1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- Denominación del Programa de Formación: Técnico en Salud Pública
- Código del Programa de Formación: 331308
  1. Nombre del Proyecto: Promoción de entornos saludables para el cuidado de la salud y la vida.
- Fase del Proyecto: Planeación
- Actividad de Proyecto: AP-Definir un Plan de Acción de Intervenciones en Salud Pública para la Población Focalizada Según Normatividad Vigente.
- Competencias:

  Técnicas

  230101295 Caracterizar Situación De Salud Según Metodología De Análisis Y Normativa.

- Resultados de Aprendizaje Alcanzar:

  Técnicas

  230101295-1 Reconocer las comunidades de acuerdo con características socioculturales, enfoques y formas de organización.

  230101295-2 Aportar en la caracterización de la situación de salud de la población de acuerdo con metodología establecida.

  230101295-3 Elaborar matriz de priorización y mapa de riesgos de acuerdo con parámetros.

  230101295-4 Promover la participación comunitaria para la planeación y desarrollo de acciones para el cuidado de la salud de la población.

  Componente social

  240201500 Asumir responsablemente los criterios de preservación y conservación del medio ambiente y de desarrollo sostenible, en el ejercicio de su desempeño laboral y social.

  240201500 Duración de la Guía:

- Técnicas: 272 horas

2. PRESENTACION

3. FORMULACION DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

1.1. ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN:



La salud pública es transversal en nuestras vidas, bien sea a través de factores protectores como la lactancia materna o los inmunobiológicos que nos protegen contra enfermedades, como con las situaciones que pueden afectar nuestra salud, las cuales se denominan factores de riesgos, hábitos de vida poco saludables, alteraciones del ambiente, presencia de vectores que sirven de vehículo a microorganismos o aun sin ellos que pueden causar morbilidad y mortalidad.

El papel de técnico en salud pública es fundamental porque es un enlace entre la comunidad y las instituciones tanto promotoras como prestadoras de salud, a través de las actividades que realice puede marcar la diferencia en el Bienestar de la comunidad.
A través de esta guía se realizará el reconocimiento de las comunidades para la caracterización de las características de cada una de ellas.

<u>Situación problemática</u>



Día a día se reconoce muchas actividades, acciones que con escucharlas o simplemente verlas evocan una serie de características propias. A continuación, observe las siguientes imágenes y al finalizar, responda lo siguiente para luego socializar en plenaria:

Imagen 1



Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5



Imagen 6



Imagen 7



- ¿Qué le representa a usted cada imagen en relación con la salud pública?
- ¿Qué efectos tiene cada imagen en la salud de las personas?
- ¿Qué haría usted para mejorar estas situaciones?

3.2 ACTIVIDADES DE CONTEXTUALIZACIÓN

3.2.1 Escriba en media hoja las características y problemáticas que se presentan en su comunidad. Reúnase en plenaria junto con sus compañeros e instructor y participe dando respuesta a los siguientes interrogantes:

Escribir las características de problemas de salud de su comunidad.

- ¿Conoce los actores que tienen responsabilidad sobre la problemática?
- ¿sabe que es una organización comunitaria?
- ¿Identifica el papel de las juntas de acción comunal?
- ¿cuáles son las principales características de esa comunidad?

3.2.2 Participe en la lluvia de ideas sobre el concepto de determinantes sociales en salud liderado por el instructor.

3.3 ACTIVIDADES DE APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO (CONCEPTUALIZACIÓN Y TEORIZACIÓN).





3.3.1 Concepto de salud y enfermedad: A través de un dibujo o imagen represente que significa para usted la salud y en con otra imagen o dibujo represente que es la enfermedad, debajo de cada imagen plasme un concepto de la salud y de la enfermedad. Socialice en plenaria con sus compañeros.

3.3.2 METODOLOGÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ESTRUCTURA SOCIAL

3.3.2.1 Lea atentamente el siguiente texto que hace referencia a la sociedad en la época de la colonia elabore una representación gráfica de los diferentes grupos sociales de esta época.

En la época de los españoles en América ellos eran los únicos que podían acceder a cargos públicos y del ejército. La vida de los españoles no era extremadamente lujosa, aunque sí poseían esclavos y se alimentaban bastante bien. Eran los dueños de la tierra. De esta manera, con el trabajo que desempeñaban los indios de las encomiendas en el campo y en los lavaderos de oro, se fueron volviendo más ricos.

Los españoles ocuparon cargos públicos responsabilizándose del gobierno y también se dedicaron al comercio.

Los criollos son los hijos de los españoles que nacieron en América, por lo que a manos de ellos pasaron las casas, haciendas, tierras y encomiendas. Los criollos eran cultos. Incluso algunos jóvenes iban a estudiar fuera del país, al exterior. Muchos criollos alcanzaban altos grados militares, otros se hacían sacerdotes y el resto se dedicaba al comercio .Al ser mayoritariamente dueños de algunas tierras, dominaban gran parte de las actividades productivas

Los mestizos un grupo que se formó con la unión entre conquistadores e indios. Estos siguieron uniéndose entre ellos y formaron una población que creció rápidamente, llegando incluso a ser la más numerosa, durante la época colonial. Los mestizos eran pobres. Muchos de ellos estaban constantemente buscando trabajo, ya que no poseían uno estable. Otros vivían en el campo como peones de las haciendas y el resto trabajaba en minas.

Los negros y mulatos fueron traídos desde África para trabajar en distintas labores en el campo o ciudad. Con frecuencia formaban parte de la servidumbre de las casa.



Cartagena de Indias fue el principal puerto de entrada de esclavos al país durante el periodo colonial y durante su auge más alto resultó en ser el negocio más lucrativo de la ciudad. Hacia 1620 la ciudad contaba con 6000 habitantes, de los cuales 1400 eran esclavos de origen africano, hacia 1686 el número de esclavos había aumentado a 2000.[17] En el censo realizado entre 1778 y 1780 se determinó que la población esclava representaba el 10 % de la población en la Provincia de Santa Marta y el 8 % de la Provincia de Cartagena.

El uso de mano de obra esclava resultó ser imprescindible para la economía de la Provincia de Cartagena, tanto en el ámbito urbano como rural. Con la muerte de la gran mayoría de la población nativa, el trabajo de los africanos alcanzó una gran relevancia. Aunque durante XVII la labor esclava fue empleada tanto en agricultura como ganadería, eventualmente esta pasó a concentrarse alrededor de sólo esta última puesto que la agricultura es estacional y por ende resultaba menos rentable para el esclavista que deseaba reducir al mínimo las horas en que el esclavo no trabajaba.

Los indios o aborígenes: Muchos pueblos indígenas no se sometieron a los españoles sino después de ser militarmente derrotados e incluso quienes aceptaron el dominio español no pocos terminaron por sublevarse ante la explotación despiadada de que eran objeto. Así los primeros indígenas fueron esclavizados sin fórmula de juicio unos y otros en su condición de prisioneros de guerra a la usanza española, los conquistadores hicieron pues una esclavización generalizada entre los pueblos indígenas. Después del genocidio indígena a través de las guerras de conquista, de la esclavización y las enfermedades traidas, los Españoles decidieron quedarse, imponiéndose una política de estado de largo plazo y más por razones económicas que por una actitud humanitaria, se adopta una política de protección de la población indígenas como mano de obra gratuita para las encomiendas, pues la tierra sin quien la trabajara perdía todo su valor en perjuicio de encomenderos y de los intereses tributarios de la corona.

Es entonces ante el exterminio indígena cuando la propuesta del padre las casas, antiguo encomendero, de reemplazar a los indígenas por negros africanos para el laboreo de las minas es acogida en 1517 por el emperador Carlos V, y se inicia el proceso de la esclavitud en América con el primer desembarco de un cargamento de negros en 1518, el cual duraría hasta 1880, pocos años después de que la esclavitud fuese oficialmente abolida en Brasil y Cuba, últimos bastiones esclavistas en América. Teniendo en cuenta el texto anterior elabore una representación gráfica de los diferentes grupos sociales de esta época.

3.3.3 La familia: ***¡Se dice que la familia es la base fundamental de una sociedad*** Lee con atención el mensaje del Papa Francisco y debajo de la imagen escribe tu propio concepto de lo que significa para usted una familia.



- ✓ **Consulta cuales tipos de familia existen y describe cada uno de ellos.**
- ✓ **Determine los siguientes conceptos:**
  - **Relación familiar**
  - **Relación marital**
  - **Relación fraternal**
  - **Núcleo familiar**
  - **Familiograma**

- ✓ **Ahora observa el video de cómo elaborar un familiograma o genograma que podrás encontrar en el siguiente enlace:** https://www.youtube.com/watch?v=8cNs2QpQEf8 **, y realiza tu propio familiograma (elaborarlo en cartulina para socializarlo con los compañeros, para este documento podrás tomarle foto y anexarla en este documento).**

3.3.4 Determinantes sociales de la salud. Los **determinantes sociales de la salud** son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de **salud**. Son el resultado de la distribución del dinero

Pedro Luis Castellanos expone como la determinación social de la salud está explicada en la interacción del modo de vida, las condiciones de vida, y los estilos de vida con los perfiles de los problemas de salud. En lo que se denomina la dialéctica, entre lo singular (individual), lo particular (grupal) y lo general (poblacional).

Determinantes estructurales: Conformados por la posición socio económica, la estructura social, y la clase social, edad, genero, etnia, área de residencia (rural disperso, centro poblado, urbana), nivel educativo.

Determinantes intermedios: Incluye un conjunto de elementos caracterizados en circunstancias materiales (condiciones de vida y el trabajo, disponibilidad de alimentos etc.), el comportamiento, el factor biológico, psicosocial, el sistema de salud. Todos estos al ser distintos según la posición socio económica generan un impacto en la equidad en salud y en el bienestar.

Determinantes singulares (particulares): relacionados con el estado de salud / enfermedad de las personas.

- ✓ A partir de la descripción del contexto social, económico, ambiental y la situación de salud del departamento de la Guajira, reúnase en grupo de 3 personas y realice el taller de determinantes sociales facilitado por su instructor.

3.3.5 LOS ACTORES SOCIALES: El concepto de actor, cuya raíz etimológica se encuentra en la lengua latina, alude a quien interpreta un personaje o asume un determinado rol. **Social**, por su parte, es aquello vinculado a la sociedad (una comunidad de personas que conviven en un territorio y comparten una cultura).

Los actores sociales son grupos humanos que que gestionan intereses comunes al favor de la cooperación.
Son lo que asumen el interés de trabajar conjuntamente con otras personas para lograr objetivos relevantes.
Los actores sociales deben intervenir, dialogar entre ellos para poder encontrar la meta solicitada a base de ideas y argumentos conjuntos.
Forman temas de interés político, económico, social y cultural de la comunidad formando valores.
Pueden considerarse actores sociales a las autoridades políticas, a los líderes religiosos, a los representantes oficiales de distintos organismos.
Ejemplos de actores sociales:

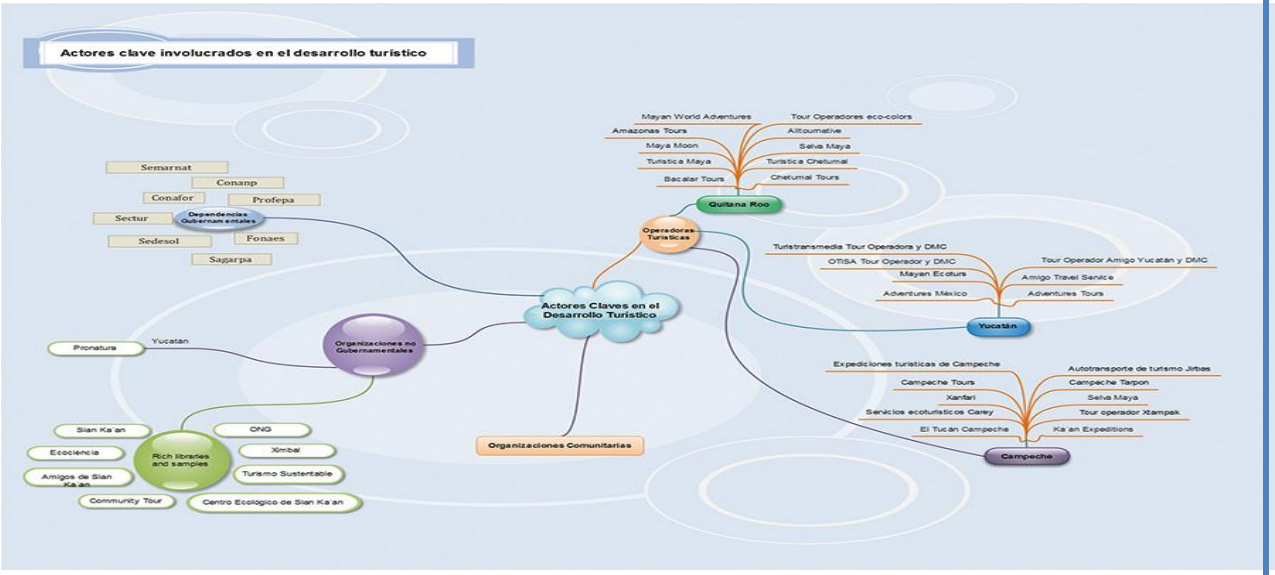
- Profesores: Su función es enseñar a los niños.
- Madres y padres: Su función es educar a sus hijos.
- Políticos: Su función es presentar acciones a favor del país y la sociedad.
- Religiosos: Su función es mostrar la palabra de Dios a sus feligreses.

✓ Analiza muy detenidamente la situación actual del departamento, el país y del mundo con la problemática de la pandemia por Coronavirus – COVID 19 y Completa el siguiente cuadro haciendo tus aportes. Guíate por el ejemplo del cuadro.

ANALISIS DE ACTORES SICIALES PARA LA CONTENCIÓN DE LA PANDEMIA DEL COVID 19 EN EL DEPARTAMENOTO DEL CAUCA			
NOMBRE DEL ACTOR	FUNCIONES	IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN	TU RECOMENDACIÓN
Gobierno nacional	Implementar medidas nacionales para el control y la contención del covid 19. . ETC……	Reducir el número de contagios y muertes por covid 19 en el país.	Cerrar frontera aérea en aeropuertos internacionales para evitar la importación del virus desde los países con altas tasas de contaminación. Cerrar aeropuertos nacionales para evitar la diseminación entre los departamentos afectados por covid 19
	Analizar los efectos en el sistema de salud.	Evitar el colapso en el sistema de salud	Adicionar recursos para garantizar la atención de los usuario contagiados por covid 19
	Coordinar acciones de prevención del contagio porCOVID 19.	Reducir de manera exponencial el número de contagios.	Implementar acciones de ayuda o de solidaridad para que las comunidades mantengan la cuarentena..
	Promover acciones de IEC a la población sobre las maneras de prevención del COVID 19.	Reducir de manera exponencial el número de contagios. Informar a la población sobre el comportamiento del virus y en especial	Mantener informando a las personas sobre la enfermedad especialmente de como la podemos prevenir.

	Entre otras	como evitar su contagio.	

3.3.6 **Mapeo de actores sociales:** es una técnica que busca identificar a los **actores** claves de un sistema y que además permite analizar sus intereses, su importancia e influencia sobre los resultados de una intervención.



✓ Guiándote por el ejemplo que representa la imagen de actores claves en el desarrollo turístico. Elabora un mapa de actores que represente el afrontamiento de la Pandemia de Covid 19. Socialícelo en plenaria

3.3.7 **Objetivos Desarrollo Sostenible (ODS):** Los ODS son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad. A partir de la siguiente imagen reúnase con dos personas más y de acuerdo con los objetivos designados por el instructor, indague sobre la meta de los estos y comparta con sus compañeros a través de una cartelera lo encontrado.

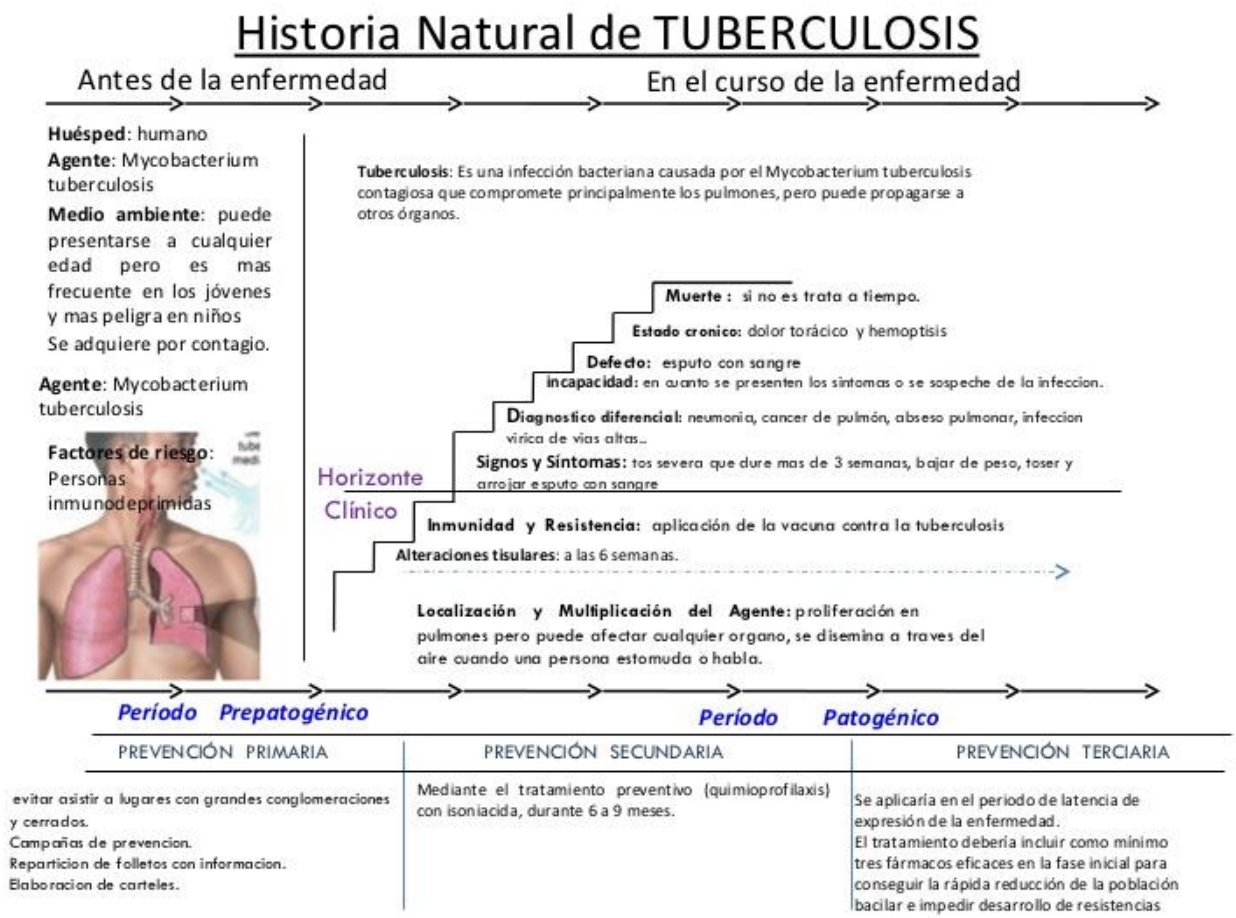


- Dibuja y colorea en tu cuaderno cada logotipo de los ODS, Piensa como ir desarrollando una maqueta para socializarlos en el ambiente de aprendizaje.

- Elabora un cuadro sinóptico sobre las acciones que se han implementado en Colombia para impulsar cada uno de los 17 ODS.

- Para complementar nuestro estudio respecto a los ODS escoge uno de los 17 objetivos y súmate con otro compañero y elabora una maqueta que será socializada en formación. (Favor informar a la instructora cual es el ODS de tu interés).

3.3.8 Proceso de salud y enfermedad.



- ✓ Para una mejor comprensión de esta historia de la enfermedad amplia tu conocimiento e investiga los siguientes conceptos:

Periodo pre patogénico, periodo patogénico, periodo de incubación o de latencia, Huésped – agente infeccioso, inmunidad activa, inmunidad pasiva, signo, síntoma. Prevención primeria, prevención secundaria, prevención terciaria.

- ✓ Realiza un grafico o dibujo donde plasmes según tu conocimiento como sería el proceso de enfermar una persona por tuberculosis hasta su recuperación.

3.3.8 La triada ecológica de la enfermedad: La llamada tríada ecológica es un tradicional modelo epidemiológico que explica el proceso salud -enfermedad en el ser humano por la interacción de tres elementos: un **agente etiológico**, un **huésped susceptible** y el **medio ambiente** que interactúa entre ambos, en especial en la vía de transmisión desde una fuente infecciosa hacia el huésped. En la medida que se rompe el equilibrio entre estos tres factores, agente-huésped- medio ambiente, sobreviene la **enfermedad.**

- ✓ Armonizando este concepto de triada ecológica de la enfermedad, escoge una enfermedad infecciosa y realiza un dibujo donde representes la triada ecológica de la enfermedad.

3.3.9 Medición De La Salud: conceptos de Mortalidad, Morbilidad, Discapacidad

1 Mortalidad : Los datos de **mortalidad** indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de **mortalidad** de la **OMS** reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales. Observa el siguiente grafico de las 10 primera causa de muerte en Colombia durante el año 2016.



- ✓ Con los datos de la gráfica anterior completa el siguiente cuadro:

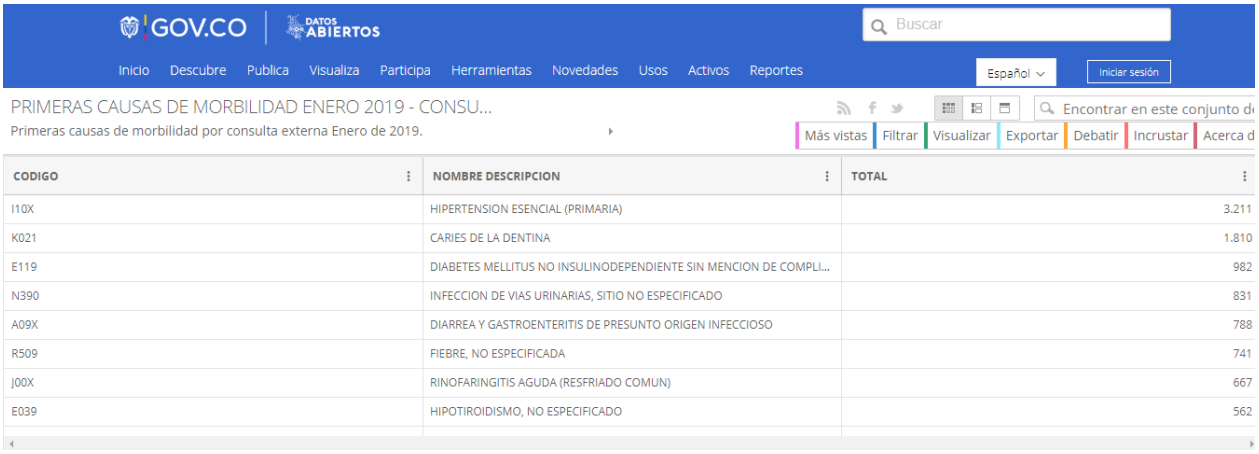
Causa de muerte	Factores de riesgo no modificables	Factores de riesgo modificables	Factores protectores que podían haber evitado la muerte por esta causa
1.Enfermedad izquemica del corazón	Hipertensión, Edad, sexo masculino y antecedentes familiares también son **factores** a tener en cuenta.	Tabaquismo, colesterol, diabetes, obesidad, sedentarismo y estrés.	No fume ni se exponga al humo **de** cigarrillo, Mantenga una presión arterial saludable. Controle su colesterol (lípidos en la sangre) etc.
2.			
3.			
4.			
5.			
6			

Morbilidad: es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado. El índice o la tasa de morbilidad es un dato estadístico útil para estudiar los procesos de evolución y control de las enfermedades. La Organización Mundial de la Salud la define como "toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar".

Los datos de morbilidad pueden provenir de los registros ordinarios que llevan los registros sanitarios públicos, médicos y otros, así como encuestas. El índice se obtiene al dividir la cantidad de enfermos de una localidad o región entre el total de su población, multiplicado por 1000 o por 100.000.Este dato permite a los gobiernos establecer políticas adecuadas para cumplir el derecho a la salud consagrado en las distintas constituciones.

La **morbimortalidad** se refiere al conjunto de enfermedades mortales que han afectado a una cantidad de personas en un tiempo y lugar determinados.

Observa los datos estadísticos de las primeras causas de morbilidad en Colombia durante el mes de enero de 2019.



CODIGO	NOMBRE DESCRIPCION	TOTAL
I10X	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	3.211
K021	CARIES DE LA DENTINA	1.810
E119	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLI...	982
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	831
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	788
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	741
J00X	RINOFARINGITIS AGUDA (RESFRIADO COMUN)	667
E039	HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO	562

Tomado de página ministerio de salud y de la protección social.

Los datos aquí relacionados son tomados de los informes estadísticos generados por las UPGD que haces la consulta externa y que los envían a las secretarias de salud y/o al ministerio de salud y de la protección social.

- ✓ Con las diferentes causas notificadas para enero del 2019 en Colombia representa cada enfermedad con un dibujo y debajo de esta escribe su concepto.

Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Atención médica y rehabilitación



En el mundo hay aproximadamente mil millones de personas con discapacidad, de las que la mayoría carece de acceso a una atención médica y a servicios de rehabilitación apropiados, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos.

3.3.10. **Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)**



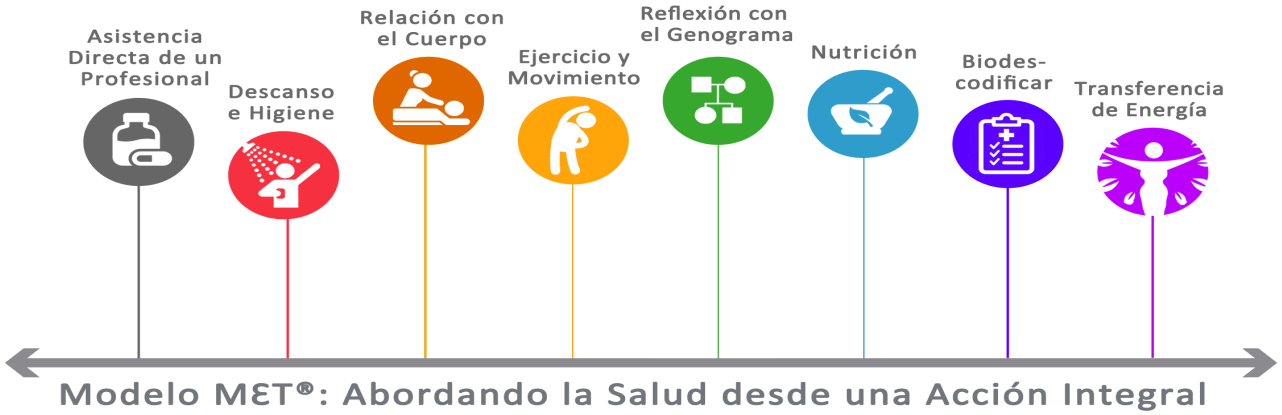
La rehabilitación basada en la comunidad (RBC) se centra en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y sus familias, atender sus necesidades básicas y velar por su inclusión y participación. La RBC comenzó a aplicarse a mediados del decenio de 1980, pero con el tiempo se ha convertido en una estrategia multisectorial que habilita a las personas con discapacidad para que puedan acceder a los servicios sociales, educativos, sanitarios y de empleo y beneficiarse de ellos. Como consecuencia de ello, estas personas tienen más problemas para alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y salud. La falta de servicios obstaculiza su plena inclusión y participación en todos los aspectos de la vida.

- ✓ **Elabora una infografía con los diferentes Tipos de discapacidad** que se pueden presentar.

1. **Discapacidad** física

2. **Discapacidad** sensorial
3. **Discapacidad** intelectual
4. **Discapacidad** psíquica
5. **Discapacidad** visceral
6. **Discapacidad** múltiple.

3.3.11 Modelos de Salud: Lee el siguiente concepto.
El término Modelo de Salud significa un compromiso inextinguible con la consolidación de un modo coherente, sistemático y predeterminado de respuesta como institución a los usuarios diferenciándose de un Modelo de Prestación en que su énfasis está en los atributos de la atención y no en los recursos que deben movilizarse y combinarse para producirlo. Sin embargo, el Modelo de Salud ayuda a organizar los recursos para prestar servicios de un modo específico (Modelo de prestación) al facilitar clarificar el peso relativo de los distintos enfoques sobre prestación de atención médica acorde con las condiciones específicas de la población. (Tomado del Modelo de Salud – UNISALUD)



✓ **Observa la gráfica anterior y responde:**

a. Que otro aspecto crees que faltaría en la imagen para mantener una salud más integral?

b. De cada icono de la imagen anterior escribe dos aspectos que consideres importantes para mantener la salud de las personas.

c. Consideras bueno el modelo de atención en salud Colombiano? Porque?

✓ Reúnase con dos personas e investiguen otros modelos de salud y elabore un cuadro sinóptico, posteriormente socialícelo con sus compañeros.

3.3.12 La Calidad De Vida: Es un concepto que se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.
La calidad de vida comprende factores tanto subjetivos como objetivos.

Entre los factores subjetivos se encuentra la percepción de cada individuo de su bienestar a nivel físico, psicológico y social.
En los factores objetivos, por su parte, estarían el bienestar material, la salud y una relación armoniosa con el ambiente físico y la comunidad.
Como tal, muchos aspectos afectan la calidad de vida de una persona, desde las condiciones económicas, sociales, políticas y ambientales, hasta la salud física, el estado psicológico y la armonía de sus relaciones personales y con la comunidad.

En este sentido, podríamos analizar la calidad de vida considerando cinco grandes variables:

- Bienestar físico, asociado a la salud y la seguridad física de las personas;
- Bienestar material, que incluiría nivel de ingresos, poder adquisitivo, acceso a vivienda y transporte, entre otras cosas;
- Bienestar social, vinculado a la armonía en las relaciones personales como las amistades, la familia y la comunidad;
- Bienestar emocional, que comprende desde la autoestima de la persona, hasta su mentalidad, sus creencias y su inteligencia emocional;
- Desarrollo, relacionado con el acceso a la educación y las posibilidades de contribuir y ser productivos en el campo laboral.

Para la **Organización Mundial de la Salud** (OMS) la calidad de vida implicaría la **percepción que una persona tiene de su situación de vida en relación con su contexto (cultura, sistema de valores), sus objetivos, aspiraciones y preocupaciones**.

- ✓ Después de reconocer los aspectos generales de calidad de vida, y haciendo un reconocimiento de la situación actual del país elabora en tu cuaderno el mapa de Colombia con sus departamentos identifica en el mapa cuales de estos tendrían una buena calidad de vida, los de una mediana calidad de vida y los que consideres mala calidad de vida e identifica con los siguientes colores:

  Verde buena calidad de vida
  Azul medina calidad de vida
  Morado mala calidad de vida.

3.3.13 Mecanismos de participación social en salud: Sopa de letras

Busca las palabras escondidas y consulta su concepto.

X	V	G	P	A	R	T	C	I	P	A	C	I	O	N	L	A	I	C	O	S	V	I	D	A	S	S	A	C
S	E	M	V	O	I	R	A	U	S	U	L	A	N	O	I	C	N	E	T	A	D	A	M	E	T	S	I	S
A	E	R	V	I	C	I	O	D	A	T	E	N	C	I	O	N	A	L	A	C	O	M	U	N	I	D	A	D
L	D	U	M	T	D	S	Q	C	O	M	I	T	E	S	D	U	L	A	S	E	D	O	I	R	A	U	S	U

U	U	J	F	O	C	A	A	S	O	C	I	A	C	I	O	N	D	U	S	U	A	R	I	O	S	R	I	G
D	R	C	O	M	I	T	E	D	E	T	I	C	A	H	O	S	P	I	T	A	L	A	R	I	A	C	M	Z
C	I	U	D	A	D	A	N	A	Q	W	A	C	O	P	A	C	O	S	Z	I	L	A	T	I	P	S	O	H
Y	A	S	S	S	G	S	S	E	L	A	I	R	O	T	I	R	R	E	T	S	O	J	E	C	N	O	C	S

1-Consejos Territoriales de Seguridad Social en **Salud**.
2-El Servicio de Atención a la Comunidad (SAC)
3-Sistema de Atención a los Usuarios (SIAU)
4-Comités de **Participación** Comunitaria (COPACO)
5-Asociación de Usuarios.
6-Comité de Ética Hospitalaria.
7-Veedurías Ciudadanas en **Salud**.
8-Comité
9-Salud
10-Hospital
11-Vida
12-SAC
13-SIAU
14-Veeduría

3.3.14 Consulta de la norma

Lee con atención la resolución 2063 de 2017 y elabora un ensayo donde menciones los mecanismos de participación social.

3.3.15 Plan decenal d Salud Publica : Héctor Abad Gómez, médico y especialista en salud pública, murió en 1987 y aportó gran conocimiento en materia de salubridad. Dentro de la selección de texto contemplada en “Fundamentos éticos de la salud pública” él habla sobre ¿Qué es la salud pública? Pág. 99. Conforme un equipo de trabajo y realice un mapa tipo arcoíris en un octavo de cartulina de acuerdo con lo planteado por el instructor sobre el concepto de salud pública y la relación con la dignidad humana colombiana para socializar en el ambiente de aprendizaje.

3.3.16 A través de uno o varios collages en un octavo de cartulina, represente el papel de talento humano en salud pública desde la perspectiva técnica y operativa, además de las diferentes acciones que desempeñan en el campo laboral para socializar en plenaria junto con el instructor.

3.3.17 Observe el siguiente video realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el Plan Decenal de Salud Pública, el cual reposa en la siguiente URL: https://www.youtube.com/watch?v=jZNX6iYrHec Consecuentemente, elabore un mapa tipo sol en una hoja tamaño carta (Más información: http://diagramasdenube.blogspot.com.co/2012/12/mapas-cognitivos.html), donde ubique en el centro una palabra clave que le indique la importancia de este plan y los beneficios para la salud en el contexto nacional. Una vez terminado, reúnase con cinco compañeros, socialice y saque tres conclusiones.

3.3.18 Según el Ministerio de Salud y Protección Social, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, "busca la reducción de la inequidad en salud, planteando los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. A partir del siguiente esquema general del PDSP 2012-2021, investigue a qué se refiere cada uno de sus componentes y sus principales características y descríbalo en el siguiente esquema:



Comunidad

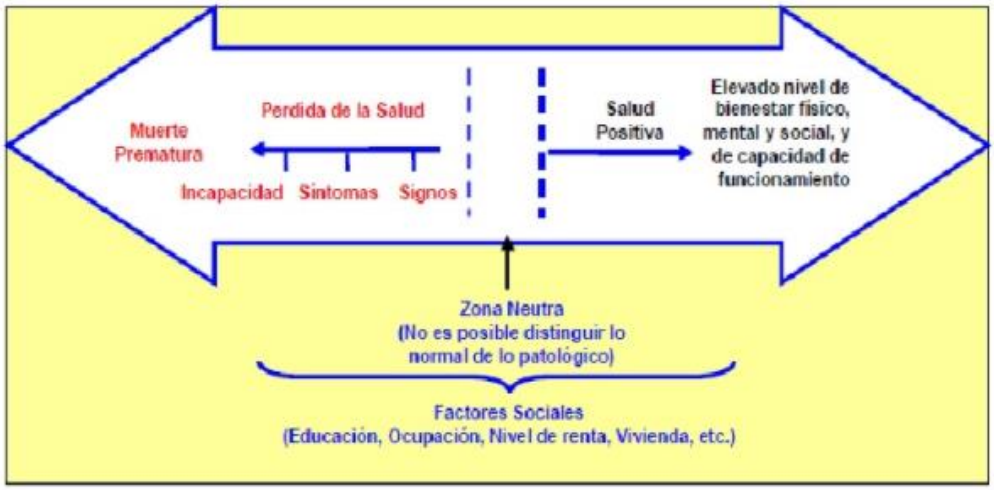
3.3.19 El concepto de comunidad y sus elementos ha tenido una serie de apreciaciones que han permitido avanzar en el reconocimiento especifico de las mismas. Por tanto, reúnase en equipo de cinco personas, revise el artículo "El concepto de comunidad desde el punto de vista socio - histórico-cultural y lingüístico" de la autora Causse Mercedes y resuelvo a través de una lotería lo siguiente:

- ¿Qué es comunidad? (Tenga en cuenta las definiciones de las páginas 2 y 3).
- ¿Qué es comunidad de habla y qué es comunidad idiomática? (pág. 6)
- ¿Cuáles son los elementos de la comunidad? (pág. 3)
- ¿Qué es sentido de pertenencia? (pág. 4)

Proceso de salud enfermedad

3.3.20 Los conceptos de salud y enfermedad son categorías fundamentales dentro de la formación como técnico en salud pública, como parte de la comprensión de los fenómenos y percepciones que los caracterizan. A partir de lo anterior, construya una línea de tiempo con la evolución histórica de estos dos conceptos y presente tres conclusiones a partir de lo elaborado ante sus compañeros.

3.3.21 Construya a partir de la siguiente imagen, dos conclusiones sobre el análisis de esta frente al actual sistema de seguridad de salud en Colombia y debata por equipos de trabajo.



Fuente: Medicina Preventiva y Salud Pública. Piédrola Gil et al. 2001

3.3.22 Completo el siguiente cuadro con las siguientes definiciones: equidad, desigualdad y política pública en salud para socializar en plenaria junto con el instructor y compañeros.

ÍTEM	DEFINICIÓN	BIBLIOGRAFÍA
EQUIDAD		
DESIGUALDAD		
POLÍTICA PÚBLICA		

3.3.23 A través de la Técnica Phillips, dinámica de trabajo en equipo que se basa en la organización de grupos de seis (6) personas para elaborar e intercambiar información mediante una gestión eficaz del tiempo (Más información: La técnica Phillips 6.6. Disponible en https://miguejoey.files.wordpress.com/2015/04/za_phillip66_l1010.pdf); responda lo siguiente según indicaciones del instructor junto con sus compañeros:

- Analice, identifique y discuta con sus compañeros, desigualdades o inequidades que se puede reconocer en la prestación de los servicios de salud de su localidad o barrio.
- Reflexione sobre las posibles causas que están generando esa situación.
- Identifique las políticas públicas en salud, en las cuales evidencia la estrategia de Atención Primaria.
- Formule cinco interrogantes para apoyar las intervenciones de otros participantes durante la discusión por grupos.

Perfil demográfico y epidemiológico: conceptos básicos, caracterización, grupo etáreo, curso de vida

3.3.24 A través de una exposición por grupos colaborativos, presente los conceptos básicos del perfil epidemiológico, demográfico, calidad de vida y los grupos etáreo con sus principales características.

3.3.25 El enfoque de curso de vida aborda los momentos del continuo de la vida y reconoce que el desarrollo humano y los resultados en salud dependen de la interacción de diferentes factores a lo largo del curso de la vida, de experiencias acumulativas y situaciones presentes de cada individuo influenciadas por el contexto familiar, social, económico, ambiental y cultural; entendiendo que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior. (Minsalud, 2015). A partir de la lectura del "ABCÉ, Enfoque de Curso de Vida" realice un crucigrama para socializar con sus compañeros e intercambie para su solución en clase.

Análisis de la situación en salud (ASIS), diagnóstico participativo, planificación local participativa.

El ASIS es un proceso analítico-sintético que permite caracterizar, medir y explicar el estado de salud la población en el territorio, permitiendo identificar los desafíos y retos en salud en marco de los determinantes sociales en salud. Por tanto, consulto la guía metodológica vigente de ASIS proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección social y resuelva En plenaria resolver las preguntas y plasmar en un cartel a través de un mapa conceptual lo relacionado con el tema lo siguiente:

- ¿Qué es el Análisis de Situación de Salud?
- ¿Cuál es el Objetivo?

- ¿Cuál es la diferencia entre perfil epidemiológico y ASIS?
- ¿Qué son y cuáles son las fuentes de información primaria y secundaria?
- ¿Cuáles son los componentes del ASIS?

Teniendo como ejemplo el ASIS vigente de su municipio o departamento organice grupos de trabajo en equipo y elabore un cuadro comparativo de las principales causas (mínimo cinco) de morbilidad y mortalidad por grupos poblacionales, e identifique los determinantes sociales que impactan de una manera significativa la salud de la población. Discuta en plenaria los aspectos de salud identificados.

Matriz de priorización

3.3.26 La matriz de priorización en salud es una herramienta cualitativa que permite organizar y seleccionar a partir de una información recolectada las diferentes variables y criterios para tomar una decisión colectiva. Por consiguiente, elabore una descripción gráfica sobre el método Hanlon y el método OPS-CENDEX para la priorización de problemas en salud.

3.3.27 Construya un ensayo mínimo dos hojas junto con dos compañeros en el cual incluya alguno de los siguientes textos bibliográficos:

- Gómez Tabares, Gloria Estela, López López, María Victoria, Ochoa Marín, Sandra Catalina, & Wilches Flórez, Olga Cecilia. (2007). Matriz de procesos críticos: Propuesta para estudiar condiciones de vida y salud. Investigación y Educación en Enfermería, 25(1), 21-28. Retrieved March 10, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100002&lng=en&tlng=en.

- Arango-Humberto, N. M. J. I., & Paredes, M. 11 Focalización y priorización en la práctica de la Promoción de la Salud. PROMOCION DE LA SALUD: Como construir vida saludable, 157.

- Duprá, R. C. (2007). Priorización en salud: un dilema ético. Prioridades en salud y salud intercultural.

3.3.28 El método de Hanlon se basa en cuatro componentes: magnitud, severidad del problema, eficacia de la solución y la factibilidad de la intervención. Este método permite ordenar los problemas asignando un valor a cada uno de ellos según los resultados obtenidos en la siguiente fórmula: ***Puntuación de prioridad: (A + B) C x D.*** A partir de lo anterior, reúnase con cuatro compañeros y elabore una matriz bajo este método sobre la contaminación ambiental en su barrio.

3.3.29 Además de la matriz de priorización, la construcción de mapas de riesgo comunitarios permite a la comunidad y los entes gubernamentales en la identificación de los diferentes riesgos, para la toma de decisiones y la elaboración de propuestas de intervención. Por tanto,

conforme un equipo de cuatro personas y elabore una lotería sobre los tipos de mapas de riesgos y sus principales características.

3.4 ACTIVIDADES DE TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO.

3.4.1 A partir de la siguiente situación, realice en equipos de tres personas un escrito sobre el análisis de los determinantes sociales y las diferentes características de la comunidad. Elabore un informe en Word y expóngalo ante sus compañeros.

Tuberculosis un problema de salud pública que afecta a la población más pobre
Publicado por: Opinión & Salud on: abril 15, 2017

Cada año mueren aproximadamente 1,4 millones de personas por tuberculosis, la causa, malas condiciones de vida".

La enfermedad de la tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública que afecta a las comunidades más vulnerables, en este caso los más pobres, según afirma la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La situación de la tuberculosis en las Américas según la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el último reporte del año 2016, la tuberculosis junto con el VIH Sida, son las principales causas de muerte entre las enfermedades infecciosas en el mundo. Cada año mueren aproximadamente 1,4 millones de personas por esta enfermedad. Carlos Garzón representante de la Organización Panamericana de la Salud, indicó que un total de 25.000 personas murieron en las Américas en 2015 por tuberculosis, "una enfermedad que sigue siendo un problema de salud pública" y que ataca a la población malas condiciones de vida, "afectando principalmente aquellos infectados con VIH Sida".

En Colombia, 318 casos de tuberculosis han sido reportados ante el SIVIGILA según la semana número 13 del 2017 que se incrementó de acuerdo con la comparativa del año 2016 que en la misma semana epidemiológica reportó 260 casos de personas afectadas por tuberculosis, en todas las formas (pulmonar y extra pulmonar). El 54,5% de los afectados, pertenecen al régimen subsidiado y prevalece en una población mayor de 60 años con un total de 725 sucesos, es decir el 21,0%; mientras que en poblaciones étnicas el total de casos es de 2999 (87,9%).

Los datos anteriormente expresados revelan que el departamento con mayor número de casos notificados por los entes territoriales salud es el Amazonas, registrando una incidencia de 19,2 por 100.000 habitantes.
Conforme a lo anterior, es importante resaltar que la tuberculosis es una enfermedad que ataca a los pulmones en el 90%, también puede presentar lesiones en los riñones o diseminarse por todo el organismo ocasionado la muerte, o con complicaciones que son irreversibles.

De acuerdo Ministerio de Salud que inició en 2012 un proyecto con el Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis la Malaria y el VIH, recomienda a las personas que presenten tos con expectoración, por más de 15 días, deberá acudir a la institución de salud para que se le practiquen

los exámenes correspondientes y así descartar lo síntomas de tuberculosis y en caso tal de salir positivo se "inicie el tratamiento continuo por seis meses, sin ningún costo para el paciente".

Proyecto formativo

3.4.14 De acuerdo con su territorio, transite por el mismo y realicen la caracterización de acuerdo con la exposición realizada por el instructor. Tengan en cuenta el territorio en el que se encuentra, las personas con las que viven, las instituciones que están establecidas y el servicio que le dan a las personas que viven en el barrio, lugares vulnerables, presencia de parques y uso de estos, organizaciones establecidas, entre otros. Debe hacer una presentación de lo que se investigó. Realice una exposición dinámica y participativa para compartir con sus compañeros. Tengan en cuenta las características presentadas en la metodología ASIS y el diagnóstico participativo de la OMS. Tenga en cuenta el facilitativo para la construcción del diagnóstico participativo dado por su instructor.

AMBIENTE REQUERIDO
Ambiente de aprendizaje
Biblioteca
Ambientes reales y/o simulados

MATERIALES
Computadores, Cartulina, Colores. Papel periódico. Lapiceros. Lápices. Borradores. Pliegos de papel craf, marcadores permanentes, marcadores borraseco, borrador, tablero, fotocopias, guías de aprendizaje documentos como programa de formación, reglamento del aprendiz, tijeras, pegante, cinta transparente.

5. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Tome como referencia las técnicas e instrumentos de evaluación citados en la guía de Desarrollo Curricular

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
EVIDENCIA DE CONOCIMIENTO Respuesta a preguntas escritas sobre características socioculturales, enfoques y formas de organización	1. Ccaracteriza las poblaciones de acuerdo con características socioculturales, enfoques y formas de organización social. 2. Aplica metodologías establecidas para caracterizar la situación de salud de la población de acuerdo con lineamientos establecidos.	Formulación de preguntas: Cuestionario

EVIDENCIA DE DESEMPEÑO Observación directa sobre exposición de análisis de determinantes de situación problemática. **EVIDENCIA DE PRODUCTO** Observación directa sobre documento de caracterización en salud y condiciones socioculturales	3. Consulta las fuentes de información y actores claves de acuerdo con las metodologías participativas. 4. Convoca grupos sociales, actores claves locales, regionales o departamentales de acuerdo con objetivos establecidos por el equipo de salud, delegación y metodología definida. 5. Sistematiza la información obtenida de acuerdo con criterios de confiabilidad, oportunidad, veracidad y metodología establecida. 6. Presenta resultados de la información recolectada a los miembros del equipo de salud y actores claves de acuerdo con delegación. 7. Determina variables epidemiológicas de acuerdo con las características del estudio y enfoques. 8. Realiza censo de la comunidad de acuerdo con características del territorio. 9. Mantiene comunicación entre los actores de manera es permanente, clara, y oportuna según acuerdos intersectoriales. 10. Registra determinantes sociales del territorio de acuerdo con la metodología establecida. 11. Analiza la vulnerabilidad de los grupos sociales en el marco de los indicadores de morbilidad y mortalidad. 12. Recopila información pertinente de cada sector según criterios metodológicos establecidos. 13. Elabora informe preliminar según metodología definida en la caracterización de salud. 14. Identifica eventos de salud según criterios de magnitud, gravedad, tendencia, eficiencia, posibilidades de	Observación directa: Lista de chequeo Observación directa: Lista de chequeo

	prevención y transmisibilidad e interés público. 15. Elabora matriz de priorización y mapa de riesgos asociados, según parámetros establecidos. 16. Analiza factores determinantes de la salud de acuerdo con los instrumentos y metodología establecidos. 17. Participa en el análisis de la situación de salud individual, familiar y colectiva según criterios técnicos y normatividad vigente. 18. Fomenta factores protectores relacionados con la exposición colectiva a factores del ambiente del consumo y del comportamiento de acuerdo con lineamientos y criterios técnicos. 19. Identifica la situación de salud del territorio en el marco de la normatividad vigente 20. Planea y desarrolla acciones e intervenciones en salud de acuerdo con el análisis de la situación de salud territorial, dimensiones prioritarias según normatividad vigente en salud pública. 21. Vincula a la comunidad en las acciones del plan de intervenciones colectivas (PIC) mediante. 22. La aplicación de estrategias de participación y movilización comunitaria. 23. Evalúa los resultados de las acciones de acuerdo con los indicadores y objetivos definidos 24. Registra e informa novedades oportunamente a su equipo de trabajo para la toma de decisiones. 25. Respeta la cultura y tradiciones de la comunidad según características poblacionales.	

	26. Utiliza canales efectivos de comunicación de acuerdo con las características poblacionales 27. Aplica estrategias de negociación de acuerdo con las necesidades comunitarias utiliza metodología establecida para realizar las reuniones comunitarias de acuerdo con la metodología 28. Utiliza técnicas de habilidad social establecidas al desarrollar estrategias de participación comunitaria 29. Utiliza los principios metodológicos del proceso de organización de acuerdo con estructura de la comunidad obtiene participación al elaborar el plan de trabajo de acuerdo con el diagnóstico del grado de organización de la comunidad y características de salud 30. Involucra a todos los actores y sectores del ente territorial según necesidades de la comunidad. 31. Incluye en el inventario socio económico todo tipo de recursos de acuerdo con la disponibilidad y prioridad de las necesidades 32. Selecciona las fuentes de información primaria y secundaria representativas según metodología. 33. Aplica rigurosamente técnicas de recolección de información teniendo en cuenta las características de los grupos comunitarios identifica y valora la cultura y creencias de la comunidad.	

6. GLOSARIO DE TERMINOS

- **ACCIÓN** comunitaria para la salud. La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.

- **ALIANZA DE USUARIOS** Es una agrupación de afiliados de los diferentes regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tienen derecho a utilizar unos servicios de salud, de acuerdo con su sistema de afiliación, que velarán por la calidad del servicio y la defensa del usuario

- **DETERMINANTES DE LA SALUD.** Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones. Referencia: nueva definición. Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados. La promoción de la salud trata fundamentalmente de la acción y la abogacía destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los comportamientos y los estilos de vida saludables, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos estilos de vida y condiciones de vida, que determinan el estado de salud, son considerados como resultados intermedios de salud.

- **COLABORACIÓN INTERSECTORIAL.** Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr resultados de salud o resultados intermedios de salud, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector sanitario pueda lograr actuando en solitario. Referencia: modificado de Acción Intersectorial para la Salud: Piedra Angular de Salud Para Todos en el Siglo XXI, OMS, Ginebra, 1997. La acción sanitaria intersectorial es considerada primordial para el logro de una mayor equidad en salud, especialmente en aquellos casos en que el progreso dependa de decisiones y acciones de otros sectores, 26 como la agricultura, la educación y las finanzas. Un objetivo importante de la acción intersectorial consiste en lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de distintos sectores, y con ello, un movimiento en la dirección de unas políticas públicas saludables y prácticas. No toda la acción sanitaria intersectorial tiene que implicar al sector sanitario. Por ejemplo, en algunos países, los sectores policiales y del transporte podrían aunar fuerzas para adoptar acciones destinadas a reducir los accidentes ocasionados por el transporte por carretera. Tales acciones, aunque destinadas explícitamente a reducir los accidentes, no siempre involucrarían al sector sanitario. La colaboración intersectorial se entiende cada vez más como una cooperación entre diferentes sectores de la sociedad, como el sector público, la sociedad civil y el sector privado.

- **COMUNIDAD** Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el

pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

- **COMITÉ DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (COPACO)** Es un organismo de concertación entre la sociedad y la Administración Municipal, para gestionar la salud del municipio, que opera en el ámbito de la Secretaria de Salud y protección Social del Municipio

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA:** Es la "norma de normas". Corresponde a un documento escrito donde se establecen las principales reglas para la organización y funcionamiento del Estado y para la convivencia social entre otros aspectos.

- **DERECHO FUNDAMENTAL:** Son aquellos inherentes al ser humano, que pertenecen a toda persona en razón a su dignidad.

- **EQUIDAD** en salud. Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. Referencia: Equidad en Salud y Asistencia Sanitaria, OMS, Ginebra, 1996. La estrategia global de la OMS para lograr la Salud para Todos está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud. Las desigualdades en cuanto al estado de salud entre los individuos y 18 las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al estado de salud surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida.

- **LEY:** Norma jurídica dictada por el legislador. Norma o regla que nos dice cuál es la forma de comportamiento o actuar en la sociedad. Es aprobada por el Congreso de la República. Es una declaración de la voluntad soberana manifestada en la forma prevenida en la Constitución Nacional. La ley es de obligatorio cumplimiento tanto para los nacionales como para los extranjeros.

- **ORDENANZA:** Norma emitida Participación: La participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la gestión, evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud.

- **POLÍTICA SANITARIA.** Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas.

Referencia: definición modificada. La política sanitaria suele ser promulgada mediante legislación u otras formas de normativas que definen la reglamentación e incentivos que hacen posible la prestación de los servicios y programas sanitarios y el acceso a estos últimos. La política sanitaria se distingue en estos momentos de la política pública saludable por su preocupación primordial por los servicios y programas sanitarios. El progreso futuro de las políticas sanitarias podrá ser observado en la medida en que estas puedan llegar a definirse como políticas públicas saludables. Como con la mayor parte de las políticas, las políticas sanitarias surgen de un proceso sistemático de apoyo a las acciones para la salud pública basadas en la evidencia disponible junto con las preferencias de la comunidad, las realidades políticas y la disponibilidad de recursos.

- **PARTICIPACIÓN CIUDADANA:** Conjunto de acciones o iniciativas que pretenden impulsar el desarrollo local y la democracia participativa a través de la integración de la comunidad al ejercicio de la política

- **POLÍTICA PÚBLICA SALUDABLE.** Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud. Referencia: Recomendaciones de la Conferencia de Adelaida sobre Política Pública Saludable, OMS, Ginebra, 1988. 25 La carta de Ottawa puso de relieve el hecho de que la acción de promoción de la salud va más allá del sector de asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del gobierno. Un elemento importante en la creación de una política pública saludable es la noción de la rendición de cuentas sobre la salud. Los gobiernos son los últimos responsables ante los ciudadanos de las consecuencias para la salud de sus políticas o de la falta de ellas. Un compromiso sobre políticas públicas saludables significa que los gobiernos deben medir e informar sobre sus inversiones sanitarias y los consecuentes resultados de salud y sobre los resultados de salud intermedios de sus inversiones y políticas generales, en un lenguaje que todos los grupos de la sociedad comprendan con facilidad. Estrechamente relacionada con el concepto de la promoción de la salud de una política pública saludable, está la estrategia de la inversión para la salud. La inversión para la salud es una estrategia destinada a optimizar el impacto de las políticas públicas en materia de promoción de la salud.

- **VEEDURÍA CIUDADANA:** El mecanismo democrático de representación que le permite a los ciudadanos o a las diferentes organizaciones comunitarias, ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades administrativas políticas judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de un programa, proyecto, contrato o de la prestación de un servicio público

7. REFERENTES BILBIOGRAFICOS

- Mecanismos de participación ciudadana desarrollados en las juntas de acción comunal del municipio de Soacha, Cundinamarca 2003-2012
- F Velásquez, E González. Que ha pasado con la participación ciudadana en Colombia - 2003 - academia.edu
- A De Schutter, B Yopo - Investigación participativa: Una opción metodológica para la educación de adultos. 1981 - tumbi.crefal.edu.mx
- R Briceño-León - Cad. Saúde Pública El contexto político de la participación comunitaria en América Latina The political context for community participation in Latin America, 1998
- Palomino P, Grande M, Linares M. La salud y sus determinantes sociales. RIS. 2014; 74: 71-91
- Castellanos P. Sobre el concepto de Salud Enfermedad. Bol. Epidemiológico OPS.1990; 10.
- Gómez Tabares, Gloria Estela, López López, María Victoria, Ochoa Marín, Sandra Catalina, & Wilches Flórez, Olga Cecilia. (2007). Matriz de procesos críticos: Propuesta para estudiar condiciones de vida y salud. Investigación y Educación en Enfermería, 25(1), 21-28. Retrieved March 10, 2017, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100002&lng=en&tlng=en.
- Arango-Humberto, N. M. J. I., & Paredes, M. 11 Focalizacion y priorizacion en la práctica de la Promotion de la Salud. PROMOCION DE LA SALUD: Como construir vida saludable, 157.
- Blanco, J., & Maya, J. (2000). Fundamentos de salud pública, Tomo III, Epidemiología básica y principios de investigación.
- Martínez, H. J. (2014). Nociones de salud pública (2a. ed.). Madrid, ESPAÑA: Ediciones Díaz de Santos. Retrieved from http://www.ebrary.com.bdigital.sena.edu.co
- Ministerio de salud (S.F.) Plan Decenal de Salud Pública. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx
- Organización Mundial de la Salud Europa. (2003). Los Determinantes Sociales de la Salud: Los hechos probados.
- Britanica, E. (2009). La familia: concepto, tipos y evolución. Recuperado de http://cvonline. uaeh. edu. mx/Cursos/BV S, 103.
- Causse Cathcart, M. (2009). El concepto de comunidad desde el punto de vista socio-histórico-cultural y lingüístico. Ciencia en su PC, (3).
- Molina, G., & Cabrera, G. (2008). Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Grupo de investigación en gestión y políticas en salud. Facultad nacional de salud pública. Universidad de Antioquia.
- Gavilanes, R. V. (2010). Hacia una nueva definición del concepto "política pública". Desafíos, Vol 20, 149-187.
- Ramos Domínguez, B. N. (2000). La nueva salud pública. Revista Cubana de Salud Pública,Vol26, 77-84.
- República de Colombia Ministerio de Salud. (2000). Resolución 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y

obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. [Ministerio de Salud] 25 de Febrero del 2000.

- Leyes.Info (S.F.) Ley 100 de 1993. Recuperado de http://sena.leyex.info.bdigital.sena.edu.co/consulta.php?tipo_listado=1&busq=1&sec=1&acc=bus
- República de Colombia_Ministro de la Protección Social en Salud (2010). Guía para el diagnóstico local participativo. www. paho.org/col

8. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	**Lessdy Julliany Sua Céspedes**	**Instructora**	Centro de Formación de Talento Humano en salud	Septiembre de 2017
	Alba Yadira Minotta Segura	**Instructora**	Centro Gestión Tecnológica de Servicios	Septiembre de 2017

9. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)	**Luz Marina Yacumal Velasco**	**Instructora**	Centro Comercio y Servicios	Marzo de 2020	**Ajuste a la guía .**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA GUIA DE APRENDIZAJE

- Denominación del Programa de Formación: Técnico en Salud Pública
- Código del Programa de Formación: 331308
- Nombre del Proyecto: Implementación de una estrategia educativa para el fortalecimiento de hábitos de vida saludable en los colectivos
- Fase del Proyecto: Ejecución
- Actividad de Proyecto: Ejecutar actividades planteadas en el plan de acción de acuerdo con el contexto

- Competencias:

Técnicas

230101222 Realizar acciones individuales y colectivas de prevención según guías y protocolos establecidos

Promover

240201500 Promover la interacción idónea consigo mismo, con los demás y con la naturaleza en los contextos laboral y social

- Resultados de Aprendizaje Alcanzar:

Técnicas

230101222-01 **A**plicar los principios, enfoques y estrategias de la atención en salud pública de acuerdo con lineamientos nacionales e internacionales

230101222-02 Reconocer los lineamientos y normas vigentes relacionadas con acciones de protección específica, detección temprana y eventos de interés en salud pública.

230101222-03 Orientar en el usuario cuidados básicos en salud de acuerdo necesidades identificadas realizar canalización y seguimiento a los usuarios en los programas protección específica y detección temprana acorde con protocolos y normativa vigente

230101222-04 Realizar demanda inducida a los programas de protección específica y detección temprana según lineamientos establecidos

Componente social

240201500 Desarrollar procesos comunicativos eficaces y asertivos dentro de criterios de racionalidad que posibiliten la convivencia, el establecimiento de acuerdos, la

construcción colectiva del conocimiento y la resolución de problemas de carácter productivo y social.

240201500 Asumir responsablemente los criterios de preservación y conservación del medio ambiente y de desarrollo sostenible, en el ejercicio de su desempeño laboral y social.

240201500 Redimensionar permanentemente su proyecto de vida de acuerdo con las circunstancias del contexto y con visión prospectiva. Interactuar en los contextos productivos y sociales en función de los principios y valores universales.

240201500 Aplicar técnicas de cultura física para el mejoramiento de su expresión corporal, desempeño laboral según la naturaleza y complejidad del área ocupacional.

240201500 Generar hábitos saludables en su estilo de vida para garantizar la prevención de riesgos ocupacionales de acuerdo con el diagnóstico de su condición física individual y la naturaleza y complejidad de su desempeño laboral.

240201500 Generar procesos autónomos y de trabajo colaborativo permanentes, fortaleciendo el equilibrio de los componentes racionales y emocionales orientados hacia el desarrollo humano integral.

240201500 Asumir actitudes críticas, argumentativas y propositivas en función de la resolución de problemas de carácter productivo y social. Concertar alternativas y acciones de formación para el desarrollo de las competencias del programa formación, con base en la política institucional.

240201500 Desarrollar permanentemente las habilidades psicomotrices y de pensamiento en la ejecución de los procesos de aprendizaje.

- Duración de la Guía:
- Técnicas: 220 horas

2. PRESENTACION

PRESENTACION



La promoción de la salud y prevención de la enfermedad según el Ministerio de Salud y Protección Social se entiende como el proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud.

3. FORMULACION DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE

3.1 ACTIVIDAD DE REFLEXIÓN

Situación problemática

El banco Davivienda, lanzó una serie de comerciales para apoyar el mundial de fútbol que se llevó a cabo en Sudáfrica. Revise el siguiente video (https://www.youtube.com/watch?v=jsiE3gY9vR4) en el cual encontrará una compilación de los mismos y responda los siguientes interrogantes y comparta en plenaria:



- ¿Cuál cree que era la intención de este banco?
- ¿Si el banco no patrocinaba el mundial por qué utilizó el mundial para el desarrollo de estos comerciales?
- ¿Cuándo usted escucha el banco Davivienda, qué es lo primero que le llega a la mente?

3.2 ACTIVIDADES DE CONTEXTUALIZACIÓN

3.2.1 Junto con un compañero, elaboren un dibujo en un octavo de cartulina en el cual describan de manera gráfica (no puede contener letra, únicamente el título) lo que saben a cerca de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, una vez culminado socialice en plenaria.

3.2.2 Participe de la galería del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A partir del gráfico entregado, el instructor pega las cartulinas estilo galería; usted deberá observar cada uno de los dibujos realizados por sus compañeros. Genere tres (3) conclusiones de lo evidenciado para debatir en plenaria.

3.3 ACTIVIDADES DE APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO (CONCEPTUALIZACIÓN Y TEORIZACIÓN).

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

3.3.1 El concepto de salud y enfermedad ha estado determinado a través del tiempo, lo que ha permitido considerar al ser humano de manera integral y racional con múltiples características. Construya una línea de tiempo con las principales connotaciones que se les ha dado a estos dos conceptos. Tenga en cuenta el material complementario.

3.3.2 Investigue sobre los conceptos, características, modelos de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y establezca las diferencias en el siguiente cuadro.

	PROMOCIÓN DE LA SALUD	PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD
Concepto		
Antecedentes		
Componentes		
Objetivo		
Población objeto		
Agentes		
Rol de los agentes		
Estrategias		
Escenarios		
Resultados		

3.3.3 Las conferencias mundiales de promoción de la salud han generado acciones y estrategias prioritarias sobre las que se considera necesario incidir para mejorar la salud de los individuos y colectivos. Investigue cada una de estas conferencias y construya un dramatizado sobre una designada por el instructor, donde plasme sus características principales y lema.

3.3.4 A partir de la lectura de cada una de las conferencias mundiales, el instructor le asignara a su grupo colaborativo una de estas, con la que crearán un relato contando sus características principales, teniendo en cuenta que parte de este relato debe tener elementos erróneos y verdaderos. Posteriormente, cada grupo debe contar su relato y sus compañeros deben identificar cuáles son las afirmaciones falsas que se incluyeron dentro del escrito.

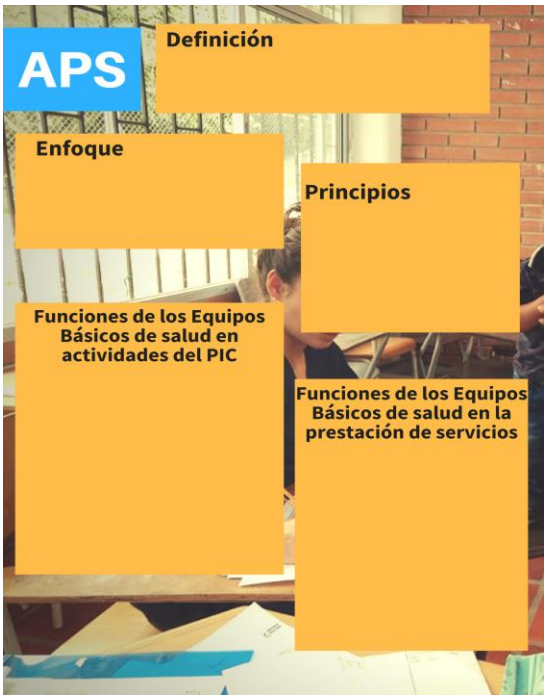
3.3.5 Para comprender correctamente los niveles de actuación preventiva integre el proceso de salud enfermedad visto en la guía de Fomentar la movilización, indague sobre la historia natural de la enfermedad, los niveles de prevención y tipos de intervenciones y construya un juego tipo escalera donde establezca ejemplos de estos para los siguientes temas: cáncer de seno, hipertensión arterial, diabetes mellitus y desnutrición infantil. Juegue con sus compañeros según indicaciones del instructor, tenga en cuenta el siguiente cuadro:

Fases de enfermedad	Susceptibilidad (inducción)	Presintomático (latencia)	Enfermedad clínica	Curación, disfunción o muerte
Cambios tisulares y/o fisiológicos y/o de sistema	Prepatogénesis	Patogénesis		Resolución o secuelas
Niveles de prevención	Primaria	Secundaria	Terciaria	
	Cuaternaria			
Tipo de intervenciones	Educación sanitaria, legislación, protecciones específicas (vacunas), medio ambiente	Cribado, diagnóstico y tratamiento precoz	Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, limitación de la incapacidad	

Adaptada y modificada de Mausener, 1985.

Atención primaria en salud

3.3.6 La Atención Primaria en Salud tiene una larga trayectoria en el país. Desde que se lanzó la Estrategia en Alma Ata (1978), Colombia la introdujo en su sistema de salud. En este sentido, se organizó la infraestructura necesaria en términos de presupuesto, de recursos humanos y de políticas públicas en salud. Con respecto a lo anterior, reviso la Estrategia de Atención Primaria en Salud elaborada por el Ministerio de salud y protección social en 2012 y completo lo siguiente:



3.3.7 La atención primaria en salud APS, es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Construya junto con tres compañeros un noticiero en el cual identifiquen las principales características de estas, exponga ante sus compañeros.

3.3.8 De acuerdo con el informe de la OMS sobre la salud en el mundo, busque dos noticias a nivel nacional y establezca un análisis con las cinco deficiencias comunes en la prestación de atención de salud, socialícelas en formación.

Plan Decenal de salud pública-PDSP

3.3.9 El PDSP generó una serie de acciones específicas en los siguientes ítems: estilos saludables, vacunación, enfermedades no transmisibles, salud nutricional, enfermedades transmisibles, epidemiología y demografía, centro nacional de enlace, salud sexual y reproductiva, salud ambiental, salud mental y poblaciones vulnerables. De acuerdo con la asignación del instructor, durante su práctica realice dos entrevistas en la cual consigne las diferentes actividades que se están llevando a cabo con relación a las acciones mencionadas.

Protección específica, detección temprana

3.3.10 Consulte el concepto de protección específica y detección temprana en salud y elabore una sopa de letras con palabras claves para trabajar con sus compañeros.

