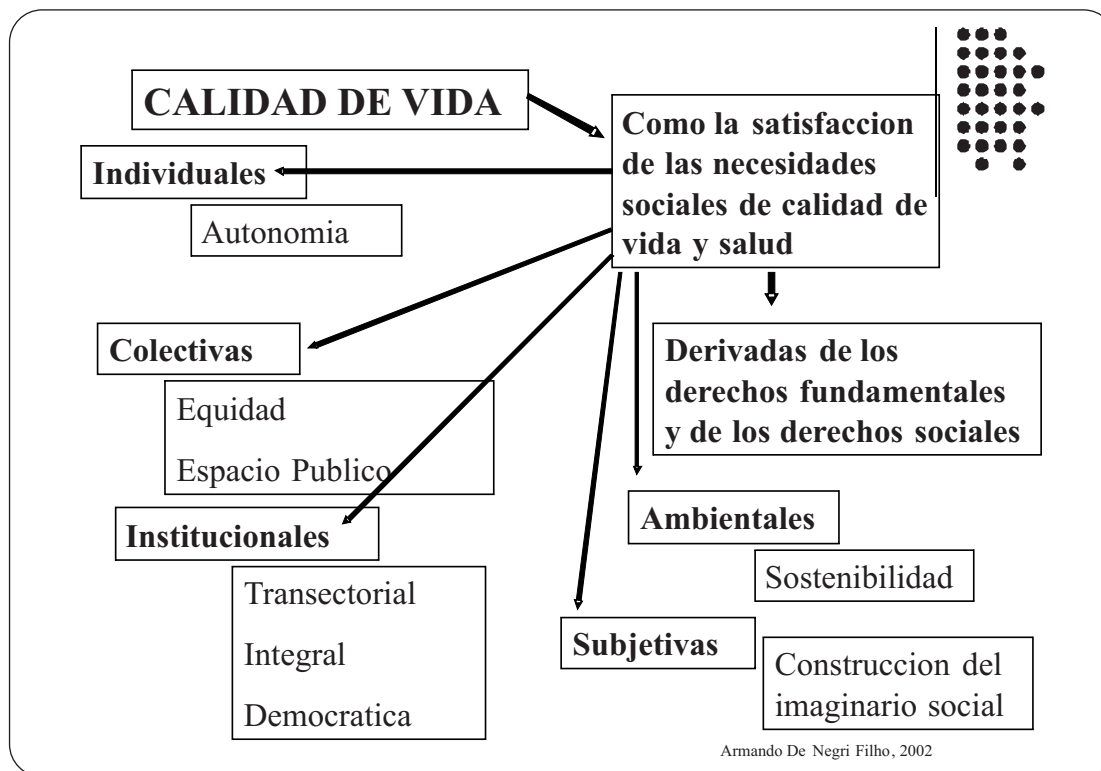
La quinta esfera es la Subjetiva. Para construir una Estrategia Promocional de Calidad de Vida se debe trabajar todo un conjunto de nuevos patrones de Subjetivación, de representación de la realidad y de su transformación. Dentro de esta perspectiva, la construcción de nuevos caminos para la promoción de calidad de vida y por lo tanto de salud pasa por valores propios de la estrategia tales como Autonomía, Equidad, Participación, Ciudadanía, entre otros.

²¹De 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

²²De Negri Filho, A. Construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2004-2005. Investigaciones en seguridad social y salud. Secretaria Distrital de Salud. 2006

Cuarta Parte

4. LA ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.



4.4. Principios orientadores de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud

Retomando lo presentado con anterioridad, se pueden puntualizar los siguientes principios de toda acción que se desarrolle en el marco de la Estrategia Promocional:

- 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 solo la vida sino una vida que valga la pena ser vivida.
- La asunción de la salud como derecho, lo que implica una mirada de esta 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.
- La Universalidad, Integralidad y Equidad como referentes en la construcción de alternativas que transformen las condiciones que vulneran o niegan los derechos.
- 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.
- 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.

Cuarta Parte

4. LA ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.

4.5. Procesos Centrales para el desarrollo de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud

El desarrollo de la Estrategia Promocional implica condiciones para el desarrollo de los siguientes procesos:

4.5.1. 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

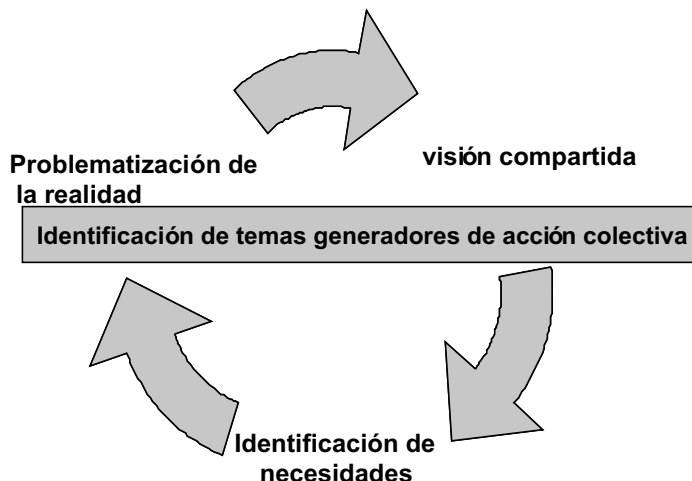
particularmente situaciones de inequidad por cuestiones de género, de ciclo, de condición socio – económica, de etnia, entre otras.

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 incluye²³:

- 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 a partir de un Plan Estratégico y luego la organización de redes sociales de respuestas

Lectura integral de necesidades: grupo transectorial que construya:



²³ Este apartado será ampliado en la Guía N° 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

4.5.2. La construcción de respuestas sociales coherentes con la complejidad de las necesidades sociales identificadas y la inequidad existe.

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.

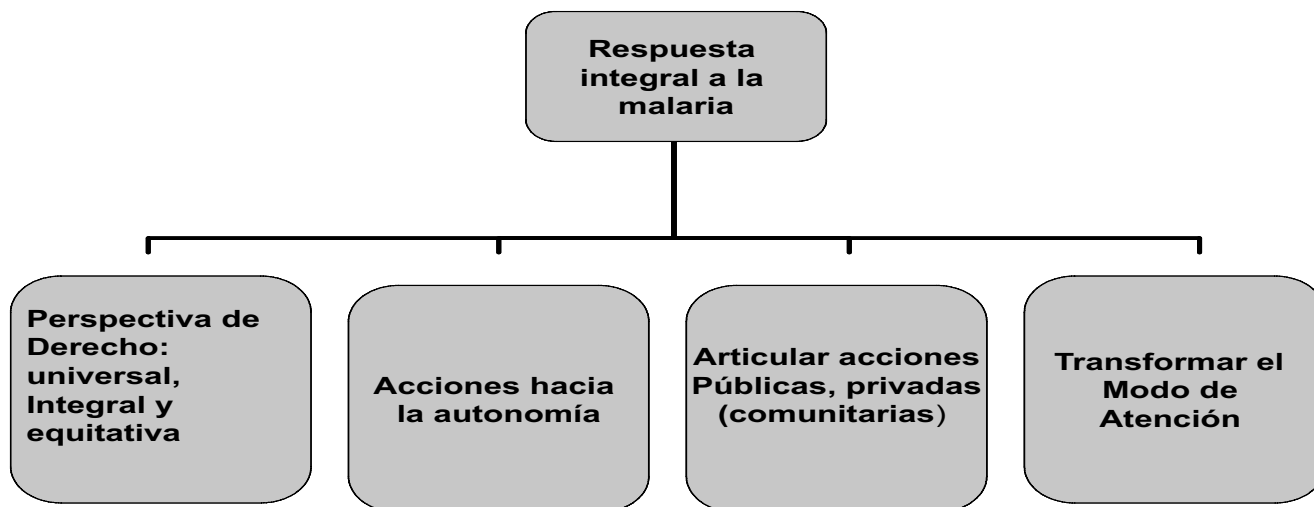
Desde estos elementos se propone que la formulación de la respuesta se dirija a incentivar un avance en las respuestas planteadas en el sentido de diseñar y desarrollar las siguientes acciones necesariamente orientadas a promover equidad en todas sus etapas²⁴:

- 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 poblaciones que por su condición de fragilidad estructural biológico / social tienen que ser atendidos de forma mucho 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 aun 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 amenazan la autonomía en ambientes tales como el hogar, la escuela, las mismas instituciones de protección, comunidades, 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 otras brindan. Sin embargo, como consecuencia de la acción integral sectorial debe 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)

²⁴Este apartado será ampliado en la Guía N° 2: Respuesta Integral a las Necesidades 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



4.5.3. 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 como 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 mejores condiciones para²⁵:

- Un abordaje territorial que reconozca las dinámicas sociales existentes a su interior;
- la construcción de escenarios que fomenten tanto la

