Revista

Investigaciones en Seguridad Social y Salud

Bogotá, D. C., julio-diciembre de 2012

volumen 14, número 2

E-ISSN 2027-7970



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

Contenido

- Editorial 3
- Goce efectivo del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes en Bogotá (2000-2010) 5
- Experiencia de diseño de la política de participación social en salud en Bogotá 17
- Experiencia de construcción participativa de la inclusión social a partir del acompañamiento a gestores locales 35
- Investigaciones Habla: un espacio creado para investigaciones para la salud 47

Investigaciones en Seguridad Social y Salud
Investig.seg.soc
Volumen 14 (2) Julio-diciembre de 2012

Gustavo Francisco Petro Urrego
Alcalde Mayor de Bogotá

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Martha Liliana Cruz Bermúdez
Directora de Planeación y Sistemas de la Secretaría Distrital de Salud

Solángel García Ruiz
Editora

María Nancy Becerra-Beltrán
Coordinación Editorial

Comité Editorial
Carlos Agudelo Calderón, PhD (Universidad Nacional de Colombia)
Javier Eslava Schumacher, PhD (Universidad Nacional de Colombia)
Luis Alberto Gómez Grosso, PhD (Instituto Nacional de Salud)
Carlos Gómez-Restrepo, MD MSc (Pontificia Universidad Javeriana)
Elkin Osorio Saldarriaga, MD MSc (Secretaría Distrital de Salud)

Comité Científico
Fernando Pío de la Hoz Restrepo, PhD (Universidad Nacional de Colombia)
Luis Jorge Hernández Flórez, MD PhD (Universidad de los Andes)
María Patricia González Cuéllar, MSc (Secretaría Distrital de Salud)
Chantal Aristizábal Tobler, PhD (Universidad Militar Nueva Granada)
Martín Alonso Rondón Sepúlveda, MSc (Pontificia Universidad Javeriana
Juan Manuel Lozano, MD MSc (Universidad de La Florida, Estados Unidos)

Webmaster
Paola Serna González
Secretaría Distrital de Salud

Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Oriana Obagi Orozco

Corrección de estilo
Gustavo Patiño Díaz

Diagramación
Juan Carlos Vera

Diseño de cubierta
Campo Elías Franco

Foto
Oficina de Comunicaciones de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Sitio web
http://app-saludcapital.gov.co/revistadigital/Inicio.aspx

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Teléfono: 364 9090, ext. 9796
www.saludcapital.gov.co

Editorial

Plan Distrital de Ciencia, Tecnología e Innovación para la Salud en Bogotá

La investigación como proceso estructural y estratégico para la administración pública de la salud es la razón por la cual la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá creó en 1998 el Grupo Funcional de Investigaciones, al cual desde entonces le ha dado distintos lugares dentro de la estructura orgánica de la institución.

Por su parte, en el gobierno nacional se han planteado cambios en el tema investigativo: Colciencias, como entidad responsable de liderar este proceso en el país, inició en 1969 la promoción de la investigación en salud; en 1991 estableció el Programa de Ciencia y Tecnología en Salud, que busca financiar proyectos de investigación; y en el 2001 puso en marcha el Programa de Salud y creó el Fondo de Investigación (FIS, Ley 643 de 2001, reglamentada por el Decreto 2878 de ese mismo año). Ese programa aporta al crecimiento de las capacidades nacionales y territoriales de investigación en salud, contribuye a hacer alianzas nacionales e internacionales en salud y amplía la visión de la problemática y la toma de decisiones del sector en general.

En 2006, la Secretaría Distrital de Planeación diseñó la Política de Ciencia Tecnología e Innovación de Bogotá CT+I 2007-2019, adoptada desde la Comisión Distrital de Ciencia Tecnología e Innovación (Codiciti). En su construcción, esta política contó con la participación de diferentes actores en espacios de concertación regional y distrital, teniendo como referente el marco normativo y referencial de las políticas existentes.

Siguiendo con esta lógica del desarrollo investigativo, en el 2010 la Secretaría Distrital de Salud diseñó, con recursos de Colciencias y en Convenio con la Universidad Nacional de Colombia y Maloka, el Plan Distrital de Ciencia, Tecnología e Innovación para la Salud en Bogotá 2012-2022, cuyo objetivo general es impulsar la generación, el intercambio y el uso del conocimiento, así como el desarrollo tecnológico y la innovación para la equidad en salud en Bogotá y su región de influencia, mediante el fortalecimiento de la capacidad de grupos y redes y la movilización e interacción de las comunidades, organizaciones sociales, academia, centros de investigación, empresas y gobierno.

Este ejercicio participativo permitió la consolidación de espacios y alianzas estratégicas con otros actores del sistema de salud, representados por empresas sociales del Estado u hospitales de la Red Pública, hospitales privados, empresas prestadoras de servicios de salud, universidades y otras entidades privadas del sector que participaron activamente en la construcción del Plan.

Entre las líneas de acción que se contemplaron en el Plan están la gobernabilidad y gobernanza, la capacidad en investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación, la competitividad, la apropiación social del conocimiento y la agenda de investigaciones priorizada en ciencia, tecnología e innovación para la salud en Bogotá.

Con este Plan, la Secretaría Distrital de Salud busca mejorar el fortalecimiento de la capacidad de investigación no solo dentro de la entidad y con los hospitales de la Red Pública, sino como rectora de la salud en la capital, aprovechando así la capacidad técnica y científica que se convierte en un insumo para la investigación, pues se parte del quehacer cotidiano como activo intangible que permite reconocer la experiencia del talento humano y la información que generan los hospitales sobre procesos de investigación que contribuyan con el trabajo entre las redes institucionales y comunitarias, hacia la apropiación social del conocimiento, como uno de los fines de las actividades de ciencia, tecnología e innovación.

Finalmente, se pretende "Propiciar las condiciones que posibiliten la incorporación del conocimiento en la toma de decisiones en la política pública, la prestación de servicios y en el cuidado de la familia y los individuos".

Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez
Secretario de Salud de Bogotá

https://doi.org/10.56085/isss.493

Goce efectivo del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes en Bogotá (2000-2010)

Effective Possession of the Right to the Health of Children, girls and Teenagers in Bogotá (2000-2010).

Desfrute efetivo do direito para a saúde de crianças, meninas e adolescentes em Bogotá (2000-2010).

Mario Gómez Jiménez[1]

Resumen

Introducción: El concepto de salud, de acuerdo con la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, ha evolucionado desde una concepción de simple ausencia de afecciones y enfermedades a una acepción compleja e inclusiva de un estado completo de bienestar físico, mental y social, que da una significación amplia al derecho en la materia y lo vincula al disfrute de una gama de bienes y servicios, dentro del marco de los determinantes sociales que rigen en el tema. ***Objetivo:*** Explicar la correlación, la disparidad o el grado de armonía existente entre las políticas públicas de salud adoptadas a favor de la infancia y la niñez en Bogotá y el Derecho Fundamental correlativo definido en la Constitución Política, en los tratados internacionales (bloque de constitucionalidad) y en la legislación nacional. ***Métodos:*** Estudio descriptivo, para el análisis del goce efectivo del Derecho Fundamental a la Salud de niñas y niños en Bogotá, entre los años 2000 y 2010. Se identifica una serie de indicadores, con el fin de evaluar el grado de avance o de retroceso en cuanto al estado, los resultados y las inequidades en salud para el citado grupo de población, los cuales se contrastan con los conceptos que sobre ese derecho fundamental ha acogido la Corte Constitucional. ***Resultados***: Se evidencian resultados favorables en cuanto a la reducción de la mortalidad y la morbilidad, coberturas de vacunación y el tratamiento de las disparidades sociales y territoriales. ***Conclusiones***: Se reconocen dificultades en cuanto a la desnutrición crónica, la tasa de bajo peso al nacer y el embarazo adolescente, así como en cuanto a las limitaciones que se derivan de un contexto nacional adverso y de escollos estructurales. Se requiere renovar el modelo de salud y fortalecer las acciones vigentes en un escenario más favorable que el brindado por la reforma a que alude la Ley 1438 de 2011.

Palabras clave: derecho a la salud, política de salud, determinantes sociales de la salud, equidad en salud, derecho constitucional, integralidad en salud, defensa del niño, Bogotá, D. C.

1 Magíster en gobierno y políticas públicas (Universidad Externado y Columbia University), abogado (Universidad Javeriana), con estudios de posgrado en derecho público (Universidad Nacional de Buenos Aires) y en desarrollo regional (Universidad de los Andes-ISS de La Haya, Holanda).

Abstract

Introduction: The concept of health, according to Sentence T-760 of 2008 from the Constitutional Court, has evolved from a concept of mere absence of disease to a complex one that includes complete social, mental and physical wellbeing. This gives a broad significance to the right to health and links it to the enjoyment of several goods and services, within the social determinants on the subject. ***Objective***: To explain the correlation, disparity, or similarity between public health policies towards infancy and childhood in Bogotá, and the correlative fundamental right defined in the Constitutional Court in the international treaties (constitutional block) and the national legislation. ***Methodology***: A Descriptive study is carried out to analyze the access that children in Bogota have to the fundamental right to health, during the last years. A series of indicators are identified to evaluate the process, results and inequalities in health for this population group, which are contrasted with the concepts adopted by the Constitutional Court regarding this fundamental right. Results: Favorable results are evidenced as mortality and morbidity rates decreased. Coverage for vaccination and treatment for social and territorial disparities experienced a positive development. ***Conclusions***: Difficulties were presented, especially with chronic malnutrition, low birth-weight, and teenage pregnancy rates. These, along with the limitations derived from an adverse national context with structural barriers. It is required to renew the health model, and strengthen the existing actions under a more favorable scenario than the one provided by the reform referred by the law 1438 of 2011.

Key words: right to health, health policy, social determinants of health, equity in health, constitutional right, completeness in health, children's defense, Bogotá, D, C.

Resumo

Introdução: O conceito de saúde, de acordo com a sentença T-760 de 2008, do Tribunal Constitucional, tem evoluído a partir de um conceito de mera ausência de doença ou enfermidade a um significado complexo e inclusivo de um estado completo de bem estar físico, mental e social, o que dá um sentido amplo ao direito sobre o assunto e o relaciona ao desfrutar de uma variedade de bens e serviços no âmbito dos determinantes sociais que o regem. ***Objetivo***: Explicar a correlação, a disparidade ou o grau de harmonia entre as políticas públicas de saúde adotadas em favor da infância e da criança em Bogotá e o Direito Fundamental correlativo definido na Constituição Política, em nos tratados internacionais (bloco de constitucionalidade) e em na legislação nacional. ***Materiais e Métodos:*** É um estudo descritivo, para analisar o gozo do Direito Fundamental à Saúde das crianças em Bogotá nos últimos anos, uma série de indicadores é identificada, a fim de avaliar o grau de avanços ou retrocessos no estado, resultados e desigualdades na saúde para esse grupo populacional, o que contrasta com os conceitos que este direito fundamental tem acolhido pelo Tribunal Constitucional. ***Resultados:*** Se evidenciou resultados favoráveis na redução da mortalidade e morbidade, na cobertura de vacinação e tratamento das disparidades sociais e territoriais. ***Conclusões:*** Reconhecem dificuldades de desnutrição crônica, a taxa de baixo peso ao nascer e gravidez na adolescência, bem como as limitações decorrentes de um contexto nacional adverso e dos obstáculos estruturais. Requer-se renovar o modelo de saúde e fortalecer as ações existentes no âmbito de um cenário mais favorável que o previsto pela reforma que se refere à Lei 1438 de 2011.

Palavras-chave: direito à saúde, política de saúde, determinantes sociais da saúde, equidade em saúde. Direito Constitucional, integralidade em saúde, defesa da criança. Bogotá, D. C.

Introducción

El concepto de salud, según lo expresado por la Corte Constitucional en su Sentencia T-760 de 2008, ha evolucionado desde una concepción de simple *ausencia de afecciones y enfermedades* a una acepción más compleja e inclusiva, de "un estado completo de bienestar físico, mental y social" (1), lo que da una significación amplia al derecho en la materia y lo vincula estrechamente con el ejercicio de otros derechos humanos, al abarcar "una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana" (2). El acceso real al goce y al disfrute efectivos de este derecho, como lo cita la sentencia en comento[2], es resultante de "los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y a un medio ambiente sano" (2). Así mismo, la calidad de los lineamientos públicos deriva del grado de "participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional" (2).

Más aún, al tratarse de niños y *niñas*, la Convención de los Derechos del Niño (1990)[3] establece que "los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación" y se comprometen a esforzarse "por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios" (3). Por ello, los criterios que se observaron para este grupo poblacional, en relación con los preceptos que rigen el acceso y el goce efectivos de la salud individual y colectiva, se fundaron en el artículo 44 de la Constitución Política, el cual consagra que, en su caso, este es un derecho fundamental. Así mismo, el principio que complementa tal consideración enseña que "se aplicará siempre la norma más favorable al interés superior del niño, niña o adolescente", pues, además, "la enunciación de los derechos y garantías contenidos en dichas normas, no debe entenderse como negación de otras que, siendo inherentes al niño, niña o adolescente, no figuren expresamente en ellas" (4).

Este marco permitió analizar el goce efectivo del Derecho Fundamental a la Salud[4], definido en la Constitución Política, frente a los logros de las políticas al respecto, formuladas y ejecutadas en el periodo 2000-2010 por diferentes secretarías y dependencias distritales.

El estudio, de carácter descriptivo, contrasta, sobre la base de la literatura de los informes distritales y dentro del marco del derecho fundamental, los resultados de algunas políticas de calidad de vida, en general, y de salud, en particular, que evidencian avances y retrocesos en cuanto a la atención de este grupo poblacional. Su objetivo es explicar la correlación, la disparidad o el grado de armonía existente entre las políticas públicas de salud adoptadas a favor de la infancia y la niñez en Bogotá y el Derecho Fundamental correlativo definido en la Constitución Política, en los tratados internacionales (bloque de constitucionalidad) y en la legislación nacional, a partir de los planes y los informes distritales en la materia[5], elaborados durante el

2 La Corte Constitucional ha señalado que "el derecho a la salud no solo se limita a lo que se contempla en el artículo 12 del PIDESC. Otras normas que se ocupan de consagrar otros derechos económicos sociales y culturales contemplan ámbitos de protección conexos al derecho a la salud. Por ejemplo, el derecho al trabajo contempla el derecho de todo trabajador a laborar en condiciones satisfactorias que le asegure, especialmente, la seguridad y la higiene o el derecho de protección a los menores a no ser empleados 'en trabajos nocivos para su moral y salud'. En este sentido, el Pacto también reconoce 'el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia". Sentencia T-760 de 2008.

3 Aprobada por el Congreso de la República de Colombia, mediante la Ley 12 de 1991.

4 En Colombia, son muchas las decisiones de la Corte Constitucional que le dan el carácter de fundamental al derecho a la salud, no solo en el caso de los niños, donde dicha naturaleza es consecuencia, entre otras razones, de la consagración de tal calidad en la Carta de Derechos, en su artículo 44. Por ende, en tales casos, como derecho humano, es exigible y reclamable mediante acción de tutela. Ver: Corte Constitucional. Sentencias: T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda)), providencia que reitera lo dicho en sentencias T-080 de 2001 (MP Fabio Morón Díaz); T-591 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett); T-058 (MP Manuel José Cepeda Espinosa); T-750, T-828 (MP Rodrigo Uprimny Yepes); T-882 (MP Manuel José Cepeda Espinosa); T-901 (MP Clara Inés Vargas Hernández); T-984 de 2004 (MP Humberto Antonio Sierra Porto); T-016 (MP Rodrigo Escobar Gil); T-024 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra); T-086 de 2005 (MP Humberto Antonio Sierra Porto); T-829 (MP Rodrigo Uprimny Yepes); T-841 (MP Álvaro Tafur Galvis), T-833 (MP Jaime Araujo Rentería); T-868 de 2004 (MP Jaime Córdoba Triviño), y T-096 de 2005 (MP Jaime Córdoba Triviño). Así mismo, las sentencias: T-505 de 1992 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz); T-502 de 1994 (MP Antonio Barrera Carbonell); T-271 de 1995 (MP Alejandro Martínez Caballero); C-079 de 1996 (MP Hernando Herrera Vergara); SU-256 de 1996 (MP Vladimiro Naranjo Mesa); T-417 de 1997 (MP Alfredo Beltrán Sierra); T-328 de 1998 (MP Fabio Morón Díaz); T-171 de 1999 (MP Alfredo Beltrán Sierra); T-523 de 2001 (MP Manuel José Cepeda Espinosa); T-436 de 2003 (MP Rodrigo Escobar Gil); T-925 de 2003 (MP Álvaro Tafur Galvis); T- 326 de 2004 (MP Alfredo Beltrán Sierra); T-972 de 2001 (MP Manuel José Cepeda Espinosa); T-016 de 2007 (MP Humberto Sierra Porto), y T-074 de 2005 (MP Alfredo Beltrán Sierra).

5 Planes, informes y documentos auscultados: • Unicef. Alcaldía Ma-

periodo 2000-2010 por diferentes agencias distritales, teniendo en cuenta las decisiones jurisprudenciales de la Corte Constitucional.

Métodos

El tipo de estudio es descriptivo, basado en la metodología análoga, propia de las ciencias sociales, y la cual "*supone la observación, clasificación y ordenación, así como la interpretación*" de los elementos que soportan el análisis de una materia (5), que en este caso guardan relación con los alcances del derecho fundamental a la salud en la niñez y al seguimiento y análisis de las políticas públicas implementadas para garantizar ese derecho en Bogotá a lo largo de la última década.

En concreto, se aplicaron técnicas de: 1) análisis documental de contenido (6), mediante la revisión de textos, teorías, normas, tratados, leyes, sentencias y preceptos constitucionales, y a través del seguimiento al bloque de constitucionalidad, acerca de los derechos de los niños y los adolescentes, con el fin de delimitar las obligaciones estatales en la materia[6]. Así mismo, se recurrió al análisis de los planes, los programas y los proyectos a favor de dicho grupo poblacional en Bogotá, y al de una amplia lectura bibliográfica de investigaciones relevantes. Para ello, se contrastó la información abordada con los elementos del derecho fundamental, de la Teoría del Estado y el Bien Común (7), siguiendo algunas pautas jurisprudenciales que apuntan a compaginar en el mayor grado posible la adopción de políticas públicas con enfoques de derechos humanos (8); 2) un análisis descriptivo de la eficacia de las políticas públicas mediante la adopción, el seguimiento y la evaluación de indicadores que dieran cuenta del goce efectivo del derecho a la salud para el mencionado grupo poblacional, a lo largo de la última década, según los planes y los informes distritales auscultados (9).