3.3.11 La Resolución 412 de 2000 determina el establecimiento de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, adoptan normas técnicas y guías de atención para ejecutar las acciones de proyección específica y detección temprana de las diferentes enfermedades de interés en salud pública. Para comprender de manera integral estos conceptos, sintetice en una gráfica de conocimiento de mi elección (Word) (mentefacto, mandala, redes semánticas, racimo asociativo, etc.,) los siguientes conceptos: norma técnica, guía de atención, demanda inducida, protección específica, detección temprana.

3.3.12 Con el ánimo de conocer a fondo cada una de las acciones y actividades establecidas dentro de las normas técnicas para la protección específica y la detección temprana, desglose en el siguiente cuadro la información requerida:

Protección específica

NORMA TÉCNICA	OBJETIVO	UNIVERSO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL SERVICIO
Vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)			

Atención Preventiva en Salud Bucal			
Atención en Planificación Familiar a hombres y mujeres			

Detección temprana

NORMA TÉCNICA	OBJETIVO	UNIVERSO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL SERVICIO
Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo (Menores de 10 años)			
Alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años)			
Alteraciones del embarazo			
Alteraciones del Adulto (mayor de 45 años)			
Cáncer de cuello uterino			
Cáncer de seno			
Alteraciones de la agudeza visual			

3.3.13 Una vez que haya revisado los conceptos anteriormente relacionados, construya una matriz en una hoja tamaño carta, en la cual relacione las normas técnicas y las guías de atención para el manejo de enfermedades de interés en salud pública que menciona la Resolución 412 de 2000 y las acciones que soporta la Resolución 4505 de 2012 frente al reporte relacionado con el registro de estas.

Rutas Integrales de atención en salud-RIAS

3.3.14 Las RIAS en salud se establecieron como mecanismos de operatividad del Modelo Integral de atención en Salud: promoción y mantenimiento de la salud, materno perinatal, cardio-cerebrovascular, cáncer, alteraciones nutricionales, trastornos asociados al consumo de SPA y enfermedades infecciosas. De acuerdo con la ruta asignada por el instructor, construya una presentación sobre las principales características de la ruta para presentar antes sus compañeros

en un tiempo máximo de 15 minutos. Construya un mecanismo de evaluación para aplicar al finalizar la exposición.

3.3.15 Realice un rotafolio sobre la ruta de mantenimiento y promoción de la salud de acuerdo con el curso de vida asignado por el instructor, tenga en cuenta la visibilidad de los hitos y las diferentes intervenciones. Oriente a la comunidad y de a conocer las diferentes actividades en salud para su curso de vida.

3.3.16 Consulte en el hospital de su territorio, las diez primeras causas de mortalidad y morbilidad y realice un análisis del por qué cree que se presentan y cuáles son las acciones que se están realizando para disminuir su aparición y los diferentes programas que desde los diferentes actores sociales aportan en estas problemáticas.

Atención Integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

3.3.17 La estrategia de Atención Integral de Enfermedades Prevalentes AIEPI una herramienta que contribuye en el mejoramiento de la salud de los menores de cinco años. Actualmente contiene dos enfoques: clínico y comunitario que permiten detectar precozmente problemas de salud que atenten contra la vida de los menores. De esta manera, junto con un compañero diseño un rotafolio en el cual identifico los principales aspectos contemplados en AIEPI comunitario y las 18 prácticas clave que se trabajan. Diligencie la lista de chequeo y envíe la evidencia a través del link habilitado en blackboard.

3.3.18 Consulte el documento AIEPI clínico, dibuje en un octavo de cartulina los signos de peligro generales.

3.3.19 A través de un mapa mental, analice la atención a la enfermedad designada por el instructor para socializar en plenaria junto con sus compañeros. Identifique las acciones de prevención que como técnico debe tener en cuenta.

3.3.20 Mediante una dinámica de estación de radio, construya un programa junto con tres compañeros en el que hable sobre la enfermedad diarreica aguda y la infección respiratoria aguda en niños.

3.3.21 Teniendo en cuenta los lineamientos operativos para la creación e implementación de la estrategia de Unidades de Atención Integral Comunitaria – UAIC dirigida a niños y niñas menores de 5 años, construya un dibujo sobre los servicios básicos de la UAIC.

3.3.22 Socialice de manera dinámica (libre elección) las principales características de los micronutrientes en polvo a la comunidad durante su práctica formativa.

3.3.23 Revise la cartilla Pautas de crianza repase su contenido e identifique los estilos de padres que se encuentra descritos en ella. Organice en equipos de trabajo y por medio de una dramatización socializo ante el grupo los estilos descritos.

- Equipo 1. Autoritario.
- Equipo 2. Permisivo.

- Equipo 3. Democrático.
- Equipo 4. Permisivo.

3.3.24 Desarrolle el taller "Manual para formación en salud mental: Componente Comunitario" junto con el instructor y compañeros y genere dos conclusiones.

3.3.25 Ejecute durante su práctica formativa una sesión del taller "Ser, saber y hacer". Tenga en cuenta las recomendaciones brindadas por su instructor.

3.4 ACTIVIDADES DE TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO.

Situación problemática

3.4.1 Lea la siguiente noticia y elabore un análisis teniendo en cuenta la historia natural de la enfermedad, los niveles de prevención y tipos de intervenciones de esta enfermedad.

Aumentan a 74 los casos sospechosos de leptospirosis

Esto superaría el promedio de los reportados anualmente en Puerto Rico

Jueves, 19 de octubre de 2017 - 3:57 PM

Por Javier Colón Dávila



El número de casos de contagios sospechosos a leptospirosis ha aumentado a 74, todos registrados en octubre, superando en un sólo mes la cifra promedio de casos reportados anualmente en Puerto Rico, que usualmente es de unos 60, informó esta tarde la epidemióloga del estado, Carmen Deseda. Mientras, la campaña masiva educativa para alertar a la ciudadanía sobre el peligro de la enfermedad no acaba de arrancar.

El Estado ha mirado 10 muertes como "sospechosas" posiblemente causadas por leptospirosis, pero ya seis fueron descartadas. Quedan cuatro por determinarse y uno de esos occisos arrojó positivo tanto a Leptospirosis como a dengue, razón por la que el deceso no ha sido atribuido directamente a la bacteria, dijo Deseda en entrevista con El Nuevo Día. Ese análisis para determinar la causa de muerte del hombre, vecino de Canóvanas, no ha finalizado. "Son tejidos enviados al CDC (Centro del Control de Enfermedades). Toman tiempo y no tengo los resultados", dijo al indicar que tampoco tenía a la mano un desglose de estos nuevos casos sospechosos, como el género de la persona, su lugar de residencia o si continúa hospitalizado.

"Ese aumento sabemos que está asociado a los huracanes Irma y María, y debido a que recientemente ha habido lluvia que han causado inundaciones estas aguas se acumulan y son foco de transmisión", dijo. Tan reciente como el sábado, el secretario de Salud, Rafael Rodríguez Mercado, dio por seguro que la muerte de Canóvanas había sido causada por leptospirosis, pero luego se retractó.

Deseda no describió la situación como un brote, pero insistió en apuntar a las inundaciones de los pasados días. "Nos preocupa que estos casos están en aumento y, aunque nosotros estamos comunicando sobre las medidas que la gente tiene que tomar, como no andar descalzo y no meterse en charcos de agua, quizás tenemos que repetir más ese mensaje", sostuvo. De hecho, Deseda expresó particular preocupación tras enterarse de una serie de actividades planificadas para este fin de semana organizadas por jóvenes en lugares donde abunda el agua estancada y posible presencia de orín de ratón, elemento en que se encuentra la bacteria.

A preguntas, Deseda contestó con "esta semana sí ha tomado auge" cuando se le inquirió si coincidía con la percepción de que la campaña masiva del gobierno no había tomado auge. En repetidas ocasiones apuntó a que se ha repartido literatura en refugios, comunidades y escuelas. "Se está tomando acción para llevar el mensaje de educación", insistió. El periodo de incubación de la leptospirosis, o el momento en que se entra en contacto con la bacteria hasta que afloran los primeros síntomas es de dos a 30 días. Entre los síntomas se encuentran fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, dolor muscular, vómitos, diarrea e ictericia (piel amarilla u ojos amarillosos). Si siente alguno de estos síntomas tiene que visitar un médico o una clínica inmediatamente

Proyecto formativo

3.4.2 Consulte en el hospital de su territorio y otras instituciones, cuáles son los requisitos y procesos para acceder a cada uno de los programas de protección específica y detección temprana para mitigar y evitar consecuencias en salud de acuerdo con las problemáticas identificadas en el diagnóstico de salud de su proyecto formativo, elabore un rotafolio para orientar a los usuarios sobre su uso y direccione a tres usuarios.

AMBIENTE REQUERIDO
Ambiente de aprendizaje
Biblioteca
Ambientes reales y/o simulados

MATERIALES
Computadores, Cartulina, Colores. Papel periódico. Lapiceros. Lápices. Borradores. Pliegos de papel craf, marcadores permanentes, marcadores borraseco, borrador, tablero, fotocopias, guías de aprendizaje documentos como programa de formación, reglamento del aprendiz, tijeras, pegante, cinta transparente.

4. ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Tome como referencia las técnica e instrumentos de evaluación citados en la guía de Desarrollo Curricular

Evidencias de Aprendizaje	Criterios de Evaluación	Técnicas e Instrumentos de Evaluación
Evidencias de Conocimiento: Respuestas a preguntas escritas sobre normatividad, lineamientos y protocolos de detección temprana y protección específica **Evidencias de Desempeño:** Observación directa sobre orientación a los servicios por curso de vida. **Evidencias de Producto:** Observación directa sobre rotafolio de AIEPI comunitario.	1. Reconoce acciones de protección específica, detección temprana y eventos de interés en Salud pública de acuerdo con los lineamientos normativos. 2. Direcciona la población objeto de las acciones en salud pública con la red de la prestación de servicios de salud del territorio según marco normativo. 3. Reconocer el portafolio de servicios de la red prestadora de salud es aplicado según lineamientos de la entidad. 4. Aplica estrategias y habilidades comunicativas con la persona, familia y comunidad según requerimiento. 5. Reconoce los riesgos en salud en poblaciones objeto de acuerdo con resultado de la caracterización. 6. Aplica programas en salud desarrollados por ente territorial de acuerdo con priorización de necesidades. 7. Orienta a la comunidad sobre indicaciones básicas en salud teniendo en cuenta las características de la población, enfoques, valores, etc. 8. Canaliza a la población a programas de detección temprana y protección específica de acuerdo con necesidades identificadas	Formulación de preguntas: Cuestionario Observación directa: Lista de chequeo Observación directa: Lista de chequeo

5. GLOSARIO DE TERMINOS

- **DEMANDA INDUCIDA:** La demanda Inducida es entendida como la acción de organizar, incentivar, y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y a la adhesión a los programas de control y prevención de la enfermedad, con el objeto de asegurar y garantizar un `óptimo estado de salud a la población.

- **DETECCIÓN TEMPRANA:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad (diagnóstico precoz)

- **ESTADO DE SALUD** Descripción y/o medida de la salud de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a indicadores de salud.

- **GUÍA DE ATENCIÓN:** Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública.

- **PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.** La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Referencia: adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984. La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la promoción de la salud. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del sector sanitario, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

- **PROTECCIÓN ESPECIFICA:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de nuestros usuarios frente al riesgo específico de desarrollar una enfermedad.

- **RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:** Personas afiliadas al sistema de salud y que tienen capacidad de pago

- **RÉGIMEN SUBSIDIADO:** personas pobres y vulnerables afiliados al SGSSS y que se encuentran clasificados por la encuesta del SISBEN 1 y 2 y tienen una EPS_S

- **SALUD PÚBLICA.** La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. Referencia adaptada del “Informe Acheson”, Londres, 1988. La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre promoción de la salud se ha establecido una distinción entre la salud pública y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los determinantes de la salud, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública. Esta nueva salud pública basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud. Esta distinción entre lo “antiguo” y lo “nuevo” puede no ser necesaria en el futuro conforme se vaya desarrollando y difundiendo un concepto unificado de salud pública.

6. REFERENTES BILBIOGRAFICOS

- Social, M.d (2016). Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf

- Social, M.d (2000) Resolución 412 (2000, 25 de febrero). [En Línea]. Bogotá. Se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Ministerio de Salud. D

- Social, M. d. (2007). Plan Decenal de Salud Pública 2014 - 2021. Bogotá.

- Cartilla Web Pautas de Crianza disponible en: http://es.calameo.com/read/002836534566a4f7373ca

- Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud, disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1227-guia-para-profesionales-y-tecnicos-de-los-servicios-de-salud&Itemid=688

7. CONTROL DEL DOCUMENTO

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha
Autor (es)	**Lessdy Julliany Sua Céspedes**	**Instructora**	Centro de Formación de Talento Humano en salud	Septiembre de 2017
	Alba Yadira Minotta Segura	**Instructora**	Centro Gestión Tecnológica de Servicios	Septiembre de 2017

8. CONTROL DE CAMBIOS (diligenciar únicamente si realiza ajustes a la guía)

	Nombre	Cargo	Dependencia	Fecha	Razón del Cambio
Autor (es)					

FAMILIOGRAMA

Dirección de Promoción y Prevención
Enero 2019

FAMILIOGRAMA

DEFINICIÓN

Se considera la herramienta más versátil de la medicina familiar; esta surge desde la teoría de sistemas en 1978 como el fin de evaluar, desde un enfoque sistémico, al individuo y su familia proporcionando una visión integral de los problemas médicos y biopsicosociales; dando una panorámica a través del tiempo del desarrollo de la familia[1]. Es un instrumento que permite hacer una representación gráfica de la estructura familiar, considerando por lo menos tres generaciones, y posibilita registrar información sobre los miembros y sus relaciones. El familiograma comprende la identificación y representación gráfica de i) trazado de la estructura familiar, (ii) registro de información sobre miembros e historia familiar y (iii) Delineado de las relaciones familiares.

Dentro de la información que proporciona el familiograma se encuentra: patrones de género, tipología y curso de vida familiar, patrones intergeneracionales, dinámica familiar, contexto de creencias, costumbres, estilos y modos de relación, tendencias en salud – enfermedad, así como identificación de "enfermedades hereditarias, adaptación de la familia a la enfermedad, recursos familiares y eventos críticos"[2].

OBJETIVO DE APLICACIÓN

Explorar a través de una representación gráfica y esquemática, información sobre los miembros de la familia, sus relaciones, el estado de la estructura y dinámica familiar, así como la identificación de tendencias, tensiones, ausencias, conflictos que inciden en la salud.

INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN

El familiograma, permite caracterizar por lo menos tres generaciones. Permite visualizar desde una perspectiva longitudinal la historia familiar, y posibilita la identificación de patrones que se repiten o atributos, o características que permanecen en el tiempo, así como las relaciones familiares. También permite identificar el momento de vida de los integrantes de la familia, como de la familia misma, los tipos de familia, los eventos de salud más importantes, os aspectos relevantes de la interrelación. Por tanto, constituye un resumen completo de factores clave de la familia

[1] Zurro, A. M., Cano Pérez, J. F. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica 4 edición Harcourt Brace, España. 2003.

[2] [2] Terrasa, S., Rubinstein, A. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2 edición. Editorial Panamericana. Argentina 2006.

que constituyen insumo importante para la valoración y determinación de la orientación a seguir.

En el campo de la salud, apoyan la elaboración de una valoración del estado y situación familiar, y se conecta con la perspectiva de curso de vida, al permitir identificar trayectorias vitales y ciertas tendencias básicas tanto individuales como del colectivo familia. Permite entender la determinación de factores internos que inciden en la salud y elaborar hipótesis que son contextualizadas en la expresión de los miembros de la familia informantes.

El familiograma se hace a través del registro de datos de forma simbólica – con símbolos internacionalmente aceptados[3]. A continuación, se plantean algunos de los trazados básicos:

- El hombre es representado por un cuadrado y la mujer por un círculo.
- Los cónyuges están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha.
- Los hijos, son representados desde una línea descendente desde la pareja por un cuadrado o círculo, según el sexo; comenzando con el mayor y de izquierda a derecha.
- Siempre se pide al integrante de la familia (o integrantes) en la consulta, encerrar en una línea punteada a quienes viven bajo el mismo techo.
- Los hijos mellizos se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea de los padres; si son monocigóticos (idénticos) éstos a su vez están conectados por una línea horizontal. En el caso de los hijos adoptados, la línea que los conectan a la línea de los padres es discontinua o incluye la letra A.
- La persona consultante –centro de la atención de acuerdo al motivo de consulta- alrededor de quien se construye el familiograma, se identifica con una línea doble o se señala con una flecha La línea que une a los cónyuges es continua cuando los cónyuges están casados y discontinua cuando son convivientes. Una letra «M» seguida por una fecha indica cuando se casó la pareja. En el caso de las parejas no casadas, esta fecha representa cuando empezaron a vivir juntos. Las separaciones y divorcios se indican con dos líneas oblicuas y una interrupción en la línea que une al matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para

[3] Alegre Palomino Y.RAMPA (2006) p. 50. Se ha tomado presentación textual, por ser representación de orden universal. En este caso centrado en el familograma de orden estructural que presenta Alegre Palomino. Ya en la profundización, el profesional especializado, se puede concentrar en el familograma de orden funcional con las adaptaciones disciplinarias propias.

un divorcio. Cuando existan sucesivos compromisos luego de una separación, los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final,

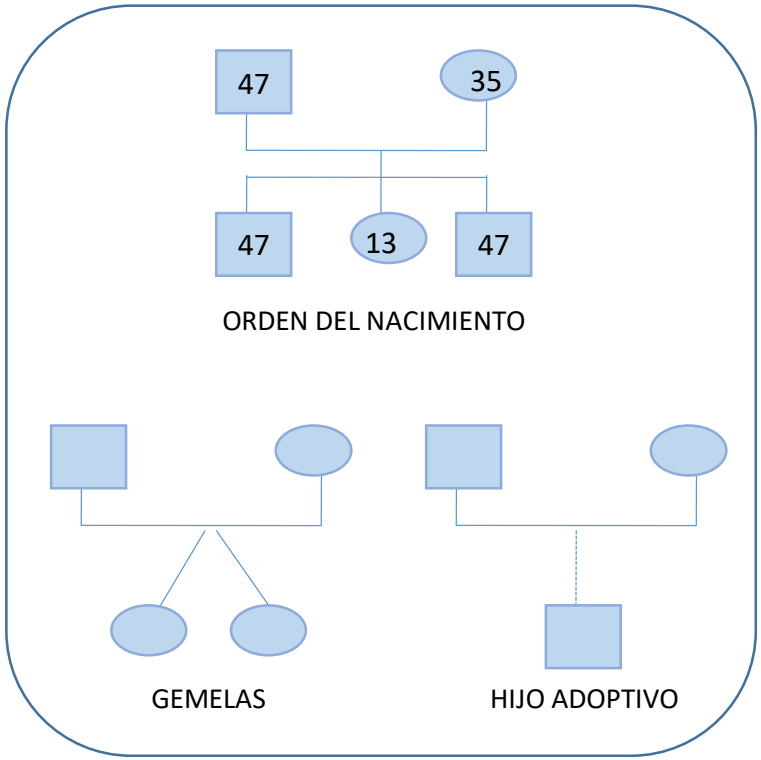
- Idealmente, al lado de cada uno de los símbolos de los miembros se pueden incluir las edades p.ej. 68 (68 años), 5 m (5 meses), o año de nacimiento p.ej. '99 (año 99)☐. Las edades generalmente se escriben dentro de los símbolos, mientras que la fecha de nacimiento se coloca en la parte superior e izquierda.

Igualmente puede utilizarse el familiograma para registrar otros antecedentes de importancia como la ocupación y antecedentes patológicos, riesgos o problemas de salud crónicos o de importancia, si los hay. Por ejemplo. Diabetes (DBM), alcoholismo (OH).

A este tipo de familiograma en el que se grafican fundamentalmente los miembros de la familia y su relación de parentesco o convivencia se le denomina familiograma estructural, a diferencia del familiograma funcional donde también se registran la calidad e intensidad de las interrelaciones entre los miembros.

Es importante tener en cuenta que no en todas las especialidades que usan el familiograma emplean la misma nomenclatura y simbología, pudiendo variar ligeramente de una a otra. Igualmente entre diversas regiones o países, es común ver que los símbolos se diferencien por pequeños detalles o notaciones, sin embargo la estructura general es la misma".

Figura 1. Familiograma



Expresión sencilla de familia nuclear a manera de ejemplo. Tomado de: Zurro, A. M., & Cano Pérez, J. F. (2003). *Atención*

primaria:conceptos, organización y práctica clínica 4 edición
Harcourt Brace, España.

ANEXO 8
ECOMAPA


La salud
es de todos
Minsalud

ECOMAPA

DEFINICIÓN

El Ecomapa, fue propuesto por Ann Harman en 1978, "(…) representa un panorama de la familia y su situación gráfica, conexiones importantes que nutren las relaciones, la carga conflictiva entre la familia y su mundo, muestra el flujo de los recursos, las pérdidas y de privaciones. El procedimiento de dibujar el mapa, destaca la naturaleza de las interfaces y puntos de conflicto que se deben mediar, los puentes que hay que construir y los recursos que se deben buscar y modificar[4]"

OBJETIVO DE APLICACIÓN

Identificar de forma rápida las interrelaciones de la familia con el contexto socio cultural en el que está inmersa. Por ende, constituye un complemento del familiograma. Es una herramienta que mediante un diagrama explica el contacto de la familia con el exterior (comunidad, sociedad) y cómo puede afectar, positiva o negativamente, la estructura familiar. Incluye todos los agentes externos que tienen relación con el núcleo familiar en cuestión; en otras palabras, permite establecer la red social de apoyo y el acceso a recursos económicos en un momento en el tiempo, pero con un seguimiento a futuro. Tanto el ECOMAPA como el familiograma se han convertido en herramientas muy usadas en investigación por diferentes disciplinas ya que permiten entender el contexto familiar en el proceso salud – enfermedad[5].

INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACIÓN

Material: papel y lápiz, se puede utilizar hojas preimpresas, que ayudan a ahorrar tiempo[6].

Se lo realiza cuando se considera necesario conocer los recursos de apoyo social extrafamiliares[7].

---

[4] Suárez Cuba, M. (2015). Aplicación del Ecomapa como herramienta para identificar recursos extra familiares. Rev. Med La Paz

[5] M.I. Pardavila Belio, C.G. Vivar. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enferm Intensiva. 2012;23(2):51---67.

Nascimento L. C., Dantas I.R.O., Andrade R. D., Mello D.F. Genogram and ecomap: brazilian nursing contributions. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2014 Mar [cited 2015 Oct 06]; 23(1): 211-220.

[6] Dependiendo dela complejidad de la situación familiar se puede elaborar en una o varias consultas. O reservar para su elaboración completa en la consulta de atención básica de orientación familiar.

[7] Ídem

Al ser un instrumento dinámico, se debe actualizar cuando se considere necesario de acuerdo al proceso de la familia.

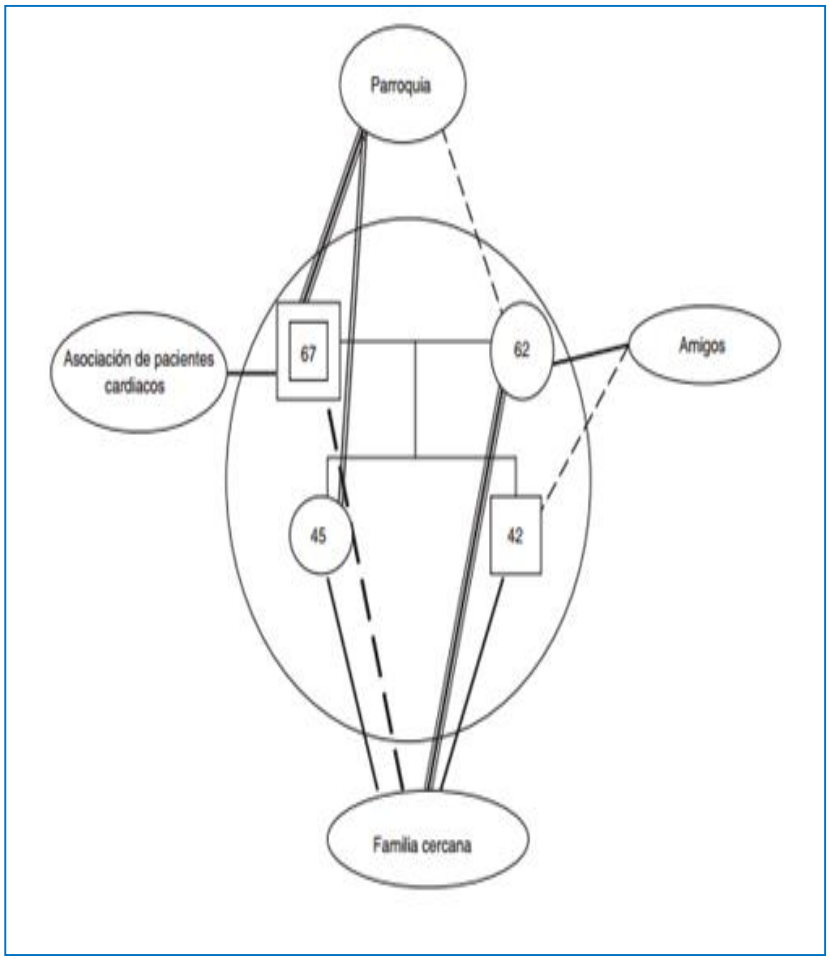
Para el diseño se parte de la estructura de la familia, se traza un círculo alrededor de la misma, que permite diferenciar el medio intrafamiliar del extrafamiliar.

Alrededor de este gran círculo, y como elementos del contexto se dibujan círculos más pequeños, cada uno de ellos representara un recurso (la familia extensa, instituciones educativas, religiosas, de salud, etc.).

Para representar las relaciones se trazan líneas que unen cada círculo, ya sea con un miembro de la familia en particular, o con todo el círculo, cuando se quiere resaltar que el recurso es importante para todo el grupo familiar.

El Ecomapa, permite evaluar apoyos familiares desde la respuesta a preguntas como: 1) ¿Está la familia abierta a nuevas experiencias? 2) ¿Son los límites permeables? 3) ¿Son los límites flexibles? 4) ¿Está restringida la familia? 5) Satisfacción de las necesidades de la familia. a) Estabilidad. b) Crecimiento. c) Enriquecimiento. d) Competencia. e) Contextualizar la familia dentro de su cultura. 6) Necesidades de la familia como: a) Protección b) Salud c) Sentido de pertenencia intimidad, relaciones interpersonales d) Educación e) Fuentes de crecimiento espiritual. Entre otros. (Tomado de Suárez M.)

Figura 2. ECOMAPA.



Tomado de: M.I. Pardavila Belio, C.G. Vivar. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. Enferm Intensiva. 2012; 23 (2):51-67.

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINSALUD

APGAR FAMILIAR

ANEXO 7

EL APGAR FAMILIAR

DEFINICIÓN

Esta es una herramienta construida por Smilkestein en 1978 que se compone de 5 preguntas cerradas en un cuestionario auto administrado que permite evaluar la función familiar percibida por el individuo que responde el cuestionario permitiendo sospechar disfunción, pero no diagnosticándola. Cada pregunta puede puntuarse de 0 a 4 (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre); el cuestionario da puntajes de 0 a 20 donde puntajes de 9 o menos implican disfunción familiar severa; de 10 a 13 disfunción familiar moderada; de 14 a 17 disfunción familiar leve; puntajes mayores de 18 buena función familiar. Es de anotar que para afinar el diagnóstico de disfunción familiar (partiendo de la familia como sujeto de atención) se deben valorar mínimo 3 miembros de la familia.

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia brinda y permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza y amor					
Me satisface cómo compartimos en familia: El tiempo para estar juntos Los espacios en la casa El dinero					

APGAR familiar. Tomado de Zurro, A. M. Solà, G. J. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Elseiver. España 2011.

COMPONENTES DEL APGAR FAMILIAR

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para evaluar la funcionalidad de la familia. Esto es:

• ADAPTACIÓN: es la capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

• PARTICIPACIÓN: o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

• GRADIENTE DE RECURSOS: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

• AFECTIVIDAD: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

• RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA: es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

PASOS PARA LA APLICACIÓN

Según Suárez M. Alcalá M. (2014), *"el APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.*

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción

es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión".

La aplicación del APGAR permite identificar el grado de satisfacción familiar y de las situaciones de conflicto o riesgo familiar en términos del grado de disfuncionalidad familiar.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos, cuyas características son las siguientes:

- Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.
- La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless-Satterwhite Family Function Index).
- Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

Para el registro de los datos el APGAR familiar se (Cuadro 1) muestra un formato. El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente).

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación:

•0: Nunca
•1: Casi nunca
•2: Algunas veces
•3. Casi siempre
•4: Siempre. Interpretación del puntaje: - Normal: 17-20 puntos - Disfunción leve: 16-13 puntos. - Disfunción moderada: 12-10 puntos - Disfunción severa: menor o igual a 9

Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANA

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
EQUIPO TÉCNICO DISTRITAL PROGRAMA SALUD A SU CASA

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

Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad

ISBN: 978-958-8313-58-0

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

Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad

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 MOJÍCA
Área Análisis y Políticas
Secretaría Distrital de Salud

ESMERALDA VARGAS VALLEJO
Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson

GRUPO DE APOYO TÉCNICO
SANDRA CATALINA GONZÁLEZ ÁLVAREZ
MARÍA DEL CARMEN MORALES PALOMINO
Área Análisis y Políticas
Secretaría Distrital de Salud

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

AUTORES
ESTHER SOFÍA ANGULO M.
JENNY BARAJAS ORTIZ
IVONNE MARITZA CARO R.
IVETTE J. GÓMEZ BUSTOS
GLORIA INÉS HERNÁNDEZ N.
MAURICIO MOLINA ACHURY
CLAUDIA BEATRIZ NARANJO G.
ANDREA PICÓN GONZÁLEZ
LUISA FERNANDA RUIZ E.
MARTHA LUCÍA SANTACRUZ G.
ASTRID ZAPATA MEDINA
IVONNE ARÉVALO MORENO
JOHN ALEXÁNDER ORTIZ
DIANA MARCELA GARCÍA MUÑOZ
MAYE ANDREA GONZÁLEZ
CLARA MENESES MEDINA
NANCY MOLINA ACHURY
JUAN PATIÑO GONZÁLEZ
NEIFFI LUZMILLA PORRAS
TATIANA SÁNCHEZ PARRA
NIDIA ROCÍO SOTELO SUÁREZ

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

FOTOGRAFÍA PORTADA
LUIS FELIPE ROCHA FRANCO

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN
LUIS FELIPE ROCHA FRANCO
NATHALIA RODRÍGUEZ G.
DIANA MARÍA JARA R.

Impreso en Colombia por GRÁFICAS FANEL

Índice

PRESENTACIÓN 9

PRIMERA PARTE
APS desde una perspectiva internacional y la experiencia en Bogotá

1. ANTECEDENTES Y DESARROLLOS DE LA APS 15

- Desarrollo conceptual, político y filosófico 16
  - *La APS desde Alma-Ata*
  - *El problema de las inequidades*
  - *La APS y los sistemas de salud*

- La APS en Colombia 31
  - *La APS dentro del marco del Sistema Nacional de Salud (SNS)*
  - *APS dentro del marco del Sistema Nacional de Salud Descentralizado*
  - *APS dentro del marco del Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS)*

- Referencias bibliográficas 35

2. LA APS EN BOGOTÁ 39

- Recorrido histórico 40
- Desarrollos de la APS con enfoque familiar y comunitario 48
  - *Fase de instalación. Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004*
  - *Fase de expansión. Alcaldía Mayor de Bogotá - Departamento Administrativo de Planeación Distrital (2005)*
  - *Fase de articulación con APS renovada (2006-2007)*
  - *De estrategia a programas de acciones colectivas*
- Referencias bibliográficas 70

SEGUNDA PARTE
Acciones y resultados del programa Salud a su Casa (2008-2011)

3. ACCIÓN INTEGRAL EN LAS FAMILIAS 75

- Resultados del abordaje en salud en las familias del programa Salud a su Casa 76
  - *Los principios de la APS en la operación del programa*
  - *APS en las familias con una perspectiva poblacional y territorial*
  - *Organización y operación del programa desde los principios de APS*
  - *Resultados de la operación del programa SASH/SASC por etapas del ciclo vital*
  - *Referencias bibliográficas*
- Círculos de existencia: Una estrategia promocional para la salud de las familias 135
  - *Acciones de promoción de salud en los círculos de existencia*
  - *Las prácticas promocionales en salud en las familias*
  - *Puesta en marcha de la promoción de prácticas protectoras para las familias (2011)*
  - *Referencias bibliográficas*

4. INCLUSIÓN SOCIAL DE LAS FAMILIAS 149

- Familias étnicas 150
  - *Enfoque diferencial*
  - *Problematización*
  - *Puesta en marcha de la intervención*
  - *Logros y resultados*
  - *Referencias bibliográficas*
- Familias en situación y condición de desplazamiento 158
  - *Enfoque conceptual*
  - *Problematización*
  - *Logros: la experiencia significativa de la política pública*
  - *Recomendaciones*
  - *Referencias bibliográficas*
- La discapacidad en la escena de la rehabilitación basada en comunidad (RBC) y la APS 139
  - *Enfoque conceptual*
  - *Referente normativo*
  - *Referente situacional*
  - *Organización de las respuestas y los resultados*
  - *Resultados y evaluación de la respuesta*
  - *A manera de reflexión*
  - *Referencias bibliográficas*

5. ACCIONES PARA LA CALIDAD DE VIDA EN LAS FAMILIAS 183

- La estrategia de entornos saludables 184
  - *Enfoque conceptual*
  - *Problematización*
  - *Puesta en marcha de la estrategia*
  - *Resultados de la estrategia*
  - *Conclusiones y recomendaciones*
  - *Referencias bibliográficas*

- La estrategia de entornos de trabajo saludables 199
  - *El trabajo como determinante social*
  - *Surgimiento de la estrategia*
  - *Operación*
  - *Logros y resultados*
  - *Recomendaciones*
  - *Referencias bibliográficas*

- La salud mental de las familias desde la APS 213
  - *Enfoque conceptual*
  - *Problematización*
  - *Puesta en marcha*
  - *Resultados*
  - *Referencias bibliográficas*

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 227

- Conclusiones 228
- Recomendaciones 232
- Referencias bibliográficas 237

ANEXOS 239

- Anexo 1. Caracterización familias identificadas y cubiertas por SASH/SASC (2004-2011) 240
- Anexo 2. Cobertura de las intervenciones psicosocial y plurimodal por localidad y por número total de familias intervenidas, Bogotá (2008-2011) 241

Presentación

Es ampliamente reconocido en el mundo que existen considerables e inequitativas diferencias en condiciones de salud y vida digna de la población entre países ricos y pobres. Esta constatación ha llevado a que un organismo multilateral, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), formule la meta mundial para todos los Estados de "superar las desigualdades injustas y evitables en materia de salud".

Se trata de un propósito constante, pero con resultados poco satisfactorios; tal es el caso de la apuesta hecha en la Conferencia de Alma-Ata en 1978, donde, a pesar del compromiso de 134 países con el pacto internacional de la Declaración de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), Salud para todos en el año 2000, no se alcanzó la meta y, por el contrario, se profundizaron las inequidades en salud en el mundo.

La APS se entendió entonces como la estrategia central que permitiría una articulación favorable entre salud y desarrollo socioeconómico, puerta de entrada a los sistemas de salud desde una perspectiva universalista. Por ello se planteó un conjunto de indicadores mínimos deseables que debían lograr los Estados, con miras a "alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos, sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y económicamente productiva" (Halfdan Mahler, Director de la OMS, 1978).

Hoy, 35 años después, la OMS ha debido aceptar que el cumplimiento de esos mínimos está lejos de ser realidad en muchas partes del mundo y que, por el con-

trario, las distancias entre países ricos y pobres han crecido de manera considerable. Como consecuencia de ello se formula una nueva meta, que incluye "superar las desigualdades injustas y evitables en materia de salud, para lo cual debe recuperarse la vieja propuesta de la APS, ahora más articulada a la construcción colectiva de condiciones de vida dignas para todos y todas", meta que se ratificó en el 2003 y en la Asamblea Mundial de marzo de 2004, con la afirmación del director, Lee Jong-wook:

> [...] el defecto más importante de los actuales sistemas de salud es la falta de equidad, tanto en el interior de los países como entre ellos. Si perdura esta situación, se desvanecerán las esperanzas de paz y seguridad en el mundo [...]. Tenemos que ocuparnos de las relaciones entre la salud, la equidad y el desarrollo.

El balance sobre la implementación de la APS en el mundo evidenció que la Estrategia fue mal interpretada y también mal adoptada en la mayoría de los países, y Colombia no fue la excepción. Se confundió APS con atención de primer nivel y escasa capacidad resolutiva, lo que obligó a que actualmente se impulse la redefinición de APS como "el cuidado integral de la salud para todos y por todos" y como "una necesidad, no sólo en el ámbito de la salud, sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones, Estados soberanos en un mundo cada día más injusto" (OPS, 2003).

Bogotá no escapa a la situación de inequidad en salud y a las enormes desigualdades en calidad de vida. Si bien los indicadores de salud de la población bogotana han mejorado de manera global, existen desigualdades; a pesar de los avances del desarrollo del Sistema General de Salud y Seguridad Social, existen serios problemas en la respuesta institucional y social. El más importante, la fragmentación.

En diferentes escenarios y estudios se reconoce que el Sistema de Salud está fragmentado en varios sentidos: en la acción de los agentes involucrados, sean prestadores, aseguradores, moduladores o usuarios; en la disposición de los servicios, con los diferentes planes de beneficios según capacidad de pago, y en la oferta de servicios acorde con la misma.

La gravedad de esta situación ha sido reconocida por los tres últimos gobiernos como un imperativo ético que debe orientar la Política de Salud hacia la garantía del derecho, apoyada en la APS como la estrategia fundamental para su realización y la superación de las inequidades. Para ello se ha asumido, en la formulación e implementación de esta Política, un modo promocional de la calidad de vida y la salud que actúe más allá de las restricciones del enfoque de los servicios hacia la enfermedad y la atención individual, y avance en una perspectiva colectiva y con una verdadera salud pública.

La implementación de esta Política es un proceso complejo, con tensiones políticas e institucionales; con retrocesos, avances y desarrollos. El presente libro se propone dar cuenta de esta experiencia desde su visión filosófica y política, pero también de sus posibilidades de desarrollo. En la primera parte se revisan de manera general los conceptos y enfoques de la APS; la segunda es un recorrido analítico de la implementación de la Estrategia como Política de Salud en Bogotá; y en la tercera se presentan las experiencias de la APS en la ciudad, sistematización de la acción práctica que demuestra cómo ha sido recorrido este camino desde la institucionalidad.

Un camino que llega hasta la actualidad, con el Gobierno de la Bogotá Humana, comprometida con una APS basada en la idea de integralidad de la atención según las necesidades de las personas y en el principio de equidad como orientador de la acción familiar y comunitaria. Lo que en el marco del Sistema General de Salud y Seguridad Social implica agenciar un cambio radical tanto en el modo de organización y orientación del Sistema como en el modelo de atención en salud. Un propósito que busca aportar de manera significativa a superar la segregación, la inequidad y la persistencia de situaciones de exclusión social, económica, política, cultural y ambiental de la población en la ciudad. Acción que dejará una impronta en la garantía del Derecho a la Salud para el país y la región.

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Secretario Distrital de Salud

Primera parte

APS desde una perspectiva internacional y la experiencia en Bogotá

1 Antecedentes y desarrollos de la APS

Antecedentes y desarrollos de la APS

*Nancy Jeanet Molina Achury**

DESARROLLO CONCEPTUAL, POLÍTICO Y FILOSÓFICO

Un punto de partida para estudiar los antecedentes de la atención primaria en salud (APS) debe retomar en extenso la contribución de Apráez, quien afirma que:

> La historia y el desarrollo de la Atención Primaria de Salud y de la Política de salud para todos en el año 2000 no parten de Alma-Ata (Litsios 2002:17) como se lee en la mayoría de textos sino que tienen raíces en la "medicina social" con el movimiento liderado por Rudolf Virchow y Jules Guerin entre otros (Waitzkin 2006:31) en 1848, al que le anteceden experiencias del siglo XVIII, con Villermé, Johann Peter Frank (Sigerist 2006:28) y otros, que son reflejo del pensamiento en la construcción de la salud como derecho.
>
> En el siglo XX la medicina social resurge con personas y experiencias concretas para la APS; Henry Sigerist lo hacía en 1939 luchando por la organización del Sistema de Salud en EUA y su influencia en Suráfrica donde recibió un doctorado honoris causa en Literatura en ese año. Sus escritos, permiten conocer valiosos documentos casi perdidos de J.P. Frank (Frank 1941:14) y

* Fisioterapeuta, Mg. 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.

> un artículo de 1944 (Sigerist 2003:29), es antecedente fundamental en la formulación de la Política de Salud para Todos en el año 2000 propuesta por la OMS en 1977; Sigerist participa en la experiencia de la Provincia de Saskatchewan base del actual sistema de salud canadiense, también están sus influencias en las experiencias de Suráfrica, EUA e Israel con los exiliados surafricanos, liderados por Sidney Kark y que contó con personajes destacados como John Cassel y Mervin Susser, con quienes desarrollaron la APS de base comunitaria (COPC) y son trabajos pioneros de epidemiología social (Brown 2002:5) que influenciaron la importante experiencia con los Navajos realizada por McDermot y Dubois en EUA que buscaban dar atención en salud con un enfoque integral. Diversas experiencias como estas y otras fueron recogidas en 1956 en el libro pionero de la antropología médica de Benjamin David Paul (Paul 1956:23) (Apráez, 2011).

Esta primera aproximación plantea la APS en vínculo con el pensamiento y la práctica de la corriente de la medicina social, movimiento heredero de los desarrollos de la sociología médica alemana. Desde esta corriente se asume que "el medio social y físico, causa de casi todas las enfermedades, es modificado a su vez, por la civilización, que tan profundamente ha alterado la vida del hombre", y ubica como categorías centrales el trabajo y la clase social (Quevedo, 1992), en relación con las categorías centrales de comprensión de la organización social capitalista: la acumulación, la propiedad y las relaciones sociales (Breilh, 2008).

Jaime Breilh también afirma que uno de los principales problemas en materia de salud está íntimamente relacionado con el carácter inequitativo de las sociedades, dado por el proceso de "distribución desigual del poder. No solo del poder que controla la propiedad y el uso de las riquezas materiales, sino del que se requiere para definir y expandir la identidad, los proyectos y las aspiraciones de utopías" (Breilh, 2003). La inequidad es característica inherente a una sociedad que impide el bien común, es la injusticia produciendo desigualdades.

Este aspecto es central para comprender la diferencia de enfoques entre la versión *oficial* de la APS planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la versión que reclaman corrientes como la medicina social, que proponen una visión transformadora y profunda, en busca de atender a los sujetos y a los grupos en una lógica integral que reconozca las desigualdades en salud. Esta segunda corriente promueve, desde su accionar, procesos orientados a la transformación de las causas

estructurales de la injusticia; es decir, la transformación de las lógicas de poder subyacentes a las dinámicas de los grupos en una forma de organización dada.

Así, las respuestas sociales al proceso salud-enfermedad se ubican en un campo de conflictos dentro de la sociedad que reflejan las pugnas por el poder entre las clases dominantes, despliegan distintas estrategias para mantener su hegemonía y ubican a diferentes sujetos y colectivos que propenden por transformar las relaciones sociales en pro de superar todas aquellas formas de explotación y opresión que conducen a modos de vida llenos de enfermedad evitable, inequidad e injusticia, así como a las inequidades en la atención a la salud y la enfermedad (González, 2009).

Es dentro de este marco donde debe entenderse la experiencia de Bogotá, la cual se fundamenta en una definición conceptual y política alimentada desde las corrientes de la medicina social, que enarbola la idea de la salud como derecho dentro del marco de unas condiciones históricas y sociales determinadas, y que, retomando la propuesta analítica de Diderichsen y Halqvist, propone cuatro niveles de intervención para impactar: los determinantes, las exposiciones, la posibilidad de enfermarse y las condiciones sociales y económicas que determinan las enfermedades o los daños (De Negri, 2004a).

A partir de esta visión se desarrolla una propuesta de análisis y operación, a la cual se denominó *modo promocional de la calidad de vida y la salud* (De Negri, 2004b), como estrategia orientadora de la política sectorial que permita superar las restricciones del enfoque de los servicios hacia la enfermedad y la atención individual, y avance con una perspectiva colectiva de la salud; es decir, de una verdadera salud pública.

> Esto significa un ordenamiento de todos los procesos tanto sectoriales como transectoriales, institucionales como sociales o comunitarios, curativos como preventivos (educativos, protectores o de rehabilitación), tanto individuales como colectivos, hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el favorecimiento del ejercicio de su autonomía para la realización de sus proyectos de vida […] Un modo promocional de la calidad de vida y la salud, orientado por la autonomía y una perspectiva de universalización, se basa entonces 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. (De Negri, 2004b)

La estrategia promocional se configura, entonces, como un potenciador de la APS para garantizar el derecho a la salud, si se entiende por APS "el cuidado integral de la salud para todos y por todos", siguiendo a Tejada de Rivero (OPS, 2003), "basada en la idea de integralidad de la atención según las necesidades de las personas y en el principio de equidad como orientador de la acción comunitaria […] que deberá generar un cambio radical, tanto en el modo de organización y orientación del sistema como en el modelo de atención en salud" (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004).

Un balance de los logros de esta experiencia deberá tratar de identificar y evaluar hasta dónde los planteamientos de la Estrategia Promocional de Equidad en Calidad de Vida y Salud han orientado el desarrollo operativo de la propia APS y de los programas y los proyectos de desarrollo de autonomía que en ella se proponen, como una forma de articular y ordenar la clásica organización de servicios y acciones de salud pública, del conjunto del sector (desarrollo de servicios, aseguramiento, participación, entre otros), y, más allá del sector, del conjunto de políticas que afectan la calidad de vida de las personas.

La APS desde Alma-Ata

Las diversas contribuciones de experiencias durante el siglo XX y la propia emergencia de la APS en el seno de la OMS se dan en un contexto de gran complejidad, marcado por las tensiones de la llamada Guerra Fría, entre los modelos de desarrollo político y económico del capitalismo y el socialismo, las diferencias internas del capitalismo entre el modelo keinesiano y el modelo neoliberal, las diferencias entre los Estados europeos de bienestar y los Estados desarrollistas latinoamericanos, y las tensiones generadas por la imposición de las fórmulas en materia de política pública en los regímenes neoliberales (Gómez-Arias, 2009).

A partir de los años cuarenta del siglo XX se establece una marca doctrinaria que tiene en Friedrich Hayek a uno de sus principales representantes. Este ideólogo planteaba que las sociedades no podrían desarrollarse —dentro del marco capitalista— con un excesivo protagonismo de los Estados en términos de control de las políticas públicas, y, por lo tanto, con limitación del libre ejercicio del mercado. Para Hayek, el ejercicio libre del mercado exigiría la reducción, hasta la eliminación, de la intervención del Estado, la concomitante eliminación del poder de los sindicatos y la persistencia de la pobreza, porque la existencia de la pobreza era factor esencial

del desarrollo capitalista, y, por lo tanto, eliminar la pobreza amenazaba la propia reproducción del capitalismo.

Esta línea de pensamiento fue retomada y ampliada por Milton Friedman en 1947, al sentar las bases del capitalismo monetarista e influir decisivamente en los rumbos de las finanzas mundiales; ello, en oposición a la propuesta de William Beveridge en el Parlamento Británico, y quien planteaba un sistema de bienestar social ampliado, al que más adelante se conocería como Estado de Bienestar Social.

Así es como en plena Segunda Guerra Mundial se establece el diseño de un conflicto ideológico que determina, por un lado, qué caminos sigue el capitalismo en su expansión mundial; y, por otro, qué dimensión deben tener los Estados en la garantía de los derechos dentro del marco de las políticas públicas radicalmente democráticas. Este conflicto tenía, y tiene, un componente ideológico y político bastante fuerte, que permanece y trasciende hasta hoy, y enmarca el debate del futuro entre la supremacía del capital *versus* la solidaridad y la justicia a escala planetaria.

Entender lo que pasa hoy en las políticas públicas de salud implica entender el origen doctrinario de lo que actualmente se identifica como la mundialización del capital, y, por ende, la sumisión de los intereses públicos (o sea, de la humanidad) a los criterios de maximización de la acumulación capitalista por medio de los monopolios, de la transnacionalización en aras de mercados sin fallas y las consecuentes privatizaciones y "flexibilizaciones de los derechos".

Es durante la posguerra cuando emergen, con la perspectiva de los intereses del capital, mecanismos de control mundial, tales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Internacional de Construcción y Desarrollo, después conocido como Banco Mundial, y el Acuerdo General de Tarifas y Comercio, que será renombrado como Organización Mundial del Comercio. Paralelamente se construye el sistema de las Naciones Unidas, sistema que, según el autor Jacques Gélinas, funge como la *Patronesse du Monde*, o la Dama de Caridad del Mundo: una especie de compensación frente a las deudas sociales que el modelo capitalista genera, y que crecen a lo largo de estas décadas de su existencia.

El sistema de Bretton Woods queda, por un lado, como el patrón que detiene el dinero; y, por otro, está la ONU cuidando de la caridad frente a los inevitables e innumerables conflictos sociales en el mundo, pero, en últimas, respondiendo a los intereses políticos de quienes detentan el poder económico. La fragilidad y la

sumisión del Sistema de Naciones Unidas frente a la potencia de los organismos de Bretton Woods permiten que la hegemonía del capital se afirme progresivamente, tras un breve florecimiento del Estado de Bienestar Social (sobre todo, en Europa), frente a la resistencia de los No Alineados y el intento de fomentar relaciones comerciales del COMECON (Consejo de Ayuda Mutua Económica).

En este contexto, convocados por la OMS, entre 1977 y 1978 se realizan conferencias, reuniones e informes nacionales, regionales e internacionales sobre APS, donde se visibiliza que el estado de salud de millones de personas en el mundo es "política, social y económicamente inaceptable", pues hay diferencias marcadas en la distribución del buen estado de salud, y más de la mitad de la población mundial recibe una inadecuada atención sanitaria.

Ante la evidencia, se hace un llamado urgente a la comunidad nacional e internacional (a los gobiernos, al personal de salud y a la comunidad en general) a trabajar cooperativamente y hacer uso racional de los recursos, dirigir mayores esfuerzos a la reducción de las desigualdades existentes en el estado de salud de la población y alcanzar un estado de salud para todos los pueblos que les permita tener una vida productiva, social y económica favorable.

El llamamiento se hace a través de la Declaración de Alma-Ata, fruto de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud realizada en Kazajistán en 1978, y en la que se recomienda a todos los sectores y los niveles de gestión y de administración introducir, desarrollar y mantener la APS como estrategia para promover y proteger la salud y alcanzar la salud para todos en 2000. La declaración plantea que, con el suministro de las medidas sanitarias y sociales adecuadas, a través de la APS, los gobiernos se propongan asumir la responsabilidad sobre la salud de sus poblaciones.

Se plantea, igualmente, la necesidad de realizar un abordaje de la salud y la asistencia sanitaria con nuevas perspectivas, y reiterando que la salud "es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud" (OMS, 1978).

Esta definición hace apremiante la necesidad de formular políticas y estrategias que permitan integrar la APS a los sistemas de salud, tanto como al desarrollo social y económico global de la comunidad; convoca, además, al diseño de respuestas intersectoriales con la idea fuerza de la participación individual y colectiva en la planificación, la organización y el desarrollo de los servicios y la atención sanitarios.

La APS de Alma-Ata promueve dentro de sus principios la integralidad, la universalidad, la equidad y la solidaridad, y propone su desarrollo en todos los niveles, y, específicamente, en el nivel local, a través de un equipo de profesiones sanitarias formadas socialmente, que pueda responder a las necesidades en salud sentidas por la comunidad y sea capaz de asumir la prevención, la curación y la rehabilitación.

En concordancia con lo anterior, se define la APS como:

> […] la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autodependencia y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema sanitario del país, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (OMS, 1978)

Dentro de la formulación inicial se destaca que "el desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados" (OMS, 1978, numeral 3).

La Declaración de Alma-Ata se convierte en el marco social y político de la APS que retoma la OMS y adoptan los gobiernos, como expresión de voluntades políticas con el fin de alcanzar la salud para todos. Sin embargo, Gómez-Arias caracteriza la reunión de Alma-Ata como una reunión que "busca una negociación ideológica entre adversarios políticos" con la intención de destacar que tal negociación se da

dentro del marco de diversos enfoques e intereses que, a la postre, marcarían profundas limitaciones en sus resultados (Gómez-Arias, 2009).

Esta iniciativa se ve seriamente limitada por el contexto de profundización del capitalismo en su forma neoliberal, como un modelo hegemónico mundial donde la banca internacional, los grupos económicos y las élites locales, juegan un papel preponderante en el desarrollo de las políticas públicas, económicas y sociales, a partir del lanzamiento del programa de ajuste estructural (financiado por el FMI) y el desmonte del estado inversionista, la liberalización del comercio y la privatización de servicios públicos potencialmente rentables —Consenso de Washington— (Gómez-Arias, 2009).

En Estados Unidos, Ronald Reagan asume la presidencia (1981-1989) y da comienzo a lo que se conoce como la "revolución conservadora". Durante este periodo se generan diversas políticas y decisiones que repercuten en el desarrollo y la implementación de la estrategia de APS y en algunos de sus aspectos relacionados, incluido el debilitamiento de los organismos multilaterales como la UNESCO, que sufre el retiro de su financiamiento por parte de Estados Unidos y del Reino Unido.

Esto explica la gran heterogeneidad de experiencias desarrolladas desde finales de los años setenta del siglo XX, entre las que es posible identificar enfoques que van desde una organización de servicios de salud centrados en cuestiones particulares y dirigidos a poblaciones pobres, a lo que se llamó APS selectiva (donde las Naciones Unidas, y UNICEF en particular, jugaron un papel central), hasta versiones que apuntan a una idea de la APS como puerta de entrada al sistema de salud como un todo, con disponibilidad de médicos de familia o de médicos especializados en medicina general, y lo cual es una versión desarrollada particularmente en países europeos (OPS, 2007a).

El problema de las inequidades

A lo largo de las últimas dos décadas ha habido un reconocimiento explícito del hecho de que el crecimiento del capital se acompaña de una mayor concentración de la riqueza. Eso permite entender cómo disminuye la pobreza, pero aumenta la inequidad, el producto más visible de la multiplicación del capital (y especialmente complejo en el tema de salud), y que, históricamente, no se inscribe como derecho reconocido por las sociedades, y sí, más bien, como caridad o beneficio otorgado por el gobierno.

La ausencia de una ciudadanía en salud hace de la lucha por el derecho algo que se ubica en una categoría inferior frente a las luchas por la educación, la tierra, la vivienda o el trabajo; ello, sumado al hecho de que el concepto de salud siempre ha estado vinculado a la enfermedad y el derecho a la salud y a la atención (sobre todo, médica) restringe la comprensión y no permite que se entienda la salud como una condición derivada de la garantía de condiciones adecuadas de vida, de una buena calidad de vida.

Este pensamiento, que transforma la salud en asistencia médica, logra acomodo cuando se presentan paquetes que mejoran la atención de la enfermedad, y que, en relación con lo existente, se consideran respuesta adecuada; más aún, si estos paquetes cumplen con los dictámenes del Banco Mundial y de las agencias de cooperación, multilaterales y bilaterales.

Así es como muchos autores, frente a la ausencia de otros parámetros, aceptan e incorporan la idea de materializar el derecho a la salud por medio de aseguramientos parciales, como ahora es el caso de los paquetes de servicios y procedimientos básicos en Centroamérica, Bolivia y Argentina; eso, además de los más consagrados y potentes sistemas nacionales, como los de Chile, Colombia y México, que operan en la lógica de aseguramientos según capacidad de pago, pero lejos de la integralidad y de la equidad. Aceptando esta lógica se naturaliza la exclusión de quienes no puedan pagar lo que necesitan, sea en la forma de aseguramiento o sea en la dinámica de mercado abierto en salud. Los paquetes generan un sentido perverso de la justicia, el cual intenta afirmar que focalizar las políticas es una forma de ofrecer por lo menos lo fundamental a los más necesitados.

La equidad así entendida es el criterio que se usa para distribuir una oferta insuficiente, que debe ser permanentemente ajustada, en tanto la pobreza crece. La escasez de la oferta y el uso de criterios clasificatorios de pobreza generan un neoclientelismo, una forma renovada de paternalismo, caridad y sumisión.

En este escenario, se convoca en 2003 un proceso de renovación de la APS para las Américas. Dentro de los argumentos centrales de dicho proceso se destacan ciertos logros; particularmente, en la disminución de la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida. Pero también se reconoce una tendencia al incremento de las desigualdades en salud entre países y en el interior de estos, así como el cambio de la naturaleza de los problemas sanitarios por efecto de la mala gestión de los procesos de

urbanización y globalización, que han provocado la diseminación mundial de enfermedades transmisibles y una mayor carga de enfermedades crónicas (OPS, 2007a).

Estos aspectos, sumados al hecho de que, en su conjunto, la estrategia tuvo pocos desarrollos, posibilitó el reconocimiento de los factores que, más allá de las experiencias específicas, limitaron el cumplimiento de los compromisos adquiridos con la implementación de la APS de Alma-Ata. Entre los factores a este respecto se mencionan (OPS, 2007a):

- Las diferentes interpretaciones y conceptualizaciones de la APS, erróneas en algunos casos, por lo que esta solo se aplicó de manera integral en algunos países. En Europa y en los países industrializados se la consideró como el primer nivel de servicios de atención, y en los países en desarrollo fue asumida, sobre todo, como una APS selectiva.
- La subinversión en salud, dada la inestabilidad en las ideologías económicas y políticas, los ajustes económicos y las presiones de la globalización.
- La baja inversión y las debilidades en las políticas de recursos humanos.
- Las dificultades del sector salud para pasar de la atención individual con enfoque curativo a la perspectiva más integral, con mirada familiar y atención colectiva.
- La segmentación y la fragmentación de los sistemas de salud.
- La falta de compromiso político y de coordinación entre las comunidades y las entidades locales, nacionales e internacionales.
- Las dificultades para sobrepasar los efectos de las guerras y de los regímenes totalitarios.

El documento de renovación afirma que la salud es:

> […] un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, y las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de los problemas de salud que afectan a la gente pobre y marginada. Convoca a la necesidad de articularse en un contexto socio–económico y político más amplio y de involucrar la colaboración de múltiples sectores y actores (OPS, 2007a).

La renovación insta a superar las desigualdades en salud, a ir más allá del modelo médico curativo hacia un modelo más preventivo, al tiempo que enfatiza en la necesidad de impactar positivamente algunos indicadores que son foco de preocupación,

y de priorizar a la población mundial desatendida en salud. La pertinencia de renovar la APS de Alma-Ata también está dada por la necesidad de evaluar y corregir las debilidades y las inconsistencias de algunos enfoques de la APS, de desarrollar conocimientos y tecnologías y de responder a los nuevos retos generados por los cambios sociales, económicos, políticos, epidemiológicos y demográficos mundiales (OPS, 2007a).

El discurso oficial de la APS plantea que tras el objetivo de alcanzar la salud para todos se hace imprescindible eliminar las desigualdades en salud de las poblaciones. En tal sentido, se propone la APS como una estrategia para reducir las diferencias existentes en la distribución del buen estado de salud. Se la ve como la estrategia más conveniente para alcanzar la salud para todos en su propuesta de búsqueda de justicia social y de la equidad, lo cual, a su vez, conduce a grandes beneficios para las personas, las familias y la sociedad.

Con la implementación de la APS se propone alcanzar un estado máximo de salud como derecho fundamental de todas las poblaciones "sin distinción de religión, ideas políticas, raza o situación económica". Los esfuerzos deben dirigirse hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos, a la afectación de determinantes sociales y a garantizar la igualdad en las oportunidades que permitan el desarrollo personal y social, y que en salud y con los elementos funcionales y estructurales de la APS, procuren la cobertura universal y el acceso a servicios de manera equitativa, para reducir las inequidades y la exclusión social.

Sin embargo, la propia OPS reconoce los pocos resultados de la estrategia, y refiere que existen obstáculos por superar en las estructuras sociales que perpetúan la desigualdad y la pobreza (OPS, 2007c). En ese sentido, es innegable el peso que ejercen los intereses del comercio internacional como guía de las políticas públicas y sociales en todo el mundo; incluso, en los países ricos. No se puede negar el impacto de los dictámenes del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional en la definición supranacional de las políticas nacionales. Son un factor que incide profundamente en las posibilidades de alcanzar la equidad en el ámbito global, y así perpetúan las disparidades internacionales e interregionales, en la medida en que impiden el desarrollo de soluciones y de sistemas nacionales de protección social capaces de generar condiciones adecuadas para la integración de las poblaciones en los procesos productivos necesarios para el desarrollo social sostenible, condición, a su vez, necesaria para el adecuado desarrollo de una APS integral.

Otros autores señalan que la gran mayoría de experiencias reconocidas no logran materializar los principios filosóficos y políticos de la versión originada en Alma-Ata, en términos de su compromiso con la equidad, el acceso a los servicios, la integración de acciones preventivas secundarias y terciarias con la primaria, la participación comunitaria, la acción intersectorial por la salud y la descentralización, entre otros (Green, Ross, Mirzoev, 2007).

Algunas experiencias concretas se centraron en desarrollos discursivos frente a la importancia de generar políticas nacionales de salud con una perspectiva más integral que reconozca la multiplicidad de los aspectos de vida individual y colectiva que definen la salud y el bienestar, así como la necesidad de integrar los servicios de salud; particularmente, en lo que hace referencia al vínculo entre acciones de cuidado colectivo y prevención de la enfermedad y las atenciones individuales de carácter curativo, sin que ello afecte las lógicas operativas, con claro predominio de la medicina privada, dentro del marco del mercado libre, que operan en una dirección contraria.

Más aún, la APS selectiva, que inicialmente se planteó como una estrategia interina con la perspectiva de avanzar en el largo plazo hacia la APS integral, se transformó en una tendencia distinta, orientada a fortalecer el papel del sector privado en la atención a la salud, la separación de funciones de financiamiento y prestación de servicios, la descentralización, el enfoque en la eficiencia, y no en la equidad, y, más recientemente, el impulso de campañas verticales financiadas directamente y de manera "etiquetada" por los grandes empresarios mundiales (González, 2009), en la forma de convenios internacionales promotores de políticas económicas que supeditan la garantía del derecho a la salud a la lógica del mercado (Rovere, 2009).

Lo que finalmente aparece son múltiples experiencias; la mayoría de ellas, selectivas, focalizadas, desfinanciadas y que no logran sobrepasar la acción sectorial de impacto limitado (Gómez-Arias 2009).

La APS y los sistemas de salud

Como ya se ha señalado, la APS no puede pensarse como ajena a las transformaciones sociales ni a los modelos políticos, socioeconómicos y sanitarios de los países. No existe una única forma de entender la APS, y su concreción varía debido a la diversidad de sistemas de protección social y de sistemas de servicios existentes (Minho, 2007).

El modelo neoliberal provocó un debate sobre la viabilidad de los sistemas de salud que generó ajustes en las estructuras. Los ajustes estuvieron, discursivamente hablando, dirigidos a incrementar la efectividad y a garantizar la sostenibilidad financiera. Las consecuencias fueron diversas; una de las más importantes fue el debilitamiento del sector público y el surgimiento del sector privado como actor importante en espacios tradicionales del sector público, lo cual promovió o profundizó sistemas de salud segmentados y fragmentados (OPS, 2007b), a la par con el desarrollo de una APS caracterizada por intervenciones médicas costo-eficaces de orientación individual y biomédica de la enfermedad, puesta en marcha para el control del acceso y de costos de los servicios de salud.

De manera particular, en América Latina se observa un predominio de una atención primaria selectiva en las reformas llevadas a cabo. La fragmentación y la segmentación persisten; incluso, en los casos donde se establecieron sistemas de cobertura universal. Dentro de ese marco se identifican, principalmente, tres modalidades de integración en la región: 1) la atención primaria selectiva integrada en los programas de salud materno-infantil (Bolivia, Nicaragua y El Salvador); 2) la atención primaria como puerta de entrada y eje estructurante del sistema público de salud (Costa Rica, Chile, Brasil, Venezuela); 3) la atención primaria en sistemas con una universalización incompleta con base municipal (Colombia).

Aunque con distintos grados de implementación y de resultados obtenidos (Minho, 2007), las principales estrategias de integración en los sistemas públicos incluyen territorialización y vinculación de la población adscrita, creación de equipos multidisciplinares, informatización de historias clínicas, puesta en marcha de servicios de cita por teléfono, utilización de equipos de apoyo especializados, creación de redes con gestión regional o municipal, de consorcios para la atención especializada, de comités de integración de servicios y de introducción de mejoras en la formación profesional.

Así mismo, se intensifica el debate en temas como el problema para comprender qué es el proceso salud-enfermedad, cómo garantizar el derecho a la salud, el papel del Estado, la integración de los servicios de salud y el rol de la práctica médica. Se hacen evidentes tensiones entre discursos y prácticas diferentes: uno de pensamiento liberal y otros de pensamiento social. En el primer caso se tiende a separar la salud pública de la atención curativa, y a dejar así la atención colectiva como responsabilidad del Estado, y la atención individual y curativa, como responsabilidad de entidades privadas, como un bien privado. Desde el pensamiento social se tiende a integrar las

acciones colectivas, los procesos sociales, la rehabilitación y la curación bajo el concepto de salud colectiva, concebidos todos los mencionados como bienes públicos.

La atención médica, a partir de la postura liberal, se circunscribe al ámbito individual, e incluye los servicios preventivos, de curación y de rehabilitación, y separada de las políticas, del ambiente y de la atención colectiva; se asume la salud de las personas como un bien privado, y, por lo tanto, objeto de inversión de capital y de transacciones. Las personas que no tengan capacidad de pago son incluidas en el mercado a través de subsidios con financiación de recursos públicos. Contrariamente, desde la visión de la medicina social latinoamericana no se hace esta separación, y la mejoría de la salud y la reducción de las inequidades en salud se dan como consecuencia del cambio en las condiciones socioeconómicas y de calidad de vida de las poblaciones.

La organización de los sistemas de salud desde la visión liberal se hace según el esquema de atención médica comercializada, donde se admite la coordinación entre los distintos sectores con fines de rentabilidad económica, y ello da como resultado una organización fragmentada. Desde otros puntos de vista se propende por sistemas de salud únicos, universalizados, integrales y equitativos.

En este campo de tensiones, que adquiere características particulares en cada contexto nacional específico, es posible identificar y comprender desarrollos particulares de la APS, sin olvidar las tendencias mundiales y regionales que, en mucho, establecen los retos y las posibilidades reales de la APS.

El siguiente cuadro resume los enfoques presentados y sus énfasis; particularmente, en lo relacionado con la organización de servicios (Rodríguez, 2010).

Tabla 1. **Enfoques en Atención Primaria en Salud (APS)**

Enfoque	Definición o concepto de APS	Énfasis
Atención primaria selectiva	Centrada en un número limitado de servicios de gran repercusión, para enfrentar los desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo. Los principales servicios que ofrece son los conocidos como GOBI (control de crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización); a veces incluyen suplementos alimentarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres.
Atención primaria	Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población. Este es el concepto de APS más común en Europa y en otros países industrializados. En su definición más simple, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o en medicina de la familia.	Nivel de atención de un sistema de servicios de salud.
Atención Primaria de Salud Integral de Alma-Ata	Definida por la Declaración de Alma-Ata como "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país [. . .] Forma parte integrante tanto del sistema sanitario del país [. . .] como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades [. . .] llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud.
Enfoque de salud y derechos humanos	Concibe la salud como un derecho humano, y plantea la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Difiere de la declaración de Alma-Ata no tanto en los principios, sino en el énfasis en sus implicaciones políticas y sociales. Señala que el enfoque social y político de la APS ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades, y que las políticas de desarrollo deben ser más "globales, dinámicas transparentes y deberían estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos", para conseguir mejoras equitativas en materia de salud.	Filosofía que impregna el sector social y salud.

LA APS EN COLOMBIA

Como experiencias de trabajo en salud anteriores a la declaración de Alma-Ata, y que pueden ser ubicadas como antecedentes de la APS, se reconocen a partir de los años cincuenta del siglo XX: por una parte, el desarrollo de la propuesta de Promotoras Rurales de Salud (como agentes comunitarios de salud), llevada a cabo por Héctor Abad Gómez en la Universidad de Antioquia hasta ser un programa oficial en todo el país; y, por otra, las lideradas en la Universidad del Valle por Santiago Rengifo Salcedo (discípulo de Henry Sigerist).

