PLAN TERRITORIAL DE SALUD CALI

DIAGNOSTICO COMUNITARIO EN SALUD

Comuna 12

1. INTRODUCCIÓN

La Planeación Integral en Salud ha sido planteada como un conjunto de procesos relacionados entre sí, enmarcado en el ciclo de la gestión pública, que permite a las entidades territoriales definir y desarrollar las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud (PTS), teniendo en cuenta los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad[1] y actuando como instrumento estratégico de la política en salud territorial[2].

El Plan Territorial de Salud-PTS se considera un instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite, a partir de su situación de salud a las entidades territoriales, definir las intervenciones sectoriales e intersectoriales que debe adelantar para mejorarla e impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y garantizar el derecho a la salud[3]. Si bien se menciona que el PTS debe ser formulado de manera participativa y teniendo en cuenta las políticas públicas y sociales del territorio, los aspectos relacionados con el componente de participación ciudadana y comunitaria no están claramente delimitados en la metodología PASE a la equidad que orienta su construcción.

En el Distrito de Santiago de Cali el Departamento Administrativo de Planeación ha orientado para la vigencia 2023 la elaboración de los diagnósticos territoriales, sectoriales y del Distrito, como insumo para la formulación de los Planes de Desarrollo de Santiago de Cali y los de comunas y corregimientos 2024- 2027, que se realizarán al inicio de la próxima Administración[4].

Dentro de estas orientaciones se incluye la elaboración de diagnósticos a nivel territorial desde un enfoque de percepción ciudadana a partir de estrategias de planeación participativa así como diagnósticos sectoriales que implican el análisis de información que se genera por cada uno de los organismos de la Administración, además del estado de las políticas públicas y planes sectoriales, entre otros instrumentos.

Para ello se espera la elaboración de un documento donde a partir de información primaria y secundaria, cuantitativa y cualitativa actualizada se visibilicen las necesidades y problemáticas de las comunas y corregimientos tomando como unidad de análisis los barrios y veredas que refleje los efectos producidos por la pandemia y el estallido social con el fin de determinar el impacto registrado a nivel social y territorial.

[1] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015. Artículo 2

[2] Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1536 de 2015.

[3] Ministerio de Salud y Protección Social. Planeación en salud 2020-2023. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/orientaciones-pts.pdf

[4] Alcaldía de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación. Circular No 4132.040.22.2.1020.002616. Lineamientos para la realización diagnósticos territoriales sectoriales, diagnósticos sectoriales, insumo Diagnóstico de Santiago de Cali y planificación 2024-2027

Se propone en la fase diagnóstica diseñar mecanismos para consultar a los ciudadanos o grupos sociales o de interés a quienes dirige su gestión, con el fin de identificar sus necesidades y problemas para que, en la fase de formulación del Plan de Desarrollo, puedan trazar las estrategias que permitan garantizar las transformaciones sociales y territoriales que les compete. Por tanto, se espera entonces que el fruto de este proceso sea tenido en cuenta para los programas de gobierno de los candidatos a la Alcaldía, de manera que respondan a las expectativas y realidades ciudadanas, y por la nueva administración en la formulación del Plan de Desarrollo Distrital y de los Planes de Desarrollo de Comunas y Corregimientos 2024-2027[4].

Este documento presenta la metodología empleada y los resultados alcanzados en el componente comunitario para la Comuna 12 de forma tal que se convierta en un insumo para la formulación del Plan Territorial de Salud y brinde elementos a tener en cuenta en la implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del mismo.

2. PROPÓSITO

Facilitar la contribución, desde el actor comunitario de la Comuna 12, a la definición de intervenciones sectoriales e intersectoriales que deben adelantarse en el Distrito de Santiago de Cali y en la Comuna para mejorar e impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y garantizar el derecho a la salud.

3. MÉTODOS

Inicialmente se realizó un alistamiento dentro de la Secretaría Distrital de Salud a fin de definir la metodología para la construcción del componente comunitario del diagnóstico sectorial lo cual implicó la conformación de equipos técnicos del que hacen parte personas con responsabilidad en la toma de decisiones dentro de la entidad y operativos que incluyeron profesionales vinculados a las áreas misionales relacionadas con este propósito.