Se partió de los preceptos constitucionales que establecen que el desarrollo de los niños y las niñas debe ser integral; es decir, ha de dar cuenta de los aspectos de orden intelectual, afectivo, deportivo, social y cultural en los que se expresa. Ese mismo desarrollo también debe ser armónico, lo cual implica que no puede descuidarse un aspecto para privilegiar otro, ni excluirse ninguno de ellos. Por ello, se acogió el *enfoque de los determinantes sociales de la salud*, que reconoce la incidencia de estos factores en el plano sanitario, como deriva de los análisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que guardan coherencia con los desarrollos normativos (10,11) y la jurisprudencia (Sentencia T-760 de 2008). Dicho enfoque, acogido igualmente en el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012[7], permitió observar factores que inciden sobre el goce efectivo del derecho, para determinar los más relevantes hallazgos.

Las tasas de mortalidad infantil en Bogotá han tenido una tendencia decreciente entre 2000 y 2010, como se constata en los indicadores expuestos dentro del marco de las audiencias públicas de seguimiento a lo dispuesto en la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional (12), al pasar la primera de 18,5 a 11,2 por 1000, y la segunda, de 4,2 a 2,3 por 1000. A la vez,

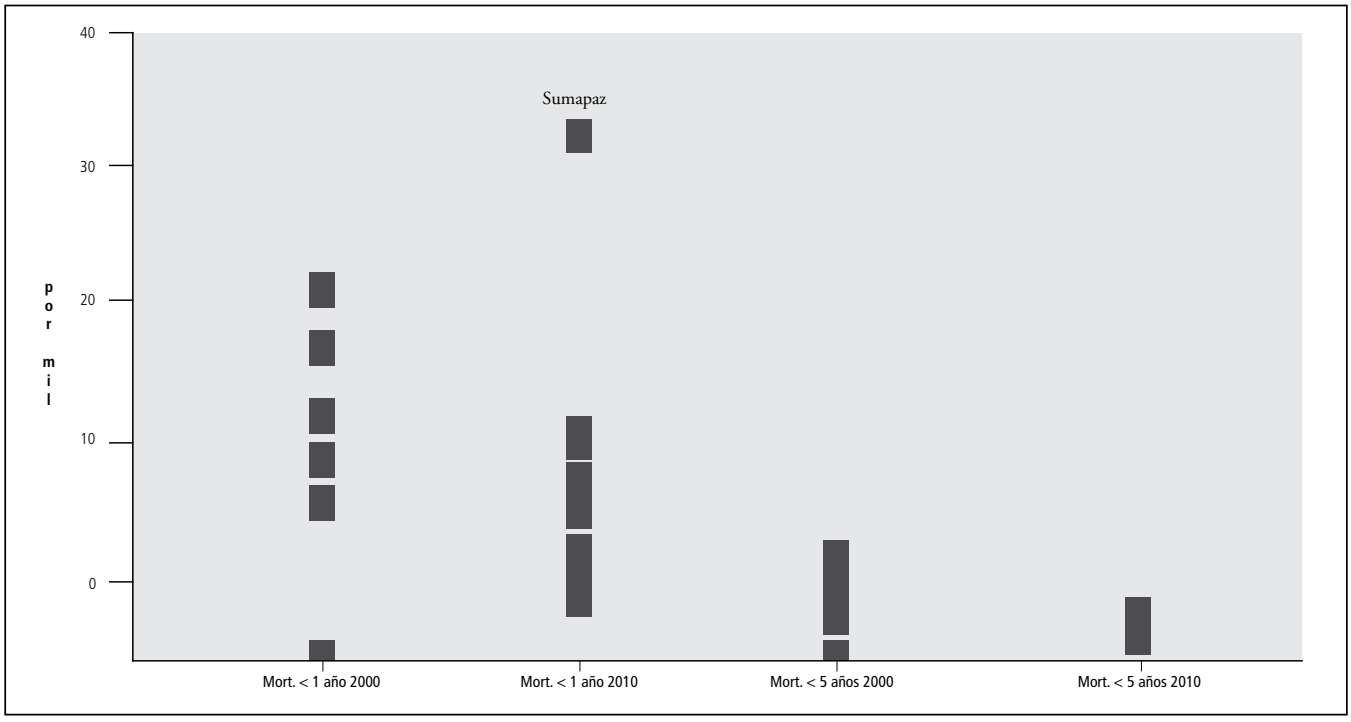
yor de Bogotá. "Hacia La Construcción de una Ciudad más Amable y Justa. Políticas de Niñez y Juventud en Bogotá 2001-2004". • Ley 1098 de 2006. • Garzón, L. "Quiéreme bien, Quiéreme hoy. Política por la Calidad de Vida de Niñas, Niños y Adolescentes de Bogotá". 2004. • Plan de desarrollo "Bogotá positiva: para vivir mejor 2008-2012". • Plan de desarrollo "Bogotá sin indiferencia: un compromiso social contra la pobreza y la exclusión 2004-2008". • Balance Social de la Ejecución Presupuestal de 2009 del Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá 2008-2012. "Bogotá positiva: para vivir mejor". Febrero de 2010. • "Atención a la Infancia y Adolescencia". Informe de Cumplimiento. 2010. Bogotá, 2010. • "Protocolo para el abordaje integral de la violencia sexual desde el Sector Salud". Convenio celebrado entre la Secretaria Distrital de Salud y el Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA, 2008. Bogotá, D. C. • Documento para la concertación intersectorial de la política distrital "Sexualidad sin Indiferencia". Período 2004-2007. • "Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud". Bogotá, 2011. • Informe de cumplimiento "Infancia y Adolescencia en Bogotá Positiva". Bogotá, marzo de 2009. • "Informe sobre el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá 2008-2012: Bogotá positiva: para vivir mejor". Enero-diciembre de 2010. • "Informe Consolidado sobre Barreras de Acceso Identificados a través de los Sistemas de Información para la Exigibilidad del Derecho a la Salud". SIDBA y SQS, 2009. • "Informe de Rendición Pública de Cuentas Sobre la Garantía de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en Bogotá Positiva", consolidado 2009-junio de 2010. • "Informe de Rendición de Cuentas 2010. Plan de Desarrollo 'Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor'". Bogotá, marzo de 2011. • "Plan Maestro de Abastecimiento y Seguridad Alimentaria de Bogotá". • "Plan Maestro del Sistema de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá". • "Plan de Salud del Distrito Capital"

6 El análisis de las normas y los tratados, el de las consideraciones argumentativas de las sentencias abocadas, el del acápite *Obiter dictum*, y el de la *Ratio decidendi*, parten del fallo que sirve de base para la decisión judicial que se adopta en cada caso.

7 El Plan Distrital de Salud 2008-2012 señala: "la Comisión Internacional sobre los Determinantes Sociales de la Salud, propone que el concepto de la equidad en materia de salud sea una piedra angular en el marco normativo de la Comisión relacionado con: a) Hacer frente a las desventajas sanitarias en grupos de población específicos (iniquidades). b) Abordar el gradiente sanitario en todo el espectro de las situaciones socioeconómicas (iniquidades). c) Reducir las brechas de salud (iniquidades)".

Resultados: análisis del goce efectivo del derecho a la salud para niños, niñas y adolescentes de Bogotá (2000-2010)

Figura 1. Bogotá, D. C. Evolución de la mortalidad infantil y en la niñez por localidades (2000-2010)



Fuente: 2000-2007 Certificado de defunción-Certificado de nacido vivo, bases de datos dane-Sistema de Estadísticas Vitales. 2008-2010: Certificado de defunción bases de datos, SDS y RUAF preliminares-Certificado de nacido vivo, bases de datos DANE-RUAF preliminares-Sistema de Estadísticas Vitales. Cálculos SDS. Elaboración propia.

se observa una tendencia hacia la reducción de las disparidades entre localidades, exceptuando la mortalidad observada en Sumapaz para 2010.

Estos resultados se relacionan con los cometidos y los logros en vacunación, en concordancia con lo dispuesto en providencias como la Sentencia T-977 de 2006[8], con coberturas útiles por encima del 95 % en 2009 y el mantenimiento de niveles cercanos en los años siguientes, lo que permitió que el esfuerzo distrital fuera reconocido a nivel internacional (13). Así mismo, los positivos resultados derivan de la implementación del modelo de atención integrada en calidad para la población materna e infantil en las Empresas Sociales del Estado (ESE); capacitaciones a profesionales y técnicos en las estrategias materno-infantiles; las acciones desde el ámbito comunitario y escolar en la formación de madres del programa Familia, Mujer e Infancia (FAMI), de los hogares comunitarios de bienestar (HOBIS), y de los docentes de jardines infantiles como agentes comunitarios en salud[9].

Lo anterior, sumado a las acciones del programa "Salud a su Casa"[10] en la mejora de las condiciones de las

8 En efecto, con ponencia del magistrado Sierra Porto, en la Sentencia T-977 de 2006, a dos niñas en buen estado de salud se les avaló la aplicación de la vacuna contra la hepatitis A, pues "[…] como lo reconoce el Ministerio de la Protección Social, se trata de una enfermedad que presenta un carácter endémico en Colombia con una incidencia de 50 personas por cada 100.000 habitantes; que afecta a las poblaciones más pobres […]. Algunos expertos estiman que más del 50% de la población infantil en nuestro país pueden ser seropositivos, tratándose de una enfermedad que puede llevar a la muerte a niños que padezcan enfermedades hepáticas".

9 En conocimientos y habilidades para la promoción de factores y conductas protectoras; para la prevención y el manejo de enfermedades prevalentes en la infancia, con énfasis en la identificación oportuna de signos de alarma, la promoción de la consulta oportuna y el fortalecimiento de prácticas protectoras como la lactancia materna, la vacunación, la suplementación con micronutrientes y la promoción del crecimiento y el desarrollo saludables, y del afecto.

10 La cobertura de este proyecto, entendido como instrumento para la superación de barreras de acceso geográficas, se extendió a más de 540.000

familias en relación con el cuidado de los niños y niñas menores de 5 años, contribuyó a los logros y a la superación de barreras de acceso. Dichas barreras también se han enfrentado gracias a las tareas de la Central Única de Referencia y Contra Referencia (CURYC), que, en las más de 30.000 llamadas atendidas desde su gestación y hasta comienzos de 2011 (14,15), con prioridad en la primera infancia como grupo poblacional vulnerable y de mayor riesgo clínico en su evolución, ha logrado "*garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención a los ciudadanos pertenecientes a una EPS Subsidiada o a quienes tengan la encuesta de SISBEN*" (16), mediante intervenciones para superar errores de identificación en las bases de datos que dan cuenta de la afiliación, la revisión de la negación de autorizaciones de actividades en salud que tienen cabida en un plan obligatorio de salud (POS), la resolución de inconvenientes derivados de la falta de oportunidad en la atención en el régimen subsidiado y de la negación de esta en relación con los participantes vinculados al sistema.

El incremento de las coberturas en vacunación responde a la implementación de estrategias de búsqueda activas emprendidas desde la oferta. Entre ellas, el seguimiento telefónico y domiciliario de recién nacidos para promover el inicio y la terminación de su esquema de vacunación. De igual manera, mediante mecanismos de reducción de barreras de acceso geográfico, o de oportunidad y conveniencia, como la vacunación extramural (casa por casa, en instituciones de protección infantil o acercándose a los diferentes espacios públicos y comunitarios), y ofreciendo horarios extendidos con disposición de jornadas distintas de la laboral, de tal forma que padres y cuidadores acudieran con los niños y niñas al servicio de vacunación (16).

niños y niñas en 2010, que representaron el 21 % del total de la población ubicada en las 20 localidades de Bogotá, según el Informe de Cumplimiento 2010: "Atención a la Infancia y la Adolescencia en Bogotá Positiva", de la SDS. "El programa Salud a su Casa se fundamenta en la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), por lo tanto, es la puerta de entrada para acercar los servicios de salud a las familias más vulnerables de la ciudad y mejorar su calidad de vida, mediante la identificación conjunta de las necesidades de las familias, organización integrada de la respuesta sectorial y abogacía para la movilización de otros actores sociales en torno a la construcción de respuestas, que propendan por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la familias. […] Salud a su Casa desarrolla acciones de información, educación, comunicación y canalización a programas sociales y de salud; también se hace verificación de la asistencia de las familias a dichos servicios. Diariamente se visitan en su domicilio, familias que tienen necesidades reales relacionadas con la salud mental, la salud sexual y reproductiva, la salud oral, la discapacidad, las condiciones de trabajo en las viviendas, la seguridad alimentaria y nutricional, el desplazamiento forzado y el medio ambiente. Con ellas se gestionan respuestas a nivel sectorial e intersectorial". SDS. En: http://www.saludcapital.gov.co/paginas/saludasuhogar.aspx

No obstante lo anterior, subsisten importantes índices de mortalidad prevenibles. En menores de un año, las muertes se relacionan con afecciones originadas durante el período neonatal temprano (0-7 días de nacimiento), tales como problemas durante la gestación y el crecimiento fetal, trastornos respiratorios y cardiovasculares e infecciones específicas a lo largo de dicho periodo. De igual manera, son determinantes las condiciones socioculturales de las mujeres gestantes en vulnerabilidad, reflejadas en la tardía demanda de atención prenatal, la falta de identificación de signos de alarma y el bajo seguimiento de las recomendaciones médicas, así como las deficiencias en la oferta por la ineficacia del control prenatal en la detección del riesgo obstétrico, en la atención del parto y en el cuidado neonatal (16).

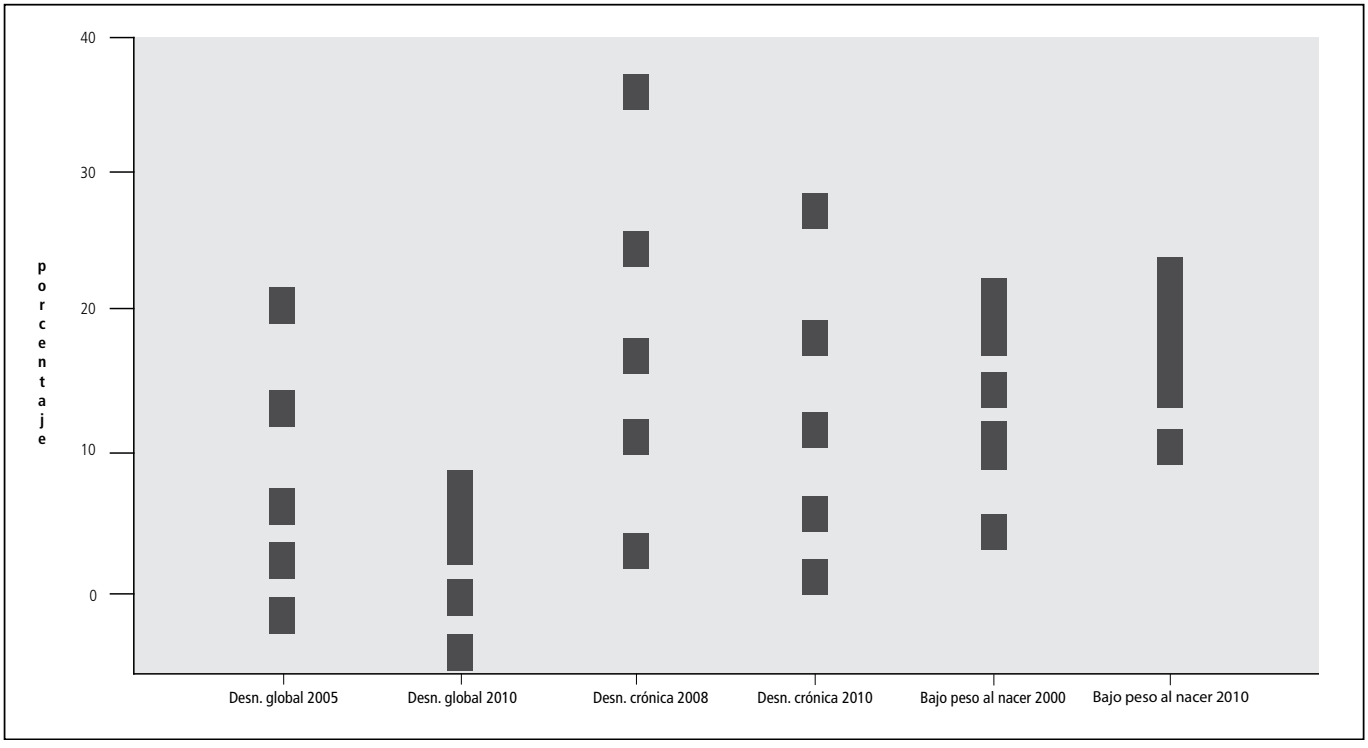
En efecto, en 2011, el 1,4 % de las gestantes no tuvo atención prenatal, con mayor desprotección en las localidades de Los Mártires (7,5 %), Rafael Uribe (4 %) y Usme (3,2 %). La mediana de meses de embarazo a la primera visita prenatal fue de 2,4 meses. El 16 % de las mujeres que tuvieron cuatro o más visitas al profesional asistieron por primera vez luego del cuarto mes de embarazo (17).

La mortalidad en menores de 5 años se concentra a lo largo del primer año asociada a las condiciones ya estudiadas. Su comportamiento en el periodo restante se deriva de la accidentalidad, lo mismo que la incidencia de afecciones como la enfermedad diarreica aguda (EDA), la enfermedad respiratoria aguda (ERA) y la desnutrición. La mortalidad por causas externas para menores de 19 años muestra una alta participación de las agresiones, con el 50 % de representatividad, lo mismo que los accidentes de tránsito (13 %) y los suicidios (10 %)[11] (18).

En materia de desnutrición, existen avances, pero son insuficientes frente a la magnitud del problema (figura 2). Las tasas de desnutrición global y crónica se han reducido durante tal periodo, y se observa una convergencia de todas las localidades. La desnutrición global pasó del 10,9 % en 2000 al 8,2 %

11 Las agresiones tienen especial incidencia en el grupo de 15-19 años, con el 65 % de las muertes por esta causa, y, en menor medida, en los adolescentes de 10-14 años. De igual forma, son relevantes: el suicidio en las poblaciones de 10-19 años; los accidentes de tránsito entre los niños de 0-14 años; otros accidentes y ahogamientos en menores de 5 años, y las caídas entre los 5 y los 9 años.

Figura 2. Bogotá, D. C. Situación nutricional en menores de 5 años por localidades (2000-2010)



Fuente: Sistema de Vigilancia Epidemiológica Alimentaria y Nutricional (SISVAN), Secretaría Distrital de Salud (SDS), Estadísticas Vitales. Elaboración propia.

en 2010, y la crónica, del 12,4 % en 2008 al 11 % en 2010, en los menores de 5 años (19).

