

Plan Territorial de Salud: acciones colectivas



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

Plan Territorial de Salud: acciones colectivas

GUSTAVO FRANCISCO PETRO URREGO
Alcalde Mayor de Bogotá

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Secretario Distrital de Salud

ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS
Subsecretario Distrital de Salud

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Director de Salud Pública

COORDINACIÓN GENERAL

Secretaría Distrital de Salud
ANA ZULEMA JIMÉNEZ SOTO
YAZMÍN ADRIANA PUERTO MOJICA
Área Análisis y Políticas

Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson
ESMERALDA VARGAS VALLEJO

GRUPO DE APOYO TÉCNICO
MARÍA DEL CARMEN MORALES PALOMINO

SISTEMATIZACIÓN Y PRODUCCIÓN EDITORIAL
CORPORACIÓN PARA LA SALUD POPULAR GRUPO GUILLERMO FERGUSSON

Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson
Carrera 25 No. 27A - 37
Teléfonos: 340 0784 - 288 6094
Bogotá, D. C.
www.grupofergusson.org

©Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Carrera 32 No.12 - 81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2012
www.saludcapital.gov.co



ISBN: 978-958-8313-53-5

Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson
Carrera 25 No. 27A - 37
Teléfonos: 340 0784 - 288 6094
Bogotá, D. C.
www.grupofergusson.org

© Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Carrera 32 No. 12 - 81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C.
www.saludcapital.gov.co

Bogotá, D. C., 2012

Plan Territorial de Salud: acciones colectivas

Bogotá, D. C., 2012

GUSTAVO FRANCISCO PETRO URREGO
Alcalde Mayor de Bogotá
GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Secretario Distrital de Salud
ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS
Subsecretario Distrital de Salud
JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Director de Salud Pública

COORDINACIÓN GENERAL

ANA ZULEMA JIMÉNEZ SOTO
YAZMÍN ADRIANA PUERTO MOJICA
Área Análisis y Políticas
Secretaría Distrital de Salud
ESMERALDA VARGAS VALLEJO
Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson

GRUPO DE APOYO TÉCNICO

MARÍA DEL CÁRMEN MORALES PALOMINO
Área Análisis y Políticas
Secretaría Distrital de Salud

SISTEMATIZACIÓN Y PRODUCCIÓN EDITORIAL

CORPORACIÓN PARA LA SALUD POPULAR GRUPO GUILLERMO FERGUSSON

TEXTOS

Capítulo 1: NANCY MOLINA ACHURY

Capítulos 2 y 3: EQUIPOS TÉCNICOS DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA - SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2011, PUBLICADOS EN LA PÁGINA [HTTP://SALUDPUBLICABOGOTA.ORG/WIKI](http://SALUDPUBLICABOGOTA.ORG/WIKI).

Adaptación de textos: PATRICIA ELENA RAMÍREZ MONTENEGRO

Capítulo 4: HOSPITAL NAZARETH - I NIVEL E.S.E.

Adaptación de textos: JOSÉ ALEXANDER ESTEPA, YAZMÍN ADRIANA PUERTO MOJICA Y PATRICIA ELENA RAMÍREZ MONTENEGRO

Capítulo 5: ANA ZULEMA JIMÉNEZ SOTO Y MARIA DEL CARMEN MORALES PALOMINO

EDICIÓN Y REVISIÓN PRELIMINAR

PATRICIA ELENA RAMÍREZ MONTENEGRO

COORDINACIÓN EDITORIAL

ORIANA OBAGI OROZCO
Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Secretaría Distrital de Salud

CORRECCIÓN DE ESTILO

PATRICIA ARÉVALO PIÑEROS
GUSTAVO PATIÑO DÍAZ
Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Secretaría Distrital de Salud

FOTOGRAFÍAS

EQUIPO DE COMUNICACIONES HOSPITAL PABLO VI - BOSA
LUIS FELIPE ROCHA FRANCO

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

LUIS FELIPE ROCHA FRANCO

Impreso en Colombia por GRÁFICAS FANEL

Índice

PRESENTACIÓN	9
1. UNA MIRADA A LOS DESARROLLOS EN SALUD PÚBLICA EN BOGOTÁ, 2004-2011	11
→ El acumulado existente	12
→ Los logros en salud en la ciudad	13
→ Un proceso en curso: entre tensiones y francas contradicciones	15
2. DESARROLLOS CONCEPTUALES ORIENTADORES DEL PIC EN BOGOTÁ	23
→ Conceptos que orientan el PIC	24
<i>El enfoque de derechos</i>	
<i>La perspectiva de los determinantes sociales de la salud</i>	
<i>La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS)</i>	
<i>El enfoque poblacional</i>	
→ Prioridades en salud pública: los proyectos de desarrollo de autonomía (PDA) y las transversalidades	52
<i>Proyecto de Desarrollo de Autonomía Salud Sexual y Reproductiva (PDA-SSR)</i>	

Proyecto de Desarrollo de Autonomía Salud Mental (PDA-SM)
Proyecto de Desarrollo de Autonomía para la Prevención y control de las Condiciones Crónicas
Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Oral (PDA-SO)
Transversalidad de Salud Ambiental
Transversalidad de Actividad Física
Transversalidad de Discapacidad: Red de Rehabilitación Basada en Comunidad
Transversalidad Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)

3. OPERACIÓN DEL PIC	79
↪ Análisis de la situación de salud y de calidad de vida	81
↪ Primer componente del PIC: Gestión de la Salud Pública en Territorios Sociales	84
<i>Referentes conceptuales</i>	
<i>Definición del componente y alcance</i>	
<i>Retos, metas y respuestas desde el PIC</i>	
↪ Segundo componente del PIC: Ámbitos de la Vida Cotidiana	89
<i>Ámbito familiar</i>	
<i>Ámbito escolar</i>	
<i>Ámbito comunitario</i>	
<i>Ámbito laboral</i>	
<i>Ámbito institucional</i>	
<i>Ámbito instituciones amigas de la salud: IPS</i>	
↪ Tercer componente del PIC: Vigilancia en Salud Pública	125
<i>Introducción</i>	
<i>Referentes conceptuales y normativos</i>	
<i>Definición y alcance</i>	
<i>Análisis de la situación de salud y núcleos problemáticos</i>	
<i>Operación de la vigilancia para la salud pública</i>	

4. EL PIC RURAL: CASO SUMAPAZ	135
↪ Antecedentes	136
↪ Referentes conceptuales	138
↪ El desarrollo del PIC rural	142
<i>Distribución de territorios</i>	
<i>Reorganización de equipos de salud</i>	
<i>Reorganización de los componentes</i>	
5. PERSPECTIVAS EN SALUD PÚBLICA PARA BOGOTÁ	149
↪ Los avances	150
↪ Limitaciones y retos pendientes	154
↪ Nuevas perspectivas	155
BIBLIOGRAFÍA	162

Presentación

Durante los últimos años la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha liderado transformaciones en la comprensión de la salud pública y en la subsecuente implementación de estrategias, programas y proyectos de promoción de la salud, detección temprana, prevención y protección específica de enfermedades, y gestión del acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud en la capital.

La construcción de una nueva forma de ver y comprender la salud y el posterior desarrollo conceptual y metodológico de las acciones que orientaron las actuaciones de la salud pública en Bogotá durante el período 2004-2011 constituyen el contenido de esta publicación, que da cuenta de las tensiones que este proceso ha enfrentado, los avances y logros alcanzados, las limitaciones y retos que se plantean para la ciudad y las nuevas perspectivas que hoy aparecen.

El texto permite vislumbrar el camino a seguir y aporta a otros entes territoriales de salud, actores gubernamentales, privados, sociales y comunitarios elementos de reflexión que puedan contribuir en la construcción de los planes territoriales de salud desde una perspectiva promocional.

Se presentan inicialmente los antecedentes institucionales y el desarrollo de la perspectiva con la cual se han orientado las acciones en materia de salud pública en Bogotá durante las últimas décadas, perspectiva acorde con el proceso de construcción de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.

En los capítulos 2 y 3 el lector encontrará el resultado de esos desarrollos, que se concretan en el marco conceptual, metodológico y operativo del Plan de Intervenciones Colectivas de Salud (PIC) del Distrito Capital, y el proceso de transformación vivido hasta el año 2011.

Como caso particular se aborda en el capítulo 4 la operación del PIC en la Localidad de Sumapaz, que se adapta para reconocer con ello la característica de ruralidad que define también las necesidades de la población de esta localidad en particular. Un ejemplo de cómo abordar lo rural en Bogotá.

Por último se presentan las nuevas perspectivas en el avance de la salud pública para Bogotá, partiendo del reconocimiento de los acumulados, las debilidades y los retos del proceso, y cerrando con la propuesta del Modelo Integral de Salud para la Ciudad 2012-2016.

Guillermo Alfonso Jaramillo M.
Secretario Distrital de Salud

1

Una mirada a los desarrollos en salud pública en Bogotá, 2004-2011

Una mirada a los desarrollos en salud pública en Bogotá, 2004-2011

Nancy Molina Achury*

Una mirada a los desarrollos y experiencias en materia de salud pública durante el período 2004-2011 en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, resalta los procesos desarrollados en la Dirección de Salud Pública como una de las áreas misionales centrales de la entidad.

Varios elementos deben ser considerados para soportar esta afirmación, entre ellos el acumulado de experiencias que se ha hecho a lo largo de estos años en salud pública del Distrito, los logros que ha alcanzado la capital en salud y las tensiones que ese proceso ha enfrentado y enfrenta.

EL ACUMULADO EXISTENTE

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha venido construyendo experiencias en términos conceptuales, metodológicos y operativos, como ente rector de salud pública en el Distrito Capital.

En el marco de ese acumulado se identifica el esfuerzo sostenido por animar y alimentar la reflexión crítica y propositiva frente a la definición de la salud; y se destaca durante el período reseñado la referencia constante de la salud en vínculo con la autonomía, como uno de los derechos que posibilitan una vida plena; y su vínculo

* Fisioterapeuta, Mgs. en Ciencias de la Salud en el Trabajo, Docente de la Universidad Nacional de Colombia, Miembro de la Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson.

con la calidad de vida como construcción social e histórica frente al cual se hace necesario diseñar respuestas y formas de gestión institucional y social coherentes. Todos, aspectos que se recogen en la adopción de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS) como orientadora de la Política en este período.

Este proceso impactó el diseño y realización de los diagnósticos locales (2003, 2007, 2010 y las actualizaciones anuales), los resultados de la caracterización de Salud a su Hogar y la elaboración de los proyectos integrales de salud 2005, los cuales materializaron una perspectiva territorial en la forma de zonas de calidad de vida y salud, que además de reflejar las transformaciones y acentos ya señalados, evidenciaron avances en la formulación de políticas, planes y programas territorializados, donde la participación social es un aspecto central. En este plano, emergió la propuesta de orientación desde la atención primaria en salud (APS), como modo de organización y modelo de atención de los servicios de salud, que en articulación con programas ya existentes y otros nuevos, busca materializar el enfoque de la Política.

En su conjunto, esta perspectiva ha posibilitado un mayor reconocimiento de la salud como construcción histórica, en relación con el proceso de determinación social, lo que se convierte en referente en la formulación de las políticas públicas, no solo del sector, sino del conjunto de sectores de la ciudad. La proyección de esta nueva realidad emerge en la preocupación por una gestión pública más articulada entre los sectores de la administración pública y desde estos con la sociedad, donde la propuesta de la Gestión Social Integral ha tenido y tiene desarrollos importantes.

LOS LOGROS EN SALUD EN LA CIUDAD

El segundo aspecto que se destaca es el reconocimiento hecho en diversos escenarios al proceso desarrollado por la Secretaría Distrital de Salud, por los logros y resultados en salud y calidad de vida.

En relación con los reportes de cifras de avances, retomando los indicadores clásicos, se lograron coberturas útiles de vacunación para todos los biológicos incluidos en el programa oficial de vacunación, disminución de la prevalencia de desnutrición crónica y global, de las tasas de mortalidad por esta causa y por neumonía, así como

de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años y de la mortalidad materna e infantil¹.

Sin lugar a dudas, algunos elementos destacados son la cobertura de los programas de promoción y prevención, hecho que cobra relevancia al concentrar esfuerzos en la mayor articulación de acciones y programas en los diversos ámbitos de abordaje de la población; el fortalecimiento de la capacidad técnica e institucional, tanto del sector salud como de otros sectores vinculados con las poblaciones de interés; el fortalecimiento de la rectoría sectorial y el trabajo articulado dentro del sector, entre sectores y desde la institucionalidad con la población en general, mediante el desarrollo de acciones de formación y comunicación, con un fuerte impulso a la participación comunitaria en la formulación y desarrollo de políticas y programas.

Estos logros se suman a los avances de indicadores de ciudad alcanzados en el período 2003-2011, en el cual se destaca la disminución del porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), que pasó de 8,5% a 5,2%, y el incremento del índice de desarrollo humano entre 2003 y 2007, que varió de 0,83 a 0,88².

Los reconocimientos internacionales y nacionales respaldan esta valoración. Entre otros, el Premio a la Excelencia en el Servicio Público 2009, en la categoría de 'Liderazgo en Salud pública: Reducción en Mortalidad Infantil', otorgado por el Instituto de Naciones Unidas para la formación e investigación (UNITAR), CIFAL Atlanta y la Corporación Andina de Fomento (CAF); el segundo puesto en el Primer Concurso Hispanoamericano de Urbanismo y Salud, por el Programa 'Salud al Trabajo', otorgado por la Organización Panamericana de la Salud en el 2010; y el reconocimiento Compromiso con la Niñez que otorgan las revistas *Semana* y *Dinero*, la Fundación Restrepo Barco, RCN Radio, RCN Televisión y Laboratorios Pfizer, en el 2011.

También ocupan un lugar destacado los resultados obtenidos en la Encuesta de Percepción sobre Participación Ciudadana realizada por la Iniciativa Colombiana para la Promoción de la Participación Ciudadana en 2009, en la que se señala al sector salud como el que más promueve la participación en la ciudad.

1 Balance de la gestión consolidado a partir de los indicadores del Acuerdo 067 de 2002 vigencia 2008-2011. Consultado en: <http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/pdf/INFORMEBALANCEGESTION20082011DEFINITIVO.pdf>

2 Ibid.

UN PROCESO EN CURSO: ENTRE TENSIONES Y FRANCAS CONTRADICCIONES

Si bien se constata el desarrollo de un proceso en el direccionamiento de las políticas en salud pública en el Distrito que muestra resultados, es necesario destacar que éste es un proceso en curso y que revisar su progresión necesariamente plantea marchas y contramarchas que reflejan múltiples factores en tensión.

Particularmente, la Dirección de Salud Pública se ha visto inmersa en un ejercicio sostenido de diseño y rediseño motivado por la preocupación de ajustar su accionar y la estructura existente, en coherencia con las definiciones adoptadas y la necesidad de responder a los lineamientos nacionales. Lo que no está exento de tensiones y contradicciones.

Durante el 2004, la Dirección incorporó y ajustó los planteamientos consignados en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS) y los proyectó en el Modelo de Atención Primaria en Salud con el programa Salud a su Casa. La EPCVS se ubica en un enfoque de derechos donde destacan la universalidad, la equidad y la integralidad como principios centrales. Estos se proyectan en cinco esferas (individual, colectiva, institucional, subjetiva y ambiental), que al ser abordadas orientan las acciones hacia el logro de autonomía, equidad, acción transectorial, construcción de imaginarios sociales soportados en el derecho y sustentabilidad.

La EPCVS requería para su concreción definir agendas de decisión política en las que se establecieran compromisos públicos capaces de movilizar todos los esfuerzos de la sociedad en su conjunto, con particular énfasis en lo institucional.

De lo anterior se desprende la necesidad de incorporar una lógica integradora en la lectura y construcción de respuestas a las necesidades identificadas, superando la fragmentación de la realidad que con frecuencia hegemoniza la respuesta social e institucional.

Como lo que se pretendía era un cambio dirigido a dar respuesta a las necesidades sociales, fue necesario fortalecer el proceso de construcción de visión compartida frente a las necesidades de la ciudad y el rol del Estado, lo que permitió desarrollar procesos de identificación de necesidades específicas de población en territorios sociales concretos, reconociendo las diferencias existentes y profundizando en el

reconocimiento de sus causalidades y determinantes en la perspectiva de definir una agenda social de interés para los actores.

A partir de allí, se propuso articular el quehacer en la respuesta tanto institucional como social; para, finalmente, definir los procesos y acciones necesarias (gestión) que permitan el desarrollo de dicha respuesta. Se buscaba construir una voluntad política y programática que permitiera definir cuáles son los problemas, cuál es la mejor respuesta posible articulada e integral y la forma en que esa respuesta sería desarrollada, monitoreada y ajustada de manera sistemática.

Los procesos se podían monitorear en cuatro planos distintos: el distrital, el interlocal, el local y finalmente el de ámbitos de vida cotidiana. Allí se adelantaron tareas en torno a diversos aspectos de la construcción social de la salud pública, como son: el enfoque y las prioridades en territorios sociales, la formulación y el diseño de políticas de interés en salud pública y gestión para el desarrollo, el seguimiento, evaluación y ajuste de la respuesta institucional y social.

Este período sentó las bases para la organización interna de la Dirección de Salud Pública, más allá de los programas tradicionales en salud pública, que se formulan desde la orientación de las prioridades señaladas, en la forma de programas verticales, lo que significó un proceso de evaluación y ajuste de los lineamientos de políticas de interés en salud pública a partir de los fundamentos de la EPCVS.

La reorganización se llevó a cabo desde la definición de grupos y dinámicas en torno a asuntos transversales para la salud y la articulación de grupos de trabajo por proyectos de desarrollo de autonomía, transversalidades y ámbitos de vida cotidiana, entendidos como secciones de la realidad que se ordenan para su intervención desde una perspectiva de territorio. En tanto este último articula elementos del orden conceptual, en términos de determinación social y política, se considera de gran potencia para afectar la realidad de las poblaciones. Para este momento, formalmente, solo se contaba con los ámbitos escolar y salud a su casa, y destacaba el proceso de gestión local y distrital de la salud pública.

Para finales del 2005 se identificó como reto fundamental definir de manera más precisa los lineamientos tendientes a fortalecer la articulación de la respuesta a las necesidades identificadas, desde el reconocimiento de las oportunidades que se generaron con los cambios ocurridos en los dos años precedentes. De manera espe-

cial se hizo la revisión de los contenidos del Plan de Atención Básica (PAB) y de las acciones de promoción y prevención, así como la contratación de las mismas.

Los procesos previos de caracterización vía diagnósticos locales y la caracterización de Salud a su Hogar fueron igualmente considerados, con lo cual esto se asumió como un reto de toda la Dirección, pues se configuró en una oportunidad para proyectar la visión de política de la salud pública en territorios específicos³.

La contratación del PAB 2005-2006 se convirtió, en consecuencia, en un escenario que promovió un proceso de balance y ajuste de lo hecho. Dos premisas centrales orientaron este ejercicio: ampliar la articulación entre necesidades sociales y respuestas, y promover el abordaje de las poblaciones en territorios específicos. Esto significó impulsar la articulación entre programas, proyectos de desarrollo de autonomía y ámbitos, totalmente desarticulados para el momento.

La estructura funcional existente durante ese período no lograba dar cuenta de esas intencionalidades, y un aspecto clave para comprender esta dificultad se refiere al hecho de que la proyección territorial de la Secretaría Distrital de Salud dependía de la presencia y lógica de funcionamiento de la red pública de prestadores, con quienes la relación estaba mediada por dinámicas e instrumentos de contratación.

A la tarea de concepción y diseño de programas se sumó la tarea de organizar una forma contractual de seguimiento y vigilancia, que garantizara la operación de acuerdo con la visión establecida, y que fuera ajustado permanentemente.

Así, se realizó un proceso de rediseño del Plan de Atención Básica, liderado por el Área de Análisis y Políticas, que buscó una forma de representar las poblaciones en territorio y definir unos dispositivos de control (coherencia de las intervenciones y seguimiento a los hospitales en la operación).

La metodología partió de una reflexión inicial sobre los fundamentos de la EPCVS, para luego dar paso al reconocimiento de los procesos, la interacción con los hospitales y el seguimiento de cara a las dos premisas centrales ya señaladas. Como resultado de ese ejercicio, se reconoció la existencia de una gran heterogeneidad, fragmentación y distanciamiento de los elementos orientadores de la Política.

.....
3 MOLINA A., Nancy. Informe de entrega de gestión. Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, D. C., 2005.

Se propuso la constitución de ocho equipos integrados por referentes de transversalidades, proyectos de desarrollo de autonomía y del área de vigilancia en salud pública, y se articuló en la lógica del ámbito como eje organizador, en tanto era el dispositivo que representaba el territorio. Se buscaba articular programas para las poblaciones en el territorio, un proceso que evidenció tensiones que se mantienen hasta hoy, por la existencia de limitaciones relacionadas con que algunas funciones misionales son independientes de esta lógica, como es el caso de la vigilancia en salud pública.

Fueron diversas las dificultades, entre ellas la de establecer acuerdos para la operación de una bolsa común en los ámbitos, financiada a través de programas cuyos recursos tenían destinación específica; la transformación de la lógica de control más individual desde referentes responsables de programas hacia grupos de trabajo que articularán los programas con base en las necesidades del territorio; la concepción y la puesta en marcha de procesos transversales como la gestión (la cual inicialmente se concebía en relación con la tarea de garantizar condiciones para una respuesta integral y se desvió hacia una gestión administrativa de acciones); y lograr mecanismos adecuados de reconocimiento para cada uno de los actores y sus procesos, en tanto la propuesta privilegia una lógica de acción articulada más que de acciones particulares.

Estas tensiones explican la estructuración del PAB 2005-2006 en tres ejes distintos: 1) Gestión local, 2) Ámbitos de la vida cotidiana y 3) Vigilancia en salud pública, con lo cual se avanzó en una mayor articulación, que posteriormente se vio nuevamente afectada por la emergencia de los proyectos de desarrollo de autonomía separados de la lógica territorial y ordenados como programas.

Los argumentos de esta nueva separación refirieron que la dinámica de ámbitos invisibiliza las acciones y agendas de los programas. Sin embargo, un elemento de fondo que se debe considerar es el hecho de que la conducción de los procesos de ámbito reposaba en su gran mayoría en contratistas, lo que no favorecía la legitimidad ni la sostenibilidad del proceso.

Dentro del balance, es necesario destacar que los componentes de ámbitos de la vida cotidiana y de gestión local lograron desarrollos en términos de posicionamiento político de la salud pública a escala distrital y comunitaria, y de las posibilidades y oportunidades que ofrece el sector para el cumplimiento de metas del plan de desarrollo de la ciudad.

Sin embargo, este acumulado se convierte en un nuevo reto en términos de la necesidad de fortalecer la rectoría, y allí particularmente, la propuesta frente a quién debe ejercerla, colocando el rol de las empresas sociales del Estado (ESE) no como instituciones del Estado, sino como instancias de carácter público, representantes del Estado, garantes de derechos más allá de los intereses de la operatividad a través de la Ley 100. Este debate, superando lo teórico, presionó un grado de materialidad mediante la contratación del PAB que no es sencillo de resolver.

La ejecución del PAB 2006 mostró una comprensión más amplia entre la relación del ciclo vital, los ámbitos y los principios de la EPCVS (universalidad, equidad e integralidad) y lo que significa la proyección de esta relación en el espacio de las zonas de calidad de vida y salud, teniendo en cuenta que estas trascienden los límites entre las acciones de un ámbito y otro, y conlleva alcanzar el sentido de la lectura comprensiva y simultánea con otros procesos y las relaciones que se establecen entre los determinantes de la salud, el territorio y los ámbitos.

En este mismo sentido la participación, que era solo en el ámbito barrial comunitario, ganó relevancia para el conjunto de ámbitos como un elemento rector para el reconocimiento de las acciones en los territorios. En el ejercicio se visualizó lo que significa la autonomía, no solo como la libertad individual, sino como un elemento fundamental para lograr coherencia entre las acciones que se planean para las etapas del ciclo vital y las lecturas de los territorios.

Con estos elementos de estructura y tensión se desarrollaron las acciones del PAB durante las vigencias 2006 y 2007. Ya para la formulación del PAB 2008 encontramos un escenario de nuevo gobierno nacional, que en materia de salud otorga competencias en la Ley 1122 de 2007 a las entidades territoriales, para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y demás compromisos nacionales e internacionales⁴; lo que se empieza a concretar en el Decreto 3039 de 2007, en la Resolución 425 de 2008 y en las demás normas y documentos explicativos, que dan los lineamientos a la realización del Plan de Salud Territorial y, en el caso de Bogotá, al Plan de Salud del Distrito Capital (PSDC).

En este punto se destaca una contradicción entre el enfoque que se venía construyendo en la ciudad y el lineamiento nacional del Plan Nacional de Salud Pública,

4 Ley 1122 de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Congreso de la República, Bogotá, D. C., 2007.

centrado en la promoción de condiciones y estilos de vida saludables y el enfoque de riesgos, bajo una idea limitada de salud como un derecho esencial y colectivo, especialmente de las poblaciones más vulnerables.

Esta contradicción significó para el proceso en curso una doble exigencia. Ajustar una línea de coherencia interna que aún continúa en construcción, y al tiempo responder a unos lineamientos que no favorecen el proceso en su conjunto al poner como referentes otros valores y sentido de las acciones realizadas, lo que terminó por generar un retroceso en varios de los desarrollos obtenidos hasta el momento.

En este sentido, el desarrollo de las acciones PAB 2008 mostró una mayor lógica administrativa en el ordenamiento de los ámbitos, lo que les restó potencia como escenario para la articulación de acciones en coherencia con las necesidades territoriales, llegando a alimentar internamente la imagen de que estos trabajan lo territorial, desprovisto de lo poblacional, reclamo que también se hizo al ejercicio de proyectos de desarrollo de autonomía (PDA), con lo cual se introdujo una tercera lógica: el territorio a través de los ámbitos.

Los PDA y las etapas del ciclo vital inicialmente respondieron a procesos de formulación de políticas distritales; luego, ante la necesidad, recaban información por etapa de ciclo y finalmente se instalan como una lógica para la operación de acciones. Este proceso de ordenamiento por ciclo vital retoma como referentes los elementos del enfoque diferencial y el marco del desarrollo humano.

Durante la ejecución del 2008, la resolución 425 del 2008 planteó el cambio de las acciones del PAB hacia un Plan de Intervenciones Colectivas de Salud (PIC), que:

...incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades a cargo del Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud de alta externalidad, para contribuir al cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y las propias del Plan de Desarrollo del Distrito, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud⁵.

⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0425 de 2008, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Bogotá, D. C., 2008.

Con este lineamiento se formuló el PIC 2008-2009, que mantuvo la lógica previa en términos de abordaje por poblaciones en los territorios representados por los ámbitos, dentro de los cuales se materializaban las acciones de los PDA y las transversalidades, así como el desarrollo de los tres componentes anteriores.

Los desarrollos dados entre 2010 y 2011 mantuvieron esta línea de construcción, siendo más notorio el peso de la lógica del cumplimiento de metas, más allá de la construcción y seguimiento de impactos, dejando en un punto no resuelto la intencionalidad de una mayor articulación de las respuestas orientadas desde la complejidad de las necesidades, donde el trabajo intersectorial coordinado cobra mayor protagonismo.

Ahora bien, esta aproximación es una lectura de conjunto, lo cual no debe llevarnos a ignorar que es posible evidenciar procesos y experiencias aisladas que a pesar de la tendencia institucional, presionada por la línea nacional, nos muestran posibles rutas de un accionar más coherente.

Finalmente, es necesario reconocer que en este proceso existen unas lógicas de poder que permanecen con diversos grados de transformación a lo largo del ejercicio realizado y que en mucho explican las marchas y contramarchas del mismo. Estas lógicas de poder se mueven en diversos planos:

1. **En el plano político**, la existencia de lógicas instituidas que concentran el control y las decisiones en unos, en detrimento de otros. En este sentido, la dinámica existente permite evidenciar tensiones en la relación del nivel central con el nivel local; del profesional con los ciudadanos; de lo institucional con lo social y comunitario. Aquí se hace necesario aunar esfuerzos orientados a democratizar la participación y la decisión en política pública.
2. **En el plano conceptual**, el predominio de un marco hegemónico que concibe la salud, esencialmente como ausencia de enfermedad desde una lógica clínica, positivista y de riesgo, de forma tal que no dialoga con la propuesta impulsada, centrada, como ya se mencionó, en que la salud es más que la ausencia de enfermedad, que se construye socialmente y que, por lo tanto, debe estar ligada ampliamente con los conceptos de autonomía, derecho y calidad de vida. Esta tensión se refleja cotidianamente en toda la dinámica de pensamiento, diseño y operación de la política pública, siendo al tiempo el motor del proceso creativo y de construcción de nuevas experiencias.

3. **En el plano económico**, la distribución de recursos traduce una forma de comprender las acciones en salud pública, priorizando en muchos casos acciones individuales, medicalizadas y de efecto inmediato, restando posibilidades a las acciones orientadas a alimentar los procesos de desarrollo individual y colectivo vinculados con el bienestar y el desarrollo.
4. **La lógica de la Ley 100**, que establece mayores ganancias para las instituciones prestadoras de servicios (IPS) cuando la población requiere servicios de atención de la salud y no de prevención o promoción de la salud.
5. **En el plano institucional**, el predominio de la lógica de aseguramiento implica con frecuencia barreras en la garantía efectiva del derecho, frente a lo cual se han venido diseñando estrategias que buscan disminuir su efecto en el acceso, la integralidad y la calidad de los servicios integrales de promoción, prevención, atención, rehabilitación e integración, como ordenador del proceso más allá del reconocimiento de las necesidades y el derecho.

Así mismo, la debilidad del sector en términos de contar con un operador local que se rige por la lógica de contratos e interventorías otorga a estos dos componentes un peso muy importante para lograr proyectar la intencionalidad de la política, lo que con frecuencia termina siendo una barrera del proceso.

2 Desarrollos conceptuales orientadores del PIC en Bogotá

Desarrollos conceptuales orientadores del PIC en Bogotá

*Autores: Profesionales Dirección de Salud Pública, SDS
Adaptación: Patricia Elena Ramírez Montenegro*

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) comprende un conjunto de acciones que debe desarrollar el Estado para promover la salud y la calidad de vida, así como la prevención y el control de riesgos y daños en salud de alta externalidad, con el fin de contribuir al cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública, así como las propias del Plan de Desarrollo del Distrito, las cuales son complementarias de las acciones de promoción, prevención y atención previstas en los planes obligatorios de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Resolución 425 de 2008).

CONCEPTOS QUE ORIENTAN EL PIC

El postulado conceptual del PIC parte de la perspectiva epistemológica de los determinantes sociales de la salud y del enfoque de derechos que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha asumido mediante la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Este enfoque plantea el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de la población reconociendo el territorio como el espacio donde se reproducen las condiciones de vida que propician la salud, la enfermedad o la muerte.

En un análisis de jerarquías, el enfoque de derechos está en un plano superior: es la perspectiva que da línea y orienta el accionar del PIC, ubica el tema de las personas, de la defensa de los derechos humanos (y dentro de ellos, el derecho a la vida y a la salud). La perspectiva de determinantes sociales de la salud, en segundo plano,

plantea la necesidad de analizar la salud más allá de los servicios asistenciales y de centrar el análisis en aquellos aspectos que determinan las inequidades en las experiencias desiguales de salud y de calidad de vida de las personas en una sociedad.

La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud recoge estas dos propuestas, y al hacerlo plantea comprender y dimensionar toda la complejidad de los determinantes útiles para explicar los problemas que atentan contra la calidad de vida y la salud de las personas y las colectividades. A partir de este análisis, propone definir las estrategias de trabajo que debe desarrollar el sector salud desde sus alcances y desde el trabajo intersectorial, para asegurar la preservación y el desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades y, de esta forma, hacer efectivos los derechos sociales.

El enfoque de derechos

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a los individuos y a los grupos contra acciones y omisiones que interfieren con las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana.

La Constitución Nacional establece que Colombia es un Estado Social de Derecho; por tanto, ratifica los acuerdos y la normatividad internacionales sobre los derechos humanos. Este enfoque reconoce que todos tenemos los mismos derechos, sin discriminación alguna, y que estos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. Su propósito es proteger a las personas de la opresión y del abuso que otros puedan cometer en su contra.

Este enfoque es el centro de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Identifica a los ciudadanos como sujetos de derechos (titulares de derechos) y de aquello a lo que pueden acceder a través de la legislación. Así pues, promueve la capacidad de los sujetos de derechos para reivindicar estos, y subraya la obligación del Estado de cumplirlos a través de acciones dirigidas a su promoción, su protección, su garantía y su restitución.

Entre las principales características de los derechos cabe citar las siguientes:

- Son universales e inalienables de todos los seres humanos.
- Se centran en la dignidad intrínseca y en el valor igual de todos los seres humanos.
- Son iguales, indivisibles e interdependientes.

- No pueden ser suspendidos o retirados.
- Imponen obligaciones de acción y omisión; particularmente, a los Estados y a los agentes de los Estados.
- Han sido garantizados por la comunidad internacional.
- Están protegidos por la Ley.
- Protegen a los individuos y a los grupos poblacionales.

El enfoque de derechos constituye un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano, que tiene como base normativa los estándares internacionales dirigidos a promover, proteger y hacer efectivos esos derechos. Al trabajar con tal enfoque se integran la normativa, los principios y los estándares del Sistema Internacional de Derechos Humanos en su legislación, sus programas, sus planes y su proceso de desarrollo.

El propósito del enfoque es analizar y actuar sobre las desigualdades y las inequidades presentes en el centro de los problemas de desarrollo, y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto del poder, que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo, a partir de la formulación, la implementación y el seguimiento de políticas públicas y programas⁶.

El derecho a la salud fue reconocido como derecho fundamental por la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 del 2008⁷, y ello implica que debe ser universal, accesible a todas las personas, sin discriminaciones excluyentes derivadas de la riqueza, el prestigio o el poder de las personas o de los grupos sociales; según este punto de vista, debe, además, materializarse en enfoques diferenciales que reconozcan las necesidades diversas derivadas del género, las etnias, las culturas, las generaciones y las situaciones de discapacidad, con una perspectiva de equidad e inclusión social⁸.

Cuando se habla del enfoque de derechos en el Plan de Intervenciones Colectivas, se está reconociendo que sus objetivos deben orientarse a que se cumpla el deber de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos; también reconoce que, en tales términos, sus titulares pueden exigir su respeto, su protección y su realización.

6 ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo, Nueva York y Ginebra, 2006.

7 CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia N° T-760 de 2008, Bogotá, D. C., 2008.

8 PERSONERÍA DE MEDELLÍN, OBSERVATORIO DE SALUD POR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. Memorias del Foro Ley 1438 de 2011 y los Indicadores de goce efectivo del derecho a la salud, Bogotá, D. C., 2011.

La perspectiva de los determinantes sociales de la salud

Permite afirmar que la distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno 'natural'. Esto no significa nada diferente de afirmar que las formas de vida cotidiana determinan las condiciones de enfermar y morir, pues son las condiciones sociales donde transcurre la vida las que afectan la salud.

Un elemento crucial de este concepto es la noción de que los determinantes sociales no actúan aisladamente, sino que las interacciones complejas entre dichos factores tienen una repercusión aún más profunda en la salud y en la enfermedad.

El mejor conocimiento de los determinantes debe conducir a identificar los factores que definen la calidad de vida y de salud de las poblaciones y a la construcción de respuestas integrales para conservar la salud de las comunidades, y no solo para solucionar problemas específicos.

Este abordaje debe centrarse en minimizar las brechas de inequidad partiendo de definir la salud con una perspectiva compleja, como producción histórica social más allá de la enfermedad y donde las enfermedades son el resultado de las interacciones sociales, biológicas, culturales, históricas y políticas de los individuos y las colectividades.

Existe un amplio rango de determinantes de la salud que se entrelazan compleja y permanentemente:

1. **Determinantes estructurales:** relacionados con las estructuras geopolíticas y económicas del país y con las políticas nacionales que marcan las formas de distribución de los recursos, las prioridades políticas, las decisiones del Gobierno y las formas de tratamiento de la agenda social.
2. **Determinantes intermedios:** asociados a las condiciones de vida de los grupos poblacionales, entre lo individual y lo familiar, y sus condiciones de producción y consumo no estructurales. Se refiere a características del contexto y de las relaciones que los individuos establecen con él, tales como el acceso y la prestación de servicios, las oportunidades que brinda el medio, las condiciones ambientales, las potencialidades del territorio y las redes y las relaciones comunitarias, entre otros.

- 3- **Determinantes proximales:** relacionados con los estilos de vida y las condiciones individuales. Se refiere a las condiciones individuales y las del entorno más cercanas al individuo, como la estructura psicosocial, el entorno familiar (los comportamientos, los hábitos y los valores) y los aspectos genéticos y físicos de las personas, entre otros.

La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS)

Tal estrategia es una construcción de la Secretaría Distrital de Salud que retoma los referentes desarrollados en Porto Alegre (Brasil, 2001) y por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (Venezuela, 2001). Profundiza en componentes de orden conceptual aplicados a la estructura programática de salud pública y su proyección a servicios mediante la estrategia de atención primaria en salud, así como en el desarrollo de un componente vinculado a la construcción de políticas transectoriales que definen la calidad de vida de los colectivos, y una de cuyas primeras expresiones es el diseño de la política de infancia 2004-2008 del Distrito Capital.

En su propuesta la secretaría recoge el enfoque de determinantes sociales de la salud y busca asegurar la preservación y el desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales⁹.

La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud¹⁰ reconoce la salud como un derecho que resulta de la formulación de políticas públicas universales, integrales y equitativas que promuevan, preserven, recuperen y restituyan la autonomía de las personas en los planos funcional, social y político.