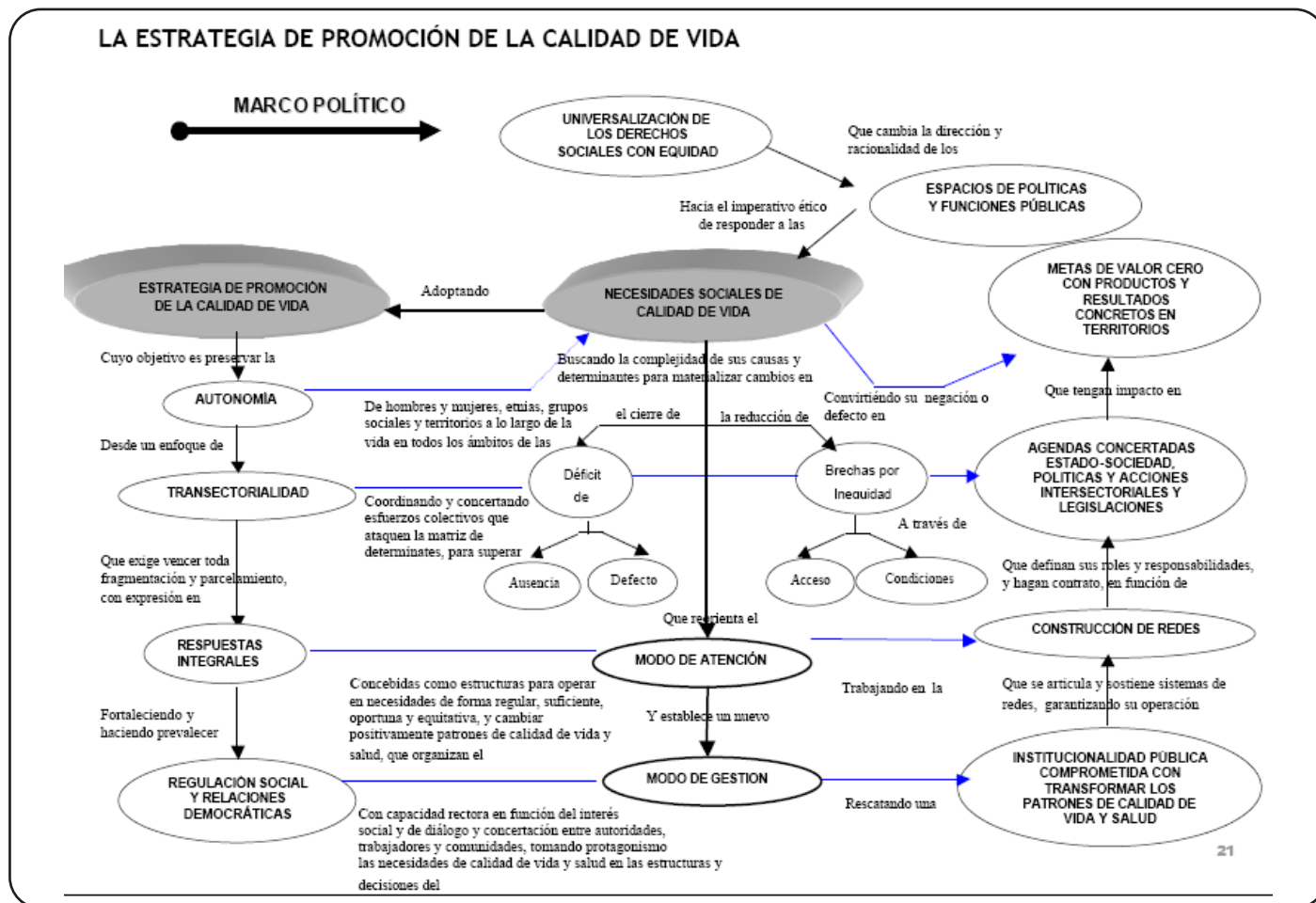
construcción de una lógica transectorial que oriente la acción de la institucionalidad pública como la articulación de esta con la acción social (que incluye la comunitaria pero no se limita a ella) a partir de la promoción de la acción en el territorio en redes sociales, piezas claves para un mayor 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.
- y la garantía de condiciones institucionales en donde se destacan asuntos como la disponibilidad de recursos financieros, de infraestructura y sobretodo los recursos humanos capacitados y en adecuadas condiciones de trabajo que favorezcan la respuesta

²⁵Este apartado será ampliado en la Guía N° 2: Respuesta Integral a las Necesidades 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

Cuarta Parte

4. LA ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE EQUIDAD EN CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS.



Tomado de: D'Elia, Y.; De Negri, 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 – Cooperación Técnica Alemana GTZ, Agosto 2002

Quinta Parte

5. LA AGENDA SOCIAL CONSTRUIDA

5. LA AGENDA SOCIAL CONSTRUIDA

5.1. El proceso desarrollado

Este proyecto se desarrolló en los municipios de: Olaya Herrera Roberto Payan, Tumaco y Francisco Pizarro en el departamento de Nariño; Puerto Asís y Puerto Leguizamo del departamento de Putumayo; Saravena en el departamento de Arauca, Cumaribo en el Departamento de Vichada; Inirida en el Departamento de Guanía.

Para el desarrollo del proyecto se organizaron tres fases que representan cada una un ciclo que comprende asistencia directa en cada municipio, en los cuales se despliegan los contenidos de información, formación y asistencia técnica y definición de lineamientos para el trabajo no presencial soportado en asesoría vía Internet, con la construcción de acuerdos frente al desarrollo de procesos parciales que dieran sustento a la construcción participativa de los planes locales.

Las Fases tuvieron los siguientes énfasis:

- Fase uno: problematización de necesidades, definición de agenda y diseño de respuesta.
- Fase dos: Gestión necesaria para el desarrollo y sostenibilidad del Plan Local de Malaria.
- Fase tres: Socialización del Plan Local y estrategia de Cabildeo para la formalización del mismo.

En cada fase se realizaron diferentes talleres, conversatorios, grupos de discusión y entrevistas para la construcción del plan local de salud para la prevención y control de la malaria en los distintos municipios.

Los componentes desarrollados en la experiencia del Diseño del plan y que fueron objeto del seguimiento fueron los siguientes:

Conformación o fortalecimiento del grupo gestor.
Se reconoció que en la actualidad pueden existir núcleos de trabajo, fundamentalmente con presencia institucional, que mantienen un trabajo activo frente a la situación de malaria en los municipios. Un primer paso en este proceso fue identificar este grupo o apoyar la conformación del mismo, a partir de:

a. Caracterización de la participación institucional: Se propuso revisar, gestionar y garantizar la participación activa de por lo menos las siguientes entidades en el ámbito municipal: alcaldía, Secretaría o dirección de salud, dirección de hospital municipal, área de salud pública, secretaria de educación y directores de colegio articulados al tema, secretaria de obras públicas, referente para asuntos ambientales.

b. Promover la participación activa representantes de organizaciones comunitarias y/o sociales del municipio y de ONG's representativas.

Definición permanente de acuerdos de trabajo para el diseño del Plan.

Este componente se refirió a establecimiento con claridad los objetivos, metodología, el cronograma y los productos esperados para el diseño del Plan así como la socialización, discusión y validación de los avances en relación con el proceso. Para este tema se cuentan con dos documentos de trabajo:

- a. Resumen del proyecto PAMAFRO
- b. Documento de trabajo: Bases para la formulación del Plan Local de Salud.

Adicionalmente estableció una dinámica de trabajo permanente y un cronograma para el desarrollo de los tres talleres locales previstos.

Continuidad a los compromisos.

En los distintos talleres se impulsó la idea de sostener una dinámica propia del grupo gestor que pudiera tener una aproximación a las necesidades locales en relación a la malaria en los municipios. Así se propuso que el grupo gestor ordenara la información obtenida en los talleres, buscará información complementaria y discutiera permanentemente los resultados de cada encuentro y convocará a distintos actores para la vinculación al proceso y posicionar el tema. En algunos municipios por el desarrollo del proceso se logró realizar foros municipales para socializar el plan local y la propuesta de acuerdo municipal.

Caracterización de lo participantes en el proceso en los municipios

Municipio	Funcionarios Municipales.	Funcionarios Departamentales	Miembros de Organizaciones Sociales	Concejales	Total
Tumaco	24	2	22	0	48
Roberto Payan	17	1	7	1	26
Olaya Herrera	27	0	7	1	35
Francisco Pizarro	15	0	33	14	62
Puerto Asis	11	5	15	11	42
Puerto Leguizamo	17	3	48	12	80
Saravena	19	1	5	0	25
Inirida	6	30	23	0	59
Cumaribo	29	2	7	6	44

5.2. Materialización de la estrategia promocional de equidad en calidad de vida en salud desde una mirada socio-ambiental

5.2.1. Lectura integral de necesidades

Se ubica el tema de la malaria, para fines de planeación en salud, en un contexto socio ambiental, donde el asunto central debe ser las protecciones de las personas a través de una eliminación de la exposición consecuente a las fragilidades sociales que definen la ocupación del territorio. En este sentido se aboga por territorios adecuados a la ocupación humana sea por su transformación - limpieza, drenaje, control de vectores y personas reservatorio o por medio de reubicación de comunidades, lo que implica discutir el estándar de ocupación de la tierra. Asimismo en la búsqueda de mejoras en infraestructura como formas de acceso al agua de consumo, tratamiento de aguas servidas y manejo de la basura, así como por la construcción de viviendas adecuadas a las protecciones necesarias.