Por su parte, Bogotá presenta el mayor índice de bajo peso al nacer[12] del país, que, adicionalmente, registra una tendencia creciente: para 2010, se observa una cifra de dicho índice del 12,2 %, frente al 10,8 % en 2000. Llama la atención que el indicador en el país aumenta con la educación y con el nivel de riqueza (20), por lo cual su comportamiento obedece no solo a la inadecuada alimentación de la gestante ni a la baja asistencia a servicios de salud, sino también, a los riesgos psicosociales, como los fenómenos de madre soltera y madre adolescente y los embarazos no planeados (el 49 % de las mujeres querían embarazarse más tarde o no lo deseaban, indicador que asciende al 72 % en el caso de las menores de 20 años para 2011 en Bogotá (17).

La lactancia hasta los 2 años es positiva, lo cual es congruente con lo dispuesto en sentencias como la T-224 de 05[13]. La mediana nacional en el consumo de leche materna para 2010 se ubicaba en 14,9 meses. Durante el mismo año, en Bogotá, dicho indicador fue superior, con 16,1 meses. Sin embargo, en ambos casos se está por debajo de la recomendación internacional, que equivale a 2 años. En materia de lactancia exclusiva, Bogotá está lejos de la recomendación de 6 meses, con un índice de 2,6 meses de duración de mediana para 2010, y se observa que solo el 62 % de las madres inicia el amamantamiento durante la primera hora posparto[14] (20).

12 Recién nacidos con menos de 2500 gramos de peso.

13 "Para los menores de un año el suministro de un tipo especial de leche no puede asimilarse a un complemento nutricional sino que constituye la base de su alimentación (cuando no el único alimento), cuya ausencia compromete en alto grado la alimentación equilibrada y la vida misma del niño. En el caso de la Leche NAN NH que fue prescrita, su naturaleza de complemento nutricional cambia radicalmente teniendo en cuenta las condiciones y el estado de salud de la menor, por lo que se trata ahora de un medicamento vital. […]. Como es sabido, la alimentación de un recién nacido no es otra que la leche materna. Y continúa siendo la base de su nutrición mientras su organismo evoluciona y es capaz de asimilar otro tipo de alimentos. Pero cuando por alguna circunstancia el menor no puede recibirla, gracias a los avances de la ciencia y la medicina hay otros tipos especiales de leche que de alguna manera permiten suplir esa carencia sin causar los traumatismos de otras épocas" Corte Constitucional. Sentencia T-224 de 05 (MP Clara Inés Vargas Hernández).

14 Internacionalmente, como lo señala Profamilia, se recomienda que los niños empiecen el amamantamiento en la primera hora posparto, por su alto contenido de inmunoglobulinas y anticuerpos y para estimular la pronta producción láctea definitiva por parte de la madre; de igual manera, se promueve la lactancia exclusiva durante seis meses y seguir amamantando hasta los 2 años.

Por otra parte, el embarazo adolescente sigue siendo una problemática importante en el distrito, con el 15,3 % de adolescentes (15-19 años) que han estado alguna vez embarazadas en 2011 (17). Cuando este problema involucra a niñas menores de 14 años, constituye, además, una práctica delictiva; entre 2003 y 2010, hubo en la ciudad no menos de 400 eventos de esta clase por año. En tan penosas condiciones, se mantienen altos los niveles de incidencia durante la última década, aunque se logró romper la tendencia de crecimiento que traía (16), pues los nacimientos en adolescentes de 10-14 años se han reducido en el 15,4 % entre 2008 y 2010, y para el grupo de mujeres de 15-19 años la reducción fue del 11,8 % entre 2007 y 2010 (16).

Discusión: desempeño del Sistema de Salud Distrital

Dentro del marco de la progresiva exigibilidad de los derechos a la salud en el mundo entero, y tomando en cuenta las limitaciones de la política de aseguramiento, así como las vulneraciones a los preceptos en la materia en diversos ámbitos, lo que deja en evidencia la Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008 (21) y por las providencias que el alto tribunal ha dictado al respecto, el gobierno de Bogotá ha tenido un relevante margen de acción en sus políticas distritales para avanzar y concurrir con el gobierno nacional y los prestadores de servicios públicos y privados en la progresiva garantía del derecho a la salud de los niños, las niñas y los adolescentes.

En efecto, en el contexto de una férrea tesis que concibe a la salud como derecho, y que en el caso de los niños goza del carácter de fundamental, por ser sujetos de especial protección constitucional, como lo reiteran las sentencias SU-043 de 1995[15] y T-760 de 2008, la cual acoge la tesis de los factores determinantes que se erigen como medidas de la calidad de vida, del bienestar físico y emocional, y de la misma dignidad humana, y que trasciende criterios erróneos basados en la simple ausencia de enfermedad, se han forjado y consolidado aspectos diversos, pero interrelacionados, en el Distrito Capital: la reducción de la mortalidad infantil; la ampliación de las coberturas en vacunación de los niños, y aun, de las inmunizaciones que no fueron en su momento de forzosa observancia[16]; la superación real de barreras de acceso, mediante la puesta en marcha de prácticas exitosas de atención primaria, como se puede inferir de programas como "Salud a su Casa", "Salud al Trabajo"[17] o "Salud al Colegio"[18]. Así mismo, como lo recuerda el reciente Informe de Rendición de Cuentas Distrital, los logros se derivan de la inyección de mayores recursos financieros por parte del ente territorial, en función de garantizar una gratuidad que en los casos donde se brinda hace compatible la literatura jurídica con el disfrute real de los derechos en la materia, al suprimir los copagos y las cuotas de recuperación de medicamentos para las personas mayores de 65 años, los menores de 5 años de edad, los discapacitados severos y la población en los niveles I y II del SISBEN.[19] Así mismo, en este punto es necesario destacar el desempeño de la CURYC, cuya vigencia, como ya se mencionó, ha permitido corregir desfases inaceptables.

Los resultados en salud de la ciudad se dieron en el ámbito de unos entornos específicos, que resultan ser determinantes como factores de incidencia: Bogotá es uno de los dos entes territoriales que tienen menos población en la pobreza (22 %) o en la indigencia (4,1 %)

15 "Las entidades, públicas o privadas, encargadas de llevar al afiliado y a su familia los beneficios del plan obligatorio de salud no pueden ya esgrimir el diagnóstico de que la enfermedad es incurable como razón válida para negar todo tipo de atención al paciente. Subsiste en favor de aquellos (niños beneficiarios) el derecho constitucional fundamental a recibir atención acorde con la enfermedad en hospitales locales, regionales, universitarios, puestos y centros de salud y a cargo del Estado". Corte Constitucional. Sentencia SU- 043 de 1995 (MP: Fabio Morón Díaz).

16 Entre 2008 y 2009, Bogotá universalizó las vacunas contra el rotavirus y el neumococo, por lo cual se convirtió en la primera ciudad de Latinoamérica en proveer entre sus niños la vacunación universal contra el neumococo, y la primera en Colombia en suministrar la vacuna contra el rotavirus.

17 Mediante este proyecto, entre 2008 y 2010, se han identificado, de conformidad con el "Informe de Cumplimiento 2010: Atención a la Infancia y la Adolescencia en Bogotá Positiva de la Secretaría Distrital de Salud", prácticas laborales prohibidas y nocivas para el desarrollo de más de 21.000 niños y niñas, que han sido vulnerados en sus derechos fundamentales en la ciudad. Se ha logrado que abandonen esas tareas y que, según sea el caso, regresen a la escuela, sean canalizados a servicios de salud o a actividades de trabajo bajo protección estricta, las cuales solo tienen cabida, de acuerdo con la ley, para mayores de 15 años de edad.

18 Este proyecto ha atendido tareas relativas a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y ha cubierto a más de 500.000 estudiantes de las escuelas de la ciudad, haciendo énfasis en la prevención de embarazos, en la supresión del consumo de sustancias psicotrópicas y en pautas básicas de salud pública, de acuerdo con el "Informe de Cumplimiento 2010: Atención a la Infancia y la Adolescencia en Bogotá Positiva de la Secretaría Distrital de Salud".

19 "El 15 de octubre de 2008, el Alcalde Mayor de Bogotá, expidió el Decreto 345 de 2008 con el cual se inició de manera formal el proceso de atención gratuita en salud con cobertura para la población más vulnerable de la Ciudad. Desde esta fecha hasta diciembre 31 de 2010 se atendieron de manera gratuita 204.621 menores de cinco años, 367.826 mayores de 65 años y 30.824 personas en condición de discapacidad severa. En total, se atendieron de manera gratuita 603.271 pobladores de la ciudad". Alcaldía Mayor de Bogotá. "Informe de Rendición de Cuentas 2010. Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor". Bogotá, marzo de 2011, página 167.

en el país[20]; además, entre 2000 y 2011 ha reducido el desempleo en más de diez puntos porcentuales, hasta ubicarse en 9,9 (22); ha aumentado su indicador de desempeño fiscal de 67,45 en 2000 a 81 en 2010, según el Departamento Nacional de Planeación (DNP) (23); ha logrado aumentar en más de 15 puntos el gasto social, en comparación con el presupuesto distrital entre 2003 y 2010 (24); ha disminuido el índice de Gini de 0,57, dato de 2002, a 0,52, cifra que corresponde a 2010 (25); ha conquistado una cobertura del 99 % en acceso al agua potable y al alcantarillado en la actualidad (26), y ha logrado, entre otros cometidos sociales, gratuidad escolar para más de un millón de niños durante el último cuatrienio (27).

La evolución positiva de resultados se enmarca dentro de la observancia de una exigencia jurisprudencial que señala el carácter imperativo de la progresividad en la satisfacción de los derechos. En efecto, la Corte Constitucional dijo en la Sentencia T-595 de 2002:

> *"[...] si la exigibilidad de la prestación protegida por la dimensión positiva del derecho fundamental depende del paso del tiempo, no es aceptable que en el año 2002, por ejemplo, una entidad del Estado dé la misma respuesta que daba en 1992 cuando se le exigía el cumplimiento de un derecho de éste tipo, que es su obligación hacer cumplir. A medida que pasan los años, si las autoridades encargadas no han tomado medidas efectivas que aseguren avances en la realización de las prestaciones protegidas por los derechos constitucionales, gradualmente van incurriendo en un incumplimiento cuya gravedad aumenta con el paso del tiempo" (28).*

Adicionalmente, el marco de la adopción de las políticas de salud ha sido participativo, al punto de poderse afirmar que:

> *"El derecho a la salud es un asunto de doble vía. No es solo porque a los ciudadanos se les garantice el acceso al sistema y la participación en la toma de decisiones, sino que la comunidad misma debe ejercer control social sobre la destinación de los recursos y el diseño y aplicación de las políticas. (...) Bogotá es la única ciudad del país que cuenta con una Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud, construida por las propias comunidades. La participación social es un aspecto clave del derecho a la salud. La política de participación ha fortalecido las asociaciones de usuarios en salud, los comités de ética hospitalaria y los comités de participación comunitaria. Teniendo en cuenta que las políticas se deben hacer entre todos, se han generado espacios deliberativos entre la comunidad y las instituciones distritales. En las dos últimas administraciones se han llevado a cabo con éxito seis asambleas distritales por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida, tres encuentros distritales de Comités de Participación Comunitaria, COPACOS, dos audiencias públicas por el Derecho a la Salud y la Audiencia Ambiental del Sur 'Párese duro por la calidad de vida en el sur'. También se han respaldado dos congresos nacionales por la salud y el Congreso Internacional de Medicina Social" (29).*

Conclusiones

Las políticas públicas en salud para niños, niñas y adolescentes adoptadas y adaptadas por el Distrito Capital durante la década 2000-2010 muestran importantes resultados en cuanto a calidad de vida, reducción de desigualdades, incremento de la cobertura y superación de barreras de acceso a los servicios; todo ello, acompañado de una prioridad presupuestal para dicho sector, y así se constituye en modelo en el contexto nacional.

No obstante lo anterior, es claro que, como pudo verse, existen apremios y dificultades en otros frentes: la desnutrición crónica, la tasa de bajo peso al nacer y el embarazo adolescente son algunos de tales apremios y dificultades en la ciudad, pues los indicadores que se exhiben al respecto no son satisfactorios, pese a los esfuerzos mayúsculos que se han hecho, y que, en caso de no existir, harían más gravosa la situación en estos campos: por ejemplo, la plausible elaboración de planes específicos, como el Plan Maestro de Abastecimiento y Seguridad Alimentaria de Bogotá, adoptado mediante el Decreto 315 de 2006, o la ejecución de tareas destinadas a la satisfacción de los derechos a la seguridad alimentaria, la vigencia de los comedores escolares y comunitarios o la ejecución de programas como "Bogotá Sin Hambre", que, en su momento, atendió severas dificultades en esa materia.

Por otra parte, los mencionados no son los únicos escollos. Algunos más han sido identificados por la

20 El otro ente es Bucaramanga, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Fuente: "Gran Encuesta Integrada de Hogares". Dato elaborado por Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP) (2009).

propia Corte Constitucional, y no dependen de las virtudes de la administración distrital ni de la gobernanza con la que se gesta la conducción de los asuntos públicos en la materia. Son obstáculos cuasi estructurales que han derivado en el deterioro de la calidad percibida por los usuarios. Se requiere, por tanto, renovar el modelo de salud y fortalecer las acciones de atención primaria en salud vigentes dándoles una vocación y una cobertura universales, en un escenario más favorable que el brindado por la reforma a la que alude la Ley 1438 de 2011.

Agradecimientos

Agradezco a la Secretaría Distrital de Salud (SDS), por permitirme explorar y aportar a este trascendental tema del Derecho Fundamental a la Salud de los niños y niñas de Bogotá, ciudad donde existe una progresiva satisfacción de los preceptos en la materia, en aras de un goce efectivo de este grupo poblacional al mencionado derecho.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS; 1978.

2. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Oficina de la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Instrumentos Internacionales de Derechos, recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos. Ginebra: Naciones Unidas; 2004.

3. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Convención sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas; 1989.

4. Colombia, Congreso de la República. Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá; Diario Oficial no. 46.446; 2006.

5. Runes D. Diccionario de Filosofía. Caracas: Ediciones Grijalbo; 1994.

6. Fox V. Análisis documental del contenido. Buenos Aíres: Alfagrama Ediciones; 2005.

7. Xifra Heras J. Curso de Derecho Constitucional. Barcelona: Editorial Bosch; 1962.

8. Cepeda MJ, Montealegre E, Julio A, et al. Teoría constitucional y políticas públicas. Bases críticas para una discusión. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2007.

9. PNUD. Manual de seguimiento y evaluación de resultados. Nueva York: PNUD; 2002.

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2009.

11. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Washington D.C.: OPS; 2007.

12. Santa María M. Audiencia pública de rendición de cuentas ante la Corte Constitucional a efectos de analizar el cumplimiento de lo previsto en la Sentencia T-760 de 2008. 7 de julio de 2011.

13. Alcaldía Mayor de Bogotá. Bogotá Positiva. En Bogotá no se necesitan tutelas para vacunar gratis a niños contra el neumococo [internet]. 2011 [citado 2011 jun. 20]. Disponible en: http://www.bogotapositiva.gov.co/index.php?option=-com_content&view=article&id=11720:mari&catid=40:principales&Itemid=159.

14. Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá Positiva. Línea de solución a quejas CURYC registra 30 mil llamadas en un año [internet]. 2011 [citado 2011 oct. 5]. Disponible en: http://www.bogotapositiva.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=11356%3Amary&Itemid=82

15. Alcaldía Mayor de Bogotá, Bogotá Positiva. Línea 195 del derecho a la salud [internet]. 2011 [citado 2011 jun. 20]. Disponible en: http://www.bogota.gov.co/portel/libreria/php/frame_detalle_scv.php?h_id=33162

16. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Salud (SDS). Atención a la Infancia y adolescencia en Bogotá Positiva. Informe de cumplimiento 2010. Bogotá: SDS; 2011.

17. Profamilia. Primera encuesta distrital de demografía y salud Bogotá 2011. Bogotá: Alcaldía Mayor; 2011.

18. DANE. Estadísticas Vitales, Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, municipio de ocurrencia y grupos de causas externas (lista de causas agrupadas 6/67 CIE-10 de OPS [internet]. 2011 [citado 2011 sep. 10]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=-com_content&view=article&id=788&Itemid=119

19. Alcaldía Mayor de Bogotá, PNUD. Informe 2010. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bogotá; Alcaldía Mayor; 2011.

20. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010. Bogotá: Profamilia; 2010.

21. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-760/2008. Revisión de las sentencias adoptadas por el Juzgado 11 Civil del Circuito de Cali (T-281247) y otros dentro de los respectivos procesos de acción de tutela (acumulados). Bogotá: Corte Constitucional; 2008.

22. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Hacienda (SDH). Sistema Integrado de Información de Estadística Comparadas. 2011.

23. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Desempeño fiscal de los departamentos y municipios 2010. Bogotá: DNP; 2011.

24. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Hacienda (SDH). Estadísticas fiscales. Bogotá: SDH; 2010

25. DANE. Gran encuesta integrada de hogares. Dato elaborado por Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad MESEP. Bogotá: MESEP; 2009.

26. Secretaría Distrital de Ambiente. Observatorio Ambiental de Bogotá, Cobertura Residencial y Legal del Servicio de Acueducto- CAC. 2012. [citado 2012 sep. 10]. Disponible en: http://oab.ambientebogota.gov.co/es/indicadores?id=53.

27. Alcaldía Mayor de Bogotá. Balance social de la ejecución presupuestal de 2009 del Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá 2008-2012: Bogotá positiva: para vivir mejor. Bogotá: Alcaldía de Bogotá; 2010.

28. Colombia, Corte Constitucional. Sentencia T-595 de 2002. Bogotá, 2002.

29. Alcaldía Mayor de Bogotá. La comunidad participa. Adelante Bogotá. 26 Ago 2011; secc. 4.

Recibido para evaluación: 8 de noviembre de 2011
Aceptado para publicación: 22 de diciembre de 2014

Correspondencia
Fundación Restrepo Barco
Carrera 7 # 73-55, piso 12
Bogotá, D. C.
mario.gomezj@hotmail.com
Entidad financiadora: Alcaldía Mayor de Bogotá, SDS-Fondo Financiero Distrital de Salud

https://doi.org/10.56085/isss.494

Experiencia de diseño de la política de participación social en salud en Bogotá

Experience of the Design of the Policy of Social Participation in Health of Bogotá

Experiência de desígnio das políticas de participação social em saúde em Bogotá.