A comienzos de los años setenta del siglo XX se destaca la experiencia liderada por Gustavo Molina, exiliado chileno en Colombia y docente de la Escuela Nacional de Salud Publica en la Universidad de Antioquia, desde donde promovió y desarrolló experiencias similares a las chilenas en la medicina integral y en la integración de los servicios, conocida con el nombre de *integración operacional de abajo hacia arriba* (IOAPA) para el sector urbano (Medellín) y para el rural (Carmen de Viboral), y que halló un ambiente propicio en el Sistema Nacional de Salud de 1975 (Apráez, 2011).

Tras la declaración de Alma-Ata (1978) la APS fue introducida en Colombia con el apoyo de la OMS y la OPS. Sin embargo, fue formulada e implementada como una versión limitada, y que a través de planes de salud oficiales, compuestos por acciones simples con amplia cobertura, buscaba solucionar a corto plazo los problemas de salud de grupos priorizados.

La APS dentro del marco del Sistema Nacional de Salud (SNS)

Durante los años ochenta del siglo XX la implementación de la APS (que se puede pensar como una APS selectiva) se dio a través de las Unidades Primarias de Atención (UPA) con unos componentes débiles de articulación intersectorial, participación comunitaria y algunos programas sectoriales de intervención selectivos. Por medio de las UPA se desarrollaban actividades como asistencia médica con promotoras y personal auxiliar de salud, suministro de medicamentos formulados, educación nutricional, vacunación y vigilancia epidemiológica, promoción de la construcción de sistemas de abastecimiento de agua e instalación de filtros caseros, educación para la disposición de basuras, control de zoonosis y mejoramiento de la vivienda.

Adicionalmente, para propiciar la participación comunitaria y la acción intersectorial se construyeron propuestas como la del Plan Nacional de Participación Comu-

nitaria, de 1981, de donde surgen programas como el Vigía de la Salud, que logra articular el sector educación con el sector salud a partir del trabajo realizado en educación en salud a estudiantes del último grado de bachillerato. Sin embargo, dichos espacios y los demás creados para propiciar la participación comunitaria y la acción intersectorial no fueron duraderos, y lo que se vio fue un desarrollo de la APS únicamente desde el sector salud.

El desarrollo de la estrategia durante este período se fundamentó en dos elementos: por un lado, la combinación de la concepción de la APS selectiva con otra que buscaba ampliar coberturas para poblaciones "pobres y marginadas"; específicamente, de áreas rurales; por otro, "[…] la mezcla de acciones curativas sencillas y actividades de prevención y saneamiento ambiental bajo la responsabilidad de personal auxiliar y comunitario y el manejo selectivo de enfermedades prevalentes de la infancia y relacionadas con la maternidad, principalmente infecciosas, bajo la responsabilidad de profesionales generales" (Vega, 2009).

APS dentro del marco del Sistema Nacional de Salud Descentralizado

Con la Ley 10 de 1990, que descentraliza el SNS e introduce cambios de organización y de operación de este, se busca universalizar los servicios básicos de salud mediante el programa Salud Básica para Todos; también, promoviendo el aseguramiento privado y voluntario y fortaleciendo la participación comunitaria. Este programa centró su atención en la familia e intentó ampliar la participación comunitaria a través de la municipalización de la atención de salud, la intervención de los factores de riesgo y los determinantes de la salud, y el interés del Estado por asumir la salud como responsabilidad pública.

En el contexto de la iniciativa neoliberal, que buscaba promover la descentralización política, administrativa y financiera del Estado para reducir gastos dentro del marco de la política de ajustes fiscales del momento, se organizaron los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Estos se pensaron como articuladores municipales de los sectores públicos y privados, de la comunidad y de los hospitales, y de las personas y su contexto. Dentro de este marco de acción se asumieron nuevos retos con nuevas perspectivas, se organizaron algunos programas con manejo integral y por etapa de ciclo vital, y se redujeron las intervenciones verticales y focalizadas.

La puesta en marcha de los SILOS logró hacer uno de los mayores acercamientos a la APS integral antes de la Ley 100 de 1993. Muestra de ello es la vinculación de

epidemiólogos y profesionales de las ciencias sociales a los servicios de salud (Vega, 2009) para dinamizar procesos de producción y análisis de información; también, la puesta en marcha de la Estrategia de Promoción de la Salud (PS); la Programación Local de Salud, para formular los Planes Locales de Salud; el Programa de Municipios Saludables, y el de Comunicación para la Salud y la Participación Social en Salud. Para el mismo periodo uno de los principales logros fue la integración de los SILOS con la Estrategia de Promoción de la Salud.

Se dieron algunos desarrollos, principalmente organizacionales y estructurales, de los servicios de salud dentro del marco de la descentralización del Estado (política de modernización del Estado). Entre dichos desarrollos se cuentan la entrega a los alcaldes, en el ámbito municipal, de la responsabilidad de la dirección de salud, del liderazgo de la integración de los servicios y de la acción intersectorial; mediante ello se buscaba la conexión del sector salud con los planes locales de desarrollo social, y al primer nivel de atención (centros y puestos de salud) en las comunas o las localidades (subdivisiones político-administrativas de los municipios).

APS dentro del marco del Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS)

Con la Ley 100 de 1993, orientada por el Banco Mundial, se produjo un retroceso en los adelantos alcanzados en la APS integral, pues se la redujo a simple atención clínica y a un paquete básico de acciones en Salud Pública (Vega, 2009). La reforma, que tuvo como fondo la mercantilización de la salud, redujo la salud pública a bienes con altas "externalidades positivas" incluidas en el Plan de Atención Básico (PAB) y designó las demás actividades de atención médica a las personas como bienes privados o mixtos (incluidos en el Plan Obligatorio de Salud [POS]), y por los cuales se debía pagar una cotización. Esto generó, además de otras cosas, que entre 1993 y 1996 se debilitaran el accionar de los SILOS y los alcances de la promoción de la salud y del reconocimiento de los territorios, hasta llevarlos a desaparecer.

Aunque durante dicha etapa se realizaron algunos intentos por integrar las actividades de prevención, promoción, curación y rehabilitación, como el Programa Municipios Saludables por la Paz, el programa de Escuelas Saludables, la Resolución 412 del año 2000 y la Ley 715 de 2001, estos no mostraron grandes resultados, en tanto, estructuralmente, las acciones individuales de curación, promoción y prevención incluidas en el POS son bienes privados o mixtos, sin ninguna conexión con el PAB.

Sin embargo, hubo algunos intentos de incluir la estrategia de APS:

- En la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, donde se formula una línea orientada a "la identificación, sistematización, divulgación y apoyo de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria" (Vega, 2009).
- En la Ley 1122 de 2007 (definición de salud pública), que en su artículo 33, literal i, señala que el Plan Nacional de Salud Pública, creado por esta ley, incluye "los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria" (Vega, 2009).
- En el Decreto 3039 de 2007, que regula el desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública (página 56), y hace referencia a la APS dentro del marco de las Estrategias para mejorar la salud mental. La APS sigue quedando a "discrecionalidad de los entes territoriales" (Vega, 2009).

Por la crisis que la Ley 100 produce en la salud pública, la OPS propone una estrategia en la cual la Salud Pública se entiende como "el conjunto de prácticas sociales e interdisciplinarias que posibilitan la intervención colectiva del Estado y de la sociedad civil para proteger y mejorar la salud de las personas" (Vega, 2009), que tiene como enfoque operativo las funciones esenciales de la salud pública (FESP).

Aunque las FESP trascienden la idea de Externalidades Positivas para la Salud, tampoco incluyen la APS como parte de la salud pública. Ello, posiblemente, obedece a que la APS tiene un componente de atención médica a las personas, el cual no ha sido tradicionalmente incluido dentro de la salud pública, y, ante ello, la OPS y la OMS proponen la APS renovada, con ideas sobre cómo y en cuáles aspectos se puede avanzar en la articulación entre APS, salud pública y promoción de la salud.

En el contexto de la APS renovada se pueden identificar experiencias significativas en ciudades como Bogotá y Medellín, y en regiones como el Valle del Cauca y Santander.

Colombia, tras las imposiciones del Banco Mundial, es uno de los países que se orientan hacia un sistema de salud liberal o de competencia gerenciada, sobre lo cual las evidencias demuestran que no es un modelo positivo para la integralidad, la universalidad ni la equidad en salud. La lógica del mercado, a partir de la Ley 100 de 1993, arroja como resultado un sistema segmentado, fragmentado y de cobertura

parcial, con una APS vinculada al mercado, la competencia de servicios y la diversificación de las fuentes de financiación (Vega, 2009).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2004). Salud a su hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá, D. C.

APRAEZ IPPOLITO, Giovanni (2011). La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. En: Revista Electrónica Polis [En línea], 2011 [citado15 de enero]. Disponible en: http:// olis.revues.org/958

BREILH, Jaime (2003). Epidemiología Crítica. Buenos Aires, Quito: Editorial Lugar.

BREILH, Jaime (2008). Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. Ponencia en: Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, 29 de septiembre al 2 de octubre, ALAMES, México, D. F.

DE NEGRI FILHO, Armando (2004a). Informe Final de Asesoría. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), Dirección de Salud Pública. Marzo-Diciembre de 2004. Bogotá, D. C.: SDS.

DE NEGRI FILHO, Armando (2004b) Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas". En: GIROTTI SPERANDIO, A. M. O Proceso de construção da rede de municipios potencialmente saudáveis. IPES, Unicamp, OPS/ OMS, Campinas-São Paulo, pp. 27.

GÓMEZ-ARIAS, Rubén Darío (2009). Políticas Públicas y Atención Primaria en Salud. Sexto Congreso Internacional de Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín: Universidad de Antioquia.

GONZÁLEZ GUZMÁN, Rafael (2009). La Medicina Social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. En: Revista Electrónica Medicina Social [En línea]. 2009, vol. 4, no. 2 [citado 15 de enero]. Disponible en: www.medicinasocial.info.

GREEN, Andrew; ROSS, Duncan y MIRZOEV, Tolib (2007). Primary Health Care and England: The Coming of Age of Alma-Ata. En: Health Policy. Vol. 80, p. 11-31.

MINHO CONILL, Eleonor (2007). Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Río de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS. Serie Salud para Todos No. 1, 6, 12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003). Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8, No. 2, pp. 2-7 [En línea]. [citado 15 de enero]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_2.htm

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007a). La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007b). Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. En: La salud en las Américas. Vol. 1, Cap. 4. Washington: OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007c). Equidad y Atención Primaria en Salud [En línea]. [citado 15 de enero]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/d/EquityAndPHCspa Nov07.htm

QUEVEDO, Emilio. (1992). El proceso salud-enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. En: Sociedad y salud. Bogotá: Ed. Zeus Asesores Ltda.

RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, Hernán (2010). La Atención Primaria en Salud Renovada en el contexto Mundial y Regional: Un enfoque renovado para transformar la practica en salud OPS XXI En: Acción [En línea]. [citado 15 de enero]. Disponible en: http://www.gestarsalud.com/cms/files/aps.pdf

ROVERE, Mario (2009). ¿Es estratégica la Estrategia de Atención Primaria? En: BARTEN, Francoise; ESPINOZA, Eduardo y ROVERRE, Mario (Compiladores). Salud para todos: una meta posible. El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud.

VEGA, Román; ACOSTA, Naydú et al. (2009). Atención primaria integral de salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá, D. C.: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

WHO, World Health Organization / CSDH, Commission on Social Determinants of Health (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, DRAFT.

2 La APS en Bogotá

La APS en Bogotá

*Nancy Jeanet Molina Achury**
*Claudia Naranjo Gómez***
*Tatiana Sánchez Parra****
*Yenny Barajas Ortiz*****
*Alex García Sarria******

RECORRIDO HISTÓRICO

En Bogotá existen algunos referentes de política pública distrital en los años ochenta y noventa del siglo XX, que hablan de la necesidad de poner en marcha una experiencia de atención primaria en salud (APS) para reducir las inequidades y fortalecer el sistema público en salud, y que cayeron en el olvido con la implementación de la Ley 100 de 1993 (Secretaría Distrital de Salud, 1991). En tal sentido, algunos autores coinciden en afirmar que con dicha ley diversas experiencias de desarrollo de la APS en el país fueron debilitadas, y se llegó, incluso, a censurar el término (Cardona, 2009).

Más recientemente, la formulación del Plan Distrital de Desarrollo 2004-2008 "Bogotá sin Indiferencia" explicitó su compromiso con la garantía de los derechos humanos interdependientes. En coherencia con ese compromiso, el equipo de trabajo de la Secretaría Distrital de Salud diseñó una propuesta de política pública de salud que buscaba avanzar, específicamente, en la garantía del derecho a la salud en Bogotá.

* Fisioterapeuta, Mg. 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.

** Odontóloga, Mg. en Salud Pública.

*** Psicóloga, Mg. en Salud Pública Internacional.

**** Antropóloga, Mg. en Antropología Social.

***** Filósofo, Mg. en Desarrollo Educativo y Social.

Para ello, se tomó como punto de partida un balance de salud y de calidad de vida de las personas que habitan la ciudad y los problemas de la respuesta institucional en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En el balance se identifica a Bogotá como una ciudad más moderna, pero también más desigual, donde se destaca una inversión sostenida en infraestructura, cultura tributaria y ciudadana, aunque, igualmente, con graves problemas de desempleo, subempleo e informalidad, pobreza e indigencia, desplazamiento por el conflicto armado, incremento de enfermedades crónicas, infecciosas y por lesiones, y necesidades mayores y más complejas que reflejan profundas inequidades en salud: "Si bien los indicadores de salud de la población bogotana han mejorado de manera global, existen desigualdades enormes entre las localidades". (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004).

Frente a las problemáticas del sistema de salud, el SGSSS, creado por la Ley 100 de 1993, presenta importantes limitaciones en cuanto a la garantía del derecho a la salud. Cinco razones fueron identificadas como razones de esta realidad: 1) La fragmentación del sistema en cuanto a la disposición de servicios, la acción de los agentes involucrados, el territorio y la capacidad de pago de las personas; 2) La existencia de serios obstáculos para acceder a los servicios de salud de manera oportuna; en especial, por parte de la población más pobre y vulnerable; 3) El debilitamiento de la capacidad para prevenir e intervenir sobre los problemas más importantes de salud pública; 4) La ausencia de un sistema unificado de información que permita tomar decisiones públicas oportunas y ajustadas a las necesidades de salud de la población; y 5) La débil incidencia de la gente en las decisiones que afectan su propia salud (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004; Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2005).

En este sentido, y en coherencia con el objetivo central del Plan de Desarrollo Distrital "Bogotá sin Indiferencia 2004-2008", en términos de "construir las condiciones para el ejercicio efectivo, progresivo y sostenible de los derechos humanos establecidos en el pacto constitucional y en los convenios e instrumentos internacionales". (Alcaldía Mayor de Bogotá-Departamento Administrativo de Planeación Distrital, 2004), se planteó como una prioridad sectorial avanzar en la garantía del derecho a la salud situando la disminución de la inequidad como asunto de interés transversal y en relación con la pobreza y la exclusión por situaciones o condiciones vinculadas al ciclo vital, al género, la etnia o la discapacidad.

Al considerar que la salud requiere tener en cuenta la calidad de vida de las personas y las opciones autónomas que conducen a ella, aun en situación de enfermedad o de discapacidad, la política de salud en el Distrito adopta una Estrategia Promocional de la Calidad de Vida y la Salud de las Personas que trascienda la simple atención y prevención de enfermedades, lesiones corporales o mentales. Esta perspectiva reconoce la naturaleza de derecho de la salud y 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, en términos de calidad de vida (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004).

En ese sentido, cuatro principios sustentan la política sectorial:

- La equidad, entendida como justicia social, y central en el propósito de la eliminación de los determinantes que permiten la existencia de diferencias injustas y evitables.
- La solidaridad, basada en la igualdad de la condición humana, y que permite ponerse en el lugar del otro y de la otra, sin importarnos cuál es el propio lugar.
- La autonomía, sustento del ejercicio de la libertad y de la autodeterminación de las personas, y que reconoce en cada uno al sujeto actuante que es, con todas las capacidades disponibles.
- El reconocimiento de las diferencias, que permite comprender y ajustar las decisiones públicas a la diversidad cultural, étnica, política, de género o de ciclo vital.

Con el fin de asumir el reto que implica el enfoque de derechos humanos, con una perspectiva amplia de salud que permita promover la calidad de vida de las personas y resolver con ello los problemas de salud en Bogotá anteriormente enunciados, la SDS se compromete a:

- Afectar de manera significativa los determinantes del proceso salud enfermedad a través de la transectorialidad y la articulación de la salud a la gestión social del territorio.

- Fortalecer el ejercicio de ciudadanía en salud.

- Ejercer la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital, al realizar acciones como:

- Orientar la atención en salud hacia un sistema de atención integral que promueva la calidad de vida y la autonomía de las personas.
- Garantizar el acceso a los servicios de urgencias y APS, con enfoque familiar y comunitario.
- Consolidar la red hospitalaria pública y las redes de atención de todo el sistema, según las necesidades de atención de la población.
- Desarrollar un sistema integrado de información en salud que permita hacer el seguimiento a metas de salud, equidad y calidad de vida, como orientador de la política.

Para lograr dicha transformación, el sector salud integró sus acciones al Plan de Desarrollo Distrital a través de dos programas centrales y 11 proyectos de inversión. En el primero, denominado "Salud para la Vida Digna", se destaca un proyecto prioritario: "Universalización de la Atención Integral en Salud". En este proyecto se albergó el desarrollo del modelo de APS con enfoque familiar y comunitario, y llamado Salud a su Hogar, como una de las estrategias centrales para la universalización, junto con el componente de acceso a medicamentos esenciales y la regulación de la atención de urgencias, mediante la conformación de las redes de servicios y del Sistema de Emergencias Médicas.

Dentro de los diez proyectos restantes que permitirían dar cumplimiento al conjunto de objetivos, se destacan: los referidos al diseño de un sistema integrado de información de base local y con alcance distrital; el desarrollo de una estrategia de manejo de recursos que combina la administración de subsidios a la demanda del régimen subsidiado; el fortalecimiento de la red pública, de cara a las nuevas demandas que genere el desarrollo de la APS, y el inicio de un proceso de dignificación del talento humano en salud para mejorar la calidad del trabajo en el sector y propiciar el compromiso de los trabajadores y los profesionales con el imperativo de responder de la mejor manera posible a las necesidades de las personas (Alcaldía Mayor de Bogotá-Departamento Administrativo de Planeación Distrital, 2004; Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004).

En el segundo programa, conocido como "Ciudadanía en Salud", se plantea la idea de que la realización del Estado Social y Democrático de Derecho implica que las personas son sujetos de derechos y ejercen su autonomía en la apropiación de las decisiones y las acciones individuales y colectivas que les incumben. En tal sentido, la ciudadanía en salud se expresa tanto en la toma de decisiones relacionadas con los procesos de atención individual y colectiva como en la formulación, la ejecución, el seguimiento y

la evaluación de políticas públicas. El programa pretende fortalecer los espacios y los mecanismos de participación ciudadana y social en salud, pero también, favorecer el ejercicio de la autonomía de las personas y de las organizaciones sociales en el ámbito público relacionado con la salud, y tanto en la ciudad-región como en las localidades.

Así pues, para comprender la formulación de la APS debe entenderse que ella se enmarca dentro de un pensamiento articulador de la política sectorial, que la incluye, pero no se agota en ella, al tiempo que implica un ejercicio de articulación con el conjunto de programas de la política y un elemento inductor de la organización sistémica de los servicios de salud y su protagonismo dentro de un marco transectorial.

Así pues, entre las definiciones iniciales de la APS en Bogotá se destaca que para poner en marcha la estrategia (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004):

- "Se desarrollará un cambio radical, tanto en el modo de organización y orientación del sistema como en el modelo de atención en salud […]".

- "Se propone un modo promocional de la calidad de vida y la salud[1] que permita superar las restricciones del enfoque de los servicios hacia la enfermedad y la atención individual, y avance en una perspectiva colectiva de la salud, es decir, de una verdadera salud pública […]".

- Que el "modo promocional de la calidad de vida y la salud, orientado por la autonomía y una perspectiva de universalización, se basa entonces 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 […]".

- "Esto significa un ordenamiento de todos los procesos, tanto sectoriales como transectoriales, tanto institucionales como sociales o comunitarios, tanto curativos como preventivos, educativos, protectores o de rehabilitación, tanto individuales como colectivos, hacia el mejoramiento de la calidad de vida de las personas y el favorecimiento del ejercicio de su autonomía para la realización de sus proyectos de vida […]".

- Este modo promocional potencia la APS para garantizar el derecho a la salud, si se entiende por APS, siguiendo a Tejada Rivero, "el cuidado integral de la salud para todos y por todos" (OPS, 2003).

1 Tomado de: De Negri Filho, A. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas. En: Girotti Sperandio, A. M., *O Proceso de construção da rede de municipios potencialmente saudáveis*, Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004: 27.

Esta opción implica pasar de un modo de atención basado en la enfermedad, donde predomina la gestión de los servicios curativos, se filtran las demandas y se identifican las necesidades de la población de manera fragmentada, al imperativo ético de responder a las necesidades sociales mediante un modelo de promoción de la calidad de vida y la salud, con un modo de gestión apropiado. Tal reto requiere comprender las esferas de la calidad de vida, en las que se expresan las necesidades sociales derivadas de los derechos humanos interdependientes (De Negri, 2004; 2006):

a. La esfera individual, en la que el valor ordenador es la autonomía, desplegada desde la capacidad de valerse por sí mismo, o autonomía funcional, hasta la posibilidad de lograr la suficiencia económica o de ejercer una opción política emancipadora.
b. La esfera colectiva, cuyo valor central es la equidad, base de la redistribución.
c. La esfera institucional, donde la transectorialidad, la integralidad y la democracia deben buscar la mayor eficacia social posible.
d. La esfera subjetiva, donde se juega la construcción de los imaginarios sociales.
e. La esfera ambiental, donde se construye la sostenibilidad.

Responder a las necesidades sociales requiere la identificación minuciosa de estas esferas en territorios específicos, diferenciarlas de las demandas de atención y comprender sus particularidades según la clase social, el género, la etnia o el ciclo vital. Requiere también una valoración de los déficits acumulados en la respuesta institucional y social, y registrar las inequidades o las desigualdades injustas y evitables que ordenarán el diseño estratégico de nuevas respuestas.

Este aspecto resulta fundamental, tal como se verá en la presentación de las experiencias de la Dirección de Salud Pública a lo largo del libro, y en las que un elemento clave es la preocupación por una *comprensión integral de las necesidades en salud*, orientada hacia la autonomía y el desarrollo humano, y ya no solo hacia la identificación de problemas de enfermedad, discapacidad y muerte, y la consecuente construcción de respuestas integrales a dichas necesidades. De lo anterior resultan

dos consecuencias centrales: por una parte, *la tarea prioritaria de integrar las respuestas sectoriales*, lo que significa un proceso de transformación del diseño y operación interna; eso, al tiempo que se entiende y se ubica mejor el rol de la Gestión Social Integral (GSI) como elemento *articulador de las respuestas más allá de lo sectorial*.

En coherencia con este planteamiento de política sectorial, durante el periodo 2004-2008 Bogotá reconoce explícitamente las características que son el sello de identidad de la APS, ampliamente aceptadas en la escena internacional:

- Accesibilidad, como la posibilidad de recibir los servicios de salud cuando se necesitan, lo que hace de la APS el primer contacto y la puerta de entrada de las personas al sistema de salud.
- Integralidad, como articulación de respuestas, sectoriales y transectoriales, según las necesidades en salud de las personas y las poblaciones, y que incluye la articulación entre la educación, la comunicación, la protección, la prevención de enfermedades, la atención y la rehabilitación.
- Continuidad en el seguimiento de los procesos de atención en el tiempo, según la necesidad de cada caso concreto, en las redes de servicios y en las redes de otros sectores sociales disponibles.
- Longitudinalidad, o vínculo, como la relación permanente entre las personas y los servicios de salud, basada en el reconocimiento mutuo y la confianza propias de la buena relación usuario-prestador de servicios.
- Participación social a través del ejercicio, por parte de las personas, de su condición de sujetos de derecho en los procesos relacionados con la salud propia y ajena, en virtud de la autonomía, la ciudadanía y la responsabilidad social por la salud.

Con base en ello, se acuña la expresión APS *con enfoque familiar y comunitario*, porque se utiliza un modelo de prestación de servicios basado en las herramientas de la salud familiar y comunitaria, que permite atender integralmente a las personas y a las familias, al tiempo que se abordan los aspectos que determinan la salud o la enfermedad desde su ámbito familiar más próximo, pero también colectivo, en el territorio, con una visión de salud pública y de promoción de la calidad de vida y la salud, con las comunidades participantes.

Así entendida, esta versión de APS se concibe como una manera de integrar los servicios individuales y colectivos dirigidos a las poblaciones en territorios específicos, según las necesidades sociales y con la participación de las comunidades, dentro del

marco del SGSSS, constituido por relaciones contractuales entre usuarios, aseguradores y prestadores, públicos y privados. La APS se asume como puerta de entrada al sistema de salud y pretende afectar las relaciones entre prestadores y pagadores para garantizar el acceso oportuno, de calidad, integral y continuo a los servicios de salud de baja y media complejidad tecnológica y a bajo costo.

En desarrollo de su intención de implementar un modo de atención "promocional de la calidad de vida y la salud", se propone, a partir de la lectura de necesidades sociales, reordenar las acciones de protección, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En la reorganización se define una matriz programática de las acciones por líneas, redes y jerarquía de la atención en salud, que tiene en cuenta los ciclos vitales condicionados por la etnia, la clase social, el género, el trabajo y el territorio social, cruzadas, al mismo tiempo, por los proyectos de autonomía que se ven amenazados por las enfermedades crónicas y transmisibles, y transversalizadas por las condiciones de discapacidad, ambiente, seguridad alimentaria y adicciones (De Negri, 2006).

Ahora bien, dentro de las funciones específicas definidas para la APS se propone inicialmente (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004):

- Acoger todas las demandas (en el sentido de nunca negar una respuesta).
- Ofrecer atención programada (primera y segunda consulta).
- Ofrecer atención de urgencias.
- Tener articulación transectorial externa.
- Efectuar referencia y contrarreferencia (notas de referencia y contrarreferencia, interconsulta, supervisión y contacto de seguimiento).
- Realizar articulación intrasectorial (referencia y contrarreferencia, como seguimiento dinámico de los casos de hospitalización y de egresos).
- Prestar atención intradomiciliaria.
- Ejercer vigilancia de la salud de los individuos y de los colectivos en territorios sociales para orientar las intervenciones hacia la calidad de vida y la salud.

Considerar la visión y las funciones establecidas para la APS como orientadoras en el reconocimiento de las experiencias presentadas resulta de gran utilidad, aunque se descubran limitaciones en el conjunto del desarrollo de tales experiencias; en parte, por la falta de apropiación conceptual de estas como expresión de un enfoque específico de APS, y la consecuente ausencia de gestión de los procesos en esa dirección;

y en parte, por la ausencia de avances en aspectos estructurales que viabilizan dichos desarrollos (particularmente, en lo relacionado con la rectoría en políticas de salud).

DESARROLLOS DE LA APS CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

Fase de instalación. Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2004

La instalación de la APS en Bogotá se hace con una perspectiva de universalidad de la salud en el largo plazo. En un primer momento, la prioridad es la población pobre perteneciente a los estratos 1 y 2 en todas las localidades de la ciudad; esto es, aproximadamente 2.500.000-3.000.000 de personas. Este proceso de implementación empieza por los territorios de los estratos 1 y 2, con tres escenarios de acción: población con difícil acceso a los centros de atención de primer nivel desde donde operaban los equipos básicos de atención integral; población con mejor acceso a los centros de atención de primer nivel, pero cuyas dinámicas organizacionales y prácticas de trabajo estuvieran centradas en la enfermedad, y, en tercer lugar, los espacios de vida cotidiana de las personas (ámbitos de vida cotidiana), como la familia, el barrio, la escuela, el jardín infantil y el lugar de trabajo.

La primera fase inicia en mayo de 2004, y tiene una duración aproximada de un año. La tarea fundamental fue la definición de procesos y el diseño de la reorganización de los hospitales de primer nivel de la red adscrita, dada la posibilidad de conformar complejos de APS con base en las tradicionales UBA, UPA y CAMI[2].

Así, el programa Salud a su Hogar materializa la implantación de la APS de manera progresiva, a través de microterritorios definidos por el número de familias adscritas a un Equipo de Salud Familiar y Comunitaria. Este equipo debe analizar, conjuntamente con las familias y las organizaciones presentes, las necesidades sociales y las respuestas existentes, y también debe orientar, gestionar y liderar acciones organizadas que muestren resultados en salud y calidad de vida.

Se trata de un equipo de personal de salud constituido por un médico o una médica, un enfermero o una enfermera, un auxiliar de enfermería y hasta tres promotores

2 Unidad Primaría de Atención en Salud (UPA), Unidad Básica de Atención en Salud (UBA) y Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI). Los dos primeros corresponden a los tradicionales centros de salud del distrito, con más o menos personal de salud básico para atención de primer nivel.

o promotoras, según la necesidad. A él se adscriben un promedio de 800 a 1.000 familias para realizar la atención integral, en territorios definidos. El Equipo de Salud familiar y Comunitaria trabaja en un centro de salud (UPA o UBA), tiene algunas actividades en el domicilio (en especial, los promotores) y cuenta con el apoyo de personal clínico, de salud pública y de ciencias sociales, para complementar la atención individual con las acciones colectivas del Plan de Atención Básica (PAB) y lograr la realización de programas de salud pública que obtengan resultados en calidad de vida y salud de la población.

Para operar, Salud a su Hogar se organiza en un conjunto de procesos encadenados y, en ocasiones, simultáneos:

- Territorialización, a partir de las zonas de condiciones de vida y de salud prioritarias.
- Movilización social y comunitaria.
- Organización de equipos de salud familiar y comunitaria.
- Caracterización de individuos, familias y entorno social.
- Adscripción de familias a los equipos de atención.
- Definición, concertación participativa y ejecución de planes integrales de acción en APS familiar y de territorio (SDS, hospitales, aseguradores, familias y comunidad, otros sectores).
- Seguimiento y evaluación de resultados.

La territorialización es un recurso fundamental para priorizar el desarrollo de la estrategia de APS. En tal sentido, se acude inicialmente a las Zonas de Condiciones de Vida y Salud (ZCVS), que se definieron en la actualización de los Diagnósticos Locales de Salud con participación comunitaria, realizados entre 2003 y 2004 en las 20 localidades[3]. Son 79 ZCVS en la ciudad, instrumento de priorización y de superación de inequidades, y entre las cuales se encuentra que las zonas más precarias corresponden, en gran medida, a los estratos 1 y 2 de la ciudad, así como los niveles 1 y 2 del SISBEN corresponden a esos mismos estratos.

Desde el punto de vista de la organización de servicios, Salud a su Hogar conlleva la ubicación precisa de los Equipos de Salud Familiar y Comunitaria en las UPA y UBA de los hospitales de primer nivel y fusionados, y su articulación con el complejo de atención primaria, entendido como el conjunto de instituciones, procesos, recur-

3 Al respecto, ver: www.saludcapital.gov.co

sos y requerimientos de los distintos actores-operadores de la estrategia y las diferentes puertas de entrada de los colectivos y los individuos (ámbitos y servicios de salud).

Se plantea que el complejo se organiza para avanzar en la garantía del derecho a la salud con equidad, y para garantizar el cumplimiento de las metas de gobierno, que se coordina desde las Empresas Sociales del Estado de primer y segundo nivel fusionadas y requiere, en primera instancia, la incorporación de la estrategia en su planeación, y en segunda instancia, organizar la institución para dar respuesta a los principios de dicha propuesta.

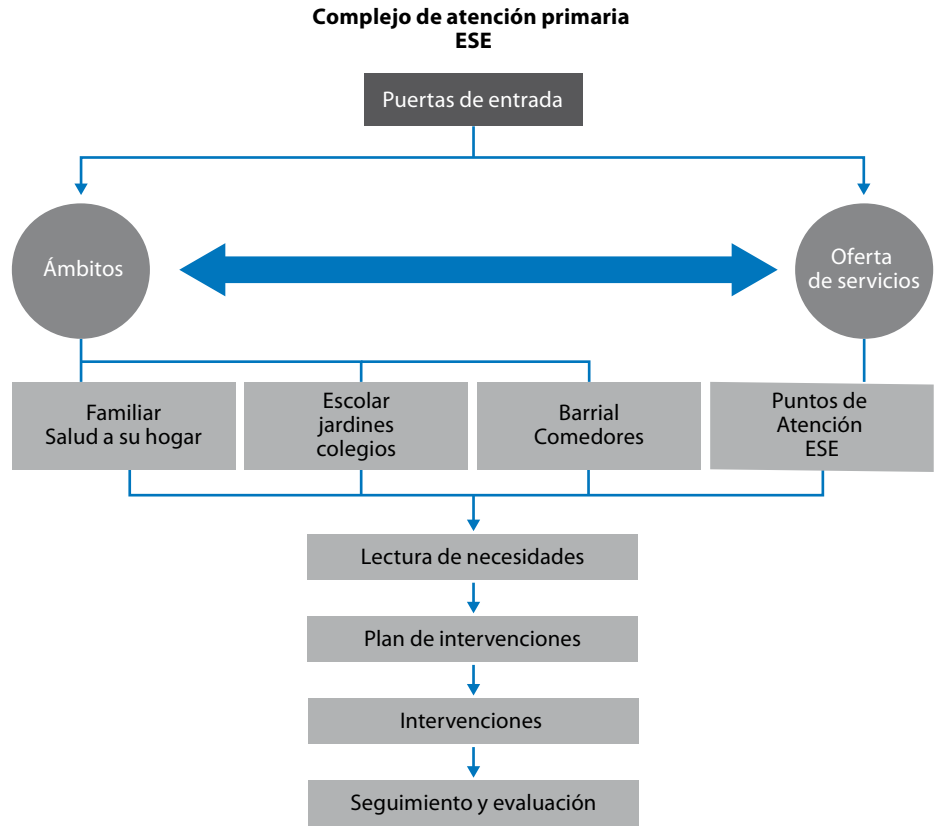
Una vez realizada la lectura de necesidades, se propone realizar para la población pobre no asegurada y subsidiada los procedimientos que garanticen la cobertura de las acciones colectivas definidas en el Plan de Atención Básica, las individuales de Promoción y Prevención, y las resolutivas, que deben trabajarse para los contratos del Fondo Financiero de Salud con las ESE y las Administradoras del Régimen Subsidiado.

La propuesta del Complejo de Atención Primaria identifica al talento humano como el protagónico principal y lo organiza en dos equipos: el extramural, encargado de las acciones colectivas y algunas individuales que tienen altas externalidades, y el intramural, encargado de la atención en los servicios de salud. Igualmente, plantea los mecanismos de coordinación entre ambos equipos.

Este complejo propone la organización de los servicios de salud incorporando cambios sustanciales en lo administrativo y en lo asistencial, para dar respuesta a la demanda potencial y cumplir con los principios de la APS; para ello, Bogotá cuenta con los CAMI, con algunos servicios especializados como ginecobstetricia, pediatría, odontología, nutrición, terapias y urgencias de primer nivel, con laboratorio clínico y radiología. Con estos servicios es posible resolver hasta un 80% de los casos que recibe, y junto con el personal hospitalario especializado en las labores de salud pública que realizan las acciones colectivas del PAB, complementa la acción proyectada del Equipo de Salud Familiar y Comunitaria.

Detrás de este Complejo de Atención Primaria existen las *redes de servicios especializados*, sean ellos ambulatorios u hospitalarios, programados o de urgencias, de atención o de apoyo. Entre las de apoyo se encuentran la de servicios farmacéuticos, la de vigilancia en salud, la de rehabilitación y la de ayudas diagnósticas. Sin el trabajo en redes de servicios no es posible responder a las necesidades de las personas

Figura 1. Complejo de atención primaria en Bogotá



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

enfermas. De allí que se cuente con una segunda estrategia de organización de redes de servicios, tanto en la red pública de las ESE adscritas y no adscritas a la SDS como con las demás Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Esta perspectiva permite reorganizar la lógica de niveles de atención que restringe la capacidad de respuesta de los prestadores y redefinir el Plan Maestro de Equipamientos en Salud (PMES), como uno de los instrumentos de regulación de la oferta dentro del marco del Plan de Ordenamiento Territorial (POT). El trabajo en red también implica un esfuerzo de rectoría y coordinación con todos los aseguradores del SGSSS. Todas las redes se activarán mediante líneas de atención defi-

nidas según las necesidades sociales en territorios específicos, e incluirán Proyectos de Desarrollo de la Autonomía según el ciclo vital y las necesidades detectadas. La construcción de este complejo andamiaje de redes, líneas y proyectos será un proceso lento y adaptado a las condiciones y las necesidades de las poblaciones en territorios específicos.

Se aspira a que el desarrollo de experiencias desde la Dirección de Salud Pública se articule con esta compleja red de servicios desde los puntos de primer nivel UPA, UBA y CAMI. En algunas localidades, incluso, se crean Centros de Atención Primaria (CAP): espacios físicos a cargo de las Empresas Sociales del Estado que, cumpliendo con los requisitos de habilitación, proporcionan atención sanitaria básica (acciones de salud individuales o colectivas), según la necesidad identificada para el grupo poblacional adscrito (familias de microterritorios, escolares y sus familias) dentro del marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

Finalmente, cabe mencionar que la formulación del programa Salud a su Hogar para 2004 se financia desde el Plan de Atención Básica y hace énfasis en el proceso de caracterización. Los Equipos Multidisciplinarios de Atención en Salud Familiar y Comunitaria inician en los territorios la caracterización de las familias asignadas y de sus entornos, con el fin de construir una línea base que permita la planificación, el seguimiento y la posterior evaluación de las acciones tanto individuales como colectivas. Por medio de este proceso se busca también sensibilizar a la comunidad y dinamizar el componente de participación del modelo.

Fase de expansión. Alcaldía Mayor de Bogotá - Departamento Administrativo de Planeación Distrital (2005)

A partir de marzo de 2005 se inicia la fase de expansión de Salud a su Hogar en la red adscrita, centrada en la consolidación de los 62 equipos ya conformados, la búsqueda de soluciones efectivas a las necesidades sociales detectadas, la continuidad de la capacitación de los profesionales de la red pública y la conformación de nuevos equipos que amplíen la cobertura de Salud a su Hogar a 177 equipos.

Adicionalmente, se propone realizar nuevas formas de contratación y de pago entre la red y todos los pagadores del sistema (FFDS, EPS, ARS y otros pagadores), dentro del marco del modelo de salud familiar y comunitaria. Se busca que, por efecto demostrativo, las IPS privadas, las EPS y las ARS incorporen progresivamente la estrategia de APS para la población a su cargo, para lo cual se incluye este compromiso en los contratos entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y las Administradoras de Riesgos en Salud para la afiliación de población al Régimen Subsidiado. En el mismo sentido se avanza en un proceso de acercamiento a las EPS a través de la Asociación Colombiana de Medicina Integral (ACEMI), y a varias experiencias de IPS privadas y de universidades.

Dentro de los procesos de la reorganización de las ESE para el desarrollo de la estrategia se registran ajustes administrativos como:

- Ampliación de horarios y de días de atención, para mejorar el acceso.
- Adecuaciones en los sistemas de información, para responder a la estrategia.
- Procesos de planeación operativa en función de respuestas en individuos y familias.
- Adecuaciones en facturación y atención al usuario.
- Reorganización de agendas de atención.
- Conformación de centros de costos APS.
- Capacitación del recurso humano.

Igualmente, en estos dos primeros años de desarrollo se enfrentan dificultades como:

- La falta de disposición de toda la información confiable sobre la población pobre no asegurada (las fuentes de información reportan distintos datos), lo cual dificulta la cuantificación de necesidades y de respuestas.
- La no contratación de la asistencia sanitaria con la red pública de hospitales para la totalidad de la población adscrita a los equipos de salud familiar y comunitaria, lo que dificulta la intervención y se convierte en una barrera de acceso para la población.
- La débil coordinación transectorial, que minimiza el impacto de la estrategia, pues Salud a su Hogar encuentra necesidades que sobrepasan la prestación de servicios de salud y requieren gestión con otras instituciones para lograr afectar determinantes de calidad de vida.

Fase de articulación con APS renovada (2006-2007)

Dentro del marco de un proceso de cambios del grupo directivo de la SDS, en diciembre de 2005 se dicta la Resolución 0979, que ratifica como estrategias generales orientadoras para la vigencia 2006, y concordantes con el Enfoque Promocional de Calidad de Vida y Salud:

a. La atención primaria en salud.
b. Las redes sociales y de prestación de servicios de salud.
c. El ejercicio de rectoría territorial en salud.
d. El Sistema Integrado de Información en Salud.
e. La gestión territorial de la salud en territorios y la transectorialidad.
f. La construcción de ciudadanía en salud.

En este mismo contexto, en 2006 la APS pensada para Bogotá se une a las discusiones sobre APS renovada, promovidas por la oficina de la OPS en Colombia, y se establece un acuerdo de articulación, soportado, en términos generales, en la experiencia desarrollada hasta el momento en la ciudad: "La Política Distrital de Salud y su enfoque promocional de calidad de vida y salud, se edifican con los mismos valores formulados por la APS Renovada: Derecho a la salud, equidad y solidaridad" (Alcaldía Mayor de Bogotá-Secretaría Distrital de Salud, 2006).

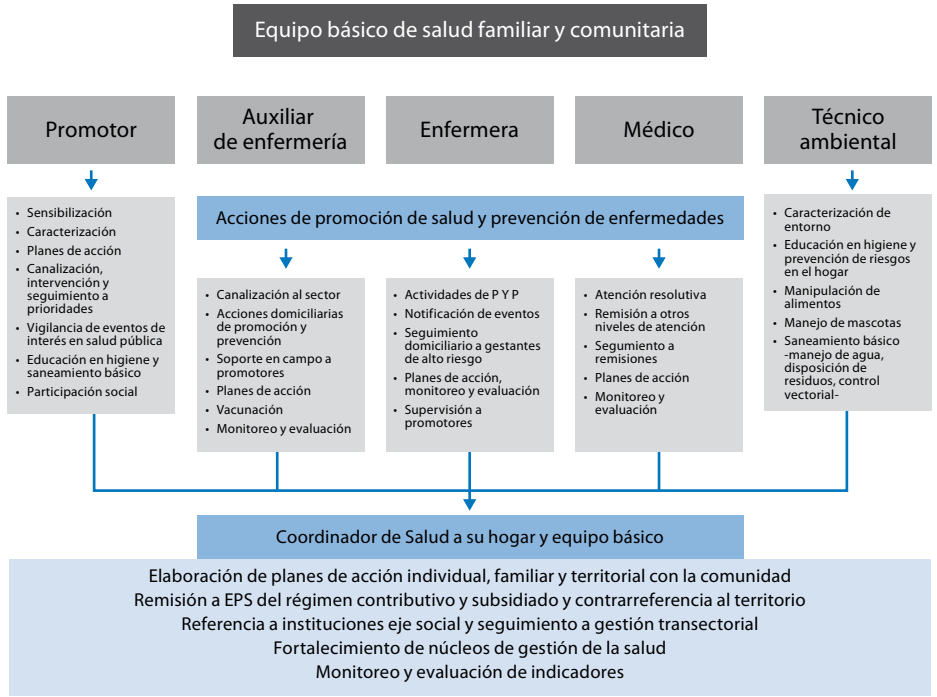
En esta etapa se insiste en la necesidad de desarrollar la estrategia con una visión que afecte tanto el sistema, buscando contribuir a superar algunas de las limitaciones instaladas desde la Ley 100 de 1993, como la calidad de vida en su conjunto:

> Aunque en esencia la Estrategia de Atención Primaria sigue siendo la misma de la Declaración de Alma-Ata, la Renovada involucra el conjunto del sistema de salud, es decir, la totalidad de sus estructuras, procesos y relaciones, reconociendo para su desarrollo el contexto en el cual se circunscribe, y la necesidad de centrarse en las personas para la planificación y definición de 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 la misma, lo que implica abordar todos los determinantes de salud incluyendo aquellos que están fuera del alcance de la atención de salud a partir del trabajo intersectorial (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

De acuerdo con lo anterior, el desarrollo de la estrategia enfatiza para este periodo en los siguientes planteamientos:

- La reorganización de las instituciones con base en la identificación de las necesidades de la comunidad; especialmente, las de sus poblaciones más vulnerables.
- La organización de la APS por territorios, privilegiando los más vulnerables.

Figura 2 . Equipo básico de salud y sus funciones



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Documento de Trabajo Grupo Funcional APS.

- La gestión desde los espacios de vida cotidiana de las comunidades (ámbitos): la familia, el barrio, la escuela, el jardín infantil, el centro de trabajo. Como consecuencia se fortalece el trabajo en los colegios y el componente ambiental, en la forma de APA.
- La organización de respuestas colectivas a las necesidades con una perspectiva de GSI promovida por y con la participación de las instituciones del eje social; entre ellas, las de los sectores salud, educación, integración social, vivienda y ambiente, entre otros.
- El fortalecimiento de la participación social, que reconoce a la comunidad como poseedora de derechos, y propicia espacios de organización y movilización social para la exigibilidad de tales derechos.

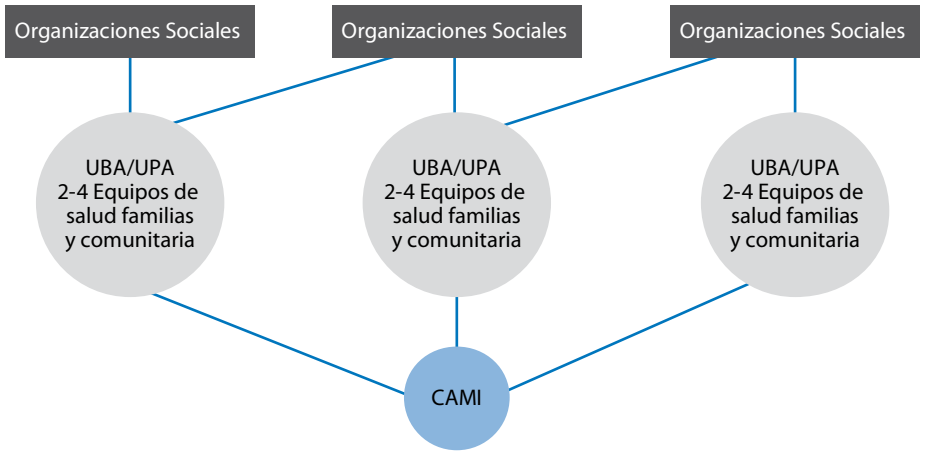
Como parte del abordaje en los ámbitos de vida cotidiana, la Atención Primaria Ambiental (APA) se entiende como extensión de la APS:

> articulación activa y dinámica de los diferentes sectores políticos, públicos, privados, sociales […]que unidos bajo finalidad u objetivo común, orientan sus acciones y recursos hacia un desarrollo ambiental sostenible y sustentable, donde participa, definitivamente, el empoderamiento de los grupos sociales afectados e interesados en mitigar, controlar e intervenir favorablemente el ambiente. (Carmona, 2009)

La APA argumenta que el desarrollo de proyectos locales fortalece el papel de las comunidades y es uno de los elementos principales de las estrategias tanto distritales como nacionales para afectar determinantes estructurales de la calidad de vida de las poblaciones. Operacionalmente, en 2006 el programa es incluido como parte del ámbito familiar en la Dirección de Salud Pública.

Durante ese mismo año, como parte del ejercicio, se propuso la creación de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en tres modalidades distintas. En primer lugar, los institucionales, ubicados en las UPA, las UBA y los CAMI. En segundo lugar, centros de atención en salones o espacios comunales, a través de líderes y organizaciones comunitarias; y en tercer lugar, centros de atención en colegios, previa coordinación con los profesores y las profesoras, los estudiantes y las familias.

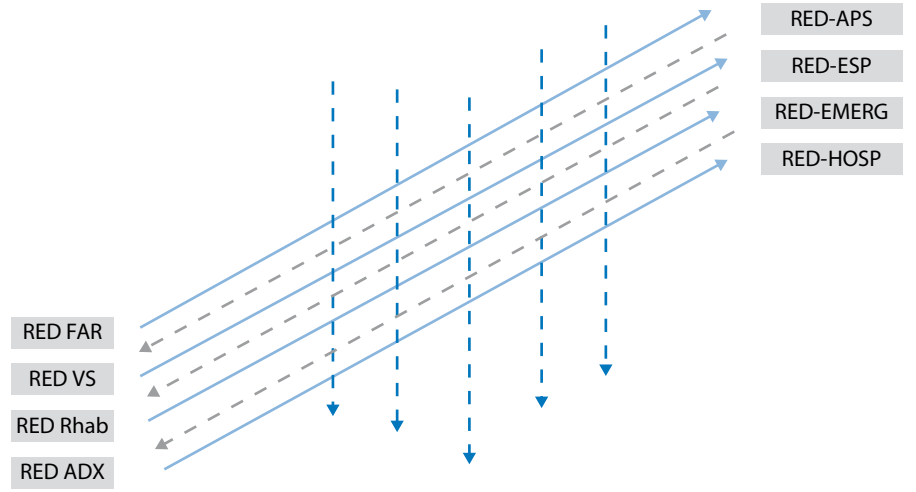
Figura 3. Complejo primario de atención en Bogotá



Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud (2004). Salud a su Hogar. Bogotá, D. C.

En tales espacios se realizarían acciones de prevención, promoción y educación, atención de ERA, entrega de medicamentos para programas de salud pública y toma de exámenes clínicos. Sin embargo, la implementación de los CAPS presentó dificultades, y, en la práctica, la propuesta se redujo a la creación de puntos de atención institucionales en algunas localidades, y en otros casos, a la implementación de la Resolución 412[4], que hacía énfasis en "intervenciones médicas costo-efectivas" de promoción y prevención (Vega et al., 2009).

Figura 4. Redes y líneas de atención



Fuente: De Negri Filho, Armando. En: O Proceso de construção de rede de municipios potencialmente saudáveis. Ipes, Unicamp, OPS/OMS, Campinas-Sao Paulo.

Al cierre de la administración de Luis Eduardo Garzón se reconoce, como uno de los principales aportes del sector, el desarrollo en relación con una mirada "diferente del quehacer sectorial", con alcance para el Estado mismo, respecto a la forma con-

4 Ministerio de Salud, Resolución 412 de 2000 (febrero 25), por la cual se establecen las actividades, los procedimientos y las intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

vencional como se venía respondiendo a las necesidades de la población; se superó así el enfoque centrado en la atención y la recuperación de la enfermedad, en el aseguramiento mismo de la población o en el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria.

Como parte del legado, en el programa Salud a su Hogar se asocia la respuesta estatal sectorial y transectorial a preservar y mejorar la calidad de vida y la salud de toda la población, para lo cual la integralidad y la articulación de las respuestas son consideradas ejes fundamentales.

Se reconoce y se acoge el trabajo transectorial como una necesidad imperiosa de la gestión de la salud pública para afectar los determinantes que inciden en el estado de salud-enfermedad de la población de la ciudad, por lo que se promueve la integralidad de las acciones como requisito para la eficacia de la gestión. En este aspecto se destacan las articulaciones entre la Secretaría Distrital de Salud, la de Integración Social, la de Educación y la de Hábitat, la Caja de Vivienda Popular, Metrovivienda y las alcaldías locales.

De estrategia a programas de acciones colectivas

En el plan de desarrollo "Bogotá Positiva: para Vivir Mejor 2008-2011", la estrategia de APS, implementada a través del programa Salud a su Hogar, cambia de denominación a Salud a su Casa, y se ubica como uno de los siete objetivos estructurales que definen "la Ciudad de Derechos".

Este objetivo determina el programa Bogotá Sana, que busca garantizar el derecho a la salud y satisfacer las necesidades individuales y colectivas a través de un enfoque promocional de calidad de vida y salud: el programa del Aseguramiento en Salud, que busca garantizar el aseguramiento universal en salud, y el programa Fortalecimiento y Provisión de los Servicios de Salud, con el que se busca "optimizar la gestión, atención y calidad de los servicios de salud, mejorando los equipamientos, la dotación y la organización del Sistema". (Alcaldía Mayor de Bogotá-Departamento Administrativo de Planeación Nacional, 2008).

En este contexto Salud a Su Casa (SASC) opera a partir de la definición de metas trazadas para cada uno de los programas objetivo del plan de desarrollo, y se operativiza dentro del marco de las acciones de salud pública contempladas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), al adoptar un enfoque de procesos como parte de

la gestión de calidad en busca de la eficiencia y la efectividad, el logro de resultados y las oportunidades de mejora.

La Resolución 425 de febrero de 2008[5], mediante la cual el Gobierno Nacional reglamenta la metodología para concretar el Plan Nacional de Salud Pública, incluye el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a Cargo de la Nación y de las Entidades Territoriales, que deberá complementar las acciones previstas en el POS, tanto contributivo como subsidiado, y que remplazará el Plan de Atención Básica.

La concreción y la ejecución del PIC, en la práctica, afectan sustancialmente el programa SASC, pues imponen una lógica de metas, coberturas y facturación que debe responder a diferentes fuentes de financiamiento, con un mayor grado de fragmentación de las acciones de salud, adicional a la segmentación de la población y de los grupos familiares para proveer servicios (distintas aseguradoras para los diferentes miembros de una misma familia) o diferentes prestadores, lo cual impide la integralidad, y, a la larga, no permite que opere la APS.

La separación de operadores y de lógicas de las acciones individuales, vía POS, y de las acciones colectivas, ahora contenidas en el PIC, afectan el desarrollo del enfoque territorial y familiar de la APS. Por otra parte, la gran debilidad en la rectoría y la regulación no permite articular los diferentes actores del sistema para el cumplimiento de metas de salud y de acciones integrales.

La implementación de la APS en ese contexto lleva a que los profesionales de la salud sigan asumiendo un rol limitado a la asistencia, según el tipo de aseguramiento; una lógica que significa realizar actividades facturables dentro de los distintos planes y contratos, pero con ausencia de referentes poblacionales, de un sistema de información funcional, de normas que hagan mandatorio y exigible el logro de objetivos de salud y rompan la cadena de contrataciones.

Frente a ese panorama, en los lineamientos del PIC 2008 la Secretaría Distrital de Salud ubica la gestión local como el eje central de integración, coordinación y articulación de las competencias, las responsabilidades y las funciones en Salud Pública de los actores en los ámbitos distrital, territorial e institucional, público, privado y

5 Por la cual se define la metodología para la elaboración, la ejecución, el seguimiento, la evaluación y el 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.

comunitario[6], con lo cual el componente de gestión local para la promoción de la calidad de vida, desarrollado por la Secretaría Distrital de Salud y la Red Pública Hospitalaria del Distrito, tiene avances significativos en la ciudad.

Este proceso dialoga con el Plan Nacional de Salud Pública en sus cinco ejes de política: promoción de la salud y calidad de vida; prevención de los riesgos; recuperación y superación de los daños en la salud; vigilancia en salud y gestión del conocimiento, y gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del plan. Particularmente, en esta última línea de política se busca fortalecer las competencias para liderar, planear, ejecutar y evaluar las políticas y sus estrategias.

La experiencia del diseño del Modelo de Atención basado en APS para Bogotá (2008-2011)

La Secretaría Distrital de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) suscribieron durante el periodo 2007-2008 un convenio de cooperación técnica, orientado al fortalecimiento de la gestión institucional de la entidad como autoridad sanitaria del Distrito Capital, dentro de los marcos nacional y local.

Los objetivos específicos del convenio incluían:

- Definir un modelo de atención en salud para el Distrito Capital que consolide los avances políticos y operativos existentes, y fortalezca el cumplimiento de las competencias y responsabilidades territoriales en salud.
- Definir el modelo para la gestión de los servicios de salud que acompañe el modelo de atención y garantice su funcionamiento.
- Elaborar una propuesta de organización de redes que sustente el fortalecimiento de las respuestas en salud en el Distrito Capital.

En la propuesta operativa presentada (Secretaría Distrital de Salud-Organización Panamericana de Salud, 2008), el modelo de atención en salud se refiere a la organización compleja de respuestas sociales en salud articuladas y coordinadas para responder efectivamente a las necesidades de la población. Este esquema incluye el conjunto de acciones sanitarias desarrolladas por todos los actores comprometidos y responsables de transformar las condiciones de salud de la población que habita el Distrito Capital, y sus determinantes.

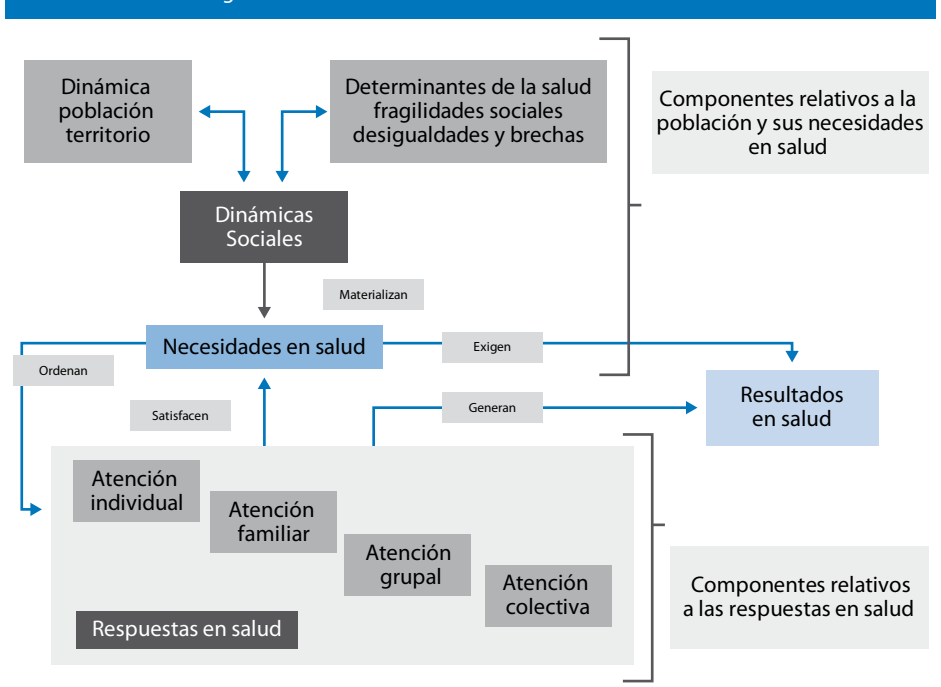
6 Ministerio de la Protección Social, Plan Nacional de Salud Pública. Decreto 3039 de 2007.

El modelo va más allá del alcance tradicional de la prestación de servicios, y se estructura de acuerdo con las necesidades de salud de la población; parte de una concepción positiva de salud, y no de una solo referida a los eventos de enfermedad que puede presentar una población.

De esta forma, el modelo de atención de salud del Distrito Capital se orienta por principios y características que obedecen al enfoque conceptual y programático que generan el derecho a la salud, los determinantes sociales de la salud, el enfoque promocional de calidad de vida y salud, y la estrategia de APS renovada.

Para su operación el modelo de atención asume, por una parte, la diversidad de actores involucrados en la generación de salud para una población; y por otra, a la población, como sujeto activo de sus condiciones de vida y salud en territorios determinados. De acuerdo con esto, el diseño del modelo de atención se centra en definir contenidos, procesos, condiciones y ejes que fundamentan el actuar en salud para los habitantes del Distrito Capital.

Figura 5. Estructura del modelo de atención de salud

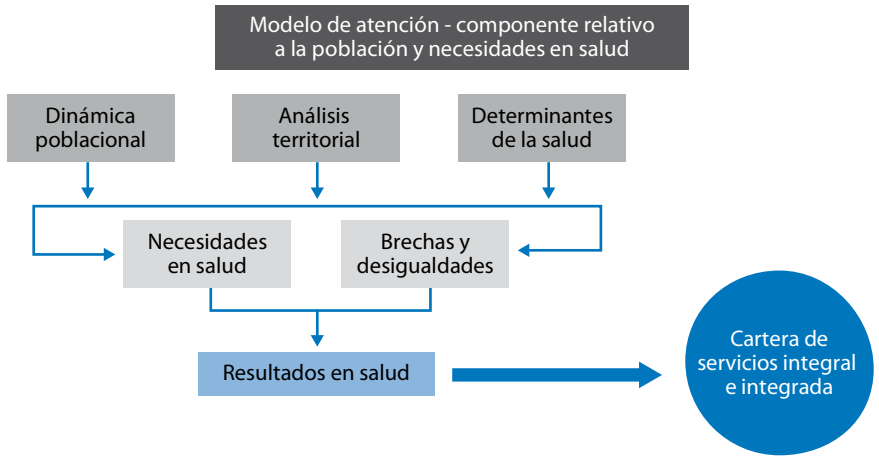


Fuente: Dirección de Salud Pública-Dirección de Desarrollo de Servicios SDS, 2010.

Cuatro ejes fundamentan la atención en salud: la atención individual; la atención familiar; la atención grupal, y la atención colectiva. Por lo tanto, el modelo se organiza en torno a los componentes relativos a la población y sus necesidades en salud, y los componentes relativos a las respuestas en salud, a través de la Cartera de Respuestas en Salud Integral e Integrada.

Las necesidades en salud que se generan de las dinámicas población-territorio y los modos de satisfacerlas son elementos que establecen las condiciones para la producción de un conjunto de bienes, servicios y acciones sanitarias y no sanitarias, cuyo fin sea contribuir a un mejor nivel de salud de las personas.

Figura 6. La población y sus necesidades en salud

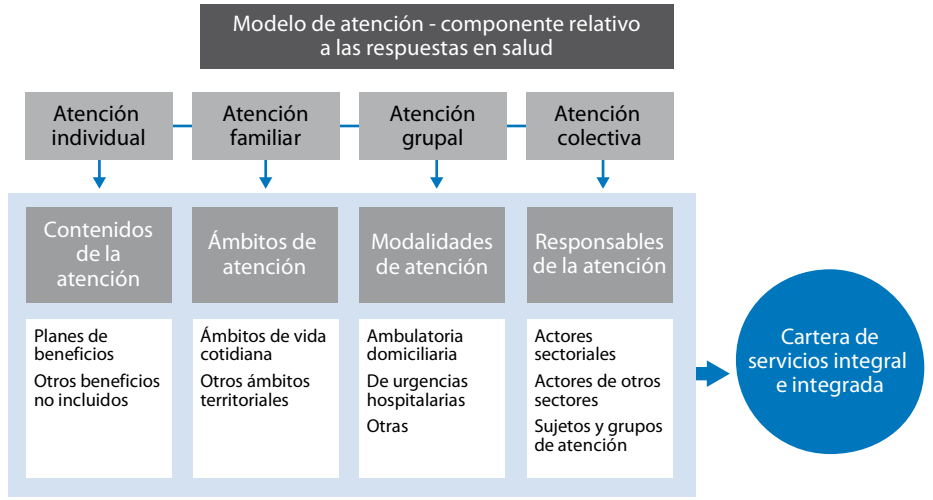


Fuente: Dirección de Salud Pública-Dirección de Desarrollo de Servicios SDS, 2009.

La organización de los contenidos de la atención se hace según las premisas de sujetos, familias y comunidades, y dichos contenidos se materializan en espacios vitales concretos que surgen del abordaje territorial. Así, el modelo de atención engloba dos dimensiones de actuación: los ámbitos de vida cotidiana y otros ámbitos territoriales.

Como ámbitos de vida cotidiana se asumen el hogar, los espacios educativos y laborales, los institucionales especiales y el barrio donde se vive. Dentro de otros ámbitos se incluyen la calle en general, los sujetos que la habitan y los sujetos que la usan,

Figura 7. Estructura propuesta para las respuestas en salud



Fuente: Dirección de Salud Pública-Dirección de Desarrollo de Servicios SDS, 2009.

los microterritorios (más amplios que los barrios), las zonas de condiciones de vida y salud, las UPZ, las localidades, las centralidades de ordenamiento territorial, el distrito en su conjunto y la ciudad-región.

Los servicios y las acciones en salud se ordenan, igualmente, según modalidades de atención: ambulatoria, domiciliaria, de urgencias, hospitalaria, y otras, como telemedicina.

El modelo de gestión propuesto es el esquema acompañante del modelo de atención que facilita y fortalece su operación. Define, además, responsabilidades e interacciones, y se centra en procesos y recursos que permiten y facilitan la atención en salud. Se parte de lo que se quiere (visión deseable), para luego definir los medios con el fin de lograrlo, y, finalmente, medir lo obtenido de lo esperado.

La organización de la gestión por resultados hace que la gestión óptima y efectiva de la salud en el distrito no pertenezca a un solo actor, sino que acoge las competencias y las responsabilidades de todos los actores involucrados. Los niveles de gestión propuestos en este modelo se organizan en tres niveles: macrogestión, mesogestión y microgestión. Estos niveles se complementan con una propuesta de campos de

gestión que se centran en la necesidad de potencializar la acción pública, tomando en cuenta los intereses y las dinámicas que en ella confluyen.

La gestión de la salud, tal como se la ha presentado en este modelo, y en íntima relación con la atención en salud, requiere un sistema de monitoreo y evaluación integral y articulado, que incorpore en su estructura todos los componentes y los subcomponentes propuestos, y se centre en los resultados de salud; además, que contemple el seguimiento de recursos, medios y productos.

El modelo de atención propuesto llevó al desarrollo de un Modelo de Prestación de Servicios de Salud, diseñado durante 2010 y 2011 (Documento Modelo de Atención en Salud basado en APS para el Distrito Capital. Componente de Prestación de Servicios. Resumen Ejecutivo Bogotá, D. C., diciembre de 2011), que tuvo por objetivo organizar la respuesta en salud de los diferentes actores del SGSSS en la ciudad, articulada con la respuesta de otros sectores y actores que tienen competencia en la afectación de determinantes sociales.

El desarrollo del modelo implica:

- La organización de servicios de salud en redes integradas de servicios de salud, incluyendo los criterios determinantes de red que propone la Organización Panamericana de la Salud, y hoy, la Ley 1438 de 2011.
- Equipos de atención (perfiles acordes con necesidades de la población, basados en conocimientos de la estrategia de APS).
- Normas, guías y rutas de atención.
- Sistemas de referencia y contrarreferencia (sistemas de comunicación, de transporte, y sistemas de información).

Con el fin de lograr los objetivos propuestos para el modelo y la implementación de la estrategia de APS, surge la necesidad de desarrollar varios macroprocesos:

- Caracterización de la población e identificación de los procesos de determinación social.
- Identificación del riesgo en salud individual, familiar y social.
- Organización de servicios acorde con las necesidades de población en el territorio.
- Adscripción territorial.
- Inducción de demanda-canalización a servicios.

- Prestación de servicios con alto énfasis en primer nivel, lo cual permitirá el primer contacto con la población y liderará procesos de participación social efectiva.
- Referencia y contrarreferencia.
- Trabajo intersectorial.
- Seguimiento y monitoreo a los resultados.

La organización del territorio para la operación del Modelo de Atención en Salud y la estructuración de redes de servicios de salud de Bogotá tienen como referente el espacio geográfico que vincula a las distintas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que intervienen en la prestación de servicios y la población a la que deben dar respuesta. La ubicación y la distribución de los distintos servicios de la red debe corresponder con la distribución de la población, en términos de necesidades y de problemas, y garantizar que los servicios de primero y segundo nivel se encuentren cerca de donde residen o trabajan las personas.

La puerta de entrada de cada uno de los territorios serán las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de primer nivel de atención, bien sea para atención individual o colectiva, y los Equipos Básicos de Salud. La red de cada territorio tendrá una población definida en su jurisdicción, para que responda por su salud, garantice la asistencia sanitaria que requiera la población asignada, logre coberturas de acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedades y de acciones de salud pública, y realice las acciones y las gestiones necesarias para mantener sanas a las personas, al brindarles los cuidados necesarios en el nivel apropiado. La red de servicios deberá articular las acciones individuales del POS con las del Plan de Intervenciones Colectivas y con las acciones intersectoriales, para mejorar las condiciones de vida y de salud de la población.

La experiencia de Salud a su Casa (2008-2011)

Para 2008, con la formulación del programa Salud a su Casa como un proyecto de inversión del plan de desarrollo Bogotá Positiva, se integran dos procesos simultáneos que venían operando de manera fragmentada: el ámbito familiar del Plan de Intervenciones Colectivas y el programa Salud a su Hogar.

En el PIC, este programa es contratado con las Empresas Sociales del Estado de primero y segundo nivel, como un programa del ámbito familiar de APS, y con el compromiso de atender a 1200 familias. Este cambio en la manera de pensar en lo

que en 2004 se concibió como el inicio de la implementación progresiva de la APS en el distrito, pero eso, unido a las limitaciones para modificar el modelo de atención de la red pública, en coherencia con las orientaciones planteadas por el Comité Técnico de APS y las dificultades para implementar el Complejo de Atención Primaria en Salud, redujo la estrategia de APS-SASH a un programa de salud pública.