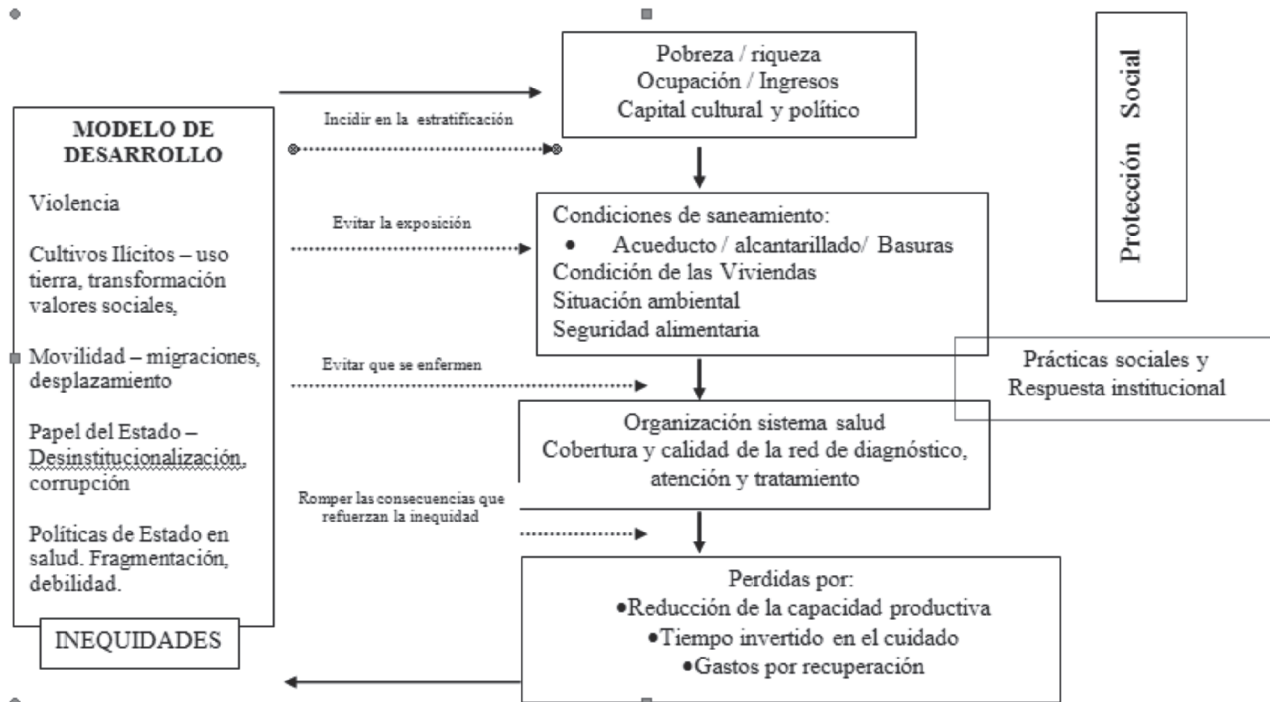
Además se requiere del acceso económico a las protecciones individuales tanto en el ambiente domestico como de trabajo externo y finalmente la organización de accesos adecuados al diagnostico y tratamiento por medio de redes articuladas de respuestas, incluyendo transporte y facilidades de comunicación y telemedicina.

Para problematizar la situación de la malaria se uso el modelo de Diderichsen & Hallqvist²⁶, el cual se trabajo con el grupo gestor de cada municipio en el marco de este proyecto, con la intención de comprender la manera en que se produce la malaria y como se pueden orientar las respuestas desde un modelo de equidad y determinación social. Este modelo recalca cómo los contextos sociales crean una estratificación social y asignan a las personas distintas posiciones sociales. Y como la posición social de las personas determina sus perfiles de salud.

En este modelo se usaron categorías como el contexto social y político, la posición social, las exposiciones sociales, los daños y efectos en la salud y las consecuencias sociales, que de manera esquemática se representan de la siguiente manera:

²⁶Diderichsen, F.; Timothy E.; Whitehead M. "The Social Basis of Disparities in Health" in Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuia, A. "Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action. New York, Oxford University Press". 2001

REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA



5.2.2. Los temas generadores para mejorar la calidad de vida y erradicar la malaria

Los temas generadores emergieron como producto de la construcción de una narrativa de la realidad problematizada, es decir en un ejercicio donde se identifico los problemas, sus determinaciones y consecuencias sociales.

Los temas generadores permitieron definir ejes de respuesta estratégica, abrir caminos posibles para construir mejores respuestas, en tanto mejoraron la comprensión de la realidad que se pretende transformar.

Los temas generadores constituyeron ideas fuerza con características como:

- Punto de encuentro de intereses, tienen capacidad de articular iniciativas frente a objetivos sociales deseados.

- Tienen fuerza convocante y capacidad para movilizar
- Son estratégicos, en tanto incidir sobre ellos podría generar cambios significativos en la situación problema.

En las discusiones realizadas en los distintos grupos gestores en los municipios de frontera participantes de este proyecto se ubico el tema de la malaria en un contexto socio ambiental.

Parte de los esfuerzos en la asesoría realizada a la formulación de los planes locales de salud en malaria en estos municipios fue hacer visible y accesible a las comunidades conocimientos y metodologías para apoyar los esfuerzos de manejo socio ambiental, tales como la construcción de casas ecológicas, el manejo de basuras orgánicas, la selección de basura reciclable, el tratamiento en instalaciones domesticas de las aguas servidas, la construcción de módulos sanitarios en las casas, entre otras. Estas opciones tecnológicas

Quinta Parte

5. LA AGENDA SOCIAL CONSTRUIDA

significan un aporte a la gestión social del conocimiento, parte de la gestión social de los territorios, como territorios capaces de promover equidad en calidad de vida y salud.

Este proceso de construcción de proyectos socio ambientales sostenibles exige un esfuerzo explícito en la construcción de capacidades de gestión social y apropiación de territorios por parte de las comunidades, donde inequidades en la capacidad de organización necesita ser superadas, como en el caso de las inequidades en capacidad político-organizativa de afrocolombianos e indígenas.

Construir estos planes implicó la participación y compromiso por parte de los agentes públicos, por tanto en el proceso de construcción del Plan de Salud busco el empoderamiento de los agentes públicos de gobierno para que comprendieran y apoyarán efectivamente estos procesos. Esto requirió capacitar comunidades y gobierno para la comprensión de sus roles. En las comunidades por buscar sus derechos a través de acciones propias y por la abogacía frente a los responsables estatales y privados y los gobiernos ampliando sus formas de responder a las necesidades sociales derivadas de los derechos – donde se ubican desde medidas ambientales y de infraestructura – transporte, vivienda, aguas, basura, etc., hasta la respuesta adecuada al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas.

En este sentido los núcleos para la acción definidos fueron:

- Acceso a servicios de salud con calidad. Configuración de un modelo de atención con enfoque familiar y comunitario sustentado en la Atención Primaria en Salud.
- Fortalecimiento de la participación social para la formulación de políticas públicas en una perspectiva de desarrollo de la sociedad civil.

- Respeto a la misión médica y transformación de las relaciones con actores armados.
- Territorios protectores de la vida, la salud, el habitat y el medio ambiente.
- Cultura para una vida libre de la malaria y de las enfermedades transmitidas por vectores

Estos núcleos para la acción ordenan un conjunto de prioridades definidas en términos de propósitos y compromisos; identificados y asumidos por varios actores sociales, que surgieron del análisis y definición de los propósitos comunes que configuraron la agenda social en Malaria. Esto ha sido un insumo clave para la formulación del Plan Local y su implementación, que además requiere de la construcción y constitución de una fuerza estratégica de unión de los sectores con sus actores institucionales y de la comunidad para lograr poner en el escenario los temas generadores mediante una acción integrada con respuestas organizadas a partir del reconocimiento de la salud como derecho y del propósito municipal y departamental de actuar conjuntamente para afectar la morbilidad y la mortalidad por malaria.

5.3. Proyectos de Desarrollo Local en Malaria

5.3.1. El plan local de salud en Malaria como herramienta política y técnica

Los planes locales se constituyen en una herramienta de la gestión pública que permite diseñar desde el sector salud, articulado a otros sectores, una respuesta institucional para atender las necesidades sociales y sanitarias de la población. Debe facilitar la coherencia entre los planes formulados por el sector de la salud y los otros sectores en el municipio, y entre éstos, con los planes de desarrollo departamental y nacional.

Por su parte un plan local de salud para reducir la morbilidad y la mortalidad por malaria se concibe como una como herramienta política y técnica que el Estado y la ciudadanía construyen en consenso, que sirve como

Quinta Parte

5. LA AGENDA SOCIAL CONSTRUIDA

ruta de mejoramiento de las condiciones de vida que están asociadas a la presencia de la malaria. Tiene como propósito formular metas, comprometer acciones y recursos para afectar los determinantes de la malaria y garantizar el derecho al acceso a servicios de salud para las personas y grupos afectados, de tal suerte que se garantice el desarrollo y el ejercicio pleno de la autonomía como expresión de salud y bienestar.

