

LA CONSTRUCCIÓN DE ALTERNATIVAS
POLÍTICAS EN PRO DEL DERECHO INTEGRAL
A LA SALUD. BASES CONCEPTUALES
DEL EJERCICIO EN LA SECRETARÍA DISTRITAL
DE SALUD DE BOGOTÁ,
2004-2005

ARMANDO DE NEGRI FILHO

Médico, Magíster en Epidemiología,

*Presidente de la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud - ISEqH,
Coordinador de Estrategias Promocionales de Calidad de Vida y Salud – I*

EP Hospital Mohínos de Vento , Porto Alegre - Brasil,

*Asesor de la Dirección de Planeación y Sistemas,
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. 2004 – 2005*

Correo electrónico: armandon@portoweb.com.br

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un trabajo de asesoría en la formulación de la política de salud distrital de Bogotá en el período de mayo de 2004 a marzo de 2005² ha tenido como blancos fundamentales la construcción de una alternativa real de rectoría del ente territorial distrital explorando los límites del marco legal de la Ley 100, la desfragmentación de la política de salud y de su relación con las otras políticas sectoriales hacia la transectorialidad y la recomposición de los aspectos programáticos de la salud pública en consonancia con la estructuración de redes integrales de atención en territorios, planteados desde el sector salud pero integrados a los demás sectores desde la construcción de relaciones volcadas a la respuesta a las necesidades sociales identificadas desde los territorios sociales de la ciudad, resultando en discusiones estructurantes en el marco del desarrollo del Programa "Bogotá sin Hambre"³, de la "Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes, Bogotá 2004-2008"⁴ y contribuyendo al debate sobre la descentralización de la gestión distrital y de las estrategias de participación social.

El pensamiento estratégico adoptado para alcanzar estos objetivos está centrado en el imperativo ético de responder a las necesidades sociales a partir de un enfoque promocional de la calidad de vida (y salud), donde este enfoque buscó ser orgánico al compromiso de esta gestión distrital con el cumplimiento de los derechos humanos y sociales y el desarrollo de la ciudad como un espacio moderno y humano/humanizado.⁵

² DE NEGRI, A.; "Lineamientos generales para una política de salud para la ciudad de Bogotá con ambiciones de ser una política de promoción de la calidad de vida y garante de los derechos de todos y todas a una vida digna y con salud", documento propuesta de asesoría, marzo de 2004, mimeo.

³ Alcaldía Mayor de Bogotá, "Bogotá sin Hambre. Un compromiso social contra la pobreza", Bogotá, Alcaldía Mayor de Bogotá, enero de 2004.

⁴ Alcaldía Mayor de Bogotá, "Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes, Bogotá 2004 – 2008", diciembre de 2004.

⁵ Alcaldía Mayor de Bogotá, Distrito Capital, "Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas, Bogotá 2004-2008", Proyecto de Acuerdo "Bogotá sin indiferencia. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión", Bogotá, abril 30 de 2004, art. 1º.

Este enfoque estratégico permite construir una política de salud, potenciada por una proyección transectorial orientada a la afectación de los determinantes sociales y las consecuentes exposiciones sociales, incluyendo por lo tanto la necesidad de una comprensión profunda de las causalidades que generan los daños sociales y las enfermedades, así como sus consecuencias colectivas e individuales (donde se destaca la relación perversa entre enfermedad y pobreza).

Como la respuesta a las necesidades sociales se hace desde la perspectiva de derechos, conceptualmente se impone una tríada insoluble entre universalidad, integralidad y equidad. Una representación desde la equidad, significa medir desigualdades y construir la representación de las inequidades a partir de un enfoque ético/moral donde se concibe un concepto superior de justicia y se expresan las múltiples dimensiones de las inequidades entre clases sociales, territorios sociales, géneros, etnias y edades.

Este artículo busca ampliar el debate conceptual y metodológico alrededor de la experiencia en desarrollo en Bogotá, reforzando sus aspectos universales y apuntando sus particularidades en el contexto de desafíos políticos y técnico-científicos de los procesos en curso, inscribiendo lo construido en la discusión de la potencia y viabilidad de proyectos municipales socialmente inclusivos de la salud en el marco de legislaciones nacionales francamente contradictorias a esta perspectiva.

I . LA RESPUESTA A LAS NECESIDADES SOCIALES COMO CONCRECIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

Un enfoque político centrado en la garantía de los derechos exige una representación de la concreción de estos en la satisfacción de necesidades, la cual expresa la materialidad de los derechos en la vida cotidiana y además hace explícitas las relaciones de interdependencia que los derechos guardan entre sí⁶. Esto es aún más evidente cuando exploramos las causalidades sociales y entendemos que la satisfacción de necesidades como forma de construir una vida plena para las personas, fuente de calidad de vida y bienestar individualmente y en sociedad,

⁶ Corporación para la Salud Popular, Grupo Guillermo Fergusson, Escuela de Formación de Líderes en Salud, módulo "El derecho a la salud y su exigibilidad", Misereor, Bogotá, 2005.

exige una representación comprensiva de las interacciones causales jerarquizadas y por lo tanto, no podemos hacer una intervención que no tome en cuenta una representación del impacto que efectivamente tendrá en el proceso de producción social del daño o de la enfermedad (si queremos pensar el daño desde el campo de la salud).

Trabajar con la centralidad de responder a las necesidades sociales, en pro de la calidad de vida de todos y todas, presupone una opción ética y por lo tanto la adopción de un valor moral que en su proceso de decisión se alimenta de un concepto que considera el valor absoluto de la vida (la salud como expresión del derecho fundamental a la vida y sus determinantes, como condiciones necesarias para que esta vida pueda existir y desenvolverse plenamente) y que tiene como consecuencia un conjunto de opciones obligatorias para que se traduzcan en la realidad las opciones de carácter moral adoptadas. Esto es fundamental y debe ser entendido en su esencia, pues consolida el carácter coherente de todas las decisiones que irán a configurar un sistema de respuestas sociales en pro de la garantía de los derechos que dan base a la acción, éticamente imperativa, hacia la satisfacción de las necesidades sociales derivadas de los derechos.

El giro que provoca esta opción moral de mirar a las necesidades humanas desde el derecho a la vida y a una vida con calidad, se opone frontalmente a la hegemonía de las políticas sociales que hoy naturalizan la escasez de garantías y por lo tanto de respuestas sociales efectivas, sosteniendo el predominio de las ofertas como limitadoras y moldeadoras de las respuestas sociales. En otras palabras, el límite de las ofertas, disociadas de la naturaleza y dimensión de las necesidades, termina justificando el límite de las respuestas sociales y naturaliza el carácter mitigatorio y compensatorio de las políticas sociales, al tiempo que son las opciones de las políticas económicas y los ajustes estructurales del Estado y sus políticas, las que producen activamente la exclusión y la pobreza que las políticas mitigatorias intentan gerenciar. Esta es la esquizofrenia estructural del quehacer de una sociedad y del Estado como garante de un proceso que debería primar por la protección de sus miembros y sus responsabilidades institucionales.