Sin embargo, cabe anotar que durante el periodo 2008-2010 se incorporan progresivamente nuevas propuestas de intervención en el ámbito familiar, articuladas a otros ámbitos de vida cotidiana y a los componentes de gestión local y vigilancia epidemiológica, en un esfuerzo por mantener las posibilidades de la APS como elemento orientador de la política sectorial, con capacidad de afectar el modo y la organización del sistema de salud en Bogotá. En tal sentido, se observa la inclusión de diferentes iniciativas: en el campo de salud mental, la denominada intervención "plurimodal": la estrategia de atención primaria ambiental de "entornos saludables", que recoge la estrategia de vivienda saludable, la estrategia de nutrición, y en algunas localidades, la propuesta de "entornos de trabajo saludables".

De hecho, en los lineamientos del Plan de Intervenciones Colectivas 2011 se realiza un esfuerzo por profundizar en lo relacionado con el ámbito familiar, en términos de ratificar la permanencia como orientador del modelo de "atención integral e integrado con enfoque familiar y comunitario" con una perspectiva interdisciplinaria y haciendo énfasis en las respuestas sociales en salud, de los individuos, las familias y los territorios, articuladas a las respuestas de otros sectores, según el modelo de GSI (Secretaría Distrital de Salud, 2011). Allí, las acciones en el ámbito familiar son reorganizadas de la siguiente manera:

- Siete respuestas integradas e integrales: 1) Caracterización, medición de la vulnerabilidad y actualización de novedades en las familias; 2) Análisis de los riesgos en salud, la prevención y la canalización a servicios a las familias; 3) Promoción de prácticas favorables para la salud de las familias; 4) Promoción y protección del entorno, el hábitat, el trabajo y las condiciones de calidad de vida de las familias; 5) Protección e inclusión social de las familias; 6) Participación social en los microterritorios de SASC; y 7) Gestión integral del ámbito familiar.

- La conformación de un equipo integrado de Salud a su Casa que incluya los equipos básicos y los equipos complementarios que realizaban las acciones de las otras intervenciones. Estos equipos fueron organizados por microterritorios de SASC.

- La definición de dos escenarios para las intervenciones del programa: las sesiones familiares en casa y los encuentros de familias por su condición y situación.

- La atención de familias fuera de los microterritorios de SASC, como familias adscritas satélite del programa, incluidas dentro del microterritorio más próximo.

Estas respuestas operan en relación con una estructura de planeación por procesos, que incluye:

- Procesos estratégicos que dinamicen la participación social en los territorios, a través de la conformación y el mantenimiento de los núcleos de gestión de la salud, que, a su vez, se desarrollan como líneas integradoras de respuesta a las acciones de promoción de la autonomía, con la perspectiva de los derechos humanos y el enfoque promocional de calidad de vida y salud.

- Procesos misionales, como: a) La lectura de necesidades con el proceso de caracterización e identificación de la vulnerabilidad de las familias; b) La organización de la respuesta, con acciones relacionadas con la promoción de la autonomía, la protección de la autonomía y la restitución de la autonomía; c) La gestión social integral del ámbito familiar en los microterritorios y los territorios de salud.

El desarrollo de los procesos estratégicos y misionales del programa APS en familias para 2011 se organiza desde las categorías de acción de promoción, protección y restitución de la autonomía con la perspectiva de garantía del derecho a la salud, desde la competencia del Plan de Intervenciones Colectivas en el Ámbito Familiar.

La experiencia de Salud al Colegio (2008-2011)

El programa Salud al Colegio es una iniciativa de trabajo interinstitucional liderada por las secretarías de Salud y de Educación del distrito, con el propósito de implementar en las instituciones educativas de la ciudad el modelo de Escuelas Promotoras de Salud.

El modelo de Escuelas Promotoras de Salud es la base metodológica, pues a través de él se logra materializar el derecho a la educación y el derecho a la salud de los niños, las niñas y los jóvenes de las instituciones educativas distritales, y así se responde desde el plano pedagógico y desde el plano de la atención en salud a las necesidades de la población escolar, de contar con buenas condiciones de salud para tener un buen desempeño académico.

Desde el punto de vista pedagógico, las acciones de promoción del programa Salud al Colegio tienen el objetivo de hacer de la escuela un lugar en el que se manejan de manera oportuna y permanente, por parte de las mismas comunidades educativas, eventos de interés en salud pública, como los embarazos en adolescentes, la violencia en sus múltiples manifestaciones o el consumo de sustancias psicoactivas.

Algunas de las estrategias empleadas para potenciar la función pedagógica de la escuela en desarrollo de acciones de promoción de la salud han sido las políticas escolares saludables, desde las cuales se hace énfasis en incidir sobre las prácticas pedagógicas de la institución educativa, bien sea desde los contenidos curriculares formales de los planes y los proyectos pedagógicos institucionales, o bien, mediante prácticas que incidan en el currículo oculto de estas; es decir, no están explícitas en el proyecto educativo de la institución, pero se introducen permanentemente en los intercambios sociales cotidianos de la comunidad educativa.

La experiencia de Salud al Trabajo (2008-2011)

Esta experiencia se desarrolla en pequeñas unidades productivas, denominadas Unidades de Trabajo Informal[7]. Las unidades, presentes en las 20 localidades, realizan procesos productivos en diversos sectores económicos, en los cuales participan trabajadores y trabajadoras que buscan acceder a bienes sociales enfrentando fenómenos urbanos como la exclusión, la segregación social y económica, la violencia y la inseguridad cotidiana, con consecuencias para su salud relativas a su trabajo, pero no reconocidas.

La estrategia busca promover entornos de trabajo saludables en unidades de trabajo vinculadas a la economía informal, con el fin de mejorar las condiciones de salud, trabajo y vida de los trabajadores y las trabajadoras. Para ello, incluye la transformación de condiciones de trabajo que afecten la salud de quienes trabajan en estas unidades, además de procesos de movilización y participación de los trabajadores y las trabajadoras en escenarios propios, para que sus demandas sean objeto de atención por parte del Gobierno Nacional y el Distrital, y que logren concretarse en su inclusión en el Sistema de Seguridad Social Integral; particularmente, en el de Riesgos Profesionales.

7 Se denomina Unidad de trabajo informal (UTI) cualquier escenario o espacio donde los trabajadores y las trabajadoras desarrollan su actividad productiva, ya sea estacional o itinerante.

Desde 2004 la Secretaría de Salud de Bogotá tomó la decisión de incluir en el Plan de Atención Básica los procesos de promoción de la salud y la prevención dirigidos a los trabajadores y las trabajadoras en la economía informal, empezando por un acercamiento conceptual al fenómeno de la informalidad y a los procesos salud-trabajo que se derivan de este. Se diseñaron los lineamientos técnicos, se asignó el presupuesto por localidad para la ejecución y se desarrollaron procesos de selección y estandarización de los equipos y los procesos técnicos locales, a través de un diplomado que se adelantó en convenio con la Universidad Nacional de Colombia.

Cada localidad, previa definición de criterios, priorizó actividades productivas y desarrolló la intervención según el proceso siguiente:

a. Sensibilización y convocatoria de los trabajadores y las trabajadoras de las Unidades de Trabajo Informal de sus localidades (proceso que se realiza en los mismos lugares donde desarrollan su actividad productiva).
b. Evaluación de las condiciones de salud y de trabajo, en una visita que realizan los profesionales y los técnicos en salud ocupacional, y a partir de la cual se diseña un plan de mejoramiento de las condiciones de salud y de trabajo.
c. Diseño e implementación de los planes y las brigadas de emergencias, muchas de las cuales son integradas por varias UTI cercanas.

Dado que la estrategia tiene un gran componente participativo y de movilización, con el apoyo de la Universidad Nacional de Colombia se ha diseñado una metodología acorde con las necesidades y los niveles académicos de los trabajadores y las trabajadoras, que permita la formación de líderes con mayor conocimiento y habilidades en el ejercicio de sus derechos a la salud y a la seguridad social.

Como resultado de este proceso se han impulsado la creación y el fortalecimiento de redes locales para la promoción de la salud y la calidad de vida de los trabajadores y las trabajadoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DISTRITAL (DAPD) (2005). Informe de rendición de cuentas 2005. La salud en el plan de desarrollo Distrital. Bogotá, D. C.: DAPD.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN DISTRITAL (2008). Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas de Bogotá 2008 – 2012 "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor". Acuerdo 308 del 2008, Bogotá, D. C.: DAPD.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE PLANEACIÓN NACIONAL (2004). Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Publicas de Bogotá, 2004 – 2008. Bogotá Sin Indiferencia, Acuerdo 119 del 3 de junio de 2004. Bogotá, D. C.: DAPD.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2004). Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el Derecho a la Salud en Bogotá. Bogotá, D. C.: SDS.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2005). Informe de rendición de cuentas 2005. Bogotá, D. C.: SDS.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2006). Atención Primaria en salud para garantizar el derecho a la salud [En línea]. [citado 11 de junio]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Atenci%C3%B3n%20Primaria%20en%20Salud%20%20%28APS%29%20para%20garantizar%20el%20derecho%20a%20la%20salud.pdf.

CARMONA, Luz Dary (2009). La Atención Primaria en Salud en el marco de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud: la experiencia de Bogotá-Colombia. En: BARTEN, Francoise, ESPINOZA, Eduardo, ROVERRE, Mario (Compiladores). Salud para todos: una meta posible. El Salvador: Editorial del Ministerio de Salud.

DE NEGRI, Armando (2004). Informe Final de la Asesoría. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública. Marzo-Diciembre 2004, Bogotá, D. C.: SDS.

DE NEGRI, Armando (2006). Construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud. Bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2004 - 2005. En: Revista Investigaciones en Seguridad Social y Salud, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá: no. 8, enero-diciembre de 2006.

FRANCO GIRALDO, Álvaro (2009). Atención Primaria en Salud (APS): ¿De regreso al pasado? En: 6º. Congreso Internacional de Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública. Junio 11 al 13 de 2009, Medellín.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003). Alma-Ata: 25 años después. En: Perspectivas de Salud, Vol. 8, No. 2, pp. 2-7 [En línea]. [citado 15 de enero]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_2.htm

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (1991). Programa de servicios básicos de Santafé de Bogotá 1991-1993. Bogotá, D. C.; SDS.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2008). Boletín de Rendición de Cuentas 2008. [En línea]. [citado 11 de junio]. Disponible en: www.saludcapital.gov.co/.../Boletín%20Rendición%20de%20Cuentas%202008.doc.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2011). Plan de Intervenciones Colectivas. [En línea]. [citado 11 de junio]. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Plan_de_Intervenciones_Colectivas#Atenci.C3.B3n_Primaria_en_Salud_Renovada.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (2008). Documento de Reorientación de la Prestación de Servicios en el Distrito Capital, Convenio Cooperación Técnica 1136, Bogotá, D. C.: SDS.

VEEDURÍA DISTRITAL DE BOGOTÁ (2011). Informe de Rendición de cuentas 2011 Plan de Desarrollo "Bogotá positiva: para vivir mejor". [En línea]. [citado 11 de junio]. Diponible en: http://www.veeduriadistrital.gov.co/es/grupo/g346/web/RENDICION%20DE%20CUENTAS.pdf.

VEGA, Román; ACOSTA, Naydú, et al. (2009). Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud.

Segunda parte

Acciones y resultados del programa Salud a su Casa (2008-2011)

3 Acción integral en las familias

Resultados del abordaje en salud en las familias del programa Salud a su Casa

*Claudia Beatriz Naranjo Gómez**
*Ivonne Maritza Caro Roa***
*Esther Sofía Angulo Martínez****
*Clara Meneses Plazas*****
*Juan Patiño González******

LOS PRINCIPIOS DE LA APS EN LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA

En medio del propósito de implementar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en Bogotá, con enfoque promocional en calidad de vida y salud, se asume como perspectiva promover y restituir la autonomía de los sujetos, las familias y las comunidades, tanto en su primera versión (2005-2007) con el programa Salud a su Hogar, y a partir de 2008 hasta hoy, con el programa Salud a su Casa.

Este programa opera sobre los territorios identificados como más vulnerables en la ciudad, definidos a partir de los Diagnósticos en Salud con Participación Social, de 2003, y de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, del mismo año. Desde la Secretaría Distrital de Salud se realiza la planeación, mediante lineamientos técnicos y financieros, para la operación del programa; se brinda el acompañamiento para el continuo fortalecimiento del talento humano de los equipos de trabajo, a través de espacios de inducción, entrenamiento y actualización, y se monitorea la ejecución. La operación directa del programa es realizada por las Empresas Sociales del Estado, en función de la contratación que se formalizó con la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

* Odontóloga, Mg. en Salud pública.

** Médica general, candidata a Mg. en Salud pública.

*** Bacterióloga, especialista en Epidemiologia, Mg. en Infecciones y salud en el trópico.

**** Psicóloga, especialista en Salud familiar.

***** Enfermero.

Entre 2004 y 2006, dentro del programa Salud a su Hogar, un microterritorio estaba conformado por un promedio de 800-1000 familias, y a este se le asignaba un equipo básico de tiempo completo, conformado por 2 promotores en salud, un auxiliar de enfermería y un técnico en saneamiento básico. El equipo base contaba con el apoyo de un profesional de medicina, un profesional de enfermería y un digitador, quienes tenían a su cargo, en promedio, 5 microterritorios.

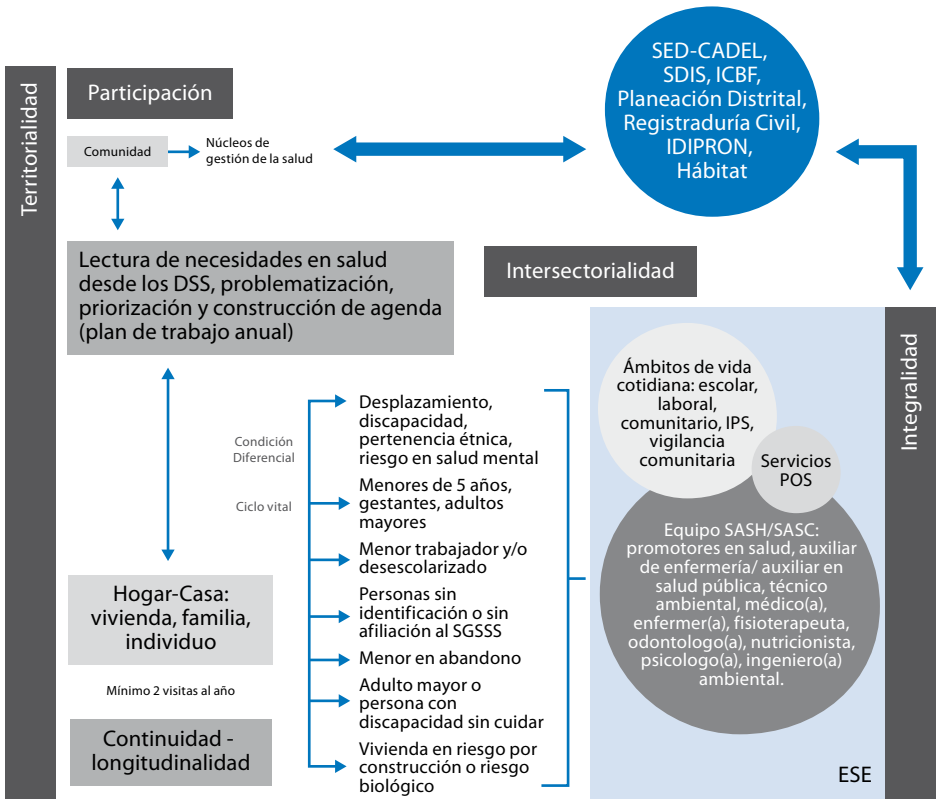
Para 2006 se define desde el Plan de Atención Básica la conformación del Equipo del Ámbito Familiar, conformado por un profesional de psicología, uno de odontología, y uno de fisioterapia, además de un técnico en higiene oral. Este equipo complementario daba cobertura a toda la localidad.

A partir de 2007 y en adelante, cada microterritorio se conforma con 1.200 familias, sin que se hayan realizado modificaciones en la constitución de los equipos básicos ni de profesionales del Ámbito Familiar, aunque en ese año ingresa el perfil de ingeniería ambiental, y en 2009 entra a ser parte del equipo el perfil de nutricionista (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2007, 2009), que, en conjunto, deben realizar visitas domiciliarias para responder a las necesidades halladas entre las familias en condición de discapacidad, riesgo en salud mental, desplazamiento, seguridad alimentaria, ambiente, salud oral y pertenecia étnica[8] (Secretaría Distrital de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011).

Para abordar la población en cada microterritorio, atendiendo al principio de territorialidad de la APS, en primer lugar se realiza una concertación con los líderes de la comunidad para establecer el plan de trabajo territorial. Es en este espacio donde se hace una presentación general del equipo de SASH/SASC y de las acciones específicas por desarrollar, tanto en el interior de las familias como con la comunidad, para luego constituirse en el lugar para el desarrollo de los denominados Núcleos de Gestión de la Salud, que, a su vez, a partir de la lectura de las necesidades sociales de la comunidad, la problematización y la priorización, dan pie para construir la agenda comunitaria (Plan de Acción Comunitario), que orienta el desarrollo del proceso en cada microterritorio (Secretaría Distrital de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011).

8 Para ampliar documentación de este proceso, véanse los capítulos específicos sobre discapacidad y APS, salud mental y APS, etnias y APS, desplazamiento y APS.

Figura 8. Los principios de la APS en la operación del programa SASH/SASC



Fuente: Equipo Técnico Salud a su Casa, SDS, 2011.

En los Núcleos de Gestión participan los profesionales del equipo básico, encabezados por el médico, los miembros de la comunidad, los referentes de participación de las ESE y los miembros de organizaciones sociales. Posteriormente, hacia 2006, se convoca también a otros sectores de la Administración Pública, con la perspectiva de generar procesos de gestión social integral para el abordaje de respuestas integradas e integrales a las necesidades sociales identificadas y priorizadas por la comunidad (Secretaría Distrital de Salud, 2006). A través de los Núcleos de Gestión de la Salud se garantizaba el principio de la participación social.

De manera paralela a las acciones colectivas, se desarrollan las acciones en casa: el promotor de salud realiza una visita casa a casa, en lo que se denominó el proceso de *caracterización* de la vivienda, la familia y los individuos. Este momento de la intervención es fundamental para toda la operación del programa, pues es ahí donde se identifican las características particulares de las familias y se realiza la lectura de necesidades en salud con la perspectiva de la determinación social que orientará las acciones futuras. En función del enfoque diferencial y de las prioridades concertadas con la familia, los acuerdos se plasman en un plan de acción para cada año, en el cual se deben reconocer las respuestas institucionales tanto del sector salud como de otros sectores, y los compromisos de la familia (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011).

Adicionalmente, en esta visita el promotor de salud realiza tres actividades centrales: 1) Informar a los miembros de la familia sobre sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los servicios ofrecidos por el hospital y las rutas de acceso a las instituciones distritales para la garantía de los derechos humanos; 2) Educar sobre alimentación saludable, actividad física, mecanismos de prevención contra accidentes en el hogar, y comprensión de la etapa familiar y del ciclo vital de las familias, para promover la democracia interna y la asertividad de las relaciones familiares; y 3) Canalizar a servicios, según los hallazgos reportados en la familia, y notificar los eventos prioritarios en salud pública[9] identificados en el hogar.

Respecto a la canalización, estos hallazgos se clasifican en grandes categorías, según la respuesta sectorial. Si se trata de hallazgos con referencia a los servicios de salud se realiza la canalización a la ESE o la EPS, bien sea de los equipos intramurales o de los extramurales[10] (según vinculación al SGSSS). Hallazgos relacionados con otros sectores se canalizan según el sector: vivienda (Secretaría del Hábitat), educación (CADEL-Secretaría Distrital de Educación), vulnerabilidad social (Secretaría Distrital de Integración Social), problemas de identificación (Registraduría

9 Son eventos prioritarios en salud pública que afectan la calidad de vida y la salud de la comunidad: personas con discapacidad física, probable trastorno del estado del ánimo, gestante en riesgo, personas en situación de desplazamiento, negligencia (con niños, adulto mayor o persona con discapacidad), violencia intrafamiliar, enfermedades trasmitidas por vectores (Chagas, malaria, lepra, dengue, fiebre amarilla), VIH/SIDA confirmado, violencia intrafamiliar (física, emocional, sexual contra niños, niñas, adolescentes y mujeres), casos de enfermedad respiratoria aguda y de enfermedad diarreica aguda, presencia de roedores u otras plagas, entre otros (ver: Lineamiento técnico Vigilancia Comunitaria 2011, disponible en: saludpublicabogota.org/wiki)

10 Los equipos intramurales eran aquellas dependencias dentro de la infraestructura de la ESE, tales como: medicina general, odontología, nutrición, y salud visual. Los equipos extramurales estaban constituidos por los equipos básicos y los equipos complementarios que atendían los microterritorios SASH.

Civil), desprotección de menores de edad (ICBF), entre otros (Secretaría Distrital de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011). Gracias a las acciones de canalización interna (acciones de SASH/SASC y acciones desde salud pública de la ESE) y la canalización externa (a los demás sectores sociales del distrito), se garantizan los principios de *integralidad* y de *intersectorialidad* de la APS.

Vale la pena anotar que la canalización externa, en principio, obedeció a los acuerdos interinstitucionales que se formalizaron como parte de la política social desde el plano distrital, y que posteriormente se territorializaron hacia las localidades y los microterritorios, a través de las mesas de GSI, que operan desde 2006. Dicho proceso ocurre también dentro de las ESE cuando se constituyen las Mesas Territoriales de Calidad de Vida y Salud, en 2008 (Secretaría Distrital de Salud, 2008).

Todas las acciones del programa SASC están enmarcadas en la promoción, la protección y la restitución de la autonomía. En torno a estas tres categorías se ordenan inicialmente las intervenciones en casa: tanto las de los Equipos Básicos como las de los Equipos Complementarios en Salud, y, posteriormente, las de los Equipos Integrados (Secretaría Distrital de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011). Es importante señalar que la programación de las acciones debía dar prioridad a la población de mayor fragilidad dentro de las comunidades, por lo cual se priorizó a niños y niñas menores de 5 años, adolescentes, gestantes, adultos mayores, personas con discapacidad, personas en condición (o situación) de desplazamiento, personas con pertenencia étnica, personas con diagnóstico de enfermedades crónicas[11] y personas con riesgo o presencia de eventos en salud mental[12].

Para las familias que tuvieran algunas de las mencionadas condiciones o situaciones de ciclo vital, se realizan las visitas de seguimiento que responden los principios de *continuidad* y *longitudinalidad* de la APS, con una periodicidad diferencial según sus necesidades, y haciendo énfasis en que los equipos generaran un vínculo estrecho con ellas. Sin embargo, para las familias que no tenían ninguna condición priorizada se propuso la realización de por lo menos dos visitas al año (la primera, para la lectura de necesidades, y la segunda, para seguimiento), para garantizar de esta manera los principios señalados.

11 Las enfermedades crónicas que fueron priorizadas son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

12 Son eventos en salud mental: el consumo de sustancias psicoactivas, la conducta suicida y la violencia intrafamiliar que incluya violencia contra la mujer y contra niños, niñas y adolescentes, y bien sea de tipo físico, emocional o sexual.

De esta forma con cada visita se alcanza mayor reconocimiento y confianza, y se afianza la participación de las familias, con la perspectiva de lograr la garantía de los derechos; particularmente, del derecho a la salud (Secretaría Distrital de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011). Además de garantizar los principios de continuidad y longitudinalidad de la APS, a través de la articulación explícita entre las acciones en casa, los programas de protección específica[13] y las acciones que, dentro del marco de los planes de beneficio de los regímenes en salud[14], se realizan en el plano individual para dar garantía al derecho a la salud.

Este despliegue operativo requirió el diseño de un sistema de información, cuyo instrumento central es un aplicativo denominado APS en línea. En este aplicativo, que opera desde septiembre de 2004, se captura la información de la caracterización familiar y los seguimientos realizados a las familias de los microterritorios SASC, por parte del gestor en salud (Secretaría Distrital de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010).

En 2008 el programa Salud a su Hogar pasa a estar bajo la responsabilidad del ámbito familiar, dentro de la Dirección de Salud Pública. Este cambio define una integración de programa y ámbito, en coherencia estrecha con las directrices del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, que se formula dentro del Plan de Intervenciones Colectivas del Distrito[15] (Secretaría Distrital de Salud, 2008).

Durante este año se introduce el enfoque de calidad de procesos a partir del cual se ordena la operación del programa desde el reconocimiento de la participación social como *proceso estratégico*, y de la promoción y la restitución de la autonomía[16] para el ejercicio de los derechos como *procesos misionales*. Este cambio, deja a la gestión del ámbito (en sus niveles local, institucional e interinstitucional) como *proceso de apoyo*,

13 Nos referimos a las acciones de prevención y promoción que reglamenta la Resolución 412 de 2002 del Ministerio de Salud.

14 Tanto el contributivo como el subsidiado y las acciones sobre la población no afiliada a cargo de las ESE.

15 Antes denominado Plan de Atención Básica, desde el marco normativo de la Ley 100 de 1993, que regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

16 Cabe mencionar que en la promoción de la autonomía intervienen, además de los equipos básicos en salud, los diferentes proyectos de desarrollo de la autonomía: salud oral, salud sexual y reproductiva-red materno/perinatal, crónicas, trasmisibles y salud mental; y en la restitución de los derechos, las transversalidades de calidad de vida: ambiente, seguridad alimentaria y nutricional, actividad física, y salud y trabajo, y las transversalidades de equidad: discapacidad, desplazados, etnias, mujer y géneros. Esta organización corresponde al ordenamiento de la Dirección de Salud Pública desde 2006, que, además, ordena sus acciones colectivas en torno a los ámbitos de desarrollo de la vida cotidiana, así: ámbito familiar, ámbito escolar, ámbito institucional, ámbito comunitario, ámbito laboral, ámbito IPS.

y al monitoreo y el seguimiento, como *proceso de medición, análisis y mejora* (Secretaría Distrital de Salud, 2008), aunque no altera sustancialmente la estructura ni la operación de los equipos básicos o complementarios.

Con este cambio, además, se logra el posicionamiento, con mayor fuerza, del componente familiar, a través de la introducción explícita de desarrollos teóricos en los lineamientos técnicos, y la implementación de la ficha de vulnerabilidad[17], donde se incluyen instrumentos como el ecomapa y el familiograma, que complementan la ficha de caracterización que venía diligenciándose. Para la apropiación de tal enfoque fue necesario implementar estrategias como la inducción continua de los miembros del equipo y el desarrollo de materiales de consulta como la Guía para Gestores de Salud Pública en el marco de Atención Primaria en Salud con orientación Familiar y Comunitaria, en la cual se especifican las acciones del gestor en cada una de las visitas a la familia, según las condiciones diferenciales y por etapa del ciclo vital, tanto individual como familiar (Secretaría Distrital de Salud, 2008).

Otro cambio significativo se realiza en 2011, con la fusión del Equipo Básico y el Complementario en un Equipo Integrado. El Equipo Integrado será responsable de 6000-7000 familias (es decir, 5 microterritorios de 1200 familias cada uno), y realizará las visitas con equipos que incluyen, además de a los gestores (promotores) de salud, a profesionales de medicina, enfermería, nutrición y odontología. Este cambio en la operación directa con las familias buscó, principalmente, mejorar la calidad de la intervención en casa a través de una educación más cualificada.

Adicionalmente, las intervenciones se reordenan manteniendo la propuesta del enfoque de calidad y su ordenamiento de procesos, a partir de la formulación de respuestas integrales, dentro del marco de la Estrategia Promocional de Equidad de Vida y Salud (Secretaría Distrital de Salud, 2011), así:

- Respuesta uno: "Caracterización y medición de la vulnerabilidad".
- Respuesta dos: "Análisis del riesgo en salud y prevención de la enfermedad".
- Respuesta tres: "Promoción de prácticas favorables para la salud".
- Respuesta cuatro: "Entornos de vida saludable".
- Respuesta cinco: "Protección e inclusión social".

17 Este instrumento se empieza a desarrollar con las familias, con la perspectiva de categorizarlas en inmediatas, urgentes y diferidas, según la ponderación de diferentes categorías del ciclo vital y el enfoque diferencial, con la perspectiva, a la vez, de priorizar la "velocidad" de la respuesta del equipo básico. Sin embargo, se ha usado de forma sistemática solo desde 2008 hasta marzo de 2009, y durante 2011.

- Respuesta seis: "Participación social".
- Respuesta siete: "Gestión integral del ámbito".

APS EN LAS FAMILIAS CON UNA PERSPECTIVA POBLACIONAL Y TERRITORIAL

Para el programa Salud a su Casa,

> [...] la familia se comporta como un entorno natural dónde 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; a su vez, se comporta como primer nodo socializador y movilizador, que facilita el fortalecimiento colectivo del trabajo por los derechos y la democracia participativa, en un contexto sociopolítico y cultural que le imprime determinaciones. En tal sentido, el no reconocimiento de las diferencias entre sus miembros en términos del ciclo vital, de las subjetividades y de los proyectos de vida, condicionan relaciones de poder asimétricas que limitan el ejercicio de la autonomía y la toma de decisiones de cada individuo en su núcleo familiar (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

Según este concepto, el ámbito familiar diseña abordajes diferenciales para cada una de las etapas del ciclo vital que operan a través de los técnicos y los profesionales de las ciencias de la salud de los Equipos Integrados de Salud Familiar y Comunitaria. El mismo esquema se usará en el texto para dar cuenta de los hallazgos. Se presenta aquí la situación problemática que motiva la configuración de los lineamientos técnicos, sus vínculos con la política distrital y nacional y sus resultados en cada una de las etapas del ciclo vital.

Los resultados del programa SASH/SASC se presentan con base en la información capturada en el aplicativo APS en línea desde el 1 de septiembre de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2011. Es necesario aclarar que este aplicativo captura la información de la caracterización de la vivienda, la familia y los individuos en una única oportunidad, y posteriormente registra los seguimientos y las novedades de las familias del programa; es decir, los cambios en la familia solo pueden registrarse a través de las novedades, y no incluyen todas las características indagadas en la ficha inicial. Además, es importante mencionar que hasta 2011 en este aplicativo solo se registran las acciones del gestor en salud; por tanto, no aparecen capturadas

todas las intervenciones realizadas desde el programa (particularmente, las acciones de los equipos complementarios).

La presentación de los resultados y su análisis se desagregarán únicamente por localidad, pues aunque podría realizarse por microterritorio, ello sobrepasa el alcance del presente documento. Los resultados darán cuenta, en primer lugar, de las condiciones de las familias adscritas al programa; posteriormente se abordarán las familias con seguimientos y el número de visitas en relación con los principios de la APS. De igual modo, es importante mencionar que la fecha de corte para cada año es el 31 de diciembre, y que la información de las familias se ha buscado mediante el número de ficha de caracterización asignado, el cual es un número único para cada familia.

Las familias del programa SASH/SASC

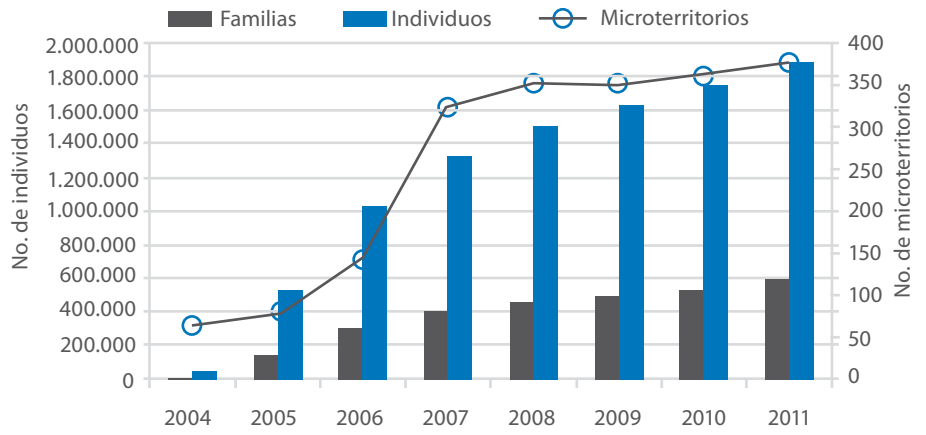
En el proceso de territorialización desarrollado desde 2004 hasta el 31 de diciembre de 2011 se han consolidado 375 microterritorios donde opera el programa, lo cual ha permitido la caracterización de 600.435 familias, a las que pertenecen 1.887.567 individuos de las zonas más vulnerables de 19 de las 20 localidades del Distrito Capital[18]. Sin embargo, a la fecha de corte se encuentran 437.210 familias activas (72,8%) y 163.225 familias inactivas (27,2%). Adicionalmente, a la fecha de corte, el 76% de los microterritorios se encuentran ubicados en las localidades de Suba, Bosa, Ciudad Bolívar, Rafael Uribe, San Cristóbal, Kennedy y Usme (Anexo 1).

Al comparar el proceso de territorialización que se alcanzó hasta diciembre de 2011 se evidencia un incremento del 79% en cobertura territorial, en comparación con 2005, y del 6% respecto a 2008. También se observa un crecimiento del 80% en el número de microterritorios entre 2004 y 2007; de 62 microterritorios se pasó a 325, mientras que durante el periodo 2008-2011 el crecimiento es del 12%, al pasar de 351 microterritorios a 375.

El crecimiento en el número de microterritorios SASC se corresponde con un incremento en la cobertura a familias e individuos, con un comportamiento diferencial en las localidades: localidades como Suba, Bosa, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal y Ciudad Bolívar muestran mayor crecimiento, mientras Chapinero, Puente Aranda, Candelaria, Santafé y Mártires se mantienen estables en el tiempo.

18 La localidad de Teusaquillo no tiene microterritorios de SASC, pues no tiene registrada población con niveles 1 y 2 del SISBEN, ni tiene UPZ priorizadas en el eje social por zonas de calidad de vida y salud.

Figura 9. Crecimiento anual de microterritorios SASH/SASC (2004-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de diciembre de 2011.

Es importante señalar que el crecimiento en el número de familias e individuos que se incorporan al programa es continuo, aunque no haya crecimiento concomitante en los microterritorios, como lo muestra lo ocurrido durante el periodo 2008-2009.

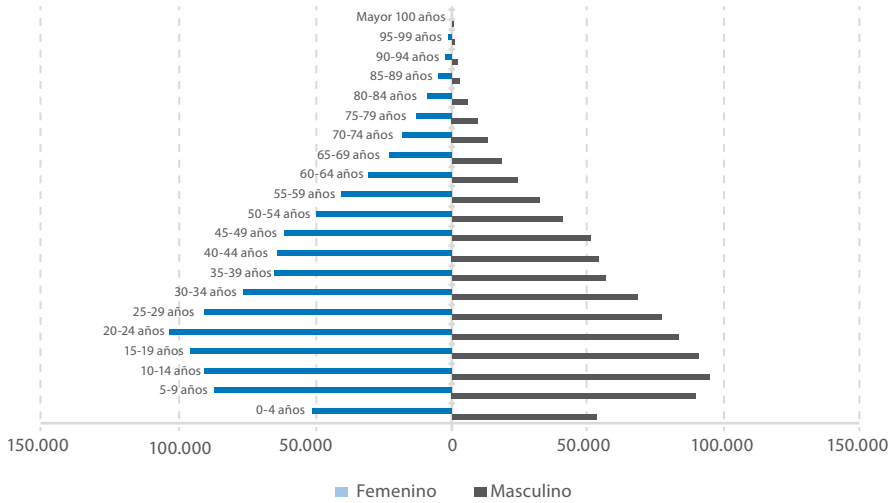
Respecto al análisis poblacional, podemos decir que anualmente se ha mantenido estable el número de familias inactivas: entre el 35,2% y el 27,2%; ello permite ver el constante recambio de la población del programa y es un indicador indirecto de su movilidad en el Distrito. Para los individuos se observa un descenso sostenido de la población inactiva, que varía entre el 35% y el 26,7%; 2011 fue el año con menor proporción de familias inactivas.

Por otro lado, al comparar la cobertura distrital del programa alcanzada hasta 2008 y la alcanzada hasta diciembre de 2011 no se evidencia incremento. Al contrario, hay un leve descenso, pues en 2008 se logra una cobertura del 26%, mientras que para 2011 es del 25% del total de la población de Bogotá.

Respecto a la distribución por sexo de la población SASC, hasta el 31 de diciembre de 2011 se evidencia una ligera preponderancia de las mujeres, quienes representan el 53%, mientras que los hombres representan el 47%. Se observa, igualmente, una

amplia base de población joven en la distribución etaria, con un porcentaje mayor en el rango de 10-29 años, como lo demuestra la siguiente pirámide poblacional.

Figura 10. Pirámide poblacional SASH/SASC (2004-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de diciembre de 2011.

Al agrupar la población por etapa de ciclo vital se presenta mayor proporción de sujetos en la etapa de adultez, con el 41,4%, seguida de infancia, con el 25,2%; la juventud aporta el 24% de la población del programa, y en la vejez está el 9,7% de la población.

Las familias del programa habitan, predominantemente, en zona urbana (98,7%). Solo el 1,2% de las familias SASH/SASC están ubicadas en zona rural; sobre todo, en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Sumapaz y Usaquén. Sin embargo, al indagar por las características de la vivienda de las familias caracterizadas, se evidencia que hasta 2005 el 15% de las familias habitaban viviendas en situación de ilegalidad. El reporte ha ido disminuyendo a lo largo de los últimos 6 años: llegó al 5,7% en 2008, y al 5%, en 2011, con una reducción total del 10,3% para el periodo 2004-2011.

Tabla 2. **Distribución porcentual de la población cubierta según etapa del ciclo vital (2004-2011)**

Etapa de ciclo vital	Rangos	Individuos	Porcentaje	
Infancia	Menor de un año	91.259	4,7	25
	De 1 a 4 años	115.230	5,9	
	De 5 a 9 años	139.185	7,1	
	De 10 a 14 años	142.365	7,3	
Juventud	De 15 a 19 años	113.389	5,8	16,2
	De 20 a 26 años	203.595	10,4	
Adultez	De 27 a 44 años	343.551	17,6	27,1
	De 45 a 59 años	185.994	9,5	
Vejez	60 años y mas	111.241	5,7	5,7

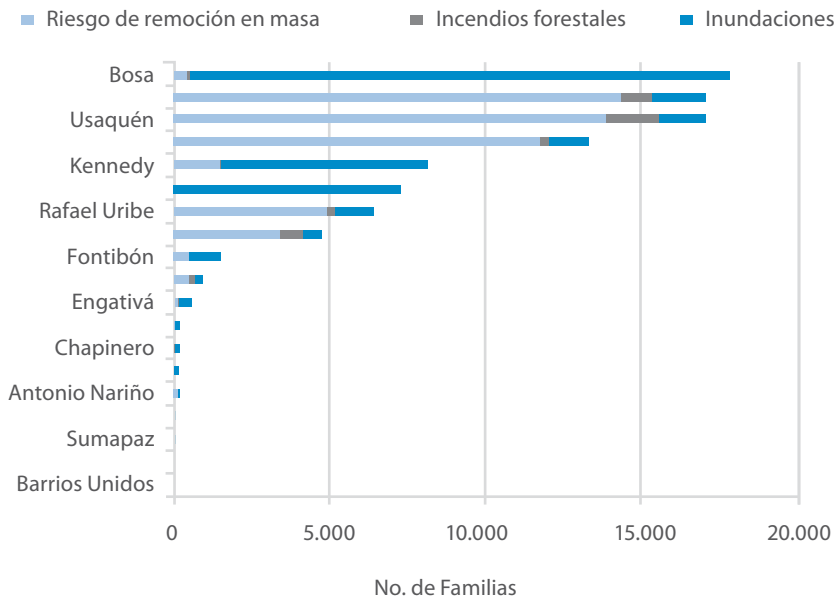
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de diciembre de 2011.

Para 2005 las localidades en las cuales se presentaba mayor número de familias que habitan viviendas no legalizadas eran Usaquén, Rafael Uribe, Chapinero, Usme, Kennedy y Ciudad Bolívar, mientras que en 2008 y 2011 sobresale la localidad de Ciudad Bolívar con el mayor porcentaje de familias en dicha situación.

Pese a residir en zona urbana, el 30% de las viviendas donde viven las familias del programa se encuentran en riesgo ambiental; las localidades con mayor riesgo de inundaciones son: Bosa, Kennedy, Tunjuelito y Fontibón; con mayor riesgo de remoción en masa: Usme, Usaquén y Ciudad Bolívar, y con riesgo de incendio forestal: Usaquén, Usme y San Cristóbal.

En lo referente a propiedad sobre la vivienda, se observa que el mayor porcentaje de familias viven en arriendo (51%), porcentaje seguido por el de las familias que viven en casa propia pagada (28%) o propia pagando (10%); por último, están las familias que viven en subarriendo (2%). Sin embargo, al observar los cambios respecto a las familias que ingresan anualmente al programa para 2005, 2008 y 2011, se evidencia cómo las familias que viven en arriendo aumentaron del 44% en 2005 al 64% en 2011. Al mismo tiempo, hay un descenso en las familias que residen en vivienda propia pagada, del 37% durante 2005 al 17% en julio de 2011. Al desagregar el

Figura 11. Riesgo ambiental identificado por SASH/SASC



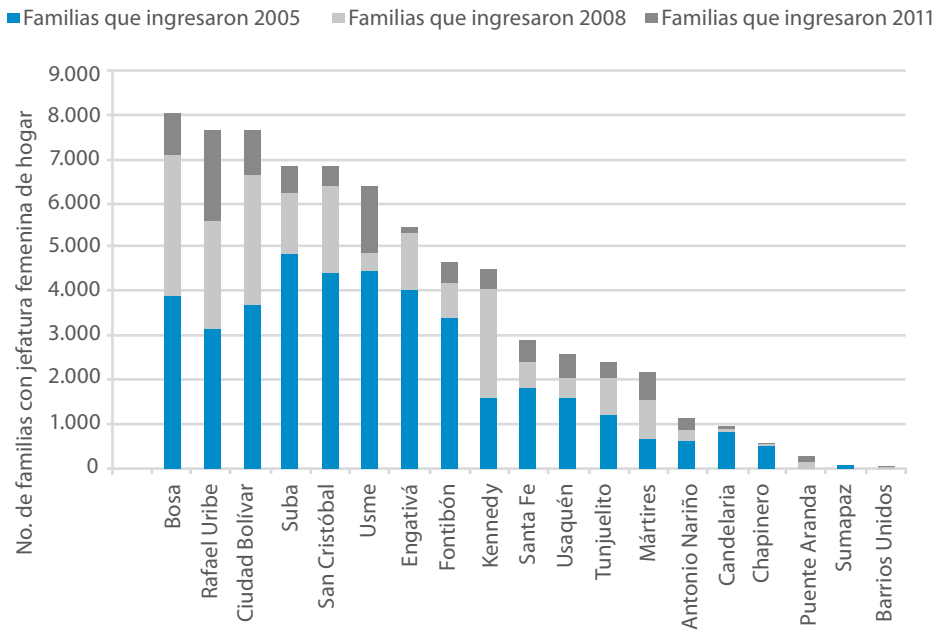
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de diciembre de 2011.

comportamiento por localidad vemos que en las localidades de Suba, Kennedy, Rafael Uribe, Bosa, Ciudad Bolívar y Engativá se concentra el 63,2% de las familias que viven en arriendo y subarriendo.

Al valorar el acceso de las familias del programa a los servicios públicos, con corte al 31 de diciembre de 2011 y de forma acumulada, vemos que 269.838 de las familias (45%) que han ingresado al programa carecen de uno de los servicios públicos domiciliarios: de telefonía fija carecen el 46,6%; de gas domiciliario, el 40%; de acueducto, el 5,8%; de recolección de basuras, el 5,4%, y de energía eléctrica, el 2,17%. La localidad que mayor carencia tiene en los servicios públicos domiciliarios es Ciudad Bolívar, donde se registra que de las 60.097 familias que han sido en algún momento cubiertas por el programa, el 1,9% carece de energía; el 5,1%, de recolección de basuras; el 7,4%, de acueducto y de acceso a agua potable, y el 29,2%, de telefonía fija.

En cuanto al hacinamiento[19] en las familias del programa, se observa una tendencia sostenida a su disminución en todo el Distrito; vemos que el porcentaje de familias en esta situación durante 2005 fue del 11,29%, mientras en 2008 fue del 1,09%, y a diciembre de 2011 paso al 0,42%. Pese a dicha reducción, la localidad de Ciudad Bolívar concentra el mayor número de familias en esta situación, mientras que en Chapinero, Sumapaz y Puente Aranda está el menor número de casos. Es importante señalar que el promedio de sujetos que conforman una familia en el programa SASH/SASC es de 3-4 personas.

Figura 12. Localidades de mayor número de familias con jefatura femenina del hogar, caracterizadas en 2005, 2008 y 2011



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de diciembre de 2011.

Respecto a la jefatura del hogar en las familias SASC, se evidencia un ligero incremento en el porcentaje de familias con jefatura femenina, que pasó del 33% al 36%

19 Cálculo realizado sobre la ficha caracterización, variable utilización exclusiva de dormitorios (No. de personas / No. de dormitorios), definido el hacinamiento como más de 3 personas por dormitorio.

entre 2005 y 2008, aunque no presentó una variación importante durante el periodo 2008-2011. Las localidades donde se registra de forma acumulada mayor jefatura femenina del hogar (2004-2011) son: Suba, Rafael Uribe, Bosa, Ciudad Bolívar y San Cristóbal.

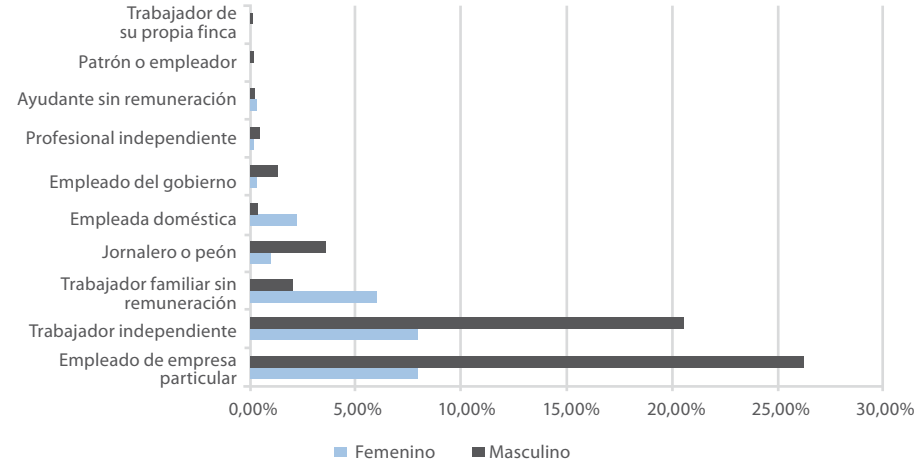
En relación con el nivel educativo de los jefes de hogar en las familias SASC, solo en 284.982 de todas las familias caracterizadas al 31 de diciembre de 2011 (47,5%) el jefe de hogar ha logrado completar algún nivel de estudios: primaria (49,1%) y secundaria (40,5%). En condición de analfabetismo se encuentran el 6,8% de las jefas o los jefes de hogar. Es importante señalar que en todos los niveles educativos los hombres jefes de hogar representan la mayoría de los graduados, y que la localidad con mayor nivel educativo es Suba, donde, además, se encuentran los únicos hogares con posgraduados en esta posición de la familia. En contraste se halla la localidad de Sumapaz, donde está la menor concentración de jefes de hogar con secundaria y primaria completas.

Al indagar la ocupación de las jefas y los jefes de hogar de las familias SASC comparando por sexo, observamos que la mayoría de las personas con dicha posición en la familia se ocupan como empleados de empresa particular (34,21%) y como trabajadores independientes (28,54%); en ambos casos, con mayor presencia masculina. Solo en el trabajo familiar sin remuneración, en el caso de las empleadas domésticas y en el de ayudantes sin remuneración, las mujeres superan porcentualmente a los hombres, lo cual indica una mayor vulnerabilidad de estos hogares, que representan el 11,20% de las familias del programa. Llama la atención que en el 18,67% de las caracterizaciones familiares realizadas entre septiembre de 2004 y octubre de 2011 no hay información de la posición ocupacional.

Como parte del análisis de la situación de las familias del programa, tenemos que el 13,5% de las familias caracterizadas durante el periodo 2004-2011 al momento de la visita han dejado de recibir una de las comidas principales, mientras que el 14,4% de las familias han dejado de comprar alimentos por falta de dinero, y el 11,6% de las familias han reducido los alimentos para menores de 5 años, lo que ha sido más notorio en 2005 y 2010.

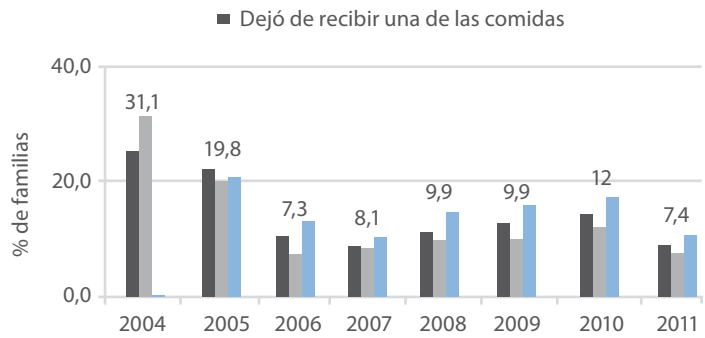
Adicionalmente, al rastrear la condición de las familias caracterizadas desde el inicio del programa a la fecha de corte, el 2,5% se encuentran en situación o condición de desplazamiento; de estas familias, el 45% no han ingresado al sistema de información oficial sobre desplazamiento, lo que limita su acceso a los subsidios

Figura 13. Distribución por ocupación y sexo en las familias caracterizadas por SASH/SASC (2004-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de diciembre de 2011.

Figura 14. Familias con compromiso del derecho a la alimentación, según año de caracterización

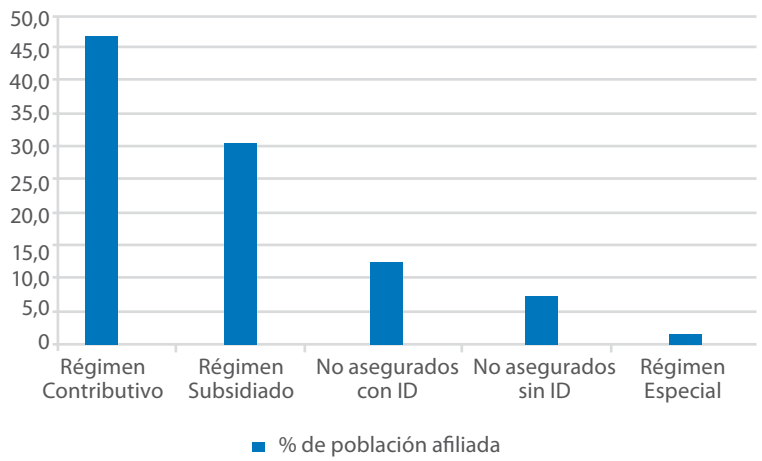


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de diciembre de 2011.

del Gobierno Central. Así mismo, se encontraron 4.813 familias con pertenencia étnica (0,8%), de las cuales la mayor parte son afrodescendientes (40,7%), seguidas por las familias indígenas (32,3%) y las de origen *rom* (27%). También se encuentran registradas 24.666 familias (4%) con miembros en condición de discapacidad.

Por último, en términos de aseguramiento, se encuentra que los individuos que componen las familias SASC están afiliados al régimen contributivo en un 47,5%, y al régimen subsidiado, en el 30,9%. El 20% de la población del programa no tiene ninguna afiliación al SGSSS, y el 1,6% pertenece a alguno de los regímenes especiales. Es importante señalar que del 20% de los individuos sin aseguramiento, el 7,2% de las personas no cuenta con identificación, lo cual resulta en mayor vulnerabilidad, toda vez que la identificación es un derecho fundamental y es el medio de acceso a todos los servicios sociales. También llama la atención que el 50,9% de la población del programa se encuentra bajo la protección directa del Estado, bien sea por la vía del régimen subsidiado o por los servicios de subsidio a la oferta que presta la red pública en las Empresas Sociales del Estado.

Figura 15. Aseguramiento de los individuos caracterizados en SASH/SASC (2004-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de diciembre de 2011.

ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DEL PROGRAMA DESDE LOS PRINCIPIOS DE APS

Principio de interdisciplinariedad

Las acciones realizadas con las familias se hacen a través de gestores de salud (técnicos en salud pública o auxiliares de enfermería); técnicos en saneamiento ambiental y salud ocupacional, y profesionales de medicina, enfermería, psicología, ciencias ambientales, terapeutas, odontología, nutrición y ciencias sociales y humanas.

De las familias adscritas al programa, encontramos que, anualmente y en promedio, cada gestor ha realizado visitas de seguimiento a 179.008 familias[20], con una tendencia creciente sostenida, si bien durante 2011 hubo un ligero descenso, y, según los datos preliminares[21], se visitó a un total de 256.161 familias. Ahora bien, el promedio anual de visitas de seguimiento es de 431.443, de las cuales el promedio de visitas efectivas es de 376.857, y el promedio de visitas fallidas, de 52.213. Para 2011 se registran 575.911 visitas de seguimiento, de las cuales 499.971 son visitas efectivas (86,7%), y 76.640, fallidas (13,3%).

Es fundamental poner de presente que para 2011 el programa cuenta con un talento humano de 1.310 personas empleadas de tiempo completo, concentradas en el nivel local. Pese a su número, este resulta insuficiente, dada la necesidad, y en muchos casos es superado por la responsabilidad frente al número de familias. El mayor déficit se encuentra en los gestores en salud y en los profesionales de las ciencias de la salud[22].

20 De estos promedios para el análisis se excluye 2004, ya que durante ese año el programa estaba en apertura, y su objetivo central era realizar adscripciones a los microterritorios de SASH.

21 Son preliminares, pues a la fecha de corte (31 de diciembre de 2011) faltan por digitar los seguimientos a las familias de los microterritorios nuevos, y se encuentran represados, en promedio, 4000 seguimientos por ESE, que corresponden a la vigencia 2011.

22 No es posible realizar correlaciones de talento humano en años anteriores, por la falta de disponibilidad de información.

Tabla 3. **Talento humano operativo de SASC Distrital (TH), 2011**

Familias activas: 437.210; individuos activos: 1.446.103

Perfiles	TH Distrital contratado	Razón individuos SASC/perfil	Razón familias SASC/perfil
Gestor Comunitario	94,8	4.612	15.254
Gestor en Salud	620,5	3.217	2.331
Técnico Ambiental	56,9	7.684	25.415
Técnico en Salud Ocupacional	13	33.632	111.239
Técnico en Nutrición	2,1	208.195	688.620
Higienista Oral	32,8	13.330	44.089
Médico	50,5	8.658	28.636
Enfermera	57	7.670	25.370
Terapeuta	30,5	14.335	47.413
Psicóloga	41,7	10.485	34.679
Social/Humanas	29	15.076	49.866
Ingeniero Ambiental	18,6	23.506	77.747
Nutricionista	11,1	39.388	130.280
Odontólogo	12,5	34.977	115.688
Digitador	135,9	3.217	10.641
Técnico en Sistemas	13	33.632	111.239
Soporte Territorial	46,2	9.463	31.301
Apoyo a la Gestión	13	33.632	111.239

Fuente: Monitoreo SASC 2011. Dirección de Salud Pública.

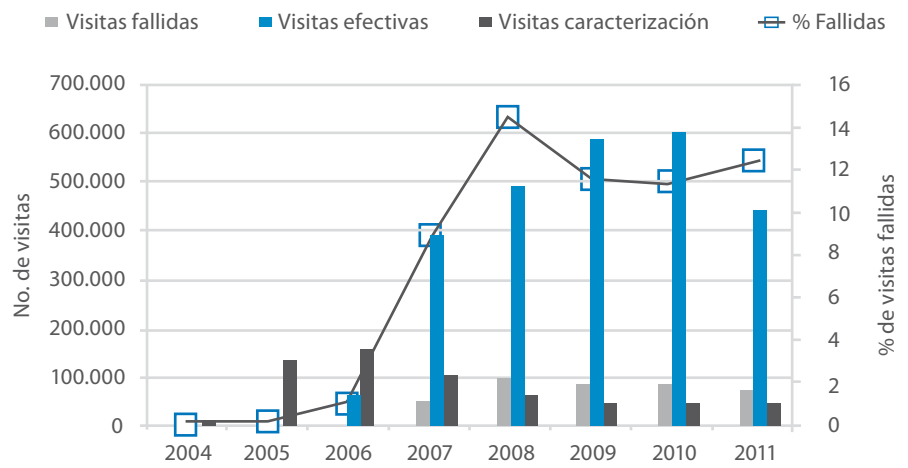
Principio de continuidad

Es importante señalar que el 50% de las visitas de seguimiento efectivas se concentran, en su orden, en las localidades de Suba, Bosa, Rafael Uribe Uribe, Ciudad Bolívar y San Cristóbal; mientras, el 50% de las visitas fallidas se registran, en orden descendente, en Bosa, Engativá, Ciudad Bolívar y San Cristóbal.

Durante 2011, además, se ha visitado a un total de 41.850 familias por parte de cada profesional de enfermería, y a 39.989 por cada profesional de medicina, lo que, a su vez, representa el 16,3% y el 15,6%, respectivamente, de las familias con seguimiento efectivo.

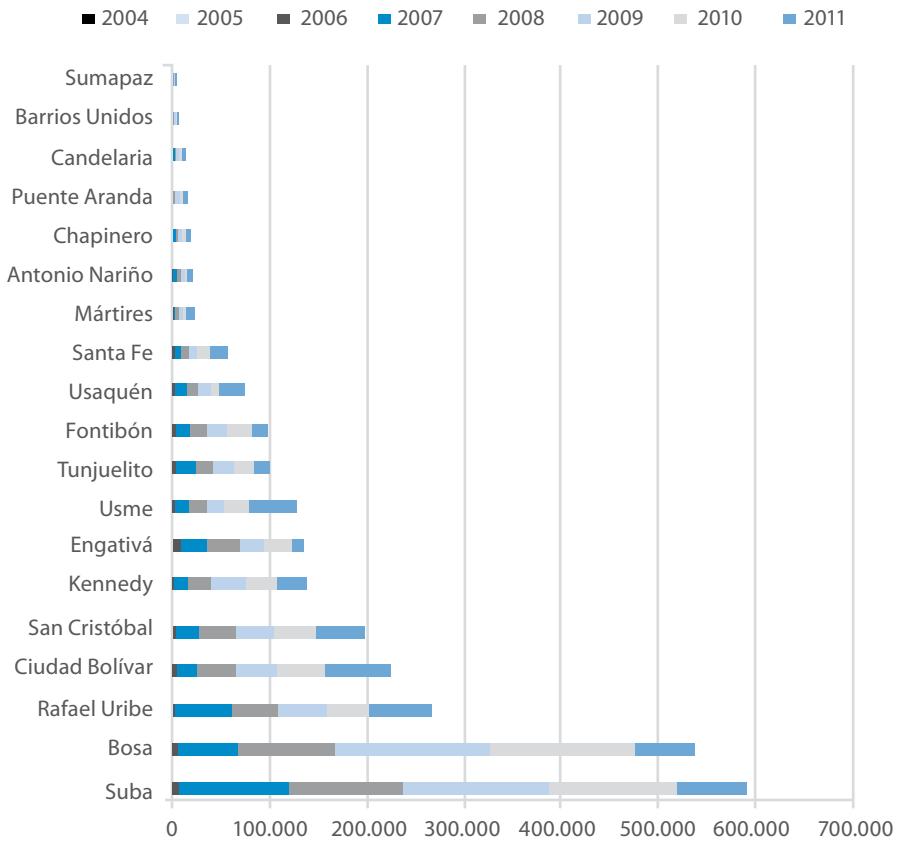
Sobre la frecuencia de visitas en cada familia, debemos anotar que el 30% de las familias tienen 2 visitas al año, de manera permanente, por parte de los gestores en salud, y entre el 16% y el 30% tienen más de 2 visitas al año, lo que nos da cuenta de la longitudinalidad del programa. Mientras, en la mayoría de las localidades se ha logrado hacer seguimiento continuo al 30% de las familias durante los últimos 4 años de ejecución.

Figura 16. Visitas en casa del programa SASH/SASC



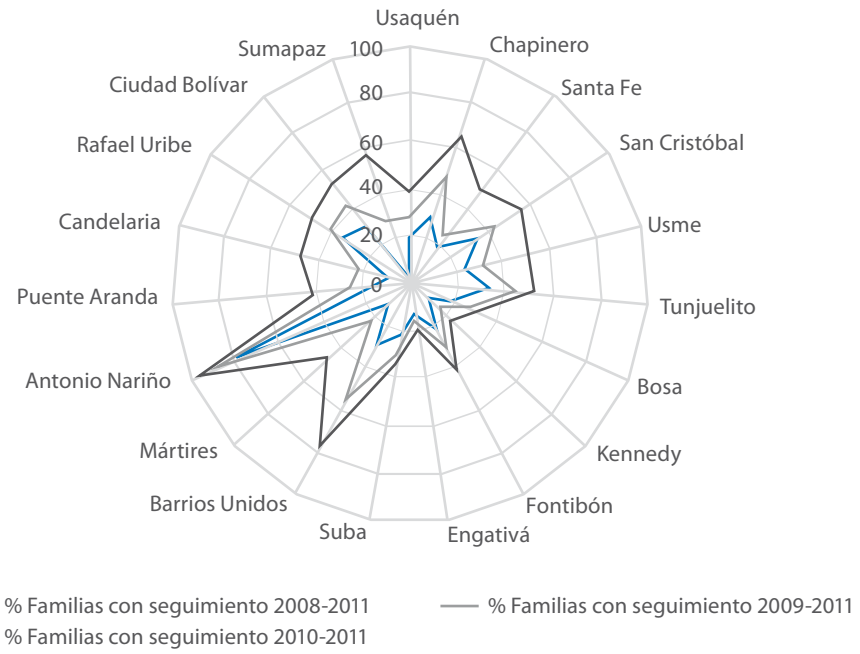
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de diciembre de 2011.

Figura 17. Comportamiento de las visitas efectivas por localidad



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de diciembre de 2011.

Figura 18. Continuidad del programa SASC (2008-2011)



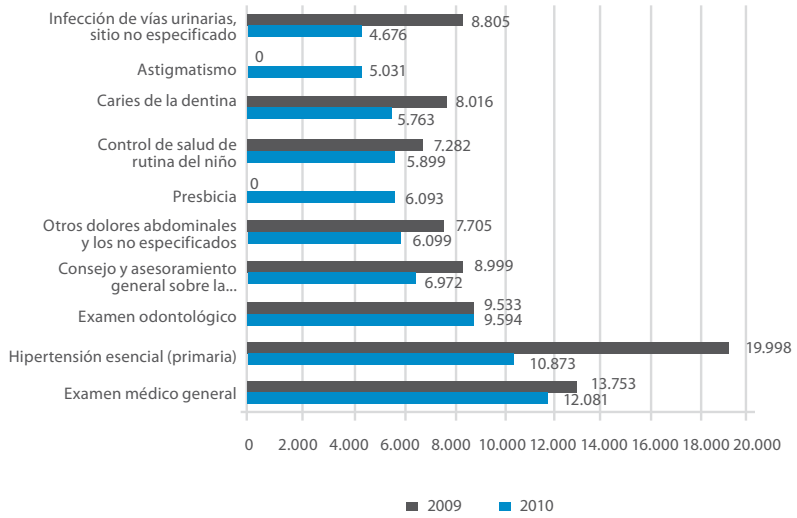
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de diciembre de 2011.

Principio de integralidad

Al buscar la materialización de la integralidad mediante la efectividad de las acciones de canalización al sector salud, y tomando como muestra 2009 y 2010[23], se observa, al comparar a los individuos canalizados con quienes acudieron a los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias con los RIPS de las ESE del sector público, el siguiente comportamiento:

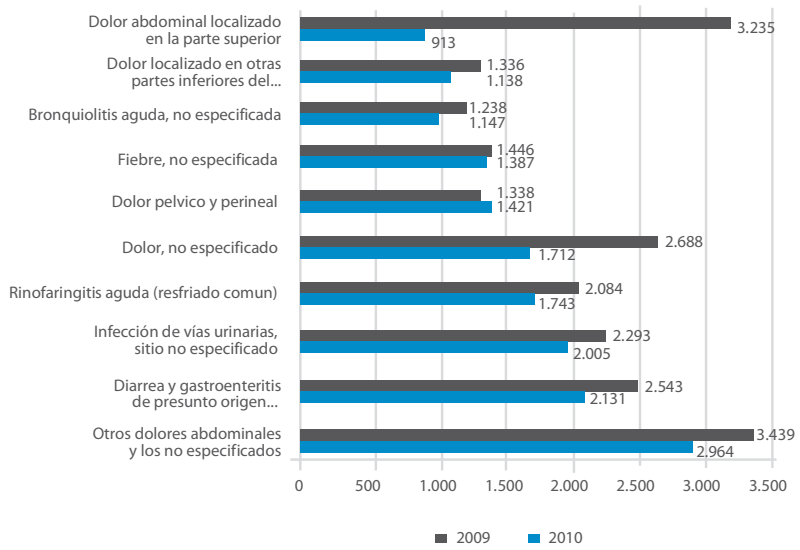
23 Se toman estos años por la disponibilidad de los cruces de información con los RIPS.

Figura 19. Los diez principales diagnósticos de consulta en individuos caracterizados en Salud a su Casa (2009 y 2010)



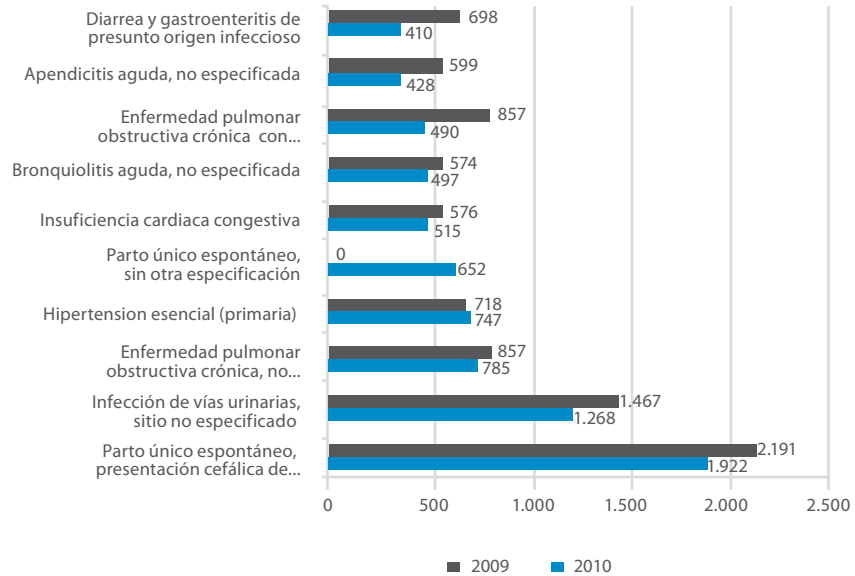
Fuente: RIPS Red Pública-APS en línea, para 2009 y 2010.

Figura 20. Las diez principales causas de urgencias de individuos caracterizados en Salud a su Casa (2009 y 2010)



Fuente: RIPS Red Pública-APS en línea, para 2009 y 2010.

Figura 21. Las diez principales causas de hospitalización a individuos caracterizados en Salud a su Casa (2009 y 2010)



Fuente: RIPS Red Pública-APS en línea, para 2009 y 2010.

Para estos mismos años, de las 35.546 mujeres entre los 25 y los 59 años de edad, 19.199 (54%) estaban sin citología cervicovaginal (CCV) y fueron canalizadas a dicho servicio. De ellas, solo 2.377 (12%) se realizaron el examen durante ese mismo año. Todo ello muestra que, pese a la canalización, de las mujeres pertenecientes al régimen subsidiado o desvinculadas del Sistema de Salud solo un pequeño porcentaje de ellas acceden al procedimiento. Esto hace pensar que se requiere profundizar en estudios respecto a las causas de esta situación, y las posibles estrategias para afrontarla.