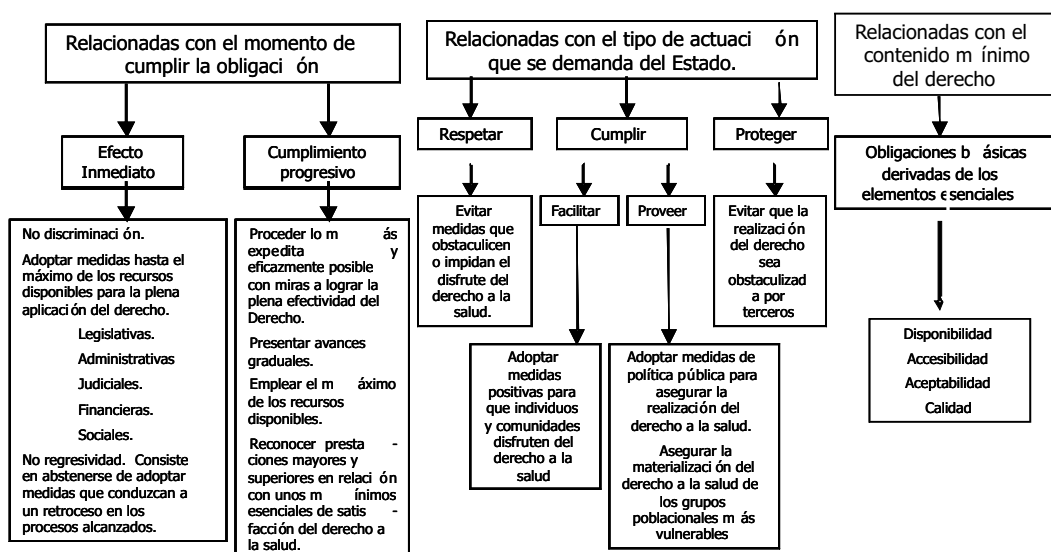
En la perspectiva de determinación social de la Malaria demanda intervenciones integrales e intersectoriales, profundizando en estrategias más amplias de mejoramiento de la calidad de vida y reducción de la exclusión social con amplia participación comunitaria, en busca de afectar las causas estructurales que inciden en la presencia y permanencia de la enfermedad.

Como la estrategia planteada para afectar los determinantes sociales de salud, se sustenta en el principio que la salud como derecho humano universal,

que da legitimidad a la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones que afectan su vida y su salud y asigna una responsabilidad directa al Estado en su protección y realización, se requiere que las políticas públicas sean escenarios para la construcción de ciudadanía, es decir, la práctica de sujetos titulares de derecho en escenarios públicos para buscar la realización de sus necesidades, partiendo de:

- Su construcción debe partir de lectura de necesidades sociales y debe apuntar a resolver los problemas de salud acorde a las dimensión de las necesidades (equidad).
- Debe garantizar la participación ciudadana en el ciclo completo de la política pública (diseño- implementación-evaluación) a través de disponer escenarios, mecanismos y recursos.
- Debe reconocer la complejidad de los problemas de salud y apuntar a abordarlos integralmente (perspectiva de la determinación social).
- Debe apoyarse en la normatividad existente

EL DERECHO A LA SALUD Y LA FUNCION DEL ESTADO EN LA FORMULACION DE LAS POLITICAS PUBLICAS DE SALUD



Fuente: Defensoría del Pueblo. Programa Proceder. Bogotá 2006

Desde este enfoque y sobre la claridad de la importancia de la participación comunitaria en la formulación de los planes locales de salud se realizó en cada uno de los municipios.

5.3.2. La agenda social construida: Mejorar la Calidad de Vida y Salud para erradicar la Malaria.

TEMA GENERADOR N°1: Acceso a servicios de salud con calidad. Configuración de un modelo de atención con enfoque familiar y comunitario sustentado en la Atención Primaria en Salud.

PROYECTO ESTRATEGICO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	DESCRIPCION
Construcción de un modelo de atención municipal basado en la Atención Primaria en Salud para el mejoramiento de la disponibilidad y aumento de la capacidad de respuesta	Aumentar la cobertura - garantizar la universalización del acceso	Con énfasis en las zonas rurales. Implica diseñar y viabilizar, de manera participativa con los actores del sistema de salud y otros actores municipales, los procesos que permitan garantizar el acceso a la atención integral a los servicios de salud.
	Ejercer la rectoría del sistema general de seguridad social en salud	
Organización y fortalecimiento de la red de diagnóstico y tratamiento	Mejorar la calidad de la atención	El fortalecimiento de la red de diagnóstico y tratamiento se realizará a partir de estrategias como: La organización de los actores de la red de diagnóstico y tratamiento La dotación y la garantía de insumos La capacitación a los TS o TCS de la red de diagnóstico El fortalecimiento de la gestión de la información (con énfasis en las capacidades de análisis y flujo de información) La implementación de procesos de control de calidad, dinamizados desde el laboratorio departamental de salud pública
	Ejercer la rectoría del sistema general de seguridad social en salud	
Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública	Mejorar la calidad de la atención	Implementación de procesos integrados y articulados de Vigilancia epidemiológica, entomológica y comunitaria

TEMA GENERADOR N°2: Fortalecimiento de la participación social para la formulación de políticas públicas en una perspectiva de desarrollo de la sociedad civil.

PROYECTO ESTRATEGICO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	DESCRIPCION
Conformación y dinamización de núcleos de gestión territorial por niveles (comunitario, territorial, municipal) para el enfrentamiento de la malaria	Fortalecer la organización, participación y movilización social	<p>Se conformarán e impulsarán núcleos de gestión por niveles, el primero de ellos, serán los comités comunitarios, el segundo los comités territoriales de las zonas priorizadas o críticas (conjunto de veredas o barrios) y el tercero será el comité intersectorial y comunitario de seguimiento al plan local de salud.</p> <p>Todos estos espacios definirán sus procesos básicos (realización de diagnóstico, construcción de planes de respuesta, mecanismos de seguimiento y monitoreo, etc.) y contarán con el acompañamiento de las instituciones con diferencias según el nivel.</p> <p>En estos espacios se articularán los mecanismos normativos que dispone la ley (Cove, covecom, copacos). El desarrollo de los planes de respuesta podrán incluir acciones relativas a la vigilancia comunitaria, el desarrollo de procesos de formación, la construcción de alianzas con organizaciones étnico-territoriales y con los entes de control, entre otros.</p>

TEMA GENERADOR N°3: Respeto a la misión médica y transformación de las relaciones con actores armados.

PROYECTO ESTRATEGICO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	DESCRIPCION
Protección de la misión médica	Garantizar el acceso a los servicios de salud y a una atención de calidad	<p>Se posicionará el tema a partir de: Diseño de estrategias de difusión sobre el respeto a la misión médica Formación de los trabajadores de la salud en derecho internacional humanitario Definición de alianzas con organismos internacionales (CICR, MSF) para la atención en malaria en situaciones de brotes, desplazamientos o en las zonas de difícil acceso.</p>

TEMA GENERADOR N°4: Territorios protectores de la vida, la salud, el habitat y el medio ambiente

PROYECTO ESTRATEGICO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	DESCRIPCION
Diseño e implementación de estrategias de Atención Primaria Ambiental	Afectar los determinantes de la malaria de tipo socioambiental	<p>Al diseño de la estrategia se articularán acciones como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Actualización de los censos sanitarios Diseño e implementación de estrategias pedagógicas y comunicativas en diferentes espacios sociales Abogacía para el diseño, implementación o ajustes de los POT armonizados a las estrategias de prevención y control de la malaria. Implementación de estrategias productivas y de seguridad alimentaria de pequeña escala
Vivienda Saludable	Afectar los determinantes de la malaria de tipo socioambiental	Se diseñarán e implementará la propuesta para el desarrollo de la estrategia vivienda saludable
Aguas y saneamiento básico (alcantarrillado y manejo de residuos sólidos)	Afectar los determinantes de la malaria de tipo socioambiental	Se promoverá la realización de los estudios técnicos de viabilidad, o se gestionarán proyectos tendientes a la ampliación de redes de acueducto, implementación de unidades sanitarias integrales, entre otros

TEMA GENERADOR N°5: Cultura para una vida libre de la malaria y de las enfermedades transmitidas por vectores

PROYECTO ESTRATEGICO	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	DESCRIPCION
Fortalecimiento de la educación y gestión ambiental en el ámbito escolar	Afectar los determinantes de la malaria de tipo sociocultural	<p>Se fortalecerán los procesos pedagógicos, académicos y de gestión educativa, a través de aspectos como:</p> <p>Diseño de estrategias pedagógicas y de material didáctico con los grupos docentes de las áreas curriculares. En torno a esto se buscará la articulación de los contenidos de prevención a los procesos pedagógicos, vinculando asuntos como la promoción de la participación de los comités escolares ambientales, los vigías de la salud, el servicio social obligatorio.</p> <p>La formación de docentes y trabajadores de la salud.</p> <p>Diseño de una estrategia para aprovechar espacios y recursos de ETV como escenario de práctica y aprendizaje</p>
Arte y comunicación para la prevención de la malaria	Afectar los determinantes de la malaria de tipo sociocultural	<p>Orientado con énfasis a implementar estrategias pedagógicas en espacios sociales de barrio y familia.</p> <p>Para ello se establezcan alianzas de dos tipos, la primera con organizaciones étnico territoriales para el diseño e implementación de estrategias pedagógicas basadas en el arte y la lúdica, que sirvan además como mecanismo para el rescate de las manifestaciones populares y el fortalecimiento de la organización social. Así mismo se establecerán alianzas con los medios de comunicación locales amparados en los pactos de responsabilidad social empresarial.</p>

Quinta Parte

5. LA AGENDA SOCIAL CONSTRUIDA

Esta Agenda se configura como el insumo base del Plan Local de Salud en Malaria y se operativiza a través del Plan Operativo. El Plan Operativo es un instrumento de planeación estratégica que concreta un conjunto de objetivos y metas a los cuales se les asegura los recursos necesarios para su efectiva ejecución en relación a las actividades, recursos financieros y recursos humanos a lo largo del año. (Escobar Riffo, 2001). Con este instrumento se evalúa la gestión financiera de cada uno de los entes territoriales (relación se entre los recursos invertidos y los resultados obtenidos a la luz de las metas nacionales en salud pública).