I.1 UNIVERSALIDAD, EQUIDAD E INTEGRALIDAD: UNA TRÍADA INDISOLUBLE EN LA GARANTÍA DEL DERECHO

La perspectiva de derechos presupone un ejercicio en el marco de una tríada indisoluble donde figuran la universalidad (pues los derechos lo son para todas y todos o no hay derecho), la equidad y la integralidad —o sea la respuesta social de carácter integral (lo que permite radicalizar la comprensión y el ejercicio de afectar los determinantes y las exposiciones sociales, quebrando las causalidades de los procesos de exclusión del ejercicio de los derechos y del acceso a una condición de equidad)—.

La mirada desde las necesidades presupone además mirar desde la búsqueda de recursos para cumplir el deber de las respuestas sociales y no a la imposición de una racionalidad gestora desde lo financiero. En esta perspectiva la economía, como disciplina de las ciencias humanas, rescata sus orígenes vinculados a la moral y la ética, y tiene que buscar generar los medios para que todos ciudadanos y ciudadanas tengan una vida digna. En un contexto como el colombiano y, particularmente frente a las inequidades que el sistema de regímenes en salud genera,⁷ este debate es esencial y provocador en la medida en que la fracción del Estado que es el Gobierno Distrital tiene como ente territorial el deber de ser el garante del derecho a la salud en un contexto institucional en el que su capacidad rectora, especialmente en el campo de la economía del sistema y del control de sus efectos, es limitada por la ley y por sus procedimientos administrativos.

Naturalizar la focalización de la atención en salud como una opción vertebradora de políticas públicas (como lo hace la Ley 100), significa perder la perspectiva de los derechos. En contraposición a esto, un enfoque universalista del derecho y de la atención, que se define en relación a la respuesta a las necesidades sociales de forma imperativa, obliga a formular preguntas alrededor de: ¿Qué necesitamos hacer para garantizar los derechos a todos y todas? ¿cuánto cuestan estas garantías? y finalmente ¿cómo logramos producir estos recursos necesarios? Es-

⁷ TORRES, M.; PAREDES, N., "El caso colombiano: el mercado no es para todos y todas", en El derecho a la salud. Situación de los países de América Latina", Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo – Asociación Latinoamericana de Medicina Social – Sociedad Internacional de Equidad en Salud, Bogotá, enero de 2005.

tas preguntas imponen una lógica distinta al curso de los imperativos actuales, donde el debate está enmarcado por la viabilidad económica de la atención en el marco de la restricción a las políticas sociales acusadas de constituirse como factor de desequilibrio fiscal, y además naturalizado por la idea de que no hay un marco de derechos iguales sino el imperio de una lógica de derechos, según capacidad de aportes a un sistema de aseguramiento que discrimina la respuesta de acuerdo al pago de cada quién.⁸

El enfoque hegemónico que hoy mide sus avances según la evolución de la oferta sin la crítica fundamental de cuánto y a quiénes faltan las respuestas, o sea el espejo de las necesidades no satisfechas, hace que no exista una presión moral y finalmente política hacia el debate de cómo garantizar el derecho pleno para todos, lo que a la larga legitima y naturaliza las inequidades y dificulta enormemente un debate desde la perspectiva de los derechos. Introducir el enfoque desde los derechos, como plantea el Plan de Desarrollo Distrital, exige la radicalidad de este debate político y sus consecuencias en la vida cotidiana de todos y todas.

La orientación hacia la respuesta a las necesidades sociales puede beneficiarse del enfoque de necesidades radicales, como lo plantea Agnes Sélér,⁹ a partir de lo planteado por Marx y desarrollado por Luckács, donde las necesidades de carácter radical son aquellas que no pueden ser alcanzadas en el marco social vigente, lo que nos lleva no sólo a preguntarnos sobre si es posible garantizar el derecho a la calidad de vida para todos y todas en el marco vigente en la sociedad, sino que además nos obliga a pensar sobre cómo debería ser la institucionalidad del Estado y la organización de la sociedad para poder responder a estas necesidades radicales. En el ejercicio último de este concepto de necesidades radicales está el imperativo intelectual de pensar en qué medida lo que desarrollemos hoy puede acercarnos políticamente a la construcción de alternativas de futuro, donde los derechos puedan ser concretados en su plenitud.

⁸ CARMONA, L.; MOLINA, N.; CASALLAS A., "La desprotección social se profundiza", en *"El embrujo autoritario. Primer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez"*, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, septiembre de 2003.

⁹ HÉLLER A., "Teoría de las necesidades en Marx", Ed. Península, Madrid, tercera edición, 1998.

En esta idea de universalidad y como consecuencia de la direccionalidad de este debate, gana importancia la comprensión del concepto de la equidad —definida como una forma superior de justicia (de cada uno según su capacidad, para cada uno según su necesidad— conforme el axioma marxiano), de donde se desprende la idea de que toda inequidad se caracteriza por ser injusta, innecesaria y evitable, pues establece diferencias que no son moralmente aceptables y que terminan por definir las posibilidades y oportunidades de la vida de cada uno a partir de unos determinantes y exposiciones que lo fragilizan para alcanzar una vida con calidad,¹⁰ lo que se manifiesta cuando evaluamos estándares de dicha calidad de vida en una sociedad en la que aparecen como del conjunto, aún cuando existan grupos dentro de ella que no puedan disfrutar de los mismos.¹¹

En este ejercicio por la equidad tenemos que evitar las desorientaciones que surgen cuando la entendemos en la perspectiva de las focalizaciones —las acciones orientadas hacia los más miserables ignorando la producción social de la pobreza y la exclusión—. Este debate es clave, pues si no, terminamos por pensar el enfoque de equidad desde el apartado de políticas sociales que aparentemente discriminan en positivo pero que a la larga sólo hacen consolidar la división social que impera en la sociedad y naturalizan las inequidades y el no respeto a los derechos.¹²

Adoptar el enfoque de equidad significa no sólo ejercer sistemáticamente el cuestionamiento sobre si las políticas y acciones adoptadas de hecho construyen un principio de justicia, sino que también nos obligan a chequear la contribución de las iniciativas a consolidar la universalidad y la integralidad de las respuestas. Tal cuestionamiento permanente de lo adoptado / por adoptar y lo hecho / o lo por hacer, nos obliga a una disciplina intelectual que afecta tanto la representación analítica de los problemas (la problematización con el fin de transformar la realidad,

¹⁰ DIDERICHSEN, F.; TIMOTHY E.; WHITEHEAD M. "The Social Basis of Disparities in Health", in EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSEN, F.; BHUIA, A. "Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action", New York, Oxford University Press", 2001.

¹¹ MARÍN, Fabiola, *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*. Fabiola Marín. Santiago de Chile, Eds. Liliana Jadue, octubre de 2005.