RESULTADOS DE LA OPERACIÓN DEL PROGRAMA SASH/SASC POR ETAPAS DEL CICLO VITAL

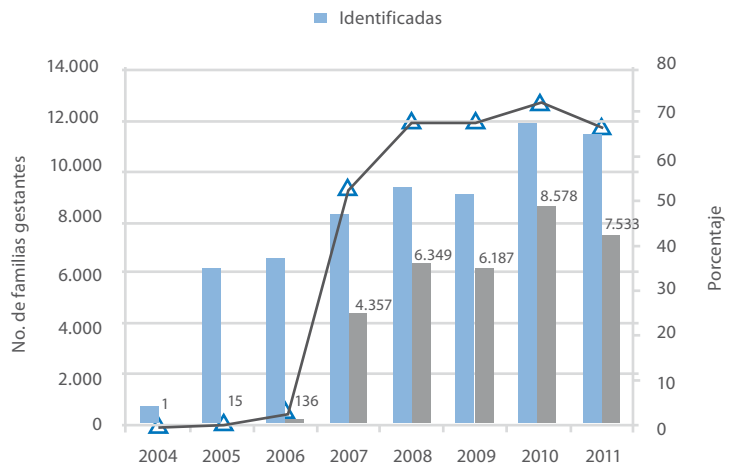
Gestación

Durante el periodo 2004-2011 se identificó a 63.492 mujeres en gestación, con un promedio anual de 7.937 gestantes identificadas en los microterritorios de SASH/SASC, y el mayor porcentaje de identificación fue durante 2011, con el 18,7% (Anexo 1). Las Localidades con mayor porcentaje de gestantes identificadas son: Ciudad Bolívar (12,1%), Suba (11,3%), San Cristóbal (10,8%) Rafael Uribe (10,1%) y Bosa (8,5%).

Se ha visitado, con un seguimiento efectivo, a un total de 33.156 gestantes, que corresponden al 52,2% de las captadas por el programa, con un promedio anual de 4.144 gestantes. La mayor concentración de personas visitadas se da durante 2010, con el 25,8%.

Respecto a la capacidad de respuesta a las gestantes, se observa un comportamiento favorable: a partir de 2007 dicho porcentaje oscila desde el 52% hasta alcanzar el 72% durante 2010, y bajar al 66% en 2011.

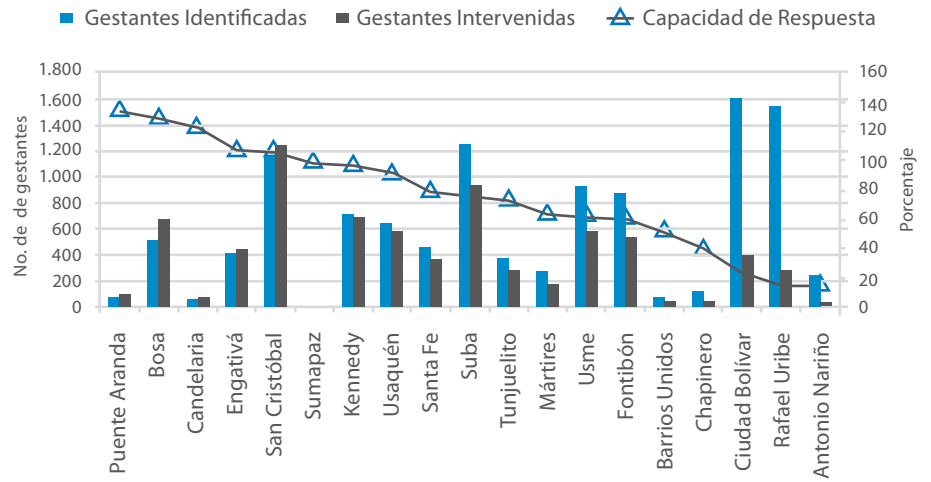
Figura 22. Capacidad de respuesta a las gestantes SASH/SASC (2004-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de diciembre de 2011.

De las 19 localidades de las que se tiene información, 10 tuvieron durante el 2011 una capacidad de respuesta mayor al 75%. Es importante mencionar que existen localidades con porcentajes de capacidad de respuesta mayores que el 100%, pues en el momento de corte del análisis de información se consideró como denominador a las gestantes activas; sin embargo, muchas gestantes sujetos de intervención durante el año pudieron ser intervenidas e inactivadas a lo largo del mismo periodo.

Figura 23. Capacidad de respuesta a las gestantes por localidades, SASC (2011)

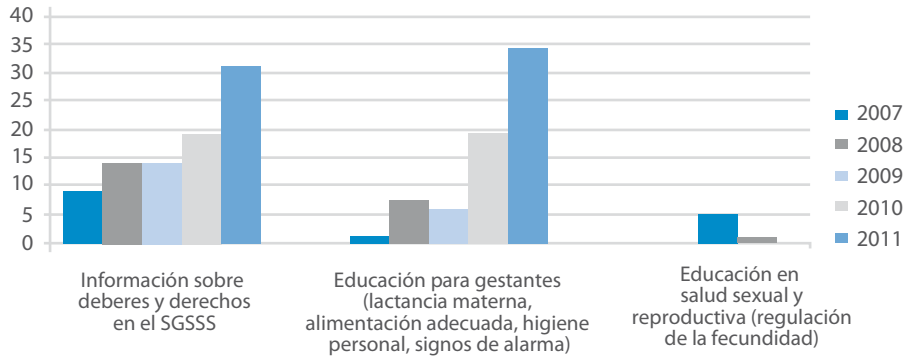


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de diciembre de 2011.

Durante el periodo 2004-2011 se realizaron 189.628 actividades con las gestantes, las cuales se concentran, mayoritariamente, en las actividades de tipo educativo (48%), seguidas por actividades de verificación de asistencia al programa de control prenatal (29%) y actividades de canalización al control prenatal (29,5%). En menor porcentaje se canalizó a adolescentes gestantes a la Secretaría de Integración Social.

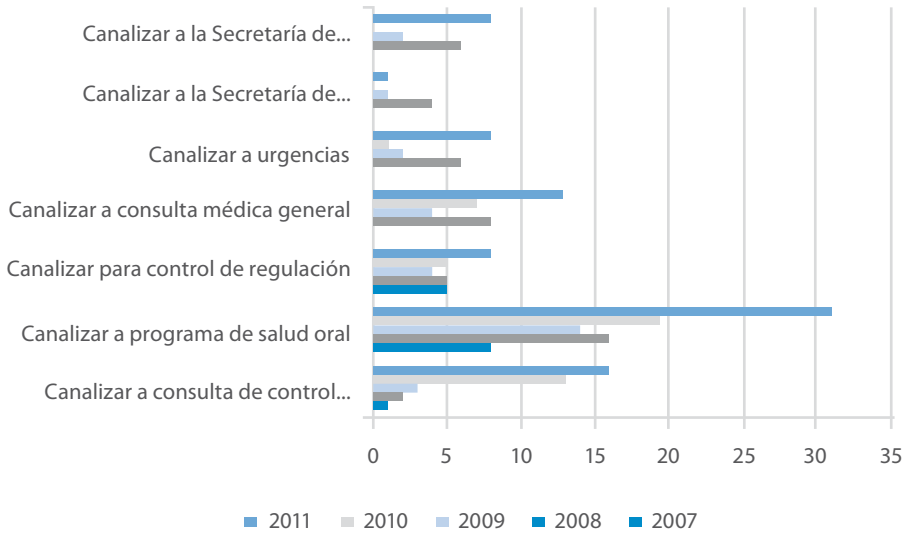
Desde el inicio del programa SASH, en 2004, las acciones con la familia gestante fueron diseñadas por el equipo técnico distrital en salud sexual y reproductiva. Al respecto se definió que el promotor de salud de SASH realizaba la caracterización

Figura 24. Actividades de información, educación y comunicación con gestantes de 10-14 años (2007-2011)



Fuente: Sedretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

Figura 25. Canalización a gestantes de 10-14 años (2007-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

de la familia, y posteriormente se profundizaba a través de la identificación y la lectura de necesidades sobre las particularidades de la familia gestante[24].

La prioridad era *identificar barreras de acceso* (aseguramiento, disponibilidad de recursos económicos, cercanía y conocimiento de los lugares de atención de consulta externa y de urgencias, asistencia a los controles prenatales, vacunación para tétanos), *riesgos psicosociales* (pobre red de apoyo familiar, escolaridad, depresión, aceptación del embarazo, violencia intrafamiliar) y *riesgos biológicos* (edad, paridad, antecedentes de abortos, mortinatos, o enfermedades de la madre) que pusieran en riesgo la vida del binomio madre-hijo. En función de ello, las asesorías en casa estaban orientadas a brindar información sobre la gratuidad y el derecho de la gestante al cuidado y el seguimiento de la gestación durante los controles prenatales, la atención del parto y del puerperio, indistintamente del tipo de afiliación al sistema de seguridad social (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006).

Ante cualquiera de tales hallazgos, el promotor de salud establecía acciones prioritarias: verificación de la asistencia a controles prenatales y de la vacunación contra el tétano; canalización a controles prenatales; canalización al psicólogo del equipo complementario, para intervención en casa; canalización a consulta externa de medicina general, odontología o nutrición, y, según riesgo biológico, al primero, segundo o tercer nivel de atención; instrucción y canalización para afiliación al sistema general de seguridad social en salud, y canalización a programas de la Secretaría de Integración Social.

Durante la visita el gestor educa sobre la importancia de una buena alimentación y el abandono de hábitos no saludables, como el consumo de sustancias psicoactivas, tabaco y alcohol; también se hace énfasis en la detección temprana de signos de alarma en cada uno de los trimestres del embarazo y del puerperio, por parte de la gestante y de su familia, para la búsqueda de atención médica de urgencias; se estimula la lactancia materna exclusiva; se promueve el cuidado del recién nacido; se informa sobre los cambios en la vida sexual durante la gestación; se promueven los ajustes en las actividades diarias del hogar y del trabajo, y se comunica sobre los cambios que acompañan este nuevo papel, en el caso de las primigestantes.

Lo concertado en el plan familiar, dada la prioridad de la familia gestante, era objeto de seguimiento tanto por parte del profesional de medicina o de enfermería

24 Para la caracterización de la familia gestante se construyó el formato *Mujer gestante en atención primaria en salud*, donde se registran los hallazgos objetivos y subjetivos de las visitas del promotor.

como del coordinador del programa en cada ESE. En caso de ser necesario, alguno de estos profesionales visitaba en casa a la familia para reforzar el proceso iniciado por el promotor de salud (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010).

Es importante aclarar que la periodicidad de visitas a las familias gestantes estaba orientada por la situación de vulnerabilidad detectada durante la caracterización (lectura de necesidades); incluso, se llegó a hacer visitas mensuales hasta conseguir, por ejemplo, adherencia a los controles prenatales. Se mantenían los seguimientos por parte del mismo equipo hasta el nacimiento del bebé, momento en el cual la intervención enfatizaba en las condiciones para el ciudado del bebé en el hogar y los derechos de la mujer respecto a la regulación de la fecundidad, el desarrollo de la sexualidad y la prevención de la violencia (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006, 2008). Con la puesta en marcha de dichas acciones se materializaban la territorialidad, integralidad, continuidad, longitudinalidad, transectorialidad y enfoque de derechos como principios de la APS.

Para el periodo 2008-2010, atendiendo a los cambios ocurridos en el programa y recogiendo la experiencia de años anteriores, la intervención de las gestantes se ubicó dentro de los procesos misionales de restitución de la autonomía, por lo que se trazó como objetivo: "Fortalecer a la familia como red de apoyo de tal forma que se consolide un entorno favorable para la salud y la calidad de vida de la mujer gestante, el fruto de la gestación y su familia" (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009).

Se desarrollaron, por otra parte, materiales de apoyo para la inducción, la reinducción y la capacitación de los promotores de salud, tales como la *Guía para gestores de Salud pública en el marco de Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria*, el *Decálogo de derechos en salud de las mujeres gestantes y sus familias en Bogotá D. C.*, el *Decálogo de compromisos en salud de las mujeres gestantes y sus familias en Bogotá D. C.*, y el rotafolio *Asesoría integral en salud sexual y reproductiva* (Colombia); además, se constituyó la Red Social Materno-Infantil (Secretaría Distrital de Salud, 2008, 2009, 2010).

Durante el periodo 2008-2010 se diferencia el perfil del trabajador de la salud que realiza seguimiento periódico, según el riesgo materno-perinatal. Para el bajo riesgo las visitas son realizadas por el promotor de salud, y para el alto riesgo se acompaña la visita con la enfermera o el médico referente del Proyecto de Desarrollo de Autonomía Salud Sexual y Reproductiva, quien se articula con el equipo básico, aunque no forme parte de él, y sí, del ámbito comunitario o del componente de gestión social, según la dinámica de cada ESE. Respecto a la periodicidad de las visitas, se considera suficiente la realización de cuatro visitas durante la gestación; la última de ellas, durante el puerperio (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2008, 2009, 2010).

Durante este período se identifican como urgencias materno-perinatales la presencia de VIH, sífilis gestacional o hipotiroidismo congénito, así como la situación de casa por cárcel de la madre y cualquier caso de mortalidad materna o perinatal. A tales eventos se les determina su correspondiente atención diferencial y su acompañamiento desde el equipo de la red social materna e infantil, mediante una visita de tres horas, durante la cual se hace canalización a servicios de psicología (Secretaría Distrital de Salud, 2009).

De manera complementaria, desde 2005, y dentro del marco de la promoción de la autonomía para las familias gestantes en situación de riesgo en salud oral, el equipo técnico de salud oral inicia visitas en casa a cargo de higienistas orales, quienes desarrollan acciones encaminadas a hacer del hogar un ámbito favorable a la salud oral para toda la familia. Esto implica trabajar sobre el soporte social en las dimensiones de relaciones sociales y de condiciones estructurales como las condiciones materiales del hogar (espacio físico; disponibilidad de elementos como cepillos, crema dental y seda; disponibilidad de agua potable, entre otros) y los valores familiares frente a estas prácticas (que se consideren momentos positivos para la familia, que se den prácticas compartidas, entre otros).

Durante 2011, con el cambio de operación, se fortalecen las visitas del equipo integrado a las familias gestantes con esquema de asesorías en casa (entre dos y cuatro visitas).

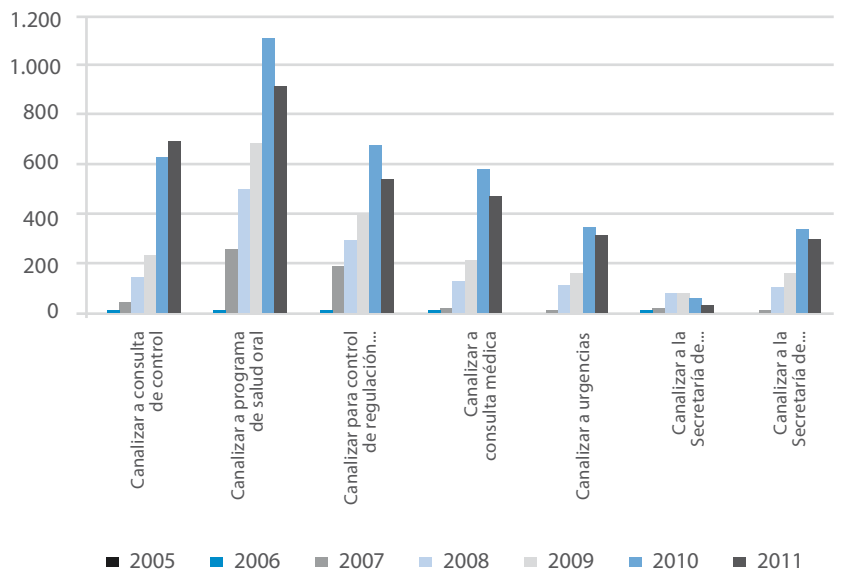
Para las gestantes de alto riesgo se proponen cuatro visitas: dos por parte del profesional de medicina, y dos, por parte del profesional de enfermería. Durante el puerperio, además, se propone una visita por parte del profesional de medicina. Las visitas se realizan con una periodicidad mínima entre ellas, de 20 días. Adicionalmente, para las gestantes de alto riesgo en quienes se identificaba riesgo en salud oral se realizan dos visitas por higienista oral, y para aquellas en condición de mayor vulnerabilidad, una tercera visita por el profesional de odontología. Además, para las gestantes de alto riesgo con necesidades nutricionales se realiza una visita por el profesional de nutrición adicional a la canalización a servicios sociales, como

los comedores comunitarios o los bonos de alimentación de la SDIS (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

Es importante resaltar que la diferencia entre las acciones planteadas en torno a la información, la educación, la canalización y la información desarrollada durante 2011 por los profesionales de las ciencias de la salud son de mayor profundidad y están más cualificadas, además de aportar mayores elementos para la gestión de respuestas integrales. Esto no significa que los contenidos se modifiquen respecto a lo planteado en años anteriores.

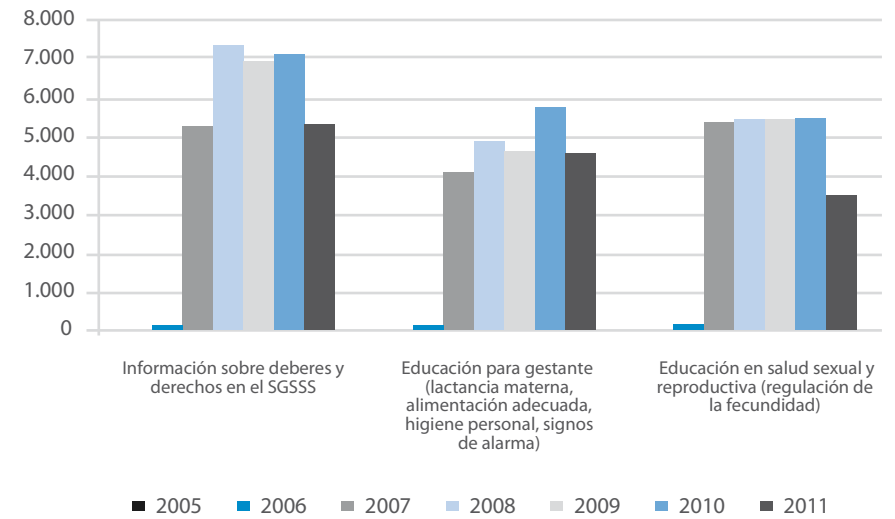
Durante todo el tiempo de desarrollo del programa SASH/SASC las gestantes de alto riesgo materno y perinatal han sido atendidas, aunque su residencia no se encuentre dentro de los microterritorios SASC, por cuanto es prioridad del Distrito evitar la mortalidad materna. En este sentido, se crea la figura de *familia adscrita*, que permite a los equipos responder ante dicha condición en cualquier lugar de la ciudad (Secretaría Distrital de Salud, 2008, 2009, 2010, 2011).

Figura 26. Canalizaciones a gestantes de 15-19 años (2005-2011)



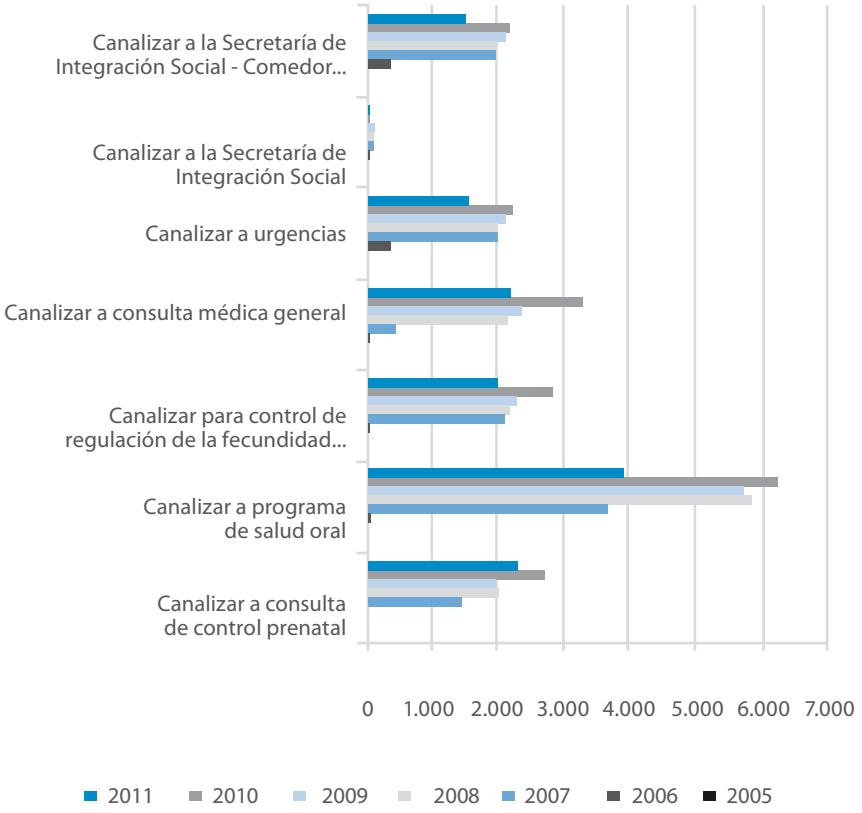
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

Figura 27. Actividades de información, educación y comunicación con gestantes mayores de 20 años (2005-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

Figura 28. Canalizaciones a gestantes mayores de 20 años (2005-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

Primera infancia (0-5 años)

Desde 1998 el país adoptó la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI) con la clara intención de disminuir la mortalidad y la morbilidad por estas enfermedades. En ese mismo año el Distrito Capital, en coherencia con la apuesta nacional, inicia la operación de esta estrategia como pilotaje en algunas zonas de la ciudad, que en 2000 se extiende a toda la Capital. Reconociendo el acumulado metodológico de la SDS en este tema, el diseño operativo del programa SASH ordena las intervenciones en esta etapa del ciclo vital con enfoque familiar y comunitario.

El programa SASH/SASC acoge la AIEPI como eje para el ordenamiento de las acciones durante la primera infancia, y la articula con el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) y las transversalidades de salud oral y seguridad alimentaria y nutricional. En 2004 se diseñan intervenciones diferenciales para los niños y niñas de 0-2 meses de edad y de 2 meses a 4 años (Secretaría Distrital de Salud, 2006).

Desde 2004, y de forma continua hasta la fecha, la SDS plantea como primer paso para estas acciones la apropiación de dicha estrategia y el entrenamiento y el reentrenamiento de los promotores de salud, de las enfermeras, de los médicos y de los líderes comunitarios, en el uso de los intrumentos y el desarrollo de habilidades, la detección temprana de peligros para la vida de los menores de 5 años y la educación en prácticas favorables al desarrollo de la infancia (Secretaría Distrital de Salud, 2006).

Durante la primera visita a familias, donde los promotores en salud identifican a niños o niñas menores de dos meses, se realizan la identificación y la lectura de necesidades para la concertación del plan familiar, en función de las prioridades halladas. Esta visita se centra en la detección de barreras de acceso (aseguramiento, limitaciones económicas), riesgo perinatal (antecedentes de la gestación y el parto, presencia de bajo peso al nacer, prematurez, malformaciones congénitas, enfermedades congénitas, riesgos de transmisión fetoplacentaria de infecciones como el VIH, hepatitis B o sífilis, pobre red de apoyo a la madre y al recién nacido), y condiciones físicas del recién nacido a traves de la evaluación directa[25].

25 En el recién nacido se buscan, además de la presencia de ictericia (coloración amarilla en la piel, los ojos o la boca); alteraciones en el ombligo del recién nacido (sangrado, salida de material amarillo o de mal olor); vómito o inapetencia, y la corrección de bajo peso al nacer; las malformaciones congénitas, para su canalización y su notificación, concomitantes a la búsqueda de los signos de dificultad respiratoria o tos; la presencia de diarrea con o sin sangre; la fiebre; el dolor de oído; las convulsiones; la desnutrición o la anemia, y el riesgo de maltrato infantil.

Las actividades de información y educación están dirigidas a los cuidadores del niño o niña, y se concentran en la estimulación a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, el inicio pronto y continuo de los controles de crecimiento y desarrollo, la búsqueda de los resultados del TSH neonatal para valoración médica, el pronto reconocimiento del bebé ante la registraduría civil, la afiliación al sistema de seguridad social en salud, la adherencia al esquema de vacunación oportuno, los cuidados y la estimulación adecuados del bebé, la promoción del afecto y la corresponsabilidad de papá y mamá en el cuidado y la crianza del niño o niña, el reconocimiento de los derechos del niño o la niña y la prevención de accidentes en el hogar[26].

Aunque no hay una periodicidad estricta entre las visitas de seguimiento, se plantea que estas se deberían desarrollar bimensualmente, y que en cada visita se refuercen las prácticas educativas y se verifique siempre la asistencia a los programas de prevención y el cumplimiento del esquema de vacunación; además, que se realice la evaluación directa del niño o niña. En promedio, se plantea el desarrollo de cuatro visitas; la última de ellas, para evaluación con la familia sobre apropiación de prácticas saludables (Secretaría Distrital de Salud, 2006).

Las visitas en casa a niños y niñas mayores de dos meses y hasta los 4 años realizadas por los promotores en salud se concentran en identificar barreras de acceso, la presencia de signos de alarma durante la evaluación directa del niño o niña (que incluyen la medición del perímetro braquial) y en promover prácticas de los cuidadores favorables al desarrollo y la crianza de los hijos. La información y la educación se concentran en el despliegue de las acciones del AIEPI comunitario ya mencionadas, con énfasis en la adecuada estimulación del niño o la niña hasta el primer año de vida, y señalando los principales eventos del desarrollo y su momento de aparición. Para este grupo de familias se realizan tambien cuatro visitas de seguimiento; la última de ellas, de evaluación con la familia (Secretaría Distrital de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010).

Es importante señalar que para el manejo integral de la enfermedad respiratoria aguda (ERA) en menores de 5 años, desde 2005 se implementó en toda la ciudad la estrategia de salas ERA. Desde entonces, y como complemento al AIEPI, el equipo SASH realiza seguimiento a los casos de ERA asistidos en las ESE (recurrentes o inasistentes a controles), como también, a casos de enfermedad diarreica aguda (EDA) atendidos en la ESE. También se hace seguimiento estricto a los esquemas

26 Para este momento vital se enfatiza en los riesgos de la muerte súbita y la broncoaspiración.

de vacunación, con estrategias que incluyen seguimiento a inasistentes para canalización y notificación prioritaria a PAI de cada ESE. Esto se hace hasta completar el esquema de vacunación, para lo que se acude a la vacunación por concentración, según análisis del comportamiento en cada microterritorio, y a la vacunación en casa (Secretaría Distrital de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011).

Desde 2008 el Distrito Capital es pionero en cuanto a implementar la aplicación gratuita para neumococo (en esquema completo de tres dosis y refuerzo) y de rotavirus (dosis única) para todos los niños y niñas de la ciudad, dentro del marco de la Política por la Calidad de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes. También durante ese año, además de las jornadas de entrenamiento y apropiación de la estrategia AIEPI al talento humano de los equipos SASC, se incluyeron capítulos sobre esta etapa del ciclo vital en la *Guía para gestores de Salud Pública en el marco de Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria*, lo que se ha convertido en un instrumento de apoyo constante para el trabajo en casa del equipo.

Desde 2009 se propone que para todos los menores de un año se realicen seis visitas al año por parte del promotor en salud entrenado en AIEPI; la última de ellas, para la evaluación. Para los mayores de un año se propone realizar cuatro visitas anuales; se deja también la última para evaluación de la apropiación en prácticas saludables (Secretaría Distrital de Salud, 2009, 2010).

En 2011 se define para la primera infancia una intervención diferencial en función del antecedente de bajo peso al nacer, factor de riesgo muy importante para la mortalidad en menores de un año. En tal sentido, las acciones se dividen por esquemas: para menor de un año con bajo peso al nacer, para menor de un año sin bajo peso al nacer y para niñas y niños entre uno y 4 años. Durante ese año, y dentro del marco de la Política de Lactancia Materna Exclusiva hasta los seis Meses, se diseñan asesorías específicas que se desarrollan con menores de un año captados antes de los dos meses de vida[27] (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

Para menores de un año con o sin bajo peso se propone realizar sesiones según el momento de captación: siete sesiones cuando al niño se lo capta entre 0 y 2 meses de edad (dos visitas por médico, cuatro por promotor para asesoría en lactancia

27 Si bien desde la implementación de SASH, en 2004, se ha planteado la estimulación a la lactancia materna, solo hasta 2011 se la configura como una actividad central y con una continuidad específica que permite mayor apropiación de técnicas de lactancia y almacenamiento de la leche materna por parte de las familias, quienes, además, pueden recibir acompañamiento por la nutricionista, según la vulnerabilidad.

materna, una por nutricionista); cinco, si se lo capta entre los 3 y los 6 meses de vida (dos visitas por médico, una por nutricionista y dos por gestor en salud); tres, si se lo capta entre los 6 y los 9 meses (una visita médica y dos de gestor en salud); y 2, si se lo capta entre los 9 y los 12 meses (una por médico y una por gestor).

Por otra parte, los niños y niñas entre uno y 4 años de edad reciben tres visitas (una por enfermera y dos por gestor en salud); aquellos con riesgo en salud oral[28] reciben dos visitas de higiene oral, y si persisten las condiciones iniciales, una visita de odontólogo. Para niños y niñas de esta edad con riesgo nutricional (malnutrición por deficiencia o por exceso) se realiza visita en casa por parte de la nutricionista. Todas estas acciones se acompañan con la canalización a los servicios en salud y a los servicios sociales que se requieran. Según dichos esquemas, se materializan la integralidad, la intersectorialidad, la continuidad y la longitudinalidad de la APS (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

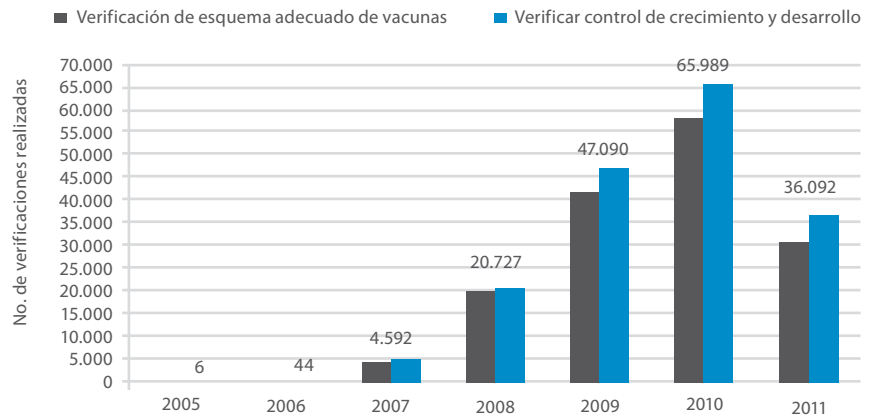
Para los años de seguimiento (2004-2011) se ha logrado intervenir a 166.264 niños menores de 5 años. A partir de 2008 se observa un incremento en el número de niños a quienes se realiza visita de seguimiento, con un promedio de cuatro actividades por individuo, y el mayor número de actividades, durante 2010. Las localidades de Suba, San Cristóbal, Rafael Uribe, Ciudad Bolívar y Kennedy reportan el mayor número de niños intervenidos para el periodo 2005-2011.

Al efectuar el seguimiento de la capacidad de respuesta durante 2011, se encuentra que en las localidades de Chapinero, Barrios Unidos, Antonio Nariño y Rafael Uribe se ubican más del 50% de los menores activos del programa; en menor porcentaje están los de las localidades de Kennedy, Engativá y Bosa. Para Bogotá, la capacidad de respuesta a la primera infancia del programa es del 41%.

Hasta el 31 de julio de 2011 se han realizado, en total, 827.127 acciones de verificación de la asistencia, y actividades de información-educación y de canalización. El porcentaje de verificación de esquema adecuado de vacunación y de asistencia al programa de control de crecimiento y desarrollo representan el 40% de las acciones realizadas en las familias con integrantes menores de 5 años y con mayor número de verificación efectuadas durante 2010.

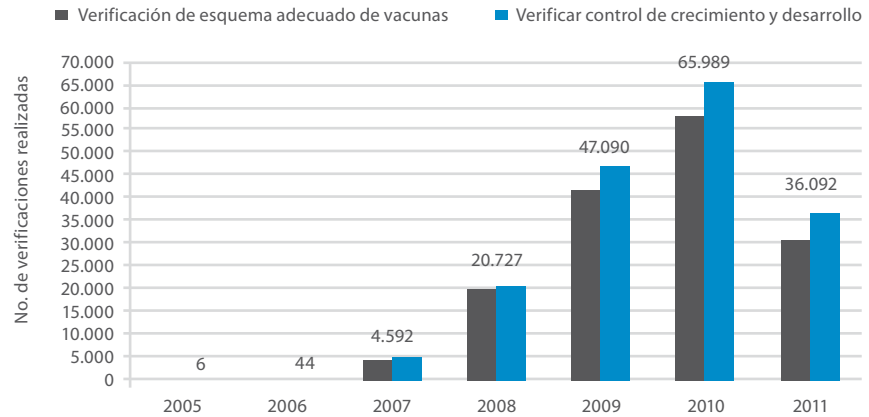
28 Para esta edad se consideran riesgos en salud oral la falta de acompañamiento o la falta de condiciones para una buena higiene oral (recursos económicos, prácticas y representaciones en salud oral), las anomalías faciales (congénitas o por trauma) y la falta de acceso oportuno a los servicios de salud oral (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009).

Figura 29. Número de acciones de verificación realizadas a la primera infancia (2005-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

Figura 30. Actividades de información-educación de AIEPI y salud oral realizadas para la primera infancia (2005-2011)

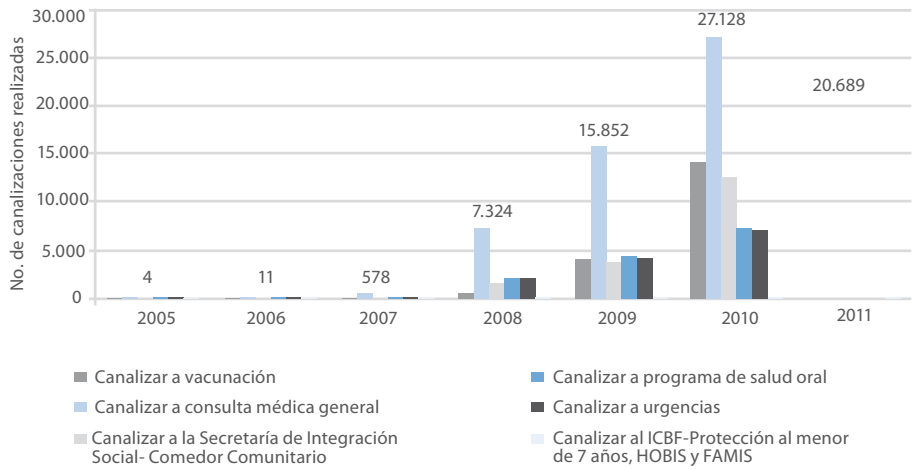


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

El seguimiento de las actividades de información y educación relacionadas con la estrategia AIEPI y con la educación en salud oral hasta julio de 2011 representan el 39% de las actividades realizadas, y muestran un incremento importante a partir de 2008; especialmente, en lo relacionado con la educación en vacunación, lactancia materna, alimentación complementaria, higiene, manipulación de alimentos, signos de alarma y prevención de accidentes. Aunque hay un incremento anual en el número de actividades de información-educación en salud oral, es menor respecto a las actividades de AIEPI. Este resultado puede explicarse, en parte, por el incremento del personal capacitado en dicha estrategia.

Para el seguimiento de las acciones de canalización se utilizaron como trazadores la canalización al programa de salud oral, la canalización a consulta externa y urgencias, la canalización a la Secretaría de Integración Social (específicamente, a comedor comunitario), y la canalización al ICBF. Hasta julio de 2011 se alcanzaron 71.319 canalizaciones. El 41,8 % fueron realizadas al programa de salud oral; el 17%, a vacunación; el 16%, a cosulta externa, y el 12%, a urgencias. Respecto a la canalización realizada a otros sectores a lo largo de este periodo de seguimiento, el mayor porcentaje se hizo a comedores comunitarios (11,8%), y el menor, al ICBF (0,013%).

Figura 31. Canalizaciones anuales de primera infancia (2005 - 2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

Niños y niñas entre 5 y 14 años

Entre los 5 y 9 años, las acciones del programa SASH/SASC no han sufrido grandes transformaciones desde su formulación hasta la fecha. Las familias con niños y niñas en esta etapa son visitadas por el promotor de salud, quien durante la caracterización debe indagar sobre la escolaridad del niño o la niña, las barreras de acceso y la alimentación de valor nutricional adecuado para su crecimiento.

En ese sentido, las acciones informativas están orientadas a dar a conocer los mecanismos y las rutas para la garantía de los derechos y de los cambios y las necesidades de los niños y las niñas en esta edad; las acciones educativas buscan hacer énfasis en la resolución de conflictos en el hogar y en la aceptación de las diferencias y las potencialidades de los hijos, sin que se promueva la competencia entre ellos. Se insiste en una alimentación balanceada y en la actividad física como hábitos saludables; se verifica la asistencia a los programas de crecimiento y desarrollo, y la situación respecto al esquema de vacunación; particularmente, en lo que se refiere al cambio de la dentadura (de la temporal a la permanente), y se hace énfasis en la necesidad de acudir a consulta odontológica por lo menos dos veces al año y en la necesidad de una buena higiene oral (Secretaría Distrital de Salud, 2009).

En este sentido, desde el PDA de salud oral se desarrolló hasta 2010 el conjunto de la intervención (tres visitas de higiene oral y una del profesional en odontología, en caso de ser necesario) para familias con niños en esta franja de edad, pero dada la necesidad de aumentar la cobertura de las mujeres gestantes, se trasladaron todos los esfuerzos a este grupo. Las canalizaciones se realizaron en función de los hallazgos, dando prioridad a la situación de niños y niñas desescolarizados, para lo cual se estandarizó un procedimiento entre el programa SASC y el CADEL de cada localidad, que en el momento está mediado por el componente de gestión local y el ámbito escolar de cada ESE (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2011). Para este grupo se programan dos visitas cada año, salvo alguna condición diferencial que amerite otras intervenciones del programa SASH/SASC.

Por otra parte, desde el 2004 las acciones del programa SASH realizadas con niños y niñas entre 5 y 14 años, están encaminadas a identificar y problematizar, conjuntamente con la familia, situaciones de los menores, como la desescolarización o la repitencia escolar, el trabajo infantil, el reconocimiento por parte de los adultos de los cambios y las necesidades de la adolescencia en la búsqueda de autonomía, los

riesgos en salud mental o discapacidad y el reconocimiento de sus derechos; particularmente, los sexuales y los reproductivos, así como la prevención del abuso sexual.

Las acciones de información se centralizan en la promoción de los derechos de niños y niñas al desarrollo de su personalidad y a la potenciación de sus cualidades y sus habilidades, por lo cual debe promoverse el acceso a la educación, a la salud, a la alimentación, a una familia que los protega y los acompañe, y a una sociedad que los reconozca como sujetos. La educación con las familias hace énfasis en la aceptación de los cambios que trae el desarrollo, el reconocimiento de la ruta de atención y de exigibilidad de los derechos y la prevención de violencias y consumo de SPA.

Se canalizan los niños y niñas que así lo requieren, principalmente, a través del ámbito escolar y del laboral, con la mediación de Gestión Local, así como sucede con los niños y las niñas de 5-9 años. Para este grupo se programan dos visitas anuales por parte del gestor en salud (Secretaría Distrital de Salud, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011).

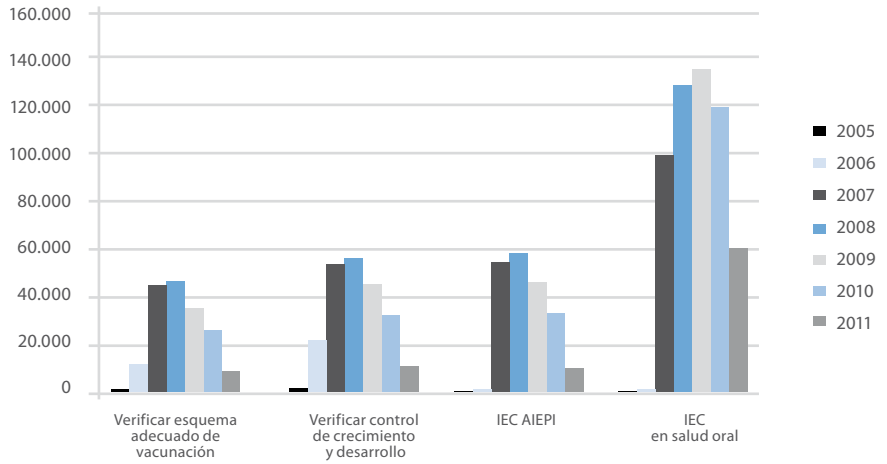
Con los cambios ocurridos entre 2008 y 2011 se prioriza la prevención del embarazo en niñas de este grupo etario, pues se lo entiende como resultado de un abuso sexual, y no como desarrollo libre de la sexualidad. Por tanto, se fortalecen las acciones en pro del reconocimiento de las rutas de atención en caso de violencia sexual y del cuidado de la comunidad hacia estas niñas y niños (Secretaría Distrital de Salud, 2009, 2011).

Con los niños y las niñas entre los 5 y los 14 años, entre 2005 y octubre de 2011 se realizaron visitas de seguimiento, por lo menos en una ocasión, a 623.094 familias, con un promedio anual de 89.013 familias; el año de mayor número de visitas fue 2008. Las localidades donde se concentran estos niños y niñas son Suba (20%), seguida de San Cristóbal (12,3%), Rafael Uribe Uribe (12,1%) y Ciudad Bolívar (10,7%).

Durante 2011 la capacidad de respuesta frente a la población activa en esta etapa del ciclo vital alcanza en las localidades de Antonio Nariño, Barrios Unidos y Rafael Uribe Uribe un porcentaje superior al 40%. Para el mismo año la capacidad de respuesta a la población entre los 5 y los 14 años es del 21,1%.

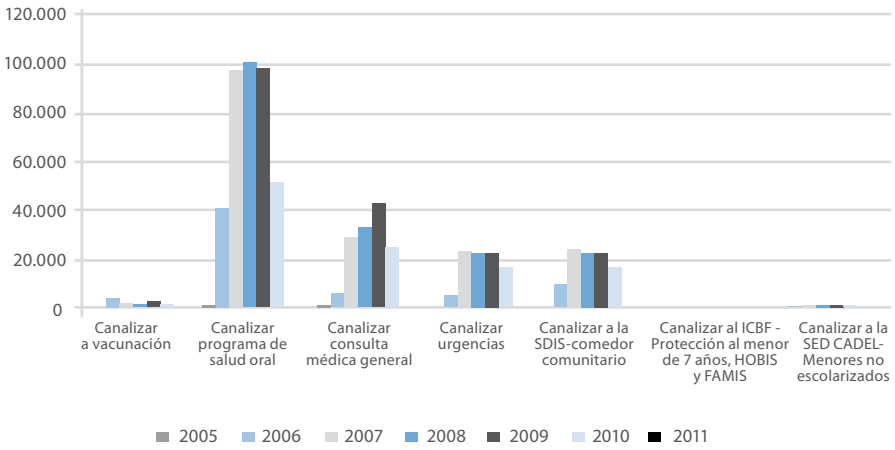
Entre 2005 y el 31 de octubre de 2011 se realizaron 1.884.559 actividades con las familias de niños y niñas entre los 5 y los 14 años: educativas (40%), canalización a

Figura 32. Actividades educativas y de verificación realizadas con niños y niñas entre los 5 y los 14 años (2005-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

Figura 33. Canalizaciones realizadas a niños y niñas entre los 5 y los 14 años de edad (2005-2011)



Fuente: SDS-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

servicios (38,8%) y verificación de asistencia a programas (21,2%), tendencia que se mantiene desde 2007. En promedio, se realizan 3 actividades por familia visitada.

De las 731.481 canalizaciones realizadas a estas familias durante el periodo citado, la mayoría corresponden a salud oral (53%), seguidas por consulta médica general (18%), programa de comedores comunitarios de la SDIS (13,1%), servicio de urgencias (12%), plan ampliado de inmunizaciones (1,7%), SED-CADEL por menores desescolarizados (0,7%) y canalizaciones al ICBF (0,01%).

Podemos observar que hay coherencia entre las actividades desarrolladas cada año y los planteamientos orientadores desde la SDS. Es importante señalar la identificación de 5.010 canalizaciones por situación de desescolarización, pues esta constituye una violación a uno de los derechos fundamentales al cual se le ha garantizado la gratuidad desde la administración del gobierno (2004-2007).

Juventud (15-26 años)

Aunque esta etapa no ha sido sujeto de priorización, las acciones del promotor de salud se concentran en la información y la educación para promover buenas prácticas en salud que combinan la alimentación, la actividad física constante, la mediación de conflictos y diferencias intergeneracionales, la prevención de las violencias domésticas y del uso de sustancias psicoactivas, y la promoción de mecanismos y rutas de exigibilidad de los derechos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos (regulación de la fecundidad, prevención de infecciones de transmisión sexual, disfrute de la sexualidad y reconocimento de la pareja como principio esencial de relaciones equitativas).

La canalización se centra en los servicios de detección temprana de enfermedades, la citología cervicovaginal para las mujeres que han iniciado vida sexual y la consulta de planificacion familiar a través de los servicios amigables para los jóvenes y las jóvenes (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010). Al mismo tiempo se promueven los espacios de participación ciudadana, con la perspectiva de ganar en el reconocimiento social de esta etapa del ciclo vital y vencer la estigmatización que existe sobre él, en consonancia con la política de juventud del Distrito Capital (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2006).

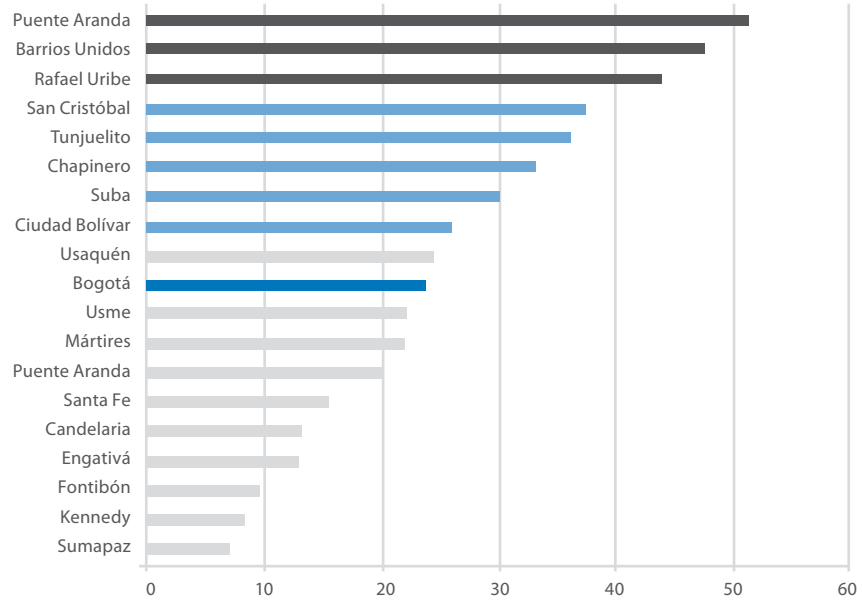
Las visitas a estas familias se venían realizando dos veces al año, por parte del promotor de salud, pero con el cambio de operación de 2011 se proponen tres visitas:

una por parte de la enfermera, y dos, por parte del gestor en salud, sin que haya cambios profundos en la temática del lineamiento (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

Durante los años de implementación del programa SASH/SASC se ha realizado por lo menos una visita de seguimiento al año, a un promedio de 105.522 familias con jóvenes. El año con el mayor número de familias visitadas fue 2009, con 162.515 seguimientos. Es importante destacar la tendencia creciente de estas acciones de seguimiento, que se conserva durante 2011.

El promedio de actividades realizadas por familia visitada a lo largo del periodo 2005-2011 es de 2,6, con un leve aumento en 2009 y 2010. Ahora bien, al revisar la capacidad de respuesta considerando la población intervenida respecto a la población activa en el programa por etapa del ciclo vital para 2011, observamos que las localidades de Antonio Nariño (51,4%), Barrios Unidos (47,6%) y Rafael Uribe Uribe (44,1%) logran intervenir a más del 40% de su población en este ciclo vital. Se observa para la ciudad una capacidad de respuesta del 23,8%.

Figura 34. Capacidad de respuesta por localidad a los jóvenes durante 2011

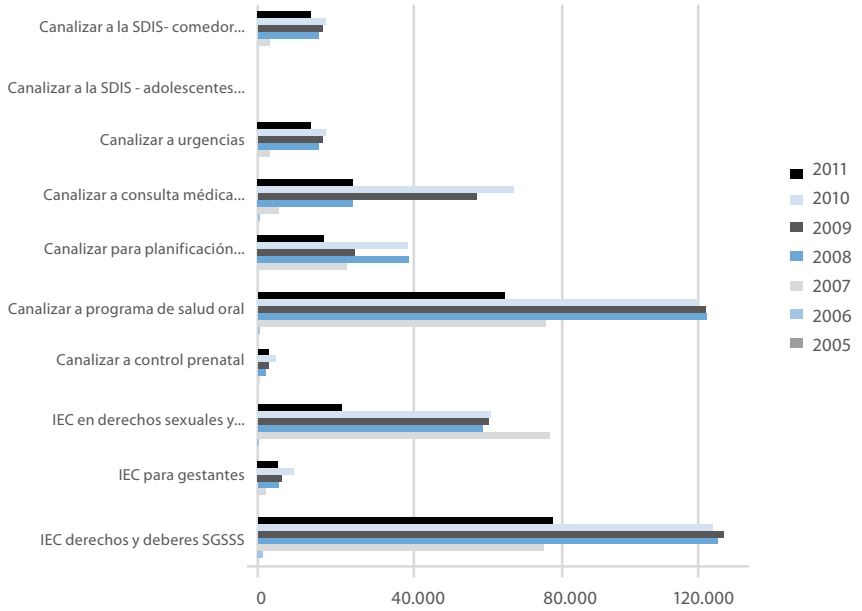


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de julio de 2011.

Las actividades desarrolladas durante el período 2005-julio 2011 con los jóvenes y las jóvenes suman un total de 1.921.794, de las cuales las acciones educativas son 837.998 (56,4%), y se concentran en torno a los derechos y los deberes en el Sistema de Seguridad Social en Salud, con un 27,78%. Dentro de estas se privilegian la información y la educación en derechos sexuales y reproductivos, que representan el 13,86%, dado que en la planeación operativa los derechos sexuales gozan de prioridad e importancia para esta etapa vital.

Por otra parte, las canalizaciones se concentran en salud oral (25,8%) y en consulta para regulación de la fecundidad (9,1%), aunque se observan también canalizaciones a urgencias (5,3%) y al programa de comedores comunitarios de la SDIS (5,2%). Las acciones con gestantes ya fueron analizadas en el apartado de gestantes.

Figura 35. Actividades de información-educación y canalización realizadas con jóvenes (2005-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de julio de 2011.

Adultez (27-59 años)

La adultez se caracteriza por ser la etapa del ciclo vital donde se concentra la actividad productiva de los sujetos. Durante este fuerte periodo productivo se gestan las condiciones que afectan la aparición de enfermedades crónicas, tales como la alimentación rica en carbohidratos y el sedentarismo, aunado ello a dificultades de acceso a los servicios de salud por disponibilidad de tiempo, dadas las limitaciones en los tiempos laborales, los costos, razones culturales y dificultades en el aseguramiento, que determinan condiciones poco favorables para el desarrollo de prácticas saludables.

En ese sentido, el programa SASH/SASC orienta sus acciones informativas y educativas a la promoción de prácticas protectoras en tres dimensiones:

1. La dimensión afectiva, al promover relaciones de pareja y de familia democráticas que reconozcan la importancia de cada sujeto en el núcleo familiar, así como sus expectativas, sus sueños y sus aspiraciones afectivas, y que desde el plano de la sexualidad propenda por un desarrollo armónico de respeto y amor.

2. La dimensión biológica, al estimular el ejercicio, la alimentación balanceada, el acceso gratuito a los métodos de regulación de la fecundidad, la adherencia a programas de prevención y detección temprana de patologías (como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer de cuello uterino y de mama). En casos de diagnóstico confirmado de tuberculosis, lepra u otras, de tipo infeccioso, se insiste en la continuidad del tratamiento.

3. La dimensión social, al promover espacios de reconocimiento social y de expresión de las necesidades y los derechos (individuales y colectivos), a través de procesos de participación ciudadana.

En consecuencia, las acciones de canalización se centran en los programas de prevención primaria y secundaria (según la Resolución 412/02 del Ministerio de Salud) y a las acciones promovidas por los ámbitos de vida cotidiana; particularmente, en los ámbitos laboral y comunitario (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010). Hasta 2010 se realizan dos visitas anuales a las familias con miembros en este ciclo vital, que se aumentan a tres desde 2011: una por parte del profesional de enfermería, y dos, por parte del gestor en salud. Para adultos con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial o de diabetes mellitus en riesgo nutricional se adiciona una visita por nutrición y dietética (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

Durante el período 2005-31 de julio de 2011 a las personas en etapa de adultez se les ha realizado seguimiento por lo menos en una ocasión, para un total de 1.471.820 visitas, con un promedio anual de 210.260 y mayor cantidad de individuos adultos visitados en 2009. Las localidades que concentran esta población son, en su orden: Suba (21,15%), Rafael Uribe (11,50%), San Cristóbal (10,82%) y Bosa (9,56%).

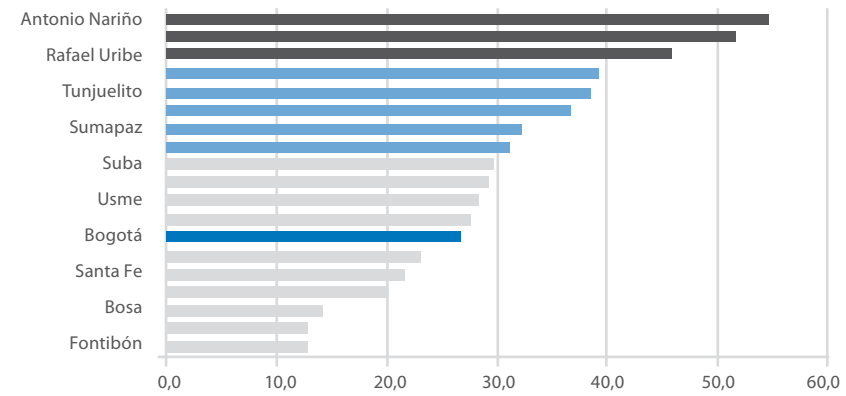
Tabla 4. **Distribución anual de adultos por localidad con una visita de seguimiento (2005-2011)**

Localidad	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Sumapaz	97	35	456	14	179	495	340	1.616
Barrios Unidos	0	0	429	527	861	1.076	809	3.702
Candelaria	2	383	2.024	764	995	1.595	893	6.656
Puente Aranda	0	1	53	1.854	2.524	2.252	1.373	8.057
Chapinero	274	954	2.439	2.304	2.842	3.823	2.152	14.788
Mártires	5	305	2.142	3.422	2.843	3.307	2.776	14.800
Antonio Nariño	9	247	3.635	3.822	3.775	3.684	3.306	18.478
Santa Fe	10	820	6.937	6.922	4.327	7.017	4255	30.288
Usaquén	0	1.977	8.355	9.700	10.753	6.533	8784	46.102
Fontibón	1	4.006	14.049	13.431	13.153	16.337	4.813	65.790
Tunjuelito	97	3.624	14.312	13.138	16.102	15.609	10.965	73.847
Kennedy	60	2.178	12.435	17.147	20.718	16.089	7.964	76.591
Usme	230	3.148	18.449	20.551	18.354	21.666	17.266	99.664
Engativá	481	7.365	23.036	30.446	20.157	21.078	6.957	109.520
Ciudad Bolívar	2	1.293	20.943	26.472	25.670	23.997	23.059	121.436
Bosa	13	2.467	28.215	32.574	31.925	32.096	13.388	140.678
San Cristóbal	681	445	28.587	37.308	33.616	33.153	25.437	159.227
Rafael Uribe	349	2.099	38.162	35.445	32.635	31.150	29.460	169.300
Suba	112	3.934	66.234	57.744	80.308	63.434	39.514	311.280
Bogotá	**2.423**	**35.281**	**290.892**	**313.585**	**321.737**	**304.391**	**203.511**	**1.471.820**
Promedio visitas por año	1	1	2	3	3	3	3	3

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de julio de 2011.

Para 2011 se observa que las localidades con mayor capacidad de respuesta frente a la población activa en esta etapa de ciclo vital son Antonio Nariño (54,4%), Barrios Unidos (51,6%) y Rafael Uribe (45,8%). Para la ciudad, en 2011 la capacidad de respuesta a la población adulta del programa fue del 26,61%.

Figura 36. Capacidad de respuesta por localidad para los adultos durante 2011

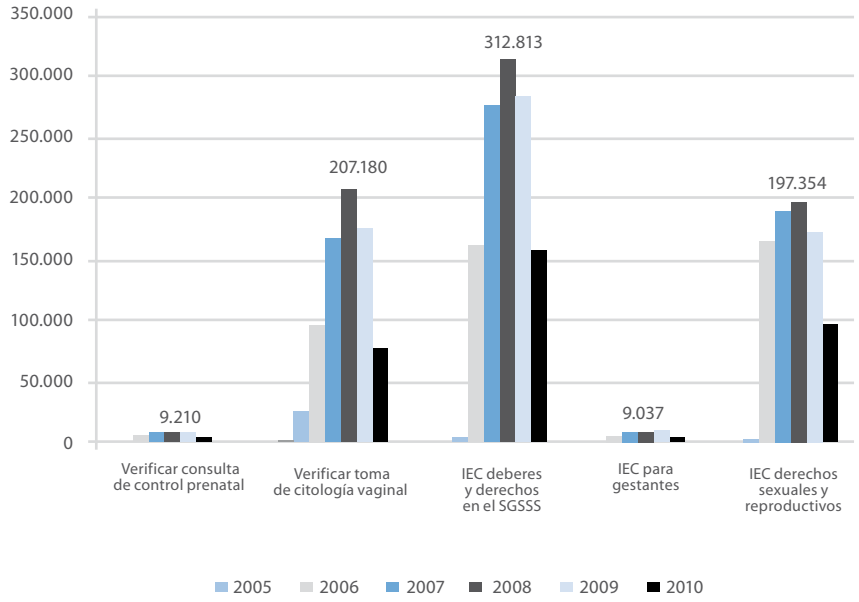


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de julio de 2011.

Al analizar las actividades desarrolladas con los adultos observamos que durante el período 2005-julio 2011 se han desarrollado un total de 3.829.755 actividades, lo que nos da un promedio de actividades por persona de 3 durante el periodo, con mayor número de actividades en 2009 y el 2010. De estas actividades, las más representativas son las de tipo educativo, que ascienden al 53,84%, seguidas por las actividades de canalización a salud oral y a la SDIS, con el 25,58%. Por último están las actividades de verificación de asistencia a programas (toma de citología cervicovaginal y control prenatal), con el 20,58%.

Durante el periodo 2005-2011 las acciones de canalización se concentraron en torno a la consulta médica general (41,1%), seguidas por urgencias (17,7%) y la SDIS, tanto en el proyecto de comedor comunitario (17,7%) como en otros proyectos (17,7%). En los últimos lugares están las canalizaciones para la regulación de la fecundidad (3,6%) y las de control prenatal (1,8%).

Figura 37. Actividades de verificación y educación con adultos, 2005-2011



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de julio de 2011.

Vejez (60 o más años)

Al iniciar el programa era evidente la necesidad de generar intervenciones integrales para atender a 564.223 ciudadanos mayores de 60 años que viven en Bogotá. De estos, el 12,6% eran solteros, lo cual aumentaba su riesgo de desprotección social; el 11% de ellos y ellas no alcanzó ningún nivel de educación completa; el 20% se encontraba buscando trabajo o trabajando; el 21% pertenecía al régimen subsidiado, y del otro 79% se desconocía su estado de aseguramiento en salud (Veeduría Distrital, 2006). Eso llevó a priorizar esta etapa del ciclo vital desde 2004 hasta la fecha.

A lo largo de este periodo el programa no ha sufrido fuertes modificaciones en su concepción ni en su planeación; sin embargo, la operación sobre estas familias se ha enriquecido con instrumentos y herramientas que orientan y cualifican más las intervenciones realizadas en cada visita de familia. Desde 2008, la periodicidad de las visitas se estandarizó en tres o cuatro visitas anuales, en función de los hallazgos encontrados. Desde 2011 se propone un esquema de intervención, en el que por lo

menos una de tres visitas sea realizada por un profesional de enfermería o medicina (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

Cabe destacar que desde el nivel central preocupa la situación de desprotección social de la persona mayor; particularmente, la de quien no tiene una sólida red de apoyo primaria ni secundaria. Por eso, además de las acciones de información y educación similares a las que se realizan con el adulto, se promueve la adherencia a los programas de enfermedades crónicas e infecciosas, la educación acerca de los cuidados particulares de este momento vital, de los hábitos alimentarios, de la prevención de accidentes en el hogar y de la necesidad de reconocimiento dentro de la familia.

Desde las acciones de canalización se busca fortalecer las redes de apoyo y los mecanismos de asistencia social del Estado, como garante de derechos, que incluyen subsidios para vivienda y alimentación, recreación y protección a cargo de instituciones públicas a través de hogares de estadía permanente, en escenarios de coordinación intersectorial (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011). Esto ha permitido la consolidación de la Política Pública para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010-2025, a la cual el programa aporta, principalmente, desde el eje "seres sanos y activos" (Secretaría Distrital de Integración Social, 2010).

Durante el periodo 2005-julio de 2011 se ha visitado, por lo menos en una ocasión, a 442.275 personas mayores, con un promedio anual de 63.039 familias. El año con mayor cantidad de visitas fue 2009, con 95.230 familias visitadas. Las localidades con mayor concentración de adultos mayores en este periodo son Suba (18,74%), San Cristóbal (11,66%), Rafael Uribe Uribe (10,81%) y Bosa (10,38%).

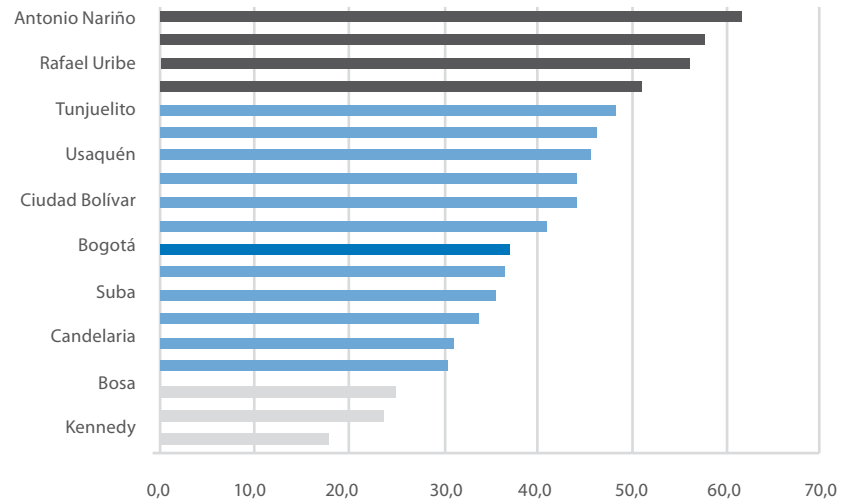
Tabla 5. **Distribución anual de personas mayores con por lo menos una visita de seguimiento (2005-2011)**

Localidad	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Usaquén	0	935	2.360	2.579	2.809	1.739	2.578	13.000
Chapinero	47	273	684	637	699	915	523	3.778
Santa Fe	2	581	2.713	2.752	1.863	2.795	2.059	12.765
San Cristóbal	269	353	8.878	11.903	10.924	10.432	8.687	51.446
Usme	33	1.266	5.166	6.331	5.480	6.568	6.010	30.854
Tunjuelito	14	1.444	5.209	5.074	5.791	5.678	4.167	27.377
Bosa	6	883	6.832	10.186	11.076	11.357	5.453	45.793
Kennedy	10	709	3.219	4.865	5.616	4.332	2.412	21.163
Fontibón	1	1.290	2.862	2.974	3.027	3.649	1.621	15.424
Engativá	136	2.838	7.443	9.358	6.570	6.324	2.397	35.066
Suba	31	1.468	16.521	15.696	20.496	17.469	11.004	82.685
Barrios Unidos	0	0	261	278	395	409	329	1.672
Mártires	2	135	613	1.311	1.101	1.192	1.132	5.486
Antonio Nariño	0	117	1.361	1.424	1.338	1.319	1.274	6.833
Puente Aranda	0	2	7	808	1.293	1.100	645	3.855
Candelaria	1	289	844	464	485	652	500	3.235
Rafael Uribe	104	828	10.159	9.909	9242	8.866	8.594	47.702
Ciudad Bolívar	0	607	4.955	6.474	6.940	6.752	6.640	32.368
Sumapaz	52	55	185	11	85	225	160	773
Bogotá	**708**	**14.073**	**80.272**	**93.034**	**95.230**	**91.773**	**66.185**	**441.275**
Promedio anual de actividades	1	1	3	5	8	9	7	6

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de julio de 2011.

Hasta julio de 2011 la capacidad de respuesta, entendida como el número de familias con adultos mayores con visita de seguimiento, en comparación con las familias con miembros en este ciclo vital, logra superar el 50% en las localidades de Antonio Nariño (61,5%), Barrios Unidos (57,8%) y Rafael Uribe Uribe (56%). La ciudad alcanza una capacidad de respuesta a las personas mayores del programa del 37%.

Figura 38. Capacidad de respuesta por localidad a los adultos mayores durante 2011



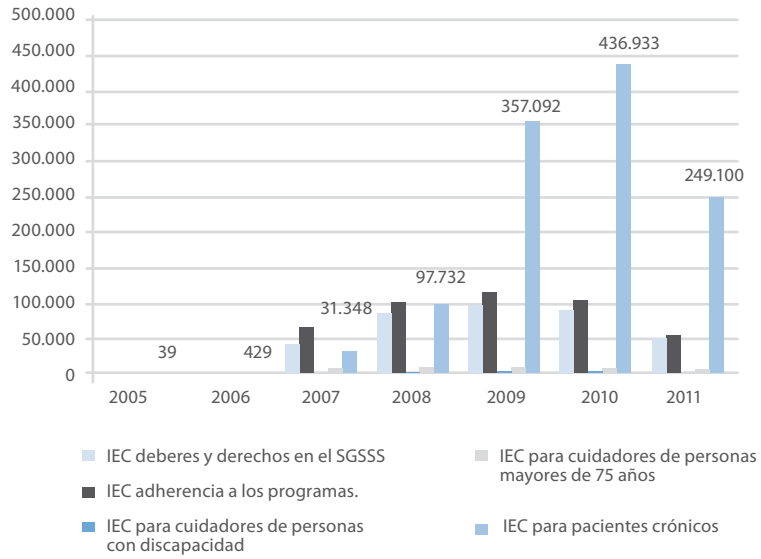
Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de julio de 2011.

Respecto a las actividades desarrolladas con estas familias, el promedio acumulado es de 6 actividades por familia, con el mayor número en 2010. Se han realizado 2.666.704 actividades, con una concentración en las de tipo educativo (75,45%), seguidas de las actividades de canalización a servicios (14,3%) y de verificación de asistencia a programas de prevención, como el control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus (10,23%). Este comportamiento tiene la misma tendencia anual, y se corresponde con los planteamientos de la SDS a lo largo del desarrollo del programa.

De actividades educativas desarrolladas durante el período (2.012.189 actividades), el 58% están dirigidas a educación en el cuidado de pacientes crónicos, seguido por las acciones para la adherencia a los programas de prevención secundaria (21,7%) y

la educación sobre derechos y deberes en el SGSSS. En los últimos lugares están las actividades educativas desarrolladas con cuidadores de mayores de 75 años (1,7%) y personas en condición de discapacidad (0,3%).

Figura 39. Actividades educativas adultos mayores o sus cuidadores (2005-2011)

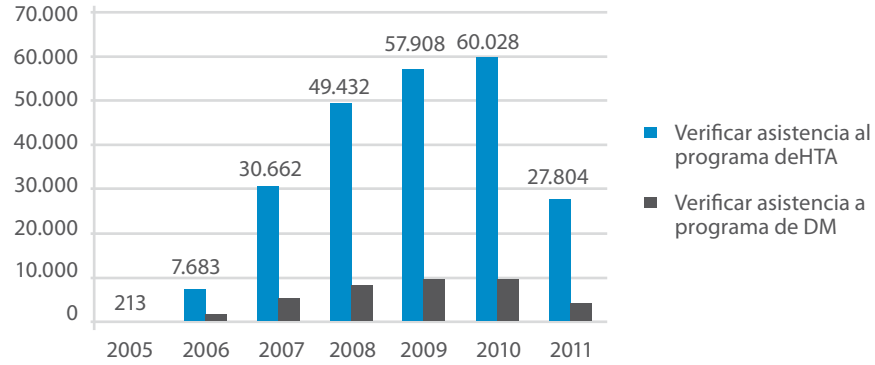


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de julio de 2011.