El proceso de elaboración del Plan Operativo del sector salud comienza con la revisión y socialización de objetivos y estrategias del Plan de Acciones colectivas, luego se identifica la capacidad institucional para responder a las necesidades de cada territorio. Una vez tenida esta información, se tiene en cuenta la evaluación del Plan Operativo del año anterior para conocer los recursos ejecutados y los recursos disponibles. En este punto se comienza con un trabajo interdisciplinario para el desarrollo de matrices por proyecto específico; donde se describe "que actividad o estrategia se va hacer", "con que recursos", "a que meta va ha dar cumplimiento" y "a que prioridad nacional pertenece".

5.4. La gestión social para desarrollo de la agenda social: mejorar la calidad de vida y salud para erradicar la malaria

La agenda social como un conjunto de prioridades definidas en términos de propósitos y compromisos, identificadas y asumidas por varios actores sociales, que surgió del análisis y definición de los propósitos comunes, es el elemento clave para la implementación del plan. Este plan requirió, para su construcción y constitución, de la fuerza estratégica producto de la unión de los sectores con sus actores institucionales y de la comunidad, con el propósito de lograr poner en el escenario municipal y departamental los temas generadores, mediante una acción integrada con respuestas organizadas a partir del reconocimiento de la salud como derecho y del propósito municipal y departamental de actuar conjuntamente para afectar la morbilidad y la mortalidad por malaria.

Esta construcción reconoció que romper el efecto de las enfermedades como factor de pobreza de las comunidades es esencial para hablar de un desarrollo humano sostenido y este deberá ser el espíritu de los planes locales de equidad en calidad d vida y salud, afectando los determinantes sociales, las exposiciones sociales, las enfermedades y finalmente evitando los efectos de las enfermedades y daños sobre las economías domésticas y la autonomía social y económica de las personas. Romper el ciclo pobreza / enfermedad / más pobreza / más enfermedad.

Obtenida la agenda de acciones misma que dio contenido a los planes locales, se hizo necesario colocar en el centro de la preocupación la reflexión en torno a como viabilizar el desarrollo de la misma, lo que implico promover procesos que construyeran escenarios para la viabilización de condiciones propias de la institucionalidad que la hicieran capaz de responder a este reto.

En este sentido se planteo la necesidad de garantizar las mayores condiciones para:

- la participación social en la identificación de necesidades, construcción de respuestas y definición de mecanismos para el desarrollo adecuado de las misma así como la articulación y coordinación de la respuesta institucional y social;
- la construcción de escenarios se soporta tanto en relación con la transectorialidad como con la gestión social, piezas claves para un mayor impacto de las políticas públicas;
- y la garantía de condiciones institucionales en donde se destacan asuntos como la disponibilidad de recursos financieros, de infraestructura y sobretodo los recursos humanos capacitados y en adecuadas condiciones de trabajo que favorezcan la respuesta institucional.

En este sentido se comprende que las instituciones del

Quinta Parte

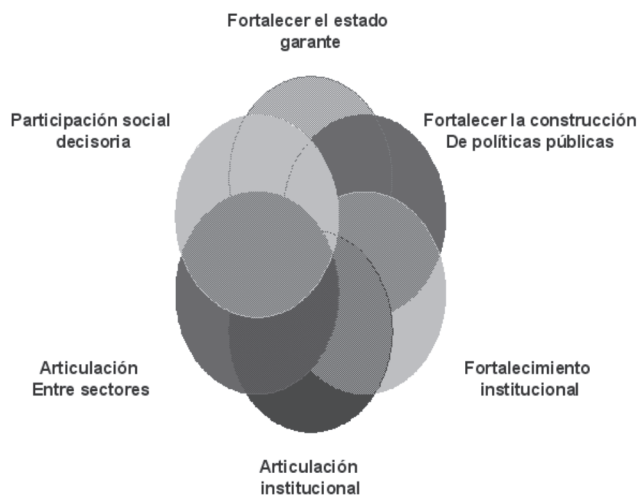
5. LA AGENDA SOCIAL CONSTRUIDA

Estado son responsables de atender a las poblaciones fragilizadas y deben ser garantes de bienestar, seguridad, protección y restitución de la dignidad.

En los espacios municipales se encuentran excesivos espacios que desde diversas perspectivas trabajan los asuntos relacionados con la calidad de vida, así mismo existen múltiples comités, que no se comunican, interactúan ni articulan adecuadamente. Por ello es necesario definir consensualmente los roles de cada instancia, considerando:

- mapas de funcionamiento en los territorios,
- análisis normativo,
- análisis de competencias y acumulado social
- Red local, como mecanismo de trabajo transectorial garantizando en ellos la participación de todos los actores sociales que hacen presencia en los territorios.
- Mecanismos de seguimiento del plan apropiando metodologías como las salas situacionales que permiten espacios de análisis transectorial y planificación y acción conjunta.

Los planes locales requieren un modo de gestión con participación amplia de los sectores



Al reconocer que la construcción de los planes locales de salud implicó la participación y compromiso por parte de los agentes públicos, por lo tanto se debe abogar por el empoderamiento de los agentes públicos de gobierno para que entiendan y apoyen estos procesos. Esto pasa por capacitar comunidades y gobierno para entender sus roles. Las comunidades orientándose por buscar sus derechos a través de acciones propias y por la abogacía frente a los responsables estatales y privados y los gobiernos ampliando sus formas de responder a las necesidades sociales derivadas de los derechos – donde se ubican desde medidas ambientales y de infraestructura – transporte, vivienda, aguas, basura, etc., hasta la respuesta adecuada al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas.



Se hizo necesario en este proceso de construcción del Plan, en primer lugar, establecer acuerdos en términos de qué hacer, cómo hacerlo, con quién y cuando hacerlo. Para ello se partió del hecho de contar hoy día con estructuras, dinámicas de trabajo y visibilización social en torno al tema de la MALARIA pero que requerían fortalecer la presencia institucional y social y favorecer los procesos tendientes a lograr el mayor reconocimiento posible de las perspectivas de los actores así como la construcción de acuerdos en relación

con las expresiones concretas de la malaria en los municipios, su distribución, población afectada, valoración de la respuesta existente, identificación de prioridades y estrategias para la acción.

Por otra parte la gestión local aparece como soporte fundamental en la construcción de políticas públicas participativas con gran capacidad de convocatoria social. De manera sintética este proceso apunta a fortalecer la participación social; la ciudadanía y la corresponsabilidad; la garantía de derechos y el logro de condiciones de calidad de vida; el fortalecimiento del trabajo transectorial y de la respuesta social.

El proceso de gestión tiene varios componentes que no constituyen etapas secuenciales. En él se pretende construir las respuestas sociales integrales a la situación de malaria que afecta a las personas en cada uno de los

territorios, donde el punto de partida es la configuración de las necesidades sociales, a partir del cual se organiza la acción que requiere su satisfacción y se define el modo de sostener dichas respuestas.^{27,28}

5.4.1. Avance en Estrategias para la sostenibilidad del proceso

El Acuerdo Municipal

Como estrategia para lograr un pacto colectivo e institucional sobre el desarrollo de la agenda social, se propuso la gestión para la expedición de acuerdos municipales que como acto legislativo municipal recogiera el acumulado construido y ratificará un compromiso político a futuro en la planeación local. En este sentido se gestionó en todos los municipios la siguiente propuesta de Acuerdo Municipal:

²⁷De 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

²⁸Plan Estratégico Social: el desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Caracas, Venezuela. Septiembre 2003.

Acuerdo

por el cual se organiza la respuesta Municipal para el enfrentamiento de la Malaria.

EL CONCEJO MUNICIPAL,

en uso de sus facultades constitucionales, legales y en especial de las conferidas por la Ley 10 de 1990, la Ley 100 de 1993, Resolución 5165 de 1994, la Ley 715 de 2001 y la Ley 1122 de 2007.

CONSIDERANDO:

Que la Malaria continúa siendo un problema endémico en el Municipio, produciendo altos índices de enfermedad, incapacidad y muerte para múltiples habitantes del Municipio, que lo ubica como uno de los Municipios de Colombia con mayores índices de Malaria.

Que esta situación con la Malaria a su vez, genera pérdidas importantes de la capacidad productiva de los miembros de la comunidad, aumentando su fragilidad social y reforzando el empobrecimiento de las comunidades, deteriorando aun más sus condiciones de vida.