Conceptualmente, se orienta a partir de la definición de tres **elementos sustanciales:** salud, autonomía y necesidades sociales.

- ♦ “La salud significa que las personas se encuentren bien donde viven, accedan a los servicios que necesitan, se desempeñan en las actividades que prefieran y, en consecuencia, alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad, es decir,

9 MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE VENEZUELA. Plan Estratégico Social para el Desarrollo de un Pensamiento Estratégico en las Políticas Públicas por la Calidad de Vida y la Salud. Hacia la universalidad de los derechos sociales con equidad, dentro de una Estrategia de Promoción de Calidad de Vida y Salud, Caracas, 2003.

10 D'ELIA, Yolanda; DE NEGRI, Armando; HUGGINS, Magally y otros. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva del derecho y la equidad, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Agencia de Cooperación Alemana Caracas, 2002.

satisfechos con la realización cotidiana de su proyecto vital y con expresiones diferenciales acordes a las condiciones de género, etnia, clase social, territorio, capacidades y habilidades¹¹.

- ♦ Por otra parte, **la autonomía** se asocia a la libertad que posee cada individuo para desarrollar sus capacidades dentro del marco de las oportunidades que le prodiga la sociedad. Se la entiende como la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida, tanto en lo individual como en lo colectivo, lo cual dependerá, entre otros factores, del acceso a una buena calidad de vida y de la distribución equitativa de oportunidades.

La autonomía, como una perspectiva de desarrollo humano, se entiende como la “capacidad de una persona para desarrollar poder sobre sí misma y en caso de los grupos y colectividades, de la capacidad desarrollada a través de medios materiales y no materiales, para realizar acciones que permitan convertir en actos sus deseos¹²”, que les proporcionen un tipo de vida que tenga razones para valorar. Estas acciones van desde las que permiten autonomía funcional hasta el ejercicio de la participación en la toma de decisiones respecto a los asuntos que compete interpretar para incidir sobre la realidad y dominarla.

El desarrollo pleno de la autonomía tiene relación directa con las dotaciones y las oportunidades que la sociedad y el Estado disponen para que los sujetos se desarrollen: “las capacidades individuales dependen fundamentalmente, entre otras cosas, de los sistemas económicos, sociales y políticos¹³”.

La capacidad de agenciar el desarrollo guarda estrecha relación con el concepto de autonomía, que se puede evidenciar en la capacidad de decidir, de actuar y de lograr cambios. Por ello, revisten especial importancia la promoción, la garantía y la restitución de la autonomía a través de procesos donde los individuos y los grupos sociales participen en la formulación y la implementación de políticas, y decidan sobre las prioridades y los valores en los cuales se basarán estas.

11 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011, Bogotá, D. C., 2008.

12 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ-DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. Lineamientos de Salud Sexual y Reproductiva, Bogotá, D. C., 2008.

13 SEN, Amartya. El desarrollo como libertad, Barcelona, 2000.

Generar autonomía en salud implica suministrar las condiciones apropiadas y suficientes para que los individuos tengan la posibilidad de ejercerla, y se desarrolla en tres planos:

- *Autonomía funcional*: permite un desempeño en el marco de los estándares esperados para la vida productiva y la vida relacional.
 - *Autonomía socioeconómica*: permite contar con las condiciones de vida para el desarrollo pleno de las potencialidades.
 - *Autonomía política*: entendida como una emancipación política capaz de permitir que el sujeto se relacione con los otros dentro del marco de relaciones de justicia, igualdad y democracia, y tome parte activa en las decisiones que le afectan en su vida cotidiana y futura, para así afirmar su condición de sujeto político y, por ende, de sujeto de derechos.
- ◆ Finalmente, como punto de partida en la definición de la responsabilidad pública y social del Estado, se deben identificar las necesidades de la gente, entendidas más allá de las carencias, y se requiere un enfoque que supera la restringida mirada de los mínimos para la supervivencia. En tal sentido, **las necesidades sociales** son asimiladas a derechos; por tanto, su garantía debe ser total y plena.

Las necesidades sociales se definen como todos aquellos ámbitos esenciales para alcanzar individual o colectivamente una plena condición de calidad de vida y salud, y que garantizadas como derechos sociales, deben ser el principal objeto de respuesta por parte de los entes que tienen a su cargo la función pública, respondiendo de manera universal, suficiente, equitativa y permanente a las causas y determinantes que provoquen su negación o defecto, participando la sociedad como actor protagónico en su desarrollo, con poder real para intervenir en las decisiones de manera corresponsable¹⁴.

La configuración de las necesidades sociales en territorios específicos permite trascender la mirada de las instituciones de filtrar las necesidades de la gente de acuerdo con su capacidad de respuesta; es decir, planear únicamente desde su oferta institucional. El abordaje se soporta en la visión de la determinación social de la proble-

14 MINISTERIO DE AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS-UNFPA COLOMBIA, UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA. Enfoque poblacional para revisión y ajuste de Planes de Ordenamiento Territorial. Guía de Aplicación, Bogotá, D. C., 2010.

mática identificada, lo cual exige una mirada transectorial tanto para caracterizar dichas necesidades (problematización de la realidad) como para la construcción de respuestas por parte de las instituciones, a través de alternativas integrales de solución en los territorios definidos.

Las **premisas** de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud incluyen:

- ◆ Agenciar, mantener y desarrollar la autonomía de los sujetos a lo largo de toda su vida.
- ◆ Generar equidad entre los grupos sociales.
- ◆ Construir socialmente la salud y la calidad de vida en espacios públicos.
- ◆ Reconocer las libertades derivadas de la aplicación de los derechos.
- ◆ Desarrollar la institucionalidad orientada, filosófica y operacionalmente, a generar respuestas integrales y comprensivas a las necesidades de la población.
- ◆ Impactar positivamente los determinantes, las exposiciones, los daños y sus consecuencias sociales.
- ◆ Generar resultados sociales con la disminución de los déficits de respuesta, la reducción de las brechas de equidad y la satisfacción de las necesidades sociales.
- ◆ Abordar con un criterio de ciclo vital a los sujetos en los territorios sociales que habitan.
- ◆ El perfeccionamiento de la estrategia requiere la construcción de sentido compartido frente a las acciones por desarrollar. Igualmente incluye como **principios**:
 - La **autonomía**, como referente de construcción que pretende ir más allá de prevenir la enfermedad y la muerte garantizando no solo la vida, sino una vida que valga la pena ser vivida.
 - La **salud como derecho**, ligada con la satisfacción de las necesidades sociales integrales de los sujetos y colectivos en los territorios sociales donde transcurre su vida cotidiana.

- La **universalidad, la integralidad y la 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 función como garante.
- La **exigibilidad del derecho por parte de los sujetos, los grupos y las colectividades**, como expresión de corresponsabilidad social en la garantía de los derechos con la perspectiva del interés común, por lo que la estrategia reivindica la participación social, la organización y la ciudadanía en salud como elementos centrales en todos sus procesos.

En el centro del planteamiento de la EPCVS se ubica la calidad de vida, que se aborda con diferentes gradientes en cinco diferentes **esferas**¹⁵, articuladas entre sí: individual, colectiva, institucional, ambiental y subjetiva.

- ♦ **En lo individual:** la calidad de vida es interpretada desde la *autonomía*; es decir, como la capacidad de cada uno de tomar decisiones sobre sí y por sí mismo, desde los puntos de vista funcional, social, económico y político. Es el ejercicio de la libertad y la autodeterminación de las personas que permite reconocer en cada uno al sujeto actuante que es, con todas las capacidades disponibles.

Así, la autonomía permite el ejercicio de la libertad en relación con las decisiones que los sujetos toman dentro del marco de sus deseos y sus necesidades, con lo cual provocan cambios sobre la propia vida, para llevar de forma efectiva la vida que, consideran, vale la pena vivir. Al mismo tiempo, en el plano colectivo se consolidan los procesos para la participación activa en la toma de las decisiones que afectan a todas las personas en la esfera de lo público.

La promoción de la autonomía significa potenciar la emancipación de los individuos como sujetos de derechos, de tal manera que estos puedan acceder a las garantías consignadas en la Constitución Política y las leyes, para el mantenimiento y el fortalecimiento de la autonomía funcional, social y política.

15 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ, CORPORACIÓN GUILLERMO FERGUSSON. La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud, Dirigido a las servidoras y servidores públicos, p. 33, Bogotá, D. C., 2007.

La recuperación y la restitución de la autonomía se refieren a las acciones para atender las consecuencias de los problemas con una perspectiva integral de estos (sean biológicos, psicológicos o sociales). En este plano la acción debe proyectarse a la coordinación con el conjunto de sectores de la sociedad, así como con los propios afectados, para generar redes sociales. Se trata, así mismo, de la recuperación o la restitución de la autonomía funcional, social o política.

- ♦ **En lo colectivo:** el concepto fundamental es la *equidad*, entendida como la ausencia de desigualdades innecesarias, evitables e injustas; también, como la necesidad de construir respuestas que reconozcan la existencia de diferencias injustas y evitables en términos de oportunidades y posibilidades de ejercer plenamente la autonomía entre grupos, entre los estamentos sociales y los distintos grupos humanos¹⁶.

Al respecto, la Comisión Internacional sobre los Determinantes Sociales de la Salud propone que el concepto de la equidad en materia de salud sea una piedra angular en el marco normativo de la comisión, relacionado con:

- Hacer frente a las desventajas sanitarias en grupos específicos de población.
- Abordar el gradiente sanitario en todo el espectro de las situaciones socioeconómicas.
- Reducir las brechas de salud.
- ♦ **En la esfera institucional:** los conceptos fundamentales son la transectorialidad, la integralidad y la democracia, para buscar la mayor eficacia social posible.

La esfera institucional ubica como referente la construcción de democracia, y en ella adquieren lugar asuntos relevantes, como el rol del Estado en la garantía del derecho y en el ejercicio de la rectoría sanitaria, la construcción de lo público y de las políticas públicas, y los asuntos referidos a la promoción de la participación y la ciudadanía en salud.

La transectorialidad 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

16 Ibid., p. 33.

mismos ciudadanos y ciudadanas puedan expresar, dialogar y tomar decisiones que sean efectivas en tal sentido.

- ♦ **En la esfera *subjetiva*:** se juega la construcción de los imaginarios sociales, que permiten sentirse parte de un colectivo. Esta esfera propone reconocer los imaginarios y las representaciones sociales.
- ♦ **En la esfera *ambiental*:** la calidad de vida se manifiesta en el desarrollo sostenible. Propone 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.

En síntesis, la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud es un concepto integrador de las necesidades humanas que rompe con las concepciones fragmentadas y parciales de la realidad social y desarrolla un enfoque continuo de la vida y de sus determinaciones sociales en todas sus etapas, sus procesos y sus contextos. Propone, igualmente, formas de construcción de respuestas colectivas que trasciendan las políticas centradas en la prestación de servicios y, articula las políticas económicas y sociales en torno a objetivos y metas públicas dirigidas a impactar en la transformación de las condiciones de vida de la gente¹⁷.

Por otra parte, la estrategia se comporta como un paraguas que reorienta el contenido y la dirección de cada uno de los sectores sociales e impacta en el reordenamiento de las acciones generando la convergencia de respuestas dirigidas a combatir todas aquellas causas que comprometan, obstaculicen o provoquen la pérdida de autonomía o de las potencialidades para su desarrollo, y que son evidencia de las debilidades sociales para garantizar el ejercicio de los derechos. Se basa en la equidad, e integra los procesos de educación para la salud, de protección de la vida, de prevención de las enfermedades, de atención curativa, de seguimiento y de rehabilitación; ya no existen acciones promocionales, sino que la promoción se define como una estrategia que se materializa en políticas públicas y ordena todas las acciones a ella vinculadas.

La estrategia reconoce la necesidad de la interacción permanente entre el sector salud y otros sectores del Estado, tanto como el papel de las personas y de las organizaciones sociales en la producción de la salud, y plantea un reordenamiento de

17 D'ELIA, Yolanda; DE NEGRI, Armando; HUGGINS, Magally y otros. Op. cit., p. 2, Caracas, 2002.

todos los procesos de atención y de gestión, tanto sectoriales como transectoriales; tanto institucionales como sociales o comunitarios; tanto curativos como preventivos, educativos, protectores o de rehabilitación; tanto individuales como colectivos. Todo ello, buscando mejorar la calidad de vida de las personas y el ejercicio de la autonomía.

Respecto al proceso metodológico, la EPCVS plantea desplegar sus acciones en cinco **procesos centrales**:

- ♦ **Apropiación de un pensamiento estratégico:** permite la construcción de acuerdos de trabajo en los cuales participan diversos actores y sectores, con el fin de emprender procesos estratégicos tendientes a cambiar las condiciones que afectan de manera negativa la calidad de vida de la población.
- ♦ **Acercamiento a las comunidades del territorio o ámbito de vida cotidiana:** fase de acercamiento y creación de lazos de trabajo colectivo con las personas que habitan el ámbito sujeto de la intervención o pasan parte de su vida cotidiana en él; durante dicha fase también se toma nota de las experiencias, los saberes y las prácticas existentes en el lugar, así como de las expectativas, los intereses y las dudas que se puedan tener frente al proceso.
- ♦ **Lectura compartida de necesidades:** en este punto se observa el territorio tratando de hacer visibles las complejas condiciones que determinan la aparición de problemáticas negativas y las iniquidades para la calidad de vida de la población, con la participación de todos los implicados en el proceso, para que la lectura sea más completa y dé cuenta de lo complejo de la realidad que se pretende interpretar e intervenir.
- ♦ **Construcción de planes de respuesta integral:** por tratarse de planes que pretenden responder a una lectura compleja y crítica de la realidad, es necesario abordar los problemas identificados de manera integral, para así tratar de afectar los factores determinantes gestionando y convocando la participación de múltiples actores y sectores en torno a una agenda compartida que guíe la implementación de las respuestas.
- ♦ **Seguimiento y monitoreo:** la producción de información útil para evaluar el impacto de los procesos desarrollados es el objetivo central de esta fase. Aquí se establece una distinción entre los datos, generalmente cuantitativos, que se

presentan descontextualizados de la realidad que los produce, y la información, que tiene el papel de explicar las condiciones sociales donde se origina el dato, y de guiar el monitoreo crítico, que debe, a su vez, dirigirse a ajustar los procesos y las intervenciones en el territorio.

En congruencia con el enfoque de la EPCVS, dos vías orientaron el sector salud: la atención primaria en salud y la gestión social integral, que posibilitan la acción intersectorial y el abordaje desde los determinantes sociales.

Estrategia de atención primaria en salud renovada

El concepto de atención primaria como estrategia en salud se entiende y se aplica en el mundo de diversas maneras, y ha evolucionado a través del tiempo; progresivamente, su enfoque se ha ido ampliando al reconocimiento de la incidencia de los determinantes más amplios de la salud y las necesidades de interacción con otros actores y sectores para dar respuesta a las responsabilidades que trascienden el sector salud¹⁸.

Aunque, en esencia, la estrategia de atención primaria sigue siendo la misma de la Declaración de Alma-Ata¹⁹, la renovada involucra el conjunto del sistema de salud; es decir, la totalidad de sus estructuras, sus procesos y sus relaciones, y reconoce, para su desarrollo, el contexto donde se circunscribe y la necesidad de centrarse en las personas para planificar y definir acciones.

Adicionalmente, el enfoque renovado es visto como una condición esencial para la promoción de la equidad en salud y el desarrollo humano, en la medida en que concibe la salud como un derecho y se centra en las causas fundamentales de esta, lo cual implica abordar todos los determinantes de salud, incluyendo aquellos por fuera del alcance de la atención de salud, a partir del trabajo intersectorial y superando las deficiencias más comunes de los sistemas de salud, entre las cuales se incluyen la atención fragmentada y centrada en servicios curativos de mayor costo y las barreras de acceso.

18 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas, Washington D. C., 2007.

19 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinada por la URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma-Ata, que subraya la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos, y de la que resultó el lema "Salud para Todos en el año 2000".

Así las cosas, organizar y operar el sistema de salud de Bogotá a partir de la APS renovada facilita, dentro de una visión de sostenibilidad y solidaridad, el ejercicio del derecho a la salud de todos los pobladores del Distrito Capital.

Estrategia de Gestión Social Integral (GSI)

Es una estrategia implementada por el Gobierno Distrital, la cual persigue la articulación del trabajo entre los actores comunitarios y las instituciones para el desarrollo de los territorios sociales de la ciudad. Establece la relación entre dos grandes conceptos: desarrollo local y participación ciudadana, un proceso en doble vía que supere los límites entre la comunidad y la institucionalidad, para adelantar respuestas colectivas con una perspectiva de solidaridad.

Según como la define el artículo 6 del Plan de Desarrollo Distrital 2008-2012, la Gestión Social Integral es: "la estrategia para la implementación de la política social en el Distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone de presente el protagonismo de la población en los territorios"²⁰.

Tal estrategia, basada en tres ejes de acción, se desarrolla a través de cinco componentes. Se tienen como ejes de acción: la construcción transectorial desde el Estado y desde la sociedad civil, la integración estatal y privada desde el interés de lo público, y el control social y la exigibilidad de los derechos que debe ejercer la sociedad civil; y como componentes: el abordaje de poblaciones en los territorios sociales, el trabajo transectorial, la participación social, el desarrollo de capacidades y la construcción de presupuestos con participación social.

A diciembre de 2011, en conjunto con las instituciones y la comunidad, se definieron 88 territorios sociales de GSI, que incluyen la totalidad del Distrito Capital, y que en la mayoría de casos corresponden a la integración de una o varias Unidades de Planeación Zonal (UPZ)²¹; y en el centro de todos los territorios, sus actores sociales y comunitarios.

20 CONCEJO DE BOGOTÁ. Plan de Desarrollo Distrital "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor", por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008-2012.

21 Por decisión del equipo de trabajo local en Antonio Nariño y La Candelaria, solo en estas dos localidades los territorios de GSI no se corresponden con la división política de UPZ. Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Distrital de Integración Social y Hospital del Sur. Informe de balance de GSI. Bogotá, D. C., 2011.

El enfoque poblacional

El enfoque poblacional es una orientación analítica de las intervenciones del PIC, que reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integridad, en los contextos social, cultural, económico y político de los grupos e individuos.

Este enfoque centra su énfasis en las personas, con sus características relacionadas, en cada una de las etapas del ciclo de vida-generación (niñez, juventud, adultez y vejez); procesos de identidad-diversidad (etnia, sexo, identidad de género, orientación sexual, campesinado); condiciones y situaciones (ejercicio de la prostitución, desplazamiento forzado, habitabilidad de calle, discapacidad, privación de la libertad, conflicto armado, grupos en reinserción); y género, como una categoría transversal.

Según lo expuesto, el enfoque poblacional reconoce la diversidad del ser humano como centro de sus vivencias particulares y colectivas, y orienta las políticas y las acciones que se formulen y se desarrollen desde los distintos sectores e instituciones para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Con esta perspectiva, la población²² es entendida como conjunto orgánico de sujetos que interactúan entre sí y con el territorio para su reproducción biológica y social. El concepto de población humana se refiere a un conjunto de sujetos vivos, cuya actividad, necesariamente, crea y recrea de forma permanente el territorio en función de sus necesidades biológicas, socioculturales y políticas, al tiempo que se transforma por las condiciones que le impone el territorio²³: cada población constituye una unidad con identidad propia, de características propias y diferentes de la suma de las características de los individuos que la componen²⁴. A estas características del colectivo poblacional se las denomina *características demográficas*.

Desde este enfoque, se entiende el territorio como el producto histórico y social articulado al ecosistema, donde se dan intercambios simbólicos y culturales, acti-

22 El término población, en genérico, hace referencia a la "vida" natural, animal, humana. En este documento población será aplicado solamente a la población humana.

23 MINISTERIO DE AMBIENTE, VIVIENDA Y DESARROLLO TERRITORIAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS-UNFPA COLOMBIA, UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA. Op. cit., Bogotá, D. C., 2010.

24 FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS-UNFPA COLOMBIA, UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA. Guía para el análisis demográfico local. Herramientas para incluir el enfoque poblacional en los procesos de planeación del desarrollo integral, Bogotá, D. C., 2009.

vidades transformadoras y prácticas de producción y de consumo que determinan la construcción de subjetividades. Los resultados de la interrelación entre territorio y población se manifiestan en las poblaciones a través de las características propias que el territorio les imprime a las poblaciones desde sus potencialidades o sus limitaciones, de modo que les permiten generar, o no, condiciones de vida a las personas para aportar a los procesos de desarrollo integral de sí mismos y de las comunidades.

Esta forma de entender el territorio permite reconocer las características endógenas de las comunidades en los diferentes territorios y propone entender, desde una mirada compleja, la forma como "actúa a nivel político, psico-sociocultural, económico y ambiental de un territorio a partir de sus actores sociales, para lograr mayor sostenibilidad, productividad y equidad en su desarrollo"²⁵.

El territorio y las poblaciones se deben abordar desde el mismo plano: la una es condición para que se dé la otra, pues no hay población humana sin territorio ni territorio sin población humana. En este contexto se propone el sentido de la población más allá de la reproducción biológica, hacia la búsqueda de la felicidad y la vida.

Entender a la población implica estudiarla desde diferentes puntos de vista: demográfico, social, cultural, antropológico, histórico, biológico, geográfico, psicológico, económico, político, ocupacional, entre otros.

En este sentido, es importante enfatizar que existen poblaciones cuyas características generan inequidades existentes en la realidad, y, por ende, ameritan atención y garantías para la protección y la restitución de sus derechos humanos individuales y colectivos. Dichos aspectos se encuentran amparados por la normatividad internacional, a través de los principios rectores de la Organización de las Naciones Unidas, la cual ha propuesto el concepto de enfoque diferencial como un método de análisis que identifica las características poblacionales ya descritas para el diseño de políticas, programas y proyectos que disminuyan las brechas de inequidad.

25 COUTO ROSA, Sueli. Desarrollo humano y desarrollo local. La dimensión de lo político y de lo social en el desarrollo humano local, Escuela Virtual Desarrollo Humano, PNUD, Bogotá, D. C., 2001.

Principios orientadores del enfoque poblacional

1. Reconocimiento de diferencias y diversidades

El reconocimiento es una forma de proteger la integralidad de las personas de tres formas, independientes entre sí:

- Reconociendo al ser humano como un individuo cuyas necesidades y deseos tienen para otra persona un valor único.
- Reconociéndolo como una persona que tiene la misma capacidad de discernimiento que todas las demás.
- Aceptándolo como una persona cuyas capacidades tienen valor constitutivo para una comunidad²⁶.

Los individuos o los grupos sociales deben ver su ‘diferencia’ reconocida o respetada. La falta de reconocimiento (por una herida física, el color de la piel, la identidad de país...) se convierte en una injusticia cuando la persona implicada recibe el efecto de una acción mediante la cual se encuentra menospreciada adrede en un aspecto esencial de su bienestar²⁷.

El desconocimiento de las diferencias y de las diversidades se manifiesta en relaciones de poder que se dan entre los grupos sociales y se expresa en inequidades o desigualdades. En tanto, el enfoque diferencial:

- Actúa sobre el efecto desproporcionado que la violencia y la discriminación tienen entre algunos grupos; permite dar una respuesta integral que vea por sus necesidades particulares.
- Permite reconocer las múltiples vulnerabilidades y discriminaciones que enfrentan niños, niñas, mujeres, indígenas, afrodescendientes, personas privadas de la libertad, personas en ejercicio de la prostitución, personas LGBTI y habitantes de las calles.
- Facilita el desarrollo de programas que partan de entender las características, las problemáticas, las necesidades, los intereses y las interpretaciones particulares que tengan las poblaciones, y que redunde en una adecuación

26 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD-DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. Lineamiento Enfoque Poblacional, Bogotá, D. C., 2011.

27 *Ibíd.*, Bogotá, D. C., 2011.

de las modalidades de atención a estas, y así permitan la integralidad de la respuesta estatal.

- Permite el reconocimiento, la restitución y la garantía de los derechos de poblaciones que tradicional e históricamente han sido vulneradas, marginalizadas y discriminadas.
- Permite realizar acciones positivas que no solo disminuyen las condiciones de discriminación, sino que también apuntan a modificar condiciones sociales y culturales estructurales.

2. La equidad

La necesidad de construir respuestas que reconozcan la existencia de diferencias injustas y evitables, en términos de oportunidades y posibilidades de ejercer plenamente la autonomía entre grupos, estamentos sociales y los distintos grupos humanos (superación de inequidades en cuanto a clase social, género, etnias, identidades de géneros, raza, territorios, orientaciones sexuales).

3. La justicia social-la inclusión social

Es la capacidad del Estado y de la sociedad para generar las condiciones de desarrollo social que permitan a los ciudadanos y las ciudadanas ser parte de una colectividad y de una organización social que garantice sus derechos de forma integral. Al mismo tiempo, la inclusión supone el ejercicio de una ciudadanía activa, donde los sujetos establecen vínculos vitales consigo mismos y con los demás seres humanos, con el propósito de participar en todos los aspectos de la vida social y en reconocimiento de la diversidad y de la diferencia. La inclusión social implica, así, el desarrollo de estrategias con el fin de generar las condiciones para el ejercicio de los derechos de todos y todas.

4. Interculturalidad

Se refiere a la interacción de dos o más culturas, de manera horizontal y sinérgica, promoviendo el respeto por la diversidad cultural y la correspondencia entre los derechos humanos, tanto colectivos como particulares.

Al respecto, la Corte Constitucional se ha pronunciado en varios fallos sobre el derecho a la identidad como derivado de la diversidad, e invitado a que se construyan y se implementen procesos o acciones que propicien el ejercicio de la auto-

mía, el libre desarrollo de la personalidad, la participación y procesos que apunten a mejores condiciones de vida de las poblaciones, en términos de respeto por las diferencias, las particularidades, la diversidad y la identidad.

Categorías relacionales dentro del enfoque poblacional

1. Ciclo vital-generación

El ciclo vital se explica como el tránsito de la vida desde la gestación hasta la muerte. Es un proceso completo, interdependiente y multidimensional, donde se reconocen cuatro dimensiones: desarrollo físico, desarrollo cognoscitivo, desarrollo emocional y desarrollo social, que se encuentran en permanente cambio y adaptación a las transformaciones del medio. Su estudio es interdisciplinario.

Para comprender el desarrollo de las personas se deben tener en cuenta la edad (que responde tanto a relojes biológicos²⁸ como a relojes sociales²⁹) y los contextos social, político, cultural, histórico y económico.

Desde el enfoque promocional de calidad de vida, el desarrollo de la salud va por el itinerario del ciclo vital, y posibilita a la persona pensar en su ciclo vital y en cómo afecta la inequidad, por ser en el sujeto donde se expresan las determinaciones sociales de la calidad de vida y salud³⁰.

El ciclo vital, tanto individual como familiar, parte de reconocer que existen exposiciones y fragilidades diferenciales, según la etapa individual y familiar donde se encuentre la persona y el contexto social donde se desarrolla. Las personas, en las diferentes etapas del ciclo vital, viven y construyen relaciones sociales en espacios o ámbitos donde transcurre la vida cotidiana, y es en estos territorios sociales donde se construyen conjuntamente respuestas de acuerdo con las necesidades individuales y colectivas.

28 Los relojes biológicos, o tiempo de vida, dan cuenta de una serie de cambios ordenados desde la concepción hasta la muerte, e implícitos en el proceso de desarrollo y envejecimiento; la edad cronológica como indicador de cambio.

29 Los relojes sociales, o tiempo social, hacen referencia a las construcciones sociales frente a la manera como se asumen y se entienden las edades en distintas cosmovisiones, imaginarios o realidades colectivas, e imprime características que hacen a las personas asumir papeles, ocupaciones, comportamientos.

30 DE NEGRI, Armando. Conferencia: La participación y el enfoque promocional de calidad de vida y salud. 28 de agosto de 2004. Bogotá, D. C.

Este contexto marca a las generaciones, entendida la generación como la herencia cultural acumulada que sugiere múltiples aspectos relacionados con la demografía, la economía, las ideologías políticas y las construcciones de estéticas de grupos de personas que viven en tiempos y espacios determinados. Algunos autores clasifican las generaciones según políticas, acontecimientos (hitos históricos) nacionales e internacionales que suceden durante la vida de las personas.

Un elemento que aporta a la comprensión de las generaciones es el abordaje que se realiza desde la demografía, donde el análisis de procesos de transición demográfica (cambio en las tasas de mortalidad y de natalidad) y de los procesos de urbanización explican, también, cambios en las dinámicas sociales que caracterizan a las actuales generaciones: el descenso en la natalidad, por los procesos de masificación en la planificación familiar; el cambio de roles entre los hombres y las mujeres; la inserción de la mujer en distintos escenarios laborales; familias pequeñas y unipersonales.

Ni el ciclo vital ni la generación están determinados por un lapso específico de años. Para facilitar su abordaje y su definición, la Secretaría Distrital de Salud definió una desagregación por etapas:

- ◆ **Niñez y adolescencia:** niñez que inicia desde la gestación³¹ y va hasta los 12 años de edad; adolescencia, como etapa del ciclo vital que va desde los 13 hasta los 18 años.
- ◆ **Juventud:** la cual, desde el punto de vista etario, y en coherencia con la Política Distrital de Juventud 2006-2016, comprende a todas aquellas personas que se encuentran entre los 14 y los 26 años de edad.
- ◆ **Adulthood:** que cubre las edades comprendidas entre los 27 y los 59 años de edad, y, a su vez, se divide en dos subetapas: adultez joven, comprendida entre los 27 y los 44 años, y adultez madura, entre los 45 y los 59 años.
- ◆ **Vejez:** definida, de acuerdo con la Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010-2025, como el último de los momentos

31 Gestación: definida como el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y el desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos y morfológicos inclusive, que se producen en la mujer, encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

del ciclo de la vida, y que comienza alrededor de los 60 años y termina con la muerte.

La perspectiva de ciclo vital permite, para el abordaje de la calidad de vida y la salud, entender a la persona en su integridad, incluyendo³²:

- Lo que necesita en un momento dado para el desarrollo adecuado en el momento actual, pero pensando también en las etapas previas y posteriores de su vida.
- Los eventos que amenazan su salud, de acuerdo con los análisis de situación de salud y perfiles de morbilidad, discapacidad y mortalidad.
- Aspectos sociales, culturales y biológicos que cambian a medida que la persona se desarrolla (y, por tanto, reúne maduración, crecimiento y desarrollo).
- Territorios y ámbitos de socialización como la escuela, la universidad y el trabajo, dentro de la visión de salud.
- La reducción del número de oportunidades perdidas por el fraccionamiento que produce el enfoque de programas y proyectos.
- Evaluar actividades por coberturas a grupos poblacionales.

2. Identidad-diversidad

La identidad está ligada a *grupos a los que las personas consideran pertenecer, o a los que los demás estiman que pertenecen*. Para algunas personas su relación con otras, con su profesión o con sus orígenes, o su pertenencia a un grupo social más amplio, pueden ser consideradas como un componente de su identidad³³.

Desde el enfoque poblacional la identidad se entiende como el sentido de pertenencia que tiene una persona o un colectivo en relación con valores, tradiciones, creencias, comportamientos, actitudes, prácticas, ideologías políticas, vivencias, clases sociales, etnias, identidades de género, orientaciones sexuales, situaciones o condiciones que hacen de él o de ella un ser único y diverso.

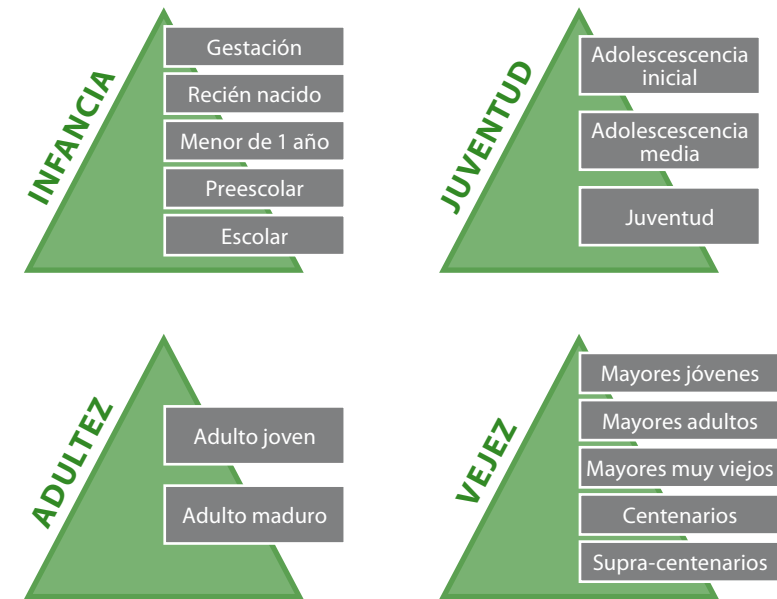
Como proceso subjetivo, la identidad se construye y se deconstruye constantemente en la cotidianidad, en los espacios de vida, está en constante proceso de construcción, es dinámica, no es estática; se construye desde lo particular y desde lo colec-

32 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Plan de Salud del Distrito Capital, Bogotá, D. C., 2008.

33 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD-DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. Lineamiento Enfoque Poblacional, Bogotá, D. C., 2011.

tivo, se produce o es el resultado de las interrelaciones, las interafectaciones y las interdependencias que se dan desde las personas, consigo mismo y con otros y otras.

Figura 1. Etapas del ciclo vital propuestas



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Plan de Salud del Distrito Capital, Bogotá, D. C., 2008

La diversidad (del latín *diversitas*) hace alusión a la diferencia, la variedad, la abundancia de cosas distintas, lo heterogéneo, y lleva implícito el reconocimiento de lo particular dentro de lo universal, de cómo se construye y se vivencian esas particularidades como resultado de las interacciones desde lo colectivo. Entendida así, se abarcan tres niveles de categorización: etnia, identidad de género y orientaciones sexuales, y campesinado.

- ♦ **Etnia:** un conglomerado social capaz de reproducirse a sí mismo biológica y socialmente, con formación social histórica y perdurable, con patrimonio cultural tangible e intangible, que reconoce un origen común y mantiene una

identidad común, forma un ‘nosotros’ distinto de los ‘otros’ y comparte rasgos culturales como la lengua³⁴.

Los grupos étnicos se rigen por sus propias formas de gobierno y establecen estrategias para su desarrollo. En Bogotá conviven los siguientes grupos poblacionales y se los reconoce como etnias: afrodescendientes, raizales, indígenas, y rom-gitanos.

- ♦ **Identidad de género y orientaciones sexuales:** categoría de análisis de los fenómenos sociales y de operación de las acciones, que busca la equidad de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género consideradas como ‘no normativas’ (población históricamente discriminada), en términos de igualdad de oportunidades, frente al acceso, el uso y el disfrute de los bienes y los servicios de la sociedad.

La perspectiva tiene las siguientes variables:

- **Sexo:** hace referencia a las características anatómicas y fisiológicas que definen a cada cual como hombre, mujer o persona intersexual. El sexo es entendido también como una construcción sociocultural donde intervienen diversos aspectos (sexo cromosómico, sexo genital, sexo psicológico, sexo endocrino).
- **Estados intersexuales o intersexualidad:** término utilizado para aludir a la presencia simultánea de estructuras anatómicas genitales de hombre y mujer, en una misma persona. Aunque no solo tiene que ver con la genitalidad externa, pues se presenta también ante el evento de que existe una discordancia entre las distintas dimensiones biológicas del sexo (fenotípico, gonadal, cromosómico, endocrinológico, psicológico). No siempre los estados intersexuales generan ambigüedad genital en la niña o el niño (hermafroditismo).
- **Orientación sexual:** hace referencia al deseo, a la atracción emocional, a la afectividad, al erotismo, al placer o a la relación desde la genitalidad

34 BONFIL, Guillermo. "La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos", Revista Papelea de la Casa Chata, Año 2, 26, 1987. Citado en documento de la Línea de investigación: Etnia y Salud, Arias, María Mercedes, Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.

que se siente o se establece entre personas del mismo sexo (homosexualidad), personas de ambos sexos (bisexualidad) o personas del sexo opuesto (heterosexualidad).

- **Identidad de género:** vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, y que puede o no corresponder con el sexo asignado al momento de nacer. La identidad de género incluye la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones del género, como la vestimenta, los modos de comportamientos, el habla y la interacción.

Dentro de las identidades de géneros se encuentran las feminidades, las masculinidades y lo transgénero. Se habla de ‘personas transgeneristas’ para referirse a los tránsitos o modificaciones que una persona hace entre identidades de género en un momento particular de su vida o a lo largo de ella. Dichos tránsitos no necesariamente implican cambios en la orientación sexual de la persona.

- ♦ **Campesinado:** definido como un modo de vida; es decir, un complejo interactivo entre la naturaleza, trabajo y sociedad, característicamente rural³⁵; es “un modo de vida, un complejo de organización formal, comportamiento individual y actitudes sociales, estrechamente unidos entre sí para el propósito de labrar la tierra con herramientas simples y trabajo humano”³⁶, en unidades de producción familiares, donde las familias campesinas viven en comunidades con un fuerte sentido de solidaridad de grupo.

3. Condición o situación

Son las características extrínsecas a las personas que se manifiestan en ellas mismas. Incluye los componentes que rodean a las personas, y que pueden ser de carácter interno o externo.

Las condiciones son aquellas características que no son susceptibles de cambio y tienen como particularidad la permanencia en el tiempo (una limitación física, por ejemplo). Las situaciones son aquellas susceptibles de cambio y de carácter temporal: desplazamiento, discapacidad, ser o no habitante de calle, privación de la liber-

35 DOMÍNGUEZ MARTÍN, Rafael. "Caracterizando al campesinado y la economía campesina: Pluriactividad y dependencia del mercado como nuevos atributos de la *campesinidad*", Agricultura y sociedad. No. 66, Enero-Marzo de 1993, pp. 97-136.