Sobre la verificación de asistencia a los programas de prevención secundaria de enfermedades crónicas, fueron 273.063 las actividades desarrolladas durante el periodo 2005-2011; la preponderancia está en los programas de hipertensión arterial (85,4%), lo que sugiere una mayor prevalencia de esta enfermedad en los adultos mayores del programa.

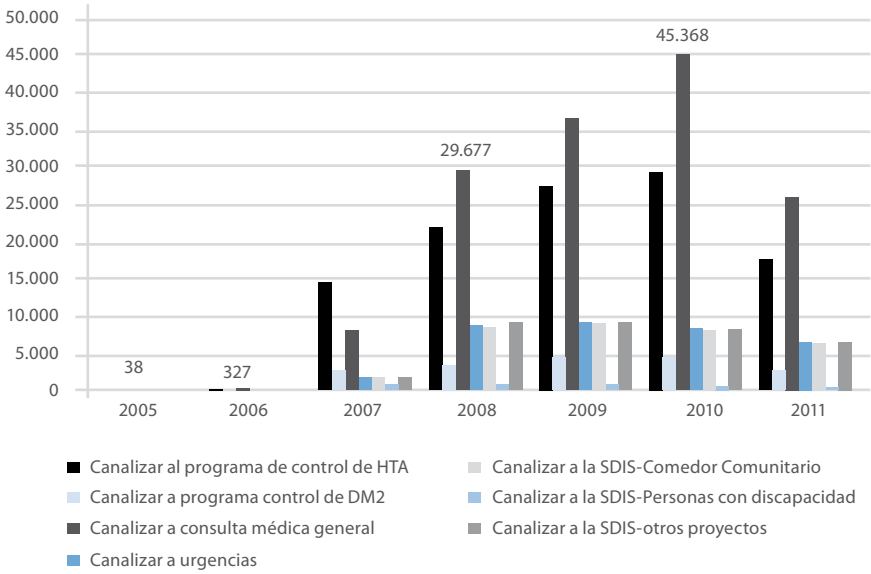
Finalmente, durante el período 2005-2011 se realizaron 381.452 actividades de canalización, de las cuales las más representativas son la consulta médica general (38%) y el programa de HTA (29,2%), seguidas por la canalización a los servicios de la SDIS (19%), a los servicios de urgencias (9%) y al programa de diabetes mellitus (4,7%).

Figura 40. Verificación de asistencia a programas en los adultos mayores, 2005 - 2011



Fuente: Secretaría Distrital de Salud – APS en Línea, 31 de julio de 2011.

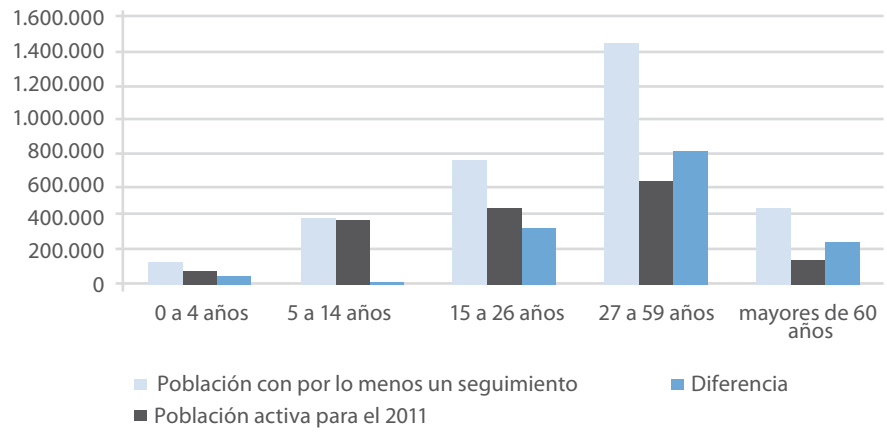
Figura 41. Canalizaciones realizadas a familias con adultos mayores (2005-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en Línea, 31 de julio de 2011.

A manera de comparación, y como cierre de la presentación de resultados, encontramos que la etapa de ciclo vital que más visitas de seguimiento ha recibido a lo largo del período señalado, y por lo menos en una ocasión, es la de adultez, seguida por los jóvenes y las jóvenes, y los niños y las niñas entre los 5 y los 14 años. En último lugar están los menores de 5 años.

Figura 42. Comparación de las familias con por lo menos una visita de seguimiento por etapa de ciclo vital (2005-2011)



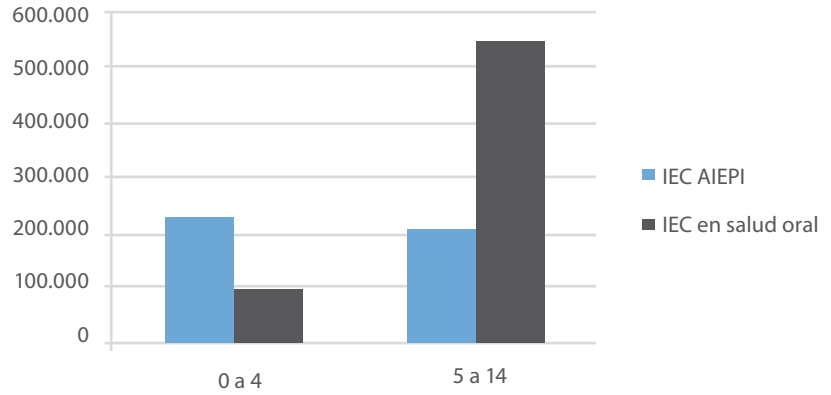
Fuente Secretaría Distrital de Salud-APS en línea. Corte al 31 de julio para jóvenes, adultos y adulto mayor, y al 31 de octubre para todos los menores de 14 años.

Sin embargo, al valorar la capacidad de respuesta a la población del programa por etapa de ciclo vital durante 2011, encontramos que la mayor respuesta es para los menores de 5 años (41%), seguida por los adultos mayores (37%) y los adultos (26,61%). Las localidades con mayor capacidad de respuesta ese año fueron Antonio Nariño, Barrios Unidos y Rafael Uribe Uribe. En particular y para el Distrito, se observa con las gestantes una capacidad de respuesta mayor en las adolescentes de 15-19 años (80,4 %), seguidas de las gestantes mayores de 20 años (75%). En último lugar están las gestantes entre los 10 y los 14 años, con el 23,1%, situación alarmante, dada la prioridad por la vulneración de sus derechos.

Respecto a las acciones educativas en niños y niñas, se observa un mayor volumen de actividades educativas en AIEPI en las familias con niños y niñas menores de 5 años, mientras que en las familias con niños y niñas entre los 5 y los 14 años se

observa un mayor peso de las actividades educativas en salud oral, en congruencia con las acciones planteadas desde la SDS hasta 2010.

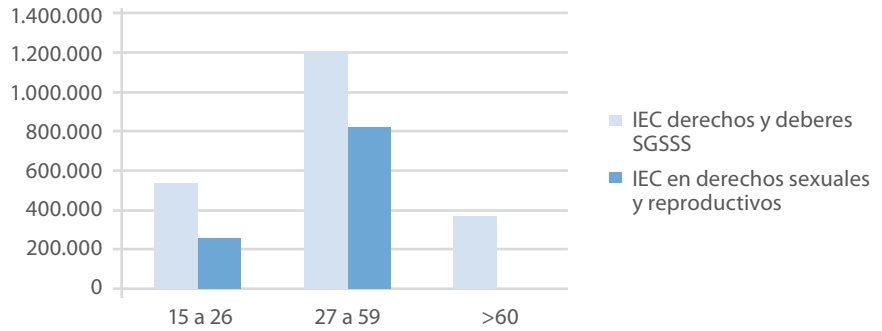
Figura 43. Actividades educativas en la infancia (2005-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de octubre de 2011.

En las demás etapas del ciclo vital, las acciones educativas se concentran en torno a los derechos y los deberes en el SGSSS, seguidos de los derechos sexuales y reproductivos, aunque en los mayores de 60 años no se rastreó dicha actividad. Se observa para los dos tipos de actividades un mayor volumen de ellas durante la adultez.

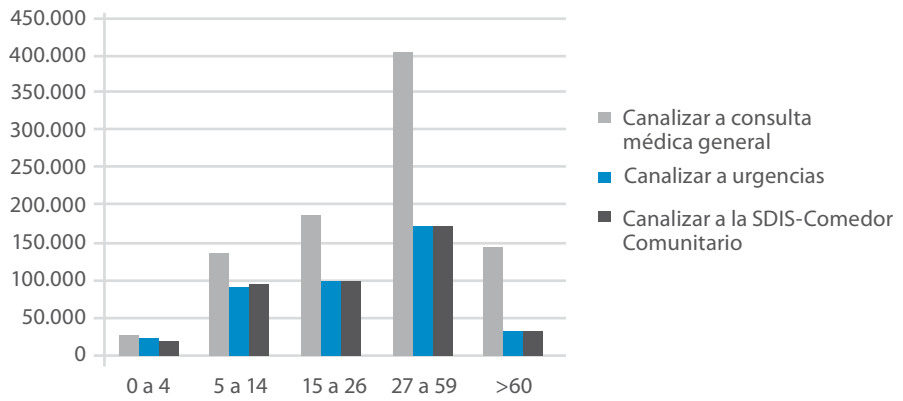
Figura 44. Actividades educativas con jóvenes, adultos y adultos mayores (2005-2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de julio de 2011.

Al indagar sobre las acciones de canalización por ciclo vital, y solo valorando las que son comunes a todos, el servicio de mayor canalización es la consulta a medicina general, seguida, de forma equivalente, por la consulta al servicio de urgencias y el servicio de comedores comunitarios de la SDIS. En este caso se observa también una mayor canalización a los adultos y a los jóvenes.

Figura 45. Canalizaciones realizadas por etapa de ciclo vital (2005-2011)



Fuente Secretaría Distrital de Salud-APS en línea. Corte al 31 de julio para jóvenes, adultos y adulto mayor, y al 31 de octubre para todos los menores de 14 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ (2006). Decreto 482 "Por el cual se adopta la política pública de Juventud para Bogotá 2006-2016". Bogotá, D. C.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE BIENESTAR SOCIAL (2004). Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes. Bogotá 2004 - 2008. Bogotá, D. C.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL (2010). Guía para la atención y consejería de la niñez en la familia. Bogotá, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL (2007). Política Pública para las Familias en Bogotá. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL (2010). Política Pública para el Envejecimiento y la Vejez en el Distrito Capital 2010 - 2025. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2004). La Atención Primaria en Salud para garantizar el Derecho a la Salud en Bogotá, Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2006). Lineamientos técnicos del Ámbito Familiar. Anexo No. 1: Gestión en microterritorios de Salud a su Hogar. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2006). Política Pública de Salud Oral para el Distrito Capital con participación social 2004-2010. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2006, 2007, 2008, 2009, 2010). Lineamientos técnicos del Ámbito Familiar: Salud a su Hogar y Salud a su Casa. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2007). Política de Salud Materna: "Cero indierencia con la mortalidad materna y perinatal". Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2008). Ficha técnica para la operación de Salud a su Hogar 2008, Adición Abril-Julio 2008. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2008). Guía para gestores de Salud Pública en el marco de Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria. Bogotá, D. C.: Alcaldía Mayor de Bogotá, Organización Panamericana de la Salud.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2008). Lineamientos para la promoción de calidad de vida en el ámbito familiar. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2009). Anexo Técnico de gestión patra el mejoramiento de las condiciones para la Seguridad Alimentaria y Nutricional en microterritorios SASC. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2009). Ficha técnica AIEPI – ERA. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2009). Ficha técnica para acompañamiento y consolidación de la red primaria en el cuidado de la mujer gestante y acciones para la garantía del derecho en necesidades urgentes relacionadas con salud sexual y reproductiva. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2009). Lineamiento para la promoción de la calidad de vida en el ámbito familiar. Anexo técnico "Promoción de la salud oral en el ámbito familiar: Construyendo sonrisas felices, con la familia". Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2010). Ficha técnica Estrategias materno infantiles. Ámbito Familiar - SASC. Estrategias AIEPI-IAMI. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2011). Lineamientos para la promoción de la vida en el Ámbito Familiar. Documento marco. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2011). Guia operativa respuesta integradora 2: Riesgos en salud, prevención y canalización a servicios a las familias SASC. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2011). Guia operativa respuesta integradora 5: protección e inclusión social. Bogotá, D. C.

VEEDURÍA DISTRITAL DE BOGOTÁ (2006). Persona mayor en Bogotá. Perspectivas y recomendaciones. Bogotá, D. C.

Círculos de existencia: una estrategia promocional para la salud de las familias

*Claudia Beatriz Naranjo Gómez**
*Diana Marcela García Muñoz***
*Luisa Fernanda Ruiz Eslava****

Los círculos de existencia son una estrategia de la respuesta integradora denominada Promoción de Prácticas Favorables para la Salud de las Familias, la cual hace parte del Plan de Intervenciones Colectivas 2011[29]. La operación de tal estrategia se basa en la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y el enfoque de derechos que la Secretaría Distrital de Salud ha asumido mediante la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (Molina, De Negri *et al*., 2007).

Las acciones de promoción de la salud que se desarrollan en los círculos de existencia se orientan a la salud familiar y al desarrollo humano, mediante el despliegue de temas movilizadores acordes con las necesidades y los intereses dialogados con las familias[30] (Freire, 1997) en los escenarios de información, educación y comunicación[31] (Caicedo, Ruiz *et al*., 2009), que lleven a los sujetos y a sus colectividades a resguardar y recobrar sus autonomías, con el fin de alcanzar un estado de bienestar físico, espiritual, mental y social.

* Odontóloga, Mg. en salud pública.

** Psicóloga, Mg. en educación.

*** Psicóloga, Mg. en Psicología clínica y de familia, candidata a Ph. D. en Salud Pública.

29 En: http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Plan_de_Intervenciones_Colectivas

30 El diálogo es el encuentro amoroso de los humanos que, mediatizados por el mundo, lo *pronuncian*; esto es, lo trasforman, y transformándolo lo humanizan para la humanización de todos.

31 Las relaciones entre el conocimiento, la educación, la formación y la capacitación son pilares para la garantía y el respeto de los derechos humanos. Hoy por hoy, en la cultura de los derechos humanos, entre ellos el de la salud, se los asume como los vínculos más connotados para la convivencia social y el desarrollo humano.

De esta forma, los círculos de existencia son comprendidos como *encuentros de grupos de familias*, en los cuales se facilitan elementos de diálogo que llevan al fortalecimiento de prácticas saludables relacionadas con el cuidado de la salud, el medio ambiente y la convivencia. En el entendido de que cada familia es un sujeto de derechos, la promoción de prácticas favorables impulsada por Salud a su Casa es un dispositivo que propicia el reconocimiento de los sujetos entre sí (familias e institucionalidad), con miras a alcanzar niveles de organización y de movilización por la exigibilidad del derecho a la salud y a la calidad de vida.

En este contexto, los círculos buscan:

- Generar escenarios de construcción y de diálogo social que les permita a las familias reconocer la diversidad poblacional y de intereses sociales, con el fin de resignificar imaginarios sociales que obren en detrimento de la salud familiar.

- Identificar y comprender las potencialidades de las familias (vistas desde su individualidad y su colectividad) en las áreas física, psicológica, social, cultural y espiritual, para fortalecer sus habilidades y sus prácticas protectoras, de acuerdo con sus capacidades, sus expectativas y sus necesidades.

- Construir escenarios horizontales mediante estrategias pedagógicas y de comunicación que hagan énfasis en el conocimiento humano y social, y permitan el fortalecimiento de la autonomía de las familias y la transformación positiva de su calidad de vida y su salud.

- Avanzar hacia la conformación de redes primarias familiares que fortalezcan el cuidado de las familias y el conocimiento de rutas de atención de servicios, y promuevan la participación autónoma de las familias en otras redes y en los núcleos de gestión de salud del programa SASC[32].

Es por todo esto por lo que desde los círculos de existencia se convoca al sujeto constructor de realidad a la narrativa o a los diálogos de experiencia, como una forma de reconocer e incidir en los diferentes contextos familiares y sociales que están mediados por condiciones de inequidad, exclusión y desigualdad.

32 Ficha técnica Respuesta integradora 3. Promoción de prácticas favorables para las familias, SASC 2011. Pág. 8. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá

Lo anterior en palabras de Morin sería:

> […] el sujeto puede ser comprendido como un ser lingüístico que transciende y se desarrolla en contextos o escenarios de la vida cotidiana enmarcados por sometimientos y poderes que se encuentran en la esfera de lo social […]. Aquí nos podríamos preguntar, ¿a qué y cómo nos sujetamos los seres humanos? Nos sujetamos a contextos significativos, a emociones de amor, temor, alegría, odio, entre otras; nos atamos a lo material, al dinero, a pensamientos, pautas y sistemas de creencias, a la religión, a la familia, a la cultura, a estructuras. (Morin, 2000)

En congruencia con lo anterior, los círculos de existencia asumen ser un espacio de diálogo colectivo y educativo, donde se busca hacer un tránsito del énfasis en la información sobre prevención de riesgos a los diálogos compresivos desde los saberes de los ciudadanos, de forma similar a lo propuesto por Paulo Freire (1961) en su Proyecto de Educación de Adultos, donde desarrolló el Círculo de Cultura, donde, a su vez:

> […] se organizaban debates tanto en búsquedas de aclaración de situaciones, como en búsqueda de la acción misma que surge de la clarificación […] la educación opuesta a la trasmisión y extensión, sistemática, de un saber, es comunicación y diálogo, un encuentro de sujetos interlocutores, que buscan la significación de significados. (Rodríguez, Marín, Moreno y Rubiano, 2007)

ACCIONES DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LOS CÍRCULOS DE EXISTENCIA

Desde su implementación, en 2008, el programa Salud a su Casa planteó acciones de promoción de la salud mediante la educación comunitaria con las familias, tanto en la modalidad de visita en casa como con grupos en los microterritorios[33]. Estas intervenciones se desarrollaron desde el enfoque de calidad de vida y salud, lo que implicaba el reconocimiento de las dinámicas propias de las familias y la proyección

33 En 2008 el ámbito familiar contó, además, con otras intervenciones de *restitución* (desplazamiento, psicosocial y discapacidad) y de *prevención del riesgo* (gestantes, trabajo y enfermedades compartidas). Por tales razones, no se las menciona para el grupo de promoción de la salud.

a escenarios de gestión y participación locales por medio de la articulación con el equipo de gestión local.

Desde ese momento las intervenciones se definen desde diferentes proyectos, como:

- Construyendo sonrisas felices con las familias (PDA de Salud Oral).
- Gestión del mejoramiento de seguridad alimentaria nutricional (PDA de Salud Alimentaria y Nutricional).
- Intervención plurimodal para promover la salud mental y el desarrollo humano (PDA Salud Mental).
- Planes integrales de entornos saludables (Transversalidad Ambiente).
- Estrategias Materno-Infantiles AIEPI y IAMI.

Durante el periodo 2008-2010 cada intervención promociona la salud en poblaciones específicas. En 2011, con la puesta en marcha de los círculos de existencia, se implementa la convergencia entre dichas intervenciones y los Proyectos de Autonomía, a través de metodologías pedagógicas y horizontales, y en torno a prácticas e imaginarios en salud relacionados con el cuidado, el afecto y la reproducción biológica y social, que propendan por la integralidad en la respuesta.

Así, los círculos de existencia surgen en respuesta a los núcleos problematizadores identificados a lo largo de la experiencia del programa SASC, en el histórico de las lecturas de necesidades, las visitas realizadas en casa, y del análisis de la situación de salud ASIS 2010. Allí se reconocen las diferencias entre los miembros de las familias, sus subjetividades y sus proyectos de vida, todos los cuales condicionan las relaciones de poder que limitan o propenden por el ejercicio de la autonomía y la toma de decisiones de cada individuo.

Así mismo, se identifica el desconocimiento de la diversidad cultural entre las familias y la falta de oportunidades que existe en los microterritorios para construir ciudadanía: contextos sociales excluyentes que profundizan un modelo individualista[34] (Canovas y Sahuquillo, 2010), que afectan la consecución de lazos de solidaridad entre las familias y la búsqueda de alternativas a las necesidades comunes, en una constante negación del otro.

34 Durante las últimas décadas (y, en concreto, en el mundo occidental) cambios sociales, económicos y culturales están configurando nuevas formas de vida y de relación […] el avance de la llamada "cultura urbana", asociada a un mayor aislamiento de nuestra vida, a valores como el individualismo, el eficientismo y el utilitarismo, vigentes en nuestra sociedad.

Por otra parte, los círculos de existencia de ciclo vital y por condición de discapacidad, desplazamiento y etnias surgen como una oportunidad para fortalecer métodos de trabajo para la educación comunitaria de los colectivos y avanzar hacia la integralidad en la respuesta proyectada por la Dirección de Salud Pública. Asimismo, se presentan como el lugar donde se genere un proceso transversal que impulse a las familias como *redes primarias* hacia la participación en la construcción conjunta de las Agendas Sociales Comunitarias, a través de la visibilización de temas movilizadores y la identificación de rutas de atención a servicios e iniciativas comunitarias en los grupos de confluencia de los territorios de GSI.

La participación comunitaria de las redes se promueve hacia escenarios del sector salud como los núcleos de gestión de la salud del ámbito familiar y los grupos gestores comunitarios del ámbito comunitario, así como a espacios de planeación y gestión de la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano de las ESE. Esto, con la intención de abordar de manera mancomunada e integrada a las comunidades, para alcanzar mejores impactos. De igual manera, la participación comunitaria se promueve hacia escenarios transectoriales por medio de la presentación y el posicionamiento de las Agendas Sociales Comunitarias en espacios locales clave, como las Mesas Territoriales de Calidad de Vida y Salud y los Consejos Locales.

LAS PRÁCTICAS PROMOCIONALES EN SALUD EN LAS FAMILIAS

La familia es elemental para la construcción democrática. Se constituye en un espacio de socialización esencial para la consolidación de sujetos democráticos preparados para el ejercicio de la ciudadanía. Así, la familia se concibe como *promotora de cambio social*, razón por la cual la operación del programa de Salud a su Casa recoge las directrices nacionales de la Política de Familia (Ley 1361 del 2009), y, de manera particular, directrices distritales como la Política Pública por la Garantía de los Derechos, el Reconocimiento de la Diversidad y la Democracia en las Familias, emitida por la Alcaldía Mayor de Bogotá para el período 2004-2008 y actualizada en 2010.

La Política Pública para las Familias en Bogotá, formulada con el enfoque de derechos, contempla las obligaciones del Estado de trabajar en el reconocimiento, la garantía y la restitución de los derechos de los sujetos integrantes de la familia en su esfera individual, y de las familias, como organización y como sujetos colectivos.

En concordancia con lo anterior, el Plan de Salud del Distrito Capital propone como uno de sus objetivos estratégicos: "Afectar positivamente los determinantes sociales de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital". En pro de lograrlo, ubica en el eje Salud Pública Plan de Intervenciones Colectivas estrategias para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que den respuestas integrales, acordes con las necesidades de la población en su territorio.

En este sentido, las prácticas favorables a la promoción en las familias aportan a la Política Pública de Promoción de la Salud a través de varios elementos:

- Como escenario relacional donde se expresan deseos y necesidades en salud comunes a un territorio, lo que permite la reflexión y fomenta la autonomía de los sujetos y la construcción de nuevos significados, narrativas y formas de contar su historia y su experiencia, buscando mejorar la calidad de vida y salud.

- Fortaleciendo la planificación articulada de los equipos para abordajes integrales según las condiciones por territorio de cada grupo o red.

- Propiciando la participación de actores que no están familiarizados con procesos locales, mediante el acercamiento de los miembros de la familia en grupos por etapa de ciclo vital, y la generación de vínculos a partir de las situaciones de riesgo identificadas durante las visitas en casa por los equipos integrados.

- Como puerta de entrada para que la familia acceda al sector salud, y, desde allí, a otros sectores, mediante la atención de servicios que respondan a temas movilizadores.

En este contexto, la incorporación al Plan de Desarrollo Distrital 2008-2011 de la perspectiva familiar en los modelos de atención aporta para consolidar la GSI[35], desde desarrollos técnicos en intervenciones orientadas a la integralidad; especialmente, en lo relativo a la promoción y la prevención. Con estrategias diversas y complementarias se trabaja desde una red de asuntos de salud, de manera intersectorial para toda la población, en el entendido de que la salud es un ámbito de responsabilidades múltiples (De Vincezi y Tedesco, 2009).

35 Sistematización del proceso de implementación de la Gestión Social Integral. Convenio de asociación 2978 Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Salud y la UT GGF- CNA. Bogotá D.C. 2009

PUESTA EN MARCHA DE LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS PROTECTORAS PARA LAS FAMILIAS (2011)

La experiencia de círculos de existencia genera espacios de bienestar en las familias, en los cuales prima el diálogo de saberes entre y con las comunidades, así como el reconocimiento de necesidades en salud desde los territorios. Con tal fin, el equipo de referentes de la SDS llevó a cabo una revisión conceptual de metodologías alternas (lúdicas, con escucha activa y de carácter humanístico) que motivaran la participación de las familias y generaran vínculos con el proceso y con el sector. Así mismo, dentro del equipo distrital de SASC (referentes de PDA y transversalidades) se generaron acuerdos para la formulación técnica de dicha respuesta integradora, con la intención de avanzar de una mirada dominante de prevención de factores de riesgo (estilos de vida) a la construcción de proyectos de vida saludables de una manera participativa.

Producto de este primer momento es una ficha técnica conjunta, que fue enviada a los equipos de gestión del ámbito familiar de las diferentes ESE, entre noviembre de 2010 y febrero de 2011, para su revisión y retroalimentación. De manera paralela, se desarrolló desde el nivel central la planeación administrativa, lo que incluía proyectar el costo de las actividades con base en el talento humano que las ejecutaría.

Se destaca que, por ser una iniciativa nueva en el lineamiento de SASC 2011, fue necesario reformular las proyecciones iniciales según las realidades del talento humano, el histórico de la participación en cada localidad y las capacidades de convocatoria. De ahí que algunos territorios prefirieron no contratar (Chapinero y Nazareth), o contratar pocos círculos de existencia (Tunjuelito). Cabe resaltar también la disparidad en la programación y en el desarrollo de los círculos y las redes entre las ESE, según la cantidad de acciones contratadas por cada vigencia.

Esquema de operación

El proceso inicia con las fases de planeación y preparación logística, que llevaron dos meses de programación en las ESE. En estas se crearon las condiciones para convocar las poblaciones según etapas de ciclo vital por cada seis microterritorios (MCT) o por territorio GSI. Se continuó con el desarrollo de los círculos; cada uno, de cuatro sesiones (dos horas por sesión y, mínimo, 20 participantes, de familias del programa o de familias adscritas).

Figura 46. Representación de los procesos círculos de existencia y redes primarias-SASC (2011)



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de julio de 2011.

Los temas se desarrollaron bajo la orientación y la implementación de metodologías propuestas por los equipos integrados, compuestos, a su vez, por: nutricionista, técnicos ambientales, psicólogas, fisioterapeutas, odontólogas, médicos, enfermeras y gestores comunitarios, coordinados por el profesional o la profesional social/humanas. Este equipo propuso metodologías para la aplicación de contenidos de educación, información y comunicación en salud por medio de las cuales se ofertaron 74 temas, ordenados por etapa de ciclo vital en el portafolio construido por las intervenciones de Salud Pública-PIC. La selección de los contenidos por parte del equipo de cada ESE dependía de las condiciones de las familias en los territorios.

Luego del desarrollo se pasó a las redes primarias, empezando por las fases de planeación y de alistamiento, con base en los resultados de los círculos de existencia (temas sensibles identificados en las cuatro sesiones). Posteriormente se llevó a cabo un momento de encuentro en una jornada o feria de servicios, en la que se presentaron rutas de atención como respuesta a los temas identificados. Asimismo, se rea-

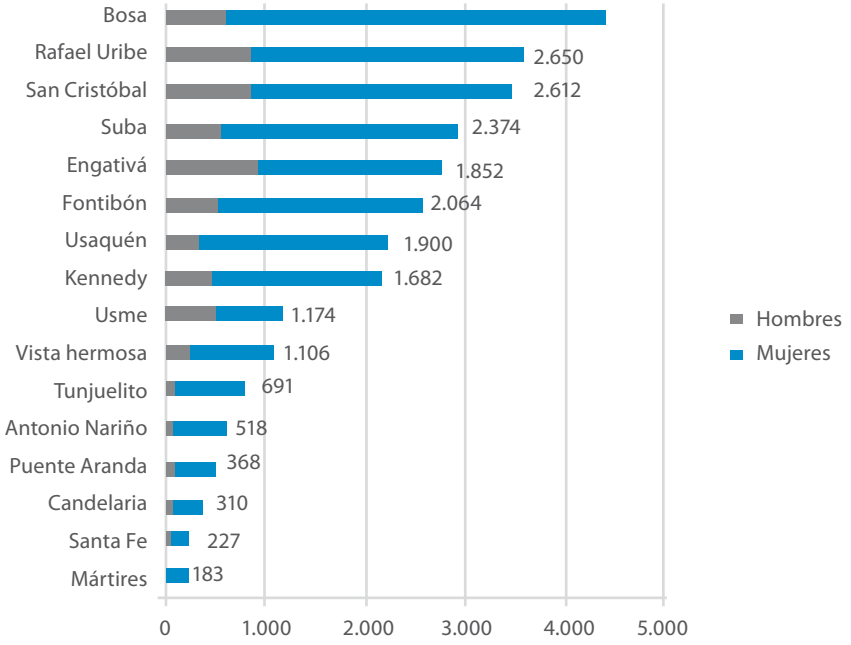
lizaron dos sesiones para afianzar temas movilizadores e iniciativas comunitarias, y en las cuales participaron profesionales social/humanas y el gestor comunitario. Aquí se construyeron alianzas intrasectoriales e intersectoriales.

La intervención cierra su ciclo con el proceso de sistematización, el cual fue proyectado en el lineamiento.

Resultados

De mayo a septiembre de 2011 se desarrollaron 297 círculos de existencia, frente a 345 contratados por las 12 ESE y las 16 localidades, lo que equivale al 86,08% de cumplimiento. Participaron 30.169 personas, de las cuales 6.629 fueron hombres, y 23.540, mujeres (el 78% del total)[36].

Figura 47. Distribución hombres/mujeres participantes en los círculos de existencia, por etapa de ciclo vital y por localidad

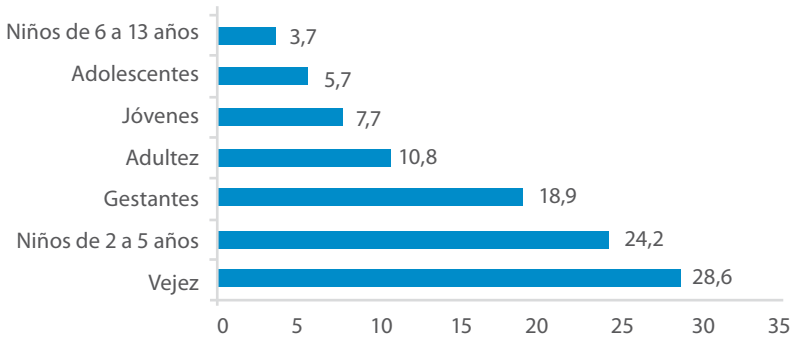


Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de julio de 2011.

36 Los datos presentados en este apartado provienen de los documentos de avance de sistematización entregados a la coordinación del ámbito familiar por las ESE el 30 de septiembre de 2011.

La localidad de Bosa reportó el mayor número de participantes en 50 círculos de existencia realizados (4.456 personas). Le siguen las localidades de Rafael Uribe Uribe (26 círculos de existencia, con 3.600 participantes) y San Cristóbal (23 círculos de existencia y 3.490 asistentes). Bosa (16,5%), Kennedy (15,8%) y Suba (10,8%) fueron las localidades donde se realizó el mayor número de actividades, con énfasis en la población en las etapas de vejez y niños de 2-5 años.

Figura 48. Círculos de existencia realizados, por etapa de ciclo vital



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de julio de 2011.

Es evidente que la convocatoria logra mayor respuesta en grupos de poblaciones cautivas que hacen parte de programas institucionales del sector u otras, como los grupos de adulto mayor, redes de gestantes y jardines infantiles.

Para la experiencia es importante destacar que el desarrollo del portafolio de los contenidos abordados en la estrategia presentó un total de 74 temas, de los cuales 71 fueron desarrollados entre todos los ciclos y el conjunto de las ESE.

Dichos contenidos caracterizaron lo promocional por el vínculo más estrecho con procesos educativos colectivos (derechos, procesos protectores construidos) y su relación con la participación y la movilización, mientras que la prevención hizo mayor énfasis en informar situaciones que potencialmente dañan la salud de los individuos. Aunque los enfoques no son excluyentes, el predominante fue el de promoción según los temas abordados[37].

37 El cálculo es resultado del proceso de sistematización en el cual se estandarizó el portafolio. En él se preguntaba si se realizó o no el tema, y en caso afirmativo cada profesional social debía asignar un valor de 3 a los más trabajados, según la frecuencia de los temas desarrollados por sesión. Con esta información se procedió a calcular los más puntuados para el total de las ESE.

Tabla 6. **Temas más trabajados por las ESE en los círculos de existencia**

Etapas de ciclo vital	Temas más trabajados	
	Número	Temas
Gestantes y menores de 1 año.	12 de 12	• Prácticas de alimentación. • Promoción de la actividad física. • Reconocimiento de señales de alarma. • Promoción de la salud oral.
Niños y niñas de 2-5 años.	5 de 5	• Prevención de enfermedades. • Educación sobre alimentación. • Actividades de estimulación y juegos para el desarrollo.
Escolares de 6-13 años.	15 de 15	• Hábitos alimentarios (obesidad). • Autoestima y cambios físicos y emocionales. • Noviazgo y sexualidad responsables. • Utilización del tiempo libre y redes de apoyo.
Adolescentes de 14-17 años.	7 de 7	• Orientaciones sexuales y sexualidad. • Trastornos alimenticios. • Resignificación en el proceso de identidad juvenil.
Jóvenes de 18-26 años.	6 de 6	• Estereotipos de la identidad de género. • Orientaciones sexuales.
Adultez de 27-59 años.	15 de 17	• Salud ambiental. • Salud oral. • Autocuidado a partir de hábitos de higiene personal.
Vejez de 60 y más años.	11 de 12	• Actividad física y corporeidad con fines lúdicos. • Conocimiento de rutas de servicios. • Uso de medicamentos.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-APS en línea, 31 de julio de 2011.

Un abordaje integral no está exento de tensiones, y la experiencia desarrollada permite afirmar que se requieren tiempos concretos del conjunto del equipo para asumir el diseño de metodologías y su posterior ejecución. La dificultad de generar equipos integrados por el déficit de profesionales no permite superar la especialización de temas según la etapa del ciclo vital.

Sin embargo, también se puede afirmar que partiendo de la intervención de los círculos de existencia se generan antecedentes para que los profesionales y las pro-

fesionales, con sus diferentes miradas disciplinares, actúen sobre los mismos grupos, paso necesario para lograr la integralidad en las metodologías y así afectar las prácticas de salud.

Sigue siendo un reto hacer compatibles las lógicas administrativas (disponibilidad de recurso humano, tiempos, recursos) y la ejecución. Por todo lo anterior, se recomienda:

- Construir criterios homogéneos para las ESE respecto al número de círculos de existencia y de redes primaras por ejecutar, y donde se crucen variables como la cantidad de territorios, los equipos asignados a ellos, el histórico de participación, los grupos poblacionales y los grados de exposición, para así intentar superar la disparidad en coberturas y desarrollo de estos.

- Garantizar desde la contratación el tiempo de los profesionales y los técnicos de los equipos para los momentos de planear la intervención en los equipos integrados. Igualmente, diferenciar en los presupuestos el rubro de materiales.

- Establecer un proceso para el desarrollo de capacidades de profesionales de la salud con énfasis en el desarrollo de metodologías de trabajo comunitario.

- Continuar con el acompañamiento por parte del equipo de la SDS en los diferentes procesos, y, especialmente, en la sistematización de las experiencias, para generar una reflexión permanente de las lecciones aprendidas y producir conocimientos.

- Precisar la ruta de la promoción de prácticas favorables para la salud, para lograr una mayor armonía entre los momentos de alistamiento, planeación, ejecución y sistematización; además, incentivar metodologías novedosas, con miras a promover la salud y la calidad de vida.

- Desplegar de manera más amplia acciones de comunicación que involucren a la comunidad y muestren desarrollos concretos para la experiencia, articuladas entre las ESE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAICEDO, I.; CÁLIZ, N.; RUIZ, A. et al. (2009). Diseño de la Escuela Promocional de Calidad de Vida y Salud, dirigida al talento humano en salud y a la comunidad de Bogotá, D.C.

CANOVAS, Paz y SAHUQUILLO, Piedad (2010). Educación y diversidad familiar: aproximación al caso de la monoparentalidad. En: Revista Educación Siglo XXI, Vol. 28 No. 1. Universidad de Valencia.

DE VINCEZI, Ariana y TEDESCO, Fedra (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. En: Revista Iberoamericana de Educación, vol. 49, no. 7.

FREIRE, Paulo (1997). ¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural. México, D.F.: Editorial Siglo XXI.

MOLINA, Nancy, DE NEGRI, Armando et al. (2007). La ruta para la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Construcción colectiva de respuestas integrales a las necesidades sociales y la gestión social. Bogotá, D.C.: Secretaría Distrital de Salud - Hospital de Suba.

MORIN, Edgar (2000). La noción de sujeto, la mente bien ordenada. Barcelona: Ed. Seix Barral-Los Tres Mundos.

RODRÍGUEZ, Ligia, MARÍN, Carlos, MORENO, Silvia y RUBIANO, María del C. Paulo Freire: una pedagogía desde América Latina. En: Revista Ciencia, Docencia y tecnología, no. 34, 2007. [En línea]. [citado 15 de enero]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/cdyt/n34/n34a05.pdf

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL, SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, UT GGF-CNAI (2009). Convenio de asociación 2978: Sistematización del proceso de implementación de la Gestión Social Integral. Bogotá D.C.

4 Inclusión social de las familias

Familias étnicas

*Neiffi Luzmila Porras**
*Soledad Aguilar***
*Claudia Beatriz Naranjo G.****

ENFOQUE DIFERENCIAL

El reconocimiento del enfoque diferencial poblacional y sus acciones afirmativas se expresan en el programa Salud a su Casa, a través de acciones promocionales, que parten de la lectura de las realidades sociales de los grupos de familias afrodescendientes, indígenas, gitanas y raizales[38] ubicadas en los microterritorios.

* Trabajadora social.

** Antropóloga.

*** Odontóloga, Mg. en salud pública.

38 Los grupos *indígenas* se definen como el conjunto de familias de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborigen, y mantienen rasgos y valores propios de su cultura tradicional, así como formas de organización y de control social propias que los distinguen de otras comunidades. Las comunidades indígenas que actualmente viven en la ciudad están conformadas por, aproximadamente, 15.000 personas, divididas en 15 pueblos, entre los cuales encontramos a los muiscas, los yanaconas, los huitotos, los kichwas, los pijaos, los kankuamos, los paeces, los emberás, los kamsá y los guambianos, entre otros. En Bogotá, en la actualidad, se reconocen 5 cabildos indígenas: Ambiká Pijaos, Muisca de Suba, Muisca de Bosa, Ingas y Kichwas; además se reconoce la existencia de otros procesos organizativos indígenas consolidados.

El pueblo *rom* está conformado por familias extensas pertenecientes al pueblo *rom*, y corresponden, en su gran mayoría, al subgrupo *kalderash*; y como los clanes más reconocidos se pueden mencionar: Bolochok, Jhánes, Mijahais, Churón, Ghuso. De acuerdo con el Censo Nacional 2005, en la Capital moran 523 personas, que, a su vez, viven en comunidades conformadas por las diversas familias *rom*. Habitan, principalmente, las localidades de Puente Aranda, Kennedy, Engativá y Barrios Unidos. En la actualidad existen dos *kumpanias*: PROROM y Unión Romani.

Las comunidades *afrodescendientes* se definen como el conjunto de familias de ascendencia afrocolombiana que poseen cultura propia, comparten historia común, y tienen tradiciones y costumbres particulares en la relación campo-poblado, que revelan y conservan conciencia de identidad que las distingue de otros grupos étnicos. También lo son las personas que si bien no tienen fuertes lazos territoriales y culturales, sí tienen rasgos fenotípicos negroides y una historia de exclusión y de discriminación.

Según el Censo Nacional 2005, se reportaron 1.355 *raizales* en Bogotá, que provienen de las Islas de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Los representa una organización denominada ORFA. No existen en la ciudad asentamientos de raizales como tal, pero las localidades donde vive un mayor número de raizales en Bogotá son: Kennedy, Mártires, Chapinero y Teusaquillo.

La etnia es una condición particular de unas poblaciones, y para su operación en el PIC se la reconoce como transversalidad de equidad, así que la condición étnica determina una forma específica de asumir la vida, la familia, la muerte y los procesos de salud-enfermedad; y también considera que las brechas en salud existentes entre los grupos étnicos se explican por ser históricamente excluidos, y muestran que las condiciones de vida y de salud para estas comunidades son inequitativas.

En tal contexto, la intervención de etnias en el ámbito familiar tiene como propósito promover la calidad de vida y salud de estos grupos humanos en el Distrito. El punto de partida es la lectura de realidades de las poblaciones étnicas en sus territorios, con un abordaje complejo, de enfoque diferencial.

Un territorio social es el resultado de procesos históricos, sociales y culturales, habitado por sujetos cuyas prácticas e intercambios simbólicos y culturales construyen y transforman diversas realidades, las cuales, a su vez, se manifiestan en potencialidades o limitaciones que les permiten generar condiciones de vida y salud para sus integrantes, o no se lo permiten.

El abordaje desde el enfoque diferencial responde a obligaciones éticas, políticas y legales que exigen incluir procesos de concertación con las autoridades y organizaciones de los grupos étnicos en todas las acciones en salud que los involucren directamente.

La vinculación de familias con pertenencia étnica a la intervención de Salud a su Casa (SASC) busca dar respuesta a sus necesidades particulares, y, por tanto, aportar a la disminución del déficit de atención y a las brechas en salud históricamente constituidas. La intervención se ubica desde la *promoción de prácticas favorables para la salud de las familias* y desde la *protección e inclusión social de las familias*; acciones orientadas a promover la salud familiar, el desarrollo humano y la garantía y exigibilidad del derecho.

PROBLEMATIZACIÓN

Desde 2003, con la elaboración de los Diagnósticos Locales con Participación Social, surge la necesidad de visibilizar a los grupos étnicos del Distrito a partir de su identificación y su caracterización. Para ello, la Secretaría Distrital de Salud constituyó proyectos especiales con acciones específicas por etnias en los espacios locales usando metodologías cualitativas para acercarse a sus realidades. Esto arrojó un panorama de problematización de la realidad de la población étnica del Distrito, por etnia y por etapa de ciclo vital. Una problematización que se actualiza de forma permanente con los grupos.

Dentro de las problemáticas definidas y priorizadas están:

- Deterioro de las condiciones de vida y salud de los grupos étnicos, unido a la descalificación de las tecnologías, las medicinas y el desarrollo social propios de su cosmovisión ante las realidades urbanas y las tecnologías occidentales.
- Disminución progresiva de la autonomía económica de las comunidades y de las familias extendidas, que pueden provocar condiciones de pobreza extrema y migraciones forzadas por fuera del territorio o hábitat tradicional.

De igual manera, en estos espacios se formularon algunos temas generadores que sirvieron de guía para la respuesta institucional:

- Familias y organizaciones construyendo prácticas saludables.
- Modelos de salud que minimicen barreras institucionales de exclusión e inequidad para el acceso a los servicios a las personas de los pueblos étnicos.

Con estos procesos de lectura de necesidades y problematización de las realidades de grupos étnicos también se identifica que, históricamente, a través de las distintas estrategias de abordaje familiar, se ha intervenido de manera generalizada a la población, sin tener en cuenta acciones que, de manera específica, los vinculen con su pertenencia étnica. En ese sentido, se evidencia la necesidad de construir de manera participativa metodologías para intervenir las familias desde el enfoque diferencial que respondan a la diversidad étnica del Distrito Capital.

La intervención intenta avanzar en el cumplimiento de los derechos de las familias étnicas desde las acciones afirmativas[39], y tiene en cuenta la legislación especial de los grupos étnicos, los convenios y los tratados internacionales firmados y ratificados por Colombia, así como el compendio de normas, leyes, decretos y acuerdos de los órdenes nacional, regional, departamental y municipal para beneficio de estos grupos.

De igual manera, se propone ser coherente con los sistemas jurídicos propios de los pueblos étnicos, entendidos como todas aquellas normas, instituciones, usos, costumbres, procedimientos, métodos de control y regulación social propios de sus tradiciones culturales que se basan en formas de pensamiento y concepciones propias (Secretaría Distrital de Gobierno, 2006).

PUESTA EN MARCHA DE LA INTERVENCIÓN

A partir de 2004, desde el ámbito familiar, se identifica y se registra en la ficha de caracterización del programa la condición étnica de las familias en los territorios de Salud a su Hogar (denominada posteriormente SASC). La caracterización es realizada por los promotores de salud del equipo básico, quienes, a través de una pregunta, registran la pertenencia étnica de las familias.

Durante 2007 la intervención de etnias en el ámbito familiar se planteó como un pilotaje en cuatro localidades del Distrito: Ciudad Bolívar, Usme, Suba y Bosa. La intervención buscó identificar y caracterizar a familias étnicas como insumo para la formulación de metodologías de abordaje familiar que aporten al enfoque diferencial, y así visibilicen su importancia y amplíen la identificación y la caracterización de la población por fuera de los territorios de SASH/SASC. Ello se hizo a partir de la identificación de familias mediante la concertación con grupos étnicos, y por medio de visitas domiciliarias realizadas por un equipo de profesionales de las ciencias sociales, que, en su mayoría, utilizaron metodologías cualitativas como entrevistas abiertas.

39 Las acciones afirmativas también hacen parte de acciones públicas que buscan dar cumplimiento a disposiciones internacionales (convenios, pactos, convenciones, cumbres, conferencias) firmadas por los Estados para superar las barreras que se interponen en el logro de la igualdad, por la existencia de discriminaciones. Desde el ámbito supranacional, dichas acciones son legítimas partiendo de tres marcos justificatorios: la justicia correctiva, o reparativa; la justicia distributiva, y la utilidad social democrática de todas ellas. http://www.afrodescendientes-undp.org/FCKeditor_files/File/Acciones_Afirmativas.pdf)

Teniendo en cuenta las particularidades de la intervención desde el enfoque diferencial, en 2011 se decidió contar con gestores y gestoras étnicas para desarrollar las acciones.

Para 2012 la intervención se desarrolla en diez localidades del Distrito, priorizadas según la concentración de población étnica y teniendo en cuenta los cuatro grupos étnicos (indígenas, afrodescendientes, gitanos y raizales). Las acciones son realizadas por los equipos base de SASC que se articulan con gestores y gestoras comunitarios, o con gestores y gestoras en salud con pertenencia étnica, y un profesional de las ciencias sociales.

La metodología utilizada para la intervención pasa por cuatro fases: identificación y caracterización; alistamiento; implementación; seguimiento y evaluación, que se describen seguidamente:

- Fase de identificación y caracterización de las familias étnicas en los microterritorios, a través de recorridos sistemáticos de los gestores en salud.

- Fase de alistamiento y acercamiento, que se concentra en la planeación del proceso. El gestor étnico o la gestora étnica, junto con el profesional en ciencias sociales, realiza un proceso de acercamiento y concertación con las autoridades étnicas para la identificación y la visita de las familias étnicas. El acercamiento se hace con los gobernadores de los pueblos indígenas, con líderes de organizaciones o de grupos no organizados de la comunidad afrodescendiente y raizal, y con autoridades mayores de la población gitana. Esta actividad se convierte en la puerta de entrada a las familias, con la particularidad de estar sustentada en los niveles de confianza y de respeto recíproco entre las autoridades y la comunidad.

- Fase de implementación: una vez realizada la concertación con las autoridades étnicas y las familias, se realizan tres visitas. Durante la primera se sensibiliza y se caracteriza a las familias haciendo especial énfasis en la identificación del grupo étnico al que pertenecen y reconociendo sus particularidades. Se aplica el instrumento para la medición de la escala de vulnerabilidad familiar, y de *manera concertada* se elabora el plan familiar. En la segunda visita se hace seguimiento, el gestor comunitario recoge novedades, y, a partir de los hallazgos, aporta al equipo herramientas conceptuales y metodológicas para el abordaje de la familia étnica de acuerdo con las intervenciones priorizadas, e incorpora acciones interculturales en la implementación de los planes familiares.

Así mismo, se promueve la movilización para la participación de las familias étnicas en los círculos de existencia en salud, y a partir de los planes familiares de inclusión social se dinamiza el enfoque diferencial y de acción afirmativa en el orden local. Durante la tercera visita el gestor étnico, en compañía del profesional de las ciencias sociales, hace seguimiento del proceso verificando el cumplimiento de respuestas obtenidas a través de la canalización a servicios de salud, educativos y organizativos.

- Seguimiento y evaluación: en la cuarta visita el profesional en ciencias sociales promueve el cumplimiento de los planes familiares con la incorporación de acciones interculturales en su implementación. Aquí también se recogen novedades y propuestas metodológicas para optimizar el abordaje. La evaluación se realiza a través de un instrumento denominado *Encuesta de satisfacción del programa,* en la que se verifican el proceso completo y el avance en las respuestas a las demandas de la familia. Una parte de las canalizaciones se hace dentro del mismo ámbito, y, por tanto, las acciones son llevadas a cabo por los equipos complementarios en lo que tiene que ver con salud oral, mental, materna e infantil, así como seguridad alimentaria y nutricional, mejoramiento del entorno, atención plurimodal, etcétera. Adicionalmente, se realizan canalizaciones a otros servicios requeridos dentro del Plan Obligatorio de Salud y otros sectores; principalmente, el ICBF, la Secretaría de Integración Social y las Unidades de Atención y Orientación a Población Desplazada.

LOGROS Y RESULTADOS

Es importante destacar que durante el periodo 2004-2011 se logra identificar y caracterizar, en total, a 8.911 familias étnicas, distribuidas en las diferentes localidades del Distrito, de las cuales 42.08 hacen parte de la comunidad afrodescendiente, 2.582 son indígenas y 2.121 pertenecen a las comunidades *rom* gitanas (Anexo 1).

Dentro de los principales logros del proceso se encuentran los siguientes:

- La construcción de una metodología para abordar a las familias étnicas, y que permite un mayor acercamiento y moviliza a las familias para hacer la lectura de sus necesidades, determinar sus principales problemas y sugerir metodologías de intervención familiar, con su propia perspectiva y con la participación de 15 gestores étnicos.

- Generar acciones afirmativas con las familias desde la *visión de derechos*, y con las cuales se busca movilizar recursos propios en pro del cumplimiento de los planes familiares, dentro del marco del reconocimiento de sus derechos.

- Generar articulación institucional e *intersectorial* para canalizar de manera más efectiva a las familias étnicas que buscan obtener respuestas integrales y acceder a los servicios de salud.

- La construcción de una propuesta entornos saludables desde el enfoque diferencial, que se orienta a identificar las condiciones y las prácticas en salud ambiental de las familias étnicas, intercambiar experiencias sobre vivienda saludable y generar propuestas de desarrollo territorial.

- Articular acciones con otros procesos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC); en particular, con el ámbito IPS, con los PDA, con enfermedades trasmisibles y con vigilancia epidemiológica, para seguimiento de los casos de interés en salud pública.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M. S. Antecedentes de la intervención de Etnias en el Ámbito Familiar [En conversación]. En: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Área de Salud Pública. Bogotá; Nov. 9 de 2011.

CORPORACIÓN PARA LA SALUD POPULAR GRUPO GUILLERMO FERGUSSON. Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud. [En línea]. [citado 12 de octubre de 2011]. Disponible en: http://grupofergusson.org/C2.pdf

SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO. Oficina de Participación (2006). Derechos de los Pueblos Étnicos [Disponible en CD ROM]. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2009). Documento de enfoque poblacional-lineamiento etnias. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2009). Lineamientos del Plan de Intervenciones Colectivas. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2011). Documento de sistematización de Etnias en el Ámbito Familiar [Próxima aparición]. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2011). Guías metodológicas PDA-Transversalidades. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2011). Lineamientos del Plan de intervenciones Colectivas. Documentos del ámbito familiar. [En línea]. [citado: 12 de octubre de 2011]. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Categor%C3%ADa:Familiar

Familias en situación y condición de desplazamiento

*Ivonne Arévalo Moreno**

ENFOQUE CONCEPTUAL

El desplazamiento forzoso por la violencia es una realidad nacional, y Bogotá se ha convertido en territorio receptor prioritario en el país, lo cual evidencia la magnitud de un fenómeno que vulnera la integridad física, la seguridad y la libertad de personas que se encuentran directamente amenazadas por situaciones como el conflicto armado interno.

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), en diálogo con el enfoque de determinantes sociales de la salud, busca promover y restituir el desarrollo de la autonomía de las familias y hacer efectivos sus derechos sociales; por ello, la atención primaria refuerza este mecanismo, en su ejercicio territorial, hacia la participación individual y colectiva.

Las manifestaciones y las huellas que el conflicto ha dejado en las mujeres, los niños y las niñas, y, en general, en la familia desplazada por la violencia, orienta las asesorías y la articulación institucional que moviliza y configura inicialmente la familia desde su red misma, así como la esfera relacional con otras familias y comunidades vulnerables receptoras en el territorio social donde reconstruyen su vida.

* Psicóloga.

Esto, en un marco de protección del Estado, ha requerido el desarrollo de una normatividad que contribuya en la orientación conceptual y la generación de programas para el logro y mejoramiento de condiciones de vida en beneficio de estas familias.

En el ámbito nacional, la Ley 387 de 1997 puso en marcha la Política de Prevención, Protección y Atención de Población en Situación de Desplazamiento. Sin embargo, más de 13 años después, su desarrollo aún es insuficiente. La Sentencia T-025 de 2004 busca fortalecer competencias y acciones articuladas desde el Gobierno Nacional para que en el orden territorial se implementen las políticas correspondientes, se coordinen acciones y se adopten los correctivos que permitan superar el estado actual de desplazamiento.

A partir de lo anterior, la Corte Constitucional ha emitido autos de seguimiento que apuntan al restablecimiento y la protección de la población con una perspectiva diferencial, pues dichos autos postulan su situación y su vulnerabilidad como asuntos prioritarios, para los cuales se requiere diseñar y ejecutar, en el contexto nacional, acciones de orden individual y colectivo para superar la situación de desplazamiento.

El Decreto 250 de 2005 adopta un nuevo plan para la atención integral de la población en condición de desplazamiento, y en él se incluyen tanto asistencia humanitaria como estabilización socioeconómica.

En Bogotá, el Plan Integral Único 2011-2020 es producto de un proceso de construcción intersectorial con la participación comunitaria de líderes y de población desplazada, y la orientación de la Secretaría Distrital de Gobierno, instancia distrital de coordinación técnica en materia de atención a la población desplazada en el Distrito Capital.

En tal sentido, el sector salud coordina institucionalmente diversas acciones individuales y colectivas de atención en salud y psicosocial, las cuales son ejecutadas a través de las Empresas Sociales del Estado, como operadoras locales en el Distrito.

El abordaje desde la APS busca generar una respuesta afirmativa para restituir los derechos interdependientes con el derecho a la salud. Así, desde lo metodológico, y tomando como referente la normatividad, se hace necesario perfilar el enfoque diferencial en relación con los riesgos y las exposiciones de género dentro del marco del conflicto armado, las manifestaciones y las afectaciones particulares por ciclo

vital, y la afectación o discapacidad como consecuencia de la violencia y la ruptura de identidad territorial y cultural.

La experiencia en Bogotá y los fuertes liderazgos de las organizaciones sociales han posibilitado que en el plano territorial se formule la Política en Salud para la Población Desplazada que habita el Distrito Capital.

En correspondencia con la implementación de la Atención Primaria y los procesos locales, se propician acciones de sensibilización respecto a la autogestión individual y familiar, en pro de la resignificación de la vida, el restablecimiento emocional y el fortalecimiento del tejido social familiar, donde se promueve la conformación de redes comunitarias que posteriormente son acompañadas en lo local, desde el ámbito comunitario, a través del proyecto Comunidades Saludables.

Respecto a la garantía del acceso a los servicios de salud a través de los hospitales de la Red Pública adscrita e IPS de la red complementaria contratadas, se dispone la atención presentando la constancia de declaración, respetando su estatus de población especial (sin el cobro de cuotas de recuperación, según el Decreto 4877 de 2007), hasta tanto el paciente sea incluido en el Registro Único de Población Desplazada por parte de Acción Social.

Desde la APS la lectura de necesidades en las familias desplazadas ha sido el mecanismo de identificación y abordaje; allí se disponen los planes de acción de la familia, los cuales, a su vez, activan la respuesta en torno a las necesidades.

PROBLEMATIZACIÓN

La problematización consolidada a través de la experiencia distrital, donde ha participado la población en situación de desplazamiento, y reconociendo su vulnerabilidad, su diversidad y su realidad local, es un proceso iniciado desde 2008 con los siguientes resultados:

- Débil ejercicio de la ciudadanía y fragilidad organizativa, por no reconocerse esta población como sujetos de derechos. Esto limita su participación en las decisiones sobre su destino y el acceso a los servicios y los bienes sociales.

- Debilitamiento de la calidad de vida, como producto del desplazamiento, y que, a su vez, dificulta el acceso a condiciones económicas que permitan el abastecimiento de alimentos.

- Desestabilización de sus sistemas económicos y de sus formas de autoabastecimiento, convivencia, respeto, dignidad y solidaridad familiar, comunitaria y social.

- Falta de reconocimiento de la ciudadanía receptora respecto a las prácticas culturales para poblaciones de los grupos étnicos en desplazamiento, en relación con el proceso salud-enfermedad.

- Modelo de salud y barreras institucionales que generan exclusión e inequidad para el acceso a servicios de la población en desplazamiento.

- Deficientes condiciones socio-sanitarias de las viviendas y los sitios que habita la población en desplazamiento.

- Dificultad de acceso a una atención integral e inclusiva para personas con limitaciones físicas, mentales, cognitivas, visuales o auditivas.

A lo anterior se suma la condición diferencial de género, que victimiza aún más a las mujeres, no solo porque las revictimiza y las invisibiliza, al desconocer su protagonismo y sus necesidades particulares, sino porque no tienen acceso a información diferencial ni a una oferta de empleo que les permita generar ingresos, lo cual agudiza la desigualdad económica.

Todas las anteriores son manifestaciones psicosociales asociadas al miedo y a la desconfianza, además de percepciones de riesgo de violencia de género y de violencia sexual contra la mujer y sus hijas, dentro del marco de la violencia, y que solo agravan la situación.

Muchos de los graves y repetidos problemas de salud que sufren las personas desplazadas son consecuencia del desplazamiento que las expone, más que a otras poblaciones pobres y vulnerables, a factores deteriorantes que profundizan las inequidades sociales y superan las limitaciones de la respuesta oficial.

A partir de esas definiciones, se diseñan temas generadores de respuesta, que en el ámbito familiar siguen vigentes:

- Protección de derechos y orientación en salud individual hacia la prevención y la promoción de la salud, dentro del marco de la restitución de derechos.
- Incidencia psicosocial y familiar hacia la mitigación de impactos psicosociales en la población.
- Restablecimiento emocional y asesoría sobre la reconstrucción de proyectos de vida familiar, con enfoque diferencial.
- Atención en salud con equidad y humanización, en pro de evitar la estigmatización de las familias.

LOGROS: LA EXPERIENCIA SIGNIFICATIVA DE LA POLÍTICA PÚBLICA

Para el periodo 2005-2006 se estableció la primera línea de base del sector salud, la cual perfiló las principales realidades, necesidades, vulnerabilidades y determinantes sociales que inciden en la calidad de vida y salud de la población desplazada, así como su perfil epidemiológico.

Esta línea de base se desarrolló mediante encuesta a hogares de población desplazada y receptora de las localidades de Bosa, Kennedy, Ciudad Bolívar, Usme, Suba y Rafael Uribe. La revisión de fuentes secundarias y los ejercicios cualitativos se realizaron con poblaciones y funcionarios de los hospitales. Los hallazgos se complementan con la información de los reportes de los proyectos especiales con población desplazada de los hospitales de la Red Pública y los datos de la ficha anexa de Salud a su Hogar, y se discuten a la luz de otros estudios nacionales y distritales sobre condiciones de vida y salud de la población desplazada[40].

Para el Plan Distrital de Salud 2008-2012 se incluyó en sus metas la formulación de la política para la población desplazada, para lo cual se realizó un proceso convocante con la población asentada en Bogotá, que reconoció a sus miembros como sujetos de derechos y actores activos: organizaciones, mujeres, hombres, líderes de población desplazada con pertenencia étnica, entre otros, y quienes en su cotidiano

40 Formulación participativa de la política distrital de salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia en Bogotá, D. C., 2008-Línea de base y propuesta de proceso.

trabajo buscan el reconocimiento ciudadano dentro del marco de los múltiples derechos vulnerados.

Durante 2009 se realizó la construcción participativa de la política por el derecho a la salud para la población desplazada víctima de la violencia. Esto se logró a través del diálogo, la negociación y la concertación entre los líderes de las organizaciones de población desplazada, los funcionarios de las distintas direcciones de la Secretaría Distrital de Salud, las diversas instituciones distritales y nacionales del Sistema de Atención a la Población Desplazada y los organismos internacionales de cooperación participantes del proceso con quienes se formuló la política de salud[41].

El objetivo general de dicha política es "garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia que vive en Bogotá" fortaleciendo la respuesta sectorial e intersectorial dentro de un marco general de equidad, inclusión social, reconocimiento de la diversidad étnica y de género, estímulo a la participación social y garantía de los derechos de las víctimas del conflicto armado interno.

El proceso de construcción y consolidación se realizó con el apoyo de la Secretaría de Gobierno y en convenio con la Pontificia Universidad Javeriana, y contiene los objetivos estratégicos que buscan garantizar el acceso universal a los servicios de salud, el desarrollo de modelos de atención integral a esta población y la promoción de la participación social como instrumento para fomentar su ciudadanía.

La principal fortaleza de la política radica en el carácter participativo de esta, a partir de la concertación necesaria entre los actores y el hecho de lograr elevarse a decreto (de hecho, el Decreto 032 de 2011). De igual forma, es fundamental la formulación del Plan de Acción Distrital y la propuesta de articulación intersectorial dentro del marco de los Comités Locales de Atención a la Población Desplazada en 12 localidades.

La política es una materialización del enfoque diferencial vinculado con la perspectiva de determinación social en relación con la garantía de la salud individual y colectiva, dentro del marco de la APS, en la medida en que logra el reconocimiento de la diversidad personal, cultural, étnica y de género, que se expresan en las condi-

41 Política en Salud para la Población Desplazada-Secretaría Distrital de Salud, Secretaría Distrital de Gobierno-Universidad Javeriana 2008-2020.

ciones del desplazamiento y de la discapacidad de la ciudadanía afectada por la violencia social y política originada en el territorio nacional. Por esto, al leer la política se puede afirmar que es en un ejercicio dirigido a alcanzar equidad social.

La experiencia describe un proceso de promoción en la autonomía individual y colectiva, y el fortalecimiento del papel social y político de la población desplazada asentada en Bogotá en la toma de decisiones, el control social y el ejercicio de la democracia, fundamental en la inclusión social basada en el reconocimiento del sujeto titular de derechos como ciudadanos y ciudadanas[42].

La implementación de la Política en Salud inicia en 2011, con posterioridad a su reglamentación a través del Decreto 032 del mismo año; sin embargo, las acciones en el ámbito familiar recogen los acumulados impulsados desde 2006.

El proceso de implementación en la fase de diseño de Planes de Acción Local, expresado desde los ejes y las líneas de acción, enlaza el alcance psicosocial que esta tiene, con énfasis, principalmente, en lo relacionado con el eje de servicios en salud, eje que orienta la garantía del derecho en todas las actividades y las intervenciones de promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la curación y la rehabilitación requeridas para responder a las necesidades y modificar los factores que protegen o deterioran la salud de la población desplazada. Se busca que todas las acciones se realicen de manera integral (Plan Obligatorio de Salud [POS], y Plan de Intervenciones Colectivas, [PIC]), y acorde con sus características culturales, étnicas, de género y de generación.

Desde el eje psicosocial se busca ampliar y adecuar el reconocimiento y la intervención de las necesidades, en el objetivo 3 del POS: "Desarrollar planes integrales de intervenciones colectivas e individuales de atención psicosocial adecuados a las necesidades y riesgos de la población desplazada víctima del conflicto armado interno y en el marco del reconocimiento de sus diferencias culturales, étnicas, de género y generación".

En tal sentido, Bogotá, dentro del marco de la salud pública, ha orientado distintas acciones para hacer cumplir la política. Por ejemplo, a través del programa Salud a su Casa es posible llegar a las familias, a sus lugares de vivienda o de asentamiento,

42 Secretaría Distrital de Gobierno. Documento de Sistematización Experiencia Psicosocial en Bogotá con Población Desplazada Victima de la Violencia, Capítulo Secretaría Distrital de Salud, 2011. (DOCUMENTO INÉDITO)

cuando se genera una llegada masiva a los albergues temporales; el contacto se inicia partiendo de la caracterización familiar, las acciones de promoción y prevención en salud y la asesoría psicosocial con cada una.

La entrada de las familias a Salud a su Casa es, generalmente, el territorio; es decir, la localidad donde se identifican las condiciones a través de las visitas domiciliarias. Otra forma de hacer parte del proceso es la búsqueda activa, realizada por el grupo de profesionales de psicología, quienes durante el proceso de articulación intersectorial visitan las Unidades de Atención y Orientación, y desde allí canalizan a la familia al programa, o a la identificación, por parte de profesionales vinculados con el proceso de desplazados en otro ámbito, como el comunitario o el componente de Gestión Local.

En el abordaje se rescata el actuar del grupo de gestores en salud del programa con la oportunidad de instalar la caracterización familiar, identificar las necesidades en salud que van a ser atendidas desde la estrategia de atención primaria, la canalización a servicio psicosocial y el abordaje integral, según como corresponda. Cabe resaltar el peso que tiene en la intervención la asesoría psicosocial dada por el programa a estas familias; es, claramente, una necesidad sentida por parte de ellas, y desde allí se hace referencia a la promoción de la salud para disponer la entrada del gestor y los profesionales en salud cuando esto sucede.

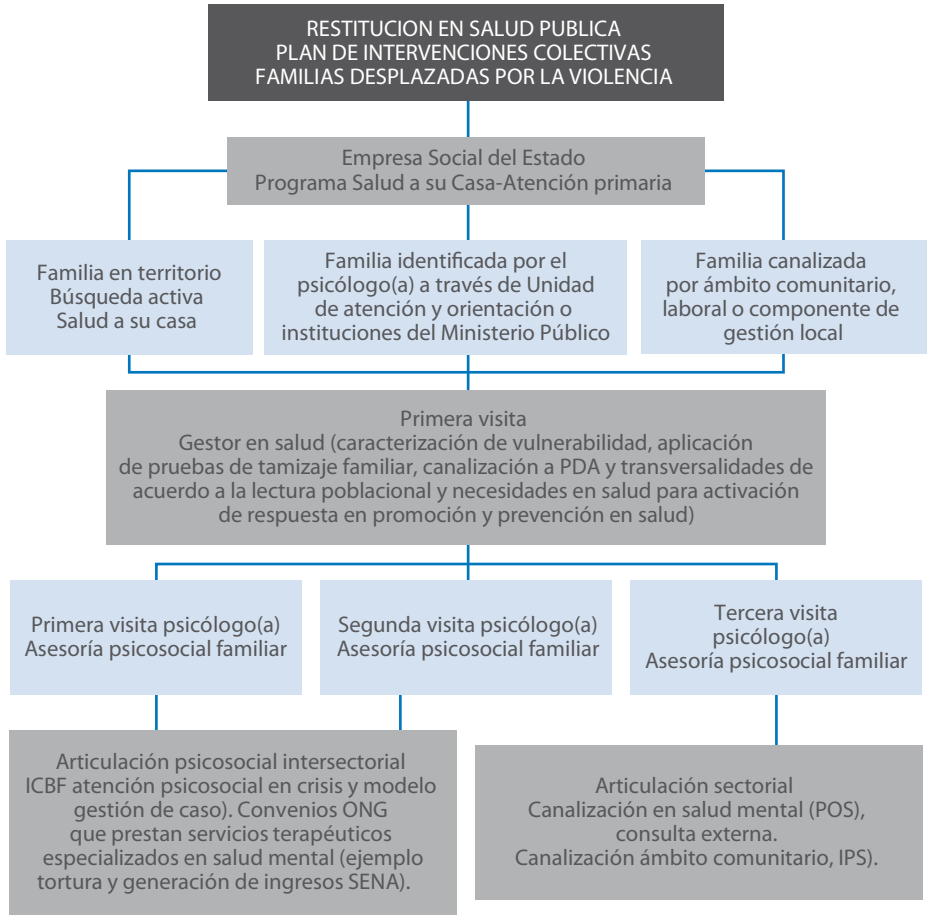
Ahora bien, como se ha mencionado a lo largo del texto, la asesoría psicosocial domiciliaria para las familias cuenta con un proceso de 2008-2011 de meta y ejecución aproximada en 10.000 familias.