Que es evidente que son las deterioradas condiciones de calidad de vida de la población, tales como deficiencias nutricionales, bajos niveles educativos, inadecuadas condiciones de saneamiento básico, bajo acceso a servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, la base para que la Malaria se mantenga con los altos índices que se presentan en el Municipio de Olaya Herrera.

Que a pesar de esta situación epidemiológica en el Municipio, la Malaria no se reconoce como uno de los principales problemas de salud pública, lo que se traduce en una respuesta institucional débil tanto en recursos humanos como económicos para enfrentarla.

Que en el Municipio existe una convivencia social con la Malaria, en tanto las poblaciones se han habituado a ella, resultando común y cotidiana la enfermedad.

Que el proceso de articulación de respuestas institucionales y sociales para enfrentar la Malaria se realiza de manera parcial, lo que debilita la posibilidad real de afectar los determinantes que la producen y reproducen.

Que existe una ausencia de concepto de bien público y derecho humano de la salud, que ubique la erradicación de la Malaria como una tarea pública en que Gobierno y Comunidad articulan esfuerzos.

Que tanto la Ley 10 de 1990 como la Ley 100 de 1993 asignan responsabilidad a los Municipios para enfrentar sus problemas de salud pública.

Que el Concejo Municipal como representante de la comunidad considera prioritario el enfrentamiento de la Malaria en el Municipio.

Por tanto se hace necesario expedir un Acuerdo que organice la respuesta municipal para enfrentar el problema de la Malaria, teniendo como principios la universalidad, la equidad, la integralidad y la participación.

ACUERDA:

Artículo 1º.- Ubíquese la Malaria como un tema de prioridad del Municipio, lo que implica que el conjunto de la institucionalidad municipal colocará en sus planes de gestión y acción la Malaria como tema prioritario en sus intervenciones, que deberá tener una equivalencia en la asignación presupuestal para su intervención.

Artículo 2º.- Formúlese el componente para el enfrentamiento de la Malaria en los Planes de Desarrollo Municipal, así como planes operativos anuales para su implementación, a través de un mecanismo de

Acuerdo

participación comunitaria, con el conjunto de las diversas instituciones municipales.

Parágrafo 1. Esta formulación participativa definirá la integración de fuentes de financiación municipal que permita asignar el máximo de los recursos posibles para el enfrentamiento de la Malaria en el Municipio.

Parágrafo 2. Defínanse objetivos, estrategias, acciones, metas e indicadores para los aspectos centrales del componente de Malaria en el Plan de Desarrollo Municipal en aspectos referidos como mínimo a: saneamiento básico; vivienda digna; prestación de servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico y atención para la Malaria; acción educativa y cultural para el enfrentamiento de la Malaria en espacios escolares, familiares, comunitarios e institucionales; seguridad alimentaria; desarrollo de procesos productivos; y atención intensificada a grupos con mayores inequidades sociales y sanitarias.

Artículo 3º.- Créese el Comité Interinstitucional y Comunitario para la el Control de la Malaria en el Municipio de Olaya Herrera. Este Comité estará constituido por representantes de cada una de las instituciones que conforman el gobierno municipal, un representante del Concejo Municipal, un representante del sector salud a nivel departamental y municipal en el tema de malaria y un representante de cada uno de los Consejos Comunitarios y Cabildos Indígenas del Municipio. La responsabilidad de la puesta en funcionamiento y su continuidad, estará en cabeza del Alcalde Municipal.

Artículo 4º.- Las funciones del Comité Interinstitucional y Comunitario para la el Control de la Malaria serán:

- a. Formular e implementar el componente para el enfrentamiento de la Malaria en el Plan de Desarrollo Municipal, así como planes operativos anuales para su implementación.

- b. Realizar abogacía con los niveles departamental, nacional e internacional para la gestión de recursos complementarios para el enfrentamiento de la Malaria en el Municipio.
- c. Realizar seguimiento periódico a la implementación de los planes operativos anuales para el enfrentamiento de la Malaria en el Municipio.
- d. Hacer seguimiento a los diversos actores de aseguramiento y prestación de servicios que intervienen en el Municipio en los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico, atención y tratamiento a la Malaria.
- e. Presentar de manera anual rendición de cuentas de los resultados de los planes operativos para el enfrentamiento de la Malaria tanto al Concejo Municipal, como a las comunidades a través de la convocatoria a Cabildos Comunitarios.

Parágrafo 1. El propio Comité Interinstitucional y Comunitario para la el Control de la Malaria, se reunirá para definir su reglamento y dinámica de trabajo.

Parágrafo 2. Se define un plazo máximo de 3 meses a partir de la fecha de expedición del presente Acuerdo Municipal, para que se cree el Comité Interinstitucional y Comunitario para la el Control de la Malaria y defina su reglamento y su plan de acción.

Artículo 5º.- Los entes de control Municipal serán los encargados de hacer el seguimiento y garantizar el adecuado funcionamiento del Comité Interinstitucional y Comunitario para el Control de la Malaria.º

Comuníquese, publíquese y cúmplase.

El diseño del plan operativo anual

Con el proceso desarrollado se dio un reconocimiento a lo construido y alcanzado en una perspectiva de Equidad en Calidad de Vida y Salud, pero a pesar del reconocimiento logrado en la formulación de los lineamientos del Plan Local de salud en Malaria en los nueve municipios, fue insistente desde los participantes de los grupos gestores la necesidad de hacer seguimiento y acompañamiento a la formulación operativa del Plan Local de Salud en Malaria concertado, argumentando, que si bien se avanza en un consenso social y político en este tema en el municipio, no era suficiente para concretar el Plan Local en Salud.

De esta forma se propuso un proceso para la elaboración del Plan Operativo de Acción- POA- de los planes locales de salud en malaria. Para ello se definieron dos niveles de trabajo: Nacional y municipal.

En el nivel Nacional se propuso hacer un balance de las acciones de los distintos proyectos desarrollados por el Proyecto PAMAFRO en Colombia y analizar las propuestas de estrategias de intervención de los Planes Locales de Salud en Malaria en cada municipio. Este balance se desarrolló en conjunto con los referentes de los distintos subreceptores de PAMAFRO COLOMBIA y los representantes del tema de Enfermedades Transmitidas por Vectores de las Secretarías Departamentales de los municipios participantes del proyecto como del Ministerio de Protección Social.

Luego de este ejercicio nacional se desarrolló el proceso en el Nivel Municipal a través de talleres en los municipios participantes del proyecto. Este taller tenía como objetivos organizar la información sobre fuentes de financiación y los recursos necesarios para el desarrollo del Plan Local de Salud en Malaria y priorizar

las líneas estrategias a desarrollar en el Plan Local de Salud para el Control de la Malaria.

Los talleres desarrollados fueron, para el caso del departamento de Nariño se realizó un taller Departamental invitando a representantes de funcionarios de las alcaldías y del sector salud y líderes comunitarios de los municipios de Olaya Herrera, Roberto Payan y Francisco Pizarro. Igualmente se desarrolló un taller departamental en el departamento de Putumayo con los municipios de Puerto Leguizamo y Puerto Asís. En los municipios de Saravena e Inirida se desarrolló el taller de carácter municipal.

Se adjuntan los resúmenes de los formatos de POA acordados en cada uno de estos talleres.

5.4.2. Otros dispositivos de gestión que pueden ser utilizados en el desarrollo de la Estrategia²⁹

Los dispositivos se entienden como instrumentos o mecanismos para la implementación de 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 n°3 de esta colección);

²⁹MOLINA N.J.; MORENO, L. D; CASALLAS A.L. Modulo III: Estrategia promocional de equidad en calidad de vida y salud. Escuela Popular Grupo Guillermo Fergusson. Versión 8va. 2006

El Alcalde

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 diversos 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 alternativos de impacto en diversos ámbitos (hogares, escuelas, instituciones, comunidad, 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 nº4 de esta colección);

Acceso a servicios sociales de bienestar (públicos, privados y sociales). Programas integrales desarrolladas 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 que el 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

La Vigilancia Comunitaria desde la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud

El concepto de vigilancia necesario al Enfoque Promocional tiene que tener clara su función de monitoreo de los determinantes sociales a que están expuestas las poblaciones e individuos, en este caso nos interesa la movilidad social o sea todo lo que afecta la condición social de los individuos y de los grupos, donde variaciones en el empleo y renta, acceso social a los alimentos, transporte, atención a salud y medicamentos, aguas y energía por ejemplo son vistos como marcadores de la inclusión / exclusión al nivel de determinantes, como proxys muchas veces para documentar el impacto de políticas económicas y sociales en la condición social de cada quien y de los grupos en la comunidad.

El Alcalde

Esta visión ya define desde luego una vigilancia que no solo se restringe a las condiciones sanitarias y epidemiológicas, sino que va más allá e incluso ampliando estos mismos dominios de captura de información sanitaria y epidemiológica, obligando a la representación en todas las categorías de interés de la Matriz de representación de necesidades adoptadas:

Por ciclo vital, por clase o territorio social, por géneros, por etnias, por proyectos de desarrollo y autonomía y sus transversalidades, además de medir y documentar las respuestas sociales en desarrollo en el terreno. Lo que significa garantizar en este nivel la captura y el compromiso de calidad y adecuación de la información necesaria al enfoque, a partir de la adopción de una cultura de la información que sirva de inmediato para orientar y evaluar acciones en el terreno y por medio del sistema de informaciones hacer con que esta información fluya hacia el nivel agregado de análisis por territorios de condición de vida y salud.