Se elaboró una propuesta de trabajo y un cronograma así como la definición de los roles de los involucrados los cuales fueron aprobados por el equipo técnico. De igual forma el equipo operativo recibió inducción y entrenamiento para adelantar cada una de las acciones planteadas.

La metodología implicó un ejercicio preliminar de acopio y análisis de información disponible en la comunidad que se convirtió en insumo para el diálogo deliberativo llevado a cabo entre la institucionalidad y los actores comunitarios. Este ejercicio pretendió revisar el diagnóstico institucional de las condiciones de salud de las comunas y corregimientos y la preparación de los insumos para las siguientes etapas.

Simultáneamente se revisaron los directorios institucionales disponibles para verificar y unificar la información disponible a fin de facilitar la caracterización de organizaciones comunitarias con las cuales se tiene interlocución.

Mediante página web, correo electrónico y mensajes de texto se realizaron acciones de información correspondientes a la entrega de material audiovisual a los actores comunitarios a fin de que conocieran el proceso de planeación y orientar su participación en el mismo.

Posteriormente se realizaron acciones pedagógicas con diversos grupos comunitarios centradas en el proceso de planeación participativa y la importancia de su vinculación activa en los momentos de encuentro con la institucionalidad.

Una vez efectuadas las acciones pedagógicas se generó un espacio de diálogo presencial deliberativo centrado en comprender las preocupaciones y aspiraciones de los grupos comunitarios relacionadas con los cursos de vida(gestación y recién nacido, primera infancia e infancia, adolescencia y juventud y adultez y vejez). A este diálogo fueron convocados representantes de todas las organizaciones comunitarias identificadas previamente y se realizó previa concertación con los actores comunitarios.

Para cada comuna y corregimiento como también a nivel de ciudad se elaboró un informe de los hallazgos y posteriormente se realizó validación con los asistentes utilizando el correo electrónico, el WhatsApp, un instrumento electrónico y en algunas ocasiones se realizaron reunión para revisar y complementar el informe. Finalmente los informes fueron ajustados cuando se recibieron aportes para complementarlos.

4. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados alcanzados en términos de la descripción de algunas características de las organizaciones presentes en la comuna y sus miembros y los resultados del diálogo deliberativo efectuado.

4.1 Acerca de las organizaciones comunitarias presentes

En la Comuna 12 se identificaron 132 personas vinculadas a procesos comunitarios, de las cuales 27 (20,5%) no pertenecen a ninguna organización, 20,5% pertenecen a organizaciones de elección popular 20 de ellas a Juntas de Acción Comunal (JAC) y 7 a la Junta Administradora Local (JAL). La mayoría pertenecen a la Mesa Territorial de Mujeres(20%). Grupos de adulto mayor (16,2%) y a la mesa de participación social en salud (8,6%) como se observa en la tabla No. 1. Adicionalmente 4 personas están vinculadas al comité de planificación de la comuna

Tabla No. 1 Distribución de personas vinculadas a organizaciones comunitarias. Comuna 12. Cali 2023

Organización	No	%
Mesa Territorial de Mujeres	21	20,0
Grupo Adulto Mayor	17	16,2
Mesa de participación social en salud	9	8,6
Asociación de Usuarios	7	6,7
Cruzada estudiantil y profesional de Colombia	5	4,8
Comité de Entornos para la Vida	3	2,9
Veedor	2	1,9
Asociación Cristiana para Jóvenes	1	1,0
Asociación Deportiva (ASODEPOROFIS)	1	1,0
Club Deportivo Green Bay	1	1,0
Club Deportivo Nueva Floresta	1	1,0
Club Deportivo Nuevos Horizontes (Sector discapacidad).	1	1,0
Club Deportivo de Patinaje	1	1,0
Club Semillas - Patinaje	1	1,0

Fuente: SSD Cali. Directorio Organizaciones Comunitarias. Comuna 12

Tabla No. 1 Distribución de personas vinculadas a organizaciones comunitarias. Comuna 12. Cali 2023 (continuación)