Mauricio Torres-Tovar[1]
Iván Méndez-Sandoval[2]
Luz Dary Carmona-Moreno[3]

Resumen

Introducción: A comienzos de 2007, el Gobierno de la ciudad de Bogotá llevó a cabo una reestructuración organizativa de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), a raíz de la cual creó la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano. La tarea central que emprendió dicha dirección fue diseñar, de manera participativa, una política pública que constituyera su horizonte de gestión. ***Métodos*:** Este artículo narra la experiencia de diseño y formulación de la Política Pública Distrital de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud, que contó con la participación de personas organizadas de las comunidades y de servidores públicos del sector salud. ***Resultado***: La construcción participativa de la política posibilitó reflexionar sobre las diferentes interpretaciones que existen sobre la participación social y el servicio a la ciudadanía en salud, todas las cuales fueron importantes para configurar los aspectos conceptuales de la política. Igualmente, permitió caracterizar la situación de la participación social y el servicio a la ciudadanía en Bogotá, que se constituyó en el referente para enfrentar por parte de la política, y brindó elementos propositivos importantes para establecer el contenido de esta. ***Conclusión***: La experiencia evidencia que cuando existe voluntad política en un gobierno es posible la construcción participativa de políticas públicas, lo que amplía la legitimidad social de estas, fortalece la construcción de la democracia, el sentido de lo público y la generación de respuestas más adecuadas a las necesidades de las comunidades.

Palabras clave: derecho a la participación, derecho a la salud, ciudadanía en salud, gestión participativa, democracia.

1 Médico, MSc. Exasesor, Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano de la SDS. Profesor Asistente, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
2 Comunicador Social. Exasesor pedagógico, Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano de la SDS.
3 Filósofa, MSc. Candidata PhD. Ex directora, Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano de la SDS. Profesora de Posgrados en Salud, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.

Abstract

Introduction: In early 2007 the Government of Bogotá made an organizational restructure of the District Department of Health, which created the Social Participation and Citizen Service Direction. The central task undertaken by the Direction was to design in a participatory manner a public policy that would constitute the management horizon. ***Methodology:*** This article recounts the experience of design and formulation of the District Public Policy and Social Service of health to citizens. This included the participation of organized people from the communities and public health sector workers. ***Results:*** The participatory construction of the policy provided the chance to reflect on the different interpretations of social participation and health service to the public that exist. These were important in shaping the conceptual aspects of the policy. It also made possible the characterization of the situation of social participation and service to the public in Bogotá, which became the reference to face by the Policy and provided important propositional elements for the establishment of the content of the Policy. ***Conclusion:*** Experience shows that when there is political will in the government, it is possible to develop participatory public policies. This extends the social legitimacy of the policies and strengthens democracy, the meaning of the public and the generation of responses to the needs of communities.

Key words: Participation right, right to health, public health, participatory management, democracy.

Resumo

Introdução: No início de 2007, o Governo da cidade de Bogotá fez uma reestruturação organizacional da Secretaria Distrital de Saúde, que criou a Direção de Participação Social e Serviço ao Cidadão. O trabalho central realizado pela Direção foi de planejar de forma participativa uma politica que constitui um horizonte de gestão. ***Metodologia:*** Este artigo relata a experiência de planejamento e formulação de Políticas Públicas do Distrito em Participação Social e Serviço de Cidadania em Saúde, com a participação de pessoas organizadas das comunidades e funcionários/as do setor de saúde pública. ***Resultado:*** A construção participativa de políticas permitiu refletir sobre as diferentes interpretações sobre a participação social e o serviço ao cidadão de saúde existente, que foram importantes na formação dos aspectos conceituais da Política. Igualmente permitiu caracterizar a situação de participação social e do serviço ao público em Bogotá, que tornou referência ao enfrentar pela Política; e forneceu elementos importantes para o estabelecimento de conteúdo proposicional da política. ***Conclusão:*** A experiência mostra que quando existe vontade política no governo é possível à construção participativa de políticas públicas, que aumenta a legitimidade social destas, fortalece a construção da democracia, o sentido cidadão e a geração de respostas apropriadas para as necessidades das comunidades.

Palavras-chave: direito à participação, direito à saúde, cidadania na saúde, pública, gestão participativa, democracia.

Introducción

En 2007, por medio del Decreto 122, el Gobierno de la ciudad de Bogotá hizo una reestructuración organizativa de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), con lo cual se creó la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano (DPSSC); fue esa una decisión administrativa y organizativa con la cual la SDS potencia la participación social y el servicio a la ciudadanía como un dispositivo substancial en los procesos de gestión de la salud en Bogotá.

Una vez constituida, la tarea central que emprendió la DPSSC fue la de construir y formular, de manera colectiva, una Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud (en adelante, la Política) que constituyera su horizonte de gestión.

Este artículo narra, por una parte, la experiencia de diseño de la Política, que contó con la participación de personas organizadas de las comunidades y de servidores públicos del sector salud; por otra, describe el análisis de la información obtenida y la formulación de la Política que derivó del ejercicio de análisis, y, por último, aporta un conjunto de conclusiones en una suerte de lecciones de aprendizajes.

Métodos

Para la construcción de la Política se llevó a cabo un diseño metodológico que constó de cuatro pasos, llevados a cabo durante el segundo semestre de 2007: 1) recolección de información primaria, a través de unidades de análisis con miembros de organizaciones sociales de salud y con servidores públicos de salud; también, recolección de información secundaria, a través de búsqueda bibliográfica; 2) sistematización y análisis de la información, y elaboración de la propuesta de la Política; 3) socialización de la propuesta de la Política con los profesionales de la Dirección de Participación, de las Oficinas de Participación de las empresas sociales del Estado (ESE), y con integrantes de las formas comunitarias organizadas de salud, todo lo que llevó a un ajuste y a una versión final; y 4) presentación formal y pública de la Política en el escenario de la Tercera Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida.

Las unidades de análisis fueron un componente metodológico para la reflexión y el debate con personas de la comunidad y con servidores públicos de salud, sobre tres aspectos: 1) la forma como se entendían la participación y el servicio a la ciudadanía en salud; 2) el marco situacional de los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía en salud, y 3) la deliberación sobre cuáles debían ser las principales líneas de acción y las estrategias de una política púbica en este aspecto.

Las unidades de análisis se orientaron a través de un instrumento que vinculaba los aspectos conceptuales, situacionales y propositivos, y el cual se desarrollaba en dos momentos: el primero, de forma individual, al inicio de la jornada de trabajo; y el segundo, de forma colectiva, por medio del trabajo en grupo.

La implementación de las unidades de análisis permitió generar un ambiente de diálogo donde el análisis y las propuestas emergían y se construían a partir de las comprensiones y las vivencias de cada uno de los participantes.

En total, se desarrollaron 43 unidades de análisis, que involucraron a 1169 personas de las 20 localidades de la ciudad, miembros de los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), Asociaciones de Usuarios de Servicios de Salud, comunidades que participaban en los procesos institucionales de gestión territorial, servidores públicos de las Oficinas de Participación y Atención al Usuario de las 22 (ESE) y de diversas direcciones misionales de la SDS.

El gran cúmulo de información que arrojó el ejercicio implicó un proceso de sistematización que se constituyó en una labor de comprensión de sentidos a partir de interpretar las percepciones aportadas por los miembros de las comunidades, así como de los servidores públicos.

La sistematización siguió una metodología que partió de transcribir las respuestas, organizar la información según el papel dentro de la participación (la comunidad o los servidores públicos), ordenar y relacionar los sentidos dados por los participantes —lo que posibilitó referenciar y organizar categorías— y hacer el análisis de cada una, de donde, a su vez, surgieron las tendencias de comprensión y las diversas proposiciones sobre las cuales se construyó la propuesta de la Política (tabla 1).

Por último, la propuesta de la Política fue presentada en la Tercera Asamblea Distrital por el Derecho a la

Tabla 1. Momentos del proceso de procesamiento y análisis de la información de las unidades de análisis

I.	Transcripción de la información a sistema digital.
II.	Organización y agrupación de la información según criterios como el de pertenencia social: comunidad (Asociación de Usuarios, COPACOS, otros), funcionario, territorio y número de participantes.
III.	Construcción de categorías iniciales: en cada grupo de información se analizaron, se compararon y se contrastaron los enunciados entre sí, para identificar las ideas, los referentes significativos en común o los que generaban diferencias dentro del grupo. Los enunciados que tenían valoraciones y significados afines y que compartían propiedades y características similares o complementarias se agrupaban bajo una denominación en común —categoría—. Esta nueva agrupación se construyó con los fragmentos o los enunciados que compartían o complementaban un mismo sentido. Cada diferencia o cada similitud encontradas constituyeron, cada una, un grupo de sentido, o categoría.
IV.	Ajuste de categorías y subcategorías: el análisis de las nuevas agrupaciones, construidas con fragmentos similares y complementarios, permitió que surgieran propiedades y dimensiones sustanciales, proceso hecho mediante el registro de notas de análisis, notas de interpretación, notas de lenguaje y referentes simbólicos, notas de conceptos o bibliográficas, y demás ideas que fueron surgiendo durante el análisis. Esta fase permitió la caracterización y el ajuste de las categorías como el surgimiento de tendencias o subcategorías.
V.	Una vez encontrados y ajustados el sentido y el significado de cada categoría y de cada tendencia que definieron las características y las dimensiones, se contrastaron con los documentos iniciales, para luego entrar en la etapa de definición y caracterización final, de síntesis y conclusiones.

Salud y a la Calidad de Vida, la cual fue discutida en trabajo de grupo, donde se le hicieron algunos ajustes, aunque, en términos generales, fue validada (1).

Con base en lo anterior, el equipo técnico de la DPSSC responsable de redactar la Política hizo el ajuste, y esta fue divulgada en su versión final, a través de una cartilla (2).

Resultados

Con la información arrojada por las unidades de análisis, se llevó a cabo la sistematización, que, en la práctica, fue un ejercicio de análisis de información cualitativa, entendida como un proceso continuo de comparación y análisis de información, y donde, a partir del cotejo y la interpretación de los documentos, se descubrieron las características, las propiedades y las diferencias de sentido, las ideas, las percepciones y los valores que contenían los textos (en este caso, frente a los aspectos definidos para el ejercicio participativo de diseño de la Política).

A continuación se describen los principales hallazgos en este proceso de sistematización, organizado en torno a los tres aspectos de reflexión en las unidades de análisis.

Comprensión de la participación y el servicio a la ciudadanía en salud

Para los miembros de las comunidades, el sentido de la participación estuvo relacionado con: procesos y actividades de información y comunicación; gestión y organización comunitaria; gestión e incidencia en políticas públicas; uso de servicios de atención en salud; apoyo a las instituciones de salud, y ejercicio de ciudadanía.

La mayoría de personas de la comunidad entienden la participación como "estar informado", "compartir información" y "conocer sobre el sistema y los servicios de salud".

Dentro de esta concepción, se hallaron dos tendencias en la manera de entender la información. Una, la que asume la información y la comunicación como un saber que aporta al adecuado funcionamiento y la mejora de los servicios de salud, lo cual implica que va más allá del simple hecho de estar al tanto, o estar enterado. Dos, la que concibe la información como parte del funcionamiento del sistema de salud, donde se debe tener la información necesaria para hacer uso de los servicios, y, por lo general, quien la posee es un intermediario entre los usuarios y el hospital, quien complementa o es funcional a la institución en la difusión de los servicios y los programas.

En cuanto a la visión de gestión y organización comunitarias, se relaciona el sentido de la participación con una forma de buscar soluciones a las necesidades de la comunidad, dentro de una dimensión de ayuda a una colectividad, concepción de carácter altruista y solidario.

Por su parte, la visión de gestión e incidencia en políticas públicas relacionó el sentido de la participación con negociación e incidencia en los presupuestos, los planes y las políticas públicas; es decir, la participación como poder para incidir en las decisiones, con el objeto de mejorar las condiciones de vida.

Otras visiones relacionaron el sentido de la participación con el apoyo y la colaboración a todos los programas y las actividades generados desde el hospital; también, con el uso de los servicios cuando se necesitan (lo cual, a su vez, vincula la participación con el cuidado de la salud), y con una concepción de la salud como derecho, al igual que la participación y la veeduría, y donde el Estado es el responsable de garantizarlos.

En cuanto a la concepción de servicio a la ciudadanía (o atención al usuario)[4], para los miembros de las comunidades, esta se relacionó con orientación e información; también, con mejoramiento de la atención en los servicios de salud, y con deber institucional.

Por otra parte, la atención al usuario "es un lugar" donde se orienta, se da la información necesaria, se evitan trámites y congestiones y se agilizan la atención y el tiempo para el servicio; se ubica, además, como el sitio donde se obtiene información referida especialmente a los procesos en las instituciones de salud para acceder a los servicios.

Otra mirada comprende la atención al usuario como una mejoría en el servicio de atención, donde el usuario se siente bien tratado y donde le ayudan a resolver sus problemas; es un paso que optimiza la atención médica, las citas y la entrega de los medicamentos.

Para los servidores públicos, la concepción de la participación estuvo relacionada, principalmente, con un asunto de derecho y de responsabilidad social, y como medio para el logro de objetivos colectivos. Expresan también una forma de comprensión de la categoría de ciudadanía, la cual definen como un conjunto de derechos de los ciudadanos. También se encontró que perciben la participación como la vinculación de la población a una forma organizativa preestablecida desde las instituciones de salud[5].

Sobre la noción de la atención al usuario, los servidores públicos la ven como un deber ser de las instituciones, una exigencia para ser mejores y ofrecer una óptima calidad del servicio, pues así lo exige la ley. Estos servidores ven la atención al usuario como un servicio para entregar información a la ciudadanía, con el fin de que esté al corriente sobre el uso de los servicios asistenciales de salud. Conciben dicho servicio como un medio para informar y formar a las personas tanto en los derechos como en los deberes que les da el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Estas miradas sobre la participación social y el servicio a la ciudadanía en salud permitieron categorizar las concepciones en diversas perspectivas referidas a aspectos instrumentales, de ciudadanía, organizacionales y educativo-comunicacionales.

En la visión instrumental se ubicaron las siguientes tendencias:

- ***Institucional:*** Donde las personas de la comunidad y las organizaciones comunitarias son utilizadas, ya que su presencia y su participación legitiman la institución, y así se genera una relación de dependencia, lo que coarta la autonomía y la construcción de la salud como un derecho.

- ***Dádivas:*** Dentro de ella, la participación se da a cambio del refrigerio, de las atenciones, de los pequeños privilegios que ofrece quien convoca. Es un efecto que empobrece la participación, y, por lo general, se da con una población cautiva, a la cual hay que estar motivando cíclicamente con las dádivas.

- ***Prestigio:*** La participación es parte de la construcción del yo social, de la imagen y del prestigio, así

4 En el artículo se utilizan indistintamente los términos servicio a la ciudadanía y atención al usuario, aunque, en la práctica, la Política diseñada, la cual se orientó con un enfoque de derecho, asumió el primer término, en el entendido de que la gente es ciudadana, titular del derecho a la salud y a la participación, y no simples usuarios de los servicios de salud.

5 Se utiliza el término *formas organizativas en salud*, que son formas establecidas por normas, referidas a los comités de participación comunitaria (COPACO), a las asociaciones de usuarios de los servicios de salud, a los comités de ética hospitalaria y a las veedurías en salud.

como de la ascendencia que se puede tener frente a una comunidad, de sentirse el líder reconocido.

Dentro de la perspectiva de la ciudadanía se ubicaron como tendencias:

- ***Concepción de lo público:*** Donde se ubican quienes ven la salud como una producción social, lo cual implica no solo la participación del sector de la salud, sino la de otros sectores, para su producción, tendencia que se articula con el discurso de calidad de vida.

- ***Derecho a la salud:*** Son las visiones de la salud como un derecho; su exigencia se sustenta en la organización y en el conocimiento, es una posición más sectorial.

En la visión organizacional, por su parte, se ubicaron como tendencias:

- ***Articulación y fortalecimiento:*** Hace énfasis en la necesidad de relacionarse con sus pares, de interactuar y crear red; uno de los efectos de ello es la articulación entre las instituciones, la comunidad y entre las mismas funcionarias públicas, para así fortalecer la incidencia.

- ***Perspectiva de derechos:*** En algunas organizaciones se ha fortalecido la visión de ciudadanía en salud, haciendo uso cada vez más de los mecanismos de exigibilidad, así como de su participación en los procesos de movilización social.

En la visión educativo-comunicacional, la referencia es al conocimiento y al uso de la información que se tiene para participar; en este punto, es interesante ver cómo la información y el hecho de estar informado aparecen como factores de poder, de tener mejores relaciones y acceso, al saber sobre los servicios, el funcionamiento y las demás cosas que pueden otorgar un puesto privilegiado a quien participa.

En el ejercicio de entender y comprender los diferentes sentidos de la participación social y el servicio a la ciudadanía en salud, se observa que hay un espectro muy amplio, heterogéneo, el cual, para el ejercicio de elaboración de la política pública, llevó la participación a identificarse con una concepción lo más integral posible, reconociendo, en especial, los aspectos referentes a la información, al derecho, a la organización, a la incidencia y al poder.

La política diseñada finalmente concibió la participación como el ejercicio del poder de cada cual para transformar la esfera de lo público en función del bien común; y la participación en salud, como la posibilidad de los sujetos de construir calidad de vida y salud, como parte de un proceso de acción social y político. Se entendió la participación como una acción ética, de transformación y de poder, que integra todas las esferas de la vida y posibilita constituir la vida social (3).

En el postulado de que a través de la participación se logra, en efecto, construir socialmente la salud, se ubicaron por lo menos dos sentidos, vinculados entre sí:

1. La participación como medio para construir bienestar, lo que implica el reconocimiento de los sujetos, de su voz y de su poder.

2. La participación como fin, en tanto práctica que llevan a cabo los sujetos, quienes actúan para transformar sus condiciones de vida, y lo cual implica, necesariamente, la toma de posiciones en los escenarios privados y públicos constituyendo valores a favor de la vida y posibilitando lazos de identidad y solidaridad.

En relación con el servicio a la ciudadanía en salud, la Política lo comprendió como un componente fundamental para el ejercicio pleno de la ciudadanía, pues, por un lado, es la vía para suministrar información sobre los múltiples aspectos del derecho a la salud (no solo los concernientes a la atención a la enfermedad); y, por otro, porque, además, funciona como la vía para la recepción y la gestión dentro de la institucionalidad de las diversas formas de exigibilidad del derecho a la salud, lo cual permite prevenir, garantizar o reparar los actos violatorios al derecho a la salud ubicando los procedimientos y a los actores responsables.