36 DOMÍNGUEZ MARTÍN, Rafael, *Ibid.*

tad, ejercicio de la prostitución, desmovilización del conflicto armado o reinserción social, entre otras.

- ♦ **Desplazamiento:** se refiere a toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional y a abandonar su lugar de residencia y sus actividades económicas habituales porque su vida, su integridad física, su seguridad o su libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas por razones del conflicto armado interno, disturbios y tensiones, violencia generalizada, violaciones masivas de los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias que pueden alterar, o alteren, el orden público (artículo 1º, Ley 387 de 1997).

En la Sentencia T-025 de 2004 la Corte Constitucional declaró la existencia de un “estado de cosas inconstitucional” en el campo del desplazamiento forzado en el país, e impartió varias órdenes complejas, encaminadas a asegurar su superación y a avanzar hacia la garantía del goce efectivo de los derechos fundamentales de los desplazados. Las personas desplazadas por el conflicto armado, dadas las circunstancias que rodean el desplazamiento, “quedan expuestas a un nivel mucho mayor de vulnerabilidad, que implica una violación grave, masiva y sistemática de sus derechos fundamentales y, por lo mismo, amerita el otorgamiento de una especial atención por las autoridades”.

- ♦ **Habitabilidad de calle:** hace referencia a la situación que presenta un grupo de personas que, sin distinción de edad, género, raza o estado civil, viven en la calle, bien sea de forma predominante o por períodos prolongados, y establecen con ella una estrecha relación de pertenencia e identidad, hasta el punto de hacer de la vida de la calle una opción temporal o permanente, en condiciones de racionalidad y dinámica sociocultural que es propia del mencionado grupo³⁷.

Generalmente, quien habita la calle ha roto de forma definitiva los vínculos con su familia, y hace de la calle su espacio permanente de vida, construye su vida cotidiana mediada por las formas desde las cuales logra satisfacer sus necesidades básicas. Tiene altos niveles de consumo de sustancias psicoactivas, inventa formas de comunicación y de relacionamiento propias, se identifica con territorios que le está permitido gobernar y crea medios y formas para resolver sus problemas, incluyendo códigos distintos de las normas sociales predominantes.

37 RUIZ, J. Gamines, instituciones y cultura de calle, Ediciones Extramuros, Santa Fe de Bogotá, 1998.

El habitante de la calle tiene formas y estrategias de sobrevivencia desde estructuras y rutinas con las cuales logra resolver el diario vivir, y hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, que alterna con la casa, la escuela y el trabajo en la calle. La niñez se incluye dentro de esta categoría cuando pasan seis o más horas del día en la calle.

- ♦ **Discapacidad:** “Concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias³⁸ y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones”³⁹.

El concepto de discapacidad hace referencia a una condición y una situación que convocan al diálogo persona-entorno con la interacción de componentes corporales, emocionales, de pensamiento, de comunicación y de relaciones sociales que se potencian o se limitan según las oportunidades que el contexto ofrezca.

Al concebir la discapacidad como una condición dada por la interacción recíproca entre el entorno y la persona, el centro del “problema” cambia de ser un déficit del individuo a la relación entre el funcionamiento de la persona y el entorno. Con esta perspectiva, se reconoce que la discapacidad incluye a personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, las cuales, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

4. Perspectiva de género

El enfoque poblacional incluye, igualmente, la perspectiva de género⁴⁰. Analíticamente, no demográficamente, la categoría género se centra en hacer visible cómo mujeres y hombres se posicionan en el mundo en lugares e historias diferentes que facilitan o dificultan determinadas acciones y valoraciones de sus capacidades, sus derechos y sus deberes. Busca contribuir a la igualdad de género frente al estado de

38 Las deficiencias son problemas en las funciones o en las estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. CIF, 2001.

39 ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006.

40 Entendida como una forma de análisis e intervención que permite ver y abordar a las poblaciones por unas características específicas relacionadas con la deuda social y la vulneración de sus derechos.

salud especializando la atención diferencial acorde con factores determinantes que promuevan la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres⁴¹.

Así, considerando que existen disparidades sistemáticas entre la salud de las mujeres y la de los hombres, y que estas no son consecuencia de las características biológicas de cada sexo, sino del lugar diferente que ocupan las mujeres y los hombres en la sociedad (es decir, del género), esta perspectiva posibilita evidenciar las injusticias y las inequidades que se derivan de patrones sociales y culturales, atendiendo con particular énfasis a las limitaciones de las mujeres frente al ejercicio de su autonomía, por ser ellas sobre quienes reposan dichas condiciones de inequidad⁴².

La perspectiva de género revela las diferentes asignaciones sociales que han delimitado espacios, comportamientos y una valoración jerárquica y no igualitaria de los escenarios y los papeles que en ellos se desempeñan, lo cual, indefectiblemente, ha devenido en prácticas de discriminación y subordinación evidentes en el cuerpo de las mujeres. Al tiempo que se identifican y se analizan de manera diferenciada todas aquellas causas que comprometen, obstaculizan o provocan la pérdida de la autonomía y de las potencialidades de desarrollo para las mujeres, se evidencian las debilidades sociales para garantizar el ejercicio de sus derechos, dada la inmensa brecha históricamente abierta hacia ellas. Lo anterior posiciona, por ende, la igualdad de oportunidades como una meta.

En Bogotá, incorporar sectorialmente el enfoque de género⁴³ a la política pública para las mujeres y la equidad de género se asume como factor de centralidad e integralidad de los derechos humanos de las mujeres, teniendo en cuenta que estos son indivisibles, universales e interdependientes, y que su titularidad recae sobre las mujeres, como personas y ciudadanas. También se configura como elemento orientador desde el cual se visibilizan las diferentes formas de desigualdad que enfrentan

41 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Política de Igualdad de Género, 2005.

42 Equidad no es lo mismo que igualdad; y, de modo similar, no toda desigualdad es considerada como inequidad. La noción de inequidad desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS), utilizada en el informe de equidad de género en salud (dentro del marco del programa Mujer, Salud y Desarrollo) es la de "desigualdades innecesarias y evitables y, además, injustas". Así, la igualdad es un concepto empírico y la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado a principios de justicia social y derechos humanos.

43 Institucionalizada en la Subsecretaría de Mujer, Géneros y Diversidad Sexual, Dirección de Derechos, Desarrollo e Igualdad de Oportunidades, de la Secretaría Distrital de Planeación, desde 2007, y vigente a partir del Decreto 166 de 2010. Cabe aclarar que, de manera explícita, en esta se posicionan como categorías el enfoque de derechos y el enfoque de género, pero para este documento se lo ha adaptado en términos de perspectiva, en tanto su transversalización dentro del marco del enfoque poblacional.

las mujeres (partiendo de diferencias biológicas o sexuales), y que se constituyen en construcciones sociales en torno a las cuales se han estructurado relaciones de poder de subordinación y subvaloración.

En el ámbito de la salud, comprender los patrones de género establecidos por las sociedades implica ver las diferencias en las asignaciones de poder en la cotidianidad, que se identifican en el impacto negativo en la vida de las mujeres, como las limitaciones y las barreras de acceso frente a la interrupción voluntaria del embarazo, el impacto de los estereotipos de género en el conflicto armado (donde las mujeres son las principales víctimas) y la triple jornada para las mujeres, entre otros.

Y ese impacto negativo se visualiza en aspectos de la inequidad tales como la feminización de la pobreza, las violencias contra las mujeres, las altas tasas de mortalidad materna, el impacto del embarazo en la vida y el desarrollo humano de las adolescentes, la desigualdad de oportunidades reflejada en trabajo e ingresos menores para las mujeres, el menor acceso a la educación y la participación política, entre otros.

Pero posicionar la equidad de género en salud no se reduce exclusivamente a pensar el género como la categoría semántica que posiciona a hombres y mujeres en un mismo territorio. Esta categoría permite relacionar evidencias históricas que aportan a un problema estructural de las sociedades en lo contemporáneo: la cultura patriarcal desarrollada desde Occidente prioriza el poder como propio de los sujetos masculinos.

Dicha asignación de poder termina por derivar en una serie de situaciones y afectaciones específicas, que quienes se inscriben en la categoría sujeto femenino asumen, también "por defecto"; particularidades y discriminaciones que son evidentes en la vida diaria. En resumen, muestra la relación indiscutible entre el rol asignado a las mujeres y un conjunto de desigualdades que les impiden su plena realización y su participación en el bienestar⁴⁴.

Al ubicar de forma transversal el género como categoría en el marco del enfoque poblacional, es indispensable aclarar que el análisis de las condiciones de vida de las mujeres en Bogotá y en Colombia con dicha perspectiva implica que las mujeres

44 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Política Pública de Mujer y Género, ABC de la Política Pública de Mujer y Género. Bogotá, D. C., 2004.

no son una población. Son en sí transversales y constitutivas de los denominados grupos poblacionales que en este documento se han enunciado.

En consecuencia, el proceso de incorporación de la perspectiva de género parte del reconocimiento de las diferencias y las inequidades históricamente construidas, para hacer de los matices, las particularidades, las experiencias y las relaciones entre mujeres y hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las políticas públicas.

PRIORIDADES EN SALUD PÚBLICA: LOS PROYECTOS DE DESARROLLO DE AUTONOMÍA (PDA) Y LAS TRANSVERSALIDADES

Los proyectos de desarrollo de autonomía y las transversalidades son un conjunto de elementos de carácter estratégico (políticos, territoriales, comunicacionales, informativos, económicos, institucionales y legales), los cuales recogen lo que en otros espacios o en el Ministerio de Salud se denomina programas, pero con una visión más amplia en su análisis y su desarrollo, orientados a la atención integral de todas aquellas circunstancias que signifiquen pérdida o limitaciones de la autonomía, y a modificar los determinantes que impiden el pleno disfrute de cada uno de los derechos.

A raíz del análisis de los PDA y de las transversalidades deben implementarse intervenciones que permitan enfrentar los problemas que atenten contra el desarrollo de la autonomía a lo largo del ciclo de vida, así como resultados para aumentar las capacidades individuales y colectivas de forma diferencial, según el ciclo de vida, el género, el territorio social, la etnia y la clase social.

La Secretaría Distrital de Salud decidió denominar **proyectos de desarrollo de autonomía** aquellos que tienen un alto componente de responsabilidad por parte del sector: enfermedades transmisibles y zoonosis, salud sexual y reproductiva, salud mental, condiciones crónicas y salud oral.

A los proyectos que tienen más componentes intersectoriales y una mayor responsabilidad de acción en otros sectores se les denomina **transversalidades estructurales**: ambiente, trabajo, actividad física, discapacidad y seguridad alimentaria. Estas

transversalidades se diferencian de las denominadas transversalidades de equidad en el hecho de que corresponden a enfoques y perspectivas poblacionales: género, etnia y desplazamiento.

La SDS propuso que el análisis de los PDA y las transversalidades rompan con la manera tradicional de trabajar por “programas”, que buscan administrar capacidades y recursos disponibles en función de demandas y solo abordan los problemas de manera parcial. Este análisis busca visibilizar los núcleos esenciales de intervención en cada uno de los procesos de planificación y en la formulación de políticas y acciones para dar respuestas integrales a los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de las comunidades.

Para la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá los PDA son⁴⁵:

- Enfermedades Transmisibles y Zoonosis.
- Salud Sexual y Reproductiva.
- Salud Mental.
- Condiciones Crónicas.
- Salud Oral.

Las transversalidades estructurales comprenden:

- Ambiente.
- Trabajo.
- Actividad Física.
- Discapacidad.
- Seguridad Alimentaria.

Las transversalidades de equidad son:

- Género-LGBTI (lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales).
- Género-mujer.
- Etnia.
- Desplazamiento.

⁴⁵ Se debe tener en cuenta que estas agregaciones las hizo la SDS con base en el criterio de mayor responsabilidad en los procesos, lo cual quiere decir que es una clasificación susceptible de estar sujeta a cambios.

Se presenta a continuación una breve reseña de algunos de los PDA y las transversalidades enumerados.

Proyecto de desarrollo de autonomía salud sexual y reproductiva (PDA-SSR)

El PDA en salud sexual y reproductiva se desarrolla dentro del marco de la política sobre el tema que retoma antecedentes jurídicos, políticos, internacionales y nacionales, y respalda, por tanto, la propuesta estratégica desde los acuerdos y los convenios establecidos por la ONU, los Objetivos del Milenio de la OPS-OMS y la Constitución Política Nacional, entre otros, que se armonizan con la estrategia promocional de calidad de vida y salud en sus diferentes componentes, perspectivas y abordajes de trabajo.

Es fundamental recordar que el Plan Nacional de Salud Pública, Ley 1122 de 2007, establece diez prioridades en salud para ser intervenidas, y dentro de las cuales la salud sexual y reproductiva es clasificada como la segunda prioridad en salud. Estas prioridades son la respuesta a las necesidades del país en materia de salud, y son de estricto cumplimiento en la Nación, en los planes de salud territoriales y en los planes operativos de las entidades promotoras de salud (EPS), en coherencia con los perfiles de salud territorial.

El PDA-SSR se entiende como el proyecto que propicia el reconocimiento de las diferencias, las diversidades y la complejidad de lo humano, en razón de la edad, el género, la raza/etnia, las condiciones socioeconómicas, la orientación sexual y los ámbitos de vida cotidiana, para generar respuestas sociales que contribuyan a la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva de las personas dentro del marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y el espaciamiento de los hijos, el derecho a tener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas, el acceso y la posibilidad de elección de métodos eficaces y seguros para regular la fecundidad, y la eliminación de la violencia doméstica y sexual que afecta la dignidad humana.

Frente al tema son múltiples las perspectivas de estudio, que abarcan desde la concepción biologicista hasta la perspectiva cultural.

1. Concepción biologicista

Entiende la sexualidad como una función innata resultante ya sea de la selección natural, de la evolución de la reproducción humana, o bien de la fisiología hormonal. El determinismo biologicista fomenta la creencia de que el sexo es una actividad humana instintiva, para la cual todos poseemos habilidades innatas, que son despertadas por estímulos similares y que siguen idénticos ciclos de respuesta.

2. El modelo de matriz cultural

Entiende que la sexualidad es un impulso elemental universal y biológicamente determinado, que se canaliza, mediante el proceso de enculturación, hacia determinadas conductas socialmente deseables. Así, al despojarse de sus adornos culturales, el fin último de la sexualidad es la reproducción, y la actividad heterosexual es su expresión fundamental.

No obstante, mientras privilegia la imposición totalizadora de la cultura sobre los sujetos, esta aproximación no problematiza el carácter natural de la sexualidad ni la presencia universal de las categorías sexuales, en tanto suscribe la hipótesis acerca de la existencia de necesidades humanas universales y del sexo como resultado de demandas instintivas.

En conclusión, el modelo considera la sexualidad como una derivación del género sin existencia social distintiva. Y los diferentes papeles de los hombres y de las mujeres en la reproducción determinan sus prácticas sexuales y sus papeles genéricos.

3. La perspectiva construccionista

Tal perspectiva propone descartar los esencialismos, y considera la sexualidad como una construcción social donde el proceso proporciona no solo las normas y los comportamientos, sino los estímulos y los satisfactores. Esta corriente propone que la sexualidad no es una fuerza vital poderosa que se desborda sin importar los estreñimientos culturales, ni un impulso natural idéntico en todos los individuos, y que deba ser canalizado por la sociedad.

La concepción construccionista descansa en la idea de que aprendemos a practicar el sexo de la misma manera como aprendemos a discriminar qué tipo de acciones van a ser investidas de significados sexuales y qué tipo de respuesta erótica van a

despertar en nosotros. En dicho contexto, el fundamento biológico de la sexualidad hace referencia a potenciales humanos que requieren la acción social y contenidos culturales para su definición y para poder desarrollarse, y deben ser abordados desde la lógica de las particularidades culturales.

Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Mental (PDA-SM)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la salud mental no es solo la ausencia de trastornos mentales, y la define como un estado de bienestar donde el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

El PDA-SM concibe la salud en general, y la salud mental en particular, como un proceso multidimensional en el que confluyen e interactúan de manera compleja las condiciones sociales, históricas, culturales, biológicas y psicológicas, y como componente integral del desarrollo humano, orientado hacia el ejercicio de la autonomía⁴⁶ y la realización del proyecto vital de los sujetos individual y colectivo, que permite propender por una vida con calidad.

En tal sentido, el PDA-SM parte de reconocer la necesidad de establecer su accionar en el reconocimiento de los sujetos como actores esenciales, que permiten visibilizar los obstáculos en la construcción de su proyecto vital, sus necesidades y sus condiciones de vida, así como sus potencialidades y sus capacidades que posibilitan su autonomía y su desarrollo humano, pero reconociendo y respetando las diversas expresiones inherentes a las condiciones culturales, sociales, de género y de territorio.

De esta manera, los procesos y las acciones orientados desde el proyecto de autonomía de salud mental se fundamentan en el reconocimiento de la diversidad y las diferencias existentes entre los segmentos o grupos de población, en razón de las etapas de su desarrollo evolutivo y condición social. De igual manera, reconoce que la identidad de género, así como la orientación y la diversidad sexual, se constituye

.....
46 Lawrence Kohlberg estableció tres estadios de moralidad que se leen en sentido progresivo; es decir, a mayor nivel, mayor autonomía. En la orientación relativista, la norma se cumple en función de un consenso, y no se la puede desobedecer (debo respetar las normas en beneficio común y en función de un consenso voluntario). En la orientación universalista la norma se cumple cuando se respetan valores universales, y si no, se desobedecen (cualquier acción se basa en el respeto de la dignidad de los demás, o de lo contrario es legítima la desobediencia).

en condiciones de la autonomía de los sujetos protegidos constitucionalmente en Colombia, y sobre los cuales se requiere afianzar los desarrollos normativos y las transformaciones culturales atinentes a la no discriminación y a la vulneración de sus derechos⁴⁷.

El proyecto de autonomía en salud mental resalta la necesidad de incluir dentro de sus procesos y sus acciones el reconocimiento de los efectos de la violación de los derechos humanos sobre la salud mental, en razón del derecho a la vida, la integridad física, la dignidad humana y la igualdad de los desplazados y sus respectivos núcleos familiares.

En coherencia con lo expuesto, la Política Distrital de Salud Mental se planteó desde sus inicios como una estrategia en pro del logro de una ciudad humana, soportada en el esfuerzo del Estado y de la sociedad por garantizarles a los sujetos y a los colectivos las condiciones de vida digna para el ejercicio de su libertad, el desarrollo de la autonomía y de los proyectos de vida, sin discriminación de ningún tipo; es decir, sin distingo de religión, etnia, ideología o condición económica y social, y donde la comunidad la reconozca como tal y la exija (Política Distrital de Salud Mental, 2004).

Garantizar el derecho a la salud mental de los ciudadanos implica trabajar por el reconocimiento de la autonomía como posibilidad del ejercicio de la libertad por parte de los ciudadanos y las ciudadanas, y en tal sentido se deben generar condiciones de bienestar para todos y todas, como un compromiso tanto de la sociedad en su conjunto como del Estado, representado en sus instituciones.

Con una perspectiva promocional de calidad de vida y salud, el PDA-SM se define como el conjunto de estrategias, procesos, procedimientos y acciones sectoriales, intersectoriales y transectoriales que dinamizadas de manera articulada en los niveles local y Distrital contribuyen con la afectación positiva de los determinantes sociales y el mejoramiento de la salud mental de la población del distrito capital, mediante la superación de los obstáculos y los problemas que impiden el desarrollo de la autonomía durante el ciclo vital de los sujetos individuales, y considerando las condiciones sociales y de vida de los sujetos colectivos.

.....
47 Decreto 608 del 28 de diciembre de 2007, por medio del cual se establecen los lineamientos de la Política Pública para la garantía de los derechos de las personas LGBTI y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital.

Sin desconocer los elementos de orden estructural no resueltos, que se relacionan con el modelo de salud promovido desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y los obstáculos derivados para la salud pública, entendida en su más amplio sentido (y particularmente, para la salud mental), se ha acumulado un bagaje de experiencias en los ámbitos distrital y local que sirve de base para reestructurar, desde el punto de vista operativo, el PDA-SM a partir de las necesidades y las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012, y desde los análisis de la situación de salud mental en el Distrito Capital.

El PDA-SM, dentro del PIC, opera a partir de los componentes definidos para la organización y el desarrollo de las acciones colectivas de salud pública, mediante el desarrollo de acciones de promoción, protección, recuperación y restitución de la autonomía; análisis de datos, generación y divulgación de información; estudio de brotes y seguimiento de casos; gestión para el análisis de situación de la salud mental; el posicionamiento de la Política Distrital de Salud Mental; y el seguimiento, la evaluación y el monitoreo de la gestión local en salud mental.

En coherencia con la Política Distrital de Salud Mental, que busca promover la investigación y prevenir la aparición de la enfermedad mental, para garantizar autonomía y calidad de vida, el PDA-SM debe fortalecerse a través de sus intervenciones en la población que así lo requiera y contribuir a la permanente actualización de la política, que hoy por hoy se opera a través de cuatro componentes:

- Desarrollo de la autonomía como garantía del derecho a la salud mental.
- Posicionamiento de la salud mental en el Distrito Capital.
- Respuesta integral a situaciones de emergencia y a grupos vulnerables.
- Fortalecimiento de la respuesta social organizada a los impactos negativos en salud mental.

Proyecto de desarrollo de autonomía para la prevención y control de las condiciones crónicas

Incluye el conjunto de estrategias y acciones orientadas a la detección temprana de alteraciones, la prevención, el modo de atención a la población y el fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia epidemiológica e investigación relacionados con el control de las condiciones crónicas de interés en salud pública en el Distrito Capital.

Define, por otra parte, las condiciones crónicas como el grupo de eventos que muestran características comunes, tales como tener estructuras causales complejas mediadas por múltiples condiciones de exposición, períodos de latencia largos, evolución prolongada, relativa incurabilidad y carácter degenerativo, y que sin manejo adecuado llevan a la discapacidad o a la alteración funcional, con la consecuente pérdida de autonomía del sujeto afectado. Por estas características, y por tener una alta prevalencia en la población, tales condiciones desafían seriamente la capacidad de respuesta de los servicios de salud⁴⁸.

Por lo anterior, las citadas condiciones hoy representan un creciente problema de salud pública en el mundo entero. De acuerdo con la OMS, el 80% de la mortalidad derivada de estas condiciones se presentan en países no desarrollados y genera muertes prematuras y una carga social y económica significativa⁴⁹⁻⁵¹.

Como lo demuestran las estadísticas nacionales, a lo largo de los últimos 20 años las condiciones crónicas han constituido, como grupo, la principal carga de morbimortalidad en el país; se han constituido así en la primera causa de muerte en Bogotá. En 1983 aportaban el 56% del total de muertes; en 1998, el 65,87%, y en 2007, el 77,39%, lo que justifica la preocupación a escala mundial, al ser esta epidemia emergente el mayor reto en salud del milenio.

Al realizar análisis de la mortalidad por causas específicas, se evidencia que 8 condiciones crónicas aportaron el 39% (10294 del total de 26397) de las defunciones en Bogotá durante 2007 (ver tabla 1).

Cabe resaltar que la mayoría de las condiciones crónicas tienen como condición de exposición el sedentarismo, los patrones inadecuados de consumo alimentario, el consumo de tabaco y la ingesta excesiva de alcohol, todas las cuales, al estar agrupadas e interrelacionadas y ser comunes a varias enfermedades, permiten la posibilidad de ser intervenidas con estrategias de promoción de la salud y prevención y control de la enfermedad. Sin embargo, no se pretende desconocer que lo expuesto

48 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio, Informe Global. Organización Panamericana de la Salud, Washington D. C., 2002.

49 WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic disease: a vital investment, WHO, Geneva, 2005.

50 PALLONI, Alberto et al. "Introduction: Aging among Latin American and Caribbean Populations", Journal of Aging and Health, 18(2): 149-156, 2006.

51 WONG, Rebeca et al. "Survey Data for the Study of Aging in Latin America and the Caribbean: Selected Studies", Journal of Aging and Health, 18(2): 157-179, 2006.

es producto de cómo se satisfacen las necesidades humanas de alimentación, recreación, transporte, trabajo, afecto, interacción con el ambiente, educación, vivienda y comunicación⁵².

Tabla 1. Causas específicas de mortalidad general en Bogotá (2007)

Causas específicas de mortalidad	Número	Tasa (por cada 10.000 habitantes)
Enfermedades isquémicas del corazón	3.323	4,7
Enfermedades cerebrovasculares	1.974	2,8
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias	1.552	2,2
Agresiones (homicidios)	1.297	1,8
Neumonía	960	1,4
Diabetes mellitus	952	1,4
Tumor maligno del estómago	796	1,1
Enfermedades hipertensivas	688	1,0
Tumor maligno colon, recto y ano	518	0,7
Insuficiencia cardíaca	491	0,7
Resto de causas	13.846	19,6

Fuente: DANE, Certificados de Defunción 2007-Sistema de Estadísticas Vitales. Citado en: SDS-Análisis de Situación de Salud de Bogotá 2009⁵³.

Con la concepción de ser prevenibles, se supera la visión de las condiciones crónicas como “fenómenos naturales asociados al envejecimiento” y se amplía el campo de acción para prevenirlas y controlarlas. Debido a ello, estas condiciones de la vida cotidiana se clasifican como:

- **Determinantes estructurales**, si están relacionadas con las políticas nacionales y con las estructuras geopolíticas del país.
- **Determinantes intermedios**, si están asociadas a las condiciones de vida de los grupos poblacionales, entre lo individual familiar y sus condiciones de producción y consumo no estructurales.

52 MAX-NEEF, Manfred. Desarrollo a escala humana, conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones, Centro de Alternativas de Desarrollo CEPAUR-Fundación Dag Hammarskold, Chile, 1994.

53 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD-DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. Análisis de Situación de Salud de Bogotá 2009, Serie Documentos Técnicos.

- **Determinantes proximales**, cuando se relacionan directamente con los estilos de vida y las condiciones individuales.

En este sentido, resulta necesario priorizar la detección temprana en el adulto mayor, y de manera gradual en las etapas del ciclo, tanto en la niñez como en la juventud, e, igualmente, avanzar en la caracterización de la problemática a escala local.

Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Oral (PDA-SO)

Las acciones del Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Oral (PDA-SO) se cumplen dentro del marco de la política Pública de Salud Oral, que, con el enfoque de derechos, parte de comprender y enfrentar las difíciles condiciones existentes para resolver los problemas de exclusión, inequidad y profundización de la pobreza extrema.

Las inequidades sociales se traducen, necesariamente, en inequidades en salud⁵⁴; más aún, cuando el SGSSS y los diseños institucionales que de él se derivan profundizan la fragmentación entre los servicios curativos y los de promoción y prevención; además, introducen barreras administrativas, económicas y culturales en el acceso a los servicios de salud; subordinan, también, los propósitos de equidad a los de eficiencia económica y disponibilidad de recursos.

Es posible agrupar en dos corrientes las diferentes concepciones y prácticas relacionadas con la promoción de la salud. Por un lado están aquellas orientadas a la transformación de los comportamientos de los individuos que centran su atención en los estilos de vida y localizan sus acciones, generalmente, en las familias, y como máximo, en los grupos comunitarios donde estas se encuentran. Por lo general, esa manera de entender la promoción se asocia a medidas preventivas sobre los ambientes físicos y sobre los estilos de vida⁵⁵.

La otra corriente, sustentada en una concepción más amplia de la salud, parte del reconocimiento de la gama de dinámicas y procesos que intervienen en la producción de la salud. Su consecuencia es centrar sus actividades en los determinantes que intervienen en dicha producción, expresados en procesos colectivos, históricos,

54 Entendida como la ausencia de diferencias sistemáticas, injustas y potencialmente evitables en aspectos de salud entre poblaciones o grupos poblacionales, definidos social, económica, demográfica o geográficamente.

55 MARCHIORI BUSS, Paulo. “Health promotion and quality of life”, Ciencia y Salud Colectiva, Associação Brasileira de Pós/graduacao em Saúde Coletiva, Número 1, Rio de Janeiro, 2000.

políticos, económicos, culturales y sociales, que se resuelven en la construcción de políticas públicas, en el desarrollo de medidas de salud pública con un enfoque intersectorial, y en la potenciación del agenciamiento social y comunitario, teniendo como perspectiva construir condiciones favorables para la salud.

Una estrategia de promoción de la salud con enfoque de calidad de vida debe hacerse cargo, en principio, de la construcción de políticas públicas que impliquen: mejorar las condiciones para la calidad de vida y la salud; la creación de una nueva institucionalidad social que se materialice en procesos de gestión territorial, en reconocimiento de la diferencia, de lo identitario y de las diversas formas de exclusión. Esto exige, adicionalmente, procesos transectoriales e intersectoriales fraguados desde una lectura tanto de “necesidades” como de “demandas”, que reconozcan la perspectiva del agente social; potenciar el poder técnico y político de las comunidades para que esta fije prioridades, tome decisiones y, de manera particular, se plantee la exigibilidad y la restitución de sus derechos.

Con dicha perspectiva, aplicando también el enfoque diferencial, es imprescindible no confundir la promoción de la salud y la salud oral con la sola tarea educativa que centra toda su atención en los individuos mediante estrategias motivacionales que suelen no trascender en cambios sobre los determinantes que regulan la aparición, o no, de pautas positivas del autocuidado en salud oral. La estrategia de promoción en salud oral debe partir de una concepción ampliada del escenario de vida cotidiana que se esté abordando.

Estos escenarios deben ser reconocidos en referencia a los problemas de salud tratados, a los mecanismos de producción y reproducción de las prácticas de autocuidado, y a sus condicionantes simbólicos y culturales, con el fin de establecer una estrategia general que articule las prácticas educativas, de sensibilización, de comunicación y divulgación, de gestión social y política (de políticas particulares y generales) asociadas al escenario de vida cotidiana, y las prácticas curativas, entre otros aspectos.

Potenciar capacidades específicas con grupos; actuar sobre las dotaciones iniciales; formar para ejercer el derecho efectivo a la salud (ciudadanía en salud), y sobre los demás derechos económicos y sociales; fortalecer el capital social comunitario; aportar a la construcción de una institucionalidad en salud con perspectiva social, son líneas de acción que deben formar parte de las estrategias y las acciones de un enfoque promocional en calidad de vida, con una perspectiva renovada de la aten-

ción primaria en salud. Y aunque las experiencias documentadas de APS en salud oral no son muchas, existe una amplia experiencia en salud comunitaria desarrollada por profesionales de la salud oral.

En tal sentido, el PDA-SO se implementa tomando como referencia los conceptos macro de gestión social integral del territorio, equidad, integralidad (en el caso de la salud oral, articulado, además, a la salud general, mediante acciones de promoción, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación, y mediante la integración territorial de estas acciones en salud), y buscará involucrar a actores de diversa naturaleza y origen en condiciones de equidad social y democracia política, en la discusión y el diseño de acciones orientadas al mejoramiento de la salud oral, entendida como un problema de toda la sociedad.

El PDA-SO se define a partir de una noción de salud oral positiva, no abstracta, en la que se reconoce su valor instrumental como una variable significativa para evaluar la justicia social, por cuanto existe en la literatura evidencia suficiente sobre la relación directa entre las inequidades sociales y los problemas de salud oral, porque median otro tipo de realizaciones ligadas al ser y el hacer humanos.

La salud oral es parte sustantiva de los componentes que determinan, en gran medida, la valoración de una vida en calidad, que valga la pena ser vivida, y en ella se reconocen tres dimensiones:

- ◆ La salud oral como un estado orgánico con funciones óptimas sin evidencia de enfermedad o anormalidad.
- ◆ La salud oral como noción de equilibrio dinámico y constitutivo de las capacidades de los individuos para hacer frente a todas las circunstancias de la vida con un nivel considerado como óptimo.
- ◆ La salud oral como elemento sustantivo de una condición caracterizada por la integridad anatómica, fisiológica y psicológica, lo cual ayuda a que los individuos puedan desempeñar los roles familiares, de trabajo y comunitarios, y que favorezca su capacidad para tratar con las tensiones físicas, psicológicas, biológicas y sociales. La salud oral, en fin, como parte constituyente de una sensación de bienestar y seguridad en la experiencia de vivir.

Las nociones de salud oral referidas tienen una expresión multidimensional y compleja, que involucra distintas dimensiones relativas a la experiencia vital humana: como realidad individual y colectiva, conjuga aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, psicosociales, y juega no solo en aquellas dimensiones relativas a las realizaciones sociales, como la interacción y la comunicación social, sino que se conjuga como elemento constitutivo del conjunto de recursos que potencian las capacidades para el desempeño de una vida buena. La salud oral es, a la vez, un hecho individual y un hecho colectivo, es un producto social dentro del marco de complejas interacciones sociales, políticas e histórico-culturales, que exige una comprensión disciplinar e interdisciplinaria y un abordaje multisectorial.

Con esa perspectiva, las acciones de salud oral desarrolladas dentro del marco del PIC tienen un carácter colectivo, no son de detección temprana ni de protección específica, se desarrollan en espacios sociales, y no en consultorio.

Transversalidad de salud ambiental

“Hoy se acepta que el proceso salud-enfermedad constituye la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que se producen en diferentes zonas socio-espaciales y en los grupos que las habitan, e intervienen en la aparición de riesgos y potencialidades características⁵⁶, y que la situación de salud obedece a las determinaciones dadas por las formas de reproducción social como alimentación, reposo, protección frente al ambiente, recreación, comunicación social e interpersonal, actividades educativas, religiosas, culturales, rituales y el acceso a los servicios de salud, entre otras.

Por otra parte, desde la Secretaría Distrital de Salud se define la salud ambiental como “el campo de acción de la salud pública, enmarcado en la interacción del ambiente y la salud, y en los efectos que las condiciones del ambiente tienen sobre la salud individual y colectiva. Las condiciones ambientales se abordan como un determinante que genera un perfil de protección o deterioro de la salud humana⁵⁷”.

Visto así, el alcance del concepto de ambiente gana relevancia, en tanto significa y está asociado a aspectos que impactan la salud, como la calidad del agua y el saneamiento básico, la calidad del aire, el cambio climático, el hábitat, el espacio público

56 BREILH, Jaime. “La salud-enfermedad como hecho social”, en: Deterioro de la vida en Ecuador, Quito, Ecuador, 1989.

57 SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Marco Conceptual Lineamientos de Política de Salud Ambiental, Bogotá, D. C., 2010.

y la movilidad segura, la seguridad química, la seguridad de los medicamentos y de los servicios de salud, los alimentos sanos y los eventos transmisibles de origen zoonótico.

La transversalidad de salud ambiental desarrolla las estrategias de promoción, prevención, vigilancia, control y gestión para el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud de la población de Bogotá como ciudad-región, con intervenciones intersectoriales y comunitarias que impacten positivamente los determinantes ambientales en cada una de las líneas de acción identificadas, a través de tres componentes operativos:

1. Vigilancia en salud pública

El Plan Nacional de Salud Pública define la vigilancia sanitaria como aquella que vigila los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de uso doméstico, establecimientos públicos y las cadenas productivas. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación.

Como soporte de los procesos de vigilancia se cuenta con el Sistema de Vigilancia Epidemiológico Ambiental y Sanitario (SISVEA), que incluye el monitoreo y el seguimiento de las diferentes actividades llevadas a cabo para la vigilancia sanitaria en cada una de las líneas de acción, y que se concretan en ejes de intervención: establecimiento vigilado y controlado, actividades educativas, control de la población canina, control de vectores, control de enfermedades zoonóticas, y proyectos especiales.

2. Gestión sanitaria y ambiental para la salud (GESA)

Proceso de gestión, construcción y análisis colectivo, con representación de diferentes actores sociales de carácter público, privado y comunitario, que retoma y potencializa diferentes estrategias de reconocimiento en la salud pública: atención primaria en salud, atención primaria ambiental (APA), y estrategia promocional de calidad de vida y salud, enmarcadas en el reconocimiento de los derechos sociales, económicos, culturales, ambientales y políticos.

Los ejes de intervención de este componente abarcan la gestión para el análisis de situación en salud ambiental, el posicionamiento político y el fortalecimiento de la gestión de la salud ambiental.

3- Entornos saludables y desarrollo territorial

De acuerdo con la OMS, se consideran entornos saludables aquellos que apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, y así les permiten ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Esos entornos comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, sus sitios de estudio, sus lugares de trabajo y de esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento.

La Secretaría Distrital de Salud promueve desde este componente entornos saludables en cada ámbito de vida cotidiana, mediante la formulación y la implementación de planes de entornos saludables, y busca afectar positivamente los determinantes sanitarios y ambientales de calidad de vida y salud de la población en la ciudad-región.

Transversalidad actividad física

La actividad física satisface múltiples necesidades sociales para mejorar la calidad de vida, sobre el entendido de que esta posibilita a las personas y a los grupos desarrollar sus potencialidades humanas y sociales en contextos sustentables, por lo cual se convierte en el referente cualitativo de la actividad física desde una concepción amplia, orientada al bienestar, y, por ende, a la salud.

Con tal perspectiva, la promoción de la actividad física actúa como satisfactor sinérgico de múltiples necesidades de calidad de vida, donde confluyen perspectivas múltiples de interrelación entre sociedad, culturas y movimiento, e implica una visión compleja para comprender y transformar el quehacer convencional que se ha dado al respecto.

Concebir la actividad física no solo desde los beneficios en salud, sino desde el ámbito de las ciencias sociales, hace posible visualizar sus beneficios en la calidad de vida para las personas en todas las etapas del ciclo vital, dentro de un contexto sociocultural que condiciona los resultados en salud. Además, favorece la trascendencia hacia perspectivas que son necesarias para comprender que los grupos de

identidad por generación se articulan en una determinada posición en la dinámica social, a partir de los acumulados culturales en la relación con la concepción del cuerpo y el movimiento que la sociedad va construyendo a través del tiempo.