Organización	No	%
Escuela de Futbol	1	1,0
Escuela de Salsa	1	1,0
Escuela de atletismo	1	1,0
Escuela de baile Vanguardia Salsera	1	1,0
Fundación Deportiva Real Sindical	1	1,0
Fundación Adulto mayor	1	1,0
Fundación Amor y Vida (Casa del abuelo)	1	1,0
Fundación Color Esperanza	1	1,0
Fundación Study N y A	1	1,0
K.Litos White Producciones	1	1,0
Orquesta Wiroysabor	1	1,0
Polideportivo Doce de Octubre	1	1,0
Sector Deportes	1	1,0
Sector Medio Ambiente	1	1,0
Sector Mujer	1	1,0
Sector Cultura	1	1,0
Sector Negritudes	1	1,0
Sector Discapacidad	1	1,0
Grupo juvenil	1	1,0

Fuente: SSD Cali. Directorio Organizaciones Comunitarias. Comuna 12

De aquellas con información disponible sobre el lugar de residencia(75%), la mayoría residen en Nueva Floresta (19,2%), El Rodeo (15,2%) y Sindical(11,1%) como se observa en la tabla No. 2.

Tabla No. 2 Distribución de personas vinculadas a organizaciones comunitarias por barrio/sector. Comuna 12 Cali 2023

Barrio/Sector	No	%
Nueva Floresta	19	19,2
El Rodeo	15	15,2
Sindical	11	11,1
Alfonso Barberena A.	9	9,1
Asturias	8	8,1
Doce de Octubre	7	7,1
El Paraíso	7	7,1
Villanueva	6	6,1
Fenalco Kennedy	5	5,1
Julio Rincón	5	5,1
Bello Horizonte	4	4,0
Eduardo Santos	3	3,0
Total	99	100,0

Fuente: SSD Cali. Directorio Organizaciones Comunitarias. Comuna 12

4.2 Diagnósticos comunitarios en salud

No se ubicaron diagnósticos comunitarios en salud de esta comuna.

4.3 Acerca del diálogo deliberativo

El Diálogo Deliberativo de la Comuna se realizó el 14 de Marzo, en el salón comunal Alfonso Barberena desde las 5 a las 8 p.m.; en él participaron 23 personas 7 de las cuales eran hombres y pertenecían a la Junta de Acción Comunal (JAC), Junta Administradora Local (JAL), Asociación de usuarios de los servicios de salud, Mesa de Participación en salud, Comité comunitario de entornos para la vida, Comité de Planificación Familiar, Sector persona con Discapacidad, Mesa Territorial de Mujeres, Grupo de Adulto Mayor.

Sobre cada curso de vida se describen a continuación los hallazgos de la percepción de los participantes en términos del deber ser, la problemática y el análisis de causas desde la perspectiva de determinantes sociales[5,6].

4.3.1 Curso de vida Materno Perinatal

- El deber ser

Madres responsables y bebés felices

Gestantes responsables, con apoyo familiar, atención interdisciplinaria e integral psicológica, nutricional, seguimiento permanente y garantía de disponibilidad de programas de salud desde el inicio hasta el final de la maternidad en centros de atención especializados, amables y humanos cercanos al territorio o con apoyo para movilidad en caso necesario; contando con apoyo económico y laboral

Recién nacidos, lactados por sus madres y aquellos prematuros con disponibilidad de servicios cálidos y humanos y movilidad para que las mamás puedan amamantarlos en ambientes adecuados para asegurar el vínculo madre-hijo.

- La problemática

Se identificaron como problemáticas la mortalidad materna en adolescentes, embarazos en adolescentes, en algunos casos no deseados, abortos espontáneos, abuso sexual, mala alimentación y gestantes que no asisten a control prenatal.

- El análisis de las causas

Determinantes estructurales[7] relacionados con posición socioeconómica[8] incluyen migración, precariedad económica, desempleo; con relación a gobernanza[9] ausencia del estado y falta de inversión en intervenciones en promoción y prevención.

[5] Las definiciones relacionadas con Determinantes Sociales de la Salud utilizadas en este documento provienen de la Organización Mundial de la Salud. El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Manual técnico. 2017

[6] Los determinantes sociales describen los factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan la salud de las personas y producen inequidades en la salud.