Este ejercicio de participación y de servicio a la ciudadanía, enmarcado dentro de las relaciones entre el Estado y la sociedad, establece un conjunto de papeles diferenciados: a los ciudadanos les corresponde el derecho a informarse, a gestionar, a controlar, y a incidir en las políticas públicas y decidir sobre lo que consideran saludable, y que redunda en bienestar para todos. Por su parte, al Estado, le corresponde garantizar las

condiciones para que se realicen los derechos de forma universal, equitativa, integral e interdependiente.

De esta forma, la participación en salud hace parte del proceso de construcción de ciudadanía con la perspectiva de avanzar en la democratización de la vida colectiva, entendida esta como un proceso individual y colectivo a través del cual se accede progresivamente a capacidades y oportunidades para concretar intereses, y donde la ciudadanía es un elemento constitutivo de la democracia, que se logra a través de la acción, de la participación de la sociedad civil en los procesos de desarrollo social, de la consolidación de la identidad colectiva, para mejorar la calidad de vida y conseguir una sociedad con justicia social (3).

Esta perspectiva de ciudadanía es la que posibilita la comprensión de dos procesos articulados: 1) la participación en salud y 2) el servicio a la ciudadanía. Entender de manera amplia la participación como ejercicio de ciudadanía activa implica que la gente, por un lado, se organiza, se moviliza y exige la garantía del derecho a la salud, y, por otro, busca y demanda información y respuestas por parte del Estado, y así obtiene recursos de conocimiento suficientes para desarrollar sus acciones de exigibilidad para la garantía del derecho.

En síntesis, la política diseñada entendió la participación social, junto con el servicio a la ciudadanía, como una acción política organizada que empodera a la ciudadanía, fortalece su tejido social, con miras a construir poder para incidir efectivamente en el conjunto de decisiones públicas en salud, a favor de la resolución de las necesidades sociales y sanitarias (2).

Situación de los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía en salud en la ciudad

Al sistematizar el tema de situación de la participación y el servicio a la ciudadanía en las unidades de análisis, lo primero que llamó la atención es que las referencias a las dificultades fueron mayores que a las fortalezas.

Una de las preguntas generadoras que se ubicaron dentro de las unidades de análisis fue cuáles creían que eran las limitaciones y las fortalezas de la participación, así como, a la vez, las consideraciones para que estas se tomaran o se entendieran como fortalezas o delimitaciones. Para su sistematización se fueron creando grupos por las similitudes en las razones expuestas para considerarlas limitaciones o fortalezas. Una vez ubicadas, se agruparon por similitudes.

Al analizar estos grupos, se encontraron características, propiedades y significaciones en común que posibilitaron la clasificación y la creación de una categoría de acuerdo a unos principios teóricos. Pero en el momento de sintetizar las diferentes categorías, para que pudieran ser materializadas y ejecutadas por una política pública, volvían a ser integradas, según similitudes y complementariedades, en una línea de la política de participación. Ya no solamente se trataba de explicar y dar razón de una percepción, sino que dicha percepción de las fortalezas y las limitaciones se ponían en común y se utilizaban como horizontes de sentido para potenciar y desarrollar la Política.

Entre las fortalezas que las personas de la comunidad ubicaron se destacaron:

- ***Organización:*** Se da una valoración sobre el sentido comunitario de la organización y la promoción de acciones para resolver las necesidades; en ella se ve una apreciación más colectiva.

- ***Veeduría y seguimiento:*** La fortaleza se ubica en el alto valor que se le da al seguimiento a las inversiones y a la prestación de los servicios de atención.

- ***Apoyo a las formas de participación:*** Se reconoce como una fortaleza el apoyo por parte de algunas instituciones, como el hospital y la alcaldía local, a las formas de participación.

- ***Calidad de los funcionarios:*** Referida a las capacidades y las trayectorias de los funcionarios.

- ***Capacitación:*** La formación dada por diferentes instituciones es considerada un aporte para mejorar el conocimiento, lo que se convierte en recursos de poder.

- ***Información:*** El acceso a cierta información que no todos los usuarios tienen; especialmente, sobre el funcionamiento y el acceso a servicios en el hospital.

- ***Programas:*** Apertura de la participación en programas de corte social, como Salud a su Hogar[6].

6 Programa que posteriormente pasaría a denominarse Salud a su Casa.

- ***Trabajo intersectorial:*** La perspectiva de trabajar en red dentro de lo local.

En cuanto a las fortalezas que los servidores públicos ubicaron, se destacó el tema de la inversión financiera, dada por la destinación de recursos por parte de los hospitales y la SDS para la participación.

Con base en los elementos discutidos en las unidades de análisis, de reconocimiento a aspectos positivos en los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía, la Política los recogió y los sintetizó de esta manera (2):

- ***Renovación de la perspectiva de la participación:*** Impulso a una participación entendida como acción política para transformar y generar condiciones, para que los actores sociales se empoderen, fortalezcan el tejido social y la organización, para construir un poder que incida efectivamente en el conjunto de decisiones públicas en salud y en la calidad de vida.

- ***Reorientación del servicio a la ciudadanía:*** Se reconoce a la ciudadanía como la razón de ser de las entidades distritales y como el eje de la gestión pública.

- ***Creación de nuevos escenarios y espacios para la participación:*** La creación de escenarios locales y distritales para la reflexión, la rendición de cuentas y el debate, como las Asambleas Distritales por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida, los encuentros distritales de copacos y asociaciones de usuarios, y las Unidades de Análisis Comunitario, entre muchas otras.

- ***Fortalecimiento y gestión de formas organizativas:*** Impulso a la puesta en marcha de ejercicios de planeación dentro de las formas organizativas de salud, y ampliación a nuevas organizaciones sociales con trabajo por la salud en la ciudad.

En cuanto a las limitaciones, los miembros de la comunidad destacaron:

- ***Falta de apoyo:*** Falta de incentivos para la participación; falta de espacios físicos para trabajar y para las reuniones; falta de recursos para los aspectos operativos que demanda la participación.

- La primacía de perspectivas individualistas e intereses particulares que fracturan la construcción de lo público.

- ***Reconocimiento y empoderamiento:*** Falta de reconocimiento y de empoderamiento, lo que deslegitima la participación y a los líderes frente a las instituciones, e impide procesos de negociación social.

- ***La salud entendida como servicio:*** No conocer ni asumir la salud como un derecho, sino como vinculada al servicio y la enfermedad, y restándole así poder a lo colectivo.

- ***Problemas en la comunicación:*** Debilidad en la calidad de la información, en la retroalimentación y en los canales de comunicación entre los líderes y las comunidades, y entre las comunidades y las instituciones.

- ***Lógica institucional:*** Se institucionaliza la participación; esta se hace nominal y sujeta a las normas.

En cuanto a las limitaciones que ubicaron los servidores públicos, estuvieron:

- ***Funcionamiento y organización interna:*** Señalan como las principales dificultades para la participación: el funcionamiento de la organización para participar, la forma de enfrentar las contradicciones, la personalización y los continuos conflictos, además de la manipulación.

- ***Caracterización de la población que participa:*** Las personas que participan son, casi todas, adultos mayores, con una perspectiva tradicional, que participan en diferentes espacios locales y distritales y personalizan la participación; por otro lado, la participación de los jóvenes es muy escasa.

- ***Falta de autonomía:*** Son organizaciones que no tienen autonomía, pues dependen de las directrices del funcionario, lo que se evidencia en el cansancio entre sus integrantes, la poca incidencia y la baja representatividad.

- ***Participación como clientela:*** Esta visión se nota más durante las épocas electorales. En ella resaltan los intereses personales de usar las organizaciones sociales como un caudal cautivo de las

tendencias políticas y de los micropoderes de la localidad, lo cual genera un oportunismo político.

- ***Recurso humano:*** Se llama la atención sobre la falta de contratación de más profesionales para las áreas de participación y servicio en salud a la ciudadanía, sobre el tipo de contrato, que no permite la continuidad de los procesos, y sobre las múltiples funciones que debe cumplir el personal contratado.

- ***Falta de incentivos:*** Se ve como un punto crítico la falta de incentivos para quienes participan; más, si se toman en cuenta sus necesidades económicas, dado que la población muchas veces termina financiando su propia participación.

- ***Falta de cualificación:*** Es evidente en algunos funcionarios; sobre todo, en cuanto a los temas de participación, lo que, en gran medida, lleva a que les den más importancia a las actividades que a los procesos.

- ***Inversión:*** Aunque las instituciones se comprometen verbalmente con la participación, eso no se expresa en inversiones en los procesos, ni para el apoyo o la dotación a las oficinas de participación.

- ***Escepticismos y desgaste de la participación:*** Hay poca credibilidad en los procesos de participación, y cuando estos se dan, son formas que legitiman la institución. Se confunde la participación con el simple hecho de estar inscrito a una forma orgánica preestablecida desde las instituciones. En muchos casos, la participación se confunde con el clientelismo y la actividad de la politiquería, lo que la convierte en una dificultad para la vinculación de nuevos miembros.

- ***Usufructo individual de lo público:*** Existe un interés personal, por parte de los líderes, de obtener un usufructo de su papel protagónico; bien puede expresarse en la preferencia para la atención médica, el reconocimiento personal y social, el manejo político, el prestigio u otras dádivas. Por lo general, asumen una posición de exigencia, de lo que "se les debe dar". En sus comunidades, los líderes no generan consensos ni autonomías, sino un ejercicio de autoritarismo, lo que inhibe la participación de otras personas.

- ***Lo público como prestación de servicios:*** Las personas que ejercen la participación lo hacen desde una exigencia del servicio, de la calidad del servicio que se les debe dar, y dentro de la lógica no del derecho, sino como un servicio que se encuentra dentro del marco de un contrato. Es la exigencia al hospital, a los médicos y a los medicamentos, donde resalta el elemento curativo. Ser miembros de una forma de participación en salud los ubica en un puesto importante, desde donde pueden obtener algún tipo de prebendas por parte del hospital; se observa, además, que la representación tiende a desviarse más a satisfacer los intereses y las necesidades individuales o del núcleo cercano, más que las comunitarias.

- ***Desarticulación local y distrital:*** No hay suficientes puentes de comunicación y articulación entre las instituciones en el orden sectorial, ni en los ámbitos local y Distrital.

- ***Canales de comunicación:*** Hace alusión a la falta de canales y a la falta de uso de canales eficientes, lo cual hace que la información se pierda, se distorsiones o no llegue a su destinatario.

- ***Manejo de la información:*** No existe comunicación; esta se reduce a emisiones de información que, por lo general, se desvirtúan, se guardan, se pierden o se alteran. En los casos cuando se da la retroalimentación, esta no se tiene en cuenta ni es incorporada en un nuevo mensaje, por lo cual el proceso comunicativo, el flujo continuo de información, es interrumpido.

Recogiendo este análisis, la Política ubicó como limitaciones para el ejercicio de la participación social en salud (2):

- ***Debilidad de la cultura democrática:*** Debido a la prevalencia del interés particular sobre lo general, lo que afecta las posibilidades reales de construcción de lo público.

- ***Fractura entre lo social y lo político:*** No se reconocen con claridad los nexos entre lo social y lo político, lo que produce una tensión y fractura entre la participación social y la representación política.

- ***Desarticulación distrital de la salud:*** Se presenta entre los diversos niveles del sistema de salud; específicamente, entre las directrices, los lineamientos y las prioridades del nivel central respecto a las

necesidades del ámbito local, y, a su vez, con las de los microterritorios.

- ***Fractura entre las instancias de participación:*** Cada una de dichas instancias obedece exclusivamente a su propia lógica, y no hay puentes de comunicación. En el caso de la salud es evidente; llega, incluso, a ocurrir que las formas de participación en salud que existen en una misma institución no interactúan.

- ***Participación institucionalizada:*** Los espacios y la forma de participación en salud están ligados a las instituciones de atención sanitaria, lo cual limita su acción a asuntos relacionados tan solo con la prestación de servicios de salud, sin que se logre integrarla a un contexto más amplio: la salud como calidad de vida.

- ***Participación instrumentalizada:*** Se convoca a la comunidad y se esgrime su participación para legitimar decisiones que la institucionalidad ya ha tomado, sin contar efectivamente con la opinión de las comunidades.

- ***Participación sin eficacia:*** Muchos de los espacios de participación comunitaria que existen no funcionan adecuadamente, y su capacidad de incidencia sobre la toma de decisiones es muy precaria.

- ***Fractura entre líderes sociales y sus bases:*** Hay un divorcio entre representados y representantes. Esta situación se evidencia en los escenarios de participación comunitaria en salud, donde son muy débiles los mecanismos democráticos de representación y donde los representantes están lejos de las bases comunitarias.

- ***Debilidades de la organización comunitaria expresadas en:***

  - ◇ Baja capacidad de incidencia en el escenario público.

  - ◇ Desempeño, básicamente, en los ámbitos barrial y zonal, sin constituirse en actores locales y distritales.

  - ◇ Reducida capacidad de gestión, insuficiente para posibilitarles que adelanten de forma autónoma proyectos y canalicen recursos.

  - ◇ Operan más como aparatos que como instrumentos ágiles de acción colectiva en la consecución de fines sociales.

  - ◇ Presentan conflictos internos, derivados de permanentes luchas por micropoderes y afanes de protagonismo. En algunos casos, las lógicas clientelistas dominan las relaciones internas y externas.

  - ◇ Poca credibilidad en las instancias del Estado, lo que obedece, en muchas ocasiones, a la falta de reconocimiento, por parte del Estado, de la voz de los ciudadanos en las decisiones públicas.

- ***Debilidades institucionales expresadas en:***

  - ◇ Una concepción de participación que no reconoce de manera contundente a los ciudadanos como sujetos de derechos, ni la construcción de la salud como un hecho público y social.

  - ◇ Prevalece la lógica institucional sobre los procesos y las dinámicas locales, debido a la sujeción a la normatividad.

  - ◇ Limitada capacidad técnica, discursiva y de recursos, lo cual le impide a la institucionalidad disponer de medios efectivos que faciliten los procesos de participación.

  - ◇ Desarticulación entre el Área de Participación y Servicio al Ciudadano de las ESE y otras áreas estratégicas, como salud pública, planeación, aseguramiento, y desarrollo de servicios. De igual forma, hay desarticulación entre las instancias distritales y las locales.

Entre las limitaciones para los procesos de servicio a la ciudadanía en salud, la Política ubicó (2):

- ***Fragmentación del Sistema de Salud:*** Ni los lineamientos ni, incluso, la normatividad vigentes satisfacen las necesidades de los usuarios de los servicios de salud, lo que genera tensiones entre las áreas de servicio al ciudadano con la ciudadanía, al ser esta última el primer punto de encuentro de la institucionalidad con la comunidad inconforme.

- ***Debilidad de cultura de exigibilidad del derecho de forma colectividad:*** No obstante haberse avanzado en la socialización de los mecanismos de exigibilidad del derecho a la salud dirigida a las instancias de las formas de participación en salud, no se ha llegado a la exigibilidad de tal derecho de manera colectiva.

- ***Fractura entre lo individual y lo colectivo:*** Se da un choque entre intereses individuales e intereses colectivos. En el sector salud, esta fractura ha sido impulsada por el propio modelo de salud, que sitúa a los individuos como clientes, y no como ciudadanos, y, por lo tanto, tiende a primar la resolución individual de los problemas subordinando la acción colectiva.

- ***Fractura de la comunicación entre las instancias de participación y las de servicio al ciudadano:*** No se evidencian vías de comunicación e intercambio claras entre las instancias de participación social y las áreas de servicio al ciudadano, lo que impide una articulación entre los procesos de movilización social, información y exigibilidad del derecho a la salud.

- ***Falta de articulación intrainstitucional:*** Esta ha implicado asumir que el responsable de la solución de los problemas es la instancia de servicio al ciudadano, y parece que las otras áreas misionales no tuvieran responsabilidad en ello.

- ***Prevalece la lógica institucional:*** Sobre la dinámica y los diagnósticos de necesidades evidenciadas a través de los diferentes canales de atención al ciudadano en salud, lo cual conlleva que ni los lineamientos ni las directrices contractuales con los prestadores de servicios de salud satisfagan las necesidades y las expectativas de los usuarios.

- ***Limitaciones para la gestión:*** El desarrollo de las actividades de servicio al ciudadano no dispone de la documentación suficiente; se evidencia una gestión de forma reactiva, con escaso desarrollo tecnológico.

De manera específica frente al tema normativo (otro aspecto del contexto situacional de la participación y el servicio a la ciudadanía), la mayoría de los miembros de las comunidades plantearon que la norma limita, y dicha limitación es por diferentes causas: 1) las normas no son claras; 2) las normas permiten diferentes interpretaciones, ponen obstáculos y límites tanto a la participación como a los servicios; 3) las normas no se difunden, no se dan a conocer, y 4) son normas que favorecen a las instituciones, y no a la comunidad.

Otra mirada menos amplia desde las comunidades es que las normas sí han facilitado tanto la participación como la prestación de los servicios, que han legitimado algunos espacios de participación, aunque de una forma no integral, y que es necesario ampliarlas y profundizarlas.

Frente a este contexto normativo, los servidores públicos plantearon diversos aspectos, entre los que destacaron: 1) las contradicciones entre la normatividad nacional y las políticas distritales, contradicción que se expresa en el aseguramiento y en las demás formas de vinculación al sistema y al servicio; 2) existe un desconocimiento, por parte tanto de los funcionarios como de los usuarios, de las normas y las leyes que los rigen; 3) no hay claridad en cuanto a las funciones y las responsabilidades; la norma permite interpretaciones, y, por tanto, se puede asumirla desde diferentes puntos de vista; 4) hacen falta normas que clarifiquen más las competencias de las formas de participación en salud, así como de las diferentes oficinas y programas; 5) son necesarias más limitaciones al control social, en tanto la mayoría de las normas hacen énfasis en la falta de establecer responsabilidades, límites de intervención y los requisitos disciplinarios para ser veedor. La norma no es clara en cuanto a las responsabilidades; en especial, las de los órganos que supervisan o asumen controles sociales.

La Política retomó esta discusión normativa y ubicó un grupo de dificultades en los procesos de participación social en salud y servicio a la ciudadanía derivados de este componente, y entre las cuales se mencionaron (2):

- Proliferación de mecanismos de participación ciudadana y el desconocimiento de su operatividad, lo que genera una multiplicidad de espacios sin un norte suficientemente claro.