Varios elementos deben involucrarse para intentar una perspectiva promocional y construir un enfoque complejo en este campo; entre otros:

- El movimiento corporal como instrumento cognitivo inherente al desarrollo de los seres humanos, imprescindible tanto para conocerse a sí mismo como para explorar y estructurar el entorno inmediato.
- El movimiento y el juego como potenciador de la actividad cognitiva en los niños y los jóvenes.
- La actividad física y el cuerpo en relación con la sexualidad, por cuanto una relación positiva con el propio cuerpo permite vivir experiencias de solidaridad y confianza que, a su vez, promueven la formación de una identidad específica de género⁵⁸.
- La actividad física como elemento de sociabilidad, pues por su práctica se la reconoce como constructora de la identidad, y por ello la promoción de la actividad física podría servir para pasar de modelos de sociabilidad cerrada a modelos abiertos, de participación ciudadana⁵⁹.
- Con la perspectiva de género, se debe recuperar la actividad física de las mujeres extrapolándola de las actividades domésticas y acompañándola de una profunda reflexión y concienciación del cuerpo como un territorio para la autonomía, la decisión, el empoderamiento y la promoción de la calidad de vida y la salud, de manera integral.
- La actividad física como espacio de integración e interculturalidad, donde se promueva el carácter abierto de las competiciones con reconocimiento a una pertenencia étnica o barrial, y donde la experiencia deportiva se vive como una experiencia compartida⁶⁰.
- La actividad física y su aporte a la afectividad, en la medida en que el juego resulta un poderoso facilitador del desarrollo afectivo que establece vínculos afectivos y adquiere una significación social.

58 En: <http://www.deportesalud.com/deporte-salud-beneficios-del-deporte-y-la-actividadfisica.html>

59 SÁNCHEZ, Ricardo (ed.). "¿El Deporte: nuevo instrumento de cohesión social?", En: Culturas en juego, Ensayos de antropología del deporte en España, Icaria/Institut Català d'Antropologia, Barcelona, 2003.

60 MEDINA, F. Xavier. "Actividad físico-deportiva, migración e interculturalidad". En: Culturas en juego. Ensayos de antropología en España, Icaria/Institut Català d'Antropologia, Barcelona, 2003.

- La ocupación informal de los espacios ciudadanos como lugares comunes de encuentro para la práctica de la actividad física enriquece el habitar de las ciudades, más allá de la visión formal de las políticas urbanísticas, más o menos usuales, que solo reconocen los espacios deportivos predefinidos como escenarios utilitarios para la práctica de la actividad física⁶¹.
- Los aportes de la práctica de la actividad física a la construcción de la identidad, por las manifestaciones físicas, y por las formas de vivir la corporeidad, de manifestarse y de expresarse a través del baile o la música, permiten la creatividad del ser, implícita, a su vez, en la identidad de grupo.

La práctica física y deportiva es un derecho reconocido por el Estado para todos los ciudadanos, pues a través de ella se generan beneficios para el conjunto de la sociedad y para cada persona, y dependiendo del énfasis y de la manera de entender cada uno de dichos elementos, pueden establecerse diferentes concepciones de las relaciones entre la actividad física y la salud.

Esta dimensión de la actividad física reconoce su práctica como un factor protector para el bienestar físico, mental y social, debido a que las perspectivas actuales de enfoques existencialistas, sociológicos y ecológicos reconocen que la práctica de la actividad física trasciende más allá de lo biológico y debe ser entendida como una práctica motivadora y socializadora de los sujetos y de las redes sociales. Su análisis en profundidad tiene que comprender, necesariamente, el conocimiento y el estudio de las estructuras económicas, políticas y sociales, así como de los modelos y los valores culturales en el que se integran; es decir, el escenario social donde se realizan.

La actividad física, por tanto, no puede ser estudiada ni planificada sin tener en cuenta procesos como la urbanización, los usos del transporte y la movilidad, los desarrollos industriales y la concreción de estos en nuevas formas de trabajo, la inserción laboral y académica, el uso del tiempo libre, el acceso o no a tecnologías de la información y las formas de recreación menos activas.

En ese sentido, las acciones de promoción requieren decisiones de política que ofrezcan programas integrales desde enfoques ecológicos (la interrelación entre lo

61 CAMINO, Xavier. "Una apropiación informal del espacio urbano a través del deporte: La fuixarda de Barcelona y la escalada", En: Culturas en juego. Ensayos de antropología en España, Icaria/Institu Català d'Antropologia, Barcelona, 2003.

ambiental, desde las condiciones materiales hasta lo social, la interacción y la subjetividad de los sujetos), y así favorezcan la adherencia a la práctica de la actividad física regular.

Transversalidad de discapacidad: red de rehabilitación basada en comunidad

El concepto discapacidad responde a un hecho social en el que convergen múltiples factores enmarcados dentro de las dimensiones de desarrollo humano, social, económico y político; ello, a su vez, se relaciona con condiciones de equidad, derechos e inclusión social, y, por tanto, con un asunto de justicia social.

Con tal perspectiva, el tema de la discapacidad hace referencia a una condición y una situación que señalan un diálogo entre la persona y el entorno, con la interacción de componentes corporales, emocionales, de pensamiento, de comunicación y de relaciones sociales que se potencian o se limitan según las oportunidades que el contexto ofrezca.

Se trata de una transversalidad de equidad⁶², pues sucede en cualquier momento y circunstancia de la vida, y su origen se relaciona con cualquiera de los proyectos de desarrollo de autonomía definidos por la SDS. En este contexto las personas con discapacidad, sus familias y sus cuidadoras y cuidadores son sujetos que por su condición de vida requieren diversos apoyos para desarrollar un proyecto vital y alcanzar niveles de participación en todas las dimensiones que atañen a una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, las acciones desde la Secretaría Distrital de Salud se sustentan en que "si la discapacidad es una construcción social, debe generar respuestas de carácter social"⁶³, donde el ordenador es la persona en su contexto, y reconocida en su identidad (etnia, género, orientación sexual) y sus condiciones poblacionales (desplazamiento, habitabilidad de la calle), integrados dentro de la dinámica de los factores de desarrollo humano, ciudadanía, derechos e inclusión social, con acciones centradas en la persona, la familia, los colectivos y una sociedad incluyente como actores principales.

62 En el contexto de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud propuesta por la Secretaría Distrital de Salud.

63 GARCÍA, S.; SANTACRUZ, M.; CARRILLO, M. y COBOS, A. Cuadernos de discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad, Secretaría Distrital de Salud-Dirección de Salud Pública, Bogotá, D. C., 2008.

Así mismo, la transversalidad de discapacidad adopta y adapta la estrategia de rehabilitación basada en comunidad⁶⁴, como una forma de organizar la respuesta adecuada y oportuna a las necesidades de la población con discapacidad en las 20 localidades de Bogotá. Una estrategia que parte desde una mirada de lo cotidiano y el trabajo colectivo como medio y fin para el ejercicio de los derechos y la inclusión social de esta población, dentro del marco de la equidad y la justicia social.

Esta forma de respuesta acoge el enfoque poblacional proponiendo acciones en y para la diversidad funcional, cultural y de identidad.

El concepto de discapacidad se ha modificado a la par con los cambios dados en la concepción de desarrollo humano, derechos y desarrollo social. Así mismo, su estudio y su abordaje han venido evolucionando hacia acciones que se expanden al mismo nivel de las representaciones y las relaciones sociales; los procesos de atención y el acceso a servicios; la participación y la representatividad sociales de esta población; el papel de los actores sociales en los cambios, y la distribución de recursos encaminados a la satisfacción de las necesidades inherentes a esta condición de vida⁶⁵.

Desde el modelo de la diversidad funcional de Palacios y Romañach⁶⁶, en los postulados de los movimientos de vida independiente, se considera a la persona con discapacidad como alguien con diversidad funcional y un ser valioso en sí mismo por su diversidad. En tal sentido, demanda que se la denomine de esta forma.

Al concebir la discapacidad como una condición dada por la interacción recíproca entre el entorno y la persona, el centro del “problema” cambia de ser un déficit del individuo a existir en la relación entre el funcionamiento de la persona y las oportunidades del entorno. Esto moviliza las respuestas hacia la identificación y el diseño de apoyos para su desempeño en el contexto; es decir, reafirma la postura de que este es un hecho social, que, más allá de empoderar a la población con discapacidad, construye sociedades incluyentes y más justas en y para la diversidad tanto intercultural como funcional.

64 OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT), ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO) Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (OMS). RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta, 2004.

65 GARCÍA, S.; SANTACRUZ, M.; CARRILLO, M. y COBOS, A. Op. cit.

66 PALACIOS A. y ROMANACH J. El modelo de la diversidad La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional, Ediciones Diversitas-AIES, Santiago de Compostela, 2006.

En el mundo entero la rehabilitación basada en comunidad (RBC) se considera una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de todas las personas con discapacidad. Es un concepto liderado por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en su documento de posición conjunta de 2004⁶⁷.

Este propósito de inclusión social debe integrar y articular acciones orientadas a:

- El desarrollo de las capacidades físicas y mentales de las personas con discapacidad.
- Que las personas con discapacidad puedan tener acceso a los servicios y a las oportunidades ordinarias.
- Que las personas con discapacidad sean colaboradoras activas dentro de la comunidad y de la sociedad en general.
- Otras acciones orientadas a impulsar a las comunidades a promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad mediante la transformación en la comunidad.

En la SDS, la transversalidad de discapacidad adopta y adapta la RBC, por cuanto esta parte de una mirada de la vida cotidiana y del trabajo colectivo y en red como medio y fin para el ejercicio de los derechos y la inclusión social de esta población. Se la asume como una estrategia de acción dialógica entre el Estado, la comunidad y las personas, que mira hacia el desarrollo social con la perspectiva del sujeto de derechos y la esencia de la participación social como eje del desarrollo de las personas y los pueblos. Su implementación no tiene otro fin que contribuir a mejorar la calidad de vida de la población en situación de discapacidad y de su entorno, mediante el ejercicio de la ciudadanía según los principios de equidad, autonomía y participación con un sentido democrático, para, de esta manera, facilitar la inclusión y la participación de la población en situación de discapacidad en todos los ciclos vitales.

Esta visión de integralidad incluye la participación de personas y grupos en cualquier condición de vida, de capacidad y de intereses sociales; o sea, avanza en la inclusión cuando el tema de discapacidad trasciende sus propios escenarios y convoca a otros actores con historia de segregación y exclusión.

67 OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT), ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO) Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD (OMS). Op. cit.

Desde esta concepción, la RBC posiciona la dinámica “diversidad funcional, cultural y de identidad” promoviendo el compromiso de cambio de las personas a partir del apoyo para que se constituyan como sujetos políticos. Por lo tanto, integra procesos que trasciendan de las acciones centradas en la persona a las acciones puestas en los colectivos y en escenarios sociales, políticos y económicos.

Lo anterior deja ver una propuesta social de rehabilitación e inclusión social donde la díada necesidad-respuesta trasciende hacia espacios de diálogo y concertación, relaciones de carácter horizontal y actores con derecho a participar, a ser informados y a tomar decisiones acerca de sus intereses y sus objetivos comunes. Esto incluye movilizar acciones en todos los ámbitos de vida cotidiana para todas las fases del ciclo vital; diferentes condiciones y situaciones humanas; diversas identidades cuyo eje esté en lo colectivo, en el ejercicio de los derechos y en el desarrollo de una sociedad inclusiva que fomente la construcción de capacidades en todos y todas.

Entre estos actores, la RBC requiere los agentes de cambio o los líderes de las comunidades, personas con discapacidad o cuidadores formados en rehabilitación basada en comunidad y gestión social. El agente de cambio se asume como el núcleo de las acciones de RBC y es el principal gestor para la movilización social, alguien que busca posicionar el enfoque y promover los derechos de las personas con discapacidad, sus familias y sus cuidadores y cuidadoras.

El trabajo de los colectivos encauzados hacia un fin común a partir de necesidades similares permite construir una red de rehabilitación basada en comunidad. Esta perspectiva de trabajo con enfoque de red abre vínculos y lazos sociales productivos, creativos, protectores e incluyentes fundamentados en la justa convivencia, y visibiliza temas que socialmente se consideran ajenos a los propósitos económicos y políticos del Estado.

Esta forma de gestión y acción obedece al imperativo de hacer visible desde el trabajo colectivo el cierre gradual de las brechas de inequidad histórica en la población con discapacidad, así como la apertura hacia la justicia social como el espacio de todos y todas, donde la oportunidad va de la mano con la diversidad y abre caminos para dinamizar los potenciales incluyentes y de desarrollo de toda sociedad.

En tal sentido, apostarle a la inclusión social implica generar dinámicas que vinculen el desarrollo de capacidades con el acceso a oportunidades a lo largo del ciclo vital, y así evitar que la situación de exclusión se siga reproduciendo en las nuevas

generaciones. Implica, además, romper las barreras de la marginación y trabajar por el reconocimiento.

Se trata, en últimas, de construir convivencia mediante el encuentro del otro en lo intercultural y lo intergeneracional, así como en el interjuego de identidades y capacidades, teniendo en cuenta que en las particularidades se asienta la diversidad.

Transversalidad seguridad alimentaria y nutricional (SAN)

La seguridad alimentaria y nutricional (SAN) comprende la disponibilidad suficiente y estable de los suministros de alimentos a escala local; el acceso oportuno y permanente por parte de todas las personas a los alimentos que se precisan, y tanto en cantidad como en calidad; el consumo y la utilización biológica adecuados de estos, para lo cual es indispensable el acceso a los servicios básicos de saneamiento y la atención de salud, y, más que todo, la decisión política de los gobiernos para lograrla⁶⁸.

Según la definición de la FAO, existe seguridad alimentaria cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico, social y económico a suficientes alimentos en buenas condiciones y nutritivos, que satisfagan sus necesidades dietéticas y sus preferencias alimentarias, para una vida activa y saludable.

Las anteriores definiciones permiten identificar una serie de factores o componentes que determinan la seguridad alimentaria y nutricional, bien sea de un individuo, de una familia, de una comunidad, de una región o de un país. Factores como la disponibilidad de alimentos, el acceso, el consumo, el aprovechamiento o el uso biológico de los alimentos serán definitivos a la hora de hablar de la transversalidad de seguridad alimentaria.

1. Disponibilidad de alimentos

Se refiere a la cantidad y la calidad de alimentos existentes en los ámbitos individual, familiar, comunitario, nacional e internacional; alimentos suficientes para atender las necesidades de la población. Esta capacidad de suministro se determina por los volúmenes de la producción interna, el volumen de las importaciones y las

68 Definición adoptada como marco referencial en la Política pública de seguridad alimentaria y nutricional para Bogotá, D. C.

exportaciones, el sistema de abastecimiento, y la autosuficiencia nacional en los alimentos básicos, que permite medir el grado de vulnerabilidad del sistema alimentario a factores externos, para así garantizar la sustentabilidad en cuanto al uso a largo plazo de los recursos naturales, enmarcado dentro del criterio de desarrollo sostenible.

En este componente cobra relevancia la estabilidad en la disponibilidad de alimentos; es decir, que estos se encuentren disponibles en cantidad y calidad, de forma sostenida, permanente o estable, durante todo el año. Eso determina la posibilidad de que en el ámbito nacional, regional, comunitario y del hogar se pueda mantener en todo momento la disponibilidad de una alimentación adecuada para todos sus miembros (que sea suficiente, balanceada, variada e inocua). Cuando esto no ocurre se presenta la inseguridad alimentaria crónica o transitoria.

2. Acceso a los alimentos por parte de todas las personas

El acceso está determinado por los ingresos suficientes, el empleo, la estabilidad en los precios de los alimentos, la infraestructura de mercadeo y las preferencias culturales. Es equitativo si posibilita el acceso universal a un mínimo nutricional, desde los puntos de vista cuantitativo y cualitativo. El acceso físico y económico se refiere, entre otros, a la disponibilidad de carreteras y de vías para la comercialización, e incluye la equidad de género en el hogar, donde las madres y las niñas han de tener las mismas oportunidades de comer que el niño y el padre.

El acceso económico se da al tener ingresos económicos para cubrir las necesidades alimentarias. Aunque no se produzca el propio alimento, se tiene dinero para comprarlo en el mercado. Cada persona, dependiendo de su edad, de las actividades que realiza y de su estado fisiológico (mujeres en período de gestación, niños y niñas, personas mayores) tiene necesidades nutricionales diferentes.

3. Consumo

Esta dimensión se refiere al proceso por el cual los alimentos son consumidos o ingeridos efectivamente por las personas, y está relacionado con varios factores, como la selección de dichos alimentos; su accesibilidad física, o su existencia en el barrio, la comunidad y el hogar; las creencias, las actitudes, la cultura, los patrones y los hábitos alimentarios; la educación alimentaria y nutricional; la información

comercial y nutricional; el nivel educativo; la publicidad; el tamaño y la composición de la familia.

Dentro de los factores hábitos se incluyen tanto los hábitos de selección y de compra como la organización de las minutas y los menús; es decir, la distribución del consumo a lo largo del día, el número de comidas y la composición de estas, así como la distribución intrafamiliar, el número de miembros en el hogar, y el momento del ciclo vital de cada uno de los miembros que integran el grupo familiar.

Un elemento base en la dimensión del consumo es la práctica o no de la lactancia materna por parte las mujeres lactantes, y, por ende, la alimentación con leche materna para los niños y las niñas.

4. Aprovechamiento o uso biológico de alimentos

Esta dimensión corresponde al último eslabón de la transversalidad de SAN, y su expresión es del ámbito individual. Sucede solo si el organismo goza de un adecuado estado de salud y se halla en capacidad de absorber y utilizar al máximo, los macronutrientes y los micronutrientes que estos contienen.

Además, los alimentos deben ser seguros e inocuos; es decir, libres de agentes contaminantes o patógenos que puedan afectar la salud de las personas. El goce de condiciones de bienestar para la producción, la reproducción y el esparcimiento es fundamental para el aprovechamiento. Los cuidados durante la gestación y las edades tempranas, el acceso a los servicios de salud y educación, la habitabilidad y el saneamiento básico de la vivienda y el vecindario, entre otros, son aspectos que modulan el aprovechamiento de los alimentos y determinan el estado nutricional de las personas.

Un elemento transversal a todas y cada una de las dimensiones mencionadas es la calidad e inocuidad de los alimentos, alusiva al conjunto de características de los alimentos capaces de garantizar que estos sean aptos para el consumo humano y exige el cumplimiento de una serie de condiciones y medidas necesarias durante la cadena agroalimentaria hasta su consumo y su aprovechamiento, con el fin de asegurar que una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, físico ni químico) en menoscabo de la salud.

Se debe diferenciar entre los conceptos alimentación y nutrición. La alimentación comprende un conjunto de actos voluntarios y conscientes que van dirigidos a la elección, la preparación y la ingestión de los alimentos, fenómenos muy relacionados con el medio sociocultural y el económico (medio ambiente), y que determinan, al menos en gran parte, los hábitos alimentarios y los estilos de vida de una persona. Es un fenómeno complejo y multidimensional⁶⁹, y representa un acto social de primer orden.

Por esta razón, también son diversos los factores que influyen en la alimentación:

- a) Los biológicos, como el hambre, el apetito y el gusto;
- b) Los económicos, como el costo, los ingresos y la accesibilidad a los diferentes tipos de alimentos;
- c) Los sociales, como la cultura, la religión, la familia, los estilos de vida (patrones de comidas, ritmos temporales);
- d) Los que se derivan del tipo y el grado de conocimientos o habilidades relativas a los alimentos en general y a la preparación en particular;
- e) Los psicológicos; o sea, circunstancias como el humor y la culpa, o más permanentes, como el carácter o el estrés; y
- f) Las actitudes, las creencias, los valores y los conocimientos en general.

Sin embargo, aunque alimentación y nutrición se utilizan a menudo como sinónimos, son términos diferentes, pues la nutrición comprende un conjunto de fenómenos involuntarios que suceden tras la ingestión de los alimentos; es decir, la digestión, la absorción o el paso al torrente sanguíneo desde el tubo digestivo de sus componentes o nutrientes, y su asimilación a escala celular.

La nutrición obedece a leyes fisiológicas poco susceptibles de influencias externas. La nutrición como ciencia es la rama del saber encargada del estudio y el mantenimiento del equilibrio homeostático del organismo los planos moleculares y macro-sistémico, de forma que garantice que todos los eventos fisiológicos se efectúen de manera correcta. Intenta entender cómo y cuáles son los aspectos dietéticos específicos que influyen en la salud.

Hecha esa claridad, se afirma el derecho a la alimentación y a la seguridad alimentaria y nutricional como uno e indivisible, y cuya efectividad depende, en un primer sentido, de la materialización de todas y cada una de sus dimensiones constitutivas, como también de aquellas que integran el derecho al agua.

69 CONTRERAS HERNÁNDEZ, Jesús y GRACIA ARNAIZ, Mabel. Preferencias y consumos alimentarios: entre el placer, la conveniencia y la salud, Observatorio de la Alimentación, Barcelona, 2004.

En estas dimensiones hay una jerarquía que es preciso reconocer, pues da cuenta de la mayor o la menor centralidad que tiene cada dimensión en la garantía del derecho. De esta forma, la disponibilidad puede facilitar o restringir el acceso. Este, a su vez, moldea el consumo, del cual depende el mayor o el menor aprovechamiento de los alimentos. En sentido inverso, el aprovechamiento de los alimentos poca o ninguna influencia ejerce sobre la disponibilidad de alimentos.

En un segundo sentido, el derecho a la alimentación es un derecho interdependiente. Su realización es concurrente con la garantía de los derechos civiles y políticos, los derechos colectivos y los demás derechos económicos, sociales y culturales. Entre ellos, el derecho al agua, en cada una de sus dimensiones.

Así, la disponibilidad de alimentos suficientes, seguros e inoocuos depende de la disponibilidad y el acceso al agua necesaria por parte de los productores rurales. De igual manera, está sujeta a la sostenibilidad del recurso hídrico, de manera que las aguas sean preservadas del uso y la apropiación indiscriminados y de la contaminación. También está sujeta a la calidad del agua empleada en el procesamiento y la transformación de alimentos.

Un requerimiento adicional para hacer efectivo el derecho a la alimentación es reconocer que, sin excepción, cada una de sus dimensiones se realiza en relaciones concretas entre multiplicidad de actores, públicos y privados. Actores que participan en los procesos de producción, transformación, distribución, comercialización y consumo integrantes de la cadena alimentaria, y también actores vinculados a los procesos de generación, distribución y uso del agua; o, en su defecto, actores que por acción u omisión vulneran o restringen el derecho al agua.

En adición a los requerimientos antes mencionados, el derecho a la alimentación solo es efectivo cuando hay seguridad o certeza de que dicha dinámica será estable y sostenible en el futuro, y no surgirán riesgos que la pongan en cuestión.

Mientras la seguridad alimentaria se resuelve mediante la estabilidad o la certeza en el suministro o la disponibilidad, el acceso físico y económico y el consumo, la seguridad nutricional se juega, en mayor medida, en las órbitas del consumo y el aprovechamiento. De forma complementaria, toda situación de inseguridad alimentaria tiende a provocar inseguridad nutricional; máxime, en aquellos casos donde se restringen la cantidad mínima esencial, la regularidad y la sostenibilidad

en el suministro, la calidad o el acceso físico o económico al agua apta para el uso personal y doméstico⁷⁰.

La falta estacional o transitoria de alimentos por un periodo invernal prolongado, por sequía o por el colapso de la función de abastecimiento de la ciudad; la pérdida de poder adquisitivo por prácticas monopólicas en la fijación de los precios o el cambio de empleo; la desigual distribución de raciones de alimentos entre los miembros de la familia, por la discriminación en nombre del género o de la edad; el desperdicio de alimentos y la pérdida de nutrientes por la manipulación o la preparación inadecuadas, o el precario aprovechamiento como consecuencia de infecciones intestinales u otros problemas de salud son tan solo algunas de las situaciones que tornan incierta la realización del derecho, y pueden derivar en una situación de inseguridad alimentaria o nutricional de la ciudad y los ciudadanos.

La distribución desigual de recursos, capacidades y oportunidades da lugar a diferentes posiciones sociales. De acuerdo con la posición que ocupan los individuos, las familias, los hogares y las localidades, están expuestos a diferentes factores de deterioro o amenazas de todos los antes descritos, y de distinta manera; por la misma razón, también varía su vulnerabilidad y su capacidad de hacerles frente y superarlos o neutralizarlos⁷¹.

De allí que la seguridad alimentaria y nutricional se erija en el eje ordenador de la política pública para la defensa, la protección y la promoción del derecho a la alimentación en el Distrito Capital.

70 NACIONES UNIDAS, COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS. El derecho a la alimentación. Informe preliminar preparado por Jean Ziegler, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos. Documento A/56/210, 2001.

71 DIDERICHSEN, F.; EVANS, T. y WHITEHEAD, M. "Bases sociales de las disparidades en salud". En: Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A. y Wirth, M., Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud / Fundación Rockefeller, Washington, D. C., 2002, pp. 13-25.

3 Operación del PIC

Operación del PIC

*Autores: Profesionales de la Dirección de Salud Pública, SDS
Adaptación: Patricia Elena Ramírez Montenegro*

La organización y desarrollo de las acciones colectivas de salud pública se realiza mediante tres componentes:

- Gestión de la salud pública en territorios sociales.
- Operación en ámbitos de vida cotidiana: familiar, escolar, comunitario, laboral, institucional e IPS.
- Vigilancia en salud pública.

Esta organización busca responder a los principios de equidad, integralidad de las acciones, transectorialidad y territorialidad de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, y establecer procesos de salud pública en las localidades, en el marco del modelo de atención integral e integrada con enfoque familiar y comunitario, desde la Estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada.

Como se define en el marco conceptual, los avances en la construcción de propuestas de intervención de cada uno de estos componentes responden a las necesidades sociales de la población del Distrito Capital que se identificaron en los territorios a partir de los ejercicios de análisis de situación de salud (ASIS), que conllevan la construcción de diagnósticos locales, la definición de núcleos problemáticos y temas generadores, y el análisis interinstitucional y con la comunidad sobre las propuestas de trabajo para abordar los determinantes sociales de la salud, desde las competencias del sector salud y con las propuestas integrales de trabajo construidas con otros sectores.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD Y DE CALIDAD DE VIDA

El análisis de la situación de salud (ASIS) es considerado como el insumo básico para la toma de decisiones en el sector salud, porque conocer y comprender la complejidad en la que se desarrollan los procesos de salud, enfermedad y calidad de vida de las poblaciones permite la planeación adecuada y pertinente de intervenciones desde el Estado y la misma comunidad.

Con esa perspectiva, el ASIS recoge una serie de procesos sistemáticos que permiten caracterizar, medir y explicar el proceso salud-enfermedad del individuo, las familias y las comunidades. Es un instrumento que genera una mirada comprensiva de las diversas dimensiones del proceso salud-enfermedad en Bogotá, como insumo para orientar la construcción de políticas que se desarrollan a través de acciones concretas con ordenadores definidos, sectoriales e intersectoriales, que contribuyen a modificar la situación de salud de los individuos, la familia y la comunidad, traducido ello en bienestar.

Así mismo, es una de las funciones esenciales de salud pública definidas por la Organización Panamericana de la Salud, y, por lo tanto, adoptada en la Secretaría Distrital de Salud, como ente rector de la salud en Bogotá, a la cual le corresponde desarrollar este proceso con el fin de que pueda ser utilizado en la toma de decisiones políticas y técnicas y para el conocimiento y la movilización de las comunidades.

Desde el enfoque de derechos y reconociendo que, tal como lo plantea el análisis de determinantes sociales, la salud es una producción histórica donde las enfermedades son el resultado de las interacciones sociales, biológicas, culturales y políticas de los individuos y las colectividades, el centro de análisis del ASIS son las personas que comparten un mismo territorio, inmersas en unas dinámicas y posiciones sociales que permiten expresar distintos grados de vulnerabilidad.

El principal propósito de este ejercicio es desarrollar el proceso de análisis a través de distintas fases metodológicas que permitan identificar inequidades en salud y sus determinantes, como insumo para la construcción de intervenciones costo-efectivas más integrales, articuladas con otros sectores, con el fin de mejorar las condiciones de salud y de vida del individuo, la familia y la comunidad.

También busca identificar, analizar, comprender y medir los factores determinantes de la salud en Bogotá, buscando avanzar en la reducción de brechas y situaciones intolerables, aplicar con equidad los recursos sociales que contribuyan a modificar las condiciones de vida de las poblaciones y fortalecer el modo de gestión de los servicios de salud.

De este modo, se considera incluir en el ASIS la identificación de situaciones de vulnerabilidad, porque los conceptos de vulnerabilidad y de territorio se interrelacionan fuertemente: ambos rescatan las capacidades y las potencialidades de los individuos y las poblaciones, no como objetos a los cuales hay que proteger respecto a un 'factor', sino como conglomerados sociales dinámicos, con necesidades y expectativas, sujetos de derechos y agentes de transformación de su propia realidad. Por ello, es vital incorporar la participación ciudadana dentro del marco de procesos de descentralización local y énfasis en el desarrollo de intervenciones de base comunitaria.

Si bien la metodología estandarizada establece parámetros para el desarrollo continuo de los análisis de situación, también es verdad que la propia interacción entre las necesidades, las políticas, las acciones y los resultados (que son dinámicos, igualmente, por la diversidad de la población donde se aplican), hace necesario que la metodología tenga unas características que les permitan a los actores sociales de los niveles territoriales la adaptación de la metodología y del análisis a las condiciones de cada lugar, momento y población sobre la cual se aplique.

La metodología ASIS se organiza según fases y pasos, que guardan coherencia secuencial. Se entiende que a medida que avanza el ejercicio se ajusta la construcción previa. Los pasos, a su vez, organizan las actividades por desarrollarse en cada fase.

1. Primera fase: preparación

Comprende la definición de alcances del ejercicio territorial, local y distrital. Constituye el inicio del proceso de gestión de la información con la identificación de actores y fuentes. De esta manera se inicia un trabajo progresivo y flexible de definición que podrá ser ajustado en la medida en que se obtenga retroalimentación en cada fase sucesiva.

En esta fase se identifican espacios, actores sociales y fuentes de información para el desarrollo del análisis y se consolida un inventario donde se describa el plan de abordaje de esos escenarios, sus actores y los mecanismos para captar la información. Dentro de las fuentes de información deben considerarse los diagnósticos distritales y locales del año inmediatamente anterior y de los años anteriores a este, si resulta necesario revisar tendencias en el tiempo, así como los diferentes informes epidemiológicos y las fuentes cualitativas.

2. Segunda fase: búsqueda y uso de la información

En esta fase debe entrarse en pleno al proceso de gestión de la información. Pueden hacerse modificaciones a los listados y los inventarios obtenidos en la primera fase, cuando las condiciones técnicas y los factores inesperados lo hagan necesario para obtener la información. Previamente a identificar la información en cuanto a su naturaleza, su alcance, su periodicidad y la metodología para su sistematización, se pueden establecer mecanismos, como matrices, que permitan mantener actualizada y disponible la información.

Con el fin de estandarizar los procesos se pueden construir flujogramas de captura de información y procesamiento de esta, y así garantizar un cierto grado de depuración en el momento de que sean un insumo para el análisis. La información puede ser de tipo cuantitativo o cualitativo, para cuyo estudio resultan de utilidad las unidades de análisis que deben implementarse dentro del sector, con otros sectores y con la comunidad.

3. Tercera fase: análisis de la información

Corresponde a la concreción de los resultados del ASIS, y tiene como fin el diseño y la implementación de un plan de análisis a escala tanto distrital como local y territorial, a partir del enfoque de la determinación social.

Los equipos ASIS deben ajustar y ejecutar el plan previamente definido y plasmar sus resultados en documentos de avance del ASIS en las localidades y los territorios GSI que le correspondan.

En el análisis se integran los métodos cualitativos y cuantitativos, que surgen del extenso proceso de constitución y afianzamiento de la ciencia social, donde, reconociendo la complejidad de su objeto de estudio, se busca lograr un mayor cono-

cimiento de la intrincada, plural y multifacética realidad humana, y, con ello, producir descripciones o cuantificaciones, comprensiones o explicaciones, críticas o legitimaciones, válidas, precisas y fiables de la realidad.

4. Cuarta fase: divulgación

Esta fase tiene como fin dar a conocer a los actores involucrados en el análisis de situación de salud, los hallazgos y las interrelaciones que corresponden a la localidad y los territorios que la integran, con el fin de obtener su retroalimentación, realizar los ajustes pertinentes y enriquecer el proceso con aspectos que requieran desarrollos o profundización, ya sea por su pertinencia social o por la necesidad de intervención de las posibles problemáticas y necesidades encontradas.

PRIMER COMPONENTE DEL PIC: GESTIÓN DE LA SALUD PÚBLICA EN TERRITORIOS SOCIALES

Referentes conceptuales

La gestión local de la salud tiene como fin principal la gestión de las políticas públicas para la calidad de vida y la salud en territorios sociales locales, y se fundamenta en un enfoque promocional de calidad de vida y salud dentro del marco de los derechos humanos. Se la define como un proceso dinámico que planea, articula, coordina y genera conocimiento y movilización social para posicionar las políticas públicas distritales que promueven la calidad de vida y la salud en el ámbito local, a través de propuestas transectoriales y participativas que se orienten a generar procesos de transformación de la determinación social de la salud.

El Ministerio de la Protección Social de Colombia define la gestión de la salud como un conjunto de procesos relacionados con la planificación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de las acciones en salud pública, así como la movilización de actores y de recursos para el logro de las metas propuestas fortaleciendo la acción interinstitucional e intersectorial y la construcción de alianzas estratégicas, así como la modulación de las relaciones entre los diferentes actores y sectores, en pro de la salud pública⁷².

72 Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá, D. C., 2007.

Sin embargo, como la afectación de los determinantes sociales de la salud es competencia de muchos sectores y actores, en la Secretaría Distrital de Salud ese concepto se amplía al desarrollo y la implementación de políticas públicas para la salud, y no solo a las acciones de salud pública.

En tal sentido, este componente del PIC de Bogotá pasa a jugar un papel preponderante en la construcción y el apoyo al desarrollo, el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas para la salud.

Las políticas públicas, en calidad de directrices, se incorporan a la vida cotidiana y determinan el rango de opciones donde las instituciones y los individuos pueden actuar. Su compromiso sobre las decisiones personales, sobre el acceso a los recursos y sobre el ambiente las convierte en uno de los factores más influyentes sobre la salud de las personas⁷³.

Tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social, pero mientras las primeras corresponden a un concepto amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas sobre cómo manejar los asuntos públicos o las situaciones socialmente problemáticas. Son un medio para dar respuesta a una problemática social específica⁷⁴.

Aunque hay muchas tendencias en cuanto a la formulación de políticas públicas, la SDS de Bogotá ha adoptado como definición que las políticas públicas son flujos de información y cursos de acción relacionados con un objetivo público definido de forma democrática. Esta definición incorpora el papel de los ciudadanos como protagonistas en la construcción de políticas públicas y en la consecución de los objetivos políticos definidos en las esferas de decisión social. Son aquellas directrices establecidas para afectar positivamente los determinantes de la salud, construidas con participación social, que se incorporan de forma específica a la práctica social con el carácter de norma.

Sin embargo, no es suficiente el planteamiento de las políticas, sino que estas deben operarse, y para ello es necesario un proceso de gestión para posicionarlas técnica y socialmente. La interdependencia entre la formulación y la ejecución de las políti-

73 MILIO, Nancy. Promoting health through public policy, Canadian Public Health Association, Ottawa, 1989.

74 GRUPO DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD. Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, 2008.

cas es lo que determina la principal función del componente de gestión de la salud pública en territorios sociales, cuyo papel es coordinar, mantener y estimular una relación entre ambas prestándole al proceso global una visión integral. La implementación no es función del componente, pues dicho proceso se da en los desarrollos del componente de ámbitos de vida cotidiana del PIC; sin embargo, sí es función de gestión de la salud pública asegurar que el desarrollo de las acciones responda realmente a las necesidades sociales y esté articulado con todos los demás procesos de la política.

Los determinantes sociales de la salud suelen ser, principalmente, extrasectoriales, por lo cual su afectación debe desarrollarse de manera interdisciplinaria y transectorialmente. Por tal razón, la gestión de políticas para la salud debe incluir la participación activa de todas las instancias involucradas y de los afectados, y existe solo cuando se evidencian la presencia y la implicación activa y propositiva de las instituciones de gobierno y de la ciudadanía, su percepción objetiva de la magnitud del problema o situaciones socialmente problemáticas, y define objetivos, procesos y acciones comunes.

Según este planteamiento, la política pública existe cuando las instituciones estatales o locales se apropian de su responsabilidad de alcanzar los objetivos deseados frente a una problemática que aqueja a toda la sociedad. Desde la SDS se ha definido que el diseño y la operación de políticas públicas se basa en la EPCVS, que se articula intersectorialmente en el ámbito distrital a través de la gestión social integral buscando abordar los determinantes sociales de las problemáticas que afectan la calidad de vida y la salud.

La GSI propone una puerta de entrada para poner en escena el proceso de construcción colectiva de conocimiento para una gestión territorial, y formular propuestas colectivas, participativas y asociativas de desarrollo local.

Por otro lado, la gestión aporta al cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública; particularmente, a la función de Desarrollo de Políticas y Capacidad Institucional de Planificación y Gestión en Salud Pública, que define como indispensable el desarrollo de los siguientes procesos:

- Definición de objetivos de salud pública en todos los niveles que sean mensurables y consistentes con un marco de valores que favorezcan la equidad.

- Desarrollo, monitoreo y evaluación de las decisiones políticas en salud pública a través de un proceso participativo que sea coherente con el contexto político y económico en el cual estas se desarrollan.
- Generación de capacidad institucional para la gestión de los sistemas de salud pública, incluyendo planificación estratégica, con énfasis en los procesos de construcción, implementación y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.
- Generación de información y desarrollo de competencias para la toma de decisiones, basada en evidencia, incorporando su planificación y su evaluación, la capacidad de liderazgo y la comunicación efectiva, el desarrollo organizacional y la gestión de recursos.