¹² LAUTIER, B. "Las condiciones políticas de la universalización de la protección social en América Latina", ponencia presentada en el Seminario Internacional de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional, septiembre de 2005.

como lo propone Paulo Freire)¹³, como también a estructurar la construcción de respuestas disciplinadas por estos principios. Por cierto no es un ejercicio fácil si consideramos la hegemonía de un pensamiento que insiste en fragmentar la realidad y la representa por parches sociales donde perdimos la percepción de la tensión de un todo marcado por conflictos e injusticias y terminamos por satisfacernos con respuestas que no afectan la causalidad de los hechos sociales, sorprendiéndonos después con el inevitable fracaso de políticas públicas marcadas por la fragmentación y parcialización de las respuestas.

La forma como las inequidades se manifiestan en términos de diferencias de condición —frente a los determinantes y las exposiciones consecuentes a estos—, debe ser exploradas en la representación por clases sociales o territorios sociales de la ciudad, por edades, por sexo / géneros y por razas / etnias, buscando representar la heterogeneidad de las condiciones sociales y por lo tanto la diversidad de realidades y por ende, la diversidad de ciudades que componen la realidad del territorio Distrital.

Esta percepción diferencial de las caracterizaciones de la población en los diferentes escenarios de la ciudad, permite un análisis crítico de la concreción de los derechos en la forma de necesidades satisfechas y permite un doble análisis que compara la condición de los individuos y sus colectividades ante la garantía de los derechos (identificación de déficits absolutos de respuesta social); y por otro lado frente a la distancia que hay entre los distintos grupos sociales en relación a su mayor o menor condición de calidad de vida en términos de cumplimiento de sus derechos en la forma de necesidades atendidas (donde se configuran las inequidades entre grupos o brechas de equidad).

También podemos desarrollar los análisis de equidad considerando la exposición diferencial de los grupos constituidos a los determinantes sociales y a las exposiciones, así como la diferente distribución de enfermedades y/o daños sociales (diferencias en el estatus o condición de calidad de vida de las personas), diferencia en el acceso a respuestas o servicios sociales, y la diferencia en la asignación de recursos que satisfagan sus necesidades.

¹³ Freire P., " Pedagogy of the Opressed", Penguin, Harmondsworth. 1978.

Así que un análisis de la efectividad de las políticas sociales y sus acciones desde la perspectiva de la equidad, debe adoptar una perspectiva no sólo de satisfacción de las necesidades de las personas y sus colectivos sino que también debe medir la distancia relativa entre grupos en el camino de garantizar el derecho de todos, lo que significa que en salud no sólo tenemos que disminuir las enfermedades, muertes precoces o pérdidas de calidad de vida sino que, al tiempo, disminuir las diferencias y desigualdades entre los grupos sociales.

En este contexto de monitorear e influir en la formulación de políticas públicas, es clave entender el rol de una estructura como la del propuesto Observatorio Social de Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá, pensado como un espacio bajo control social y capaz de monitorear y criticar las políticas públicas y privadas desde la óptica de la equidad.

Un análisis potente de las causalidades de las realidades sociales presupone tanto una mirada especializada de fragmentos, como una visión de conjunto capaz de representar y lidiar con las complejidades que presuponen los problemas que enfrentamos. Esta capacidad de lidiar con la complejidad para estructurar las políticas y sus acciones, tal vez sea la primera víctima de la fragmentación de la institucionalidad pública frente a los llamados problemas sociales. La institucionalidad es verdugo y víctima al mismo tiempo, pues impide enfrentarse a la complejidad al unísono que es reducida en sus potenciales de cambio de realidades por fuerza de sus limitaciones en representar e intervenir en los problemas desde las fuentes mismas de su génesis.

En consideración a lo planteado vale la pena subrayar que entiendo por políticas públicas, todas aquellas que afectan la vida de las personas —donde por cierto está la política económica—, que como tales deben ser apropiadas por la sociedad y por ella criticadas y reorientadas cuando sea necesario para satisfacer sus necesidades —todo lo que no pueda definirse así no amerite ser clasificado como público—. Además quiero precisar que entiendo por políticas sociales, las que afectan la calidad de vida de la gente, incluso la política de desarrollo de infraestructura urbana, de desarrollo económico, de energía, de aguas, o sea todo lo que tiene impacto en la condición social, y de esta manera se hace contrapunto a la definición que restringe la política social a las clásicas áreas de educación, salud y asistencia social.

2. IMPLICACIONES DEL ENFOQUE DE DERECHOS EN LAS POLÍTICAS DE CALIDAD DE VIDA

Lidiar con la complejidad en el marco de la construcción de una nueva realidad guiada por el respeto a los derechos y a la tríada universalidad / integralidad / equidad, demanda la comprensión de por lo menos cinco elementos claves:

2.1 LA DETERMINACIÓN SOCIAL Y LAS CAUSALIDADES EN EL MARCO DE LA COMPLEJIDAD

Entender la complejidad de los hechos sociales presupone la capacidad de representarlos en su génesis y reproducción. Un abordaje de éstos desde sus determinantes, significa entender, cómo el contexto social enmarcado por proyectos políticos, excluyentes o incluyentes, termina por fragilizar o fortalecer la condición social de los individuos y de sus colectivos. El reconocimiento de esta posibilidad desde una interpretación de las causalidades sociales permite reconocer y construir la posibilidad de cambios sociales hacia la garantía de los derechos y la inclusión social equitativa. Por cierto, esto nos ayuda a valorar la direccionalidad y el alcance de las propuestas de políticas públicas, permitiendo además visualizar cuáles son las exposiciones sociales a que están sometidas las personas como consecuencia de los determinantes que las afligen y visualizar la relación con los daños y las consecuencias sociales de estos, de tal suerte que posibilita hacer conciencia de la altura que las intervenciones tienen en la jerarquía de los procesos causales, a modo de calibrar nuestras ambiciones en el sentido de ampliar o elevar nuestra capacidad de transformar los procesos que reproducen la realidad vigente.¹⁴

Esta conciencia de las causalidades de los procesos complejos es fundamental para sostener todo y cualquier proceso de planeación de carácter estratégico y sus respectivos planes de acción. Pero por la naturaleza misma de los procesos complejos es necesario establecer una mirada que combine la visión estructurada de los problemas desde la representación hecha por los mismos actores sociales afectados por

¹⁴ DIDERICHSEN, F., "An Ethical and Epidemiological Framework and Targets for a New National Health Policy in Sweden", in Oliver A (Ed.), *Health Care Priority Setting*, The Nuffield Trust London, 2003.

ellos, entendida como un condicionante o elemento disciplinador de la mirada de todos los sectores que estén citados por los elementos causales de los problemas a enfrentar (se trata de, —figuradamente— dar voz a los problemas, a partir de la expresión misma de los que los sufren). Por ejemplo, no podemos discutir la forma de enfrentarnos a la mortalidad materna si no “escuchamos” los casos de muerte, enfermedad o daño en sus contextos y circunstancias y si no respondemos desde esta expresión concreta de la realidad a sus causalidades. Responder a las causalidades desde los determinantes sociales de las mismas y sus respectivas exposiciones nos obliga a considerar el nivel de ingreso económico de las familias, sus condiciones materiales de vida, sus accesos a las repuestas sociales de protección, la condición de ingreso y educación de la madre, la suficiencia del financiamiento de la atención en salud, las representaciones culturales de clase sobre el embarazo y otras variables que deben ser puestas en perspectiva y analizadas en sus complejas interdependencias y niveles jerárquicos de causalidad, con el fin explícito de que las estructuras y circunstancias que definen estas muertes sean enfrentadas y eliminadas.