El proceso estratégico y metodológico psicosocial tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- Implementación del modelo de abordaje psicosocial y en salud mental desde la metodología ISEP (Inclusión Social con Enfoque Psicosocial), propuesto para todo el país por el Ministerio de la Protección Social, con alcance en la respuesta al Auto 092 "Protección de los derechos fundamentales de las mujeres desplazadas y sus familias".

- Aplicabilidad de enfoque relacional desde el reconocimiento del contexto cultural y respuesta al tipo de violación de derechos individual y familiar.

Figura 49. Ruta del proceso de intervención con familias en condición de desplazamiento



Fuente: SDS-Plan de Intervenciones Colectivas 2010.

- Construcción de procesos de activación y concertación con la participación de familias en círculos de existencia (encuentros de familias) para la construcción de diálogos sociales y la libre expresión de sentimientos hacia la escucha colectiva y la transformación de imaginarios sociales.

- Respuesta psicosocial de actuación pública, en tanto conecta la respuesta desde la promoción del derecho a la salud de la Empresa Social del Estado y rescata el trabajo interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional.

- Orientación en la restitución de derechos y la aplicación del enfoque psicosocial, como centro que busca la reparación y la restitución de la autonomía incidiendo desde la lectura de la realidad psicosocial en cada familia, rescatando herramientas psicosociales hacia la mitigación de impactos psicosociales y en salud mental, promoviendo la reconstrucción de proyectos de vida y articulando el proceso local con el componente de gestión local y otros ámbitos, para buscar su respuesta integral, mediante el reconocimiento de los actores institucionales de otros sectores y las instancias de participación local.

RECOMENDACIONES

Implementar acciones de APS ha sido fundamental para las familias desplazadas. La comunicación con los equipos locales y la disposición de escucha y orientación hacen parte de las acciones de promoción y prevención en salud, encaminadas a posibilitar acceso real al derecho a la salud, pues propician el reconocimiento de nuevos contenidos y elementos enfocados hacia el cuidado individual y familiar, y hacia la promoción de su salud mental.

Pero es necesario avanzar, y por ello se recomienda profundizar en el trabajo, buscar una mayor autonomía de las mujeres para que superen condiciones propias del contexto y de la dinámica locales, y promuevan la protección ante manifestaciones de riesgo por amenazas de grupos ilegales que las instigan por escrito para salir de la ciudad.

Por otra parte, se recomienda caracterizar y aprestar el programa, mediante el diálogo oportuno, en la construcción de respuestas acordes con la dinámica poblacional, las características culturales y el arraigo asociado a prácticas y costumbres que implican construcciones de salud en la esfera comunitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. (2011). Guía Operativa de Intervención Psicosocial a Familias en Situación o Condición de Desplazamiento en el Ámbito Familiar, Programa Salud a Su Casa, Respuesta Integral Protección e Inclusión Social a las Familias. Plan de Intervenciones Colectivas. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. (2010). Lineamiento Técnico Transversalidad Desplazados. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. (2008). Formulación participativa de la Política Distrital de Salud para la población en situación de desplazamiento forzado por la violencia en Bogotá D. C. Línea de base y propuesta de proceso. Documento I. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA. Política Pública de Salud para la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá D. C. , 2008-2020.

La discapacidad en la escena de la rehabilitación basada en comunidad (RBC) y la APS

*Martha Lucía Santacruz González**

ENFOQUE CONCEPTUAL

Durante la década de los noventa del siglo XX, la Secretaría Distrital de Salud adoptó y adaptó la rehabilitación basada en comunidad (RBC), como una estrategia de base comunitaria que abre escenarios para la participación de las personas con discapacidad, sus familias, sus cuidadores y sus cuidadoras. Desde sus comienzos, en la estrategia ha tenido un papel importante la asesoría domiciliaria a las familias con algún miembro con discapacidad, ligada a la APS. De ahí el valor que tiene esta intervención para la RBC y lo que compete a mejorar la calidad de vida de las familias en situación de discapacidad.

Con esta perspectiva se han creado oportunidades para el desarrollo de sus capacidades, el reconocimiento de sus derechos y la activación de procesos organizacionales, como punto de partida para ganar autonomía y movilizar a la población hacia la inclusión social. Estas acciones se han dado a la par con la Atención Primaria Integral de Salud (APIS); ambas estrategias se encuentran en sus principios, sus propósitos, su metodología y su forma de operar; por ello, se complementan y se integran en el ámbito familiar en intervenciones para las familias. Para Vásquez (2008), "la RBC, desprendida de las premisas de la Atención Primaria, en su esencia no es un servicio, es estrategia de acción, que integra la salud a organizaciones de la comunidad y las personas buscando diferentes vías e instrumentos para lograr equidad, inclusión social e igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad".

* Terapeuta ocupacional, especialista en docencia universitaria.

Sin embargo, es necesario identificar hasta dónde la RBC facilita que las familias en situación de discapacidad logren empoderarse para asumir cambios que se vean reflejados en su participación social y en el rompimiento de la exclusión a la cual, históricamente, han estado expuestas. El propósito del presente artículo es poner de manifiesto las ganancias en autonomía e inclusión social de las familias en situación de discapacidad en Bogotá, que se abordan en el ámbito familiar en el contexto de la RBC y la APIS en la Secretaría Distrital de Salud. Así, se busca llamar la atención sobre el valor que tiene el trabajo centrado en la familia para lograr su empoderamiento y su proceso de cambio.

Es pertinente presentar los resultados de tales procesos con la perspectiva de los atributos y las funciones de la APIS en relación con avances en la autonomía funcional, social y política de las familias, acorde con la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS); sobre esta se plantean los objetivos de la RBC y los comportamientos indicadores de cambio en las familias. Es decir, se revisa si desde la participación de las personas en acciones para el empoderamiento en sus derechos, tanto en escenarios individuales como colectivos, se avanza en sus capacidades para activar su camino hacia la inclusión social. O bien, si se requiere acudir a otros mecanismos de participación para hacer realidad un escenario donde las personas con discapacidad, sus familias, sus cuidadores y sus cuidadoras se reconozcan como sujetos de derechos, capaces de construir con otras personas ciudades incluyentes.

La discapacidad, como hecho social, complejo y multicausal, debe ser estudiada desde diversas orientaciones teóricas y conceptuales para poder ser comprendida. En la SDS se asume tal concepto como "un hecho social que amerita acciones de carácter social". Por ello, integra y articula la explicación de la discapacidad con base en los fundamentos conceptuales de la clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud (CIF, 2001); la estrategia de RBC (RBC, 2004), el modelo de la diversidad funcional (Palacios y Romañach, 2006) y la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), entre otros, así como la construcción teórica propia, dada por la experiencia en los escenarios distritales y locales.

Con esta perspectiva de integralidad, las acciones se diseñan en una propuesta metodológica y operativa que centra sus acciones en las personas y se sustenta, para su organización, en la RBC, la Estrategia Promocional de Calidad de Vida (D'Elia, De Negri, Castañeda, Vega, Bazó, 2003), la Atención Primaria en Salud (APIS renovada), la estrategia de GSI, el enfoque poblacional y el enfoque de inclusión social.

Acerca de la RBC

La RBC es una estrategia de desarrollo comunitario con más de dos décadas y media de avances, que promueve la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y propende por la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social. Es un concepto liderado por la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), en su documento de posición conjunta, de 2004.

La RBC convoca una serie de oportunidades creadas y recreadas por procesos comunitarios, los cuales están conformados por personas diversas en capacidades, intereses y realidades. Esta forma de acción obedece al imperativo de hacer visible que desde el trabajo colectivo es posible el cierre gradual de las brechas de inequidad histórica en la población con discapacidad, al igual que la apertura hacia la justicia social como el espacio para todos y todas.

De acuerdo con Cáceres (2008):

> […] desarrollar la RBC en el contexto de la APIS es la oportunidad para trabajar con la comunidad, facilitando su participación y cumpliendo con los principios de equidad, cobertura universal, multisectorialidad, promoción de la salud y prevención de la discapacidad. Es la ocasión de generar redes sociales que involucren a los integrantes y a las organizaciones de la comunidad, luchando por la equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad. Es el desafío de cambiar las actitudes en la comunidad sobre la discapacidad (Cáceres, 2008).

Siguiendo a Vásquez, esto se consigue al incluir la representación de las personas con discapacidad en todo el quehacer de la comunidad trabajando en la eliminación de las barreras físicas, ambientales, culturales y sociales. Implica ello la solidaridad de la comunidad con las personas en situación de discapacidad, pero también, su inclusión en todo el accionar del sector salud, incluyendo las actividades de promoción y prevención, combinadas de forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación (Vásquez, 2008).

En este contexto, el trabajo con la familia parte de principios que consideran como la unidad de intervención a la persona con discapacidad, la familia y la cuidadora

en una misma dimensión. Por lo tanto, las metas de intervención se relacionan con mejorar el funcionamiento de la familia como un todo y el bienestar de cada uno de los miembros de esta. En RBC dicha forma de operación se define como las acciones que se centran en la familia en situación de discapacidad y que se encaminan a promover la autonomía, el ejercicio de los derechos y la inclusión social de estas personas. Todo ello por medio de experiencias colectivas de conocimiento, participación y consolidación de redes sociales orientadas a mejorar su calidad de vida.

REFERENTE NORMATIVO

Las acciones con las familias se apoyan en el marco de las políticas internacionales, orientadas actualmente por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, donde, a la vez, se establecen el compromiso y la puesta en marcha de políticas, leyes y medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos y la abolición de las leyes, las costumbres y las prácticas de discriminación hacia la población con discapacidad.

El propósito de la convención orienta cualquier respuesta que se plantee frente a las necesidades sociales de las familias en situación de discapacidad. En Bogotá, la Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital, aprobada mediante el Decreto 470 de 2007, y construida de manera colectiva con el aporte del Sistema Distrital de Discapacidad (Consejo Distrital, Comité Técnico y Consejos Locales, Acuerdo 137 de 2004), establece que los derechos de las personas con discapacidad se extienden a los de sus familias, sus cuidadoras y sus cuidadores. Por ende, todas las acciones que faciliten el desarrollo de capacidades y de la ciudadanía son de vital importancia para la promoción de tales derechos.

Lo anterior va ligado con la Política Pública para la Garantía de los Derechos, el Reconocimiento de la Diversidad y Democracia en la Familia, de 2006. Esta política expresa la necesidad de orientar los sistemas de salud hacia atenciones integrales que hagan accesible la oportunidad de reconocer, legitimar y defender los derechos colectivos recomendando acciones concertadas, articuladas y complementarias entre las instituciones, las familias y las comunidades (ICBF, 2006).

Recogiendo este marco normativo, y en coherencia con los objetivos del Plan Distrital de Salud 2008-2012, desde el Proyecto de Determinantes y del Plan de Intervenciones Colectivas, se promueven acciones para garantizar el derecho a la

salud y contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias, lo que se constituye en oportunidad para el desarrollo de la estrategia de RBC en las 20 localidades del Distrito. Es así como, en articulación con la APIS y el programa Salud a su Casa, se busca generar acciones para la restitución y la promoción de la autonomía y el desarrollo del proyecto de vida familiar fortaleciendo el papel de la familia como red primaria y fomentando su participación en redes sociales de apoyo inclusivas.

La apuesta de la ciudad por mejorar las condiciones de vida de la población a través de la EPCVS y la GSI impulsa la entrada de diversos actores a escenarios democráticos, participativos y políticos que permiten empoderar a la ciudadanía y a sus instituciones, hacer visibles los derechos y activar los mecanismos para su ejercicio.

REFERENTE SITUACIONAL

En la ciudad se tienen datos preliminares del proceso de registro para la localización y la caracterización de las personas con discapacidad. A febrero de 2011 se contaba con 186.594 personas con discapacidad registradas. Las localidades que presentan mayor número de personas son, en su orden: Kennedy, Rafael Uribe, Bosa y San Cristóbal (Secretaría Distrital de Salud-Grupo Técnico de Discapacidad, 2011).

La pirámide poblacional muestra mayor cantidad de hombres en las etapas de la infancia, adolescencia y juventud. En la adultez y la vejez se invierte el patrón, y el mayor número se concentra en las mujeres.

De la información obtenida se puede identificar que la situación de la población con discapacidad y sus familias se caracteriza por el insuficiente acceso a espacios y oportunidades para el desarrollo de capacidades y la participación social. Lo anterior se relaciona con precarias condiciones socioeconómicas; la existencia de barreras actitudinales, físicas y comunicativas, y los bajos niveles de formación para el trabajo, todo lo cual aleja a estas personas de la dinámica productiva de la ciudad y de las posibilidades para generar ingresos que satisfagan sus necesidades y sus expectativas de vida.

La situación de la población con discapacidad se describe en los núcleos problematizadores y temas generadores, analizados desde el modelo explicativo de la determinación social:

Tabla 7. **Núcleos problematizadores en la intervención con personas con discapacidad**

Determinantes sociales	Núcleos problematizadores
Determinantes proximales	La condición de discapacidad aisla a la familia y le restringe la generación de vínculos y de relaciones protectoras.
	Familias, cuidadoras y cuidadores con poca información para identificar signos de alarma y detectar tempranamente las limitaciones.
	La condición de discapacidad le disminuye a la familia las oportunidades para el desarrollo de sus capacidades.
	Experiencias de discriminación y exclusión, con restricción de oportunidades para saber cómo manejar la situación y acceder a servicios y programas.
	Pobre autonomía funcional y social para la expresión de sus capacidades y la construcción de un proyecto de vida familiar.
	Bajo nivel de formación académica y laboral, y, por tanto, un bajo nivel en competencias para desempeñar el papel productivo y la satisfacción de necesidades.
	Insuficiente desarrollo de capacidades para la satisfacción de necesidades de autorrealización y logro de metas.
	Pobre cultura del autocuidado para prevenir condiciones crónicas que generen discapacidad.
Determinantes intermedios	Exclusión social, debida, en parte, a la falta de información y de atención a la familia para enfrentar la situación de discapacidad.
	Bajo grado de participación social, debido a barreras actitudinales, físicas y comunicativas.
	Insuficientes redes de apoyo que brinden respuesta a las principales necesidades de la familia.
	Imaginarios sociales que se relacionan con incapacidad y no capacidad, lo que genera exclusión.
	Ausencia de redes de apoyo que permitan satisfacer necesidades de comunicación y de participación social.
Determinantes estructurales	Bajas cobertura y calidad en los programas de habilitación y de rehabilitación.
	Condiciones psicosociales adversas que exponen a la familia a situaciones que pueden generar o incrementar la discapacidad y la exclusión.
	Escenarios educativos, laborales y sociales excluyentes que conllevan escasas oportunidades para el desarrollo de capacidades y de vínculos.
	Escasas oportunidades y programas para la construcción de un proyecto de vida y de formación para el trabajo.
	Debilidad en la implementación de políticas y en la destinación de recursos para el desarrollo de programas que den respuesta a las necesidades educativas y de desarrollo de las familias.
	Poco acceso a servicios y mecanismos de protección de derechos y de participación social que promuevan la satisfacción de sus necesidades de seguridad, bienestar y autonomía.
	Barreras actitudinales, físicas, ideológicas, económicas y políticas que limitan el acceso a entornos de participación y restringen el ejercicio de los derechos.

Fuente: Secretaria Distrital de Salud-Plan de Intervenciones Colectivas, 2009.

ORGANIZACIÓN DE LAS RESPUESTAS Y LOS RESULTADOS

La autonomía de la familia, desde la estrategia promocional de calidad de vida y salud, parte de concebirla como sujeto de derechos, apropiada de conocimientos, habilidades y prácticas para la selección de opciones favorables a la salud y para la gestión de proyectos de vida, que le permitan transformarse a sí misma, transformar la sociedad desde la cotidianidad y dinamizar la democracia.

El concepto de inclusión social es un propósito de la RBC y de la APIS, y se constituye, a su vez, en una condición para que las personas y las comunidades logren calidad de vida. En este sentido, apostarle a la inclusión social implica generar dinámicas que vinculen experiencias con el fin de desarrollar capacidades mediante el empoderamiento y el acceso a oportunidades durante todo el ciclo vital, y evitar que la situación de exclusión se siga reproduciendo en las nuevas generaciones.

La intervención que se desarrolla con las familias dentro del marco del ámbito familiar se fundamenta en:

> Acciones centradas en la familia donde los facilitadores se desplazan al hogar y a partir de narrativas comprenden las necesidades de cada unidad familiar, de manera concertada diseñan un plan de acción orientado a generar cambios en su dinámica, capacidades y participación social. Esto se fortalece mediante los encuentros de familias que impulsen la conformación y fortalecimiento de redes sociales (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

En este sentido, se considera que tal intervención es la puerta de entrada de las familias a procesos de empoderamiento y de cambio que activen su participación y su inclusión social. Desde el escenario de asesoría individual, la familia inicia una ruta de conocimiento de sus derechos, de reconocimiento de sus posibilidades de acción y de transformación, al ser parte de colectivos, los cuales, principalmente, suceden en las demás acciones de RBC.

Enmarcada en el Modelo de Salud Familiar Comunitario, la intervención busca acercar la atención en salud a las familias excluidas y garantizar un primer contacto con el sistema de salud a través de la atención en la comunidad y en la vivienda, por parte de un equipo multidisciplinario, y convierte a las familias y a las comunidades en la base de la planeación y la acción, al promover acciones intersectoriales para

abordar los otros determinantes de la salud (Secretaría Distrital de Salud-Grupo Técnico de Discapacidad, 2011).

Lo anterior se concreta en dos acciones. En primer lugar, a través de la asesoría domiciliaria a familias en situación de discapacidad, orientada a reconstruir modelos de actividades en sus ambientes naturales, de acuerdo con su situación de discapacidad. Eso no incluye intervenciones clínicas ni terapias domiciliarias, pero hace énfasis en acciones como: asesorar en el ejercicio de los derechos; informar sobre el acceso a servicios de salud, comunitarios e institucionales; orientar sobre cómo aprovechar los recursos de la localidad; formar al cuidador en autocuidado y manejo de la persona con discapacidad; orientar en el manejo de adaptaciones y de aditamentos; orientar sobre cómo distribuir los papeles y las cargas del cuidado; orientar en el manejo de ayudas técnicas, y acompañar en la construcción del proyecto de vida. Incluye también la canalización y el seguimiento a otras intervenciones de RBC, APIS, PIC y programas intersectoriales.

Este enfoque de trabajo, centrado en la familia, el cuidador o la cuidadora y la persona con discapacidad, comprende: el manejo del relato de vida y la narrativa para la realización conjunta de la lectura de necesidades; el planteamiento de metas de cambio compartidas con el grupo familiar; la canalización a procesos de inclusión social; la identificación temprana de dificultades intrafamiliares; la obtención de información sobre necesidades; la exploración de antecedentes culturales y de valores; el reconocimiento del ambiente doméstico, psicológico y físico, y el reconocimiento de las necesidades personales de los miembros de la familia, incluida su propia asistencia en salud.

En segundo lugar, la intervención desarrolla los encuentros de familias en situación de discapacidad (círculos de existencia), para la promoción de sus derechos y de la calidad de vida. Esta acción reúne a diversas familias con miembros en situación de discapacidad en un escenario de encuentro colectivo, formación, interrelación, y socialización de experiencias y de proyectos de vida, y rescata la importancia de los procesos colectivos para el desarrollo de la ciudadanía y el ejercicio de los derechos. De esta forma, afianza los aspectos trabajados con dichas familias en la asesoría domiciliaria, e incide de manera importante en el objetivo de trasformación de los territorios a partir del ejercicio de la democracia participativa.

Estos encuentros de familias enfatizan en la promoción de los derechos y de la autonomía social y política. Igualmente, promueven el desarrollo de proyectos colectivos que no solo fortalezcan a la familia, como red primaria, sino que trasciendan, mediante estrategias informativas, al plano de la participación y la motivación para construir redes sociales de apoyo.

En coherencia con la EPCVS, tales acciones trascienden la réplica de tratamientos institucionales asistencialistas, y avanzan hasta la participación activa de la familia, buscando afectar los determinantes y lograr cambios estructurales que lleven a la participación real en la comunidad. Una participación que reconozca y aproveche potencialidades y fortalezas, que empodere derechos y deberes y propicie la iniciativa y el desarrollo social.

RESULTADOS Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA

Los resultados cuantitativos y cualitativos dan cuenta de los avances en cobertura y de los logros en cuanto al fortalecimiento de la autonomía y la inclusión social de las familias en situación de discapacidad, dentro del marco de la RBC y la APIS; acciones y resultados que corresponden a la meta estructural dentro del Plan de Desarrollo 2008-2012:

> […] a 2011, lograr la integración a la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC) del 30 % de la población con discapacidad identificada en el Registro para la localización y caracterización, contribuyendo con la implementación de la política pública de discapacidad y promoviendo la inclusión social de las personas, sus familias, cuidadoras y cuidadores (Línea de base 5% prevalencia DANE 2005).

En coherencia con lo anterior, desde el proyecto Salud a su Casa se busca aportar a la meta con la integración a RBC de 32.304 familias. Los resultados abarcan el periodo 2008-2011, y provienen de la información obtenida de las acciones de la transversalidad de discapacidad en el ámbito familiar, por medio de las asesorías domiciliarias y los encuentros de familias (círculos de existencia) en las 20 localidades.

Desde lo programado por Salud a su Casa se han integrado a RBC un total de 30.731 familias en situación de discapacidad, lo que representa el 95 % de logro frente a lo proyectado. Estos datos se discriminan de la siguiente forma: durante 2008 se cubre

a 7.362 familias; en 2009 se logra integrar a 7.664; para 2010 el total de familias asesoradas sube a 8.473, y para 2011 se alcanza a dar respuesta a 7.232 familias.

Estos datos permiten corroborar que las acciones articuladas de APIS y RBC responden al atributo de accesibilidad y primer contacto de la APIS y al propósito de RBC, de "que las personas con discapacidad puedan tener acceso a los servicios y a oportunidades ordinarios" (Secretaría Distrital de Salud-Grupo Técnico de Discapacidad, 2011).

Adicionalmente, los mismos datos confirman que las mencionadas son estrategias que permiten dar respuesta a las necesidades de la población en situación de marginalidad y exclusión; por lo tanto, se convierten en la puerta de entrada a procesos de empoderamiento en salud e inclusión social; de igual forma, dichas estrategias se pueden pensar como el primer nodo para avanzar hacia la conformación de redes protectoras para estas familias. A su vez, se fortalecen con la canalización y la integración a oportunidades que ofrecen RBC, las intervenciones del PIC y otros programas sectoriales.

A MANERA DE REFLEXIÓN

A partir de los resultados mostrados es interesante ver la forma como la RBC y la APIS dialogan y se encuentran en sus fundamentos, sus propósitos, su metodología y su forma de operar. Adicionalmente, se corrobora cómo son estrategias que permiten dar respuesta a las necesidades de la población en situación de marginalidad y exclusión; de ahí que sean la puerta de entrada a procesos de empoderamiento en salud, autonomía e inclusión social.

La propuesta de la SDS basada en la visión de los derechos, en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, vinculada con la RBC (enfoques que se realizan a través de APIS), ha posibilitado el desarrollo de capacidades de las personas y de sus familias en la activación del acceso a diversos servicios y programas, en la promoción de la ciudadanía, en la participación y la conformación de redes que se impulsan en las acciones realizadas en el ámbito familiar, y, específicamente, el cumplimiento de la política pública de discapacidad.

No obstante, pese a los avances logrados, muchas personas con discapacidad y sus familias siguen sin recibir servicios básicos de salud y rehabilitación, y no tienen

acceso en condiciones de equidad a la educación, la formación, el trabajo, el esparcimiento ni otras actividades de su comunidad. Esto pone de relieve la necesidad de renovar y ampliar los esfuerzos para hacer frente a tales problemas, incluyendo temáticas como la pobreza, la exclusión y los derechos humanos.

En este sentido, es un imperativo fortalecer el trabajo conjunto de la RBC y la APIS para dar continuidad a acciones que fomenten el derecho de las personas con discapacidad a vivir en la comunidad como ciudadanos. Llevar una vida en condiciones de equidad, disfrutar de salud y de bienestar, y participar plenamente en actividades educativas, sociales, culturales, religiosas, económicas y políticas.

Así mismo, es evidente que para hablar de integralidad, impacto y continuidad se requieren un trabajo intersectorial y en red sustentado en la GSI y un enfoque multisectorial, de manera que las acciones individuales y colectivas propuestas en el ámbito familiar trasciendan el desarrollo inclusivo, acorde con lo propone la RBC.

Por otra parte, en los resultados se hace notorio que los logros en la autonomía funcional, social y política de las familias van a la par con un proceso de asesoría y acompañamiento realizado conjuntamente entre profesional y agente de cambio. Que sea en un periodo de cuatro meses permite dar una atención integral y generar vínculos que, de alguna forma, llevan a la sostenibilidad de las acciones. Sin embargo, para alcanzar un impacto a largo plazo se requieren mecanismos de articulación y de seguimiento a lo largo de un periodo mayor que el que se viene desarrollando; la fragilidad, la desmotivación y la desconfianza frente a las instituciones en algunas familias llevan a no continuar su proceso por sí mismas.

No obstante lo anterior, se cuenta con menor número de familias que avanzan en su autonomía social y política, y esto lleva a pensar que en RBC se necesita fortalecer su articulación a un sistema que asegure el acompañamiento y el seguimiento apropiados, y permita consolidar los procesos de referencia y contrarreferencia coherentes con las necesidades de la comunidad. De igual forma, es importante que se motive y se acompañe a las familias, para que sean parte de grupos, organizaciones y redes, y se conviertan en agentes multiplicadores de derechos e inclusión.

La experiencia ha mostrado que los profesionales y los agentes de cambio que trabajan en RBC y APIS tienen una gran oportunidad, pero también un gran desafío. Facilitar la participación y cumplir con los principios de equidad, cobertura universal, multisectorialidad, promoción de la salud y prevención (Secretaría Distrital de

Salud-Grupo Técnico de Discapacidad, 2011), pueden generar desarrollo humano y social sostenible con equidad y justicia social, y que trascienda la familia. Queda de por medio el reto de proyectar las acciones a redes sociales que involucren a líderes y a otros integrantes de la comunidad.

Respecto a la inclusión social de las familias asesoradas, permanece el interrogante sobre si, en realidad, por medio de las acciones desarrolladas se logra dar respuesta a dicho propósito, pues los mecanismos de seguimiento actuales no son suficientes para disponer de información real al respecto.

No obstante, la ruta de la inclusión se hace realidad potenciando y utilizando las acciones intersectoriales que viajan por el plan de acción de la política pública de discapacidad. Esta intersectorialidad comprende mantener los espacios de interrelación entre sectores, que, sin tener específicamente los mismos objetivos, interactúan en función de un objetivo mayor que los propios de cada sector, y el cual es común a todos; en este caso, la inclusión dentro del marco de la equidad y la justicia social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ (2007). Decreto 470 de 2007. Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital. Bogotá, D. C.

CÁCERES, Nora y VÁSQUEZ B., Armando (2008). El abordaje de la discapacidad desde la Atención Primaria en Salud. Organización Panamericana de la Salud – OPS. Buenos Aires.

D´ELIA, Y.; DE NEGRI, A.; CASTAÑEDA, M.; VEGA, M. y BAZÓ, M. Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida: La construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida desde una Perspectiva de Derecho y Equidad, 2003 Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), Agencia de cooperación Alemana (GTZ).

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, ICBF (2006) La política pública para la garantía de los derechos, el reconocimiento de la diversidad y democracia en la familia. Alcaldía de Bogotá, D. C.

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

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad. [En línea]. [citado 10 de enero de 2009]. Disponible en: http://www.unchur.ch/spanish/html/menu3/b/m_mwctoc_sp.htm. 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF). Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2008). Edición a cargo de Armando Vázquez Barrios y Nora Cáceres El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud. 1a ed. Buenos Aires: OPS.

PALACIOS, Agustina; ROMAÑACH, Javier. (2006). El modelo de la diversidad, la bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Madrid: Ediciones Diversitas-AIES. 2006.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2011). Plan de Intervenciones Colectivas, Lineamientos Transversalidad de Discapacidad. Mental. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. GRUPO TÉCNICO DE DISCAPACIDAD. Lineamientos de la transversalidad de discapacidad, 2009 y 2010. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. GRUPO TÉCNICO DE DISCAPACIDAD. Lineamientos de la Red de Rehabilitación Basada en Comunidad, 2011. Bogotá, D. C.

5 Acciones para la calidad de vida en las familias

La estrategia de entornos saludables

*Ivette J. Gómez B.**
*Andrea Picón G.**

ENFOQUE CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los entornos saludables como aquellos que

> […] apoyan la salud y ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprenden los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, los sitios de estudio, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento (Ministerio de la Protección Social, 2006).

La intervención de salud ambiental en el ámbito familiar retoma este concepto, y aborda a las familias de los microterritorios de Salud a su Casa desde la estrategia de entornos saludables (EES), que busca mejorar las condiciones de calidad de vida y salud en los territorios bajo la mayor amenaza y fragilidad social, a partir de la afectación de determinantes ambientales de la salud, y a través de la protección de los entornos saludables de las personas, de las familias y de las comunidades. La propuesta busca desarrollar acciones de reducción del riesgo, promoción de factores protectores en salud, movilización social y gestión intersectorial que faciliten procesos de construcción de oportunidades de desarrollo seguras y sostenibles.

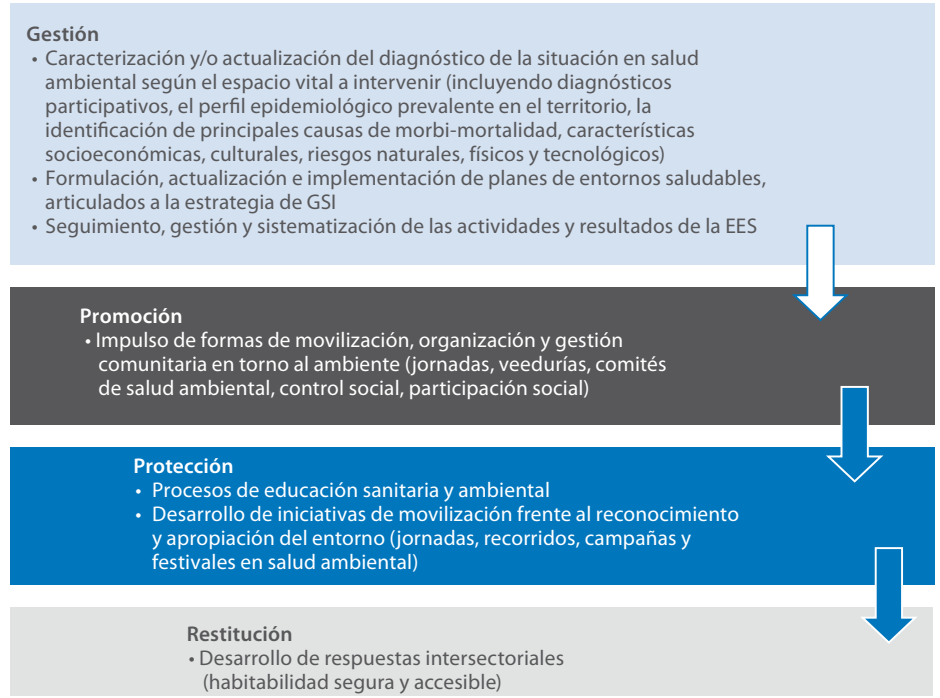
* Contratistas, Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud.

Para ello, la promoción de entornos saludables en el ámbito familiar retoma los principios de atención primaria ambiental (APA), fundamentada en elementos de la APS. Es así como la participación, la organización, la solidaridad, la equidad y la integralidad con características de intersectorialidad son elementos importantes en el desarrollo de la estrategia (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Con este marco de referencia, la EES en el ámbito familiar desarrolla los aspectos de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, en la que resalta, particularmente, lo ambiental, como una esfera para abordar la calidad de vida, que, a su vez, está dentro de la complejidad de causalidades del proceso salud-enfermedad (Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson, 2011).

Consecuentemente con la EPCVS, la EES, además del enfoque de determinantes sociales de la salud, del enfoque de derechos y de la perspectiva poblacional y

Figura 50. Esquema de categorías de acción de la EES



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Ficha Técnica Entornos Saludables 2011.

territorial para el desarrollo de la autonomía de los individuos y sus colectividades (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011), vincula categorías de acción como la gestión, la promoción, la protección y la restitución en salud, que orientan la manera como se operativiza la estrategia.

En tal sentido, la estrategia se ha implementado a partir de la construcción de planes integrales de entornos saludables (PIES) en los territorios de SASC. Estos se han constituido en la herramienta de reconocimiento de la situación en salud ambiental, y en pauta para definir las acciones para el abordaje de los determinantes socioambientales. Los planes recogen las diferentes categorías de acción para la concreción de intervenciones en los planos territorial y poblacional, e incorpora en estos: a) Respuestas a necesidades ambientales en los microterritorios de SASC; b) Respuestas a necesidades en viviendas, a través de la estrategia de vivienda saludable en zona rural y urbana; y c) Respuestas a otras necesidades propuestas por los habitantes de los microterritorios de SASC u otros actores (Secretaría Distrital de Salud, 2010).

Por su parte, la estrategia vivienda saludable (EVS) tiene gran relevancia dentro de la promoción de entornos saludables en el ámbito familiar, ya que enmarca la intervención a escala familiar. Considera la vivienda como agente de la salud y la reconoce como el espacio donde trascurren y se relacionan las etapas de ciclo vital. Su abordaje implica un punto de vista sociológico y técnico que permite afrontar los factores de riesgo, promover la salud de sus habitantes y dar orientación frente a la ubicación, la edificación, la habilitación, la adaptación, el manejo, el uso y el mantenimiento de la vivienda y su entorno (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Además de la EVS, la promoción de entornos saludables a través de los PIES contempla dar respuesta a las necesidades en salud ambiental del entorno de las viviendas; es decir, responde a necesidades del ambiente físico y psicosocial inmediatamente exterior a la casa (Ministerio de la Protección Social, 2010) desde procesos productivos, proactivos y alternativos en salud ambiental propios de cada dinámica territorial. Dentro de algunos de los procesos que se desarrollan allí se encuentra el control vectorial preventivo, la transferencia de tecnología en sistemas de saneamiento alternativo, la gestión intersectorial para la recolección de envases de agroquímicos en zona rural y el acceso a alimentos sanos y seguros.

PROBLEMATIZACIÓN

Desde el enfoque conceptual que orienta la EES se ha realizado una aproximación particular a las realidades locales y a las problemáticas en salud ambiental, con la formulación y la validación de los planes integrales de entornos saludables con actores sociales. En este sentido, los PIES son resultado del análisis y la articulación de las caracterizaciones realizadas a individuos, familias, viviendas y entornos ambientales; de las lecturas de necesidades realizadas con grupos y comunidades; de los diagnósticos ambientales del sector salud y de otros sectores; y de las líneas temáticas identificadas desde la priorización que hace la política de salud ambiental (Secretaría Distrital de Salud, 2010).

La estrategia reconoce los núcleos problemáticos en salud ambiental como el conjunto de problemas o situaciones que deben mejorarse, y donde confluyen diferentes causas de un problema, o múltiples problemas, que afectan las condiciones del ambiente social, natural y tecnológico que inciden en la autonomía de un sujeto o de un colectivo. En coherencia con esto, la EES del ámbito familiar define como núcleo problemático particular "la disminución de capacidades de la familia para la modificación de entornos ambientales y sociales adversos que motiven al desarrollo de las potencialidades de sus integrantes al ejercicio de la ciudadanía" (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

La problematización de la EES, en 2010, en el ámbito familiar se centra en:

- El manejo de alimentos sanos y seguros, pues en la vivienda se presenta el 46% de brotes por enfermedades transmitidas por alimentos.
- La calidad del aire a escala intramural por monóxido de carbono, combustibles sólidos y humo de cigarrillo, que representa riesgo por intoxicación y por enfermedad respiratoria.
- Hay 375.992 viviendas del Distrito que requieren mejoras en sus condiciones de habitabilidad, o reforzamiento.
- Hay 4.545 familias en zonas de riesgo no mitigable, con lo cual se incrementa el riesgo de vulnerabilidad familiar asociado, principalmente, a condiciones de pobreza.
- Intoxicaciones químicas relacionadas con la seguridad en el manejo de medicamentos y plaguicidas dentro de la vivienda y los espacios educativos. El 60% de los casos ocurren en adolescentes y jóvenes entre los 12-24 años; principalmente, por intento suicida.

- Una débil práctica de autocuidado para la tenencia segura de mascotas, que se refleja en hechos como que en 2009 el 65,1% de los caninos agresores fueron de domicilio.
- Adicionalmente, la EES responde a metas y compromisos internacionales, nacionales y distritales en respuesta a problemáticas y necesidades identificadas.

PUESTA EN MARCHA DE LA ESTRATEGIA

La EES en el ámbito familiar se desarrolló desde 2004, como proyectos especiales o planes integrales de gestión sanitaria y ambiental. Estos promovían sistemas de saneamiento alternativo[43] y el acceso a alimentos sanos, y realizaban procesos de gestión social para las localidades de Santa Fe, Mártires, Rafael Uribe, San Cristóbal y Sumapaz. En 2006 y 2007 entra a operar la estrategia de vivienda saludable, en conjunto con las acciones de los planes dentro del marco del programa Salud a su Hogar. Las dos acciones están a cargo de un equipo conformado por un profesional ambiental, un profesional social y un técnico de saneamiento.

En 2008, con la operación por ámbitos de vida cotidiana, la EES se acoge a la dinámica del ámbito familiar y del programa Salud a su Casa, y se articula a los procesos de la transversalidad de ambiente.

En términos operativos, la implementación de los PIES en 2008, 2009 y 2010 contó con equipos formados por: un profesional ambiental, referente de la estrategia; un profesional ambiental de apoyo; un profesional social, quien facilita los procesos de acercamiento y el desarrollo de metodologías participativas, y promueve la resolución de conflictos y el impulso de la gestión social en salud; y dos técnicos en saneamiento y tres auxiliares en salud pública, que se encargan de realizar las asesorías de vivienda saludable casa a casa y parte de las acciones complementarias definidas en los PIES.

En 2008 se incorpora la escala de semaforización. Esta es una evaluación de prácticas de autocuidado donde inicialmente se resaltan el estado actual de la familia y

43 Una Unidad Alternativa de Saneamiento (UAS) es un conjunto de elementos para el aprovechamiento del agua lluvia, y el tratamiento de aguas residuales y de excretas humanas, que conforman una alternativa para la salud ambiental al mejorar las condiciones de saneamiento y calidad de vida de familias que carecen de acueducto y alcantarillado; también es una posibilidad económica y amigable con el ambiente. SDS. Cartilla de Uso y Mantenimiento de UAS.2011 (En publicación).

de su vivienda, y posteriormente se registran los cambios tras la promoción de salud ambiental en la vivienda. Tal iniciativa surge de la experiencia del proyecto Barrio Saludable, realizado en la UPZ Diana Turbay por el Hospital Rafael Uribe Uribe, en 2005.

La SDS implementa la iniciativa en 2008, con las categorías planteadas para identificar la situación de la familia y la de su vivienda (Secretaría Distrital de Salud, 2011):

- Estamos Aprendiendo (rojo): representa una situación de riesgo en la salud de la familia por determinantes estructurales. No se puede mejorar, y requiere procesos de gestión o de apropiación de hábitos saludables en el plano familiar.
- Estamos Avanzando (amarillo): evidencia iniciativas de la familia por mejorar su condición de salud ambiental o la adopción parcial de hábitos saludables.
- Estamos Bien (verde): equivale al buen estado de la vivienda y a la adopción sostenida y positiva de prácticas en salud ambiental, que reflejan la condición ideal de una vivienda saludable.

Cabe resaltar que el Ministerio de la Protección Social adopta esta metodología para el contexto nacional retomando y adoptando los criterios de la experiencia de Bogotá, y ajustando las categorías a: Estoy Aprendiendo, Voy Avanzando y Lo he Logrado-Seguiré Adelante (Ministerio de la Protección Social, 2010).

De acuerdo con lo anterior, se proponen acciones que respondan a las necesidades y las dinámicas territoriales de las familias de cada localidad, y los PIES definen su marco de actuación buscando la complementariedad de las intervenciones para el mejoramiento del entorno.

Una vez construidos los PIES, hasta 2010 son validados con las familias que participan en los núcleos de gestión. A partir de 2011 los PIES se validan en los círculos de existencia o en reuniones específicas por territorios, lo que da lugar a la participación de los grupos abordados por la estrategia.

Dentro de los PIES se considera como parte básica de su implementación la estrategia de vivienda saludable, y como complementarias, las acciones que se definen a partir de las necesidades sentidas por los grupos familiares o que son identificadas en el proceso de construcción de estos mismos planes.

La implementación de la estrategia se efectúa a través de cuatro visitas o asesorías domiciliarias, en las que se promueve la educación sanitaria desde prácticas cotidianas de fácil implementación, tanto como otras que implican autogestión. Realizar dicha intervención implica entrar a la vivienda con el consentimiento de la familia, para identificar las condiciones higiénico-sanitarias del caso y hacer el proceso de asesoría con base en los ocho módulos temáticos de la estrategia.

Dado que los procesos educativos en los que se basa la estrategia requieren de un tiempo de aprehensión de hábitos saludables para la adopción y la apropiación de estos por parte de las comunidades, entre cada asesoría se establece un intervalo de un mes calendario.

Durante el último cuatrienio la estrategia de vivienda saludable amplió los aspectos técnicos de asesoría a las familias y realizó ajustes metodológicos. Pasó de seis a ocho módulos de asesoría y ajustó la valoración con base en hábitos saludables apropiados, sin reducir la estrategia a la evaluación de condiciones físicas. Entre los módulos se cuentan: 1) Espacio vital; 2) Sorbos de vida; 3) Manejo de aguas residuales; 4) Residuos sólidos; 5) Manejo de plagas; 6) Alimentos e higiene; y a partir de 2009: 7) Riesgos químicos, y 8) Convivencia con mascotas.

Para 2011 integran el equipo un profesional ambiental, cuatro técnicos en saneamiento y el aporte en horas de un profesional social.

Los sitios de implementación de los PIES se definen con base en la determinación de la fragilidad social en los territorios y en el análisis de la información, el resultado del acercamiento y la problematización de las realidades de los territorios sociales.

Con el fin de establecer la fragilidad social se realiza el análisis de los determinantes socio-ambientales en territorios concretos en relación con el perfil epidemiológico de la población, y se determina el índice de vulnerabilidad territorial según la información de caracterización de entornos y viviendas de la estrategia de vivienda saludable y de familias caracterizadas por los equipos de Salud a su Casa. Con esa información se identifican los determinantes ambientales de calidad de vida y salud, los eventos en salud relacionados con el entorno de las familias, la contaminación ambiental, el acceso a los servicios públicos y el saneamiento básico (Secretaría Distrital de Salud, 2010).

Dentro del marco de la GSI, desde la EES también se da la participación de los referentes y de los técnicos locales en las mesas territoriales. Dichos espacios son considerados prioritarios para la implementación y el posicionamiento de la estrategia. Adicionalmente, y de acuerdo con la pertinencia del tema de salud ambiental y las necesidades abordadas en los territorios sociales, se generan y se asumen compromisos de respuesta sectorial e intersectorial (Alcaldía Mayor de Bogotá, SDIS, SDS, 2009).

RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA

En primer lugar se destaca el alto porcentaje de canalizaciones de los equipos de SASC que recibe la EES, donde se demandan acciones de promoción ambiental en las familias, sus viviendas y su entorno próximo.

Tabla 8. **Consolidado de demandas**

Año	No. de familias canalizadas a educación en vivienda saludable (EVS)*	No. de familias asesoradas con vivienda saludable**	% de familias abordadas con la EVS frente a la demanda de la intervención	No. de planes integrales de entornos saludables (PIES)**
2008	90.478	17.487	19	28
2009	109.913	10.420	9	32
2010	110.067	9.221	8	24
2011	91.090	13.934	15	36

Fuente: *Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa-SQL SERVER 2008. **Matrices de contratación PIC 2008-2011.

En 2006 la EVS se convirtió en una puerta de entrada para el acceso a un hábitat digno. En articulación con la Secretaría Distrital de Hábitat, la Caja de Vivienda Popular y Metrovivienda, se contribuyó a la asignación de subsidios de mejoramiento de vivienda en 545 viviendas de la localidad de Kennedy, y 80 de la de Rafael Uribe Uribe (Secretaría Distrital de Salud, 2008).

Durante 2008 en el Distrito existían 32 unidades alternativas de saneamiento (UAS) en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme, Chapinero, Bosa, Suba, Usaquén y Rafael Uribe. Debido al deterioro de los materiales, a procesos de reubica-

ción de las familias y a la falta de vinculación de otros sectores competentes para promover la sostenibilidad de los sistemas, se redujo el número de unidades a 15; todas ellas, en funcionamiento para 2011.

Pese al descenso de UAS, las experiencias desarrolladas (principalmente, con base en el enfoque ECOSAN[44]) han configurado avances significativos a lo largo de estos años en aspectos técnicos y sociales, lo que los ha convertido en referente nacional en el tema de saneamiento alternativo.

El abordaje en salud ambiental en territorios priorizados de SASC ha generado aportes significativos en términos de gestión, promoción y prevención en salud. Esto ha permitido avanzar en cambios en los estilos y modos de vida orientados hacia el autocuidado, y en el desarrollo de respuestas en salud desde la gestión intersectorial.

Los resultados de la intervención se evidencian así en dos direcciones: una, centrada en vivienda saludable; y otra, en los planes integrales de entornos. En este sentido, se ha logrado que 32.536 familias de la zona urbana y rural del Distrito, abordadas entre 2008 y 2010, apropien prácticas saludables en temas de saneamiento básico, medicamentos seguros, inocuidad de alimentos, control de vectores, tenencia de mascotas y manejo de sustancias químicas.

Todo lo anterior se ve reflejado en el aseo, el cuidado y la protección del entorno proximal; en la apropiación de hábitos y la modificación de comportamientos que favorecen la salud, y en el fortalecimiento de familias que reconocen que sus prácticas individuales inciden en la convivencia en sociedad y en el mejoramiento de su espacio vital.

Algunas experiencias concretas en términos educativos con la EVS giran en torno a la situación de vectores. En grupos y familias de las localidades de Santa Fe, La Candelaria y Los Mártires, donde se ha fomentado la apropiación de medidas de control vectorial alternativo, sin el uso de productos químicos, así como la aplicación

44 Ecosan, o saneamiento ecológico, es un enfoque alternativo para el saneamiento de poblaciones humanas, con el fin de cerrar los ciclos de nutrientes y agua con un menor consumo de materia y energía, tras contribuir al saneamiento sustentable. Entre las soluciones de Ecosan se incluyen: los sanitarios secos y composteros, la fertilización de nutrientes de heces y orina higienizados, la cosecha de agua lluvia y el tratamiento y el reciclaje de aguas grises, entre otros. Algunos de los criterios de sustentabilidad de Ecosan son: la prevención de enfermedades, la protección ambiental, el reciclaje de nutrientes, la accesibilidad, la aceptación y la simplicidad. Adaptado de Sarar-Transformación, México, 2008.

de métodos de alopatía para el control de pulgas y babosas. Con las prácticas se ha generado la disminución de vectores, el mejoramiento en las prácticas higiénico-sanitarias en el hogar, los procesos de autogestión a partir de la continuación de las medidas de control alternativo, el aprovechamiento de materiales o residuos inservibles y el reconocimiento de la importancia sanitaria y ambiental frente a su situación.

Considerando la situación en salud de poblaciones rurales y periurbanas, donde el acceso al saneamiento básico y al agua potable no está garantizado, desde 2004 la EES ha desarrollado procesos de transferencia de tecnología en sistemas de saneamiento alternativo o ecológico a poblaciones vulneradas. Esto, como opción para el mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y de salud, dentro del marco de promoción de la autonomía y el ejercicio de derechos.

En términos de resultados de los planes integrales de entornos se encuentran, de forma específica, algunas experiencias significativas:

Promoción del consumo de alimentos sanos, diversos e inocuos a partir del levantamiento de 249 huertas, desde 2008 hasta 2010. Las huertas se construyen en articulación con otras instituciones, y están en las localidades de San Cristóbal, Fontibón, Suba, Chapinero, Bosa, Usme, Usaquén, Rafael Uribe, Antonio Nariño, Ciudad Bolívar y Sumapaz. Con ello se ha logrado mejorar la accesibilidad a los alimentos y la seguridad alimentaria; motivar a las familias al consumo de alimentos de alto valor nutricional; potenciar estrategias de cooperación comunitaria, como el trueque; promover el respeto por el ambiente y los saberes tradicionales; recuperar espacios, y proponer un uso adecuado del tiempo libre de jóvenes con consumo de SPA.

Esta experiencia también ha servido para fortalecer las redes de mujeres y de procesos organizativos, como en los casos de Fontibón y de San Cristóbal, con el fortalecimiento de una cooperativa de agricultores. Dentro de las acciones desarrolladas se cuenta la realización de talleres de alimentación alternativa, diversidad de cultivos, y de los talleres “Aprendamos a alimentarnos” y “Cultivemos nuestro hogar”.

El proceso de alimentos sanos también se ha realizado de forma incluyente a partir de la educación alimentaria, nutricional y el rescate de la medicina tradicional con grupos étnicos en condición de desplazamiento. Concretamente, en la localidad de Ciudad Bolívar se abordó a 64 personas del grupo étnico woounan.

Así mismo, se han involucrado otros procesos tecnológicos de producción de alimentos en las localidades de San Cristóbal y de Usme, con la generación de energía a partir de biodigestores; también, ampliando la recuperación de espacios dentro de las viviendas y el aprovechamiento de residuos orgánicos por excretas de animales.

Para el caso de la localidad de Sumapaz se han promovido 12 parcelas de producción limpia de cultivos de papa con familias que utilizaban agroquímicos. También se han creado viveros comunitarios para el cultivo de especies alimenticias y medicinales. Con ello se han conseguido cosechas de papa más saludables, se han minimizado costos por el no consumo de agroquímicos, y se han implementado buenas prácticas agrícolas y el uso de plantas aromáticas y medicinales en el cuidado de la salud.

Otros de los procesos significativos con los PIES se ven reflejados en las acciones desarrolladas para el mejoramiento de las condiciones del entorno. Con la realización de jornadas de "Perro y Pala", como en el caso de las localidades de Kennedy y de Puente Aranda, se ha fomentado la tenencia adecuada de mascotas, y con ello, el manejo adecuado de excretas. Estas se realizan en conjunto con las empresas de aseo y el apoyo de la línea de eventos transmisibles de origen animal, para efectuar vacunación canina y felina.

Se ha generado también apoyo a la atención en emergencias por inundación y deslizamiento. Durante 2010, en las localidades de Engativá (UNIR II y Torquigua), Bosa (San Diego y La Esperanza), Suba (Julio Flórez), Santa Fe (La Paz), y Ciudad Bolívar (Brisas del Volador) se brindó apoyo a partir de la educación sanitaria postevento, con énfasis en el manejo seguro del agua para consumo, procesos de desinfección y medidas para evitar complicaciones respiratorias y diarreicas.

Dadas las demandas en temas de salud ambiental que se quedan sin respuesta desde vivienda saludable, se han implementado estrategias de comunicación en salud. Una experiencia representativa frente a esto se dio durante 2009, con los Consultorios de Salud Ambiental, de las localidades de Rafael Uribe y Antonio Nariño. Se ubicaron espacios de asesorías temáticas relacionadas con el manejo de aguas grises, el control y la prevención ante la presencia de plagas, la higiene en la vivienda y otros asuntos pertinentes a temas de salud ambiental; ello se hizo de forma itinerante en los CAMIS Diana Turbay, Lomas, Chircales, y en las UPA San Jorge y Alcaldía Local Antonio Nariño. En total, para ese año se realizaron 75 consultorios de salud ambiental.

Por último, es importante señalar que desde la gestión intersectorial, y formulados como acciones de largo plazo, se han consolidado convenios por 4 años para la recolección y la disposición final de envases posconsumo de plaguicidas y de productos veterinarios, en las localidades de Ciudad Bolívar y de Usme. En esta articulación participan Fedepapa, las alcaldías locales y los hospitales distritales. Se ha logrado vincular a agricultores de 21 veredas de la zona rural para el uso y el manejo adecuados de los agroquímicos. Ello ha influido en la descontaminación ambiental de las fuentes de agua que tenían presencia de envases de agroquímicos, y, por ende, ha contribuido al mejoramiento de las condiciones de salud frente a la reducción de intoxicaciones y de enfermedades respiratorias.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La EES y su equipo en el ámbito familiar se han fortalecido y articulado a otras estrategias, programas, proyectos e intervenciones sectoriales e intersectoriales; así se ha reconocido la necesidad de abordar los territorios de manera integral y dentro del marco de acciones intersectoriales.

- Entre los resultados pueden reconocerse la integralidad de la estrategia y el incremento de su actuar desde la salud ambiental, a partir del paso de la EVS direccionada según las necesidades familiares hacia el abordaje del entorno saludable desde los PIES, con acciones complementarias y participativas para el mejoramiento y la apropiación del entorno familiar.

- Se han desarrollado respuestas en salud ambiental desde un marco educativo, tecnológico y de gestión territorial para incidir en los determinantes de la salud.

- La estrategia, desde el enfoque de la APS, ha constituido una herramienta para avanzar en soluciones a necesidades estructurales, como el acceso a sistemas de saneamiento seguros, alimentos seguros y dignificación de la vivienda; también, a la satisfacción de necesidades en un nivel proximal e intermedio, los estilos y los modos de vida.

- Los procesos se han adelantado en corresponsabilidad con las comunidades y otros sectores, por lo que se ha convertido en referentes de intervención a escala local, con abordaje integral de la salud familiar y comunitaria.

- Las acciones de cada localidad que resultan experiencias exitosas y logran apropiación por parte de las comunidades, y así favorecen la salud ambiental, se acogen y se adaptan para otras localidades, lo cual permite aunar esfuerzos y experiencias en la operacionalización de la estrategia.

- Ante la alta demanda de acciones en salud ambiental a escala familiar, es evidente la importancia de continuar con la estrategia, e, igualmente, ampliar su cobertura. Ello es un reto en términos de la disposición de recursos y de fortalecimiento de la estrategia. El alcance de dicho reto podría darse, por ejemplo, mediante la vinculación de otros sectores para la construcción de respuestas conjuntas, y la vinculación de la estrategia en los planes de desarrollo local, donde se comprometan acciones y recursos intersectoriales.

- Queda como reto la formalización de convenios, entre los cuales se incluyen los de los sectores salud y hábitat, que articulan los subsidios de vivienda con la EVS. Ello permitiría que este tipo de subsidios llegue a más familias del Distrito, si se tiene en cuenta que el sector salud aborda a familias de diferentes condiciones y situaciones poblacionales, lo cual facilita ampliar la cobertura de subsidios, en términos de equidad y mejoramiento de las condiciones de calidad de vida y salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL Y SCRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2009). UT GGF, CNAI. Caja de Herramientas de Gestión Social Integral, Modulo Conceptual, Bogotá, D.C. [En línea]. [citado 25 de octubre de 2011]. Disponible en: http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/1206/1/MODULO_CONCEPUAL_1.pdf

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. SECRETARÍA DISTRITAL DE AMBIENTE (2011). Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011-2023. Bogotá, D.C. [En línea]. [citado 10 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.andi.com.co/Archivos/file/Gerambiental/Politicas%20Ambientales/Pol%C3% ADtica%20Distrital%20de%20Salud%20Ambiental%202011%20-%202023.pdf

CORPORACIÓN PARA LA SALUD POPULAR GRUGPO GUILLERMO FERGUSSON. Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud, Bogotá, D.C. [En línea]. [citado 12 de octubre de 2011]. Disponible en: http://grupofergusson.org/C2.pdf

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN (2008). Documento Conpes 3550: Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química. Bogotá, D.C. [En línea]. [citado 28 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/3550%20CONPES%20SALUD%20AMBIENTAL.pdf

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (2006). Entornos Saludables–Lineamientos Nacionales para la aplicación y el desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables. Bogotá, D.C. [En línea] [citado 2 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.minproteccionsocial.gov.co/ASISTENCIASOCIAL/Paginas/EntornosSaludables.aspx

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL (2010). Guía metodológica para la aplicación de la Estrategia Vivienda Saludable. Documento 08. Bogotá, D.C. [En línea]. [citado 12 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/fulltext/entornosvivienda.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. DIVISIÓN DE SALUD Y AMBIENTE (1998). Programa de Calidad Ambiental. Atención Primaria Ambiental. Washington D.C. [En línea]. [citado 21 de octubre de 2011]. Disponible en: http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsaap/e/conceptos.PDF

SECRETARÍA DISTRITRAL DE HÁBITAT. Programa mejoramiento integral de barrios, Bogotá, D.C. [En línea]. [citado 21 de diciembre de 2010]. Disponible en: http://www.habitatbogota.gov.co/sdht/index.php?option=com_content&view=article&id=114&Itemid=161

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2006). Convenio Interadministrativo de Cofinanciación No. 8029 de 2005 suscrito entre la Secretaría Distrital de Salud, la Caja de Vivienda Popular y METROVIVIENDA. Bogotá, D.C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2008). Informe Final proyecto 5050: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, componente: mejoramiento de las condiciones de salud de la población de Kennedy mediante el acceso a subsidios de mejoramiento de vivienda en condiciones de habitabilidad [Informe, en prensa]. Bogotá, D.C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2008). Plan de Salud del Distrito Capital 2008 – 2012. Bogotá, D.C. [En línea]. [citado 20 de octubre de 2011]. Disponible en: http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/304/1/PLAN%20DE%20SALUD%20DEL%20DISTRITO%20CAPITAL%202008-2012.pdf

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2010). Documento preliminar: Lineamiento de política línea de alimentos sanos y seguros. Bogotá, D.C. [En línea]. [citado 1 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Salud%20ambiental/presentaciones/Presentaci%C3%B3n%20%20Linea%20Alimentos%20Sanos%20y%20Seguros%20Diciembre%20%202010.pdf

La estrategia de entornos de trabajo saludables

*Mayed Andrea González**
*John Alexánder Benavides***
*Nidia Rocío Sotelo****

EL TRABAJO COMO DETERMINANTE SOCIAL

Desde 1991, a partir de la nueva Constitución Política de Colombia, se reconocen el trabajo y la salud como derechos fundamentales. Partiendo de este principio se puede considerar el trabajo como derecho esencial desde dos esferas primordiales:

- La primera, desde lo individual, con el reconocimiento, para toda persona, de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias, y, en especial, de la seguridad en las condiciones de trabajo.

- La segunda, desde lo colectivo, que, a su vez, aborda el derecho de todas las personas a la libre asociación, a fundar sindicatos y a afiliarse al sindicato de su elección, así como el derecho de los sindicatos a funcionar libremente. La garantía de este derecho tiene una relación profunda con la salud de los colectivos, en la medida en que el trabajo tiene un carácter transformador sobre el individuo y los colectivos que lo realizan.

Las formas cómo se organiza el trabajo, los ambientes de trabajo y los medios (herramientas y materiales) interactúan con el trabajador en una relación dialéctica

* Profesional especializada.

** Contratista, Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud

*** Terapeuta ocupacional, especialista en docencia universitaria.

y mutuamente transformadora. Estas interacciones pueden generar en el individuo la exposición a procesos que alteran negativamente su salud y su calidad de vida. Por otra parte, se da la exposición a procesos que permiten el desarrollo de las potencialidades del sujeto en un momento histórico y social concreto, que lo transforman y lo hacen partícipe del proyecto de sociedad donde se desenvuelve; dichos procesos son conocidos como procesos protectores.

Esta relación entre el trabajo y la salud se orienta, desde la Secretaría Distrital de Salud, a partir del enfoque de la APS como referente para abordar los determinantes sociales de la salud. Desde ahí se pone de manifiesto que el trabajo determina la forma como los sujetos se insertan en la sociedad, la cual, a su vez, modifica las dimensiones fundamentales que determinan el modo de vida y las relaciones sociales de los trabajadores, las trabajadoras y los colectivos en la sociedad, y ello genera una oposición constante en la cotidianidad del individuo entre momentos dedicados a la producción y otros dedicados a la reproducción de la fuerza de trabajo.

El momento de la producción está vinculado a las características generales de las formas de organizar el trabajo, las herramientas y los materiales, los ambientes de trabajo, etc., y que se definen como *condiciones de trabajo*. Estas generan en los trabajadores y las trabajadoras patrones particulares de desgaste y transformaciones de la salud, configuran perfiles similares de enfermedad entre los trabajadores y las trabajadoras con las mismas tareas.

En la búsqueda por modificar los determinantes existentes de la relación salud-trabajo, la Secretaría Distrital de Salud adopta la estrategia de entornos de trabajo saludables, que se define como un conjunto de acciones dirigidas a impactar sobre los determinantes que modifican la salud de trabajadores y trabajadoras. Determinantes que incluyen el ambiente físico, las relaciones personales y la organización del ambiente laboral.

Teniendo en cuenta que la intervención está orientada a trabajadores y trabajadoras en la economía informal, y que un importante número de ellos desarrollan sus procesos productivos en sus propias viviendas, con dificultades para separar el momento productivo del reproductivo, la SDS ajustó la estrategia para intervenir de forma integral las denominadas "viviendas con uso productivo y habitacional", desde acciones realizadas por los equipos básicos del programa Salud a su Casa.

En coherencia con lo anterior, y buscando realizar un acercamiento a las realidades de las familias en sus territorios, en 2009 se hizo un ejercicio de problematización de la relación salud-trabajo por etapa de ciclo vital con trabajadores y trabajadoras en las 20 localidades del Distrito Capital. Para ello se utilizaron metodologías cualitativas establecidas por los equipos del ámbito laboral.

Dentro de los problemas analizados, el ámbito familiar hace énfasis en la exposición familiar a condiciones de trabajo deteriorantes en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional y las barreras de acceso al Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) que afecta a todos los trabajadores y las trabajadoras.

Partiendo de tal problematización, la estrategia de entornos de trabajo saludables enfocó sus acciones en el ámbito familiar, para mejorar las condiciones de salud y de trabajo de los trabajadores y las trabajadoras que llevan a cabo procesos productivos en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional. Este ejercicio, además de orientar la intervención, sirvió para aportar al proceso de problematización de realidades y gestión de respuestas integrales, dentro del marco de la GSI, y para la construcción y la actualización de lineamientos de la política.

La estrategia de entornos de trabajo saludables armoniza con la APS en el entendido de que tiene como propósito afectar los determinantes sociales y aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores y las trabajadoras del Distrito. Esto se realiza implementando la estrategia dentro de las unidades productivas, y controlando los determinantes intermedios (condiciones de trabajo riesgosas, hábitos de trabajo inseguros, desconocimiento de las prácticas seguras de trabajo, entre otros) de la salud de los trabajadores.

En dicho contexto, la estrategia promueve el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo, el acceso a mecanismos equitativos de protección social, la abogacía por los derechos fundamentales en el trabajo y los mecanismos de organización y participación de los trabajadores y las trabajadoras. La intervención reconoce como parte fundamental de su desarrollo el enfoque diferencial, en el entendido de que las condiciones de salud relacionadas con el trabajo no son iguales entre los géneros, los ciclos vitales, las personas en situación de desplazamiento o las pertenecientes a un grupo étnico. Adicionalmente, promueve respuestas integrales a partir de la articulación con otros sectores y actores para lograr mejorar la situación de salud y de vida de los trabajadores, las trabajadoras, sus familias y sus entornos laborales en el Distrito Capital.

SURGIMIENTO DE LA ESTRATEGIA

La estrategia de entornos de trabajo saludables se articuló al ámbito familiar en 2008, a partir de la caracterización de familias en los territorios de Salud a su Hogar (posteriormente, Salud a su Casa), donde se identificó un importante número de familias que desarrollaban procesos productivos en el interior de sus viviendas, en condiciones riesgosas y sin acceso a mecanismos de salud ni de seguridad; además, se identificaron los riesgos de tales procesos productivos para la comunidad aledaña.

Adicionalmente, la intervención avanza en el cumplimiento del Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007), donde se propone "Implementar y evaluar la estrategia de entornos saludables en espacios educativos, de vivienda y espacios laborales", el cual fue adoptado para el Distrito en el Plan Distrital de Salud 2008-2012, con la meta: "A 2011 se promoverán entornos de trabajo saludables en el 10% de las unidades productivas informales del Distrito Capital".

La estrategia se concibió en el ámbito familiar, en los términos de la intervención "Promoción de entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional", con el objetivo de brindar asesoría y asistencia técnica, pero también, la prevención primaria de accidentes o de enfermedades relacionados con el trabajo, al reconocerse que los trabajadores y las trabajadoras en la economía informal afrontan múltiples barreras para el acceso a mecanismos que garanticen la restitución de la salud por la presencia de dichos eventos.

La intervención se pensó de forma articulada con las acciones que los equipos básicos del programa SASC realizan en cada una de las viviendas, integrando a estas las acciones desarrolladas por técnicos en salud ocupacional. La intervención es llevada a cabo con la participación del equipo de los técnicos en salud ocupacional, y se inició en 2008, en 18 localidades; en 2009 se llevó a cabo en las 20 localidades del Distrito; durante 2010 operó en 3 localidades, y durante 2011, en 16 localidades. Esta intervención se da dentro del marco del plan de intervenciones colectivas (PIC), y como tal responde a unos lineamentos y a unas metas establecidas por la Secretaría Distrital de Salud, donde, según una identificación previa de necesidades, se definen cuántas familias van a ser intervenidas y las visitas que van a realizarse en cada localidad.

OPERACIÓN

Para presentar la manera de intervención en cada una de las localidades del Distrito Capital se realiza una serie de procesos sistemáticos al inicio, durante y al final de la implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludables en los ámbitos familiar y local, así como distritalmente (Secretaría Distrital de Salud).

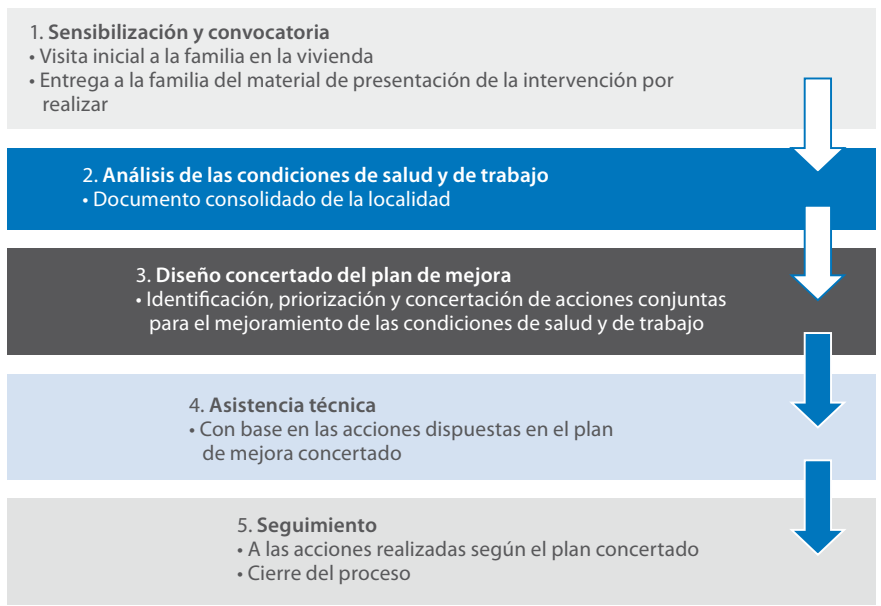
El desarrollo metodológico de la intervención se acoge al propuesto por el ámbito familiar; es decir, el mismo de la estrategia promocional de calidad de vida y salud que operativiza la APS en el Distrito.

El proceso de planeación inicia en el momento en el que la Secretaría Distrital de Salud establece los recursos (humanos, financieros y técnicos), las metas y los lineamientos de la intervención; también comienza cuando los hospitales locales organizan los equipos de trabajo y establecen un cronograma para dar cumplimiento a las metas definidas desde la Secretaría Distrital de Salud.