Definición del componente y alcance

La gestión de la salud pública en territorios sociales se define como un proceso dinámico que planea, articula, coordina y genera conocimiento y movilización social para posicionar la Política Distrital de Salud en el ámbito local, a través de propuestas transectoriales y participativas que afecten positivamente los determinantes de la salud.

Cumplir con dichos compromisos constituye un reto permanente en la planeación y en el quehacer propio de la Secretaría Distrital de Salud, en tanto que se enfoca en aportar a la construcción de una gestión transectorial y territorial en cada una de las localidades del distrito Capital.

Por lo anterior, a través del PIC el componente de Gestión de la Salud Pública en Territorios Sociales actúa integradamente y en unidad con el nivel central de la SDS, las ESE y todas las instituciones e instancias locales promoviendo el reconocimiento de las particularidades territoriales y poblacionales para trabajar de manera articulada dentro del marco de la formulación, la implementación, el seguimiento y la evaluación de políticas públicas por la calidad de vida y salud⁷⁵. Desde los desarrollos de este componente se coordina la articulación con el macroproceso distrital de GSI⁷⁶.

75 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Plan de Desarrollo Bogotá Positiva: Para vivir mejor 2008-2012. Artículo 6.

76 MOLINA A., Nancy y DE NEGRI F., Armando. Informe Final. Diseño y ejecución de un Programa de Educación continuada para el desarrollo de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en grupos de trabajadores informales, Universidad Nacional de Colombia-Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, D. C., 2007.

La gestión local de las políticas públicas por la calidad de vida y la salud tiene diferentes niveles de actuación a escala distrital y local, en los ámbitos y los territorios. Del grado de articulación, coordinación y complementariedad entre dichos niveles va a depender la construcción de la respuesta social e institucional integral, un proceso de aproximaciones sucesivas que debe estar sustentado en un enfoque metodológico flexible, adaptable a cada situación, que permita el abordaje de tareas específicas, que promueva la participación y la discusión para hacer evidentes los disensos y los consensos, que apoye la negociación y la concertación entre los actores sociales creando puntos de encuentro para la acción.

Retos, metas y respuestas desde el PIC

De acuerdo con el análisis de los aspectos identificados en el transcurso del PIC en Bogotá, se han podido ubicar los siguientes núcleos problemáticos para el componente de Gestión de la Salud Pública en Territorios Sociales:

1. Bajo posicionamiento de las acciones que se deben desarrollar para el abordaje de los determinantes de la salud en los espacios políticos de análisis y la toma de decisiones locales.
2. Baja participación de los otros sectores a escala local, en relación con la articulación del análisis de los diferentes problemas y las respuestas integrales.
3. Debilitamiento de los diferentes procesos de salud pública en algunas ESE.
4. Insuficiente articulación interna en las ESE para responder de manera oportuna a las necesidades desde la estrategia de GSI.

A partir de esa lectura, el PIC se propone, como objetivo principal del componente, incidir en las decisiones públicas del gobierno local y en las respuestas institucionales y transectoriales, para abordar los determinantes sociales que afectan la garantía del derecho a la salud y la calidad de vida de las personas promoviendo respuestas integrales con base en las estrategias EPCVS y GSI, a través de los siguientes objetivos específicos:

- Monitorear los productos y los resultados de las acciones incluidas en el componente e identificar su aporte en el cumplimiento de las metas distritales de salud y en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población por territorios sociales proponiendo estrategias para su fortalecimiento en los planos distrital y local.

- Coordinar el desarrollo de respuestas sectoriales en salud para los territorios de la ciudad, que aporten a las respuestas integrales transectoriales.
- Desarrollar procesos de construcción de conocimiento con la participación amplia de diferentes actores sociales, para analizar la determinación social de la salud y la calidad de vida con enfoque poblacional, identificando necesidades, inequidades y déficit de respuestas en territorios sociales, como base para la toma de decisiones y para orientar la planeación local e institucional.
- Participar activamente en la construcción y la implementación de políticas públicas en lo local y territorial, que promuevan la calidad de vida y la salud, coordinando o apoyando, según responsabilidades, la operación de estas a través de sus planes de acción y gestión de respuestas desde las mesas, las redes, los consejos o los comités intersectoriales.

Para alcanzar los objetivos planteados, la gestión local de la salud pública define tres procesos centrales para su desarrollo:

1. La coordinación general del componente.
2. El posicionamiento de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.
3. El fortalecimiento del trabajo intersectorial y el monitoreo de las acciones locales para la incorporación de la EPCVS en las localidades del Distrito Capital.

Todos ellos son procesos que deben operarse de manera articulada en la gestión del componente, la construcción del conocimiento y el posicionamiento de las políticas públicas para la salud.

SEGUNDO COMPONENTE DEL PIC: ÁMBITOS DE VIDA COTIDIANA

Los ámbitos de vida cotidiana constituyen el segundo componente operativo, desarrollo conceptual de la Secretaría Distrital de Salud desde la EPCVS, con base en la comprensión teórica de los territorios sociales como una construcción social que trasciende el espacio físico.

Tanto el componente de gestión local de la salud como el de vigilancia en salud pública (VSP) tienen un papel preponderante en el tema de orientar las intervenciones para afectar positivamente los determinantes de calidad de vida y salud de la población. El componente que opera las acciones sobre los grupos poblacionales

o los individuos es el de la operación en ámbitos de vida cotidiana, sin olvidar que en algunos eventos la vigilancia en salud pública realiza también intervenciones directas a las personas.

Los ámbitos se refieren a las propiedades de los entornos donde las personas viven y se desarrollan⁷⁷; se trata de los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana, donde las personas tejen interacciones: espacios de vida familiar (familia), espacios productivos (laboral), espacios de vida de los escolares (escuela), espacios públicos (comunitario), institucional (espacios de protección y rehabilitación) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), entre otros.

El ámbito opera en el territorio social donde transcurre la vida cotidiana de los sujetos, producto histórico y social donde se dan intercambios simbólicos y culturales, prácticas de producción y de consumo que determinan la formación de subjetividades; existen formas de ser niño, joven, adulto o persona mayor; todas ellas, acordes con las condiciones en las que transcurre la vida.

En ese territorio se desarrollan, se producen y se reproducen los determinantes sociales como una construcción social que trasciende el espacio físico y permite un acercamiento a la lectura de necesidades sociales y la articulación de sus respuestas, que apuntan a transformar las condiciones inequitativas, injustas y evitables en su interior.

El abordaje de los ámbitos, con base en la EPCVS, orienta la gestión en los territorios sociales, los procesos relacionados con la promoción y la restitución de la autonomía de las personas en el territorio y la toma de decisiones para la acción. En esa medida, implica acciones intrainstitucionales e interinstitucionales y transectoriales, aprendizaje conjunto y continuo para los diferentes actores del territorio, e incidencia en los procesos de toma de decisiones dentro de la dimensión social, con miras al logro de un posicionamiento en la dimensión política.

Así, los ámbitos de vida cotidiana, entendidos como los responsables de diseñar y operar respuestas integrales a las necesidades sociales, despliegan su hacer en las siguientes categorías:

77 Siguiendo a Bronfenrenner en Irreflexiones de un demente. Consultado el 25 de abril de 2008, en: <http://ikillyounow.blogspot.com/2008/01/modelo-ecologico-de-bronfenrenner.html>

1. Gestión del ámbito

Recoge el ciclo de analizar, planear, hacer, verificar y actuar. Incluye las acciones de coordinación técnica, administrativa y operativa del ámbito, así como los procesos de articulación de respuestas integrales, en coordinación con los componentes de gestión local de la salud y VSP. Construye colectivamente, por territorio, el análisis de la situación de salud y de calidad de vida del ámbito, y el seguimiento y monitoreo a los indicadores de proceso y de resultado.

2. Acciones de promoción de la autonomía

Se orientan hacia el fortalecimiento de procesos sociales para la construcción conjunta de la promoción y la garantía de la autonomía individual y colectiva en el territorio, por lo cual afectan los determinantes estructurales, que incluyen, a su vez, las acciones de promoción y preservación de la salud y la activación de rutas para la promoción de la salud reconociendo el contexto en el territorio.

Se plantean como acciones de esta categoría la abogacía, la organización y el fortalecimiento de la acción comunitaria (representatividad y control social), e incluyen las acciones de promoción de la salud.

3. Acciones de protección de la autonomía

Categoría de acción central que tiende a afectar determinantes intermedios y proximales con intervenciones orientadas a conservar y proteger la capacidad funcional y social de los sujetos y colectivos, para abordar las exposiciones a los riesgos. Dentro de esta categoría se despliegan las acciones de prevención primaria desde lo colectivo y lo individual (información, educación y comunicación para la salud).

4. Acciones de recuperación y restitución de la autonomía

Categoría que incide en los determinantes intermedios y proximales, dado que atiende las consecuencias de los daños con una perspectiva integral de estos (las biológicas, las psicológicas, las sociales y las jurídicas), con el fin de reorientar los servicios de salud y otros sectores. Se reconocen como acciones de esta categoría las relativas a la prevención secundaria (intervenciones de identificación precoz y tratamiento oportuno), la canalización a posibles respuestas (sectoriales, intersectoriales

u otras), el seguimiento a procesos de referenciación y acciones complementarias al Plan Obligatorio de Salud.

Los procesos para la restitución de la autonomía de los sujetos individuales y colectivos en el territorio se orientan hacia intervenciones de los PDA y transversalidades para la restitución de los derechos vulnerados, con énfasis en el derecho a la salud, que complementan los demás procesos del ámbito e incluyen las acciones de prevención y rehabilitación y la activación de rutas para la restitución de la salud, que reconozcan el contexto propio de cada territorio.

Ámbito familiar

Definición y alcance

El ámbito familiar se identifica como una representación de un territorio social, un espacio social donde transcurre la vida cotidiana de personas de diferente o del mismo sexo, con hijos o sin ellos, unidas por una relación de consanguinidad, parentesco, adopción o afecto. En él se establecen vínculos de apoyo emocional, económico, de cuidado o de afecto entre individuos que comparten de manera habitual domicilio, residencia o lugar de habitación y son sujetos colectivos de derechos.

Desde 2004 se viene implementado en el Distrito Capital un programa de enfoque familiar y comunitario que inicialmente se denominó ‘Salud a su Hogar’ y actualmente se conoce como ‘Salud a su Casa’, basado en la APS y orientado desde la EPCVS. La implementación de este programa se inició en territorios específicos, de mayor vulnerabilidad, como una acción que se requería de manera urgente para tratar de adelantar acciones en ejercicio del principio de equidad.

Actualmente el programa se ha constituido en la puerta de entrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y busca organizar la respuesta del sector salud y otros sectores ante las necesidades identificadas en las familias que hacen parte de él.

La operación de Salud a su Casa recoge las directrices nacionales de la Política de Familia (Ley 1361 de 2009), y, de manera particular, directrices distritales, como la Política Pública por la Garantía de los Derechos, el Reconocimiento a la Diversidad y la Democracia en las Familias, emitida por la Alcaldía Mayor de Bogotá para el período 2004-2008, y actualizada en 2010.

En Bogotá, la política pública para las familias se formuló contemplando la obligación del Estado de trabajar en el reconocimiento, la garantía y la restitución de los derechos, tanto de los sujetos integrantes de la familia en su esfera individual como de las familias en su calidad de sujetos colectivos y escenario fundamental de socialización del ser humano, con capacidad para transformarse y transformar su entorno y la sociedad.

Referentes conceptuales

La familia es una forma de asociación humana, voluntaria o necesaria, con funciones sociales, políticas y económicas, y de la cual resulta la conformación de unidad doméstica, lo que implica compartir vivienda, alimento, intimidad, sexualidad, afecto y cuidado mutuo. Representa el espacio inicial de aprendizaje y construcción de la vida social de las personas, por lo cual, define el destino de sus miembros y el carácter de la sociedad en su conjunto. Puede reproducir solidaridad y relaciones afectivas de libre elección, o injusticias y formas de dominación, y contribuir o no al cambio social para la construcción de una sociedad justa y democrática.

Esta concepción de familia la define como un escenario de relaciones de afecto, jerarquía y poder, entre otras, pero también, de vínculos, donde ocurre una inevitable convivencia intergeneracional que supone la importancia de reconocer y atender no solo las necesidades diferenciadas de los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo vital, sino también, la complejidad y la multiplicidad de estructuras y configuraciones familiares habitualmente identificadas como aquellas de carácter emergente⁷⁸.

Mejorar la calidad de vida implica, dentro de las opciones de cada persona o de la familia, tener las oportunidades necesarias para ampliar libertades y desarrollarse libre y razonablemente, no solo con un mínimo de condiciones de vida (superar las enfermedades, la desnutrición, el analfabetismo, la pobreza, la inseguridad), sino garantizando derechos como la educación, el empleo formal, la vivienda digna, el ambiente sostenible y saludable.

Con la perspectiva integral e interdependiente de los derechos humanos, la construcción de los proyectos de vida no depende únicamente de los ingresos, de las capacidades materiales y del crecimiento económico reportado en cifras: las opcio-

78 Política Pública para las Familias en Bogotá, 2010.

nes de vida, como máxima representación de las libertades políticas, sociales y culturales de los individuos y de las familias, se constituyen también en aspectos determinantes para garantizar la construcción de autonomías a partir del reconocimiento y la aceptación del otro, sin dar lugar a discriminaciones por diferencias de religión, cultura, sexo, raza, género o condición social.

Garantizar los derechos de las familias supone identificar determinantes sociales que afectan sus dinámicas, las ponen en situaciones de desprotección y, a la postre, afectan su función social. Este reconocimiento debe permitir reconocer el derecho de las personas a conformar su familia de acuerdo con el desarrollo de sus autonomías y libertades, como también, identificar en la familia los procesos de constitución de subjetividades y el reconocimiento de las diferentes formas de expresión y desarrollo de la persona.

Asumir este enfoque implica acoger sus tres principios esenciales: diversidad, igualdad y equidad, para lo cual se asume el concepto de familia propuesto en la política pública de las familias del Distrito Capital: organizaciones sociales construidas históricamente, constituidas por personas que se reconocen y son reconocidas en la diversidad de sus estructuras, arreglos, formas, relaciones, roles y subjetividades.

Tipos de familias, características y funciones

Durante el último siglo se registraron aceleradas revoluciones⁷⁹ en los sistemas familiares, que imprimieron una rápida dinámica de transformación en sus relaciones, sus estructuras y sus funciones⁸⁰.

Uno de los cambios históricos más relevantes en las sociedades contemporáneas, con profunda incidencia en las dinámicas familiares, es la transformación en las relaciones de género y entre generaciones.

Las realidades sociales derivadas de los cambios contemporáneos dan lugar a lo que se reconoce como la diversidad de las familias, un concepto que involucra un sinnúmero de prácticas sociales, las cuales hacen visibles otras estructuras, arreglos y formas de hacer y vivir las familias. Esto hace indispensable redefinir tanto los refe-

79 Estas revoluciones, en su mayoría, están dadas por el cambio en las estructuras de poder en el interior de la familia, dadas, por ejemplo, ante la conversión de la mujer en proveedora del hogar, el aumento de la unión libre y la reducción del tamaño de la familia.

80 PUYANA, Y. y RAMÍREZ, M. Familias, cambios y estrategias. Bogotá, D. C., 2007.

rentes conceptuales como los marcos analíticos desde los que se intenta comprender la condición de las familias contemporáneas, pero también se vuelve herramienta de análisis el ciclo de vida familiar, definido a partir del número de posiciones en el seno del grupo doméstico, la distribución de las edades, la modificación de roles.

Con esta perspectiva, un acontecimiento de alta significación para el individuo, como el nacimiento del primer hijo, demanda la redefinición de roles y funciones, y genera a la familia un aprendizaje y unos ajustes que la preparan para el nacimiento de nuevos hijos.

Otra clasificación hace referencia a la forma como las familias se estructuran de acuerdo con quien ejerce la jefatura del hogar y su reconocimiento social, o por el tipo de orientación sexual que se asuma.

Reconocer a las familias como una de las organizaciones sociales fundamentales que responden a un devenir histórico y cultural conlleva la necesidad de reconocer su diversidad. Ello implica una lectura heterogénea de su estructura y de su composición, que visibilice su heterogeneidad y la riqueza de su complejidad⁸¹.

Tabla 2. Ciclo familiar

Etapas	Desde	Hasta
Formación.	Conformación de la pareja.	Nacimiento del primer hijo.
Crecimiento.	Nacimiento del primer hijo.	Inicio de la adolescencia del primer hijo.
Ajuste o conciliación.	Inicio de la adolescencia del primero hijo.	Finalización de la adolescencia del primer hijo.
Apertura.	Inicio de la juventud del primer hijo.	Salida del primer hijo.
Contracción.	Salida del primer hijo.	Ausencia definitiva del primer cónyuge.
Disolución.	Ausencia definitiva del primer cónyuge.	Muerte del segundo cónyuge.

Fuente: Elaboración de la Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud.

Con esta perspectiva general, es un objetivo de la política pública distrital consolidar a las familias como agentes garantes de los derechos de sus integrantes, sujetos titulares de derechos colectivos, formadoras de las vivencias de la democracia y unidades de agencia de las capacidades individuales y colectivas, lugar de construcción

81 Política Pública para las Familias en Bogotá, 2010, p. 22.

de la autonomía y de la participación y, por lo tanto, referente en la formulación de políticas públicas y de los planes de desarrollo.

Análisis de la situación de salud

Bogotá concentra el 16,4% del total de la población del país, con 6.778.691⁸² habitantes (de los cuales el 53% son mujeres), distribuidos en 1.978.528⁸³ hogares⁸⁴; es decir, la densidad promedio por hogar es de 3,4 individuos. Del total de hogares en Bogotá, el 5% se considera pobre, por cumplir con al menos uno de los indicadores del Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). La variable que más peso tiene en este caso es la de hogares con hacinamiento crítico (2,6%).

Por otra parte, el coeficiente de Gini, que normalmente se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos, tiene un valor promedio de 0,59 para Bogotá, pero tiene valores más cercanos a 1⁸⁵ (o sea, de mayor desigualdad) en las localidades de Santa Fe (0,6) y Usaquén (0,59).

En términos de la clasificación de la población, respecto a la encuesta del Sistema de Identificación para Potenciales Beneficiarios de los Programas Sociales (SISBEN), el 16,2% de los habitantes de la ciudad se encuentra en el nivel 1 de la población; el 24,4%, en el nivel 2, y el 22,2%, en el nivel 3. Es decir, 4.285.176 personas se encuentran entre los niveles 1 y 3 del SISBEN.

El programa Salud a su Casa (SACS) ha realizado una encuesta de caracterización de las familias inscritas hasta 2010, que corresponde, aproximadamente, a 523.800 familias, con 1.701.078 individuos (de los cuales 6.185 corresponden al área rural). Estas familias están en las zonas de condiciones de vida más vulnerables de las localidades de la ciudad y pertenecen a los niveles 1 y 2 del SISBEN.

82 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, DANE. Censo de la República de Colombia 2005. Bogotá cuenta con 7.035.155 hogares, según la Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007.

83 DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, DANE-SDP. Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007.

84 Nótese que hace referencia a hogar, y no a familias.

85 1=total desigualdad.

De la información recolectada y capturada⁸⁶ se ha establecido que de las familias caracterizadas, el 53% de sus integrantes son mujeres⁸⁷; que 753 de esas familias viven en condición de indigencia (el 42% en Suba, Bosa y Usme); que 2.573 familias están en proceso de reinserción del conflicto armado (el 50% de estos en Suba y Usme); que 32.524 individuos se encuentran en condición de desplazamiento (de ellos, el 5% pertenece a alguna etnia); que 434 personas son menores abandonados (Engativá, Suba y Usme son las localidades más afectadas, con el 50% de estos menores); que el 0,7% pertenecen a algún grupo étnico, y del total de los individuos caracterizados el 3,5% son analfabetas totales. Respecto a la distribución etaria de los individuos de las familias caracterizadas, el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 27-44 años, seguido del grupo de 19-26 años.

Tabla 3. Distribución etaria de la población incluida en el Programa SASC 2010

Grupos de edad	Porcentaje
Menor de 1 año	0,5
01-05 años	7,8
06-09 años	8,1
10-14 años	10,6
15-18 años	8,2
19-26 años	15,2
27-44 años	25,9
45-59 años	14,7
60 y más años	9,1

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Análisis de Situación de Salud por localidad 2010. Bogotá, 2011.

Respecto al componente de vivienda, se puede decir que el 70,5% de las viviendas donde vive la población sujeto de SASC son casas; el 13,1%, apartamentos, y el 5,8%, piezas. El 7% de este tipo de viviendas se han calificado como viviendas inadecuadas, el 3% no tiene servicio sanitario conectado al alcantarillado

86 Puede ser consultada en documentos de Análisis de Situación de Salud por localidad, desarrollados en 2010, y ampliada en: http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Lineamiento_%C3%A1mbito_familiar#Parte_II:_An.C3.A1lisis_de_situaci.C3.B3n_de_salud.2C_n.C3.BAcleos_problema.C3.A1ticos_y_temas_generadores_del_.C3.A1mbito_familiar.

87 Cifra equiparable al porcentaje de mujeres de todo el distrito: 53%.

(concentrado eso, en su mayor parte, en Chapinero y Ciudad Bolívar) y el 1% no tiene servicio de energía.

De las viviendas ubicadas en los microterritorios SASC, 147.756 tienen algún tipo de riesgo ambiental: sismos (43%), remoción en masa (31%), inundaciones (23%) e incendios (2%); condiciones inadecuadas de aseo e higiene en la cocina (7,4%) y el baño (8,5%); el 9,5% de familias viven en condiciones de hacinamiento, y el 2,1% dan usos adicionales al dormitorio.

En cuanto a factores relacionados con la seguridad alimentaria, se ha identificado que en el 13% de las familias algún miembro dejó de recibir alimentos por falta de dinero, y al 12% de los menores de 5 años le disminuyeron la cantidad de alimentos por la misma razón.

Lo señalado anteriormente y las interacciones entre unos y otros factores modulan la situación y las tendencias de algunos de los eventos de interés en salud pública, que son de notificación obligatoria para efectos de vigilancia epidemiológica: el 4% de las familias caracterizadas (19.745) han presentado algunos eventos de interés en salud pública. Entre los eventos más comúnmente reportados por los encuestados se encuentra que: el 40,5% corresponde a hospitalizaciones por enfermedad respiratoria aguda; el 14,9%, a embarazos complicados; el 11,6%, a accidentes en el hogar; el 11,1%, a hospitalizaciones por enfermedad diarreica aguda; el 3,9%, a muertes de menores de 5 años; el 6,5%, a nacimientos prematuros; el 1,4%, a muertes maternas, y el 10,1%, a eventos de salud mental.

Metas y retos desde el PIC

Con el análisis de la información, desde las caracterizaciones a las familias más los procesos de lectura participativa de necesidades en los núcleos de gestión de la salud en microterritorios SASC de las localidades, se definieron los siguientes núcleos problemáticos del ámbito familiar:

1. Falta de reconocimiento de la familia como entorno natural donde se establece por primera vez el comportamiento y se originan condiciones, cultura, valores y normas que permiten a sus integrantes la toma de decisiones saludables.
2. El desconocimiento de las diferencias entre los miembros de las familias, en términos de ciclo vital, subjetividades y proyectos de vida, lo cual condiciona relaciones de poder asimétricas que, a su vez, limitan el ejercicio de la autonomía.

3. Desconocimiento de la heterogeneidad y la diversidad cultural de las familias, de sus identidades, y falta de oportunidades para construir ciudadanía, lo cual profundiza las inequidades en las condiciones de vida.
4. Condicionamiento del programa SASC al modelo propuesto en el Sistema General de Seguridad Social, lo que limita el acceso de las familias a los servicios, por su pertenencia al sistema de aseguramiento.
5. Profundización de un modelo de individualización que afecta los lazos de solidaridad entre las familias y la búsqueda de alternativas a las necesidades comunes, en una constante negación del otro.
6. Poca continuidad en los esfuerzos y recursos (humanos, financieros) invertidos en el mejoramiento de las condiciones ambientales.

Aportar al mejoramiento de la calidad de vida y la salud de las familias mediante respuestas integradas e integrales que afecten positivamente los determinantes sociales y promuevan el ejercicio de sus derechos es el objetivo principal del ámbito, y ello debe hacerse a través de procesos de ciudadanía en salud, entornos y prácticas protectoras de la salud y la calidad de vida, y acciones afirmativas de restitución social de derechos de las familias del Distrito Capital.

Para alcanzar tal objetivo se plantea el desarrollo de unas respuestas integradoras, que respondan a los siguientes objetivos específicos:

- Identificar y comprender la situación de salud y de calidad de vida de las familias a partir de una lectura integral de necesidades, con participación de las familias en los microterritorios, con perspectiva de ciclo vital y familiar que aporte a la construcción de conocimiento social.
- Diseñar e implementar respuestas integradas e integrales desde el Sector Salud y otros sectores, con participación social, que permitan avanzar en la afectación positiva de los determinantes sociales.
- Promover la participación social de las familias en los procesos propios del ámbito para fortalecer su capacidad de movilización social, y que incidan en la afectación positiva de los determinantes de salud y de calidad de vida, y así favorezcan el ejercicio de sus derechos.
- Promover en la familia una cultura democrática que favorezca relaciones protectoras en su interior y hacia sus redes primarias.
- Realizar procesos de gestión integral que permitan el seguimiento, el monitoreo y la mejora continua del desarrollo del programa.

Ámbito escolar

Definición y alcance

Por ámbito escolar se entienden aquellos espacios sociales institucionalizados que poseen una organización y una dinámica propias, y que tienen la función social de educar a los ciudadanos y las ciudadanas en las diferentes etapas del ciclo vital. El ámbito escolar es un escenario potencial para la integración de políticas públicas y programas de promoción de la calidad de vida, por tratarse de un espacio social donde confluyen familias, redes de servicios, necesidades sociales y propuestas de desarrollo integral para la infancia y la juventud.

Atendiendo a las distintas etapas de ciclo, el ámbito escolar desarrolla acciones propias del PIC en tres escenarios: jardines infantiles, escuelas/colegios e instituciones de educación superior, según los principios que definen la UNESCO y la OPS para el modelo de Instituciones Educativas Promotoras de Salud, que se definen al concertar y desarrollar intersectorialmente procesos que permitan a las comunidades educativas del Distrito fortalecer una cultura de la promoción de la calidad de vida, a través de respuestas integrales en la gestión, la promoción, la preservación y la restitución de la autonomía individual y colectiva de la población escolar⁸⁸.

El modelo Instituciones Educativas Promotoras de Salud se estructura a partir de seis elementos esenciales y tres estrategias de acción que garantizan la promoción integral de la salud escolar:

1. Políticas escolares saludables

Se las define con claridad en documentos o en prácticas generalmente aceptadas que promuevan la salud y el bienestar; por ejemplo, las que facilitan que en la escuela se prepare comida sana, o las que expresan su rechazo al acoso y al hostigamiento en las instituciones educativas.

2. El entorno físico de la institución educativa

Se refiere a los edificios, los terrenos, los espacios de juego y los equipamientos en el recinto de la institución educativa y sus alrededores; el diseño y la ubicación del

88 Adaptado de: UNESCO, Initiative Focusing Resources on Effective School Health (FRESH), 2007.

edificio; la provisión de luz natural y de suficiente sombra; la creación de espacios para el ejercicio físico, y de instalaciones para la actividad docente y para una alimentación saludable. Así mismo, a las instalaciones básicas, al mantenimiento y a las instalaciones sanitarias para impedir la transmisión de enfermedades, la disponibilidad de agua potable y de aire limpio, y a la ausencia de contaminantes medioambientales, biológicos o químicos perjudiciales para la salud en el entorno de la institución educativa.

3. El entorno social de la institución educativa

Es una combinación de la calidad de las relaciones del personal y de los estudiantes, y de estos entre sí. Está influida por las relaciones con los padres y con la comunidad más amplia.

4. Habilidades de salud individuales y competencias para la acción

Se refiere al programa curricular, tanto formal como informal, y a las actividades relacionadas con este, y a través de las cuales los alumnos incorporan conocimientos y realizan experiencias adecuadas a su edad, que les permiten adquirir competencias a la hora de actuar para mejorar su salud y su bienestar y los de otras personas en su comunidad y fuera de ella, y mejorar sus resultados académicos.

5. Vínculos con la comunidad

Son las relaciones entre la institución educativa y las familias de los alumnos y la escuela con los grupos y las personas clave de la comunidad. La consulta adecuada con estos grupos y su participación en apoyo a la escuela mejoran la Institución Educativa Promotora de Salud (IEPS) y ofrecen a los estudiantes y al personal el entorno y el apoyo necesarios para sus acciones.

6. Servicios de salud

Son los servicios de salud locales y regionales vinculados con la institución educativa, o basados en ella, y que ostentan la responsabilidad de la atención de salud y de

la promoción de la salud de niños y adolescentes mediante la prestación de servicios directos a los alumnos (incluidos aquellos con necesidades especiales)⁸⁹.

Dentro del marco de las acciones del PIC el ámbito escolar define cuatro respuestas integradoras que recogen estos elementos esenciales.

Tabla 4. Respuestas integradoras ámbito escolar

Elementos Esenciales	Respuestas Integradoras
1. Políticas Escolares Saludables. 2. Habilidades y competencias para la acción.	1. Políticas Escolares Saludables y habilidades y competencias para la acción.
3. El entorno social de la IE. 4. El entorno físico de la IE.	2. Mejoramiento de entorno social de la IE. 3. Mejoramiento el entorno físico de la IE.
5. Servicios de salud.	4. Acceso a redes de servicios de salud y de soporte institucional y comunitario.
6. Vínculos con la comunidad.	5. Lineamiento general y de gestión.

Fuente: Elaboración de la Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud.

A través de estas respuestas integradoras y de las acciones de gestión del ámbito, se implementan las acciones de promoción, protección y restitución de la autonomía de la comunidad educativa del Distrito, y se da cumplimiento a las estrategias que según la OMS y la OPS deben orientar las acciones del modelo de promoción de la salud escolar IEPS⁹⁰ en el contexto latinoamericano y del Caribe:

- Desarrollo de políticas: formación de consensos, alianzas y pactos sociales.
- Mecanismos de coordinación: convenios, comités intersectoriales, actividades con padres y madres de familia, y activación de sistemas de información y comunicación.
- Implementación del programa: diagnóstico de necesidades, planes de acción, diseño curricular, capacitación a maestros y personal de ambos sectores, producción de materiales, y seguimiento y evaluación.

89 IUHPE-UIPES. Generar Escuelas promotoras de salud: pautas para promover la salud en la escuela, consultado el 14 de enero de 2011 en:

http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_Spanish.pdf

90 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Escuelas Promotoras de Salud. Modelo y guías para la acción basado en la experiencia latinoamericana y caribeña, 1994.

Con esa perspectiva, los procesos desarrollados dentro del marco del ámbito están orientados conforme a las características particulares de cada una de las poblaciones abordadas en las unidades de trabajo: niños, niñas y jóvenes que a pesar de estar escolarizados permanecen expuestos a problemáticas sociales, culturales, económicas y ambientales, que es necesario caracterizar teniendo en cuenta las particularidades del barrio, la UPZ o la institución educativa sujeto de la intervención.

Atendiendo a los diversos escenarios escolares donde se opera el ámbito, la población sujeto de las intervenciones será:

- ♦ Los niños y niñas menores de 6 años de jardines infantiles del Distrito Capital que pertenezcan o estén adscritos a la Secretaría de Integración Social, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o a jardines privados, y que estén ubicados en los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, y en quienes se identifican condiciones de vulnerabilidad social que requieren del desarrollo de acciones promocionales y de restitución del derecho a la salud, las cuales favorezcan la calidad de vida y la inclusión social.

En esta población se identifican condiciones deficientes relacionadas con la presencia de enfermedades prevalentes de la infancia, exposición a violencias y maltrato intrafamiliar, riesgo de generación de enfermedades asociadas a la salud oral, problemas de malnutrición (obesidad y desnutrición), todo lo cual impide que desde la primera infancia se genere un desarrollo de la autonomía, partiendo de un enfoque de derechos, y, por ende, la formación integral de los niños y las niñas como sujetos plenos.

- ♦ Niños y niñas menores de 18 años de las instituciones educativas de Bogotá pertenecientes a estratos 1, 2 y 3, principalmente, y que por estar escolarizados hacen parte de relaciones sociales, institucionales, pedagógicas y culturales propias de un espacio para el cuidado, el aprendizaje, el encuentro, la reproducción cultural y la socialización, y donde existen jerarquías, control de los tiempos y de los espacios, y la regulación de las conductas a través de sistemas normativos.

Dadas las problemáticas sociales propias de los territorios donde se ubican las instituciones educativas distritales, se han profundizado problemáticas relacionadas con el tráfico y consumo de sustancias psicoactivas, la ideación y la conducta suicidas, los embarazos no deseados en adolescentes y múltiples expre-

siones de violencia, como matoneo, barras bravas y abuso sexual, cuya manifestación más preocupante es la explotación sexual y comercial infantil.

- ♦ Jóvenes mayores de 16 años ubicados en instituciones de educación superior que tienen diferentes características, dependiendo de si son estudiantes diurnos o nocturnos. Los estudiantes de la jornada diurna son los más jóvenes, y en ellos se observan algunas de las tendencias y las características propias de los estudiantes de últimos grados de secundaria, hasta hace unos años: el embarazo en adolescentes, el consumo abusivo de SPA, los trastornos de la conducta alimentaria, la falta de ofertas para el aprovechamiento del tiempo libre, el aislamiento, la soledad, entre otras. Los estudiantes nocturnos, en su mayoría, son trabajadores, están casados y tienen hijos y obligaciones; las dependencias de bienestar universitario no los tienen en cuenta, porque generalmente tienen horario de oficina.

Metas y retos desde el PIC

Como parte del proceso de análisis realizado hasta la vigencia 2010, acerca de las principales problemáticas identificadas con las comunidades educativas, se definieron los núcleos problemáticos que permitieran orientar respuestas integrales de manera coherente y pertinente a las necesidades de la población sujeto de las intervenciones del PIC en el ámbito escolar:

1. Escasa contribución de las instituciones educativas en la disminución de brechas de equidad social.
2. En el quehacer cotidiano de las y los docentes no existe una cultura lo suficientemente arraigada que vincule el proceso pedagógico con las prácticas cotidianas de fomento de la salud, la prevención y la identificación de las enfermedades y el ejercicio del derecho a la salud.
3. Los proyectos pedagógicos de las instituciones educativas no incluyen de manera integrada la promoción de la salud de los niños, las niñas, los adolescentes ni los jóvenes.
4. Los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes con discapacidad, en situación de desplazamiento, de grupos étnicos y condición sexual diversa no se visibilizan y sufren de exclusión, lo que impide su desarrollo como sujetos políticos y ciudadanos para concretar derechos en materia de salud y de calidad de vida.
5. Las dinámicas sociales propias de las instituciones educativas no propician el establecimiento de roles, responsabilidades ni canales de comunicación enfoca-

dos en la promoción de la calidad de vida y la salud, lo cual debilita las condiciones para el ejercicio de los derechos.

6. Los modelos de atención y aseguramiento obstaculizan el acceso de los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes a los servicios de salud, dificultan la prestación de servicios integrales y no permiten la identificación ni la respuesta oportuna a sus necesidades de salud.
7. No se garantizan los servicios de detección temprana y protección específica, y los servicios resolutivos resultan inoportunos o inadecuados.

Concertar y desarrollar intersectorialmente acciones, que permitan a las comunidades educativas del Distrito establecer una cultura de la promoción de la calidad de vida mediante el modelo de Instituciones Educativas Promotoras de Salud, es el objetivo del ámbito escolar; para ello se propone:

- Fortalecer las relaciones intersectoriales que permitan al programa *Ámbito Escolar* desarrollar acciones promocionales, preventivas y repositivas de salud escolar, y que cuenten con la participación de los actores y los sectores sociales comunitarios e institucionales.
- Estructurar acciones de promoción de la salud, mediante la concertación, el diseño y la implementación de iniciativas pedagógicas, didácticas, lúdicas y recreativas que incidan de manera efectiva en la vida cotidiana de las instituciones educativas.
- Desarrollar acciones para la identificación, la atención y el seguimiento de los problemas de salud que interfieren en las condiciones de aprendizaje de la población escolar y preescolar del Distrito favoreciendo y facilitando el acceso a los servicios de salud.

Ámbito comunitario

Definición y alcance

Se lo entiende como aquellos escenarios de la vida cotidiana de las personas donde se desarrollan las diferentes expresiones organizativas comunitarias que manifiesten interés, voluntad u orientación hacia la reflexión y la acción sobre las realidades locales en salud; para ello se requiere la presencia de unas condiciones mínimas en el territorio que permitan el surgimiento de expresiones organizativas y el empoderamiento comunitario, proyectados a la transformación positiva de estas realidades sociales, y que generen proyectos de vida saludables.

Con tal fin, este ámbito recoge las estrategias de la Carta de Ottawa (1986) y las prioridades de la Declaración de Yakarta (1997) plasmadas en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (2007), y que identifican, por un lado, el fortalecimiento de la acción comunitaria y el desarrollo de habilidades y competencias, como vías fundamentales para la garantía del derecho a la salud.

Con tal perspectiva, las acciones en el ámbito se justifican cuando se entiende la salud como una construcción social donde las comunidades son las protagonistas. Es a partir de sus propios contextos desde donde viven en el día a día su proceso de salud-enfermedad y asumen prácticas, posibilidades e intenciones de incidencia para afectar positivamente sus realidades en salud. Esa transformación requiere que se consoliden procesos de empoderamiento comunitario, por medio del cual, a su vez, se fomentan en los sujetos y en sus colectividades ejercicios de reflexión crítica que dinamicen su acción para la transformación positiva de los territorios sociales, la disminución de inequidades y la inclusión social.