En esta perspectiva de enfrentarse de forma sistemática a las causalidades (derivada del imperativo ético de responder a las necesidades sociales), podemos identificar los nudos críticos de la cadena causal y definir las estrategias y las iniciativas que podemos o debemos materializar para fines de un enfrentamiento potente de la realidad en su complejidad. La ausencia de un ejercicio sistemático de análisis de las causalidades y de su enfrentamiento, es uno de los obstáculos más poderosos en contra de la posibilidad de un abordaje transdisciplinario y transectorial de la realidad, y por ende, un obstáculo para la consecución de una estrategia promocional de la calidad de vida y salud, pues revela una fragilidad en la definición de objetos de acción política y social que tengan potencia estructurante en relación a la transformación de la realidad, la cual persiste en reproducirse en el marco de la hegemonía vigente.

Además de vigilar para que los enfrentamientos a las causalidades se proyecten hacia la garantía de los derechos y la concreción de la tríada ya propuesta, tenemos que recurrir a la capacidad de producir respuestas en el marco de una racionalidad práctica, la cual someta la racionalidad técnica presente en nuestros espacios administrativos, de manera que se someta la opción técnica al imperativo de impactar en la realidad

según el principio de garantía de derechos, modificando concretamente la calidad de la vida de las personas.

En el plano de la Administración Distrital un obstáculo formidable al abordaje de la realidad compleja, es justamente la ausencia de un concepto de transectorialidad (y su correspondiente organización administrativa), que pudiera expresarse en la comprensión compartida de las causalidades complejas que permita acciones capaces de generar cambios en los determinantes / reproductores de la realidad en territorios y poblaciones concretas.

2.2 EL CONCEPTO DE FRAGILIDAD SOCIAL Y EL GERENCIAMIENTO DE RIESGOS

El proceso de abordar las complejidades nos obliga a afrontar el debate alrededor del límite del enfoque desde los factores de riesgo atribuidos a individuos o poblaciones y su gerenciamiento desde las autoridades locales o coordinadores de proyectos técnicos. En el campo de la salud, los factores de riesgo compiten con el concepto de determinación social de los problemas y terminan por limitar la comprensión de la complejidad, en la medida en que atribuyen la distribución de los problemas en salud a enfoques bastante limitados como el cambio de hábitos de vida y la educación para la adopción de opciones saludables, reduciendo y prácticamente ignorando los factores de determinación social y por ende el concepto de producción social de la salud. Este enfoque de riesgos además termina por ignorar los condicionantes sociales o exposiciones (condiciones de vida y trabajo), atribuyendo al manejo de condiciones personales o grupales la potestad de cambiar condiciones estructurales. El enfoque desde los factores de riesgo obstruye el ejercicio de explicación de la realidad desde los determinantes sociales, pues naturalizan los eventos atribuyendo su origen al comportamiento de las víctimas y no a las condiciones sociales en que viven.

En el mismo sendero se constituye el concepto de vulnerabilidad social, el cual le da sostén orgánico al concepto de focalización y sigue ignorando la producción social de los problemas. Al direccionar las acciones hacia poblaciones e individuos "vulnerables" se construye la idea de que éstos individuos y colectividades se constituyen como excepciones en un contexto social donde la regla sería la no vulnerabilidad, pero cuando miramos desde la perspectiva de los derechos combinada

con la lectura de las causalidades desde los determinantes encontramos no una circunstancia de la falta de protección contra la vulnerabilidad, sino la expresión estructural de poblaciones enteras que se encuentran fragilizadas socialmente y que necesitan no una protección circunstancial contra factores de riesgo, sino una protección social, desde un concepto ampliado de seguridad social, generando garantías como seguridad económica (aquí se aplica la visión explícita de afectar las condiciones sociales estructurales desde un proyecto político que ambicione reubicar la condición social de las personas para que puedan salir de la fragilidad social en que están estructuralmente y no solamente protegerse contra factores de riesgo entendidos aisladamente, fuera de cualquier construcción de cadenas causales).

En este sentido, un tema en el que hemos tenido bastante dificultad para trabajar desde las exposiciones sociales derivadas de los determinantes, es el de la seguridad o el derecho a la seguridad, que asiste a todos y todas. El enfoque tradicional de la ocurrencia de accidentes, violencias y suicidios termina atribuyendo a circunstancias tales como el comportamiento de riesgo o aceptación de riesgo de las personas, la naturalización de ambientes peligrosos y al azar la ocurrencia de los hechos de causas externas. Cuando miramos el tema desde los determinantes sociales, sus exposiciones y las inequidades que las presiden, descubrimos que la distribución de los eventos obedece a una condición de fragilidad social estructural y por esto persiste históricamente y por lo tanto sólo es posible de enfrentarse si entendemos sus causalidades desde sus matrices de expresión.

Esto significa ejercer la transectorialidad de forma radical, así como ocupar los espacios y territorios sociales con alternativas a las cadenas causales existentes, cuando por ejemplo enfrentamos el tema de la accidentalidad vial desde el replanteo profundo de la lógica de la movilidad humana como derecho, combinada con la protección de la vida y el derecho a la seguridad como norte para evaluar todas las opciones universales, integrales y equitativas existentes. De este enfoque surge el concepto de ciudades, comunidades y ambientes protectores de la vida ("seguros", en la traducción literal del inglés *safe*), como espacios sociales orientados a garantizar la seguridad como parte de los derechos fundamentales y por lo tanto como orientador de un abordaje desde el imperativo ético de responder a las necesidades sociales. De ahí el

debate sobre la producción y comercio del alcohol, de la potencia y la seguridad en la producción industrial de los carros, de los criterios de habilitación y control de motoristas, de la impunidad, del espacio urbano y el transporte, del precio del alcohol, entre otros, que configuran un conjunto de elementos de complejidad que necesitan ser entendidos en una cadena causal orientadora de estrategias de intervención que rescaten la centralidad de la respuesta social a las necesidades sociales en este campo.