[7] Son las fuerzas sociales, políticas, económicas, ambientales y culturales más amplias de una sociedad que determinan las condiciones de vida de una población. A veces se denominan "las causas de las causas" de la mala salud

[8] La posición socioeconómica se refiere a los factores socioculturales y económicos que influyen sobre el lugar que ocupan las personas o los grupos dentro de la estructura de una sociedad. La distribución de estos factores sociales y económicos en la sociedad crea una estratificación social, en la que algunos individuos o grupos se ubican en una posición socioeconómica más alta que otros; es así como se generan las inequidades

[9] Implica procesos transparentes e incluyentes de toma de decisiones que tengan en cuenta a todos los grupos y sectores interesados, así como la formulación de políticas eficaces que proporcionen resultados claros y cuantificables, propicien la rendición de cuentas y, sean equitativas tanto en lo que se refiere a la manera en que se elaboren como a los resultados perseguidos

Determinantes intermedios[10] relacionados con circunstancias materiales[11] incluyeron el hacinamiento y la falta de apoyo de las empresas que no reciben a las embarazadas como trabajadoras y presencia de clínica clandestina de abortos mientras factores psicosociales[12] incluyen falta de red familiar, laboral y estatal de apoyo, familias disfuncionales, inestabilidad emocional, consumo de sustancias psicoactivas del padre o la madre o ambos, ausencia de los padres, tabúes sobre la sexualidad y la planificación y estos asuntos se dejan al sistema educativo, falta de educación para las jóvenes para evitar embarazo adolescentes. En las gestantes adolescentes se presenta desinterés frente a los procesos de formación

Con relación al sistema de atención de salud[13] manifestaron que la infraestructura es inexistente en el sector, hay problemas de cobertura de programas para gestantes y de coherencia entre la oferta y las necesidades de las maternas lo que hace que no continúen sus controles, hay falta de seguimiento de las instituciones en salud, no hay centros cercanos de atención especializados, la falta de atención oportuna y desatención posterior al nacimiento del bebe. Adicionalmente se presenta falta de interés de los profesionales y las instituciones en temas de salud mental, esta se tienen en cuenta solo cuando ya hay una enfermedad.

En casos de muerte de recién nacido no hay apoyo emocional para las maternas y cuando los bebés son prematuros les toca desplazarse todos los días a amamantar y en muchos casos con cesárea, y no tienen el apoyo institucional para la movilización. De igual manera los servicios de internación para los bebés prematuros son fríos, las personas no son amables y no son cómodos para las maternas.

4.3.2 Curso de vida primera infancia e infancia

- El deber ser

Niños saludables y felices disfrutando de su infancia, activos, socializando e interactuando con otros niños, responsables de su entorno y su comunidad, con vacunas al día, asistiendo a los controles de manera periódica, con acceso a espacios públicos amplios y habilitados para recreación y deportes, padres asumiendo su rol y responsabilidad, participando en escuelas de padres e instituciones encargadas de la atención a la primera infancia con

[10] Se denominan así porque —si bien tienen influencias y repercusiones importantes sobre los resultados de salud— la acción que se ejerza sobre ellos no afectará fundamentalmente la distribución del poder y los recursos en la sociedad

[11] Abarcan los determinantes vinculados a los entornos físicos. Incluye las condiciones de vida —como la vivienda y los vecindarios— y las condiciones de trabajo, además de factores como las circunstancias, la ubicación y el tipo de vecindario. Las circunstancias materiales también tienen que ver con la capacidad de la población para consumir bienes y servicios, incluidos los recursos para adquirir alimentos saludables, ropa y otras necesidades. Estas circunstancias se convierten en recursos que, o bien facilitan el acceso a condiciones propicias para la salud, o bien constituyen riesgos sanitarios

[12] Los factores psicosociales son otra categoría de las circunstancias materiales e incluyen estresantes psicosociales como eventos vitales negativos, condiciones de vida estresantes (por ejemplo, una gran deuda o inseguridad financiera) y la falta de apoyo social