La comunidad empoderada tiene la posibilidad de decidir cómo incide en su propio contexto, a través de qué medios, cuándo hacerlo y qué objetivos de transformación asume. Las personas, como sujetos políticos, se involucran en procesos de empoderamiento que las orientan a generar reflexiones críticas sobre su realidad en salud, las cuales abarcan diversos aspectos de la determinación social, como estilos de vida, sistemas culturales, condiciones de exclusión, fragilidad social y políticas públicas. Es a partir de estos análisis como los sujetos tienen la posibilidad de emprender acciones concretas.

Y aunque la unidad primaria de los procesos de empoderamiento es el sujeto, este no debe asumirse como un individuo aislado (con unas enfermedades particulares), sino como un sujeto en relación con el contexto donde vive (con sus dificultades y sus potencialidades), pues en la esfera de lo social no existen realidades en salud aisladas, sino colectivas.

Es en el reconocimiento de las relaciones entre el sujeto y su contexto donde se puede comprender cómo su empoderamiento se halla estrechamente vinculado al empoderamiento del colectivo, y, a su vez, el de este con el del sujeto. Por lo tanto, avanzar con cada una de las personas con quienes se trabaja hace parte de las fases necesarias para moverse de forma sinérgica en el fortalecimiento de los procesos y las expresiones organizativas comunitarias en salud.

Fomentar estos procesos de empoderamiento comunitario coherentes requiere generar estrategias de comunicación, educación e información que se relacionen con los sujetos y tengan significado real para sus colectividades, si se reconoce que las categorías asociadas a comportamientos, factores y prácticas de riesgo para el proceso de salud-enfermedad, sobre las cuales se busca incidir, son propias de las diferentes realidades locales en salud.

Se necesita entender las realidades sociales del territorio para entender también la manera como la comunidad entiende el riesgo o la enfermedad, lo que no necesariamente coincidirá con la manera como esto se comprende desde la salud pública. Solo así se podrán generar respuestas coherentes que incidan positiva y efectivamente en la calidad de vida y la salud de las personas.

El ámbito comunitario busca promover procesos metodológicos con base en la educación popular, para lograr el objetivo de transmitir información pertinente en salud pública y trascender hacia la reflexión y la acción comunitaria. La educación popular se presenta como una oportunidad para avanzar de manera conjunta entre la comunidad y las instituciones en la generación de respuestas reales a necesidades sentidas e identificadas desde los escenarios locales.

Así, la respuesta del ámbito se debe traducir, a largo plazo, en la afectación positiva del nivel más general de la determinación social que favorezca el escenario de las opciones y las oportunidades que los diferentes contextos les brindan a los sujetos para que generen proyectos de vida saludables. A mediano y corto plazo, ello debe traducirse en la afectación de los niveles particulares y singulares que median en el proceso salud-enfermedad; particularmente, en el desarrollo de habilidades y competencias de los sujetos y los colectivos para reflexionar y ejercer una agencia activa en salud.

Con el fin de alcanzar dicho propósito, se realizan acciones de gestión, promoción, protección y restitución de la autonomía, y se las estructura a partir de tres respuestas integradoras, que se convierten en criterio de ordenamiento del proceder del ámbito (operación de PDA y transversalidades) en los territorios sociales. Dichas respuestas se materializan a escala local en intervenciones promotoras de calidad de vida y salud, y respuesta articulada e integrada del ámbito comunitario con participación comunitaria en un territorio social particular.

En este sentido, el ámbito encuentra su unidad de trabajo en los procesos organizativos, los cuales tienen como punto de inicio a los sujetos políticos y trascienden, de manera interrelacionada y permanente, los grupos, las organizaciones y las redes sociales de los territorios.

- ◆ **Grupo:** conjunto de individuos que interactúan en una situación particular con unas normas y unos objetivos específicos determinados para dicha situación. No son entidades aisladas, por cuanto existen en un cierto contexto social, donde establecen relaciones con otros grupos e instituciones.
- ◆ **Organización:** conjunto de individuos que se interrelacionan, de manera coordinada, en un periodo que trasciende una situación particular. Están orientados hacia unos objetivos establecidos y definen sus acciones a través de una estructura de roles que les permita ser eficaces. Una organización se compone por personas:
 - Reunidas con fines de producción (bienes, servicios, ideología y conocimiento).
 - Sometidas a reglas que prevén su posición en la estructura de relaciones.
 - Encargadas de ejecutar tareas, diferenciadas en grados diversos, y cuyo modo de ejecución está más o menos precisado.
 - Que reciben a cambio de sus acciones, satisfacciones morales o materiales.
 - Insertadas en una pirámide de mando y de control del cumplimiento de las tareas.
 - Que poseen libertad de dejar el grupo (una libertad que puede ser condicionada).
- ◆ **Red social:** sistema de intercambios e interacciones dinámicas entre sujetos, grupos, organizaciones e instituciones que se vinculan entre sí, en la medida en que son fuentes potenciales de aportes, como recursos, información o apoyo emocional para la consecución de intereses comunes. Las redes sociales se pueden clasificar en primarias, secundarias e intersectoriales.

El énfasis se hará en el trabajo con redes secundarias de base comunitaria, las cuales se hacen más complejas a partir de las relaciones primarias (vínculos familiares), porque giran en torno a una tarea, un ideal, una acción o un objetivo común, y establecen relaciones de cooperación e intercambio entre sujetos, grupos, organizaciones e instituciones. Esto implica la posibilidad de identificar en las redes secundarias cierto grado de institucionalización.

El ámbito comunitario desarrolla sus acciones con hombres y mujeres de cada etapa de ciclo vital, condición o situación e identidad, en contextos urbanos y rurales que estén vinculados con procesos organizativos, los cuales tienen como punto de partida los sujetos políticos y trascienden de manera interrelacionada y permanente los grupos, las organizaciones y las redes sociales de los territorios.

Metas y retos desde el PIC

En coherencia con lo formulado, se caracterizan los siguientes núcleos problemáticos:

1. Débiles procesos organizativos y de construcción de redes sociales en las comunidades, y falta de interés en iniciarlos. Esto, debido a múltiples causas, entre las cuales se cuentan: representaciones sociales negativas asociadas a las dinámicas organizativas en torno a la exigibilidad de los derechos; atomización de las problemáticas asociadas a la salud por parte de la institucionalidad, y baja relación costo-beneficio de los procesos organizativos de las comunidades, al no encontrar eco en el Estado, entre otras.
2. Bajo nivel de competencias de los sujetos para la reflexión crítica y la agencia sobre sus propias realidades en salud. Se identifican condiciones precarias dentro de las comunidades que impiden realizar proyectos de vida saludables y afectan directamente la capacidad de las comunidades para transformar la realidad tanto individual como colectiva. No contar con procesos fortalecidos de agencia de la ciudadanía en salud implica que los sujetos tengan limitaciones para comprender su capacidad y fuerza transformadora, y se limite la posibilidad de ser partícipes y constructores de su propio bienestar.
3. Una construcción del proceso salud-enfermedad que prioriza el componente asistencial. Las comunidades con las que interactúa el ámbito comunitario desarrollan su vida cotidiana en contextos de inequidad, expresados en altos índices de necesidades básicas insatisfechas y una marcada fragilidad social, los cuales debilitan los lazos de reconocimiento social que garantizan la pertenencia a una comunidad. Por lo tanto, la exigibilidad del derecho a la salud se manifiesta, mayoritariamente, en la demanda de servicios asistenciales como necesidad sentida dentro de las comunidades, y ello desplaza a un segundo plano los procesos organizativos.

Fomentar la inclusión social en salud y la construcción de entornos saludables a partir del reconocimiento y el fortalecimiento de las dinámicas de organización comunitaria, con un enfoque poblacional y territorial, es el propósito del ámbito.

Ello debe hacerse mediante acciones de promoción, protección o restitución de la autonomía, expresada en Intervenciones Promotoras de Calidad de Vida y Salud en los territorios sociales, que:

- Fortalezcan los procesos organizativos de base comunitaria (redes sociales, grupos y organizaciones) en los territorios, a través de respuestas integradoras que promuevan el ejercicio de la ciudadanía en salud, desde el reconocimiento de las problemáticas y las potencialidades comunitarias.
- Generen procesos de reflexión crítica y agencia de los sujetos, para el ejercicio de una ciudadanía activa en salud a través del desarrollo de habilidades y competencias.
- Potencien la agencia de los sujetos y las colectividades para la exigibilidad del derecho a la salud y la disminución de inequidades en poblaciones particulares que estén en condiciones de fragilidad social.

Ámbito laboral

Definición y alcance

El ámbito laboral se define como el territorio social donde transcurre la vida cotidiana de las personas en la realización de actividades económicas con fines productivos, tanto en la economía informal como en la formal. En él se expresan relaciones con características particulares, que lo determinan y son comunes a todos los actores que lo habitan.

El ámbito busca aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores y las trabajadoras del Distrito, con énfasis en los pertenecientes a la denominada economía informal, promoviendo el control de los determinantes intermedios de la salud de los trabajadores y trabajadoras (condiciones de trabajo riesgosas, hábitos de trabajo inseguros, desconocimiento de las prácticas seguras de trabajo, entre otros); además, en favorecer el ejercicio de la ciudadanía y los procesos de organización de los trabajadores y las trabajadoras para la exigibilidad de los derechos anexos al trabajo y la búsqueda de alternativas conjuntas que favorezcan los niveles de productividad de sus actividades económicas.

Para efectos de las intervenciones del ámbito, se acuñó el término Unidad de Trabajo Informal (UTI), que designa tanto a las empresas informales como a los trabajadores por cuenta propia, según los siguientes criterios de inclusión:

- Para las UTI: aquellas que poseen menos de diez trabajadores y no se encuentran afiliadas a la Cámara de Comercio. También se incluyen las UTI de menos de diez trabajadores, que aun estando vinculadas a la Cámara de Comercio no tienen afiliados a todos sus trabajadores al SSSI.
- Para los trabajadores por cuenta propia: los que no se encuentran afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales.

Pese a lo enunciado, en aras de legitimar la categoría positiva del trabajo, se denomina a los individuos como *Trabajadores y trabajadoras en la economía informal*, ya que la condición como trabajador debe ser leída como plena de derechos.

En cuanto a las intervenciones desarrolladas en empresas formales, estas tienen un alcance específico en cuanto a procesos de sensibilización que promuevan la inclusión socio-laboral de personas en situación de discapacidad.

De acuerdo con las competencias otorgadas por el ente territorial, las poblaciones que han sido sujeto de las intervenciones son:

- Población trabajadora no asegurada al Sistema General de Riesgos Profesionales, que se encuentre vinculada a escala local en proyectos productivos del Instituto para la Economía Social (IPES) o que se halle en condiciones de trabajo precarias o con dificultades para el acceso a los servicios de salud.
- Niños y niñas trabajadoras menores de 15 años.
- Adolescentes de entre 15 y 18 años trabajadores.
- Empresarios formalizados de cualquier actividad económica que tengan disposición de participar en el proceso de sensibilización para la inclusión socio-laboral de personas en situación de discapacidad.
- Jóvenes, adultos y personas mayores desplazadas que estén desarrollando un proceso productivo en la economía informal; especialmente, aquellos que lo están desarrollando con el Instituto para la Economía Social.
- Trabajadores pertenecientes a los cuatro grupos étnicos del Distrito y que laboran en la economía informal, así como los niños, niñas y adolescentes trabajadores pertenecientes a grupos étnicos.

Referentes conceptuales y normativos

El Decreto 3039 de 2007 que formula el Plan Nacional de Salud Pública, plantea en su prioridad número 9 la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen

profesional. Dentro del marco de este elemento orientador de la política pública, y en coherencia con el Plan Distrital de Salud, se formuló el proyecto Salud al Trabajo en 2008.

Este programa tiene dos campos de acción: uno en el plano distrital, que recoge las actividades que de manera intersectorial se adelantan con otros actores y sectores del sistema y buscan respuestas integrales a las necesidades identificadas en la población trabajadora del Distrito; y otro a escala local, y que opera a través de las ESE en el ámbito laboral.

El Plan Nacional de Salud Pública ordena la articulación de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) con las entidades territoriales para que se cumpla el objetivo de mejorar la salud y la seguridad en el trabajo. El capítulo V del mismo decreto define como una de las diez prioridades de la salud pública la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral, y en el capítulo VI define las responsabilidades de los entes territoriales, junto con las de la Nación, los departamentos, las EPS, las ARP y las IPS.

Por otra parte, la Resolución 425 del 2008, que define la metodología para la construcción de los Planes de Salud Territorial, estableció como uno de sus ejes programáticos la prevención, la vigilancia y el control de los riesgos profesionales, actividad que debe ser liderada por los entes territoriales y ejecutada de manera articulada con las ARP.

En este sentido, y en coherencia con dichas disposiciones, el Plan de Salud Distrital establece en el presente eje el desarrollo de cuatro objetivos básicos: la promoción de entornos de trabajo saludables; la construcción del sistema de información de riesgos profesionales para el sector informal de la economía; la búsqueda de respuestas intersectoriales a la población trabajadora con mayor grado de vulnerabilidad, y el fortalecimiento de la organización y la participación de los trabajadores y las trabajadoras. El proyecto Salud al Trabajo recoge el primero y el tercero de ellos.

Para cumplir con estas y las demás responsabilidades que le asigna el Plan Nacional de Salud Pública y mejorar la seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen profesional, la SDS ha dirigido a partir de 2004 una serie de actividades encaminadas al mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los trabajadores y las trabajadoras en la economía informal en el Distrito. Tales acciones se han organizado bajo la estructura de ámbitos a partir de 2006.

La operación por ámbitos permite a los equipos coordinar las intervenciones para brindar respuestas integrales, y así superar una visión fragmentaria del individuo y facilitar la comprensión de las personas como seres complejos e integrales, así como el diseño y la implementación de acciones tendientes a la prevención y la erradicación del trabajo infantil y la protección del adolescente trabajador, en cumplimiento de la Ley 1098 de 2006, del Código de Infancia y Adolescencia y las disposiciones de políticas expresadas en la estrategia nacional para erradicar el trabajo infantil y proteger al adolescente trabajador.

Las intervenciones que se desarrollan en el ámbito laboral contribuyen a la implementación de la política distrital para la salud de los trabajadores y las trabajadoras, la política distrital de infancia en su componente “niños a la escuela, adultos al trabajo”, la política pública distrital de discapacidad en su dimensión de desarrollo de capacidades y oportunidades, y la política distrital de juventud, entre otras.

Salud al Trabajo integra el quehacer de los actores institucionales, comunitarios y gremiales para el diseño de respuestas sociales integrales dirigidas al mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de los trabajadores y las trabajadoras del Distrito Capital.

Los procesos que se desarrollan dentro del marco del programa se ubican en dos niveles:

1. El nivel distrital, donde confluyen los diversos actores del Sistema General de Riesgos Profesionales, y entre los que se identifican, en especial: las ARP, los gremios empresariales y las organizaciones de trabajadores, para la definición y la puesta en marcha de actividades conjuntas para el objetivo del programa.
2. El nivel local, a través de las acciones operadas por la Empresas Sociales del Estado en las 20 localidades del Distrito, y dirigidas a la población trabajadora con mayor grado de vulnerabilidad, en articulación con los demás actores sociales de la localidad, operadas a través del ámbito laboral.

Las acciones locales lideradas por la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud, de acuerdo con las competencias del ente territorial, se focalizan hacia la economía informal, teniendo en cuenta las responsabilidades asignadas en el Plan Nacional de Salud Pública y en respuesta a las condiciones de vulnerabilidad a las cuales se exponen estos trabajadores y trabajadoras. Además, se dirigen acciones concretas de restitución de derechos a poblaciones en condiciones de inequidad,

como niños y niñas trabajadores, adolescentes trabajadores, personas desplazadas, personas en situación de discapacidad, personas mayores vinculadas al trabajo y personas pertenecientes a los grupos étnicos que desarrollan procesos productivos.

Metas y retos y desde el PIC

Los núcleos problemáticos evidenciados para el ámbito incluyen:

1. Factores sociales, económicos, culturales, institucionales y familiares que promueven la vinculación temprana de los niños, las niñas y los adolescentes al trabajo, en condiciones precarias que vulneran el derecho a la salud y afectan su asistencia y su permanencia en el sistema educativo.
2. Baja demanda de empleo formal, nuevas formas de trabajo, déficit de redes sociales y ausencia de políticas que aseguren una retribución salarial acorde a las necesidades de los individuos, y no garantiza el acceso equitativo de los trabajadores y las trabajadoras a los beneficios de seguridad social del Estado.
3. Afectación de la calidad de vida y la salud de la población adulta en relación con la situación de desempleo, violencia, el creciente consumo de SPA y el poco compromiso de las instituciones para visualizar a esta población como sujetos de derechos más allá de sus papeles sociales.
4. Oferta laboral que no tiene en cuenta la diversidad étnica, cultural y social de las poblaciones ni sus quehaceres, sus saberes ni sus prácticas productivas.
5. Mercado laboral que no reconoce a la población LGBTI sino únicamente en ciertos sectores económicos, lo cual genera condiciones de trabajo indignas, inseguras y precarias, que no garantizan mínimos de vida para esta población.
6. Reducida vinculación laboral de la población en situación de discapacidad, por su condición de vulnerabilidad.
7. Condiciones que no favorecen la salud ni la calidad de vida de los trabajadores y las trabajadoras que padecen enfermedades crónicas.

El principal objetivo del ámbito debe ser la afectación positiva de los determinantes de la relación salud-enfermedad de los trabajadores y las trabajadoras y sus familias, mediante acciones que promuevan entornos saludables en los espacios laborales, así como la restitución social de derechos en relación con el trabajo y las garantías sociales de este, lo que se puede consolidar al:

- Promover entornos de trabajo saludables en unidades de trabajo vinculadas al sector informal de la economía, para el mejoramiento de las condiciones de salud, trabajo y vida de los trabajadores y las trabajadoras.
- Avanzar en la garantía y el ejercicio de los derechos de la infancia mediante la implementación de intervenciones dirigidas a la prevención y la erradicación del trabajo infantil, la generación de condiciones de trabajo protegido de los adolescentes trabajadores y la restitución de las condiciones de salud de estos.
- Promover el derecho al trabajo de los hombres y las mujeres con discapacidad en edad productiva asesorando a las empresas del sector formal en relación con la normatividad vigente y el desarrollo de entornos favorables.

Ámbito institucional

Definición y alcance

Se lo define como los espacios sociales institucionales con una organización propia, que tienen la función de protección de las personas que en diferentes etapas del ciclo de vida se hallan en una situación de amenaza o de vulneración de sus derechos (expuestas a eventos psicosociales severos, entre los cuales están la violencia intrafamiliar, la violencia sexual, el maltrato, el abandono por parte de su familia (en ocasiones, derivado de una discapacidad mental o física), el consumo de sustancias psicoactivas, embarazos no deseados, habitar la calle o la explotación sexual, o que han presentado situaciones generadoras de conflicto con la ley), como consecuencia de un medio familiar, social, y cultural adverso y excluyente que no posibilita condiciones dignas.

El diseño y la implementación de las respuestas integradoras propias al ámbito institucional deben aportar al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población institucionalizada, y entre quienes se incluyen:

- ◆ Los niños, las niñas y los adolescentes en situación de inobservancia, amenaza o vulneración de sus derechos, en situación de peligro o de abandono, con medida de ubicación en Centro de Protección por Defensor de Familia.
- ◆ Los niños, las niñas y los adolescentes que se hallan en los Centros de Emergencia del Sistema de Atención Integral Transitorio.

- ◆ Los adolescentes entre 14 y 18 años de edad involucrados en la comisión de una infracción penal, que sean remitidos por el Juez de Control de Garantías (según los criterios definidos en la Ley) a un Centro de Internamiento Preventivo Especializado.
- ◆ Los adolescentes mayores de 16 y menores de 18 años que sean hallados responsables de la comisión de delitos cuya pena mínima establecida en el Código Penal sea de 6 años de prisión o exceda esa condena.
- ◆ Los adolescentes que, remitidos por los fiscales durante su proceso de judicialización, sean acogidos en un Centro Transitorio.
- ◆ Hombres y mujeres entre los 50 y los 90 o más años que se encuentran en las Instituciones de Protección Social (instituciones geriátricas y gerontológicas).
- ◆ Hombres y mujeres que estén en las etapas de adultez y vejez, y que se encuentran privados de la libertad.

Escenarios

El ámbito cuenta con diversos escenarios donde desarrollar su accionar:

- ◆ **Primer escenario:** instituciones de protección y atención especializada (modalidad internado) que se encuentran bajo la rectoría del ICBF: se definen como el espacio y el grupo por excelencia para los niños, las niñas y los adolescentes en situación de abandono, con declaratoria de abandono o de extremo peligro físico o psicológico, con discapacidad física o mental, o que se encuentren en conflicto con la ley; todas ellas, circunstancias de extrema vulnerabilidad que hacen necesario tomar como medida la separación de su medio familiar y social.
- ◆ **Segundo escenario:** instituciones de protección (centros gerontológicos y geriátricos). Son instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructuras físicas (propias o ajenas) de larga permanencia para las personas mayores. Dichos centros suministran servicios de protección y cuidados sanitarios cuando una persona mayor sana o enferma no puede ser tenida en casa, no se dispone de recursos o de tiempo por parte de la familia, o se agotan otras alternativas. La institucionalización es la última salida y un alivio (respiro) para las familias y las personas mayores que quieren mantener su independencia.

- ◆ **Tercer escenario:** instituciones de reclusión. Son consideradas como espacios donde están las personas privadas de la libertad en condición de judicialización o con sentencia establecida. Una prisión o cárcel es un lugar donde la gente es confinada y privada de gran parte de sus libertades. Las prisiones, por lo común, son instituciones autorizadas por el gobierno y forman parte del sistema de justicia.
- ◆ **Cuarto escenario:** centros de protección para habitante de calle institucionalizado. Son espacios arquitectónicos urbanos que no cumplen los requerimientos mínimos necesarios para considerarse un lugar de habitación. En estos centros habitan hombres y mujeres menores y mayores de edad, cuyas condiciones socioeconómicas (y en algunos casos, de salud mental) se han visto obligados a desarrollar su cotidianidad en la calle.

Referentes conceptuales

El ámbito institucional se suscribe tanto en el contexto de la ECVS como en el de la protección social. Tiene como objetivo proteger, promover, restablecer y defender los derechos de las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social y económica y requieren apoyos adicionales del Estado para superar su condición.

La protección social supera la visión asistencialista al procurar incluir dentro de su formulación la promoción y la expansión de las posibilidades para que las poblaciones que tienen vulnerados sus derechos sociales y de la salud puedan alcanzar logros de inclusión social que les permitan acceder, disponer, aportar y transformar las condiciones determinadas por su desigualdad.

En ese sentido, se entienden como grupos vulnerables “aquellos que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad se encuentran en una situación de mayor indefensión y sin los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas”⁹¹.

91 ESPINOSA, P. Grupos vulnerables y cambio social, En: Quórum, México, Instituto de Investigaciones Legislativas de la Cámara de Diputados, año IX, No. 72, mayo-junio de 2000, p. 10. Citado por: Pérez M. Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar. En: Boletín Mexicano de Derecho Comparado, No. 113, 2011.

La protección que se brinda de forma especial a los grupos vulnerables no debe entenderse como práctica de discriminación; por el contrario, debe verse como el interés y el trabajo por superar las condiciones de desigualdad que les impiden a los miembros de estos grupos el ejercicio de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales, en condiciones de igualdad con los demás.

De esta forma la protección social, como estrategia, se convierte en una herramienta para el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud, y se constituye en el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos; especialmente, de los más desprotegidos (artículo 1, Ley 789 de 2002).

Metas y retos desde el PIC

Los núcleos problemáticos identificados por el ámbito incluyen:

1. Prevalencia de niños, niñas y adolescentes expuestos a eventos psicosociales severos, entre los que están la violencia intrafamiliar, la violencia sexual, el maltrato o el abandono de su familia.
2. Desconocimiento en la detección temprana de niños y niñas con limitaciones o en condición de discapacidad por parte de sus cuidadores y del personal del sector salud, lo que dificulta la atención oportuna e integral.
3. Instituciones de privación de libertad en condiciones higiénicas sanitarias inadecuadas y con hacinamiento, así como los problemas de salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas y la desnutrición.
4. Alta prevalencia de patologías que inciden en la pérdida de independencia física, y bajas coberturas de salud; especialmente, en los niveles de mayor complejidad.
5. Deterioro físico y mental determinados por la inactividad, la improductividad y las limitaciones para generar y mantener proyectos futuros en las instituciones.
6. Instituciones de atención a adultos mayores donde, por sus condiciones de funcionamiento, se vulneran los derechos de esta población.
7. Personas institucionalizadas con discapacidad, sin servicios de salud accesibles en lo físico y lo actitudinal.
8. Prestación de servicios en forma irregular y de baja calidad, con condiciones higiénicas sanitarias deficientes, atomización de recursos y bajas coberturas, así como incapacidad financiera para prestar servicios adecuados.
9. Modelos de atención poco eficientes y barreras de acceso en salud que generan exclusión e inequidad.

10. Debilidad en la estructura institucional gubernamental para desarrollar actividades integrales.
11. Organizaciones e instituciones que no reconocen a las personas mayores institucionalizadas como sujetos de derechos.

Por todo ello, el ámbito debe generar estrategias de protección y restitución que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida y la salud y la inclusión social de las personas institucionalizadas, a través de acciones integradoras que afecten positivamente los determinantes y logren:

- ◆ Fortalecer las competencias ciudadanas que les permitan a los cuidadores(as) de las instituciones de protección el diseño de estrategias integradoras con una perspectiva de humanización de los servicios.
- ◆ Promover el reconocimiento y el ejercicio de la autonomía de las personas institucionalizadas a través del desarrollo de habilidades, competencias y oportunidades para la apropiación de prácticas de salud que impacten en las condiciones de vida y salud con una perspectiva de desarrollo humano integral.
- ◆ Generar estrategias de orientación para la identificación, la atención, la notificación y el seguimiento de los problemas de salud que interfieren el desarrollo integral de la población institucionalizada, para así favorecer y facilitar el acceso a los servicios de salud.

Ámbito instituciones amigas de la salud: IPS

Definición y alcance

El ámbito de instituciones amigas de la salud (ámbito IPS) es el espacio de vida cotidiana donde interactúan las IPS públicas y privadas habilitadas para la prestación de servicios de salud en el Distrito Capital, con los usuarios y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB), según las características y los parámetros de calidad definidos y reglamentados por el SGSSS, con el fin de dar una respuesta integral e integrada a las necesidades de atención sanitaria de los individuos o los grupos de población.

Las acciones que adelanta el ámbito incluyen todas aquellas estrategias, procedimientos, acciones e intervenciones que se deben desarrollar en la institución para

que la planeación y la operación de los programas prioritarios en salud pública reconozcan las necesidades de la población, y favorezcan: el acceso equitativo a los servicios; la generación de respuestas integradas que articulen acciones de protección específica y detección temprana, prevención, asistencia y rehabilitación; la integración con otros niveles de complejidad y con otros actores del sistema (aseguradoras y su red de prestadores, trabajadores de la salud, entre otros), y el fomento de la participación de la población en el proceso.

Las acciones del ámbito benefician a todo tipo de población que demanda servicios en las IPS públicas o privadas, sin distinción de ciclo vital, diversidad, situación o condición (desplazamiento, habitante de calle, discapacidad y ejercicio de la prostitución), según la condición de aseguramiento, con énfasis en las IPS que atienden a la población pobre no asegurada y afiliada al régimen subsidiado del Distrito Capital de la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud.

Referentes conceptuales

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ocupan un lugar específico en la materialización de muchos elementos centrales de la prestación de servicios de salud, ya que, como dispositivos estructurales y funcionales del sistema, no solo deben asegurar el acceso equitativo de toda la población a los servicios básicos de salud como puerta de entrada al SGSSS, lo más cerca posible de donde la gente vive, trabaja o estudia, sino que, además, deben proveer servicios integrales e integrados, participativos, planeados desde el reconocimiento de las necesidades de la población, y provistos a través de un talento humano calificado.

Todas las acciones que se realizan en las IPS hacen parte de los medios de respuesta requeridos por los problemas que afectan la calidad de vida y la salud de los individuos y las colectividades en el territorio social, y deben coordinarse de manera articulada con el trabajo de otros actores y sectores, pues por sí mismos resultan insuficientes para incidir positivamente en las condiciones determinantes que los generan; principalmente, en las poblaciones más vulnerables.

Por todo lo anterior, fomentar en el ámbito las capacidades de organización y funcionamiento en salud pública reduce la baja eficiencia social de los sistemas de salud y los niveles de insatisfacción de la población respecto a la respuesta recibida, si se tiene en cuenta que dentro de las principales problemáticas se plantean:

- Las barreras de acceso.
- La fragmentación en el proceso de atención que desconoce al sujeto como un todo.
- La falta de continuidad y desarticulación de actores, las respuestas no acordes a las dinámicas demográficas o epidemiológicas (bajo nivel de adaptabilidad).
- La ausencia de reconocimiento de las necesidades del sujeto para la planificación y la operación de programas y servicios.
- La indefinición del modelo de atención; prevalecen enfoques de prestación curativos, y no de promoción de la salud, y que se apoyan en la formación de talento humano sin perspectiva de las temáticas prioritarias para salud pública.

Las acciones desarrolladas por la IPS aportan al cumplimiento de varios elementos que hacen parte de las funciones esenciales de salud pública que han sido definidas por la OPS.

Tabla 5. Funciones esenciales en salud pública

Funciones Esenciales en Salud Pública relacionadas con la prestación de servicios de salud para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la curación individual	
FESP 1	Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
FESP 5	Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública.
FESP 7	Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
FESP 8	Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
FESP 9	Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos

Fuente: adaptado de Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP.htm>

En coherencia con las funciones esenciales de salud pública, el ámbito se enfoca en algunos de los elementos del sistema de garantía de la calidad, que se describen a continuación:

1. Integralidad de la atención

Es un elemento básico de la atención primaria, y se lo define como la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida. Consiste en brindar respuesta a las demandas en salud con servicios que incorporen todas las acciones de protección específica, detección temprana, diagnóstico precoz, atención

curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado, para dar una perspectiva de determinantes sociales que reconozcan más ampliamente los problemas en calidad de vida y salud de la población. Vista así la integralidad se configura en el eje de articulación interna de la IPS e incentiva la planeación y la operación de respuestas de mejor impacto en la población.

2. Atención integrada y continua

“La atención integrada y continua es complementaria de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción”⁹². Involucra el desarrollo de gestiones para la articulación, las rutas de atención, los procedimientos y las acciones sinérgicas con otros actores y sectores, necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población, e implica la existencia de sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud y de las rutas de acceso a otros servicios sociales.

3. Participación del usuario y la comunidad

Se refiere al conjunto de actividades o estrategias empleadas para facultar a los individuos, las familias, los grupos sociales y las comunidades para que manejen mejor su propia salud y se conviertan en actores sociales con dominio sobre su propio desarrollo, y se estimule, a su vez, la capacidad de definir sus propias prioridades y gestionar y evaluar las acciones de salud. Igualmente, implica construir vínculos con las asociaciones de usuarios (Comisión de Salud Pública) y la comunidad en general, para trabajar con una perspectiva promocional de la salud.

4. Reconocimiento de las necesidades sociales y de condiciones diferenciales de individuos y colectividades

Las condiciones de oferta y acceso de la IPS obedecen a la manera como se planifican y se administran los servicios de salud; para garantizar la posibilidad de ejercer los derechos sociales es necesario que se anteponga la obligación de responder a las necesidades de la gente y adecuar las respuestas a sus condiciones particulares

92 Tomado de *La Renovación de la Atención Primaria de salud en las Américas*. Documento de posición de la OPS/OMS, julio de 2007.

y su contexto a lo largo de la vida. Dar prioridad a las necesidades de las personas incide directamente en la calidad de los servicios dispuestos y orienta los cambios en el modelo de prestación de servicios hacia un nuevo modo de gestión, que permite el ejercicio de los derechos y pone en funcionamiento, para tal fin, todos sus recursos, de manera armónica y coordinada.

5. Competencias del talento humano para salud pública

Se refiere al posicionamiento de la perspectiva de salud pública con los actores clave de la institución y la cualificación del talento humano para el manejo de temas específicos en salud pública.

Metas y retos desde el PIC

Se ubican los siguientes núcleos problemáticos para el ámbito IPS:

1. Frágil ejercicio de la rectoría de la SDS, y debilidades en las competencias del talento humano para la salud pública.
2. Discordancia entre los objetivos estratégicos definidos en las IPS y las prioridades definidas en las políticas en salud.
3. Falta de incorporación de los ejercicios de lectura de necesidades de la población, así como de análisis de condiciones determinantes en la planeación de las acciones estratégicas de las IPS.
4. Sistema de contratación centrado en el daño (y así se castiga el hecho de mantener a personas sanas), con el fortalecimiento de las actividades centradas en lo individual, y no en lo colectivo.
5. Ausencia de construcción de iniciativas de respuesta orientadas a resolver los problemas de salud de la población, partiendo de sus propias necesidades y teniendo en cuenta la diversidad de condiciones determinantes.
6. Reconocimiento fragmentado de las necesidades de los sujetos.
7. Rigidez de los programas y los servicios, que en ocasiones no cumplen las expectativas, lo cual genera bajos niveles de confianza y de participación.
8. Múltiples barreras de acceso a los servicios de salud: geográficas, culturales, económicas.
9. Fragmentación en la prestación de los servicios de salud; perspectiva reduccionista de los servicios.
10. Prioridad a la ejecución de los servicios de tratamiento y rehabilitación resolutivos por sobre las acciones de promoción, prevención y detección temprana.

11. Ausencia de articulación de actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación dentro de la ESE.
12. Falta de integración de las acciones realizadas en la ESE para la gestión de los servicios de promoción en salud pública, detección temprana, protección específica, asistencia y rehabilitación, lo que lleva a un uso ineficiente de los recursos disponibles.
13. Poca integración de actividades y servicios dentro de los prestadores, entre los mismos (prestadores públicos y privados) y entre actores (aseguradores, prestadores y otros).
14. Debilidad en los procedimientos concretos de articulación con otros actores de la salud y con otros sectores sociales, para garantizar concurrencia y el mayor alcance posible de respuestas integradas que impacten condiciones determinantes en salud.
15. Escasos fomento y mantenimiento de competencias en el equipo de salud pública, lo cual impide asegurar acciones coherentes con su enfoque y sus procesos.
16. Falta de control, seguimiento y evaluación permanentes y adecuados de las actividades y de los programas, y que permitan anticiparse a los problemas, corregir desviaciones o flexibilizar servicios en función de las necesidades de los individuos o las colectividades.

Como respuesta a todo lo anterior, el ámbito debe contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población integrando la perspectiva de salud pública como componente esencial de la prestación de los servicios de salud por parte de las IPS, para lograr dinámicas accesibles, flexibles, participativas y que respondan a las necesidades de la población.

Para lograr lo enunciado, el ámbito debe facilitar la articulación de las acciones individuales y colectivas gestionando la reducción de barreras de acceso en las IPS, y mediante el incremento del nivel de flexibilidad de los servicios, incluida la generación de alianzas estratégicas con otros actores intrainstitucionales y extrainstitucionales.

TERCER COMPONENTE DEL PIC: VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Introducción

La vigilancia de la salud pública (VSP) es la función esencial de la salud pública asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud individual y colectiva. Consiste en el proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación, actualización y divulgación de datos específicos relacionados con la salud y sus determinantes, para su uso en la planificación, la ejecución y la evaluación de la práctica de la salud pública.

A lo largo de los últimos años se ha producido una evolución del concepto de vigilancia epidemiológica hacia el concepto de VSP, y el enfoque de la vigilancia se ha ampliado para abarcar la administración de los servicios, incluyendo los procesos y el impacto. Esto implica la necesidad de fortalecer y fomentar las capacidades y los recursos para cumplir dicha función.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá propone la vigilancia de la salud pública como una estrategia de y hacia la promoción de la calidad de vida, que incentive el monitoreo crítico de las causalidades y los determinantes del proceso salud-enfermedad en territorios y ámbitos específicos, con el objeto de evidenciar inequidad en las condiciones de vida de la población y orientar posibilidades de cambio.

Así mismo, se configura como un espacio para el análisis y el debate, donde se busca tener un efecto sobre la administración pública, la ciudadanía en general y los grupos de expertos e investigadores que trabajan en pro de la calidad de vida en la ciudad.

En relación con tal apuesta, en el Distrito Capital se ha venido ampliando el campo de acción del ejercicio de la vigilancia tradicional, que incluye los llamados eventos de notificación obligatoria, donde, además de cumplir con los compromisos nacionales e internacionales que eso conlleva, se complementa con objetivos más amplios, que confluyen en Subsistemas Especiales de Vigilancia, y los cuales, a su vez, sumados al Sivigila nacional, constituyen el Sistema Integrado de Vigilancia de la Salud Pública del Distrito Capital (Sivigila Distrito Capital).

Este sistema tiene como propósito incluir en la agenda pública de la ciudad un espacio permanente de gestión del conocimiento que evidencie la problemática de la salud urbana, con la perspectiva de un diálogo entre los determinantes que afectan la calidad de vida y salud de la población, y los métodos epidemiológicos que pretenden medirlos.

A través de la VSP se monitorean permanentemente las metas del plan de gobierno relacionadas con el sector salud, y se genera información útil a la rendición de cuentas, la cual, por su parte, es evaluada en espacios de debate y conocimiento, para potencializar esfuerzos y recursos y orientar la toma de decisiones de los diferentes actores que evalúan y realizan seguimiento a la calidad de vida de la ciudad, en el contexto de 'Bogotá-Región', 'Ciudad de Derechos' y 'Ciudad Global', para lograr una transformación positiva.