De esta mirada integral surgió el concepto de visión o, en Suecia al final de los años 80, o sea el total rechazo por parte del Gobierno, y desde éste a la sociedad, de muerte alguna en el tránsito. Esta visión imperativa de respuesta por la seguridad obligó a una desbanalización de las muertes, traumatismos y accidentes, obligando a entender y atacar las causalidades simples y complejas que la condicionaban, generando un impacto profundo en el fenómeno de la accidentalidad vial en Suecia. Este enfoque que hemos introducido en el debate en Bogotá bajo la forma del concepto de metas de "indiferencia cero" aún no ha sido entendido como una forma de generar una cardinalidad de respuestas sociales hacia la concreción de respuestas a la complejidad operando sobre las causalidades y sus relaciones, lo que exigiría convergencia política y una transectorialidad orientada por una comprensión común de las causalidades de los problemas y sus formas de enfrentamiento.¹⁵

Tampoco hemos logrado avanzar el concepto de Ciudad protectora de la vida, a pesar de que el mismo es eje central de la política estratégica para la infancia de Bogotá, pues nos falta aún la incorporación crítica del concepto para generar una transectorialidad con otro tipo de corte institucional capaz de cooperar en profundidad con el enfoque.

2.3 CORRESPONSABILIDAD, DERECHOS Y DEBERES

En el desarrollo del enfoque de derechos, frecuentemente se condiciona este, al cumplimiento de deberes, lo que se traduce en un obstáculo fundamental en el proceso de construcción de políticas públicas

¹⁵ Pueden ser consultados los siguientes documentos de políticas públicas: "Cero indiferencia con la mortalidad materna", "Cero tolerancia con la mortalidad por ERA". Dirección de Salud Pública, SDS.

centradas en el derecho. La forma de responder conceptualmente a este problema es incorporar radicalmente el enfoque de derechos, pues desde este prisma no hay condicionantes de deberes para su ejercicio y por ende lo que tenemos que operar políticamente es una educación de la ciudadanía que entienda que la garantía de "mis" derechos reside en la garantía del derecho de "todas y todos" y por lo tanto el condicionante positivo es que para tener derechos, todos debemos estar en garantía de los mismos para asegurar la universalidad, la integralidad de la repuesta social frente a los problemas vividos, y la equidad como orientadora de los procesos sociales.

Así pues, lo que entendemos conservadoramente como responsabilidad social tendría que ser asumida como la participación emancipatoria de la ciudadanía en procesos de debate y decisión, y eventualmente de acciones combinadas con el Gobierno. Se trata de una tarea de educación política permanente y que afecta tanto a la población en general como a los agentes de Gobierno. En esta perspectiva, al derecho de todas y todos corresponde el deber del Estado como garante y la responsabilidad de la sociedad. Esta última se proyecta en una construcción activa de la ciudadanía para la garantía del derecho de todos en una perspectiva de construcción social de una realidad, acorde con la satisfacción de las necesidades derivadas de los derechos, pero sin sustituir el Estado en sus deberes.

2.4 LA TERRITORIALIZACIÓN SOCIAL Y LA GOBERNANCIA DEMOCRÁTICA:

DESCENTRALIZACIÓN COMO OPORTUNIDAD PARA MATERIALIZAR

UN ABORDAJE TRANSECTORIAL POR TERRITORIOS

Sin lugar a dudas el abordaje de la realidad compleja exige espacios donde pueda materializarse, sobre todo en una ciudad grande y diversa como Bogotá. La adopción de un concepto de *territorialización social* donde se puedan ubicar los problemas en el contexto de espacios sociales y políticos, entendiendo los territorios sociales como espacios vivos donde se producen y se reproducen los determinantes y exposiciones sociales, se ubica como elemento clave en la construcción de representaciones potentes de las causalidades y por lo tanto permite el ejercicio de la transectorialidad.

La transectorialidad se define acá como la capacidad de ordenar la interacción de las disciplinas de conocimiento alrededor de una realidad

problematizada, o sea puesta desde el enfoque de garantía de derechos con su tríada insoluble y recogiendo la concreción de la experiencia vital de las personas afectadas, haciendo que “el problema hable” y cuestiona las disciplinas y a los sectores donde operan estos conocimientos disciplinarios, a partir del imperativo de responder a estas necesidades de la realidad. El condicionante para el ejercicio pleno de un enfoque transectorial reside en su orientación y capacidad en provocar cambios sustantivos en la realidad problematizada por medio de una convergencia de conocimientos y acciones que se alimentan entre sí, superando la fragmentación de la representación sectorial del problema y de las medidas para superarlo.

El tema de la territorialización social, la cual puede llegar hasta microterritorios sociales según la problematización desarrollada y las oportunidades derivadas de iniciativas de expresión microterritorial como “salud a su hogar”, permite atribuir un sentido de gobernabilidad y gobernanza democrática a los procesos de descentralización en curso en este momento en la Administración Distrital. Esto porque la descentralización en un marco de derechos como el propuesto por el Plan de Desarrollo Distrital demanda no la fragmentación de los derechos en negociaciones por Localidad, sino la garantía de un contrato social de carácter universal donde el garante es el mismo Gobierno Distrital.

Descentralizar en esta perspectiva puede aumentar la gobernabilidad en la medida en que acerca la Administración Distrital a las realidades locales y permite responder de forma transectorial a las cadenas causales, afectando así los determinantes y sus exposiciones sociales. Si además el Gobierno Distrital hace una apuesta fuerte en la gobernanza democrática, definiendo formas efectivas de participación y control de la sociedad sobre el Estado-Distrito, con potestades de decisión ciudadana sobre prioridades y construcción de alternativas, su grado de gobernabilidad aumentaría sustantivamente, siempre y cuando alcance evitar las matrices de participación fragmentarias y dispersas (carecemos pues, de una unificación, o por lo menos de una sistematización de los espacios de participación y sus formas de decisión y seguimiento de las consecuencias de estas decisiones).

La territorialización es un proceso clave para la constitución de la transectorialidad, propiciando el diseño de una nueva institucionalidad pegada a la realidad, y por lo tanto capaz de construir alternativas so-

ciales en respuesta a la complejidad, generando gobernabilidad democrática. Tal enfoque fue acogido por varios actores institucionales y se encuentra experimentalmente operando alrededor de iniciativas como "Bogotá sin Hambre", "Política de infancia y de las políticas sociales", en general, produciendo acercamientos a la transectorialidad en ámbitos territoriales, pero aún muy carente de un modo de atención y gestión transectorial de las iniciativas. Esta debilidad político-organizativa se refleja en la tremenda dificultad para adaptar las organizaciones verticales de las secretarías hacia una integración horizontal que comparta conceptos, métodos, objetivos, recursos y operación.