- Algunas formas de participación en salud han dado lugar a una creciente burocratización. Son múltiples los espacios definidos y habilitados por las normas, y frente a la escasa participación de la

ciudadanía hacen que los mismos lideres estén en muchos de ellos, sin mayor capacidad para impulsar procesos, y sí, por el contrario, concentrando información y poder con una perspectiva burocrática, y sin mayor capacidad de incidencia real en los procesos públicos.

- La institucionalidad y sus normas definen una lógica de representatividad que fractura las posibilidades de generar procesos capaces de constituir sentidos compartidos en torno a la calidad de vida o la salud, lo cual, a su vez, termina produciendo que el objetivo de la participación sea ganar la representación de la comunidad en los espacios institucionales.

- El hecho de que las distintas formas organizativas han apropiado una regulación interna a manera de estatutos, muchos de los cuales desbordan las disposiciones legales que las regulan, conlleva que con dichos reglamentos se viole o se limite el derecho a la libre asociación, y eso constituye una barrera para el proceso de participación social. Las formas organizativas pueden entenderse, de alguna manera, porque buscan imponer en sus reglamentos disposiciones encaminadas a garantizar intereses de índole personal, como, por ejemplo, su permanencia en la dirigencia de la organización o la posibilidad de acceder a cargos de representación ante otras instancias, como a la junta directiva de las Empresas Sociales del Estado (ESE).

- Está vigente una normatividad de la participación por sectores que no logra asumir de manera integral los problemas ni las necesidades sociales, por lo cual cada institución actúa por aparte, con sus propios mecanismos de participación, lo que ahonda la multiplicidad y la fragmentación de la participación en la ciudad.

De esta manera, la Política consideró que los impulsos a la participación deben tener una base institucional-normativa, pero fortaleciendo una perspectiva de autonomía de las comunidades, en el entendido de que la salud es una construcción social, y, por ello, les corresponde a todas las personas involucradas asumir responsablemente dicha construcción, lo que demanda un amplio debate sobre la manera como las normas conciben y buscan desarrollar la participación.

Con este balance situacional, dado por el ejercicio de las unidades de análisis, se concluyó que permanece la necesidad de reorientar los procesos de participación ciudadana y servicio a la ciudadanía en salud buscando superar los problemas identificados, y partiendo de los acumulados que se tenían, con el fin de avanzar en la realización del derecho a la participación en salud en la ciudad.

Las líneas de acción de la Política pública de participación

El ejercicio colectivo de discusión y debate en las unidades de análisis brindó una gran riqueza de propuestas y alternativas para mejorar los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía en salud en Bogotá.

Recogiendo las propuestas de los miembros de las comunidades y de los servidores públicos, y teniendo como marco los aspectos situacionales de la participación en salud en la ciudad y la postura conceptual sobre la participación que asumió la Política, así como el conjunto de las normas en participación, se organizaron los objetivos y los lineamientos de la Política Distrital de Participación Social y Servicio al Ciudadano en Salud.

El objetivo general establecido por la Política fue fortalecer el ejercicio de ciudadanía activa para avanzar en la garantía del derecho a la salud y promover las prácticas de exigibilidad, con miras a profundizar la democracia en la ciudad.

Los objetivos específicos establecidos por la Política fueron:

- Aportar al fortalecimiento de la acción política ciudadana desde el sector salud, para avanzar en la garantía del derecho a la salud.

- Aportar a la superación de la fragmentación organizativa y política de la participación ciudadana, tanto en el interior del sector salud como en la ciudad, impulsando la constitución y la puesta en escena del Sistema Distrital de Participación y la Política Sectorial de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud.

- Fortalecer la institucionalidad del sector salud para que aporte en la consolidación de los procesos de

participación social y servicio a la ciudadanía en salud en la ciudad.

- Contribuir en la democratización de las formas institucionales de participación ciudadana en salud.

- Apoyar la construcción y la consolidación de las diversas formas organizativas sociales en salud de carácter autónomo.

- Aportar en la construcción social de la salud.

- Ejercer rectoría sobre todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en los órdenes distrital y local, en lo que compete a los procesos de participación social en salud.

- Ejercer rectoría sobre el componente de Servicio a la Ciudadanía en Salud dentro del marco del Sistema de Gestión de la Calidad y la Política Distrital de Servicio al Ciudadano, orientando la articulación sectorial y transectorial de las Oficinas de Atención al Usuario/Servicio al Ciudadano con la perspectiva de proteger y promover el derecho a la salud de toda la ciudadanía.

Se establecieron cinco líneas de acción de la Política; a saber:

- ***Línea 1:*** Fortalecimiento del reconocimiento de la ciudadanía activa en salud: frente a la baja participación social en salud en la ciudad, se hace necesario impulsar una amplia cultura política que tenga como centro que los miembros de las comunidades se reconozcan a sí mismos como titulares del derecho a la salud y activen su ejercicio de ciudadanía en el sector salud, para que participen de manera activa y permanente en la vida política del barrio, la localidad y Bogotá, y desarrollen a procesos de exigibilidad por el derecho a la salud.

- ***Línea 2:*** Fortalecimiento institucional para profundizar la ciudadanía activa en salud: frente a las debilidades institucionales para promover los procesos de participación social y el servicio a la ciudadanía en salud, se fortalecerán las estructuras institucionales que tienen como responsabilidad promover y desarrollar los componentes de participación social y servicio a la ciudadanía en salud en los ámbitos locales y en el distrital.

- ***Línea 3:*** Fortalecimiento de la organización social autónoma en salud y de las formas de participación en salud: la participación social es posible en tanto se configuren organizaciones, procesos y escenarios que la impulsen y la sostengan. Por tal razón, y según el planteamiento de la necesidad de que las comunidades avancen en ejercer de manera autónoma la ciudadanía en salud, se impulsará el desarrollo de la organización social autónoma en salud, que, a su vez, debe nutrir y fortalecer las diversas formas normadas de participación en salud que hay en la ciudad. Así mismo, dicho fortalecimiento autónomo de las organizaciones sociales debe posibilitar que los desarrollos de servicio a la ciudadanía en salud se den de manera fluida y democrática, con el fin de que doten a las organizaciones de información fundamental para el impulso a los procesos de exigibilidad del derecho a la salud que deben adelantar.

- ***Línea 4:*** Articulación de acciones locales, distritales, regionales, nacionales e internacionales para potenciar la ciudadanía activa en salud: con la perspectiva de superar la fragmentación de la participación social y de los procesos de servicio a la ciudadanía en salud, se generará un proceso de articulación entre diferentes ámbitos: intrasectorial; entre los diversos sectores (transectorial); entre lo local y lo distrital, y con lo regional, lo nacional y lo internacional.

- ***Línea 5:*** Fortalecimiento de la gestión social territorial para la garantía del derecho a la salud: el sentido último de la participación es lograr respuestas al conjunto de necesidades sociales y sanitarias de la población en territorios específicos, razón por la cual se impulsarán procesos de gestión social integral que posibiliten reordenar las respuestas institucionales y comunitarias para enfrentar las necesidades, con el fin de incidir en las afectaciones de los determinantes de la calidad de vida y la salud. Esto demanda un proceso de trabajo articulado con el conjunto de instituciones y de formas organizativas que hacen presencia en los territorios.

El impulso a las mencionadas líneas se hizo a través de un conjunto de estrategias y acciones de tipo comunicativo, educativo, organizativo, movilización social, gestión territorial, rectoría y producción de conocimiento, que fueron impulsadas en las 20 localidades

de la ciudad por el equipo de trabajo de la DPSSC y los de las Oficinas de Participación de las ESE[7].

Por último, cabe mencionar que, en un esfuerzo por instituir la Política, se elaboró una propuesta de norma en conjunto con representantes de la comunidad, elegidos en la Tercera Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Calidad de Vida. Tras un largo proceso de debates y ajustes entre la DPSSC y la Secretaría General de la Alcaldía Mayor, se sancionó el Decreto 530 de 2010, con el cual se adoptó la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud para Bogotá, Distrito Capital (4).

Discusión

El uso de metodologías para el diseño participativo de políticas públicas juega un papel central para que dichos procesos permitan involucrar al mayor número de personas y aprovechar al máximo la riqueza de sus saberes y sus prácticas (5). Al mismo tiempo, se sabe que las políticas diseñadas de manera participativa tienen mayor legitimidad y mejor implementación, en contraste con las que han sido elaboradas sin participación. Es el caso de las evidencias de que la participación de las comunidades ha contribuido a constituir sistemas de salud equitativos, por su enfoque centrado en las personas y en la población, en la acción intersectorial por la salud y en el empoderamiento y en la movilización social (6-9).

Igualmente, se sabe que donde las comunidades se involucran directamente en sus asuntos de salud, se organizan y participan, tienen la posibilidad de hacer oír su voz, incidir en la orientación de las políticas públicas de salud y hacer seguimiento a través de ejercicios de control social, y así conseguir impactos positivos en sus condiciones de salud, de bienestar y de equidad social; por todo ello, la participación se reconoce como un determinante protector de la salud (5).

En la experiencia de diseño de la Política descrita en este artículo la metodología de las unidades de análisis posibilitó, sin lugar a dudas, recoger la enorme riqueza de conocimientos y praxis de los miembros de la comunidad y de los servidores públicos involucrados en el ejercicio, lo que, a su vez, permitió conocer las diversas maneras de comprender la participación y el servicio a la ciudadanía en salud, analizar la situación de estas en Bogotá y recoger un conjunto de iniciativas para configurar la Política.

En relación con los resultados obtenidos del ejercicio de sistematización de las unidades de análisis, resaltan varios elementos que vale la pena discutir:

Por un lado, se encontró que las formas de comprender la participación social y el servicio a la ciudadanía en salud tienen un espectro muy amplio y heterogéneo; en tal sentido, como elementos más relevantes en las concepciones se ubican los aspectos referidos a la información, la organización y el derecho.

La referencia al acceso a la información aparece como un factor de poder, en tanto posibilita conocer el funcionamiento de los servicios y establecer relaciones, lo que le otorga un lugar privilegiado a quien participa. Este asunto evidencia como tema de mayor interés en la participación el funcionamiento de los servicios de salud, lo que tiende a limitarla a los aspectos asistenciales, y así descuidar aspectos más amplios e integrales de la determinación social de la salud (10).

Tal comprensión de la participación se articula con la del servicio a la ciudadanía, entendida como un mecanismo institucional para entregar información a la ciudadanía con el fin de que esta sepa cómo puede hacer uso de los servicios de salud. Se entiende que dicho servicio es un medio para informar y formar a la gente, tanto en los derechos que le da el SGSSS como en los deberes, y ello equipara los deberes con el derecho (incluso, los antepone), por lo cual se plantea que antes de que la gente exija derechos debe cumplir con los deberes, asunto que amerita recalcar que los derechos tienen una mayor jerarquía y no pueden estar sujetos a precondiciones, sin que ello obvie actuaciones de corresponsabilidad de los individuos.

Estas miradas evidencian el sentido que se tiene sobre la participación y la atención al usuario, ligadas ambas a la lógica de la salud como atención a la enfermedad y en la lógica de servicio que ubica a las personas como usuarios o clientes, y no como ciudadanos (11).

La participación entendida como vinculación en formas organizativas (principalmente, en las formas organizativas normadas) es una comprensión que liga

7 Cabe comentar que se evaluó la implementación de la Política, y ello generó una línea de base. La metodología y los resultados de esta evaluación se describen en otro artículo.

actuación con articulación colectiva, solo que, para este caso, dichas formas de organización colectiva no han sido propiamente iniciativa de las comunidades, sino que han sido propuestas y controladas desde la institucionalidad de salud.

Del anterior postulado surgió la reflexión en torno a las tensiones producidas entre la institucionalización de los procesos de participación en salud, en comparación con procesos autónomos organizativos. La Política, en tal sentido, hizo una apuesta por el impulso a la autonomía, en el entendido de que es la vía para replantear las relaciones entre Estado y sociedad civil, y donde la institucionalidad respalda y apoya los procesos de participación, pero no los coopta ni los instrumentaliza, asunto que posibilita avanzar en la configuración de una democracia real y con poder real para la gente (12).

Por otra parte, la participación entendida como un derecho humano es una mirada renovada, que la entiende como un derecho establecido constitucionalmente, como una responsabilidad del Estado. De esta comprensión emergió la categoría de *ciudadanía en salud,* la cual permite comprender que las personas son portadoras de la titularidad del derecho tanto de participación como de salud (13,14). De ahí se desprendió que la participación debe ser para el impulso y el fortalecimiento de la ciudadanía en salud, aspecto clave que posibilitaba avanzar en otra dirección, en sintonía con el enfoque de derechos del plan de desarrollo de la ciudad.

A su vez, esta perspectiva de ciudadanía fue la que posibilitó la comprensión articulada de la participación en salud y el servicio a la ciudadanía, al entender de manera amplia la participación como ejercicio de ciudadanía activa, lo cual implica que la gente se organice, se movilice y exija la garantía del derecho a la salud y demande información y respuestas por parte del Estado, y así obtenga recursos de conocimiento suficientes para desarrollar sus acciones de exigibilidad para la garantía del derecho (3).

Con estos elementos para comprender la participación, la Política reconoció como un precepto fundamental que la participación se halla fuertemente relacionada con el ejercicio de poder; es decir, la participación es un asunto de relaciones de poder (12,15), donde quienes tienen mayores recursos de poder orientan las decisiones a favor de sus intereses, razón por la cual se requiere contribuir a dotar a las comunidades de recursos de poder, y esperar que, por esa vía, las decisiones tomadas favorezcan lo público, lo colectivo.

Por otro lado, los resultados obtenidos del análisis hecho frente a la situación de la participación y el servicio a la ciudadanía en salud permitieron evidenciar diversos asuntos, reconocidos también en otras investigaciones (3,16,17), y relativos a diversos temas.

Uno de tales asuntos se refiere al liderazgo, que suele ser personalizado, contrario a una experiencia colectiva de consensos. La primacía de la perspectiva individual fortalece una perspectiva del interés privado por encima del público, lo que, a la vez, lleva a la burocratización, pues no se quieren perder privilegios, y a que se les cierre a otros la participación, lo cual dificulta ampliar las bases de las organizaciones, tendencia propia de nuestra cultura política clientelar e individualista.

El mencionado tipo de liderazgos también plantea preguntas acerca de su legitimidad, al evidenciar problemas sobre cómo son elegidos sus detentadores, sobre cómo establecen relaciones con la gente, sobre los métodos de trabajo y de toma de decisiones que establecen, sobre las rendiciones de cuentas que presentan y sobre la capacidad de control que tiene la gente sobre ellos.

Tal situación implicaba retomar la representación y la participación sustentadas en el consenso de las comunidades y dentro de las formas normadas de participación, revisar los requisitos para ser miembro, los ejercicios de elegir la representación y sus renovaciones.

Se hizo notoria la presencia de una fractura entre lo individual y lo colectivo, que genera choques entre intereses individuales y colectivos. En el sector salud, dicha fractura se ha profundizado, producto del modelo de salud que sitúa a los individuos como clientes y no como ciudadanos, y, por tanto, tiende a primar la resolución individual de los problemas, a la cual se subordina la acción colectiva (18).

Otra dificultad reconocida tiene que ver con el funcionamiento de la organización para participar, la forma de enfrentar las contradicciones, la personalización y los continuos conflictos, además de la manipulación.

Es importante resaltar cómo en este punto los funcionarios asumen una posición de dirección de las formas de participación, lo cual les impide verlas como una organización que debe ser autónoma, y por ello asumen que allí hay unas personas que apoyan la realización de algunas actividades determinadas por los funcionarios, asunto que vuelve a remitir a la institucionalización y la instrumentalización de la participación.

La falta de contratación de más profesionales para estas áreas, el tipo de contrato (que no permite la continuidad de los procesos) y las múltiples funciones que debe cumplir el personal contratado fueron otros de los problemas ubicados, y se relacionan con el modelo laboral de tercerización, donde la contratación se da a través de empresas intermediadoras; para el caso del sector salud, esa ha sido una modalidad muy extendida (18).

Otro problema evidenciado es la desarticulación entre los hospitales y las instituciones distritales con presencia local, lo cual lleva a una desarticulación en las políticas distritales, al no permitir la interinstitucionalidad o el trabajo en red.

Como un último tema por destacar de la situación, se encuentra el de la estructura normativa. Allí se encontró que la mirada y la acción del sector salud en la ciudad se han concentrado en el desarrollo y el fortalecimiento de los mecanismos de participación comunitaria en torno a las dinámicas propias de las instituciones y a la entrega de información básica sobre el acceso a los servicios de salud, así como a una lista de derechos y deberes de los usuarios en el sgsss, y ello ha ocasionado que la participación y el servicio a la ciudadanía hayan quedado fuertemente contenidas en la institucionalidad, en el componente de prestación de servicios de salud y en los temas de atención a la enfermedad, lo cual ha despojado a la participación social y al servicio a la ciudadanía de temas centrales, relacionados con la garantía del derecho a la salud, referentes a los procesos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los bienes, los programas y los servicios de salud.

Finalmente, los resultados en torno a los aportes hechos para dar salida a las problemáticas y establecer los aspectos centrales de una política de participación evidenciaron las capacidades interpretativas y propositivas de las comunidades, y permitieron así reconocer que hay acumulados de saberes y de trayectorias que pueden jugar un papel importante en el diseño de respuestas públicas a las necesidades comunitarias.

Las salidas propuestas fueron de un amplio espectro relativo al fortalecimiento del ejercicio de ciudadanía, al fortalecimiento institucional para el desarrollo de los procesos de participación y servicio a la ciudadanía, al apoyo y el impulso a las organizaciones sociales que trabajan en el tema de salud, la generación de procesos de articulación en los diferentes ámbitos distritales, y el impulso a procesos de gestión social territorial, como camino para lograr la intersectorialidad respondiendo a las necesidades concretas de las comunidades en sus territorios de vida.

Las propuestas hicieron un especial énfasis en la necesidad de desarrollar procesos de formación y comunicación, metodologías para los procesos organizativos y de movilización social, desarrollo de la rectoría en participación y servicio a la ciudadanía por parte de la institucionalidad, así como producción de conocimiento a partir de las experiencias de participación en salud en Bogotá.

Conclusiones

La experiencia hace evidente que cuando hay voluntad política en un gobierno es posible la construcción participativa de políticas públicas, lo que amplía la legitimidad social de estas, fortalece la construcción de la democracia, el sentido de lo público y la generación de respuestas más adecuadas a las necesidades comunitarias.

La experiencia de diseño participativo de la Política de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud evidenció el valor de las interpretaciones y las propuestas de las comunidades, relacionadas con sus acumulados de saberes y de trayectorias, que jugaron un papel importante en el diseño de la Política.