Referentes conceptuales y normativos

La vigilancia de la salud pública parte de una evolución intencionada de la vigilancia epidemiológica y de la epidemiología en general, pero no solo de ellas. Esta evolución surgió del enriquecimiento de sus fundamentos con diversos paradigmas epistemológicos del proceso salud-enfermedad, que ha sabido recoger, y de los cuales hace uso para resolver con efectividad los retos a los que se enfrenta.

En el Distrito Capital, más que generar una competencia de posturas filosóficas y políticas en relación con estos paradigmas, se busca alcanzar las metas en la resolución de los problemas y las necesidades inmediatas de la población, y las relacionadas con los cambios estructurales y profundos que se requieren para mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población, para así dar un uso práctico a los paradigmas aquí reseñados:

- ◆ El paradigma positivista (biomédico), basado en la triada epidemiológica de agente-huésped-medioambiente, se fundamenta en el enfoque de riesgo y parte de un modelo del proceso salud-enfermedad de determinantes sociales según la propuesta de Lalonde: estilos de vida, servicios de salud, factores biológicos y medioambientales, lo que se conoce también como campo de la salud.
- ◆ El enfoque de determinantes sociales modelo OMS, en el cual la 'posición social' de la persona es el principal determinante estructural del proceso salud enfermedad. A diferencia del anterior paradigma, este modelo es jerarquizado y los determinantes no están en un mismo nivel, como en el anterior. El 'determi-

nante estructural', en su calidad de proceso, favorece un determinante intermedio, como lo son los servicios de salud; y, este a su vez, favorece un determinante proximal en los individuos. La epidemiología en este enfoque desarrolla la llamada 'epidemiología social'.

- ◆ El enfoque histórico-social, con dos categorías fundamentales: 'proceso de trabajo' y 'clase social'. Va a servir de punto de partida en el contexto de la medicina social. La epidemiología en este paradigma es la 'epidemiología crítica', la cual implica la capacidad de transformación de la sociedad.
- ◆ El enfoque poblacional, inherente a la vigilancia de la salud pública, pues aborda la población como un conjunto de individuos que tienen una dimensión temporal y está asentado en un territorio social. La dimensión temporal implica una dinámica propia, consecuencia de su capacidad de supervivencia y reproducción, y de su voluntad para agruparse. El ámbito territorial de referencia no es solo una característica necesaria para definirla, sino un elemento fundamental, por cuanto es necesario considerar las estructuras sociales, económicas, urbanas y territoriales con las que interactúa la población.

Para su operación, la vigilancia de la salud pública en el Distrito Capital utiliza dos estrategias:

- ◆ **Gestión Social del Riesgo:** involucra el sistema alerta-respuesta ante emergencias en salud pública, las etapas de prevención, preparación y respuesta ante una emergencia, la mitigación, la rehabilitación y la reconstrucción, con especial énfasis en la vulnerabilidad dada por una amenaza relativa a la incapacidad física, económica, política o social.

La estrategia es igualmente útil en el tema de seguridad sanitaria global, que hace énfasis en las enfermedades emergentes y reemergentes, la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional 2005, la infraestructura de salud pública y el desarrollo sostenible en entornos sanos.

- ◆ **Perspectiva de Trabajo en Red:** constituida por personas, organizaciones e instituciones integrantes del SGSSS, así como otras diferentes organizaciones del sector, cuyas actividades influyen directa e indirectamente en la salud de la población, y que, de manera sistemática y lógica, se articulan entre sí y se coordinan para hacer el intercambio real y material de información, así como

el intercambio de experiencias, metodologías y recursos relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.

Las acciones se desarrollan dentro del marco de la reglamentación emitida por el Gobierno Nacional acerca de las competencias territoriales para la vigilancia de la salud pública, definidas en: la Constitución Política; las leyes 9 de 1979, 10 de 1990, 100 de 1993, 715 de 2001, y 1122 de 2007, y los decretos 3518 de 2006, 2323 de 2006, y 3039 de 2007, además de los reglamentarios de vigilancia y control epidemiológico, el Reglamento Sanitario Internacional de mayo de 2005, aprobado en la 58ª Asamblea Mundial de la Salud (vigente a partir del 15 de junio de 2007), los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el CONPES 3550 de 2008. Este último avanza en la construcción del modelo de gestión en salud ambiental interinstitucional, entre otros⁹³.

Definición y alcance

Se plantea la VSP como una estrategia de la salud pública que orienta y evalúa sus planes, sus programas, sus proyectos y sus intervenciones⁹⁴.

En Bogotá, al adaptarse y adoptarse los lineamientos nacionales⁹⁵, confluyen los procesos de vigilancia de la salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral,

93 Además, es necesario retomar la Sentencia C-617 de 2002, emitida por la Corte Constitucional; la Resolución 425 de febrero de 2007; el Plan de Intervenciones Colectivas, y la Carta Circular 001 de 2008, de la Superintendencia Nacional de Salud, en las que se hace explícita la necesidad de reestructurar desde cada ente territorial la Vigilancia en Salud Pública reasumiendo de manera centralizada las funciones de esta, dado que ni a través de la Ley 100 de 1993 ni en el Decreto 1876 de 1994 se otorgaron competencias a las Empresas Sociales del Estado de Inspección, Vigilancia y Control, y, por tanto, deben ser reasumidas directamente por el nivel central.

94 Para el Distrito Capital, y en consecuencia con sus posturas y sus avances, la VSP debe ser entendida como una estrategia de promoción de la calidad de vida que incentiva el monitoreo crítico de las causalidades y los determinantes de la salud y la calidad de vida en poblaciones que habitan un territorio social específico y transitan por diversos ámbitos, con el objeto de identificar inequidades y desigualdades en materia de salud; orientar las políticas, la planificación en salud pública y la toma de decisiones hacia la afectación de determinantes de la calidad de vida y salud de la población; proponer y evaluar programas y acciones de promoción, protección, recuperación y restitución de la autonomía; prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; racionalizar y optimizar los recursos disponibles, y lograr la efectividad de las acciones en esta materia propendiendo por la salud individual y colectiva.

95 En el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 se ubica la Vigilancia en Salud Pública dentro de la Línea de política número 4, "Vigilancia en salud y gestión del conocimiento", la cual es definida como: "El conjunto de procesos sistemáticos y constantes de recolección, análisis, interpretación y divulgación de información, y de investigación para la identificación de las necesidades de salud de la población y de la respuesta de los servicios para el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los colombianos".

El mismo plan refiere que la vigilancia en salud está compuesta por los procesos de vigilancia en salud pública, vigilancia en salud en el entorno laboral, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control de la gestión del SGSSS, cuyos objetos de vigilancia los enuncia como sigue:

vigilancia sanitaria, vigilancia de los servicios de salud (seguridad del paciente) y emergencias en salud pública, y lo hacen en un solo proceso, que se opera a través del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública Distrital (Sivigila Distrito Capital).

El Sivigila Distrito Capital se encuentra en permanente desarrollo, y, de acuerdo con los requerimientos de la salud pública de la población y de los procesos que se implementan para impactarlo, se lo ajusta a través de la incorporación y la integración de nuevos componentes en relación con soporte informático, analítico y operativo. A 2011 se reconoce la operación de los siguientes subsistemas:

- 1• Sivigila nacional (144 eventos bajo vigilancia).
- 2• Vigilancia de la salud mental: vigilancia de la violencia intrafamiliar y de los delitos sexuales, la ideación suicida, las lesiones por causa externa consumo de psicoactivos.

Vigilancia de la salud pública: "Vigila los riesgos y daños biológicos, del comportamiento y del medio ambiente, tanto individuales como colectivos. Para ello emplea la notificación obligatoria, la vigilancia activa por medio de observatorios y centinelas, entre otros, y la investigación de modelos de riesgo y enfermedad en las condiciones y eventos priorizados. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Salud (INS)".

Vigilancia en salud en el entorno laboral: "Vigila los riesgos laborales, los accidentes de trabajo y la enfermedad derivada de la actividad laboral. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Ministerio de la Protección Social".

Vigilancia sanitaria: "Vigila los riesgos relacionados con los alimentos, medicamentos, tecnologías en salud, productos de uso doméstico, establecimientos públicos y las cadenas productivas. Para ello emplea la vigilancia activa haciendo uso entre otros de la metodología de buenas prácticas, y de la investigación. Este proceso es liderado por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)".

Inspección, vigilancia y control de la gestión del SGSSS: "Es el conjunto de normas, agentes y procesos articulados entre sí, en los ejes de financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios, atención al usuario y participación social. Este proceso es liderado por la Superintendencia Nacional de Salud".

Así se concluye en el mismo plan que la vigilancia de la salud, aplicando todos sus procesos y sus componentes generará el conocimiento sobre la situación de salud de la población colombiana, la cual permitirá al Ministerio de la Protección Social, junto con el modelo de desarrollo general, ajustar el Plan Nacional de Salud Pública.

Esta línea demanda el desarrollo de procesos de aprendizaje individual, grupal y organizacional para la generación, la aplicación y la apropiación del conocimiento. Esto lleva a una concepción dinámica de la relación entre el conocimiento, el sujeto que conoce y el entorno en el cual actúa, para lograr una transformación positiva de la realidad. Requiere la construcción de alianzas entre el sector salud y sectores como educación, medio ambiente, agua, y comunicación, entre otros, para la innovación y la introducción de nuevas tecnologías.

La generación de conocimiento estará apoyada en el sistema de información de salud y en la investigación, procesos fundamentales en el Plan Nacional de Salud Pública, y tiene como objetivo la identificación de las necesidades de salud de la población y sus determinantes.

Todas las acciones que componen el Sivigila tienen el carácter de prioritarias en salud pública, rigen en todo el territorio nacional, son de cumplimiento y aplicación obligatorios por parte de las instituciones y de los integrantes del SGSSS y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, personas, organizaciones comunitarias y comunidad en general, así como otras organizaciones o instituciones de interés fuera del sector, siempre y cuando sus actividades influyan directamente en la salud de la población, o cuando de estas se pueda generar información útil y necesaria para el cumplimiento del objeto y los fines del sistema (Decreto 3518, Capítulo 1, artículo 2).

3. Vigilancia de la salud oral.
4. Vigilancia de la alimentación y nutrición.
5. Vigilancia de la Discapacidad y Malformaciones Congénitas.
6. Vigilancia de la Salud de los Trabajadores.
7. Vigilancia de las Estadísticas Vitales.
8. Vigilancia de la Seguridad del Paciente: infecciones asociadas al cuidado de la salud, la resistencia bacteriana, el uso racional de antibióticos, farmacovigilancia, tecnovigilancia y eventos adversos.
9. Vigilancia de la Enfermedad Respiratoria Aguda.
10. Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema.
11. Vigilancia Comunitaria.
12. Vigilancia Sanitaria.
13. Saneamiento Básico.
14. Seguridad Química.
15. Calidad del Aire.
16. Alimentos Sanos y Seguros.
17. Medicamentos.
18. Eventos Transmisibles de Origen Zoonótico.
19. Emergencias en Salud Pública.

El componente debe orientar la formulación y la ejecución de políticas, planes, programas, proyectos e intervenciones relacionados con la salud pública, mediante el monitoreo crítico y estratégico de los determinantes de la salud colectiva y la generación de perfiles grupales de procesos protectores y destructivos; pero también debe orientar, concurrir o atender, según sea el caso, las emergencias en salud pública que se generen en el Distrito Capital.

Por eso es posible afirmar que la población objeto de la vigilancia de la salud pública es toda la población que habita el territorio distrital o transita por él; sin embargo, según la especificidad de cada uno de los subsistemas de vigilancia, esta se aborda con criterios diferentes. Es decir, la VSP aborda las poblaciones de manera general, pero también analiza subpoblaciones o poblaciones especiales definidas por alguna(s) característica(s) que las vincula(n) a una problemática específica.

Las características de la población permiten formar una larga lista de atributos con distinta significación, tanto demográfica como epidemiológica y territorial. No se trata solo de ubicar espacialmente la población según los sucesos epidemiológicos,

sino de analizar los determinantes que en ese territorio específico pueden afectar o proteger la calidad de vida de la población que lo habita.

Análisis de situación de salud y núcleos problemáticos

El objeto mismo de la vigilancia le exige proveer, de manera sistemática, ordenada, eficiente y rigurosa, información que le permita, entre otras, identificar las necesidades y los problemas en salud de la población. En tal sentido, y a pesar de que se establezcan algunas prioridades internacionales, nacionales y locales, no es posible identificar una problemática específica para la vigilancia, dado que, en sí misma, es su propio objeto.

A partir del proceso de vigilancia de la salud pública realizada en el Distrito Capital se han identificado los siguientes núcleos problemáticos:

Deficiente desarrollo de la inteligencia epidemiológica, el análisis de situaciones y la gestión del conocimiento.

- Si bien existen diversos espacios de análisis, como los COVES locales y distritales, las salas situacionales y las unidades de análisis, aún no alcanza su propósito fundamental de orientar políticas, programas y proyectos con enfoques conceptuales y metodologías de análisis y divulgación.
- Fragmentación de la VSP, deficiencias en su utilidad y desintegración respecto a sus usuarios y sus clientes.
- Aún no existe un sistema integrado de información para la vigilancia de la salud pública. El estado del arte del Sivigila D. C. automatizado se considera, por tanto, como uno de los principales núcleos problematizadores de la VSP, y uno al cual se hace necesario dar viabilidad de manera urgente, por las dificultades que se generan ante las expectativas de los usuarios de la información, quienes la requieren en tiempo real y en condiciones de calidad óptimas.
- Ineficiencia en la oportunidad y la efectividad en cuanto al manejo de las urgencias y las emergencias en el distrito Capital.
- La VSP carece de un sistema ágil de comunicaciones que permita la interacción permanente entre los usuarios y la transmisión de información y de imagen en tiempo real. Esta es un condición sine qua non cuando se pretende manejar de manera óptima un sistema 'alerta respuesta' ante posibles emergencias en salud pública desarrollando las acciones de la VSP con una perspectiva de red y según los lineamiento de la gestión social del riesgo.

Operación de la vigilancia para la salud pública

Funciones del nivel distrital

Según el Decreto 3518-2006, artículo 9, las direcciones departamentales y distritales de salud tendrán como funciones, en relación con el sistema de vigilancia de la salud pública, las siguientes:

- ◆ Gerenciar el sistema de vigilancia de la salud pública en su jurisdicción.
- ◆ Implementar y difundir el sistema de información establecido por el Ministerio de la Protección Social para la recolección, el procesamiento, la transferencia, la actualización, la validación, la organización, la disposición y la administración de datos de vigilancia.
- ◆ Coordinar el desarrollo y la operación del sistema de vigilancia de la salud pública en su territorio, a escala tanto interinstitucional como intersectorial, y brindar la asistencia técnica y la capacitación requeridas.
- ◆ Apoyar las localidades y territorios de GSI en la Gestión del Sistema de Vigilancia de la Salud Pública y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico, cuando así se requiera.
- ◆ Organizar y coordinar la red de vigilancia de la salud pública de su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
- ◆ Integrar el componente de laboratorio de salud pública como soporte de las acciones de vigilancia de la salud pública y gestión del sistema en su jurisdicción, de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social.
- ◆ Garantizar la infraestructura y el talento humano necesarios para la gestión del sistema y el cumplimiento de las acciones de vigilancia en salud pública en su jurisdicción.
- ◆ Realizar el análisis de la situación de la salud de su área de influencia con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que per-

mitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública y orientar las acciones de control de los problemas bajo vigilancia en el área de su jurisdicción.

- ◆ Declarar en el territorio distrital la emergencia sanitaria en salud, de conformidad con la Ley.
- ◆ Dar aplicación al principio de complementariedad en los términos del literal e) del artículo 3° de la Ley 10 de 1990, siempre y cuando la situación de salud pública de cualquiera de los municipios o áreas de su jurisdicción lo requieran y lo justifiquen.
- ◆ Cumplir y hacer cumplir en el área de su jurisdicción las normas relacionadas con el Sivigila.
- ◆ Realizar los procesos de vigilancia de la salud pública en el 100% de los eventos prioritarios, y tomar las medidas de prevención y de control que correspondan.

Funciones del nivel local

Según el artículo 10 del Decreto 3518-2006, las direcciones municipales de salud, o la dependencia que haga sus veces (localidades en Bogotá), tendrán las siguientes funciones en relación con el Sivigila:

- ◆ Desarrollar los procesos básicos de vigilancia de su competencia, de acuerdo con lo previsto en la Ley 715 de 2001, y de conformidad con lo dispuesto en el presente decreto o las normas que lo modifiquen, lo adicionen o lo sustituyan.
- ◆ Garantizar la infraestructura y el talento humano necesarios para la gestión de la vigilancia en el ámbito local, de acuerdo con su categoría.
- ◆ Organizar y coordinar la Red de Vigilancia de la Salud Pública de su jurisdicción, según los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social y la Secretaría Distrital de Salud.
- ◆ Adoptar e implementar el Sivigila establecido por el Ministerio de la Protección Social y por la Secretaría Distrital de Salud.

- ◆ Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y el desarrollo de acciones de vigilancia, y garantizar el flujo continuo de información de interés en salud pública requerida por el Sivigila en el plano local y por territorio de GSI, conforme a sus competencias.
- ◆ Organizar la comunidad para lograr su participación en la realización de actividades propias de la vigilancia de la salud pública.
- ◆ Realizar la búsqueda activa de casos y contactos para los eventos que así lo requieran, e investigar los brotes o las epidemias que se presenten en su área de influencia.
- ◆ Realizar el análisis de la situación de salud en su jurisdicción.
- ◆ Dar aplicación al principio de subsidiariedad en los términos del literal d) del artículo 3° de la Ley 10 de 1990, siempre y cuando la situación de salud pública de cualquiera de las áreas de su jurisdicción lo requiera y lo justifique.

4

El PIC rural: caso Sumapaz

El PIC rural: caso Sumapaz

*Autores: Hospital Nazareth, I Nivel (E. S. E.)
Adaptación: Patricia Elena Ramírez Montenegro,
José Alexander Estepa* y Yazmín Adriana Puerto**

ANTECEDENTES

Sumapaz es la única localidad netamente rural de Bogotá. Sus habitantes tienen asentamientos que han heredado de sus ancestros y su dinámica está influenciada por dos grandes características: las condiciones geográficas de zona de páramo (reserva natural de la humanidad) y el permanente conflicto armado.

Estas características han generado una organización política desde la misma comunidad. Actores como el sindicato agrario son claves en procesos de reconocimiento y exigibilidad de los derechos, además de ser mediadores en resolución de conflictos en el ámbito local.

El Hospital Nazareth, Empresa Social del Estado (E. S. E.), y único prestador de servicios de salud en la localidad, ha diseñado estrategias de abordaje centradas en el usuario, aspecto que se resalta en una visión gerencial y en la implementación de un modelo denominado 'Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural', que desde 2001 ha profundizado en el análisis de los diferenciadores locales para orientar la respuesta de la prestación de servicios de salud a las necesidades específicas de los sumapaceños.

El Hospital ha recorrido un camino de diez años en el ajuste de sus alternativas de solución, generando una organización operativa centrada en la familia, no en un modelo familiarista reduccionista, sino en el sentido amplio que esta representa como

* Profesionales especializados Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud.

célula social contextualizada, reconociendo al individuo que la integra como sujeto activo, constructor de procesos en todos los niveles de determinación de la salud y recogiendo los escenarios en que se desenvuelve la vida cotidiana de las personas.

El proceso evolutivo de la respuesta específica se inicia con la alineación de la plataforma estratégica institucional en la que se avizora el quehacer de la institución desde el aporte que hacen las comunidades saludables al mundo, en consonancia con posturas globales para la consolidación de la salud como derecho fundamental. Todo lo anterior, con una fuerte base en la consolidación de unos sistemas integrados de calidad que ejercen como elementos intrínsecos en todos los procesos y procedimientos misionales de prestación del servicio, como testigos y monitores del desarrollo de los mismos.

Con este direccionamiento, el equipo de salud del Hospital Nazareth ha venido presentando iniciativas diferenciales para la respuesta en salud local, operadas inicialmente a través del PAB y luego a través del PIC. Algunas de estas iniciativas, aprobadas y acompañadas por la Dirección de Salud Pública se han reflejado posteriormente en lineamientos para la ciudad, como los clubes de niños y niñas 'Pequeños Guardianes en Salud' y 'Jugar es Productivo', para el abordaje del trabajo infantil; la gestión y organización de equipos primarios y secundarios para el fortalecimiento de la estrategia AIEPI, la asesoría a iniciativas productivas para la promoción de la inclusión laboral de personas en situación de discapacidad y la medición de la vulnerabilidad familiar mediante un instrumento desarrollado en 2007.

Más recientemente, se escucha ya en el lenguaje del nivel central de la administración distrital la palabra y el concepto dinamización de procesos, la propuesta diseñada para la gestión de los énfasis como ordenadores del abordaje desde el modelo de salud familiar del Hospital Nazareth. En esa dirección, el Hospital es el primero en gestionar el Plan de Intervenciones Colectivas específico para la ruralidad en el Distrito Capital.

La propuesta conceptual y metodológica que se desarrolla en la localidad busca formalizar y armonizar la operación del PIC con las condiciones locales y las necesidades identificadas, y abarca las diferencias con la Bogotá urbana. La condición de ruralidad se caracteriza en Sumapaz por baja densidad poblacional, grandes distancias entre viviendas, condiciones climáticas adversas, formas de participación y

conflicto armado. Todo ello enmarca la particularidad del “ser” sumapaceño y su dinámica propia de exigibilidad de derechos.

REFERENTES CONCEPTUALES

El Hospital Nazareth es la única IPS con unidades de atención instaladas en el ámbito local que oferta servicios de atención a la población de la Localidad de Sumapaz, ubicada en el páramo más grande del mundo y que ocupa el 42% del área total de Bogotá.

El accionar del Hospital responde claramente a los retos declarados en la estrategia APS, abordando la respuesta a necesidades y tomando como eje la familia. La dispersión de las viviendas, que en un 87% se encuentran en área rural, separadas por distancias que van de una a ocho horas de camino por vías de trocha, hace que para cada individuo la familia cobre un papel preponderante, pues aunque interactúe en los ámbitos de vida cotidiana, centra su dinámica en el nicho familiar.

Contar con un número reducido de habitantes en un territorio extenso hace que la comunidad participante en los diferentes espacios locales provenga de las mismas familias intervenidas en el hogar, por lo que es imperativo disponer de estrategias que en la planificación de acciones comunitarias den continuidad y fortalezcan la intervención. Ante ello, el hospital genera como componente estratégico la gestión integral de comunidades saludables, dadas por gestión institucional, gestión intersectorial, movilización social y fortalecimiento de redes.

Generar acciones articuladas a sistemas integrados de gestión de calidad permite armonizar las intervenciones para minimizar riesgos como la segmentación y fragmentación de la respuesta. Esto permite que la población de Sumapaz se beneficie de amplias coberturas e intervenciones de mantenimiento y continuidad que aportan a la ciudad en indicadores de impacto.

Las limitaciones del factor económico mencionadas en el documento de postura de la OPS respecto a la APS renovada no son ajenas a la realidad del Hospital Nazareth, ya que, si bien se ha logrado una sostenibilidad financiera, los gastos de operación superan los recursos disponibles, debido especialmente a las largas distancias y a las limitadas redes de comunicación (el corregimiento más cercano

al casco urbano de Bogotá se encuentra a dos horas, y los más lejanos, entre ocho y diez horas por caminos de trocha).

Adicionalmente, las condiciones geográficas y climáticas dificultan el acceso y limitan la disponibilidad tanto de talento humano como de proveedores que estén dispuestos a trabajar en dicho territorio.

Como consecuencia de lo anterior, el Hospital ha organizado un modelo de prestación de servicios de salud que responda a las características de ruralidad de la localidad, denominado ‘Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural’.

Este modelo se inició con la planeación de una nueva forma de prestación de servicios que elimina las barreras de acceso, de manera que resulta innovadora y exitosa a partir de la alineación de la configuración del SGSS con el objetivo estratégico institucional de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias.

El modelo ha venido evolucionando desde un enfoque de riesgo hacia la aplicación de los elementos de la atención primaria en salud, orientados por la determinación social de la salud que se expresa alrededor de la vulnerabilidad familiar. Lo anterior constituye la base de la efectividad orientada hacia el mejoramiento de las condiciones de salud que contribuyen a la calidad de vida de las personas, a pesar de las características geográficas, culturales, políticas y de orden público locales.

Además, está orientado al cuidado integral de la familia por medio de acciones de sensibilización, concertación y definición de estrategias de intervención que se adecúen a las necesidades propias de esta población, enmarcadas en tres ejes de acción: pedagógico, ambiental y de acciones en salud.

Eje pedagógico

Corresponde a las acciones que involucran el diálogo de saberes entre la comunidad y el equipo de salud, orientadas a identificar los medios para mantener la salud en los que se conjuguen positiva e inteligentemente las actitudes, conocimientos y prácticas populares para el cuidado de la salud y el abordaje a estados de enfermedad con los lineamientos de acción en promoción de la salud y prevención de la enfermedad establecidos por el Ministerio de Protección Social y aplicados por el Hospital de Nazareth en su zona de influencia.

En esta modalidad se encuentra la realización de talleres educativos en el ámbito familiar con temática y metodología participativa e integradora de conocimientos y conceptos populares e institucionales; igualmente, la elaboración de material didáctico con la comunidad y la compilación de algunos aspectos sobresalientes del saber popular acerca de prácticas de cuidado de la salud, como el uso de plantas medicinales.

Eje ambiental

El eje ambiental es de suma importancia, dadas las características de la localidad. Las características ambientales de Sumapaz, considerado el páramo más grande del mundo, obligan a la institución a ampliar sus acciones en salud para promover las prácticas protectoras del entorno, el desarrollo de políticas de ruralidad y de la vivienda como ambiente saludable.

El trabajo tiene características de inspección, vigilancia y control a factores de riesgo ambientales determinantes del estado de saneamiento básico, el control de enfermedades compartidas entre el ser humano y los animales, el impacto de la industria en el ambiente y la seguridad alimentaria. Adicionalmente existe un gran componente de formación, comunicación e información ambiental, con el objetivo de fomentar las prácticas humanas dirigidas a la conservación ambiental.

Eje de acciones en salud

Está orientado a fomentar las prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad –incluyendo el saber popular–, estrechar el vínculo entre la comunidad y los servicios de salud y procurar la continuidad de las acciones del modelo mediante los programas de prevención y promoción pertenecientes a los diferentes planes de beneficio, con una cobertura del 100%. Como resultado de lo anterior, se tiende a fortalecer el enfoque hacia un hospital “deshospitalizado”, representado en la minimización de las acciones resolutivas por medio de la construcción de la cultura en salud.

Para abordar el problema de salud local se integran equipos de salud compuestos por médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, ingenieros agrónomos, veterinarios, ingenieros ambientales, zootecnistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, químicos farmacéuticos e, incluso, un chef.

Estos equipos, además de prestar servicios institucionales, atienden los ámbitos declarados desde la concepción inicial del modelo 2001: institucional, extramural y domiciliario.

En el **ámbito institucional** se atiende la demanda de consulta externa de enfermería, medicina y odontología, se brindan todos los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se atienden las urgencias que se presenten y los partos de bajo riesgo de las gestantes de la localidad. También se toman muestras de laboratorio y se aplica el programa ampliado de inmunización.

Las personas pueden llegar por demanda espontánea a solicitar la atención o por la citación a la familia por medio del promotor o de algún miembro del equipo de salud. Los usuarios son trasladados desde su vereda al respectivo centro de atención, reciben todos los servicios y nuevamente se llevan a su vereda de origen.

En el **ámbito extramural** se realizan actividades que cubren la localidad con acciones como: jornadas de salud programadas en cada una de las veredas, atención en las escuelas y colegios, atención a los trabajadores en sus cultivos y sitios de trabajo y espacios comunitarios.

El **ámbito domiciliario** representa una parte del modelo de prestación de servicios, ya que significa llevar los servicios de salud a cada una de las casas de la localidad, estrategia puesta en marcha cuatro años antes de la estrategia distrital ‘Salud a su Casa’. El equipo de salud visita a las familias y ejecuta las acciones estipuladas en el plan de cuidado familiar previamente concertadas; además, canaliza los distintos servicios que se requieran.

En el modelo ‘Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural’, los énfasis están puestos en la organización de la respuesta basada en las necesidades y condiciones familiares, según la etapa del ciclo vital y el ciclo familiar. Es así como se pueden especificar acciones particulares para cada condición encontrada y se definen énfasis como: trabajo saludable, salud infantil, salud oral, discapacidad, enfermedades crónicas y actividad física, salud sexual y reproductiva, seguridad alimentaria, salud ambiental y enfermedades transmisibles.

EL DESARROLLO DEL PIC RURAL

La propuesta de desarrollo busca afectar positivamente los determinantes de calidad de vida y salud de la población de Sumapaz. Para ello, el PIC debe reorganizarse en aspectos como la distribución de territorios, la conformación de equipos de salud y los componentes del PIC.

Distribución de territorios

La territorialización es un elemento prioritario para la organización de repuestas integrales, que cobra un papel preponderante en la localidad de Sumapaz por las condiciones históricas que se sustentan en la tenencia de la tierra, los asentamientos poblacionales alrededor de las cuencas hídricas, las condiciones geográficas y la dispersión poblacional.

Los territorios obedecen la lógica distrital de número de familias por microterritorio, que oscila entre 1.000 y 1.400 familias (dado que en la localidad hay 2.508 habitantes, da como resultado dos microterritorios).

Sin embargo, es necesario contemplar en esa distribución las condiciones y tiempos para el desplazamiento entre viviendas que en la localidad distan entre una y ocho horas por caminos de trocha, sumado a que el 70% de la población pertenece a zona rural dispersa. Esto supone que la concentración de actividades por día en las condiciones de la Localidad de Sumapaz no es equiparable con lo desarrollado en el espacio urbano.

Reorganización de equipos de salud

La propuesta de reorganización de equipos de salud responde a las necesidades y dinámicas locales, como son la exigencia comunitaria, la dinámica del gobierno local, el Pacto por Sumapaz y la dinámica comunitaria, entre otros:

1. **Exigencia comunitaria:** Busca generar acciones integrales y contar con personal de salud que conozca sus realidades territoriales, que pueda dar respuestas unificadas centradas en ellos, con respaldo técnico y conocimiento de sus contextos singulares, particulares y generales, evitando de esta manera la multiplicidad de actividades que persiguen un mismo objetivo.

2. **Dinámica del gobierno local:** Busca que todas las instituciones con acción social en el territorio adapten sus planes, programas y proyectos a las diferencias de Sumapaz, a la par que suman esfuerzos en el objetivo común de mejorar las condiciones de vida y salud de sus habitantes. En este sentido, el hospital está obligado a optimizar los espacios establecidos de manera transectorial y, con esto, a generar un equipo de salud integral.
3. **Pacto por Sumapaz:** Establecido en octubre de 2009, es un acuerdo de voluntades sobre la inversión social para la garantía de los derechos de la población y un diálogo permanente entre la población y la administración distrital, de forma que se puedan superar las dificultades y las adversidades propias de esta zona, originadas por el conflicto armado, buscando garantizar la seguridad de la comunidad y de las personas que laboran en ella.
4. **Dinámica de las organizaciones comunitarias:** Esto exige una interlocución unificada por temas según las necesidades. Es así como en esta dinámica no es viable, por ejemplo, que más de una persona haga gestión respecto a un mismo tema. Las organizaciones existentes se encuentran ubicadas por territorio y cuentan con un plan de trabajo definido por sus integrantes, ante lo cual no es posible generar cambios particulares para necesidades institucionales; así mismo, dichas organizaciones comparten espacios con lo sectorial y lo político.
5. **Ubicación de las sedes para la planeación y prestación de los servicios de salud:** Se busca concentrar, por una parte, las actividades administrativas en un número de perfiles limitado y, por otra, la mayor parte del talento humano en las unidades de atención. Se requiere establecer dos equipos de salud pública: uno en los territorios rurales y otro en la zona urbana. El que está ubicado en la zona urbana se denomina Equipo de Gestión de la Salud Pública, y el que está en el territorio rural, Equipo Integral de Salud Pública.
 - a. El primero tiene la misión de facilitar, coordinar y articular los procesos locales, a través de una gestión con actores intra- e interinstitucionales, estableciendo la línea técnica entre la normatividad distrital, la institucional y el contexto local. Este proceso, llamado *dinamización*, se establece para la gestión de comunidades saludables, los énfasis y la evaluación y análisis.

- b. Este equipo busca dinamizar la gestión social integral, concebida como una herramienta para facilitar canales de comunicación asertivos y eficientes entre los equipos integrales de salud, la comunidad, el hospital y otros sectores, en la búsqueda de respuestas a las necesidades de la comunidad de Sumapaz y la articulación de su accionar.
- c. El segundo equipo tiene su sede en cada una de las unidades de atención –donde viven sus integrantes– y realiza acciones por microterritorio. Está conformado interdisciplinariamente según la generación de alternativas de solución concertadas con las comunidades y corresponde a los siguientes perfiles: médico, enfermera, odontólogo, trabajadora social, promotores de salud, auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional, terapeuta de lenguaje, fisioterapeuta, ingenieros ambientales, agrónomos, médico veterinario, nutricionistas (esto varía según necesidades identificadas).

Reorganización de los componentes

Los lineamientos del PIC tienen como marco el modelo de prestación de servicios ‘Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural’. La operación del PIC se reorganiza en los siguientes componentes: gestión integral de comunidades saludables, dinamización de énfasis, evaluación y análisis.

Gestión integral de comunidades saludables: primer componente

En la gestión integral de comunidades saludables confluyen todos los procesos de gestión, incluyendo los ámbitos familiar, escolar, IPS y comunitario. El ámbito laboral se convierte en énfasis, teniendo en cuenta el reconocimiento de la dinámica productiva, la cual se desarrolla en los espacios familiares.

Para el distrito los ámbitos hacen referencia a las propiedades de los territorios sociales, entendidos como escenarios en los cuales las personas viven y se desarrollan a partir de las interacciones en espacios como la familia, el trabajo, la escuela, lo comunitario y lo institucional⁹⁶.

El Hospital Nazareth desde 2001 organizó la entrega directa de servicios a través de tres ámbitos ya descritos. Es así como el ámbito institucional del modelo abarca

96 Modificado de Lineamientos Plan de intervenciones Colectivas – PIC: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

el ámbito IPS del PIC, el ámbito extramural del modelo contempla los ámbitos escolar, laboral y comunitario, y en el ámbito domiciliario se aborda el ámbito familiar descrito en el distrito.

La necesidad de articular las gestiones de los ámbitos familiar, escolar, IPS y comunitario al componente de gestión integral de comunidades saludables responde a la exigencia comunitaria de disminuir la multiplicidad de acciones, pero también a la dinámica de las organizaciones comunitarias que requiere la optimización de espacios locales informativos, de análisis y de toma de decisiones y búsqueda de respuestas integrales y articuladas, y como ya se mencionó, a la dinámica propia del gobierno local que exige la articulación de acciones intersectoriales de acuerdo con el contexto rural de Sumapaz.

La escasa presencia institucional en el territorio local de Sumapaz está determinada por aspectos relacionados con las características geográficas, de ubicación, población dispersa, presencia de actores armados y falta de garantía de las condiciones de seguridad, generando que en muchas ocasiones el abordaje del territorio se desarrolle desde lo urbano, invisibilizando las realidades de la población sumapaceña y las particularidades de la ruralidad.

La definición del territorio rural desde este contexto frecuentemente ha implicado que las voluntades políticas, las características del accionar y la asignación presupuestal desde el contexto distrital no den respuesta a las realidades y expectativas de los colectivos en la ruralidad.

El fortalecimiento del tejido social es la base fundamental para la generación, maduración y consolidación de los procesos de gestión y posicionamiento social de las alternativas de solución a las necesidades locales, en el marco de la garantía de los derechos.

Dinamización énfasis: segundo componente

Para explicar el concepto de énfasis es necesario retomar el abordaje familiar, el cual, en el primer contacto, establece la caracterización de la familia y su nivel de vulnerabilidad. Al hacer el análisis de la información recogida se evidencian los aspectos particulares que se deben focalizar para la planeación de la entrega de servicios a cada uno de los integrantes de la familia.

Esas características relevantes en la familia tienen en cuenta aspectos del entorno, del ciclo vital familiar (conformación de la pareja, nacimiento del primer hijo, inicio de la adolescencia, inicio de la juventud, salida del primer hijo y ausencia definitiva del cónyuge), y aspectos propios de cada persona en el ciclo vital individual, es decir, la necesidad tanto de entregas de servicios de salud específicos como de gestionar respuestas integrales intra- e intersectoriales para cada individuo. En este sentido, se analizan cuáles son las circunstancias que tienen más influencia en la dinámica familiar (ambiente, situación de salud mental, aspectos de la sexualidad y la reproducción, condiciones nutricionales, presencia de menores de cinco años, afecciones crónicas, situaciones de discapacidad, condiciones bucodentales, condiciones de enfermedades transmisibles y condiciones laborales).

Una vez identificadas las circunstancias con mayor influencia en la dinámica familiar, se determina que es allí donde se va a tener un abordaje específico y, por tanto, diferencial; es decir, donde se va a realizar un mayor 'énfasis'. Una familia puede tener la necesidad de ser abordada desde uno o varios énfasis.

La organización de la respuesta por énfasis atiende a las necesidades de integración de acciones desde lo promocional, lo preventivo y lo reconstitutivo, es así como se organiza la respuesta por los siguientes énfasis:

- Salud ambiental.
- Salud mental.
- Salud sexual y reproductiva.
- Seguridad alimentaria y nutricional.
- Salud infantil.
- Atención integral a condiciones crónicas y actividad física.
- Prevención de aparición de alteraciones permanentes e interacción con población con discapacidad.
- Salud oral.
- Trabajo saludable.
- Enfermedades transmisibles.