5. UNA JERARQUÍA NECESARIA: LA REPRESENTACIÓN DE NECESIDADES Y EL IMPERATIVO ÉTICO DE RESPONDER A LAS NECESIDADES, HACIA LA DEFINICIÓN DE UN MODO DE ATENCIÓN Y DE GESTIÓN COHERENTES. LA TRANSECTORIALIDAD Y LA ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE CALIDAD DE VIDA. LAS CINCO ESFERAS DE LA CALIDAD DE VIDA

Si adoptamos un ordenamiento de la política pública desde el imperativo ético de responder a las necesidades sociales para promover la calidad de vida y la salud, necesitamos entender la jerarquía que se genera desde este principio y que demanda en seguida un modo de atención capaz de darle coherencia y alcance al imperativo ético de respuesta, lo que a su vez demanda la adopción de un modo de gestión suficiente y coherente con esta intencionalidad. Este enfoque jerarquizado tiene la bondad de reorientar la forma tradicional de organizar nuestro quehacer desde los recursos disponibles y no desde la dimensión de las necesidades sociales. Esta inversión permite orientar las necesidades sociales y genera la lucha política por lo que necesitamos para hacer concreto el derecho a la calidad de vida y salud para todos y todas.

El modo promocional de atención propuesto en esta construcción política hace la oposición a un modo de atención asistencialista centrado en la enfermedad y propone un enfoque donde la disputa se hace alrededor del mantenimiento y desarrollo de la autonomía de las personas a lo largo de toda su vida y la generación de equidad entre los grupos sociales. Así, si la promoción de la calidad de vida es adoptada como estrategia ordenadora del modo de atención necesitamos dar una perspectiva promocional a todas las acciones que se desarrollen en este marco, sean educativas, protectoras, preventivas, de diagnóstico y

tratamiento, o de rehabilitación. Esto define que ya no existen acciones promocionales, sino que la promoción se define como una estrategia que se materializa en políticas públicas y ordena todas las acciones a ellas vinculadas. Este abordaje permite eliminar la confusión que se hace con la promoción y prevención, y su consecuente pérdida de potencia conceptual, de definición de políticas y de orientación de acciones.

La satisfacción de las necesidades sociales derivadas del marco de derechos humanos y sociales se expresa en la representación de la calidad de vida, que se define así, en cinco esferas interdependientes:¹⁶

1. La esfera individual expresa en la autonomía —independencia funcional—, la capacidad socioeconómica de proveer sus necesidades y el ejercicio pleno de la emancipación política.
2. La esfera colectiva enmarcada por la equidad entre grupos y la construcción de espacios públicos democráticos.
3. La esfera institucional, que demanda democratización institucional, que integra la respuesta a las necesidades sociales y la consecuente transectorialidad en la construcción de estas respuestas, las cuales deben darse desde los determinantes de los problemas de calidad de vida y salud para poder disputar la producción social de la calidad de vida.
4. La esfera ambiental centrada en el principio de la sostenibilidad.
5. La amplia y envolvente esfera subjetiva, centrada en la adopción de formas de subjetivación hacia la construcción de nuevos imaginarios sociales y la consolidación de valores como la solidaridad, la justicia y el respeto a las diferencias.

Ahora bien: desde el enfoque de derechos que orienta el Plan de Desarrollo Distrital, la rectoría por la garantía de la efectiva respuesta a las necesidades sociales en calidad de vida y salud se transforma en el elemento clave del *modo de gestión en la defensa de los derechos*, que genere las condiciones de financiamiento, gestión y capacitación de los trabajadores, sistema de información, logística e instalaciones necesarias para la atención que busca responder a las necesidades sociales.

¹⁶ Tomado de DE NEGRI, Filho, A. "Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transectorialidade das políticas públicas", en Girotti Sperandio, A.M., *O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*, Campinas-São Paulo, IPES, Unicamp. OPS/OMS, 2004: 27.

El desarrollo del modo de gestión se define estratégicamente en la medida en que se "explora" permanentemente el límite legal (que combina concretar al máximo lo que le permite la Ley como parte del rol del ente territorial y promover y legitimar un esfuerzo articulado de amplia participación social para garantizar un gobierno democrático como garante de gobernabilidad). Estamos hablando aquí de una participación emancipatoria capaz de generar nuevos poderes autónomos de los sectores sociales, que se enganchen en estos ejercicios, lo que significa una participación social no tutelada y por lo tanto con independencia de crítica respecto del Estado. En cualquier circunstancia la descentralización no debe comprometer la garantía del contrato universal de ciudadanía, que es la referencia del enfoque de derechos como unificadora de la acción gubernamental en toda la ciudad.

En esta perspectiva promocional, la transectorialidad como ejercicio aplicado de la transdisciplinariedad de conocimientos obedece a la necesidad de responder efectivamente a los determinantes sociales, las exposiciones sociales, los daños y sus consecuencias sociales. Esta amplitud de respuestas requeridas extrapola lo que puede ofrecer uno u otro sector aisladamente, haciendo que la naturaleza compleja de los problemas demande las disciplinas de conocimiento y acciones necesarias, definiendo un modo de atención y de gestión que pueda generar las respuestas requeridas. El objetivo mayor de la transectorialidad es generar el quiebre de las cadenas causales que en la sociedad producen los problemas de calidad de vida y salud, buscando la producción social de bienestar. El escenario concreto de este ejercicio transectorial, son los territorios sociales de la ciudad y las poblaciones que en ellos habitan.

Así y a partir de la experiencia de Bogotá, si entendemos este enfoque estratégico promocional de calidad de vida como ordenador del modo de atención hacia la respuesta a las necesidades sociales, necesariamente tenemos que ubicar la adopción de la Atención Primaria en Salud como característica de un modo de atención promocional —lo que define sus alcances y objetivos—, al tiempo que el programa "Salud a su Hogar"¹⁷ se entiende como la expresión de un modo de gestión

¹⁷ Secretaría Distrital de Salud. "Salud, a su Hogar. Un modelo de atención primaria en salud", 2004.

que tiene que ser coherente con el modo de atención promocional (respondiendo a las necesidades organizativas del mismo).

3. LAS CONSECUENCIAS PROGRAMÁTICAS Y SISTÉMICAS DE LA ADOPCIÓN DE UNA ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Las matrices generadoras de un nuevo enfoque programático y su relación con la matriz formada por las redes, líneas y jerarquías de los servicios nos permiten replantear la organización tradicional de los programas de salud pública y rescatar el sentido de un sistema de salud en el marco de un sistema ampliado de seguridad social.