En este contexto la vigilancia comunitaria en Malaria gana grande importancia como una vigilancia ambiental (pudiendo incorporar los conceptos de atención primaria ambiental – APA, relacionando los aspectos ambientales de la malaria con una configuración de exposiciones donde podemos destacar otros vectores que son afectados por una intervención socio ambiental (tales como otros mosquitos, moscas, ratas...) y que permiten entonces afectar otras patologías tal como el dengue, las hepatitis, las tifoideas, las enfermedades diarreicas agudas e incluso avanzar en lo ambiental como concepto para manejar las infecciones respiratorias y los traumatismos, generando así un empoderamiento - emancipación política ampliada de la comunidad para afectar su protección frente a las exposiciones y evitar la pérdidas de capital humano y recursos materiales que estas patologías provocan (pérdidas de días / trabajo o días escuela y gastos obligatorios en cuidado de salud).

Así es que lo propuesto para la vigilancia comunitaria con la organización de comités y salas de situación sirve perfectamente para dinamizar y hacer avanzar unos planes locales de salud que empoderen la comunidad

para la acción transformadora del ambiente y para la abogacía frente a los responsables gubernamentales o privados.

La idea de trabajar con un concepto de ambientes protectores de la vida donde se pueda tener una visión cero o sea eliminar la malaria en el ambiente y en las personas de forma sistemática y ampliando continuamente el alcance en territorios y poblaciones es una manera de materializar el control / el poder de la población sobre los territorios de calidad de vida y salud.

La racionalidad de la presentación de los casos de malaria y otras patologías exige de la vigilancia un plan organizado a través de esfuerzos suficiente en cada etapa del año, con esfuerzos especiales según la necesidad.

Pero la vigilancia también tiene que recibir y difundir la información y su uso en el territorio, entendida la vigilancia como una función que afecta a todos los trabajadores involucrados dentro y fuera del sector salud – pues queremos la transectorialidad – así como la organización de los servicios y tiene que involucrar y alcanzar a la población y sus espacios de participación y decisión. La vigilancia en salud, tiene pues un rol de acción proactiva por la calidad de vida y salud, como expresión concreta de la disputa social por estos retos, particularmente en la pelea por la idea de una indiferencia cero frente a ciertos determinantes, exposiciones, daños o consecuencias sociales de los daños.

Sistema de Informaciones

A partir del concepto de vigilancia expuesto arriba se define el sistema de informaciones como la arquitectura necesaria para hacer fluir y permitir la integración de las informaciones en el marco de la matriz del modo promocional, lo que significa definir la estructura de entrada y análisis de los datos a partir de un concepto aplicado de vigilancia y de ordenamiento e integración de la información con base en las necesidades de

El Alcalde

análisis por grupos humanos en condiciones de clase social / territorio social, géneros, etnias y las condiciones de vida, proyectadas en la integralidad de la matriz promocional de proyectos de desarrollo de autonomía y sus transversalidades.

El sistema de informaciones será responsable por promover y enraizar la cultura de la información por medio de un estímulo y un feedback permanente a los servicios, comunidades y trabajadores, apoyando con la información oportuno y el soporte técnico necesario las necesidades operativas y sociales de los espacios de vigilancia, incluyendo los mejores usos de la información, apoyo a la planeación y programación, la gestión por objetivos y la evaluación de los proyectos y acciones, la transparencia y visibilidad de la información

para el control social en cada punto del sistema, la dinámica del sistema epidemiológico, de monitoreo socio-económico, gerencial, financiero, ambiental, de consumo, de acceso a la información.

El Sistema de informaciones prima por el ordenamiento de los datos y su transformación en informaciones en el marco del ejercicio social de la información y tanto retroalimenta la vigilancia y la planeación como suministra las informaciones al observatorio, gerenciando las múltiples estructuras de captura y agregación de datos para que estas respondan a las necesidades estratégicas del plan de calidad de vida y salud del Distrito. Así es que el sistema de informaciones es sobretodo una arquitectura inteligente de datos e informaciones al servicio de un proyecto de democracia e inclusión social y no un sistema informático con un fin en si mismo.

Bibliografía Consultada

- BURDEAU, G. L'etat, Seuil. Citado por ROTH DEUBEL, A. Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación. Bogotá- Colombia. Ediciones Aurora. 2002.
- BREILH, J.: Epidemiología, economía, medicina y política. Fontamara 2da edición México1981
- CARMONA, L. ESTUPIÑAN. L; CASALLAS, A. Modulo de Participación Social y Ciudadanía. Escuela de formación de lideres de Salud. Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. 2005.
- CASALLAS, A.; MOLINA N; DE NEGRI A.; ALVARADO, G.; RAMIREZ, P.: Colección La Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.. Cuadernillo 1. Conociendo y apropiando La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, Dirigido a Funcionarios Públicos. Secretaria Distrital de Salud – Corporación Grupo Guillermo Fergusson – Secretaria Distrital de Salud- Hospital de Suba
- CASALLAS, A.; MOLINA N; DE NEGRI A.; ALVARADO, G.; RAMIREZ, P.: Colección La Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.. Cuadernillo 2: La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una Vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud. Dirigido a líderes sociales y comunitarios. Secretaria Distrital de Salud – Corporación Grupo Guillermo Fergusson – Secretaria Distrital de Salud- Hospital de Suba
- CASALLAS, A.; MOLINA N; DE NEGRI A.; ALVARADO, G.; RAMIREZ, P.: Colección La Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.. Guía 1: Lectura Integral de necesidades sociales a partir de la construcción de Temas generadores. Secretaria Distrital de Salud – Corporación Grupo Guillermo Fergusson – Secretaria Distrital de Salud- Hospital de Suba
- CORPORACION PARA LA SALUD POPULAR GRUPO GUILLERMO FERGUSSON. Documentos conceptuales. 2007.
- D'ELIA Y.: "Acercamiento al diagnóstico de necesidades sociales en Venezuela" Informe técnico. MSDS/GTZ, Caracas 2003.
- DE NEGRI Filho, A. "Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade 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
- DE NEGRI Filho, A. Construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2004- 2005. Investigaciones en seguridad social y salud. Secretaria Distrital de Salud. 2006
- DIDERICHSEN, F.; TIMOTHY E.; WHITEHEAD M. "The Social Basis of Disparities in Health" in Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuia, A. "Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action. New York, Oxford University Press". 2001
- HERNANDEZ, M. La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una comparación socio-política, 1880-1950. Universidad Nacional de Colombia. Colección de la sede. Bogotá. UNIBIBLOS. 2004.
- MANN, Michael. Las Fuentes de poder social. Capitulo 1. Volumen 1. Alianza Madrid. 1991.

Bibliografía Consultada

- MEDELLIN, P. Inestabilidad, incertidumbre y autonomía restringida: elementos para una teoría de la estructuración de políticas públicas en países de baja autonomía gubernativa. CIDER. Universidad de los Andes. Bogotá. 2000.
- MENY, Yves y THOENIG, Jean Claude. Las políticas públicas. Editorial Ariel. Segunda Edición. Barcelona- España. 1992.
- MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL. Plan Estratégico Social: el desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. Caracas, Venezuela. Septiembre 2003.
- MOLINA N.J.; MORENO, L. D; CASALLAS A.L. Modulo III: Estrategia promocional de equidad en calidad de vida y salud. Escuela Popular Grupo Guillermo Fergusson. Versión 8va. 2006
- MOVIMIENTO NACIONAL POR LA SALUD- GRUPO GUILLERMO FERGUSSON. Ley 100 Balance y Perspectivas. Bogotá, 2006.
- MULLER, Pierre. Génesis y Fundamentos del Análisis de Políticas Públicas. En Innovar-Revista de Ciencias Administrativas y Sociales. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. No.11, Enero- Junio de 1998.
- NARANJO, C.. Análisis socio-político de la política de salud a la población desplazada. Tesis para optar el título de Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. 2007.
- QUEVEDO, E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positiva. Bogotá. Editorial Zeus. 1992.
- SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, Salud a su Hogar 2004. Bogotá.

ANEXO I

EL PROCESO DE GESTIÓN DEL PLAN LOCAL EN MALARIA GUÍA DE TRABAJO NO PRESENCIAL³⁰

Primera visita Introducción

La participación social se considera un elemento fundamental en la formulación de políticas públicas, no solo porque es responsabilidad del Estado promover el reconocimiento de los intereses de los diversos grupos sociales, sino además porque solo la participación activa de todos los actores sociales en la identificación de los problemas y la construcción de las alternativas moviliza el compromiso social necesario para tener un mayor impacto frente a las problemáticas.

En esta perspectiva se tienen avances importantes, que para el caso que nos ocupa se centran en el hecho de contar hoy día con estructuras, dinámicas de trabajo y visibilización social en torno al tema de la MALARIA. Se hace necesario en esta primera fase, y a partir de lo anterior, fortalecer la presencia institucional y social y favorecer los procesos tendientes a lograr el mayor reconocimiento posible de las perspectivas de los actores así como la construcción de acuerdos en relación con las expresiones concretas de la malaria en los municipios, su distribución, población afectada, valoración de la respuesta existente, identificación de prioridades y estrategias para la acción.