[13] El sistema de salud tiene la responsabilidad de proporcionar a todas las personas los servicios de salud de calidad que estas necesitan, independientemente de su sexo, su capacidad de pago, su estatus social o cualquier otra característica o condición. Al garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud y promover acciones en diferentes sectores para mejorar la salud y el bienestar, el sistema de salud puede incidir directamente sobre las diferencias de exposición y vulnerabilidad que conducen a una mala salud. El sistema de salud debe actuar como una fuerza de mediación o amortiguamiento ante las repercusiones de una enfermedad o discapacidad para las vidas de las personas (Solar e Irwin, 2010). Para ello, el sistema sanitario se asegura de que el problema de salud no dé lugar o contribuya al deterioro de la posición socioeconómica de una persona (OMS, 2007), y facilita la (re)integración social de las personas con discapacidad, enfermedad u otra desventaja (Diderichsen et al, 2001; OMS, 2007).

infraestructura adecuada y profesionales idóneos, ofertando acciones educativas, sociales, lúdicas, culturales de manera integral

- La problemática

Se identificó como problemática el consumo de sustancias psicoactivas, violencia intrafamiliar, violencia en las instituciones educativas, malnutrición, abuso sexual, problemas de salud mental.

- El análisis de las causas

Dentro de los determinantes sociales relacionados con posición socioeconómica se identificó la situación económica mientras en gobernanza resaltaron las malas políticas públicas implementadas en esta población.

Determinantes intermedios relacionados con factores psicosociales incluyen falta de disciplina, normas, reglas y compromiso por parte de los padres y la institución educativa, madres solteras que dejan la educación en las abuelas, padres que delegan los cuidados en otras personas o dejan los niños solos, inestabilidad por el cambio de domicilio, deserción escolar, uso inadecuado prolongado de tecnologías por parte de menores, falta de límites y responsabilidades, explotación en mendicidad infantil; los referentes culturales que se obtienen a través de los medios como la televisión y la música (reguetón por ejemplo).

Los patrones de comportamiento[14] identificados se relacionan con el consumo de alimentos no saludables como papas fritas, dulces y gaseosas.

4.3.3 Curso de vida Adolescencia y Juventud

- El deber ser

Adolescentes y jóvenes sanos, con proyectos de vida, respetuosos, tolerantes y con amor propio, con oportunidades educativas y laborales, productivos, incluidos en los programas de la administración municipal, participando en actividades de cultura, recreación y deportes.

Jóvenes en situación de discapacidad incluidos, con acceso a instituciones y lugares sin obstáculos

- La problemática

Se identificaron como problemas el embarazo en adolescencia, conducta suicida, consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental.

- El análisis de las causas

Los determinantes estructurales se relacionaron con posición socioeconómica en términos de falta de oportunidades laborales y educativas y en normas, cultura y valores, plantean que la normatividad limita la intervención de padres e instituciones al quitar la

[14] Los patrones de comportamiento incluyen el tabaquismo, el régimen de alimentación, el consumo de alcohol y el ejercicio. Según el patrón de exposición y vulnerabilidad, los comportamientos pueden actuar como factores que protegen y mejoran la salud (por ejemplo, el ejercicio y la buena alimentación) o resultar nocivos para esta (por ejemplo, el tabaquismo y la obesidad).

autoridad de los adultos, la perspectiva del dinero fácil que desincentiva la educación y el trabajo y la discriminación en programas deportivos y culturales.

Como circunstancias materiales plantearon barreras arquitectónicas en las instituciones educativas, lo cual dificulta el acceso a jóvenes discapacitados, expendio de drogas en los colegios y acoso en las instituciones educativas porque los adolescentes y jóvenes no cuentan con uniformes ni materiales solicitados.

Los factores psicosociales incluyen la deserción escolar, familias disfuncionales, falta de sentido de la vida, con problemas de consumo; debido a que los padres deben trabajar los jóvenes permanecen solos, problemas de comunicación en la familia, crianza sin límites, disciplina y valores. En ocasiones los ejemplos de la casa conllevan a algunas conductas peligrosas en los jóvenes, los padres no tienen interés en la educación de los adolescentes, estos carecen de proyectos de vida claros, tienen confusión de roles mientras los medios de comunicación influyen en el comportamiento de esta población.