Las metodologías con las que se impulsa el proceso de diseño participativo de políticas públicas son un aspecto clave, en tanto si se es asertivo con ellas se podrá involucrar un número importante de personas y aprovechar al máximo la riqueza de sus saberes y sus experiencias.

En cuanto a la tensión entre institucionalización y autonomía de la participación, se requiere una apuesta

por el impulso a la autonomía organizativa en el entendido de que esa es la vía para replantear las relaciones entre Estado y sociedad civil, donde la institucionalidad respalda y apoya los procesos de participación, pero no los coopta ni los instrumentaliza, pues por esa vía es posible avanzar en una democracia real.

Otro elemento importante es el reconocimiento de recursos de poder en el juego de la participación. El ejercicio adelantado permitió evidenciar que la información y el conocimiento son recursos importantes de poder, por lo cual su control siempre se halla en disputa.

Por último, es importante destacar que se requiere ahondar en los ejercicios de diseño participativo de las políticas públicas y ampliar la participación en las decisiones importantes de salud en Bogotá, incluyendo las metodologías de presupuestación participativa, para concretar el ideario de una ciudad de derechos con una ciudadanía activa y una democracia real.

Agradecimientos

El diseño y la implementación de la Política Distrital de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud fue posible gracias a la participación activa de las comunidades organizadas en salud de Bogotá, al conjunto de profesionales de la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano y de las Oficinas de Participación Social y Atención al Usuario de las ese de Bogotá. A todos ellos, un sincero agradecimiento.

Referencias

1. Secretaría Distrital de Salud (SDS). Memorias generales. Tercera Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y a la Seguridad Social. Bogotá: SDS; 2008.

2. Secretaría Distrital de Salud (SDS). Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano. Política Distrital de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud. Bogotá: SDS; 2008.

3. Carmona LD, Casallas AL. La participación social en salud: una vía para construir ciudadanía [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Pedagógica Nacional; 2005.

4. Alcaldía Mayor de Bogotá. Decreto 530 del 21 de diciembre de 2010 "por el cual se adopta la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud para Bogotá, Distrito Capital". Bogotá; 2010.

5. Vega R, Torres-Tovar M. Participación comunitaria en atención primaria y planeación local en salud. En: Malagón G, Moncayo A (editores). Salud Pública-Perspectivas. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2011. Cap. 4.

6. Vega R, Torres-Tovar M. El papel de la Sociedad Civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2011;37 [citado 2011 nov. 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200008&lng=es.

7. Vásquez M, Siqueira E, Kruze I, et al. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. Gaceta Sanitaria. 2002;16:30-8.

8. Gianella C. El concepto de participación en el diseño de políticas públicas de salud: aportes desde los derechos. Documento presentado en: I Congreso en Gobierno, Administración y Políticas Públicas. Estado del Arte, Desafíos y Propuestas; 2010. Madrid.

9. Uzcátegui JL. La Participación ciudadana en salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional: ¿De la representatividad a la participación protagónica? [tesis doctoral]. [Valencia]: Universidad de Carabobo; 2005.

10. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Documento presentado en: Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. CEBES 2010; Rio de Janeiro.

11. Torres-Tovar M. ¿Y cómo va el tema de participación en la reforma de salud? Participación Al Día. 2011;32:7.

12. Harnecker M. Democracia y participación popular. En: Construcción del poder local en salud. Descentralización, participación y liderazgo. Cuadernos para el debate No. 3. Caracas; 2003.

13. Berlinger G. Salud y ciudadanía en los finales del siglo. Ponencia en: VII Congreso de Medicina Social. 1997. Buenos Aires.

14. Castro MC. De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud. Región y Sociedad. 2010;22:283-90.

15. Foucault M. El sujeto y el poder. Revista Mexicana de Sociología. 1988;50:3-20.

16. Velásquez F. La participación ciudadana en Bogotá. Mirando el presente, pensando el futuro. Bogotá: Alcaldía Mayor; 2003.

17. Fernández R. Visión panorámica de la participación ciudadana en Medellín entre 1990 y 1999. En: Enlaces y rupturas. Experiencias de participación representativas de una década en Colombia. Bogotá: Diakonia, Parcomun; 2002.

18. Torres-Tovar M. Modelo de salud de Colombia: exportable en función de los intereses del mercado. Rev. Saúde em Debate. 2008;32:207-19.

Recibido para evaluación: 21 de noviembre de 2011
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Mauricio Torres-Tovar
mhtorrest@unal.edu.co

https://doi.org/10.56085/isss.494

Experiencia de construcción participativa de la inclusión social a partir del acompañamiento a gestores locales

Experience of Participatory Construction of Social Inclusion through Support to Local Managers

Experiência de construção participativa da inclusão social a partir do acompanhamento a gestores locais

Clara Yamile Duarte Cuervo[1]
Aleida Fernández Moreno[2]

Resumen

Introducción: La atención educativa de las personas con discapacidad ha transitado por diferentes enfoques; en la actualidad, se vislumbra la educación inclusiva como un enfoque centrado en la diversidad humana y un proceso de transformación de las prácticas, la cultura y las políticas, para hacer realidad la educación para todos. Se presenta la experiencia de asesoría del proyecto ES_ Inclusiva con un grupo de gestores locales de Salud al Colegio, encargados de diseñar e implementar proyectos en la línea "necesidades educativas especiales transitorias" en la localidad Rafael Uribe Uribe, de Bogotá. ***Objetivo:*** Construir colectiva y reflexivamente con los gestores una aproximación conceptual sobre la educación inclusiva que trascendiera los enfoques de necesidades educativas especiales y atención diferencial a la discapacidad. ***Métodos:*** Asesoría a través del acompañamiento grupal con enfoque participativo. Se llevaron a cabo cuatro sesiones en las que se usaron presentaciones, talleres y material audiovisual, y herramientas como asociaciones libres, cartografía social y mesas de trabajo, para la construcción de propuestas de acción. ***Resultados:*** Se identificaron las concepciones, los valores y las dinámicas de la escuela, así como elementos conceptuales que subyacen a los procesos de integración/inclusión educativa. Se identificaron barreras para la inclusión en las escuelas y se construyeron colectivamente propuestas basadas en el trabajo en redes para abordarlas. ***Conclusiones:*** Se subraya la importancia de descentrar los procesos de inclusión educativa en la discapacidad y en las deficiencias, y de involucrar en ellos a todos los actores de la escuela, así como a otros del entor-

1 Clara Yamile Duarte Cuervo. Candidata a magíster en salud pública, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en administración de salud ocupacional. Terapeuta ocupacional. Investigadora, Grupo de Investigación Discapacidad, Inclusión y Sociedad, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 54 No. 138-81 casa 11. Celular: 3003467201 cyduartec@unal.edu.co; claradc2002@gmail.com

2 Carmen Aleida Fernández Moreno. Doctora en ciencias sociales. Magíster en desarrollo educativo y social. Terapeuta ocupacional. Coordinadora académica de la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social, Universidad Nacional de Colombia. Carrera 30 Calle 45, oficina 523, Facultad de Medicina. Teléfono 3165000 Ext. 15072 o 15074. cafernandezm@unal.edu.co

no cercano a esta, para así configurarla como agente social de cambio. Se consideró relevante mejorar la participación en los procesos de inclusión, a través del reconocimiento de los miembros de la comunidad educativa y sus necesidades, aprovechando y revalorizando sus espacios formales e informales de encuentro, y acudiendo a estrategias de formación, consenso, seguimiento y evaluación.

Palabras clave: educación, salud escolar, inclusión social.

Abstract

Introduction: The educational attention for people with disabilities has been focused with several approaches. Nowadays, inclusive education is seen as an approach centered on human diversity and on the process of transformation of practices, culture and policies, in order to make education for all a reality. The counseling experience of the project ES_Inclusiva was obtained with a group of Salud al Colegio local managers in charge of designing and implementing projects in the topic of "special transitory educational needs" in the Rafael Uribe Uribe area. ***Objective:*** To build, in a collective and reflexive manner, a conceptual approach on inclusive education that goes beyond the approaches of special educational needs or differential attention to disability. ***Methods***: Counseling through group accompaniment with participatory approach. Four sessions were done using strategies such as presentations, workshops, audiovisual material, and tools such as free associations, social cartography and working groups to build proposals for action. ***Results***: Concepts, values and dynamics in schools were discussed, as well as conceptual elements underlying the processes of integration/inclusion in education. Barriers for inclusion at the schools were identified, and proposals for action to overcome these barriers, based on community network, were built. ***Conclusions***: The importance of decentralization the processes of educational inclusion in disability and impairment and all the figures of the school was highlighted, in order to configure the school as a social change agent. It was considered relevant to increase and improve the participation of the community in the construction of school inclusion processes, through acknowledgment of members of the education community and their needs, taking advantage of and revaluing all formal and informal gatherings and using training, agreement, follow up and evaluation strategies.

Key words: education, school health, social inclusion.

Resumo

Introdução: A atenção educativa das pessoas com discapacidade tem passado por diferentes abordagens; na atualidade, a educação inclusiva tem um enfoque direcionado à diversidade humana e um processo de transformação das práticas, da cultura e políticas, para fazer a realidade à educação para todos. É apresentada a experiência de assessoria de ES_ Inclusiva com um grupo de gestores locais de Saúde para Colégio, responsáveis por criar e implementar projectos na área de "necessidades educacionais especiais transitórias" em Rafael Uribe Uribe, em Bogotá. ***Objetivo***: Construir coletivamente e reflexivamente com os gestores uma abordagem conceitual sobre a educação inclusiva que transcende as abordagens de necesidades educativas especiais e de atenção diferenciada para a discapacidade. ***Metodologia***: Asesoría por meio de acompanhamento em grupo com abordagem participativa. Realizaram-se quatro sessões utilizando apresentações,

cursos e materiais audiovisuais e ferramentas, tais como associações livres, mapeamento social e mesas de debates para a construção de propostas de ação. ***Resultados***: Identificaram-se concepções, valores e dinâmica da escola, bem como elementos conceituais que fundamentam os processos de integração / inclusão educacionais. Foram identificados barreiras para inclusão em escolas e construíu-se coletivamente propostas baseadas nos trabalhos nas redes para intervenção. ***Conclusões***: Enfatizar a importância da descentralização dos processos de educação inclusiva, sobre a discapacidade e fraquezas, e envolver neles, todos os atores da escola. Assim como os outros de sua proximidade, a fim de defini-lo como um agente alterador social. Considerou-se importante para melhorar a participação nos processos de inclusão, através do reconhecimento dos membros da comunidade educativa e suas necessidades, aproveitando e valorizando seus espaços formais e informais de reunión, e estratégias de formação, consenso, acompanhamento e avaliação.

Palavras-chave: educação, saúde escolar, inclusão social.

Introducción

En Colombia, la cobertura del sistema educativo para las personas con discapacidad (PcD) alcanza cifras que oscilan entre el 64% en los primeros grados de la educación básica y el 2% en educación superior (1); las oportunidades de educación para esta población han transitado por enfoques exclusivos y segregadores, así como por aproximaciones desde la integración (2), y más recientemente, desde la educación inclusiva (3), centrada esta última en las propuestas de educación para todos impulsadas por la UNESCO (4,5) . No obstante dicha evolución histórica, buena parte de las opciones educativas que en la actualidad se ofrecen a las PcD parten de la atención a las deficiencias y las necesidades especiales, y, por tanto, se encuadran más en un modelo integrador que en uno inclusivo, y reproducen a menudo la discriminación y la exclusión (1,6) que la educación inclusiva pretende erradicar de los contextos educativos (3). Ante tal realidad, se hace pertinente generar estrategias de acompañamiento a las instituciones y a las autoridades educativas, que apalanquen la transición hacia prácticas y culturas educativas inclusivas; todo ello hace parte de los propósitos de ES_Inclusiva (7).

ES_Inclusiva es un proyecto de extensión de la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social (MADIS) de la Universidad Nacional de Colombia, orientado a acompañar y dinamizar los procesos de inclusión en la escuela; su apuesta es construir participativamente culturas inclusivas, a partir del reconocimiento de la realidad cotidiana de las instituciones educativas y de la valoración de las experiencias de los maestros en el reconocimiento y la atención a las diversidades, así como en la movilización hacia el trabajo intersectorial, tema neurálgico para la educación inclusiva (7).

El programa Salud al Colegio, liderado por la Secretaría de Salud (SDS) y por la Secretaría de Educación del Distrito (SED), incluye como una de sus líneas de acción la de *necesidades educativas especiales transitorias* (NEET),[3] entendidas estas como "trastornos del aprendizaje" (8); dicha línea atañe a la atención de las diversidades presentes en los colegios del distrito. Los gestores locales son los delegados por las instancias distritales para diseñar y liderar acciones en cada una de las líneas de acción; como tales, juegan un papel fundamental a la hora de dinamizar los procesos de inclusión social en las instituciones educativas.

En septiembre de 2011, un grupo de egresados y estudiantes de la MADIS, vinculados a las acciones del Programa Salud al Colegio en la línea de NEET, solicitan el apoyo de la maestría en un evento de sensibilización dirigido a docentes de colegios públicos. Dicha sensibilización hacía parte de una de varias propuestas diseñadas por un grupo de gestores locales de Salud al Colegio, interesados en el tema de la atención a los niños con discapacidad. Valorando su interés y reconociendo el potencial de sus acciones en diferentes localidades de la ciudad, el mencionado grupo se plantea como contrapropuesta desarrollar, junto con los "mediadores" (quienes coordinan y supervisan las actividades de los gestores), un proceso de asesoría desde ES_Inclusiva, orientado a provocar en los participantes reflexiones en torno a los imaginarios y las concepciones subyacentes a sus propuestas, y promover que sus acciones tengan una mayor coherencia con los principios de la educación inclusiva.

3 El tema de necesidades educativas especiales fue tema de reflexión con los participantes por parte del Grupo de la Maestría, siguiendo los planteamientos de la UNESCO que abogan por suprimir este tipo de denominaciones.

Métodos

La asesoría se desarrolló a través de un proceso de acompañamiento grupal con enfoque participativo (9), en cuatro sesiones de tres horas cada una. A lo largo del proceso, los gestores transitaron por el *descubrimiento* de sus propias concepciones en torno a la discapacidad y la diversidad; el análisis de sus prácticas educativas y de sus propuestas de acción, a la luz de los diferentes enfoques de atención a las diversidades en la escuela (3); la identificación de los sectores y de los actores que tienen o pueden tener efecto sobre los procesos de inclusión educativa, así como de las barreras a tales procesos, y la elaboración consensuada de nuevas propuestas de acción con alcance intersectorial, que fueron discutidas y realimentadas por las asesoras.

Las estrategias metodológicas utilizadas durante la asesoría fueron: talleres, presentaciones conceptuales y de experiencias, proyección y discusión de videos. A su vez, en los talleres se recurrió a ejercicios de asociación libre y de cartografía social, y a mesas de trabajo grupal para el análisis de problemas y la construcción consensuada de propuestas de acción. Adicionalmente, se seleccionaron y se recomendaron lecturas de apoyo para cada sesión. Cada participante recibió en el primer encuentro un CD con la descripción de la asesoría, la metodología de las sesiones y una serie de lecturas.

Con el apoyo de las asesoras, quienes promovían el diálogo entre la teoría y la práctica de la atención educativa a las diversidades, los participantes identificaron en su hacer y en su discurso fortalezas, prejuicios, asociaciones, contradicciones y otros elementos de reflexión, que fueron tenidos en cuenta para identificar barreras a la educación inclusiva, y posteriormente, en la construcción de las nuevas propuestas de acción.

Resultados

A partir de ejercicios de asociación libre en torno a los conceptos de *diferencia*, *diversidad*, *inclusión* y *discriminación*, se propició el reconocimiento de las concepciones y los valores que subyacen a los proyectos de integración/inclusión en los entornos educativos. Buena parte de las respuestas de los participantes se asociaban a la noción de Derechos Humanos, si bien se revelaban brechas entre lo enunciado y el hacer de los gestores, pues varias de sus acciones se dirigían a los niños con discapacidad, pero más como beneficiarios que como sujetos de derechos. La sinceridad en los ejercicios de libre asociación facilitó que los participantes evidenciaran sus posturas y las cuestionaran. Luego, su grupo de referencia ayudaba a repensar acciones más sintonizadas con el discurso que promovían.

Con base en las respuestas de los participantes, se identificó que para el grupo la diferencia es entendida como la existencia de características que distinguen de algo o alguien, como un asunto relacional vinculado con los derechos a ser y a estar en el mundo, y como variedad que se constituye en un valor, en tanto oportunidad y riqueza (figura 1). Esta concepción fue reconocida por las asesoras como de avanzada, pues en ejercicios similares, realizados previamente en escuelas de la localidad de Engativá, diferentes actores vinculaban la diferencia con términos negativos (7).

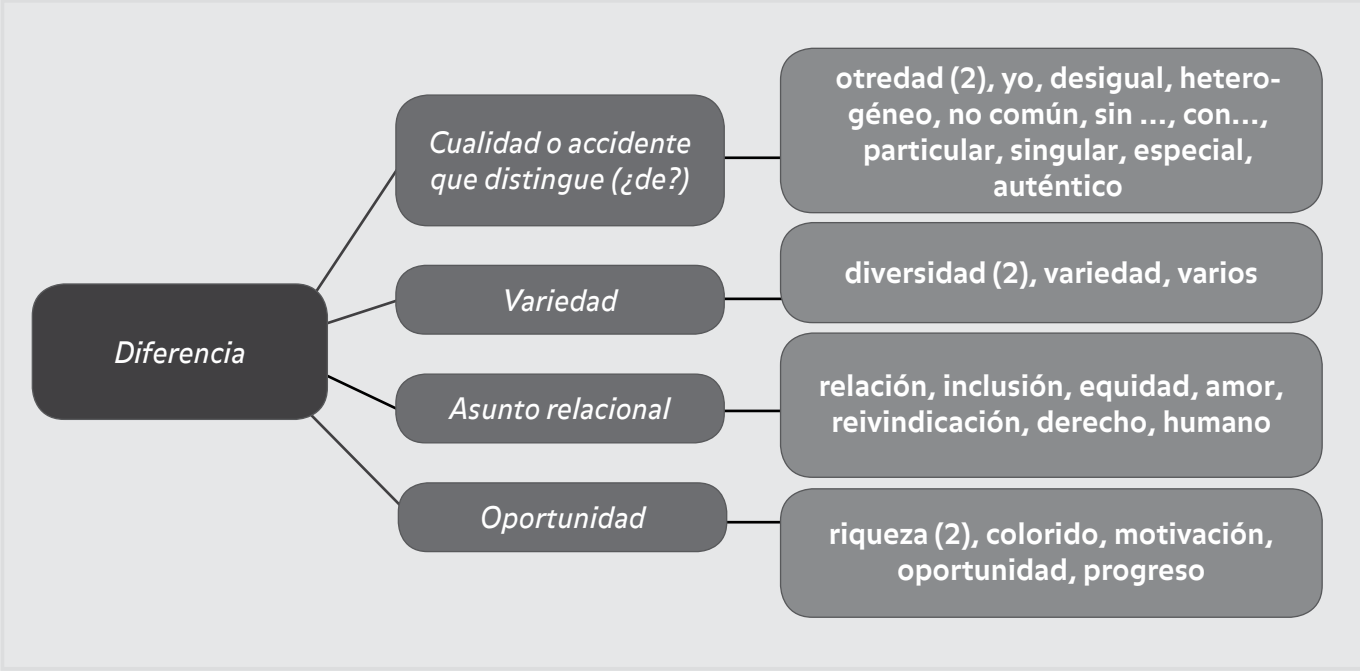
El concepto de *diversidad*, por su parte, se asocia a multiplicidad y heterogeneidad, se ubica en la esfera de lo humano y la enriquece, se reconoce como un producto histórico y nuevamente como un asunto relacional vinculado a los derechos (figura 2).