En lo local, los equipos gestores de Salud a su Casa realizan el proceso de caracterización, y, según las necesidades y las problemáticas identificadas, se definen las familias a las cuales se va a intervenir por el resto de programas y proyectos dispuestos en el ámbito familiar. Posteriormente a este proceso, el técnico en salud ocupacional, quien recibe a las familias identificadas con viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional, hace la ejecución de la intervención a través de visitas domiciliarias, donde, a su vez, establece planes de trabajo familiares para el mejoramiento de las condiciones de salud y vida de las familias por intervenir.

El proceso de seguimiento y evaluación de la intervención se realiza de forma permanente; los hospitales deben rendir cuentas a la Secretaría Distrital de Salud, cuantitativa y cualitativamente, de las metas y el impacto de las acciones realizadas para la intervención. Con esta información se propone hacer el análisis de los resultados durante y al final de la implementación de la estrategia. La evaluación se hace frente al avance de los procesos. Para hacer este ejercicio se toman como insumos los informes de la interventoría, los informes trimestrales radicados por los hospitales y el seguimiento a los indicadores propios de la intervención.

Figura 51. Esquema de implementación de la estrategia de entornos de trabajo saludables en el ámbito familiar



Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Plan de Intervenciones Colectivas 2009.

1. **Sensibilización y convocatoria a las familias:** una vez el gestor del equipo base de Salud a su Casa canaliza a las familias cuyas viviendas comparten el uso productivo con el habitacional, el técnico en salud ocupacional hace lectura y análisis de la información, para conocer las características generales y de vulnerabilidad de la familia y de la vivienda. Algunas características para tener en cuenta son: el material en el que están construidas las viviendas; el estado de las instalaciones eléctricas; la conformación de las familias (verificar si viven niños menores de 5 años o personas mayores, y las viviendas donde niños y niñas participan en los procesos productivos). Con este ejercicio previo se inician la sensibilización y la convocatoria a las viviendas seleccionadas para la implementación de la estrategia.

2. **Análisis de las condiciones de salud y de trabajo de las familias:** una vez la familia ha sido sensibilizada y ha aceptado la intervención en su vivienda, se procede a evaluar las condiciones de trabajo. El técnico en salud ocupacional

aplica el instrumento de caracterización de las viviendas (instrumento de condiciones de trabajo y aspectos generales de la UTI, dado desde la SDS). En una actividad conjunta con la familia y los trabajadores y las trabajadoras, se elabora un mapa del proceso productivo. En este mapa se identifican los factores de riesgo, como riesgo alto (rojo), riesgo medio (naranja) y los de riesgo leve (verde). El mapa queda en un lugar visible del sitio de trabajo, para que sea actualizado por la familia y los trabajadores y las trabajadoras cada vez que la situación cambie. Esta parte de la implementación del proceso orienta el desarrollo y la priorización del plan de mejoramiento que se va a establecer con la familia y los trabajadores y las trabajadoras; de igual forma, sirve de estímulo visual a la familia y a los trabajadores y las trabajadoras para superar su situación. Realizada la caracterización de todas las viviendas establecidas en la meta para cada localidad, el técnico en salud ocupacional hace el análisis de la información capturada. Las variables para el análisis son: 1) Condición socioeconómica de los trabajadores y las trabajadoras; 2) Condiciones de empleo; 3) Condiciones de trabajo; y 3) Condiciones de salud relacionadas con el trabajo que realizan. Este documento es un insumo para el análisis de la situación en salud de las familias y de los trabajadores y las trabajadoras en la economía informal de la localidad, y que sirve de guía a la intervención y como aporte al análisis de las problemáticas locales y a la construcción de política para la salud de los trabajadores en Bogotá.

3. **Diseño concertado de planes de mejoramiento:** cuando ha finalizado el proceso de caracterización de la vivienda, el técnico en salud ocupacional, con el mapa elaborado y junto con la familia, hace una priorización de los riesgos identificados y diseña un plan de mejoramiento de las condiciones de trabajo, de manera concertada. En dicho plan se señalan los compromisos de la persona responsable de la unidad de trabajo (vivienda) y las del técnico en salud ocupacional.

4. **Asistencia técnica para la implementación del plan de mejora:** esta actividad se desarrolla durante las visitas realizadas por el técnico en salud ocupacional a la vivienda (según la programación dispuesta en el plan de mejora concertado). En estas visitas se incluyen las actividades de formación individual a los trabajadores y las trabajadoras de la unidad productiva, la asesoría técnica para el mejoramiento de las condiciones de trabajo y el diseño del plan de emergencias para el control de eventos relacionados con el trabajo.

5. **Seguimiento y cierre de proceso:** finalizadas las actividades anteriores, se realizan dos visitas de seguimiento por vivienda (desarrolladas en diferentes momentos), para verificar la implementación de las medidas dadas a lo largo del plan de mejoramiento.

De forma transversal a la implementación de la estrategia, durante todo el proceso realizado en la vivienda y a la familia se desarrollan las siguientes acciones:

- Promover la importancia de reportar los eventos en salud relacionados con el trabajo (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales) que sucedan en cada una de las viviendas. Para ello, el técnico deja en cada una de las viviendas el formato de reporte de los eventos, establecido desde la Secretaría Distrital de Salud. El formato es diligenciado por el líder de la vivienda, y es el técnico quien se encarga de hacerlo llegar al hospital correspondiente.

- Articulación con otros ámbitos y componentes del PIC. Con el ámbito laboral se generan acciones conjuntas para la atención de los niños y las niñas (entre los 5 y los 14 años), los jóvenes (entre los 15 y los 17 años) y las personas mayores de 60 años que se encuentran desarrollando actividades laborales en la vivienda. Con inspección, vigilancia y control se canalizan viviendas donde exista un alto riesgo para la salud de los trabajadores y las trabajadoras, sus familias y la comunidad aledaña, situación no superada con la intervención de la estrategia.

LOGROS Y RESULTADOS

Los resultados presentados a continuación están sustentados en entrevistas semiestructuradas, matrices de seguimiento e informes entregados por los hospitales locales. Se presentan teniendo en cuenta algunos elementos trazadores de la estrategia APS.

Desde el enfoque de derechos los referentes locales reportan que "En general los trabajadores y trabajadoras no tienen el conocimiento y la información suficiente para hacer valer sus derechos sin pasar por encima de los demás, si bien la población que maneja algún tipo de unidad de trabajo informal en su gran mayoría carece de educación y recursos, por ende no es adecuada su forma de trabajar en la

informalidad"[45]. Lo anterior deja ver cómo la estrategia de entornos de trabajo saludables permite dar a conocer a los trabajadores y las trabajadoras los derechos a los que pueden acceder tanto en salud como en el trabajo, y sus diferentes mecanismos para conseguirlos.

En cuanto a la integralidad en la formulación de respuestas, la intervención ha permitido obtener atención efectiva en los servicios de salud, los programas de proyectos productivos, el curso de manipulación de alimentos, certificaciones de funcionamiento dadas por Inspección Vigilancia y Control frente a los eventos de interés en salud pública. Afirmando estos logros, los referentes locales expresan que "desde la intervención es posible encontrar problemas que hay al interior de las familias y poderles ayudar guiándolos, y así la calidad de la intervención es mayor a pesar que en algunos casos no era posible acceder"[46].

Desde la intervención de la familia y de su entorno laboral se observa que la estrategia realiza un abordaje territorial. A partir del reconocimiento de las características y las necesidades de estos grupos familiares, se aporta al mejoramiento de las condiciones de trabajo, al entorno laboral, y, por ende, a la familia y a su vivienda. Con esta intervención se obtienen procesos productivos menos contaminantes, lo cual trasciende hacia el mejoramiento de las cuadras, de los barrios y de las localidades.

Respecto a la participación, las actividades se basan en acciones que requieren la relación de la familia y los trabajadores y las trabajadoras en su proceso productivo, su entorno y el acceso a servicios de salud u otros servicios. Los referentes locales dicen de la participación: "es positiva ya que tanto los trabajadores como el empleador se interesaron mucho por la información que les llegaba partiendo del hecho de despejar las dudas, que en ocasiones no era falta de voluntad sino de información de cómo proceder adecuadamente, organizarse y distribuir el trabajo de tal forma que el ambiente laboral sea más agradable"[47]. Sin embargo, los técnicos en salud ocupacional afirman que para poder obtener acciones efectivas en las viviendas, requieren "varias visitas a

45 Referente de Entornos de trabajo saludable del Hospital del Sur. Antecedentes de la Estrategia de Entornos de trabajo saludable en el Ámbito Familiar [Entrevista semi-estructurada] en Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública. Bogotá, D.C. Noviembre 9 de 2011.

46 Ibíd.

47 Ibíd.

cada vivienda ya que los trabajadores y trabajadoras cuentan con poca disposición de tiempo para recibir al técnico"[48].

Para que la intervención alcance un proceso con bases fuertes en la intersectorialidad y dentro del marco de la transectorialidad, se necesita incrementar el tiempo laboral del técnico en salud ocupacional, con el fin de que refuerce los procesos de articulación, tanto en el interior de la institución como con otras instituciones. Esto lo evidencia uno de los referentes locales, donde se asegura que "la intersectorialidad es importante para el buen funcionamiento de las actividades ya que se llevan a cabo en grupo y dan muy buenos resultados los cuales se pueden demostrar"[49].

En términos de corresponsabilidad social, la estrategia permite el accionar de varios actores; por ende, las acciones no van encabezadas solo por el técnico de la intervención, sino que incluyen a los trabajadores y las trabajadoras, la ESE y otras instituciones (según sea el caso). Ello permite un trabajo articulado e integral.

Como resultados generales de la intervención es importante mencionar que:

1. Para el período 2008-2011 fueron intervenidas 5.033 viviendas en las 20 localidades del Distrito Capital; durante 2008 lo fueron 1.001 viviendas, en 18 localidades; en 2009, 1.972 viviendas, en 20 localidades; en 2010, 660 viviendas, en 3 localidades, y en 2011, 1.400 viviendas, en 16 localidades.

2. Aunque no se dispone de información suficiente para cuantificar el impacto de la intervención, las familias intervenidas destacan que la estrategia de entornos de trabajo saludables les ha permitido ampliar su conocimiento sobre sus derechos laborales, el Sistema General de Seguridad Social Integral y la identificación y el control de riesgos laborales dentro de su vivienda. También "se destacan los cambios que al interior de sus viviendas y/o procesos productivos han hecho en pro de su bienestar"[50]. En coherencia con lo anterior, durante las entrevistas realizadas a los referentes locales se expresa que "la intervención

48 Hospital Centro Oriente. Gestión del Ámbito Familiar del Hospital Centro Oriente, periodo julio a septiembre. Capítulo: Entornos de trabajo saludable en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional. Bogotá, D. C. 2010.

49 Referente de Entornos de trabajo saludable del Hospital del Sur. Antecedentes de la Estrategia de Entornos de trabajo saludables en el Ámbito familiar [Entrevista semi-estructurada] en Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública. Bogotá, D.C. Nov. 9 de 2011.

50 Ibíd.

es ideal pues […] los empleadores y trabajadores son el eje central del mercado informal y del buen manejo de las actividades que realizan orientados por el técnico, esto hace que mejoren las condiciones de vida y de trabajo de todos ayudándolos a identificar los principales eventos que los pueden afectar a corto, mediano o largo plazo"[51].

3. De igual forma, desde los técnicos "se identifica que la fortaleza de las asesorías realizadas al interior de sus viviendas está dada por las herramientas que les brinda la intervención para aprender sobre cómo realizar los procesos productivos minimizando riesgos relacionados con su trabajo e incrementando su calidad de vida y salud"[52]. Esto se evidencia en lo referido por uno de los técnicos de la intervención, quien asegura: "la población en general, una vez ha culminado su proceso, adquiere la cultura del autocuidado y promueve al interior de sus familias lo aprendido, prevención de los riesgos más relevante y un pensamiento más amplio en que todos estamos expuestos a cualquier accidente de trabajo, que la experiencia no lo hace todo y que la confianza puede ser fatal en el entorno laboral"[53].

4. La metodología de la estrategia de entornos de trabajo saludables "permite a las familias desarrollar acciones para mejorar sus condiciones de trabajo y evitar o disminuir la probabilidad de ocurrencia de accidentes o enfermedades relacionadas con la actividad laboral dentro de sus viviendas"[54].

5. Se logra "identificar niños, niñas y adolescentes trabajadores, los cuales son remitidos al ámbito laboral para ser intervenidos desde la línea de prevención del trabajo infantil"[55].

51 Referente de Entornos de trabajo saludable del Hospital del Sur. Antecedentes de la Estrategia de Entornos de trabajo saludable en el ámbito familiar. [Entrevista semiestructurada] en Secretaría Distrital de Salud. Área de Salud Pública. Bogotá, D. C. Nov. 9 de 2011.

52 Hospital Centro Oriente. Gestión del ámbito familiar del Hospital Centro Oriente período julio a septiembre. Capítulo: Entornos de trabajo saludable en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional. Bogotá, D. C. 2010.

53 Referente de Entornos de trabajo saludable del Hospital del Sur. Antecedentes de la Estrategia de Entornos de trabajo saludable en el ámbito familiar. [Entrevista semi-estructurada] en Secretaría Distrital de Salud. Área de Salud Pública. Bogotá, D. C. Nov. 9 de 2011.

54 Hospital Centro Oriente. Ámbito Familiar. Gestión del ámbito familiar del Hospital Centro Oriente período octubre a diciembre. Capítulo: Entornos de trabajo saludable en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional. Bogotá, D. C. 2010.

55 Ibíd.

6. Otro resultado ha sido el posicionamiento de las necesidades identificadas a través de la realización de documentos de diagnóstico sobre condiciones de salud y trabajo en espacios familiares. Dichos textos alimentan los diagnósticos locales con participación social, que permiten posicionar el tema en las agendas sociales de diferentes espacios locales.

RECOMENDACIONES

- Dar continuidad y fortalecer la estrategia en el ámbito familiar responde, operando los principios de la Atención Primaria en Salud, a la afectación positiva de las condiciones de trabajo y los determinantes de la salud.

- Implementar y fortalecer un sistema para recolectar información que permita hacer un mayor análisis, obtener resultados adicionales y evaluar la estrategia de forma cuantitativa y cualitativa.

- En aras de fortalecer la continuidad de los procesos en la intervención, se propone ajustar los tiempos de intervención para realizar visitas de asesoría por parte del técnico, de tal manera que el número de visitas se dé según las necesidades identificadas y los avances del plan de mejoramiento.

- Generar propuestas que propendan por la estabilidad laboral de los trabajadores y las trabajadoras en lo local, para mayor continuidad en el proceso.

- Fortalecer la articulación interinstitucional e intersectorial, y promover la participación de las familias en los espacios locales, de tal manera que permita hacer un mayor seguimiento a las canalizaciones y las notificaciones, así como a las invitaciones a los espacios de participación.

- En el desarrollo de las intervenciones se ha identificado la necesidad de implementar la estrategia y priorizar viviendas que se hallan fuera de los territorios del programa Salud a su Casa.

- Establecer acciones de seguimiento con las familias ya intervenidas, para evaluar el impacto de la estrategia, y actividades de cierre con las familias que participan y terminan el proceso, en las cuales se reconozcan el cumplimiento y la participación.

- Finalmente, se sugiere fortalecer las acciones de divulgación y de información a través de materiales que puedan dejarse en las viviendas y permitan retomar los temas trabajados en cada visita de asesoría.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENAVIDES, John. (2011) Diagnósticos de condiciones de Salud y Trabajo en unidades de trabajo informal. Bogotá, D. C.: Secretaría Distrital de Salud.

BREILH, Jaime. (1979). Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social. [En línea] Quito, Ecuador. [citado 21 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://www.alames.org/documentos/brelhinsersoc.pdf_

CORPORACIÓN PARA LA SALUD POPULAR GRUPO GUILLERMO FERGUSSON. Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, una vía hacia la Equidad y el Derecho a la Salud. [En línea] Bogotá, D. C. [citado 21 de noviembre de 2011]. Disponibl en: http://grupofergusson.org/C2.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010). Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. [En línea] Ginebra, Suiza. [citado 21 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243500249_spa.pdf

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL. (2009). Construyendo la ciudad de derechos. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISITRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2007). Lineamientos de Política para la salud de los trabajadores de Bogotá. [En línea] Bogotá, D. C. [citado 21 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/286/1/Lineamientos%20politica%20salud%20de%20los%20trabajadores.pdf_

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2008). Lineamientos técnicos de promoción de entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional 2008-2010. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2011). Lineamientos del Plan de Intervenciones Colectivas. Entornos hábitat y condiciones de vida y trabajo [En línea] Bogotá, D. C. [citado 21 de noviembre de 2011]. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Entornos_habitat_y_condiciones_

La salud mental de las familias desde la APS

*Luisa Fernanda Ruiz E.**
*Gloria Inés Hernández N.***

ENFOQUE CONCEPTUAL

El modelo de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque familiar y comunitario ha contribuido a que la operatividad de las acciones desarrolladas en salud mental estén pensadas para dar respuesta a las necesidades específicas de los sujetos y de sus colectivos, teniendo en cuenta el contexto/territorio inmediato donde se desarrolla la vida, y mejorando la atención en términos de acceso, continuidad y respuestas de acción sectoriales, intersectoriales, transectoriales y comunitarias con perspectivas de promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad y atención oportuna.

En tal sentido, la Secretaría Distrital de Salud construye durante 2006 la Política Distrital de Salud Mental[56], que tiene como visión contribuir

> […] a mejorar las condiciones de vida y salud de las personas y comunidades […] de Bogotá mediante el desarrollo de intervenciones transectoriales y sectoriales, de enfoque promocional y de carácter integral, que constituyan una respuesta social efectiva [equitativa, solidaria y sostenible] a las nece-

* Psicóloga, Mg. en Psicología clínica y de familia, candidata a PhD. en Salud Pública.

** Psicóloga, especialista en Gerencia social.

56 Para el desarrollo de la Política Distrital de Salud Mental del 2006 se tuvo en cuenta la normatividad internacional y nacional vigente en el momento: a) OMS, 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas; b) Constitución política de Colombia, Artículos 1, 13, 44 y 47; c) Ley 100, SGSSS; d) Ministerio de Salud, Política Nacional de Salud Mental-18 de Junio de1988.

sidades de [los sujetos y sus colectividades]. (Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2006)

De esta manera, la Política Distrital de Salud Mental es concebida como un estado, como una capacidad y como un medio.

Tabla 9. **Definición de la salud mental desde la Política Distrital**

Estado	Capacidad	Medio
La salud mental hace referencia a un estado: • De bienestar físico, mental y social, y no a la ausencia de enfermedad. • Que permite el ejercicio de las capacidades, las potencialidades y los recursos de las personas y las comunidades; particularmente, para amar, trabajar, producir y recrearse. • Que significa felicidad, aptitud, sensación de manejar la propia vida y los sentimientos positivos de autoestima.	La salud mental se expresa a través de la posibilidad de las personas y de los grupos para: • Ejercer su libertad, hacer respetar sus opciones y obtener satisfacción del vivir en sociedad. • Identificarse como individuos dentro de determinada sociedad o cultura. • Relacionarse armoniosamente con el medio. • Adquirir un sentido para la existencia. • Manejar apropiadamente las dificultades.	La salud mental busca: • Promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las potencialidades cognitivas, afectivas o relacionales. • Promover el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia, la equidad y el bien común. • Promover condiciones de vida digna y de salud de las personas y las comunidades. • Fortalecer la participación ciudadana para la promoción y la protección de los derechos en ejercicio de la autonomía.

Fuente: Política Distrital de Salud Mental.

Es así como desde el Proyecto de Desarrollo de Autonomía[57] se concibe y se interpreta la salud mental como un estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, en el cual no solo se reconocen los factores biológicos, sino, además, las condiciones sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas donde ese sujeto desarrolla su vida.

57 "El Proyecto de autonomía de salud mental se concibe como el conjunto de estrategias, procesos, procedimientos y acciones orientadas a contribuir con la afectación de los determinantes sociales y el mejoramiento de la salud mental de la población del Distrito Capital, a través de intervenciones dirigidas a superar los obstáculos y 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". Equipo Funcional de Salud Mental. Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Mental. Lineamientos Plan de Intervenciones Colectivas 2011. Secretaría Distrital de Salud.

De esta manera, la salud mental implica no simplemente la ausencia de la enfermedad y el trastorno, sino que se acerca a la vida relacional, emocional y social de los sujetos, e integra el desarrollo humano como proceso orientado hacia el ejercicio de la autonomía y la realización del proyecto vital del sujeto individual y colectivo; en ese sentido, la salud mental es un derecho (Ruiz, Maestre, Rua, 2011).

A partir de la definición expuesta anteriormente se pueden vislumbrar dos premisas. Una primera, al considerar la salud mental como un derecho; y una segunda, al reconocer la autonomía como componente para la garantía del derecho. De esta forma se considera que:

- La salud mental es un derecho fundamental e inalienable del ser humano, sin distinción de etnia, religión, ideología política o condición económica y social. En consecuencia, el Estado y la sociedad en su conjunto comparten la responsabilidad de garantizar dicho derecho (Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, 2011).

- Un estado mental saludable es la expresión individual y colectiva de la autonomía, entendida como "la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con las necesidades [individuales y colectivas], lo cual dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades a una buena calidad de vida" (De Negri, 2006).

En relación con lo anterior, las estrategias, los procesos y las acciones desarrolladas en salud mental tienen como objetivo contribuir, a través de la afectación de los determinantes sociales, al mejoramiento de la salud mental de la población del Distrito Capital, por medio de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Lo anterior implica el reconocimiento de las etapas de ciclo de vida, los procesos de autonomía, los territorios y las condiciones diferenciales en las que viven los sujetos.

Así, y sin desconocer los diversos problemas de orden estructural en salud relacionados con el modelo de salud propuesto por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, las estrategias y los procesos desarrollados dentro del PDA de Salud Mental se definen desde la APS. En este sentido, las acciones emergen:

- De acuerdo con las necesidades de las personas.

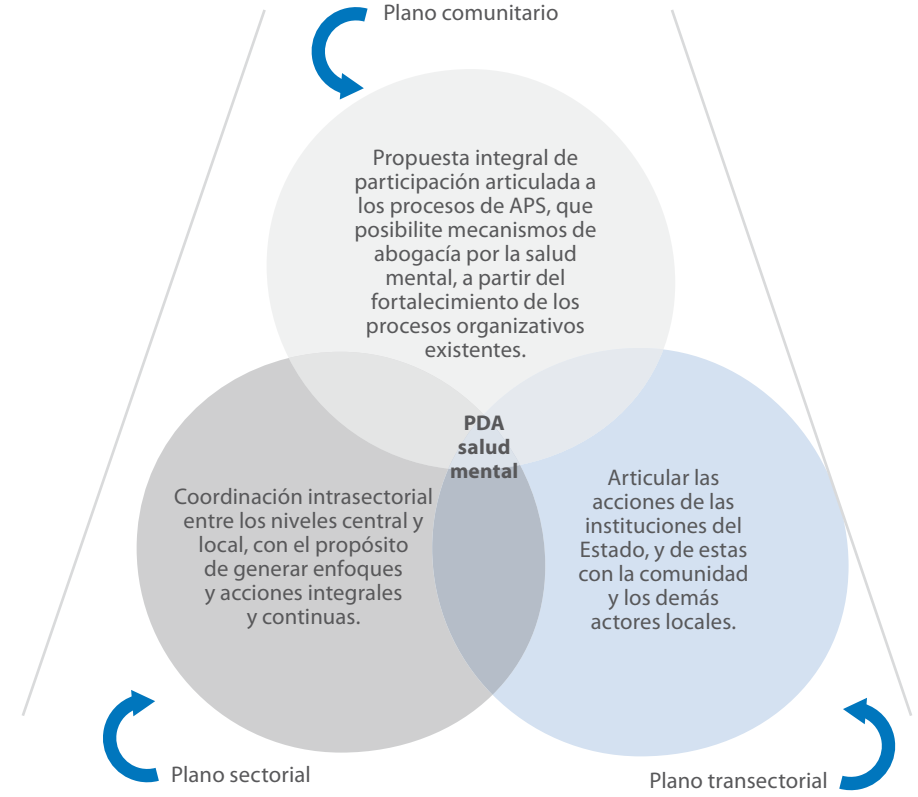
- Reconociendo los territorios y la vida cotidiana de las personas.

- Realizando un trabajo comunitario, participativo, sectorial y transectorial.

Todo lo anterior, con el fin de superar las barreras de acceso, aumentar la cobertura, afectar los determinantes, promocionar la salud y prevenir la enfermedad, así como promover la participación comunitaria y fortalecer la autonomía de los sujetos.

Así pues, las intervenciones desarrolladas buscan reducir las inequidades en salud, promover el desarrollo humano y la calidad de vida de los sujetos y sus colectividades, con una visión de integralidad, equidad y sostenibilidad en salud, y dando respuesta al Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012.

Figura 52. Planos de ejecución de la Política Distrital de Salud Mental



Fuente: Política Distrital de Salud Mental.

De esta forma, el PDA de Salud Mental, articulado con la Política Distrital de Salud, ha venido desarrollando diversas estrategias que propenden por el desarrollo de propuestas integrales y de participación articulada en los planos comunitarios, sectoriales y transectoriales.

De esta manera, el PDA de Salud Mental opera a partir de los componentes definidos por la organización del Plan de Intervenciones Colectivas; y en el caso concreto del ámbito familiar y del programa Salud a Su Casa, desarrolla dos procesos: intervención psicosocial en eventos prioritarios de salud mental, e intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano. La primera desarrolla acciones de prevención, recuperación y restitución de la autonomía, y la segunda, acciones promocionales.

En la actualidad, la intervención psicosocial en eventos prioritarios de salud mental está dirigida a brindar apoyo psicológico domiciliario a las familias que presentan uno o más problemas capaces de incidir en su salud mental y su calidad de vida. De esta manera, la intervención actúa sobre los procesos psicológicos[58] de los sujetos y de sus familias, con el fin de reconocer y favorecer recursos, capacidades y potencialidades individuales, familiares y sociales para el fortalecimiento de la autonomía y la prevención de riesgos mayores[59].

La intervención plurimodal para la promoción de la salud mental y el desarrollo humano, por su parte, es un proceso orientado al desarrollo humano de los sujetos individuales y colectivos, y

> […] está dirigida hacia la búsqueda del ejercicio de la autonomía, entendida ésta como el ejercicio de la libertad en relación con las decisiones que los sujetos toman en el marco de sus deseos y necesidades; al tiempo que en el plano colectivo la concreción de autonomía se refiere a las posibilidades

58 Los procesos cognitivos (la atención, la percepción, el aprendizaje, la memoria, el pensamiento y el lenguaje) y los procesos activadores (la motivación y la emoción) funcionan de manera integrada en relación con otros procesos de carácter más general (la inteligencia, la personalidad y la conducta normal). Domínguez, J. y otros. Procesos Psicológicos. Madrid, Pirámide Ediciones. 2001. Revisado http://www.libreriaproteo.com/libro-263242-PROCESOS-PSICOLOGICOS.html

59 Es el producto de la amenaza por la vulnerabilidad. Es la probabilidad de que un suceso exceda un valor específico de daños (sociales, de salud, ambientales y económicos). OMS. Plan Marco Subregional para la protección de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres. 2004. Revisado en http://www.who.int/mental_health/media/plan_subregional_saludmental.pdf

que tienen los grupos de tomar parte activa en las decisiones que afectan a todos, es decir lo que se define en la esfera de lo público. (Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, 2009)

PROBLEMATIZACIÓN

El proceso implica la identificación de necesidades, para identificar también las problemáticas que aquejan las familias, pero también, con el fin de reconocer sus capacidades con una perspectiva de autonomía, así como el desarrollo de temas generadores y el aporte a las agendas sociales comunitarias, que serán posicionadas en escenarios locales en el contexto de la GSI.

El proceso requiere: a) Reconocer las condiciones particulares de un determinado territorio; b) Construir comprensiones colectivas con las familias; c) Reconocer las necesidades, las inequidades y los aspectos determinantes; d) Establecer relaciones y jerarquías de los problemas; e) Identificar núcleos generadores; f) Definir respuestas integrales articuladas desde lo comunitario, lo intersectorial y lo transectorial, con el fin de afectar determinantes, garantizar los derechos en salud y mejorar las condiciones y la calidad de vida de las familias.

De esta forma, las intervenciones psicosocial y plurimodal se contextualizan en la política pública para las familias en Bogotá, y, de manera armonizada, desarrollan los elementos esenciales de prevención, promoción, protección y atención integral en salud (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2007), con énfasis en la integralidad y la transectorialidad propuesta desde la APS y operativizados dentro del marco de la GSI.

PUESTA EN MARCHA

Las intervenciones psicosocial y plurimodal en el ámbito familiar disponen de un equipo de trabajo permanente, compuesto por profesionales de psicología que operan en las diferentes localidades, bajo la supervisión y la coordinación de la Dirección de Salud Pública de la SDS. Su accionar se presenta en las siguientes tablas, que dan cuenta de la población, el objetivo, las premisas, la metodología y los contenidos de cada una de las intervenciones.

Tabla 10. **Intervención psicosocial en eventos prioritarios de salud mental**

Población
Familias con riesgo en salud mental, ubicadas, principalmente, en microterritorios de SASC.

Objetivo
Brindar apoyo psicológico a la familia para activar, movilizar y fortalecer recursos individuales, familiares y sociales, que le permitan lograr cambios positivos orientados a restituir los derechos vulnerados ante la exposición a un evento que influye en la salud mental y la calidad de vida.

Premisas
- Garantizar la APS para mitigar o aliviar de forma inmediata los signos que afectan la salud mental y la calidad de vida de la familia.
- Propender por la garantía y el reconocimiento, así como la restitución y la protección de los derechos individuales y colectivos, en el núcleo familiar.
- Redefinir imaginarios individuales y familiares frente a problemáticas psicosociales que interfieren en las relaciones familiares positivas dentro del marco de los derechos humanos.
- Reconocer en los sujetos sus individualidades, como recurso que potencia en colectivo la construcción de relaciones democráticas, con valores que fundamentan proyectos de vida que trasciendan hacia la construcción de una sociedad incluyente y equitativa.
- Favorecer los recursos protectores individuales, familiares y sociales para el fortalecimiento de la autonomía y la prevención de mayores riesgos[60] psicosociales.
- Incrementar el bienestar tanto individual como familiar, con el propósito de que la familia sea un medio efectivo para el desarrollo integral de sus miembros.
- Generar cambios favorables en el comportamiento individual y colectivo, además de fortalecer la oferta institucional y promover la articulación de la oferta interinstitucional en áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

Metodología	Contenidos de la intervención
La metodología propone el conocimiento y el abordaje de la familia en su contexto y su territorio natural, con un enfoque ecosistémico y de terapia breve, como fundamento de la apropiación del conocimiento (actividades necesarias para operar acciones individuales y familiares	• **Recepción, identificación, asignación y registro del caso:** notificados, principalmente, a través de información de equipos de SASC, la misma familia, otros ámbitos, las líneas 106 y 123, la comunidad, o instituciones sectoriales y de otros sectores. • **Primera visita domiciliaria:** identificación y caracterización, en campo, de la familia con evento que incide en la salud familiar; aproximación mediante la obtención de información adecuada y pertinente (entrevistas, observación directa y aplicación de instrumentos de tamizaje[61], como el Apgar, ecomapa y estructura familiar) que permita hacer lectura de las necesidades[62];

Continúa...

60 Es el producto de la amenaza por la vulnerabilidad. Es la probabilidad de que un suceso exceda un valor específico de daños (sociales, de salud, ambientales y económicos).

61 Los instrumentos han sido validados por la OPS-OMS a lo largo de América Latina; son recomendados como instrumentos privilegiados para el tamizaje comunitario. En Colombia fueron los instrumentos seleccionados para tamizaje básico durante el Estudio Nacional de Salud Mental de 1993, fueron previamente validados y empleados dentro de programas de salud mental comunitaria realizados en Cali, Colombia.

62 La lectura de necesidades busca identificar la percepción de cada uno de los miembros de la familia frente a la problemática presentada.

... Continuación

que respondan a políticas públicas de salud mental, la APS, la EPCVS), necesario para la prevención (comprende las acciones específicas para implementar dispositivos que eviten la aparición de consecuencias negativas adversas para la salud mental). A partir de la identificación de familias con eventos en salud mental (que incluye el trabajo articulado con equipos de SASC, la comunidad y otros sectores), efectuando visitas domiciliarias (acercamiento a la realidad de la familia, lo cual permite una visión más amplia de sus necesidades y una respuesta a su problemática específica), con el fin de generar cambios positivos en la dinámica familiar.	definir o redefinir la problemática, así como conocer las soluciones intentadas de manera concreta, y que permitan realizar el plan de acción con la familia. Si la familia pertenece a territorios de SASC, debe revisarse toda la información disponible en los sistemas de información. • **Segunda visita domiciliaria:** dando continuidad al seguimiento del evento, se profundiza en la valoración de la dinámica familiar, y a la calidad de las relaciones intrafamiliares y con el entorno; se evalúan las tareas asignadas y el avance en la solución, y se determinan y se asignan otras tareas y compromisos. • **Tercera visita domiciliaria:** en el seguimiento y el monitoreo del plan de intervención concertado con la familia es el momento en el cual se identifican los cambios positivos o se proponen ajustes para mantenerlos y fomentar los mismos. Se configura en una visita de mediano plazo dentro de la intervención, en la que se espera obtener resultados positivos, de acuerdo con los objetivos. • **Cuarta visita domiciliaria:** se evalúan los cambios positivos logrados en la familia, así como el alcance de los objetivos de la intervención y la evaluación de esta última por parte de la familia, todo lo cual permite hacer un cierre del caso. • **Canalización a otros servicios sectoriales e intersectoriales:** como respuesta a las necesidades que demanda la familia.

Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas.

Tabla 11. **Intervención plurimodal: promoción de la salud mental y el desarrollo humano**

Población Familias de Salud a su Casa (SASC) con población organizada por ciclos de: infancia, juventud, adultez y persona mayor.
Objetivo Dentro del marco del ámbito familiar, la intervención plurimodal tiene como objetivo fortalecer habilidades y prácticas protectoras en las familias mediante procesos orientados hacia el desarrollo humano y la autonomía de los sujetos individuales y colectivos, para así promover la salud mental en los niveles individual y relacional, mediante la construcción de escenarios de identificación de potencialidades y capacidades, con el fin de mejorar condiciones de vida y salud.
Premisas • Resignificar imaginarios sociales que obstaculizan la salud familiar. • Reconocer la diversidad poblacional y de intereses sociales de las familias (ciclo vital, género, etnias y necesidades). • Fortalecer habilidades y prácticas protectoras en las familias, vistas desde su individualidad y su colectividad. • Promover la salud mental y el desarrollo humano mediante la identificación de potencialidades en las áreas social, emocional y afectiva. • Desarrollar con los sujetos y sus colectividades, a partir de sus intereses, acciones que contribuyan al fortalecimiento psicológico y el desarrollo de habilidades.

Continúa...

... Continuación

Metodología	Contenidos de la intervención
Acciones desarrolladas dentro de los círculos de existencia. La metodología está basada en propuestas pedagógicas que involucren actividades reflexivas (convocar al sí mismo, sus afectos y sus experiencias de vida), participativas (diálogo de saberes), relacionales (reconocimiento del otro, discurso colectivo) y lúdicas-artísticas (convocar los sentidos, la corporalidad, la creatividad, el juego). De esta manera, los círculos de existencia de la intervención plurimodal deben ser: vivenciales (convocar al sujeto, su entorno y su experiencia), contextuales (coherente con la población, el ciclo vital, el género, las etnias y las necesidades), académicos (esfuerzo investigativo sobre el tema por trabajar) y propositivos (que conlleven la reflexión, el reconocimiento y la transformación de prácticas).	• Gestante, menor de un año/etapas ciclo vital familiar (formación): impacto emocional del embarazo, la identidad y el sentido del yo; cambios de estructura familiar, relación de pareja y funciones cotidianas; estimulación temprana, vínculos afectivos con el bebé. • Niños y niñas de 2-5 años/etapas ciclo vital familiar (crecimiento): cambios de estructura familiar, relación de pareja y funciones cotidianas; estimulación temprana, vínculos afectivos con el bebé. • Escolares de 6-13 años/etapas ciclo vital familia (crecimiento): identidad, autoestima, autocontrol, proyecto de vida, comunicación asertiva, relaciones sociales, habilidades para la vida, manejo de conflictos y pautas de crianza. • Adolescentes de 14-17 años/etapas ciclo vital familiar (ajuste o conciliación): habilidades para la vida; proyecto de vida: resignificación en el proceso de identidad juvenil (culturas juveniles, barras, piercing y tatuajes); comunicación asertiva; relaciones sociales; prácticas saludables para la vida cotidiana; manejo de conflictos; autoestima; toma de decisiones; autocontrol y estrategias de afrontamiento. • Jóvenes de 18-26 años/etapas ciclo vital familiar (apertura): identidad, comunicación asertiva, fortalecimiento de redes sociales, pautas de crianza, manejo de conflictos, autoestima, manejo de estrés, convivencia y relación en pareja, toma de decisiones y autocontrol. • Adultez de 27-59 años/etapas ciclo vital familiar (contracción): pautas de crianza, fortalecimiento de redes sociales, manejo de estrés, convivencia en pareja y toma de decisiones. • Vejez de 60 y más años/etapas ciclo vital familiar (contracción): relaciones familiares y sociales, fortalecimiento de redes sociales, autoestima, manejo de estrés y convivencia en pareja. • Otros temas en salud relacionados con acciones de promoción y protección, con énfasis en prevención del consumo de SPA, conducta suicida, violencias y trastornos de la conducta alimentaria.

De acuerdo con todo lo anterior, y teniendo en cuenta la complejidad de las necesidades de las familias, la intervenciones psicosocial y plurimodal se han constituido en puertas de entrada a niveles superiores de atención en salud y a otros sectores que proveen servicios encaminados a la solución de necesidades de individuos y sus familias, y entre los cuales están la Secretaría de Integración Social, Bienestar Familiar, el sector justicia y el sector educación, entre otros.

Finalmente, es importante mencionar que estas intervenciones fortalecen los sistemas de información del sector salud relacionados con los eventos de salud mental: el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar (SIVIM), el

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida (SISVECOS), el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Sustancias Psicoactivas (VESPA) y el Sistema de Vigilancia de Lesiones de Causa Externa (SISVELCE); todo ello, guardando la concordancia con los eventos que son de interés para la salud pública.

RESULTADOS

Las acciones del PDA de salud mental entre 2008 y 2011 alcanzaron una cobertura aproximada de 67.606 familias (Anexo 2), de las cuales 45.466 recibieron intervención psicosocial, y 2.024, intervención plurimodal.

Tabla 12. **Intervención psicosocial y plurimodal en las localidades de Bogotá (2008-2011)**

Localidad	2008	2009	2010	2011	Total
Usaquén	686 722	866 449	1.000 543	637 -	3.189 1.714
Chapinero	310 267	354 223	350 0	344 -	1.358 490
Santafé	213 189	173 136	300 110	260 -	946 435
San Cristóbal	440 465	822 531	917 0	1.022 -	3.201 996
Usme	760 640	961 322	648 0	784 -	3.153 962
Tunjuelito	639 503	829 240	736 141	229 -	2.433 884
Bosa	984 940	1.342 650	1.585 582	1.165 -	5.076 2.172
Kennedy	929 1.017	815 1.010	850 0	917 -	3.511 2.027
Fontibón	910 715	1.154 389	1.470 552	1.586 -	5.120 1.656
Engativá	1.150 1.092	354 848	655 0	579 -	2.738 1.940
Suba	1.220 1.055	1.236 920	913 0	900 -	4.269 1.974

Continúa...

... Continuación

Localidad	2008	2009	2010	2011	Total
Barrios Unidos	324 296	322 282	320 0	124 -	1.090 578
Teusaquillo	110 112	178 110	120 0	0 -	408 222
Mártires	165 146	113 115	300 85	176 -	754 346
Antonio Nariño	115 100	103 137	100 0	36 -	354 237
Puente Aranda	245 279	482 270	467 0	230 -	1.424 549
Candelaria	57 33	81 31	150 35	43 -	331 99
Rafael Uribe	785 657	451 550	587 0	824 -	2.647 1.207
Ciudad Bolívar	930 823	919 764	611 0	732 -	3.192 1.587
Sumapaz	56 49	56 42	60 76	100 -	272 167
Total	**11.028 10.100**	**11.611 8.019**	**12.139 2.124**	**10.688 -**	**45.466 20.243**

Fuente: Secretaría Distrital de Salud-Dirección de Salud Pública/PIC Matrices de contratación, 2008-2011.

En relación con 2011, y según los cambios de operación propuestos por el ámbito familiar, la intervención plurimodal hizo parte de los círculos de existencia. De acuerdo con el ejercicio de sistematización realizado desde este proceso, para 2011 se logró el desarrollo de 297 círculos de existencia, de 4 horas cada uno, y de las cuales una hora era destinada a la intervención plurimodal, con un total de 30.169 participantes[63].

Por otra parte, y en orden de prevalencia, según las necesidades expuestas por las familias, las intervenciones en salud mental dan respuestas, principalmente, a las necesidades que se relacionan a continuación.

63 Datos brindados por la profesional de Salud a su Casa/referente de Círculos de Existencia por Ciclo Vital. Dirección de Salud Pública/Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 2011.

Figura 53. Principales necesidades abordadas por las intervenciones psicosocial y plurimodal



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas.

Por último, es importante mencionar que las acciones del PDA en salud mental, como procesos en marcha dentro del ámbito familiar, se encuentran en continuo avance y transformación. De esta forma, se pretende fortalecer las acciones de prevención, promoción, protección y atención integral en salud mental, de acuerdo con lecturas integrales de necesidades y potencialidades de los sujetos y sus colectivos en los territorios particulares que habitan, generando procesos de real empoderamiento y de participación comunitaria.

Por otra parte, y teniendo en cuenta la información en términos cualitativos y cuantitativos que proveen las intervenciones desde los hospitales de la red pública que operan el PIC, es necesario para las acciones futuras recoger de manera sistemática

dicha información, con el fin de mejorar los procesos y la toma de decisiones en las acciones desarrolladas, y promover el desarrollo de investigaciones futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ (2007). Política Pública para las familias en Bogotá. Bogotá, D. C.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD (2006). Política Distrital de Salud Mental 2006. Bogotá, D. C.

DE NEGRI, Armando. (2006). La Construcción de alternativas políticas en pro del derecho integral a la salud – Las bases conceptuales del ejercicio en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá 2004-2005. Universidad Nacional de Colombia, Convenio No. 056 de 2006. Bogotá D. C.

DOMÍNGUEZ, J. et al. (2001). Procesos Psicológicos. Madrid: Pirámide Ediciones.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Política Nacional de Salud Mental de Colombia de 1998, Plan Regional de Salud Mental de Antioquia 2000. Medellín: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004). Plan Marco Subregional para la Protección de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres. [En línea]. [citado 16 de enero]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/plan_subregional_saludmental.pdf

RUIZ, L., MAESTRE, R., RUA, L. (2011) Documento Marco Teórico para la Actualización de la Política Distrital de Salud Mental. Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, Área de Acciones en Salud. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2008). Ficha Técnica del Ámbito Familiar. Plan de Intervenciones Colectivas, Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2011). Ámbito Familiar/Guía Operativa de Círculos de Existencia por Ciclos Vital. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA (2009). Ficha Técnica Intervención Plurimodal: Promoción de la Salud Mental y el Desarrollo Humano. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. DIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA. Ficha Técnica de Intervención Psicosocial en eventos prioritarios de salud mental. Plan de Intervenciones Colectivas, Ámbito Familiar. 2010 – 2011. Bogotá, D. C.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. EQUIPO FUNCIONAL DE SALUD MENTAL (2011). Plan de Intervenciones Colectivas, Proyecto de Desarrollo de Autonomía de Salud Mental. Bogotá, D. C.

6 Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones y recomendaciones

*Mauricio Molina Achury**

CONCLUSIONES

1. A raíz de la reunión de las naciones celebrada en Alma-Ata, en 1978, se reconoció la APS como la estrategia más efectiva para alcanzar el mayor nivel posible de salud, lograr equidad y superar las desigualdades. El logro de dichos objetivos debe, como principio imprescindible, aceptar que la salud es un derecho humano fundamental, más que la ausencia de enfermedad, y que en su garantía intervienen otros sectores, además del sanitario, pues la salud se halla íntimamente relacionada con el desarrollo socioeconómico y requiere la participación de las personas, tanto individual como colectivamente.

2. La APS así concebida debe tener las siguientes características para asumir intervenciones integrales:

   a. Acceso y cobertura para toda la población.
   b. Atención continua y permanente.
   c. Organización y participación comunitaria.
   d. Hacer parte del desarrollo de la comunidad.
   e. Transectorialidad, para lograr tal desarrollo.
   f. Investigación de las tecnologías apropiadas.

* Médico cirujano, especialista en gerencia de salud y candidato a Mg. en economía, miembro fundador, Corporación Grupo Guillermo Fergusson, miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, y de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T760-08.

   g. Financiación que garantice la disponibilidad de insumos y de recursos humanos.

3. Estos principios y características han sido modificados en los diferentes contextos políticos, según el enfoque generado por los debates en torno al significado de la salud y su ejercicio como derecho. Por ello, el desarrollo de la APS en el mundo entero evidencia una gran heterogeneidad de experiencias, entre las cuales es posible identificar enfoques que van desde una organización de servicios de salud centrados en cuestiones particulares y dirigidos a poblaciones pobres (a lo que se llamó APS selectiva), hasta versiones que apuntan a una idea de APS como puerta de entrada al sistema de salud como un todo, con disponibilidad de médicos de familia o médicos especializados en medicina general, versión desarrollada, particularmente, en países europeos.

4. La APS selectiva, que inicialmente se planteó como una estrategia interina, con la perspectiva de avanzar en el largo plazo hacia la APS integral, se transformó en una tendencia orientada a fortalecer el papel del sector privado en la atención a la salud, la separación de funciones de financiamiento y prestación de servicios, la descentralización, y el enfoque en la eficiencia, y no en la equidad, lo que, en su conjunto, promueve políticas económicas que supeditan la garantía del derecho a la salud a la lógica del mercado.

5. De manera particular en América Latina, con las reformas llevadas a cabo se observa un predominio de la APS selectiva. La fragmentación y la segmentación persisten incluso en los casos donde se establecieron sistemas de cobertura universal. Dentro de ese marco, en la región se identifican, principalmente, tres modalidades de integración: 1) La APS integrada en los programas de salud materno-infantil (Bolivia, Nicaragua y El Salvador); 2) La atención primaria como puerta de entrada y eje estructurante del Sistema Público de Salud (Costa Rica, Chile, Brasil, Venezuela); y 3) La atención primaria en sistemas con una universalización incompleta con base municipal, con fragmentación de las competencias y las coberturas según la capacidad económica de los afiliados (Colombia).

6. La APS fue introducida en Colombia con el apoyo de la OMS y la OPS. Sin embargo, fue formulada e implementada como una versión limitada que, a través de planes de salud oficiales compuestos por acciones simples de amplia

cobertura, buscaba solucionar a corto plazo los problemas de salud de grupos priorizados.

7. Aunque el Gobierno colombiano asumió los compromisos adquiridos en Alma-Ata y ofreció cumplir la meta de Salud para Todos en 2000, con la reforma al Sistema de Salud introducida por la Ley 100 de 1993 y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se incumplió el compromiso con la salud de la población y se abandonó el enfoque de APS, al descartar elementos indispensables como la territorialidad, el sistema de información, la referencia y contrarreferencia y el control de patologías específicas; además, no se logró el acceso universal equitativo y eficiente a los servicios de salud.

8. Adicionalmente, el modelo de salud, instaurado como consecuencia de la citada Ley 100 de 1993, hace énfasis en la atención individualista, curativa y de contención de costos vía aseguramiento, lo que, en la práctica, dificulta la articulación con las acciones colectivas y las de otros sectores sociales.

9. El modelo neoliberal provocó un debate sobre la viabilidad de los sistemas de salud que generó ajustes en las estructuras. Los ajustes estuvieron, discursivamente, dirigidos a incrementar la efectividad y a garantizar la sostenibilidad financiera. Las consecuencias fueron diversas: el debilitamiento del sector público y el surgimiento del sector privado como actor importante en espacios tradicionales del sector público, así como el desarrollo de una APS caracterizada por intervenciones médicas costo-eficaces con orientación individual y biomédica de la enfermedad.

10. En este contexto, en Colombia no es posible cumplir con los atributos enunciados de la APS. Se requiere modificar los problemas estructurales del actual sistema de salud, tales como: la fragmentación y la desarticulación (en cuanto a la disposición de servicios entre acciones individuales y colectivas, en la acción de los agentes involucrados, el territorio y la capacidad de pago de las personas); la ausencia de un sistema unificado de información que permita tomar decisiones públicas oportunas y ajustadas a las necesidades de salud de la población; la existencia de serios obstáculos para acceder a los servicios de salud; el debilitamiento de la capacidad para prevenir e intervenir sobre los problemas más importantes de salud pública, y la débil incidencia de las propias personas en las decisiones que afectan su salud.

11. Ante esta situación, el gobierno de Bogotá que inició en 2004 implementó nuevas políticas y estrategias con énfasis en la equidad y la integralidad de la atención, que ayudaran a garantizar el derecho a la salud. Estos objetivos quedaron plasmados en los planes de desarrollo 2004-2007 y 2008-2011. En consecuencia, se elaboró el Plan Sectorial de Salud, en el cual la Secretaría Distrital de Salud adoptó dos estrategias fundamentales interrelacionadas para lograr los objetivos de la Política Pública de Salud: la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, y la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

12. Retomar la Estrategia de APS ayudó a mostrar las contradicciones del sistema de salud hegemónico y los cambios que era necesario hacer para generar un nuevo modelo de atención equitativo e integral. En Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud, con el programa Salud a su Hogar (SASH), formuló la primera iniciativa desarrollada en el SGSSS teniendo en cuenta principios y características de la APS.

13. La implementación de la APS en Bogotá se fundamentó en una definición conceptual y política alimentada desde la corriente de la medicina social, que enarbola la idea de la salud como derecho, de acuerdo con unas condiciones históricas y sociales determinadas, las cuales se abordan en cuatro niveles de intervención que se deben impactar: los determinantes sociales; las exposiciones; la posibilidad de enfermarse, y las condiciones socioeconómicas que determinan las enfermedades o los daños.

14. Se desarrolló una propuesta de análisis y operación que se denominó Modo Promocional de la Calidad de Vida y la Salud, como estrategia orientadora de la política sectorial, y la cual se propuso superar las restricciones del enfoque de los servicios hacia la enfermedad y la atención individual, para avanzar en una perspectiva colectiva de la salud; es decir, de una verdadera salud pública.

15. La estrategia promocional se configuró como un orientador que potenció la estrategia de la APS para garantizar el derecho a la salud, en la medida en que se aborde esa misma APS como "el cuidado integral de la salud para todos y por todos", basada en la idea de integralidad de la atención según las necesidades de las personas, y en el principio de equidad como base de la acción comunitaria, que, a su vez, deberá generar un cambio radical tanto en el modo de organización como en el modelo de atención en salud.

16· En 2008 la APS en el Distrito Capital pasó de estrategia a programa, con la implementación del programa Salud a su Casa, en un contexto de ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), que incidió en su operación al imponerle una lógica de metas, coberturas y de facturación, que debe responder a diferentes fuentes de financiación. Todo lo cual explica el mayor grado de fragmentación de las acciones de salud, adicional a la segmentación de la población y de los grupos familiares para la provisión de servicios (distintas aseguradoras para los diferentes miembros de una misma familia) o diferentes prestadores, lo cual no posibilita la integralidad, y, a la larga, no permite que opere la APS.

17· La separación de operadores y lógicas de las acciones individuales vía Plan Obligatorio de Salud (POS) de las acciones colectivas, ahora contenidas en el PIC, afectan el desarrollo del enfoque territorial y familiar de la APS. Por otra parte, la gran debilidad en la rectoría y la regulación impide articular los diferentes actores del sistema para el cumplimiento de metas de salud y de acciones integrales.

18· La implementación de la APS, en el contexto del aseguramiento y de las acciones vía PIC, llevó a que los profesionales de la salud asumieran un rol limitado en la asistencia, según el tipo de aseguramiento. Dicha lógica significaría realizar actividades facturables dentro de los distintos planes y contratos, en la ausencia de referentes poblacionales, de un sistema de información funcional, y de normas que hagan mandatorio y exigible el logro de objetivos de salud y rompan la cadena de contrataciones.

19· En 2011 la implementación de la APS es normada (Ley 1438/11); se retoma y se promueve la estrategia de APS como marco para proteger y promover la salud de los colombianos y las colombianas, y para fortalecer el SGSSS. En su implementación se consideran prioritarios tres componentes: las redes integradas de servicios de salud (RISS), la acción intersectorial-transectorial, y la participación social comunitaria y ciudadana.

RECOMENDACIONES

A la luz de la experiencia en Bogotá, de implementación de la APS en un contexto de limitaciones y barreras impuestas por la lógica del sistema de aseguramiento, se realizan el siguiente balance y estas recomendaciones:

1· Un adecuado abordaje de la APS se da a través del cumplimiento de los atributos y las funciones de la estrategia, planteados por Bárbara Starfield[64]: acceso, longitudinalidad o vínculo, coordinación, orientación comunitaria, primer contacto, integralidad, enfoque familiar y formación para la APS. Si las necesidades de salud del individuo se entienden de manera longitudinal, se contemplan en diferentes instancias en el sistema de salud colombiano, a saber, las que contemplan al ser humano dentro del PIC, lo preventivo del POS, el POS en lo atinente a prestación y lo no POS. Al ser cada una de las instancias administrada por diferentes operadores, en segmentos de mercado diferencial, dentro de una lógica de intermediación financiera que impone una dinámica de facturación y un círculo vicioso de contrataciones y subcontrataciones, son inevitables la fragmentación[65] y la desarticulación. Ser un sistema fragmentado es uno de los problemas estructurales del SGSSS, lo que, en la práctica, impide cumplir con los atributos enunciados de la APS. Es necesario realizar cambios estructurales en el actual sistema de salud, para garantizar un modelo de salud orientado por la APS.

2· A 8 años del lanzamiento del modelo de salud basado en la APS, en Bogotá es innegable que ha habido avances en cuanto al desarrollo de la propuesta, pero también es cierto que en su corta historia ha debido enfrentar barreras y dificultades que han limitado de manera importante sus resultados. Dentro de estas dificultades, la primera de ellas, sin lugar a dudas, es la falta de un mayor compromiso político acorde con la magnitud de los cambios que pretendió operar, en el plano tanto distrital como de la propia secretaría. La experiencia ha estado marcada por el escepticismo y la falta de validez política en el conjunto de actores sociales.

3· A lo anterior se suman las dificultades de concepto y de diseño en el desarrollo de los procesos, muy permeados, a su vez, por enfoques que ubican la APS dentro del marco de la privatización y la mercantilización, y ello hace que las aspiraciones en su desarrollo sean, en general, limitadas, y que en todos los

64 STARFIELD Bárbara. "Atributos y funciones de la APIS", 2005.

65 "Un sistema fragmentado, una política fragmentada, un usuario fragmentado: La fragmentación en la financiación, en los planes de beneficios y en las competencias de los diversos actores ha conducido a la fragmentación de los servicios, en serio detrimento de la continuidad y calidad del servicio. Esta fragmentación ha generado una profunda barrera de acceso con serias implicaciones en la salud de la comunidad". En "Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de prevención y promoción del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y del logro de las metas del plan de atención básica – PAB departamental y distrital. Informe final" UNIÓN TEMPORAL CCRP – ASSALUD – BDO, Diciembre de 2004.

casos no entren a construir alternativas al estado de cosas existentes que niegan el derecho a la salud de las personas.

4. La APS, como estrategia para reducir las inequidades en salud, requiere el fortalecimiento de la gestión sectorial y transectorial. Por un lado, las experiencias sistematizadas hacen evidente la necesidad de afianzar los procesos de articulación entre las acciones individuales y colectivas en salud, así como las de referencia y contrarreferencia; por otro, las experiencias resaltan la importancia de continuar en el camino de la GSI afianzando redes transectoriales que permitan hacer realidad las respuestas integrales.

5. Las experiencias sistematizadas indican que la planeación y el desarrollo de la APS exigen mayor reconocimiento del enfoque comunitario, complementario del enfoque familiar. Esto, ya que en el territorio existen diversas dinámicas organizativas que no necesariamente se recogen en la familia, y que potencian el territorio a partir de sus características socioeconómicas, culturales, políticas, ecológicas y poblacionales.

6. Para la implementación de la APS es necesario reconocer e identificar las diversas formas que la comunidad tiene para afectar positivamente su calidad de vida y su salud. La participación comunitaria, por tanto, necesita espacios institucionales y transectoriales de participación, pero también requiere reconocimiento y fortalecimiento de diferentes formas y dinámicas de incidencia comunitaria.

7. La planeación y el desarrollo de la APS requieren equipos transdisciplinarios altamente cualificados, que estén en capacidad de responder a los retos planteados tanto en el modelo mismo como en los territorios sociales. Esto implica generar políticas que mejoren y generen condiciones para implementar estos equipos.

8. Se requiere eliminar el fraccionamiento en las competencias: las acciones colectivas en salud (bienes públicos) deberán ser competencia de los entes territoriales, de forma indelegable. Igualmente, las acciones individuales de prevención y promoción deberán ser responsabilidad integral de un solo actor territorial bajo la vigilancia, la regulación y el control de la autoridad sanitaria territorial correspondiente. Es imprescindible, en el desarrollo de dichas acciones, eliminar la cadena de contrataciones que existe en el momento, y que, potencialmente, es un foco de corrupción, genera altos costos de transacción y afecta

la calidad. Por otra parte, las acciones de prevención y promoción no deben seguir siendo fraccionables entre los aseguradores. Superar el fraccionamiento en las competencias posibilitará la integralidad y la continuidad de un modelo de salud orientado por la APS.

9. El desarrollo de la APS implica la concreción de la figura de autoridad sanitaria a través de la Dirección Territorial de Salud, que debe contar con órganos de consulta como los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud. Sus funciones se ubicarán en torno a la rectoría-armonización, el desarrollo de mecanismos de regulación, rectoría e interventoría, para generar incentivos y sanciones a todos los actores del sistema de salud responsables de las redes integradas de servicios de salud (RISS) y de la implementación de la estrategia de APS.

10. Posibilitar un verdadero ejercicio de rectoría y autoridad sanitaria territorial requiere garantizar una adecuada disponibilidad de recursos mediante la conformación de un Fondo Único Territorial para financiar las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, dentro del marco del modelo de salud basado en la APS, y liderado y concertado a través de la entidad territorial como cabeza de la autoridad sanitaria territorial.

11. La autoridad sanitaria territorial debe garantizar la universalización de coberturas útiles para actividades como: la vacunación; la detección temprana de los cánceres de cuello uterino, de mama y de próstata; la prevención de la sífilis congénita; el cuidado prenatal y postnatal; TSH, y, en general, todas las acciones de detección temprana y protección específica de enfermedades de interés en salud pública que el MSPS determine. Para ello, las entidades territoriales generarán estrategias e incentivos positivos y negativos para que las RISS cumplan con las metas y las coberturas establecidas, según los diferentes perfiles epidemiológicos y demográficos, en el contexto de un modelo de salud orientado por la APS. El paradigma de la lógica de facturación-contención de costos debe estar gobernado por los objetivos de la eficacia epidemiológica.

12. La rectoría del sector salud materializa el ejercicio de la gobernabilidad afirmativa del Estado en la asunción directa de las responsabilidades a la hora de definir y desarrollar políticas públicas en salud, dirigir procesos administrativos y técnicos necesarios para implementar adecuadamente las políticas públicas definidas, regular la actuación de todos los actores del SGSSS, asesorar y vigilar

el desarrollo de las políticas públicas en salud en todos los niveles territoriales e imponer las sanciones que sean necesarias a quienes infrinjan las disposiciones legales establecidas.

13. Todos los actores del SGSSS deben hacer un cambio en sus modelos de atención en salud, hacia un modelo basado en la APS renovada, con una perspectiva humanista y orientada por un enfoque biopsicosocial de la salud y de la enfermedad.

14. El ente territorial debe liderar la conformación estructural de las redes integradas de servicios de salud, de acuerdo con el análisis de situación de salud del área de influencia, y según los criterios establecidos en el modelo de atención orientado por la estrategia de APS. Garantizar una red de servicios realmente integrada en los territorios se posibilita en la medida en que el ente territorial lidere su conformación, de acuerdo con un sistema organizacional único.

15. La concreción de APS implica el desarrollo de estrategias tales como: fortalecimiento de la red pública hospitalaria; dignificación y humanización del trabajo en salud; empoderamiento de la comunidad para la exigibilidad del derecho a la salud, y el ejercicio de la corresponsabilidad de la ciudadanía, a través de mecanismos participativos, así como alianzas colaborativas con entidades universitarias de los sectores público y privado, para la generación de conocimiento.

16. Por último, se requiere la concreción de un modelo de gestión de los territorios sociales, lo cual implica la gestión integral del territorio orientada, principalmente, a la gestión y la planeación sectorial, transectorial y comunitaria, que potencie las respuestas sociales a las necesidades de la población identificadas en los diferentes territorios. Se debe proponer la articulación de las acciones y los recursos sectoriales y locales (salud, educación, bienestar social, cultura, entre otros) desde un enfoque de derechos, para enfrentar los determinantes del deterioro de la calidad de vida, pero respetando la autonomía y la iniciativa territoriales y fortaleciendo el desarrollo de los presupuestos participativos y las consultas comunitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

STARFIELD Bárbara, SHI Leiyu, MACINCKO James. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. En: The Milbank Quarterly. Vol 83, no. 3, pp. 457-502.

UNIÓN TEMPORAL CCRP-ASSALUD-BDO. (2004). Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de prevención y promoción del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado y del logro de las metas del plan de atención básica (PAB) departamental y distrital. Bogotá, diciembre de 2004

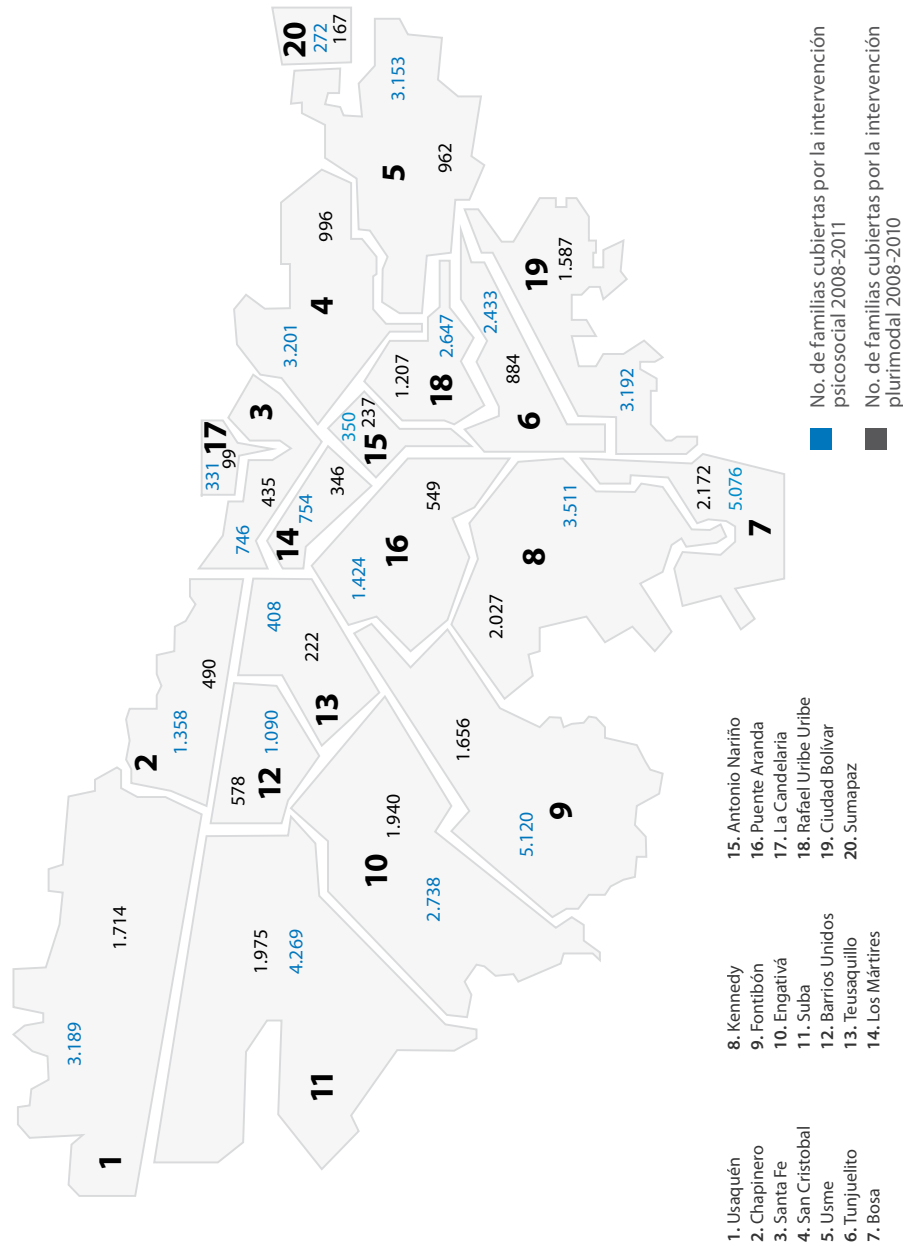
Anexos

Anexo 1. Caracterización familias identificadas y cubiertas por SASH/SASC (2004-2011)

Localidad	Microterritorios	Familias cubiertas (activas e inactivas)	Individuos cubiertos	Mujeres gestantes	Familias étnicas			
					Afrocolombiano	Indígena	Rom	Raizal
Usaquén	11	21.959	87.725	3.320	114	91	5	0
Chapinero	2	3.950	22.798	491	31	4	4	0
Santa Fe	10	18.926	46.452	2.235	44	151	18	0
San Cristóbal	32	49.400	203.770	6.468	324	120	60	0
Usme	29	45.903	155.618	4.867	506	147	57	0
Tunjuelito	12	23.211	77.134	2.198	780	18	35	0
Bosa	50	69.624	225.894	5.432	260	463	187	0
Kennedy	32	51.839	138.378	5.280	140	137	100	0
Fontibón	14	25.894	73.117	3.750	723	74	19	0
Engativá	25	37.959	124.022	5.301	154	103	62	0
Suba	70	120.270	351.790	7.235	332	637	442	0
Barrios Unidos	1	1.418	4.273	240	3	2	2	0
Mártires	5	11.014	16.495	1.133	58	176	20	0
Antonio Nariño	2	4.348	7.986	668	30	6	114	0
Puente Aranda	3	5.044	11.251	353	54	16	7	0
Candelaria	2	4.618	10.241	324	19	114	2	0
Rafael Uribe	35	62.180	160.849	6.416	280	130	884	0
Ciudad Bolívar	36	60.097	227.690	7.708	356	192	103	0
Sumapaz	4	717	4.184	73	0	1	0	0
Total	**375**	**600.435**	**1.949.667**	**63.492**	**4.208**	**2.582**	**2.121**	**0**

Fuentes: SDS - APS en Línea, 31 de Diciembre de 2011. Dirección de Planeación y Sistemas de la Secretaría Distrital de Salud. Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa - 2008.

Anexo 2. Cobertura de las intervenciones psicosocial y plurimodal por localidad y por número total de familias intervenidas, Bogotá (2008-2011)



Fuente: Plan de Intervenciones Colectivas.

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.

En diferentes escenarios y estudios se reconoce que el Sistema de Salud está fragmentado en varios sentidos: en la acción de los agentes involucrados, sean prestadores, aseguradores, moduladores o usuarios; en la disposición de los servicios, con los diferentes planes de beneficios según capacidad de pago, y en la oferta de servicios acorde con las tarifas.

La gravedad de esta situación ha sido reconocida por los tres últimos gobiernos como un imperativo ético que debe orientar la Política de Salud hacia la garantía del derecho, apoyada en la atención primaria en salud como la estrategia fundamental para su realización y la superación de las inequidades. Para ello se ha asumido, en la formulación e implementación de esta Política, un modo promocional de calidad de vida y salud que actúe más allá de las restricciones del enfoque de los servicios hacia la enfermedad y la atención individual, y que avance en una perspectiva colectiva y con una verdadera salud pública.

ISBN: 978-958-8313-58-0



GRUPO
GUILLERMO
FERGUSSON