Esta asesoría ha introducido una matriz¹⁸ (Figura 1) que orienta la lectura de necesidades sociales desde los ciclos vitales o itinerario vital, debidamente condicionados por la situación de clase social, territorios sociales de domicilio y trabajo, géneros y etnias (con un enfoque analítico desde las inequidades entre grupos de distintas condiciones), cruzados por proyectos de desarrollo de autonomía (6) frente a las amenazas a la autonomía originadas en las enfermedades crónico-degenerativas, las transmisibles, los traumatismos, o amenazas a la salud sexual y reproductiva; a la salud oral y a la salud mental; a su vez transversalizados por las condiciones de discapacidades, de actividad física, de ocupaciones, de nutrición y seguridad alimentaria, de adicciones y de exposiciones ambientales (ámbitos o espacios de producción y reproducción social).¹⁹

La exploración juiciosa de las relaciones de esta matriz, utilizándola como una guía para identificar y relacionar causalmente las necesidades sociales de los individuos y sus colectivos, permite identificar las situaciones candidatas a metas de visión cero o de indiferencia cero, como

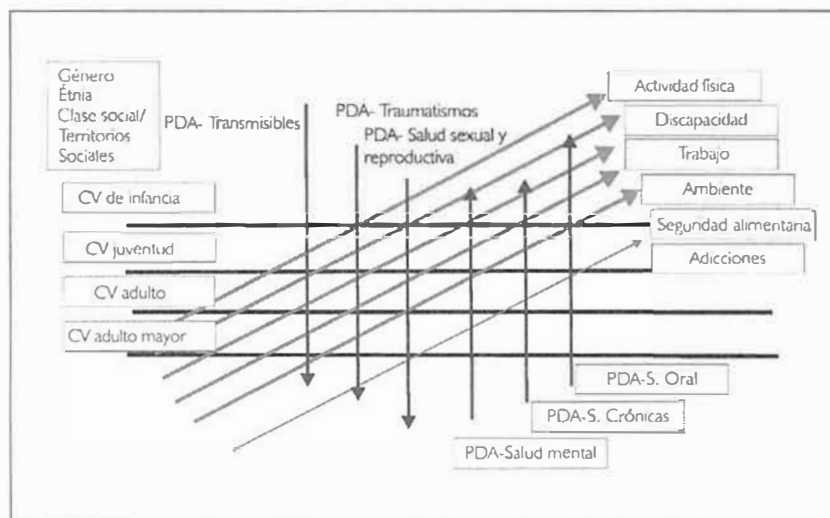
¹⁸ DELIA, Y.; DE NEGRI, A.; HUGGINS, M. y otros. Estrategia de promoción de la calidad de vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida, desde una perspectiva del derecho y la equidad, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Agencia de Cooperación Alemana, Caracas, 2002.

¹⁸ Ministerio de Salud y Desarrollo Social, "Plan Estratégico Social", Caracas, Sep. 2003.

¹⁹ Pueden ser consultados los siguientes documentos de políticas públicas: "Por el derecho al desarrollo de la autonomía: política de salud mental, un pacto para la salud ambiental en el Distrito"; "Cero indiferencia con la mortalidad materna"; "Política Distrital para la prevención y control de la epidemia del VIH - SIDA y otras infecciones de transmisión sexual", "Política de infancia: cero tolerancia con la mortalidad por ERA"; "Política de lo preventivo y el abordar condiciones de inequidad, el tema de farmacovigilancia proceso para la promoción de la calidad de vida y salud de la madre, niños y niñas"; "Política distrital como pacto por la salud oral", Dirección de Salud Pública, SDS, Bogotá.

fueron nombradas en Bogotá (son aquellas situaciones llamadas intolerables, pues se consideran factibles de ser científicamente enfrentadas y cuyo cambio es económicamente sostenible, socialmente aceptable y políticamente transitable). Estas metas de visión cero nos permiten abrir, a partir de su identificación, las relaciones que serán blanco de intervención para romper las cadenas causales relacionadas. La ventaja política de las denominaciones de visión cero o indiferencia cero, es que estas situaciones pasan a ser parte de una agenda social compartida, saliendo de la sombra hacia el centro de las preocupaciones del Gobierno y de la sociedad, estimulando un enfoque transectorial, incentivando la construcción de redes sociales y combinando respuestas de gobierno con soluciones comunitarias para la consecución de una dimensión comprensiva en cantidades correspondientes al desafío social existente.

FIGURA 1
ESTRATEGIA PROMOCIONAL DE CALIDAD DE VIDA



Adaptado por DE NEGRI FILHO, Armando, 2002

Este enfoque, estructurado a partir de la matriz propuesta, permite visualizar con mayor potencia el rol de la salud pública, en el contexto de un proyecto de promoción de la calidad de vida, pues podemos proyectar las necesidades para mantener la calidad de vida de forma com-

pleta e interdependiente en relación con sus causalidades sociales. Esto significa empezar a construir los caminos para incidir en dichas causalidades sociales y producir activamente calidad de vida y salud en lugar de administrar los factores de riesgo individuales y las cargas de enfermedad de las poblaciones. En este sentido, a partir del ejercicio desarrollado en Bogotá, se generó un proceso de reordenamiento de los lineamientos de trabajo de las áreas de la Secretaría de Salud, en donde se destacan los avances obtenidos en salud pública que se traducen en un esfuerzo por avanzar en la concepción y ordenamiento de los diversos ámbitos de actuación y de trabajo transectorial, así como la reorganización del Plan de Atención Básico para la ciudad y la estructura de trabajo tanto del nivel central como local.²⁰

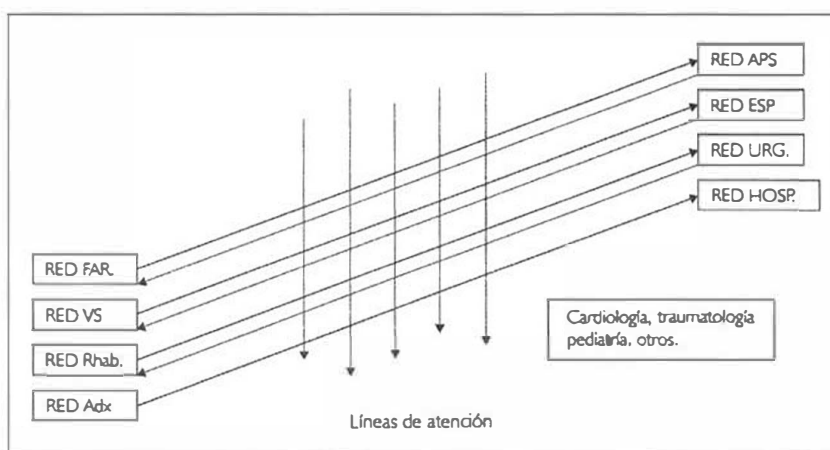
Como consecuencia de ésta matriz de las necesidades, avanzamos hacia otro que nos permita generar una guía para orientar las respuestas de los servicios a las necesidades de la matriz descrita arriba, a partir de redes de atención (Figura 2) según perfil de necesidades a responder como son: red de atención primaria, de atención ambulatoria especializada, de urgencias, de hospitalizaciones; con redes complementarias de vigilancia en salud, asistencia farmacéutica, rehabilitación y apoyo diagnóstico. Estas redes serían cruzadas por líneas de atención según las áreas de respuesta especializadas (traumato-ortopedia, cardiología, entre otras), generando en sus intersecciones las jerarquías o complejidades que permitan definir cada servicio en un sistema ordenado por complejidades. Este ordenamiento también puede y debe ser utilizado para las otras redes como las de educación, cultura, asistencia social, tránsito, entre otras.