El énfasis opera como el ordenador de la respuesta basado en las necesidades de la familia y la concertación con el cuidado, lo que permite materializar el enfoque de las personas como centro de la atención y no lo reduce al factor de riesgo; ejercicio posible en una localidad como Sumapaz y difícilmente repetible en el resto de localidades del distrito.

Evaluación y análisis: tercer componente

Este componente se enmarca en el mejoramiento continuo bajo el esquema de calidad (PHVA), a través de los procedimientos metodológicos que facilitan la identificación, análisis, evaluación y seguimiento de las necesidades de salud y calidad de vida de una población en un contexto rural. Este abordaje contempla la participación de los equipos integrales de salud, permitiendo el reconocimiento de brechas con el fin de generar respuestas integrales y así optimizar los recursos públicos.

Fortalece la identificación específica de las condiciones de salud y calidad de vida de las familias sumapaceñas, promoviendo el análisis en los tres niveles de la gestión integral de comunidades saludables: un primer nivel que determine las necesidades de la población en su entorno familiar, un segundo nivel que retome los escenarios de la vida cotidiana (familiar, escolar, IPS) y sus interrelaciones, y, por último, un tercer nivel que abarque los aspectos estructurales.

El desarrollo de este tercer componente permitirá actualizar información poblacional de los microterritorios, reconocer la situación en salud de cada familia, generar información cualitativa y cuantitativa de fácil acceso, posibilitar una visión diferente de la planificación territorial y realizar seguimiento a las metas del Plan de Salud Pública del Distrito, entre otros.

De esta manera, la organización del PIC para la localidad de Sumapaz responde a las particularidades locales, cumple con la normatividad vigente, con las premisas conceptuales de APS, con las funciones esenciales de salud pública, con el Plan Nacional de Salud Pública, el Plan de Salud Pública Distrital y el Plan de Desarrollo Local, y responde a los objetivos estructurantes del PIC del Distrito Capital, sustentados a lo largo de este documento.

5

Perspectivas
en salud pública
para Bogotá

Perspectivas en salud pública para Bogotá

Autoras: Ana Zulema Jiménez Soto*
y María del Carmen Morales Palomino*

LOS AVANCES

En materia de salud pública, se puede considerar como un logro alcanzado durante los últimos años la sustancial transformación dada en la forma de comprender la salud. De un modelo centrado en la atención sanitaria de la enfermedad y en la prevención de factores de riesgo, se ha pasado a un paradigma que comprende la salud más allá de la ausencia de enfermedad y la convierte en construcción social determinada por procesos sociales, económicos, políticos, culturales y biológicos, un proceso, básicamente, de promoción de condiciones favorables para el desarrollo humano en todos los contextos y los territorios donde cotidianamente interactúa una persona.

La vía central que permite materializar esta nueva forma de comprensión de la salud es la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, que integra la perspectiva de determinantes sociales y el enfoque de derechos, y que, en esencia, propone formas de construcción de respuestas colectivas que trascienden las políticas, centradas en la prestación de servicios, y articula las políticas económicas y sociales en torno a objetivos y metas públicas dirigidas a impactar en la transformación de las condiciones de vida de la gente⁹⁷. La salud se vuelve así un derecho fundamental, como resultado de la formulación de políticas públicas universales, integrales y equitativas dirigidas a la promoción, la preservación, la recuperación y la restitución de la autonomía de las personas.

* Fisioterapeuta, Mgs. en Ciencias de la Salud en el Trabajo, Docente de la Universidad Nacional de Colombia, Miembro de la Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson.

⁹⁷ Ministerio de Salud y Desarrollo Social-Agencia de Cooperación Alemana GTZ. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. p. 2. Caracas, agosto de 2002.

Esta forma de comprender la salud como derecho y como resultado de un conjunto de estructuras y condiciones que determinan las posibilidades de desarrollo y la calidad de vida llevó a la Secretaría Distrital de Salud a plantear no solo un marco conceptual propio, sino a construir una arquitectura organizativa, funcional y de procesos promocionales de la salud para una ciudad diversa y compleja, como Bogotá.

Como se evidenció en los capítulos anteriores, la implementación de la EPCVS, el desarrollo del PIC del Distrito Capital y su proceso de transformación hasta 2012, propuso operar pensando en poblaciones que se desarrollan en sus territorios. Un planteamiento en el que cobran gran importancia el análisis de los determinantes sociales de la salud y la necesidad de construir respuestas integrales que logren afectar dichos determinantes, y que promuevan el desarrollo y la calidad de vida de los sujetos individuales y colectivos.

De esta forma, se propuso la operación de la salud pública a través de tres componentes: gestión de la salud pública en territorios sociales, vigilancia en salud pública y ámbitos de vida cotidiana. Esta fue una forma de operación que aportó avances significativos, derivados del cambio en el paradigma de salud, y entre los que se destacan:

- ◆ El reconocimiento de los sujetos de derecho con quienes se construyen alternativas frente a las realidades y las necesidades de sus territorios, y el consecuente impulso a la participación social en salud.
- ◆ El amplio desarrollo conceptual y metodológico de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud en cada uno de los programas prioritarios en salud pública, a través de los equipos técnicos interdisciplinarios de los proyectos de desarrollo de autonomía y transversalidades, cuyas acciones locales en los ámbitos de vida cotidiana fueron orientadas a partir de los lineamientos del PIC. Destacan, en tal sentido, las iniciativas de programas o respuestas integrales que conjugan varios PDA y transversalidades para aportar respuestas desde la complejidad de las personas y la de las situaciones y las condiciones que ellas enfrentan.
- ◆ El desarrollo del enfoque poblacional, que reconoce las diversas situaciones, condiciones e identidades de los seres humanos, y propone una manera diferencial de abordaje para cada grupo poblacional en la ciudad.

- ◆ El fortalecimiento del análisis de situación de salud y su papel en la planeación de acciones preventivas y promocionales en contextos específicos, al igual que su inclusión como brújula para el trabajo sectorial, intersectorial y transectorial. En este aspecto es notable el avance en cuanto al análisis de las condiciones de inequidad en salud y de los factores que la determinan y sus consecuencias, como base para promover la conciencia pública e incidir en las decisiones de los gobiernos distritales y locales a través de acciones en pro de la equidad.
- ◆ El fortalecimiento del trabajo intersectorial y transectorial para dar respuesta a las necesidades identificadas en los territorios. Cabe resaltar el papel que jugaron la comprensión y el posicionamiento político de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, los diagnósticos locales de salud y las agendas sociales territoriales y locales, en los procesos de construcción de respuestas integrales durante los últimos años en la ciudad; particularmente, dentro de la estrategia de Gestión Social Integral, liderada por la Secretaría Distrital de Salud y la Secretaría de Integración Social.
- ◆ El impulso a la formulación, la implementación, la evaluación y el ajuste de políticas públicas, pensadas más allá de los servicios asistenciales de salud, para generar una mejor calidad de vida a los ciudadanos y ciudadanas de Bogotá. En este apartado, aunque amplio, diverso y complejo, se destaca el liderazgo de la Secretaría Distrital de Salud en la discusión y el posicionamiento del enfoque promocional de calidad de vida y salud, tanto en las políticas sectoriales como en las políticas distritales de carácter intersectorial. Por otra parte, se destaca el desarrollo de políticas sectoriales para grupos poblacionales con mayores niveles de exclusión, tales como los desplazados, las etnias y la comunidad LGBTI (Lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales), las cuales reivindican sus derechos y promueven su inclusión dentro de la sociedad.
- ◆ El incremento de coberturas de acciones informativas, educativas y de movilización social dirigidas a promover la salud y a prevenir enfermedades en la ciudad, pues se llegó a todos los territorios; con mayor énfasis, en los estratos 1, 2 y 3. Sobresale el despliegue de diversas estrategias e innumerables metodologías de trabajo con las comunidades en contextos específicos, tales como las implementadas desde los programas Salud a su Casa, Salud al Colegio, Salud al Trabajo, Comunidades Saludables e Instituciones Amigas de la Salud, y en los escenarios locales de trabajo intersectorial y transectorial.

- ◆ La cualificación de los equipos de salud pública en la ciudad. Se puede afirmar que a lo largo de este periodo el sector salud en Bogotá amplió su perspectiva de las disciplinas que aportan a la promoción de una mejor calidad de vida y a un mejoramiento de los indicadores de salud, al conformarse equipos interdisciplinarios de ciencias de la salud, humanas, sociales y ambientales.

Esto ha traído como resultado una mayor capacidad de adaptación de estos equipos a las necesidades territoriales, y la consecuente adaptación de los proyectos y las acciones de salud pública, que en la actualidad no se dirigen exclusivamente a temas de prevención de factores de riesgo, sino, en su mayor parte, hacia la gestión y la implementación de acciones intersectoriales que logran afectar los determinantes sociales de la salud.

Así, actualmente se evidencia que los equipos locales no solo realizan acciones educativas y de canalización para atender los servicios sanitarios, sino que, además, implementan diversas estrategias de canalización a servicios sociales bajo la responsabilidad de otros sectores y entidades de la administración.

Todo lo anterior ha conjugado una capacidad crítica y propositiva en los equipos de salud pública locales, que cuestionan las orientaciones de programas y proyectos estandarizados para toda la población y generan iniciativas para hacer más sensibles los programas y las intervenciones a las necesidades cambiantes y diferenciales de la población del distrito, las cuales han sido reconocidas y avaladas por la Secretaría Distrital de Salud.

- ◆ La identificación y la gestión frente a barreras de acceso en los servicios de salud. A partir de un ejercicio participativo y crítico frente a la atención sanitaria, se han identificado las barreras administrativas, geográficas, técnicas, económicas, culturales y humanas que limitan la garantía al derecho a la salud, y se han generado mecanismos de gestión frente a las entidades públicas y privadas a cargo de prestar servicios asistenciales. Así mismo, se han promovido procesos de movilización social en torno a la exigibilidad del derecho a la salud.
- ◆ En los indicadores básicos de salud Bogotá tuvo avances durante los últimos 8 años: disminuyeron la mortalidad infantil, la mortalidad materna, la mortalidad en menores de 5 años y el embarazo en niñas de 10 a 14 años y adolescentes de 15 a 18.

LIMITACIONES Y RETOS PENDIENTES

A pesar de los avances de la salud pública en la ciudad, es importante reconocer las limitaciones y las debilidades que se enfrentan. Quizá, la mayor debilidad, que se convierte en el principal reto, es la fragmentación de las acciones, que aún persiste.

La operación de las acciones de salud pública en ámbitos de la vida cotidiana intentó romper con la estructura de programas donde las acciones sobre los individuos se realizaban de manera fraccionada; sin embargo, con el tiempo los equipos de salud pública empezaron a “especializarse” en los ámbitos y los componentes, y, de nuevo, se originó un fraccionamiento en los equipos de trabajo locales. Esto plantea un reto de especial importancia para la ciudad, en el sentido de implementar un modelo de salud que asegure la integralidad de las acciones: no solo de las acciones preventivas y promocionales desarrolladas por los primeros niveles de atención, sino la integralidad de todos los niveles de complejidad, para asegurar la materialización del derecho a la salud.

Por otra parte, a pesar de los avances en los indicadores básicos de salud, siguen prevaleciendo grandes inequidades, que son más visibles en las localidades con mayor proporción de población de estratos 1 y 2, y en las cuales dichos indicadores llegan a cifras muy por encima del promedio de la ciudad. Esto refuerza la importancia de trabajar de manera diferencial en los territorios, con el fin de aportar a la disminución de las inequidades entre poblaciones.

Por otro lado, aunque se avanzó en la construcción de políticas públicas para grupos poblacionales por etapa del ciclo vital y por condiciones diferenciales (etnia, LGBTI, género, entre otros), algunas de tales propuestas no llegaron a concretarse en acciones. Planteadas como responsabilidades de las diferentes instituciones dentro de las políticas de cada grupo, falta la decisión política para su desarrollo efectivo; por ejemplo, la adecuación de los servicios de salud con enfoque de atención diferencial, el reconocimiento de la medicina tradicional y alternativa, y la garantía de la participación social diferencial de manera vinculante.

En relación con el trabajo intersectorial, pese a los avances de la ciudad a través de la estrategia de Gestión Social Integral, que lideraron las secretarías distritales de Salud y de Integración Social, las canalizaciones efectivas a otros servicios sociales –diferentes de la salud– no alcanzaron el 60%, lo cual también afecta los indicadores básicos de salud y los indicadores de desarrollo de Bogotá.

Esta cifra evidencia cuán urgente es poner en la discusión y en la agenda pública la necesidad de implementar un sistema de protecciones sociales, que no esté mediado por la focalización ni por los intereses del mercado, y de implementar nuevas estrategias que permitan garantizar los derechos a toda la población.

Respecto a la capacidad resolutoria de los equipos de salud pública en los territorios de la ciudad, pese a la ampliación de las coberturas de acciones educativas y promocionales en diversos escenarios, la inversión financiera, operativa y técnica realizada por las intervenciones implementadas por los diferentes ámbitos de vida cotidiana no corresponde con los resultados de canalización efectiva de los eventos de salud detectados.

Por tal motivo se debe fortalecer la rectoría en salud, para que las IPS públicas y privadas reciban a las personas canalizadas a los servicios de salud y les brinden la atención que necesitan con los estándares de calidad requeridos.

En cuanto al fortalecimiento de la participación social en salud, y, específicamente, hablando de la construcción del PIC, durante este período fue sometido a discusión con la comunidad en eventos pequeños, y con poca participación de todos los grupos poblacionales; un gran reto para el gobierno distrital es desarrollar el Plan de Intervenciones Colectivas de las siguientes vigencias, mediante una consulta comunitaria amplia y representativa.

NUEVAS PERSPECTIVAS

Teniendo en cuenta los antecedentes, los desarrollos, los avances y las debilidades en la construcción de la salud pública en Bogotá, la nueva administración de Bogotá Humana ha propuesto una estrategia integral de trabajo para las poblaciones en territorios, la cual pretende superar el fraccionamiento en el análisis y las respuestas para cada territorio atendiendo a sus particularidades y fortaleciendo su capacidad resolutoria. Esto, en coherencia con los objetivos del plan de gobierno 2012-2016, que se propone enfrentar la segregación social y la depredación de la naturaleza, profundizar la democracia y volver incluyente el proceso de desarrollo económico.

Estos objetivos tienen como proceso central el desarrollo humano, de tal forma que la ciudad les permita a sus habitantes escoger el tipo de vida que ellos consideran valioso y desarrollar sus proyectos de vida. Para ello, es vital atender las evidentes

inequidades entre los grupos con mayores ingresos y el resto de la población, que han originado una segregación progresiva hacia grupos poblacionales en territorios específicos de la ciudad.

Con la perspectiva enunciada, se afianza la comprensión de la garantía de los derechos plasmada en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, la interrelación del derecho a la salud con otros derechos como la vida, la libertad, el trabajo, el medio ambiente sano, la educación, la alimentación, el libre desarrollo de la personalidad, entre otros, y da mayor protagonismo a la acción del Estado y de los actores sociales frente a los determinantes sociales de la salud, en especial en los grupos poblacionales con mayores niveles de exclusión.

Reconociendo estas profundas inequidades que se expresan en la segregación social de la ciudad en materia del derecho a la salud, se planteó implementar un **modelo de atención integral en salud** basado en la estrategia de APS y orientado desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud.

Este modelo tiene como base la gestión y la operación integral de la salud pública en los territorios, articulado con la prestación de servicios de salud intramurales y con otros servicios sociales, de acuerdo con las necesidades de la población. Esto implica abordar las poblaciones desde el enfoque promocional de salud familiar y comunitaria, con fuertes acciones de educación en salud, detección temprana, protección específica de enfermedades y prevención de estas, y la gestión del acceso oportuno y de calidad a los servicios asistenciales de salud y a otros servicios sociales requeridos por las poblaciones.

La organización operativa del modelo de atención integral en salud parte de reconocer al territorio en sus diferentes configuraciones, para planificar y desarrollar acciones concretas de las políticas públicas que tienen incidencia directa en la calidad de vida de sus habitantes. En este esquema de trabajo las Empresas Sociales del Estado continuarán desarrollando acciones locales y de rectoría, como las de gestión local, vigilancia en salud pública y el programa ampliado de inmunizaciones, y desarrollarán acciones territoriales, para lo cual configurarán unidades territoriales de acción.

Como base para la configuración de las unidades territoriales se encuentran las familias activas del programa Salud a su Casa, de tal forma que un *microterritorio* será conformado por 800 familias y un *territorio* será constituido por 12 microte-

rritorios. Cabe recalcar que el territorio incluye, además de las familias, todos los demás ámbitos, recursos y actores, como, por ejemplo, jardines infantiles, colegios, unidades productivas, instituciones, organizaciones y líderes comunitarios, entre otros.

Durante el período de gobierno distrital 2012-2016 se propone priorizar la atención a la población con estratificación socioeconómica 1, 2 y 3.

La organización de la respuesta en las unidades territoriales de acción se desarrollará a través de dos equipos, que deberán asegurar una permanente articulación:

- Equipos de contacto: conformados por servidores públicos con perfiles técnicos que serán el enlace entre la población, los servicios de salud y otros servicios sociales. Cada unidad territorial contará con 24 equipos territoriales; dos de ellos, por cada microterritorio.
- Equipos integrados: conformados por servidores públicos con perfiles profesionales y especializados de varias disciplinas, que responderán a las necesidades de la población a partir de la operación de respuestas de manera integrada. Cada unidad territorial contará con un equipo integrado.

Para el desarrollo de este modelo se planea contar con 1.000 equipos de contacto y 83 equipos integrados, que dispongan de capacidad resolutive en la prestación de servicios y garanticen un abordaje integral para las familias y las comunidades, para así constituirse en una puerta de entrada para la población de la ciudad al Sistema General de Seguridad Social en Salud y de Protecciones Sociales.

La capacidad resolutive de los equipos integrados se materializará en su capacidad para responder de manera integral y oportuna a las demandas de atención de salud identificadas en las poblaciones de los territorios. Para el caso del SGSSS, el equipo integrado deberá articular los servicios del Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan Obligatorio de Salud, y para el caso de la garantía de protecciones sociales, deberá fortalecer el trabajo intersectorial y transectorial para el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Los equipos integrados y de contacto en el marco del modelo de atención se articularán a la red de servicios de salud que les corresponde según su localización, y dentro de esta red se realizarán los procesos de canalización a servicios de salud y a

otros servicios sociales, con base en el trabajo intersectorial. Así mismo, se plantea para el período 2012-2016 contar con 83 centros de salud y desarrollo humano, que garanticen la estructura para liderar los procesos que se ejecutarán en un número igual de territorios de la ciudad.

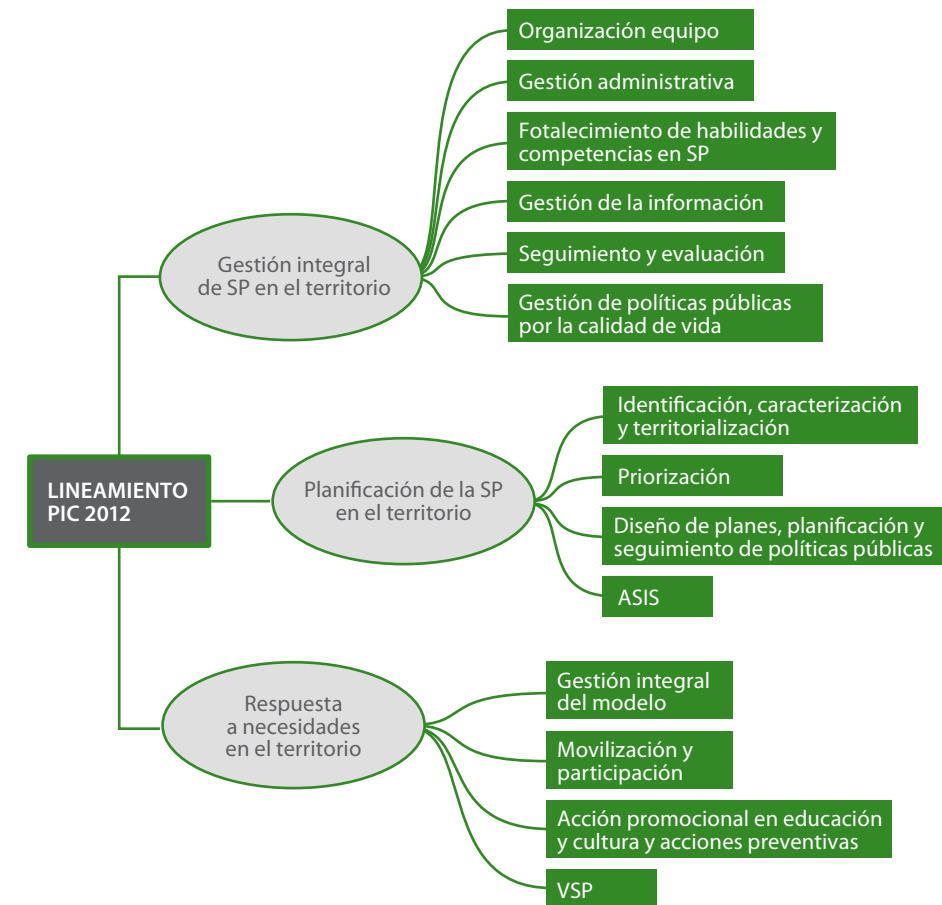
Con tal perspectiva, los equipos de contacto y los equipos integrados de salud familiar y comunitaria tendrán la responsabilidad de implementar procesos transversales de carácter transdisciplinario, que permitan reconocer y analizar críticamente la realidad social en el contexto territorial, promover procesos de participación social, diseñar e implementar acciones integradas de carácter promocional de la salud, de prevención de las enfermedades, de protección específica y de vigilancia en salud pública en las poblaciones en sus contextos territoriales, e implementar herramientas de gestión integral de la salud que permitan el desarrollo de procesos institucionales, intersectoriales y transectoriales que se materialicen en la construcción de políticas saludables en la ciudad. Todo esto, según los principios orientadores de equidad, integralidad y longitudinalidad de las acciones, intersectorialidad y transectorialidad.

Para la operación del modelo de atención integral en salud, se plantean tres procesos centrales: gestión, planificación y respuesta a necesidades de salud pública en el territorio. Cada uno de ellos incluye un conjunto de subprocesos que garantiza la respuesta integral de salud, la cual, a su vez, va desde la organización de los equipos integrados de salud en las Empresas Sociales del Estado, pasando por la implementación de estrategias promocionales y preventivas de salud con las comunidades, hasta su seguimiento y su evaluación.

El **proceso de gestión integral de la salud pública** recoge la articulación de las acciones y los recursos sectoriales y locales desde un enfoque de derechos para enfrentar los determinantes del deterioro de la calidad de vida, respetando la autonomía y la iniciativa territoriales. Los subprocesos que hacen parte de la gestión son:

- Gestión de políticas públicas de salud y calidad de vida.
- Gestión administrativa de los recursos del PIC en los territorios.
- Fortalecimiento de habilidades y competencias de los equipos de salud en los territorios.
- Gestión de la información para el PIC y la vigilancia en salud pública.
- Seguimiento y evaluación del PIC.

Gráfica 1. Estructura modelo PIC 2012



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Lineamientos PIC, Bogotá, D. C., 2012. <http://saludpublicabogota.org/wiki>

El **proceso de planificación** comprende los siguientes subprocesos:

- ♦ **Identificación, caracterización y georreferenciación** de las características y los recursos del territorio, que constituye una línea base como insumo para el proceso de análisis crítico de microterritorios y territorios, y de las respuestas institucionales y sociales. Este análisis permite priorizar las intervenciones en salud y su organización en las diferentes escalas territoriales (localidad, UPZ, territorio y microterritorio).

- ◆ **Análisis de la situación de salud y calidad de vida**, que permita conocer y comprender la complejidad en la cual se desarrollan los procesos de salud-enfermedad y de calidad de vida de las poblaciones. Es una herramienta fundamental para planear los servicios, las intervenciones y los programas apropiados de las instituciones del sector salud, y para definir estrategias interinstitucionales que incidan en los determinantes de las condiciones de calidad de vida y salud de los grupos poblacionales en los territorios.
- ◆ **Construcción de planes de intervenciones colectivas locales**. A partir del análisis de la situación de salud en cada localidad del Distrito Capital, se construirán los objetivos y las metas de salud pública en los territorios sociales y en la localidad. Esta construcción debe contar con una amplia participación social, e incluir las propuestas sociales y comunitarias que se han trabajado durante vigencias anteriores, y las que surjan de espacios de deliberación y decisión territorial y local.
- ◆ **Construcción de planes de acción por territorio**. Implica la definición programática y operativa de las actividades por realizar en cada proceso central de la salud pública en el territorio y en los diferentes escenarios de vida cotidiana identificados en él (familia, colegios, jardines, instituciones, comunidades, unidades de trabajo, entre otros). Estos planes orientarán la operación de las acciones y las prioridades en salud pública, y definirán las metas operativas para desarrollar en cada territorio.

El proceso de respuestas a las necesidades de los sujetos integra de manera sinérgica cuatro subprocesos centrales: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la movilización y la participación sociales; el acceso equitativo a los servicios sociales y de salud, y la vigilancia epidemiológica; todo ello, para dar respuestas concretas a las necesidades identificadas en los sujetos desde los enfoques territorial y poblacional, y desde la estrategia de atención primaria.

Con esta nueva propuesta para la salud pública de la ciudad, incluida en el Programa Territorios Saludables y en la Red de Salud para la Vida desde la Diversidad, del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana⁹⁸, se busca contribuir al goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, para modificar positivamente

98 CONCEJO DE BOGOTÁ. Acuerdo 489 de 2012, por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2012-2016 Bogotá Humana.

las condiciones que determinan su calidad de vida, por medio del desarrollo de un modelo humanizado y participativo, basado en la atención primaria y en las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad.

Se busca también fortalecer la promoción de la salud, y la detección y la prevención de enfermedades, para favorecer la información y la educación familiar y comunitaria en los territorios, incorporar los enfoques diferenciales para la atención integral para las víctimas del conflicto armado y reconocer las prácticas de los grupos étnicos.

Así mismo, se pretende garantizar la atención universal en salud al hacer énfasis en la equidad sanitaria y la salud pública, así como en la promoción de entornos saludables y la prevención de enfermedades.

Por otra parte, al identificar a las diversidades poblacionales se fortalecerán el diseño y la implementación de estrategias articuladas dentro del sector salud, y coordinadas intersectorialmente, para eliminar las brechas de inequidad de los diferentes grupos en condición de vulnerabilidad y que den respuesta a eventos prioritarios de salud pública.

Bibliografía

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Política Pública de Mujer y Género, ABC de la Política Pública de Mujer y Género. Bogotá, D. C., 2004.

BONFIL, Guillermo. La teoría del control cultural en el estudio de procesos étnicos. Citado por: ARIAS, María Mercedes en Documento de la línea de investigación: Etnia y Salud, Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. Revista Papeles de la Casa Chata, Año 2, 26, 1987.

BREILH, Jaime. La salud-enfermedad como hecho social. En: Deterioro de la vida en Ecuador. Quito, 1989.

BRONFENBRENNER, Urie. Irreflexiones de un demente, en: <http://ikillyounow.blogspot.com/2008/01/modelo-ecologico-de-bronfenbrenner.html>

CAMINO, Xavier. Una apropiación informal del espacio urbano a través del deporte: la fuixarda de Barcelona y la escalada. En: Culturas en juego. Ensayos de antropología en España, Icaria/Institu Català d'Antropologia. Barcelona, 2003.

CEPAL. Seminario perspectivas innovativas en política social. Santiago de Chile 29 y 30 de octubre de 2002.

CONCEJO DE BOGOTÁ. Plan de Desarrollo Distrital "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor" Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012. Bogotá, D. C., 2008.

CONCEJO DE BOGOTÁ. Acuerdo 489 de 2012, Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C. 2012 – 2016 - Bogotá Humana. Bogotá, D. C., 2012.

CONTRERAS HERNÁNDEZ, Jesús y GRACIA ARNAIZ, Mabel. Preferencias y consumos alimentarios: entre el placer, la conveniencia y la salud. Observatorio de la Alimentación. Barcelona, 2004.

CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. Sentencia N° T-760 de 2008. Bogotá, D. C., 2008.

COUTO Rosa. Desarrollo humano y desarrollo local. La dimensión de lo político y de lo social en el Desarrollo Humano local. Escuela Virtual Desarrollo Humano, PNUD. Bogotá, D. C., 2001.

D'ELIA, Yolanda; DE NEGRI, Armando; HUGGINS, Magally y otros. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva del derecho y la equidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Agencia de Cooperación Alemana. Caracas, 2002.

DE NEGRI, Armando. Conferencia: La participación y el enfoque promocional de calidad de vida y salud. Bogotá, D. C., 28 de agosto de 2004.

DECRETO 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá, D. C., 2007.

DECRETO 608 DEL 28 DE DICIEMBRE DE 2007. Por medio del cual se establecen los lineamientos de la Política Pública para la garantía de los Derechos de las personas LGBTI y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital. Bogotá, D. C., 2007.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, DANE-SDP. Encuesta de Calidad de Vida. Bogotá, D. C., 2007.

DIDERICHSEN, Finn; EVANS, Timothy y WHITEHEAD, Margaret. Bases sociales de las disparidades en salud. En: EVANS, Timothy; WHITEHEAD, Margaret; DIDERICHSEN, Finn.; BHUIYA, Abass y WIRTH, Meg, Desafío a la falta de equidad en la salud. De la ética a la acción. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud / Fundación Rockefeller. Pgs.13-25. Washington D. C., 2002.

DOMÍNGUEZ, Martín R. Caracterizando al campesinado y la economía campesina: Pluriactividad y dependencia del mercado como nuevos atributos de la campesinidad. En: Agricultura y sociedad. No. 66, Enero-Marzo, pp. 97-136. 1983.

ESPINOSA, Patricia. Grupos vulnerables y cambio social. En: Quórum, México, Instituto de Investigaciones Legislativas de la Cámara de Diputados, año IX, No. 72, mayo-junio de 2000, pg. 10. Citado por: PÉREZ, María. Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar. En: Boletín Mexicano de Derecho Comparado, No. 113, 2011.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, UNFPA, COLOMBIA, UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA. Guía para el análisis demográfico local. Herramientas para incluir el enfoque poblacional en los procesos de planeación del desarrollo integral. Bogotá, D. C., 2009.

GARCÍA, Solángel; SANTACRUZ, Martha; CARRILLO, María Victoria y COBOS, Ana María. Cuadernos de discapacidad y rehabilitación basada en la comunidad, Secretaría Distrital de Salud - Dirección de Salud Pública. Bogotá, D. C., 2008.

GRUPO DE INVESTIGACIÓN Y GESTIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD. Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, 2008.

IUHPE-UIPES, Generar Escuelas Promotoras de salud: Pautas para promover la salud en la escuela, en: http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_Spanish.pdf

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Congreso de la República. Bogotá, D. C., 2007.

MARCHIORI BUSS, Paulo. Health promotion and quality of life. En: Ciencia y Salud Colectiva, Associacao Brasileira de Pos/graduacao em Saúde Coletiva, Número 1. Rio de Janeiro, 2000.

MAX-NEEF, Manfred. Desarrollo a escala humana, conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Centro de Alternativas de Desarrollo CEP-AUR – Fundación Dag Hammarskold. Chile, 1994.

MEDINA, F. Xavier. Actividad físico-deportiva, migración e interculturalidad. En: Culturas en juego. Ensayos de antropología en España, Icaria/Institut Català d'Antropologia. Barcelona, 2003.

MILIO, Nancy. Promoting health through public policy. Canadian Public Health Association. Ottawa, 1989.

MINISTERIO DE AMBIENTE, VIVIENDA y DESARROLLO TERRITORIAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA Colombia, UNIVERSIDAD EXTERNADO DE COLOMBIA. Enfoque poblacional para revisión y ajuste de Planes de Ordenamiento Territorial. Guía de aplicación. Bogotá, D. C., 2010.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 0425 de 2008, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las Entidades Territoriales. Bogotá, D. C., 2008.

MINISTERIO DE SALUD y DESARROLLO SOCIAL DE VENEZUELA. Plan estratégico social para el desarrollo de un pensamiento estratégico en las Políticas Públicas por la Calidad de Vida y la Salud. Hacia la universalidad de los derechos sociales con equidad, dentro de una Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida y Salud. Caracas, 2003.

MOLINA, A. Nancy, Informe de entrega de gestión. Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, D. C., 2005.

MOLINA, A. Nancy; DE NEGRI, F. Armando. Informe final. Diseño y ejecución de un programa de educación continuada para el desarrollo de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud en grupos de trabajadores informales. Universidad Nacional de Colombia – Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, D. C., 2007.

OBSERVATORIO DE SALUD POR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LA PERSONERÍA DE MEDELLÍN. Memorias del Foro Ley 1438 de 2011 y los Indicadores de goce efectivo del Derecho a la Salud. Bogotá, D. C., 2011.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO, OIT; ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA CIENCIA y LA CULTURA, UNESCO; y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. RBC. Estrategia para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de las personas con discapacidad. Documento de posición conjunta, 2004.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Comisión de Derechos Humanos. El derecho a la alimentación. Informe preliminar preparado por ZIEGLER, Jean, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos. Documento A/56/210, 2001.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Nueva York y Ginebra, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio, Informe Global, Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C., 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Escuelas Promotoras de Salud. Modelo y Guías para la acción basado en la experiencia latinoamericana y caribeña, 1994.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Funciones esenciales de la salud pública. En: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP.htm>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Política de Igualdad de Género, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Washington D. C., 2007.

PUYANA, Yolanda y RAMÍREZ, María. Familias, cambios y estrategias. Bogotá, D. C., 2007.

PALACIOS, Agustina y ROMANACH, Javier. El modelo de la diversidad la Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Ediciones Diversitas-AIES, Santiago de Compostela, 2006.

PALLONI, Alberto et al. Introduction: Aging among Latin American and Caribbean Populations. En: *Journal of Aging and Health*, 18(2):149-156, 2006.

RUÍZ, J. Gamines, instituciones y cultura de calle. Santa Fe de Bogotá, 1998.

SÁNCHEZ, Ricardo (ed.). ¿El Deporte: nuevo instrumento de cohesión social? En: *Culturas en juego*, Ensayos de antropología del deporte en España, Icaria/Institut Català d'Antropologia. Barcelona, 2003.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Marco Conceptual Lineamientos de Política de Salud Ambiental. Bogotá, D. C., 2010.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Plan de Salud del Distrito Capital 2008 – 2011. Bogotá, D. C., 2008.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, Dirección de Salud Pública. Análisis de la situación de salud de Bogotá, 2009, Serie Documentos Técnicos. En: http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Lineamiento_%C3%A1mbito_familiar#Parte_II:_An.C3.A1lisis_de_situaci.C3.B3n_de_salud.2C_n.C3.BAcleos_problem.C3.A1ticos_y_temas_generadores_del_.C3.A1mbito_familiar.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, Dirección de Salud Pública. Lineamientos de salud sexual y reproductiva. Bogotá, D. C., 2008.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, Dirección de Salud Pública. Lineamiento enfoque poblacional. Bogotá, D. C., 2011.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Corporación Guillermo Fergusson. La Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la equidad y el Derecho a la Salud, Dirigido a las servidoras y servidores públicos. Bogotá, D. C., pg. 33, 2007.

SEN, Amartya. El desarrollo como libertad. Barcelona, 2000.

UNESCO. Initiative Focusing Resources on Effective School Health (FRESH), 2007.

WONG, Rebeca et al. Survey Data for the Study of Aging in Latin America and the Caribbean: Selected Studies. En: *Journal of Aging and Health*, 18(2):157-179, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic disease: a vital investment, WHO. Geneva, 2005.

El **Grupo Guillermo Fergusson** nace en 1983 como una idea de un grupo de estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia con alguna experiencia en trabajo popular, quienes, inspirados en el pensamiento de medicina social del maestro Guillermo Fergusson Manrique, asumen la problemática de salud desde un perfil político-social y se dan a la tarea de crear un grupo de trabajo estudiantil para incidir en un quehacer social diferente al que les planteaba la academia.

En 1985 se consolida el grupo inicial alrededor de una propuesta de apoyo al trabajo popular de carácter barrial y sindical. A partir de entonces se inicia un periodo de crecimiento e inserción en los sectores populares, se crean vínculos con otras instituciones colombianas y latinoamericanas que vienen trabajando en la misma perspectiva y se profundiza en la discusión del proceso salud-enfermedad con la investigación como eje fundamental de trabajo.

Luego de constituirse como Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson, el grupo ha seguido consolidando su quehacer en torno a procesos de investigación, educación, asesoría en planeación y gestión a organizaciones sociales en Bogotá y otras ciudades del país, y también en la construcción de estrategias, modelos y políticas que han encontrado eco en lo distrital y han contribuido desde lo institucional a entender el proceso salud-enfermedad en una perspectiva más integral y significativa para la calidad de vida de los ciudadanos.

Como parte del Plan Distrital de Salud, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) busca desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida y por ende la salud de las personas, acercar y facilitar el acceso a los servicios de atención sanitaria según lo establecido en el Plan Obligatorio de Salud, promover la participación social de actores y sectores en procura de reconocer el carácter colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables.

La actual Administración de Bogotá, acogiendo el lema “La salud no es un favor, es un Derecho”, acerca las intervenciones de salud a los hogares de las personas para fortalecer la salud preventiva y la estrategia promocional de calidad de vida y salud y para realizar la rectoría en salud y exigir el cumplimiento de este derecho en todos los ciudadanos del Distrito Capital.

*Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)
Documento Marco de Lineamientos, 2012*