Patrones de comportamiento como promiscuidad, consumo de alimentos no sanos fueron identificados por los participantes. Sobre el sistema de atención de salud manifestaron que no hay buena educación en salud y sexualidad y en términos de cohesión social[15] la información y ejecución de proyectos se queda en algunas personas.

4.3.4 Curso de vida Adultez y Vejez

- El deber ser

Adultos con envejecimiento activo y saludable, con oportunidades laborales y de formación, hábitos de vida saludable para tener una mejor vejez, acceso a atención integral en salud incluida la salud mental, entrega de medicamentos, recibiendo capacitación para asumir el rol de prevención en salud hacia sí mismo y los adultos mayores,

Adultos mayores con una vejez digna, atendidos de manera paciente por la familia y las instituciones cuando la familia no pueda, con subsidios del estado. Con espacios que ofrezcan alojamiento, alimentación de buena calidad, recreación y deporte, integrados en la comunidad y está aprovechando su experiencia.

- La problemática

Se identificó mortalidad por enfermedades coronarias, hipertensión, diabetes, problemas de salud mental, problemas ocupacionales en trabajadores informales y violencia

- El análisis de las causas

Determinantes sociales estructurales relacionados con posición socioeconómica incluyeron los limitados recursos económicos particularmente en los adultos mayores, mientras en normas, cultura y valores se planteó la necesidad de generar mecanismos por parte del Estado para que aprendan a manejarse los temas relacionados con herencias.

[15] La cohesión social se refiere a las cualidades de las comunidades y sociedades, como tener relaciones sociales sólidas basadas en la confianza, un sentido de inclusión (y esfuerzos para abordar la marginación y la exclusión) y un sentido de obligación y respeto mutuos.

Con relación a gobernanza se planteó que no existen los recursos estatales para la atención de personas mayores, los interventores no hacen objeciones a las irregularidades con la entrega de alimentos en programas de adultos mayores, falta ética en los funcionarios y corrupción, politización de los recursos y el Estado no se ha ocupado de que la ciudadanía adquiera conocimientos.

Dentro de las circunstancias materiales se identificaron problemas en las viviendas de los adultos mayores, ineficiencia en los trámites de SISBEN, múltiples ventas de comida no saludable, barreras invisibles que generan dificultades de movilidad, encierro e inseguridad, presencia de habitantes de calle que son consumidores de sustancias psicoactivas, rechazo a quienes permanecen en sillas de rueda en los centros vida y estos centros no tienen continuidad. La comisaría de familia no da el apoyo a los adultos mayores, en ocasiones se presentan demandas y las medidas de protección no operan. También manifestaron que faltan monitores en los sitios donde realizan ejercicio los grupos de adultos de la comuna y en los programas de alimentación no se cumple con la calidad del suministro de estos pues algunos padecen enfermedades crónicas como diabetes y esto no se tiene en cuenta en la dieta.

Los factores psicosociales identificados incluyen abandono por parte de la familia, crisis familiares, falta de educación en principios, valores; los adultos son ignorados, envejecen en condiciones indignas y en ocasiones se convierten en cuidadores lo cual hace que no disfruten esta etapa de sus vidas. Falta de conocimiento y capacitación para afrontar la vejez, dificultades para asumir su proyecto de vida de manera autónoma, desconocen sus derechos y deberes, el entorno y los problemas que se presentan.

Con relación al sistema de atención de salud se identificó la falta de tamizajes a los integrantes de los grupos comunitarios, ausencia de salud preventiva y de proyectos para la prevención, las EPS no entregan medicamentos, no realizan los exámenes oportunamente, los adultos mayores no tienen atención prioritaria, los grupos polifarmacia y la atención hasta por 7 especialistas mientras en muchas ocasiones están enfermos y descuidados por su familia.

Los patrones de comportamiento incluyen el sedentarismo y la falta de autocuidado y con respecto a la cohesión social se planteó que hay dificultades de participación en el territorio, no es inclusivo, no se sabe cómo se hace y no hay control social.