Este documento presenta una guía para el trabajo complementario al proceso de asistencia técnica presencial correspondiente a la primera fase.

ELEMENTOS BÁSICOS FRENTE A LA GESTIÓN LOCAL. FASE NO PRESENCIAL

La gestión local aparece como soporte fundamental en la construcción de políticas públicas participativas con gran capacidad de convocatoria social. De manera sintética este proceso apunta a fortalecer la participación social; la ciudadanía y la corresponsabilidad; la garantía de derechos y el logro de condiciones de calidad de vida; el fortalecimiento del trabajo transectorial y de la respuesta social.

El proceso de gestión tiene varios componentes que no constituyen etapas secuenciales. En el se pretende construir las respuestas sociales integrales a la situación de malaria que afecta a las personas en cada uno de los territorios, donde el punto de partida es la configuración de las necesidades sociales, a partir del cual se organiza la acción que requiere su satisfacción y se define el modo de sostener dichas respuestas.^{31,32-}

Los componentes propuestos para esta experiencia de Diseño del plan y que serán objeto del seguimiento en lo se refiere a la primera fase son:

2.1. Conformación o fortalecimiento del grupo gestor.

Hoy en día existen núcleos de trabajo, fundamentalmente con presencia institucional, que mantienen un trabajo activo frente a la situación de malaria en el municipio. Un primer paso en este proceso se refiere al fortalecimiento del grupo, a partir de:

³⁰elaborada por Nancy Janet Molina. Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. 2007.

³¹De 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

³²Plan Estratégico Social: el desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Caracas, Venezuela. Septiembre 2003.

ANEXO I

- a. Caracterización de la participación institucional: Se propone revisar, gestionar y garantizar la participación activa de por lo menos las siguientes entidades en el ámbito municipal: alcaldía, Secretaría o dirección de salud, dirección de hospital municipal, área de salud pública, secretaria de educación y directores de colegio articulados al tema, secretaria de obras públicas, referente para asuntos ambientales.
- b. Promover la participación activa representantes de organizaciones comunitarias y/o sociales del municipio y de ONG's representativas.

2.2. Definición permanente de acuerdos de trabajo para el diseño del Plan.

Este componente se refiere a establecer con claridad los objetivos, metodología, el cronograma y los productos esperados para el diseño del Plan así como la socialización, discusión y validación de los avances en relación con el proceso. Para este tema se cuenta con dos documentos de trabajo:

- a. Resumen del proyecto PAMAFRO
- b. Documento de trabajo: Bases para la formulación del Plan Local de Salud.

Adicionalmente establece o reafirma una dinámica de trabajo permanente y un cronograma para el desarrollo de los tres talleres locales previstos entre marzo y julio.

2.3. Convocatoria local. El grupo gestor:

- a. identifica los actores locales sociales (ongs, universidades, gremios, etc) comunitarios (asociaciones, grupos, comités), otros actores insititucionales y autoridades locales, u otros que puedan articularse y apoyar el proceso.
- b. Define y opera un mecanismo de convocatoria en e cual presenta la iniciativa y convoca a un Primer Taller Local (para el plan se prevé por lo menos la realización

de tres Talleres Locales). Así mismo se hace necesario definir otras instancias de encuentro para avanzar en el proceso de diseño durante la fase de asistencia no presencial.

2.4. Continuidad a los compromisos del Primer Taller Local.

Este taller buscó una primera aproximación a las necesidades locales en relación a la malaria en el municipio. Sin embargo es necesario desarrollar un trabajo complementario que se convierta en insumo del segundo Taller Local. Así se propone que el grupo gestor ordene la información obtenida en el taller y en el proceso de búsqueda complementaría en una narración que presente:

Expresión de la malaria en los territorios: frecuencia, distribución en el territorio, características de las víctimas, descripción del porque ocurren y/o cómo ocurren en los territorios, caracterización crítica de la respuesta individual, familiar, institucional, comunitaria y social que se ha establecido.

Para esto se presenta la siguiente guía:

OBJETIVO:

- Caracterización de la expresión de la malaria en el territorio identificando, situaciones de presentes, frecuencia, ubicación territorial, identificación de grupos poblacionales afectados.
- Problematización de la necesidad: causas inmediatas, relacionadas y profundas,
- Caracterización crítica de la respuesta individual, familiar, institucional, comunitaria y social
- Problematización de la respuesta

METODOLOGIA

Primer Momento:

En relación con la malaria señalen:

ANEXO I

Tercer Momento

En relación con los casos de malaria que se presentan en el municipio establezca una caracterización de la respuesta en términos de:

- Revise que hacen las víctimas de malaria? A quién acuden? En busca de qué? Qué obtienen?
- Revise que hacen las familias de las víctimas de malaria? Qué ofrecen? A quién acuden? En busca de qué? Qué obtienen?
- Revise que hacen las comunidades que tienen víctimas de malaria? Quienes solicitan? Qué solicitan? A quién acuden? En busca de qué? Qué obtienen?
- Revise que hacen las instituciones: Qué ofrecen? Cómo lo ofrecen: Cobertura, Oportunidad, Integralidad en la respuesta, Calidad en la respuesta, cumplimiento del marco legal.
- Que hacen las autoridades del municipio en su conjunto: Qué ofrecen?? A través de que?. Cómo lo ofrecen Cobertura, Oportunidad, Integralidad en la respuesta, Calidad en la respuestas. Cumplimiento del marco legal

En relación a estos últimos dos aspectos es necesario particularmente revisar estructura organizativa y recursos financieros asignados al tema.

Consigne sus respuestas en el siguiente cuadro

Víctimas

Familias

Comunidades

Instituciones

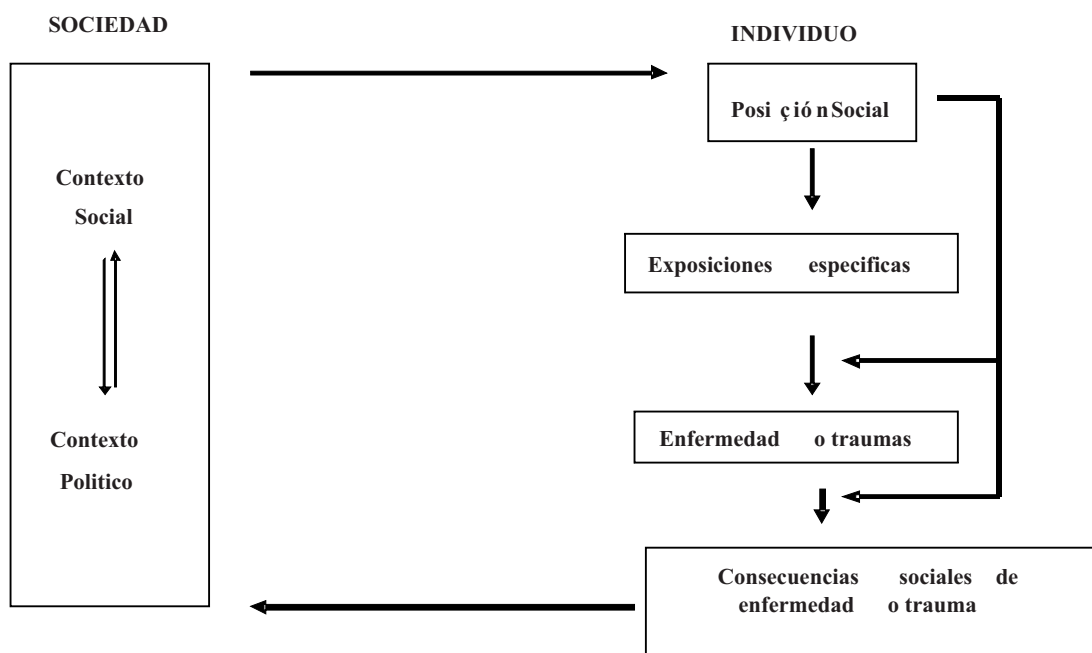
Autoridades
municipales

ANEXO I

Cuarto momento: Problematicación Considerando los tres momentos previos, establezca un acuerdo colectivo en relación a cada momento e intente hacer un ejercicio que articule cada uno de ellos en el sentido de establecer:

- Cuál es la magnitud del problema, cómo se distribuye, a quien afecta y hasta donde la respuesta dada ha contribuido a su control.
- Desde aquí inicie un proceso de reflexión en torno a la priorización de las situaciones problemáticas: Lluvia de ideas en relación con las causas que originan la situación problemática por lo menos en los siguientes niveles: individual; familiar, institucional, comunitario, municipal.

En cartones definidos para tal fin, se establecerán factores asociados o relevantes con la presentación de la situación. Una vez establecido el conjunto de factores relacionados en grupo se procederá a discutir y acordar el grado de relación o de peso que cada factor tiene con el problema analizado, utilizando para ello la siguiente gráfica sobre la cual se irá colocando cada tarjeta.



Adaptado de Diderichsen e Hallqvist - 1998

El resultado de este ejercicio junto con una síntesis de los resultados de los tres pasos previos será presentado en el siguiente Taller Local.