Este enfoque permite verificar dónde están las necesidades a satisfacer y luego ordenar los servicios en un sistema que disponga territorialmente de las respuestas transectoriales necesarias en cada caso, definiendo lo que hace cada red, línea y jerarquía, o sea que cada servicio y cada profesional deben actuar en el marco de sus responsabilidades sistémicas identificadas a partir de la matriz y según la estrategia promocional de calidad de vida y salud.

²⁰ MOLINA ACHURY, N., "Proceso de fortalecimiento de la salud pública en Bogotá, 2004-2008. Informe de gestión, febrero 2004 - noviembre 2005", Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, D.C., 2005.

Sistemas así orientados y ordenados pueden entonces empezar a reconstruirse hacia la satisfacción plena de las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas, dimensionándose en número y capacidad resolutive / calidad en la atención. Por otro lado, un sistema que adopte este ordenamiento tiene que buscar un funcionamiento que garantice el acceso calificado y oportuno de las personas a los servicios que necesitan o a los proyectos que les son dirigidos, a este proceso permanente de conectar la necesidad con la oferta correspondiente lo llamamos de microrregulación del sistema.

FIGURA 2
REDES Y LÍNEAS DE ATENCIÓN²¹



Un sistema de cobertura de territorios / poblaciones necesita de estas herramientas para ubicar la respuesta donde y cuando sea necesaria. Esta es la intención con la implantación de la Atención Primaria en Salud y del proceso de regular las puertas de urgencia del sistema metropolitano de salud, pero aún nos falta avanzar en un proceso transsectorial capaz de hacer lo mismo con todos los servicios que pueden colaborar en romper la causalidad social del problema en cuestión.

²¹ Tomado de DE NEGRI FILHO, op. cit.

Lo que nos anima, en todo caso, es el derecho de las personas a tener la respuesta adecuada a sus necesidades, así que podemos pensar de forma innovadora, por ejemplo, en la regulación de las puertas de atención a las urgencias desde un enfoque de derechos humanos —el derecho a la vida— orientado por una estrategia promocional de la calidad de vida y salud.

Tímidos ejercicios de respuesta transectorial en territorios sociales orientados por una matriz de necesidades y redes de servicios empiezan a operarse desde la Política de Infancia y Bogotá sin Hambre, pero todavía son experimentos localizados y carentes de un modo de gestión que les sea coherente y suficiente.

COMO UNA CONCLUSIÓN



Los elementos conceptuales alineados en este artículo buscan componer un discurso con ambiciones de ser totalizante. Esta intención revela el desafío de enfrentarnos a una realidad que a todo momento la representamos como fragmentación de un todo que no logramos dominar.

Romper la fragmentación de la realidad tal como la representamos y actuamos sobre ella, es la tarea ineludible si queremos de hecho apropiarnos de la realidad y empezar a cambiarla. Una reconexión de los conocimientos alrededor del desafío de la transformación es lo que nos permitirá construir un quehacer suficientemente potente para reorientar nuestras prácticas en el campo de las políticas públicas. Tal es el desafío que esta asesoría ha buscado y sigue pretendiendo construir como forma de contribuir a la transformación de la institucionalidad pública para que ella pueda responder a su desafío histórico de hacer de la vida de los ciudadanos y ciudadanas una experiencia de calidad humana y salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaldía Mayor de Bogotá, Distrito Capital. Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas, Bogotá 2004-2008. Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión", Bogotá, abril 30 de 2004.
2. Alcaldía Mayor de Bogotá. Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes, Bogotá 2004-2008, diciembre de 2004.
3. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá sin Hambre. Un compromiso social contra la pobreza. Bogotá, enero de 2004.
4. CARMONA, L.; N.; A. La desprotección social se profundiza", en El embrujo autoritario. Primer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Plataforma colombiana de derechos humanos, democracia y desarrollo, septiembre de 2003.
5. Corporación para la Salud Popular - Grupo Guillermo Fergusson. Escuela de formación de líderes en salud. Módulo "El derecho a la salud y su exigibilidad", Misserior, Bogotá, 2005.
6. DELIA, Y.; DE NEGRI FILHO, A.; HUGGINS, M. y otros, Estrategia de promoción de la Calidad de vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva del derecho y la equidad, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Agencia de Cooperación Alemana, Caracas, 2002.
7. DE NEGRI FILHO, A. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas, en Girotti Sperandio, A.M. *O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*, Campinas-São Paulo, IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004: 27.
8. DE NEGRI FILHO, A.: Lineamientos generales de una política de salud para la ciudad de Bogotá con ambiciones de ser una política de promoción de la calidad de vida y garante de los derechos de todos y todas a una vida digna y con salud, documento propuesta de asesoría, marzo de 2004.
9. MARÍN, Fabiola. *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*, Eds. Liliana Jadue, Santiago de Chile, octubre de 2005.

10. DIDERICHSEN F, A. "An Ethical and Epidemiological Framework and Targets for a New National Health Policy in Sweden", in Oliver A (Ed.), *Health Care Priority Setting*. The Nuffield Trust, London, 2003.
11. DIDERICHSEN F, A.; Timothy, E.; Whitehead, M., "The Social Basis of Disparities in Health", in Evans, T.; Whitehead, M.; Diderichsen, F.; Bhui, A., *Challenging Inequities in Health: from Ethics to Action*, New York, Oxford University Press, 2001.
12. FREIRE P, *Pedagogy of the Oppressed*, Penguin, Harmondsworth, 1978.
13. HÉLLER, A. *Teoría de las necesidades en Marx*, Ed. Península, Madrid, tercera edición, 1998.
14. LAUTIER, B., "Las condiciones políticas de la universalización de la protección social en América Latina", ponencia presentada en el Seminario Internacional de Protección Social, Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional, septiembre de 2005.
15. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Plan Estratégico Social, Caracas, septiembre de 2003.
16. MOLINA, N., "Proceso de fortalecimiento de la salud pública en Bogotá 2004–2008. Informe de gestión, febrero 2004 – noviembre 2005", Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública.
17. Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, "Cero indiferencia con la mortalidad materna", Documento de Política, Bogotá, 2004.
18. Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, "Política distrital para la prevención y control de la epidemia del VIH - SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Documento de Política", Bogotá, 2004.
19. Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, "Cero tolerancia con la mortalidad por ERA. Documento de Política", Bogotá, 2004.
20. Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, "Por el derecho al desarrollo de la autonomía: política de salud mental. Documento de Política", Bogotá, 2004.
21. Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública, "Un pacto para la salud ambiental en el Distrito, Documento de Política", Bogotá, 2004.

21. Secretaría Distrital de Salud, "Salud a su Hogar. Un modelo de atención primaria en Salud. Documento de Política", Bogotá, 2004.
22. TORRES, M.; PAREDES, N., "El caso colombiano: el mercado no es para todos y todas", en *El derecho a la salud. Situación de los países de América Latina*, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo – Asociación Latinoamericana de Medicina Social – Sociedad Internacional de Equidad en Salud, Bogotá, junio de 2005.