Por otro lado, la *inclusión* se entiende en términos de proceso; implica, entonces, acción y transformación, la relación de un "otro" respecto a un todo ("ser parte de", "pertenecer a") y del todo respecto a un "otro" ("aceptación"). Así, se reconoce la existencia de valores individuales y sociales que atraviesan ese proceso. Es un término valorado positivamente por el grupo (figura 3).

La *discriminación* se reconoce como actitud y como ejercicio de poder que genera diferentes formas de exclusión en ámbitos específicos. Se comparten en los grupos narraciones que identifican numerosas situaciones de discriminación en la escuela y otros entornos (figura 4).

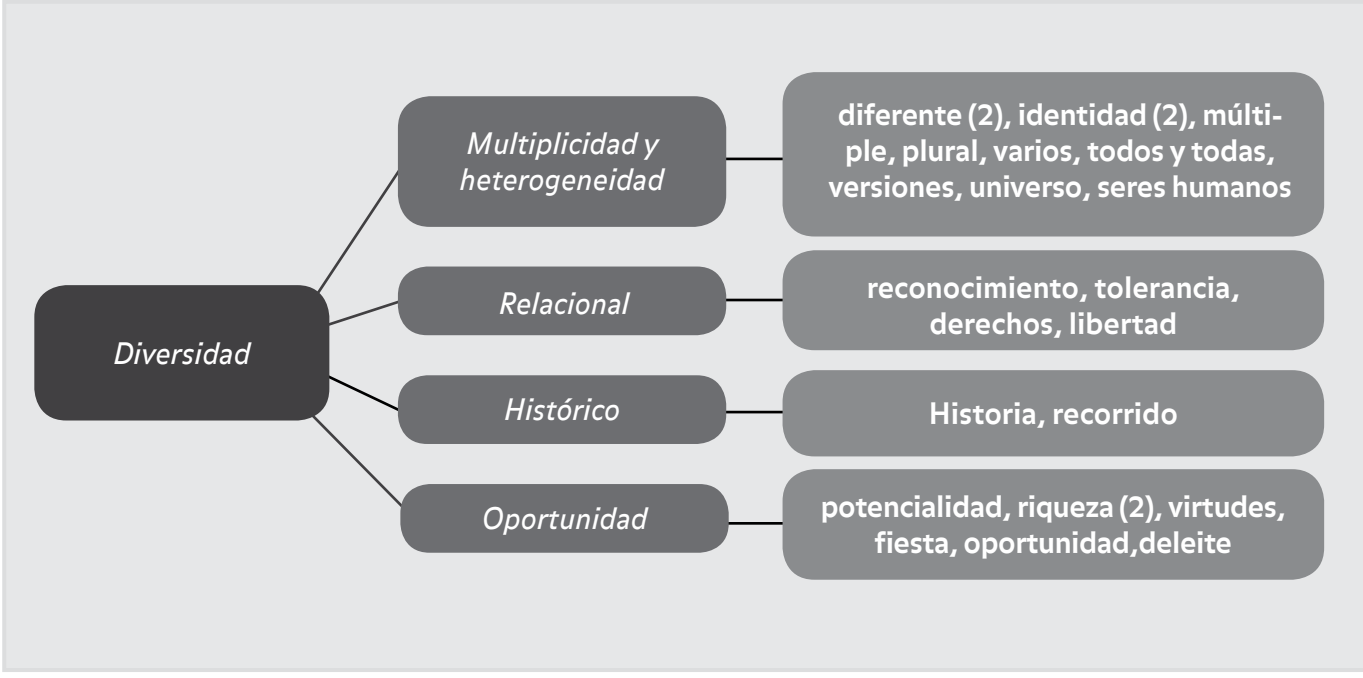
Durante la reflexión se destacó el carácter relativo y dinámico de estos conceptos, y cómo las valoraciones que les atribuye el grupo pueden entenderse como producto del lugar que ocupan sus miembros como gestores locales, de la diversidad de sus experiencias y de sus formaciones disciplinares, así como del recorrido compartido en la elaboración de los proyectos.

Figura 1. Análisis y síntesis de las asociaciones con el término diferencia



Fuente: Elaboración propia, a partir de las respuestas de los participantes.

Figura 2. Análisis y síntesis de las asociaciones con el término diversidad



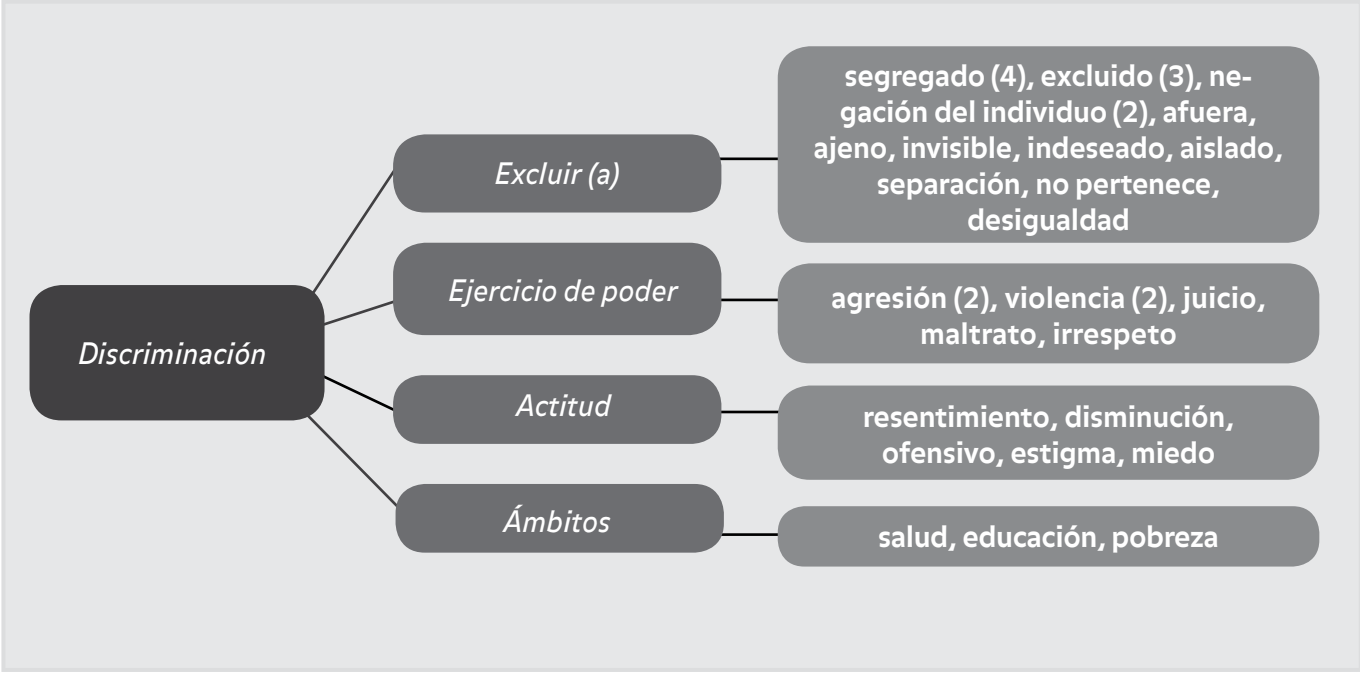
Fuente: Elaboración propia, a partir de las respuestas de los participantes.

Figura 3. Análisis y síntesis de las asociaciones al término inclusión



Fuente: Elaboración propia, a partir de las respuestas de los participantes.

Figura 4. Análisis y síntesis de asociaciones con el término discriminación



Fuente: Elaboración propia, a partir de las respuestas de los participantes.

A través de la elaboración de cartografías sobre la vivencia de la diversidad, la inclusión y la exclusión en el contexto de la escuela, los participantes reconocieron este entorno como dinámico y complejo, y la construcción de lineamientos y maneras de hacer, como procesos multidireccionales: de las directivas hacia el aula y del aula hacia los lineamientos y las políticas institucionales, entre otras relaciones.

Las fronteras físicas de la escuela (muros, mallas) se presentaron en los diferentes grupos como formas de aislamiento real y simbólico del exterior; no obstante, se reconoció que las dinámicas sociales externas logran permear la vida en el interior de las instituciones.

Se identificaron espacios "naturales" de exclusión, tales como la rectoría, las salas de profesores o los servicios sanitarios, donde la presencia de unos u otros está restringida. Atribuyeron al espacio construido la posibilidad de actuar como facilitador o barrera para la participación de todos los estudiantes en la vida de la escuela. Así, el parque se reveló como un lugar flexible, donde la libertad en el hacer permite la presencia, la participación y la interacción de todos; de hecho, este fue el espacio más valorado por los gestores, por su potencial inclusivo.

La diversidad aparece, se vive en todos los lugares de la escuela: el aula, el patio, las salas de profesores. Se enunciaron las prácticas pedagógicas como protagonistas de los procesos de inclusión, y se identificó como actores en tales procesos: los niños, los maestros, los padres de familia, el personal administrativo de las escuelas, las directivas de las instituciones educativas, las autoridades locales y distritales, las políticas educativas nacionales, locales e institucionales. Los padres de familia se identificaron como externos a la escuela (afuera de ella); en consecuencia, se subrayó la necesidad de promover su participación activa en el interior de la escuela.

A través de presentaciones conceptuales, de la proyección de videos y de la generación de espacios de discusión, se abordaron los conceptos *educación especial, educación integradora* y *educación inclusiva*, en su devenir sociohistórico (2,3). Se enfatizó el amplio espectro de la inclusión para colectivos diversos: por condición económica, social, étnica, de discapacidad, etc., y se propiciaron reflexiones en torno a múltiples formas de exclusión y de discriminación más allá de la discapacidad: derivadas de la edad, de la actividad desempeñada, del sexo, de la condición de agresividad, entre otras. A medida que se desarrollaban las sesiones, los gestores se fueron mostrando más participativos cuestionando y reflexionando sobre su propio quehacer y el de los otros, y valorando el espacio de intercambio donde conocían otras experiencias y resignificaban la propia.

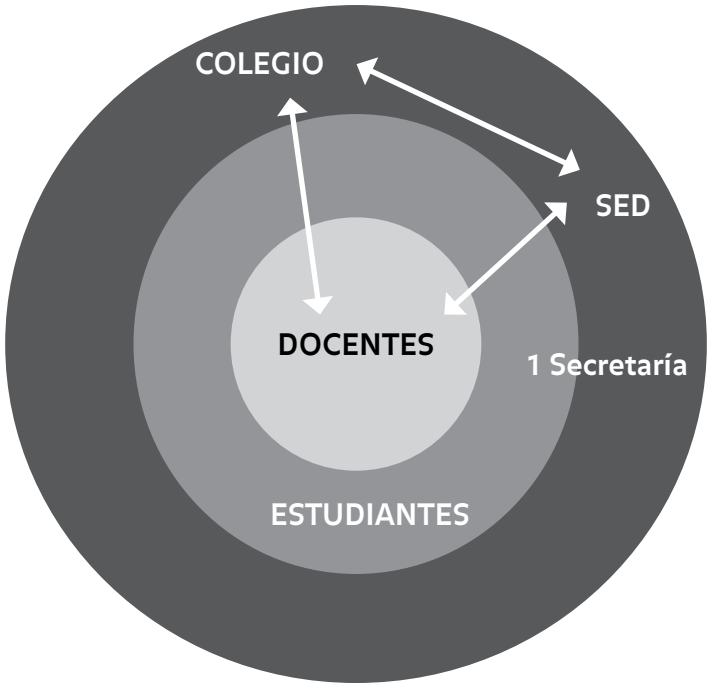
Por último, las mesas de trabajo grupal para elaborar las propuestas de acción hicieron posible identificar barreras reales y actuales en los procesos de inclusión en los colegios del distrito. Los participantes hicieron alusión a distintas formas de *estigmatización*, *discriminación* y *exclusión* presentes, incluso, en los lineamientos de algunas instituciones.

Uno de los grupos identificó como problema el sistema institucional de evaluación de uno de los colegios: consideraron los miembros de dicho grupo que, por su carácter conservador, las concepciones que le subyacen y la manera como es utilizado configuran barreras para la educación inclusiva. Su propuesta de acción, entonces, se dirigió a transformar ese sistema planteando una red de actores y de relaciones centrada en la escuela, y en la que el cuerpo docente era el nodo principal y los espacios institucionales de planeación eran momentos clave para su desarrollo (figura 5).

Frente a la propuesta del grupo, descrita en el párrafo anterior, las asesoras recomendaron identificar etapas en el proceso de transformación (investigación, monitoreo, seguimiento, etc.), en tanto su alcance iba más allá de la evaluación en sí. Por otro lado, se recomendó tomar como referencia propuestas similares que se están desarrollando en otras instituciones educativas, y hacer vínculos con esas propuestas. También se consideró relevante, para dar mayor alcance a la propuesta, visualizar e involucrar progresivamente a actores que permitan un trabajo intersectorial real (por ejemplo, universidades, entidades externas a la escuela, tomadores de decisiones de política educativa diferentes de la SED, y el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación [ICFES]). Adicionalmente, se enunció la importancia de descentrar los procesos de inclusión en la discapacidad y las deficiencias, y de involucrar en ellos a todos los actores de la escuela, para generar así transformaciones con un alto impacto sobre las comunidades educativas.

La propuesta del segundo grupo le apostó a aumentar y a mejorar la participación comunitaria en construir

Figura 5. Red para el desarrollo de la propuesta de acción, grupo 1



Fuente: Elaborado por las autoras a partir de la propuesta de los participantes en el taller.

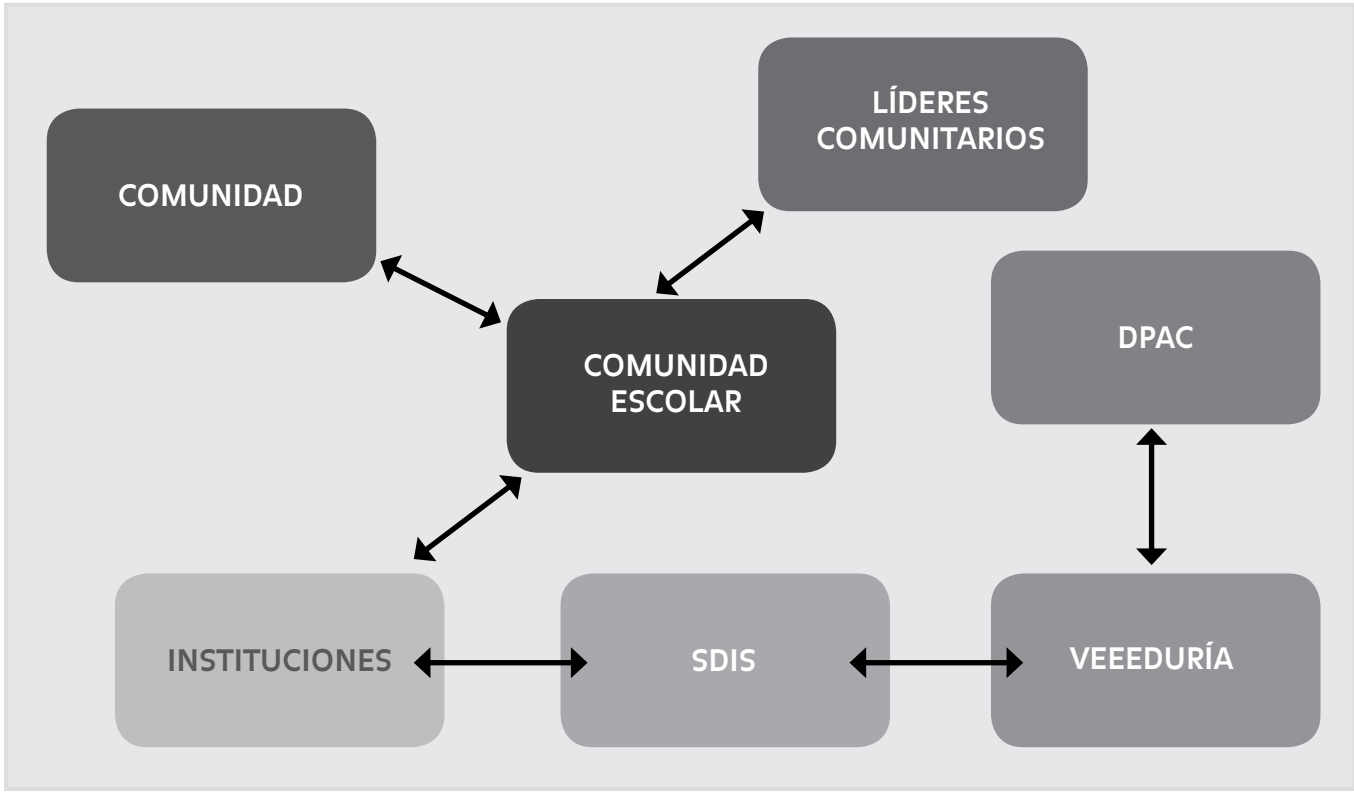
procesos de inclusión en la escuela; ello, mediante el reconocimiento de los miembros de la comunidad educativa y de sus necesidades, el aprovechamiento y la revalorización de los espacios formales e informales de encuentro de la comunidad, y acudiendo a estrategias de formación, consenso, seguimiento y evaluación. La red de actores y relaciones para el desarrollo de la propuesta tuvo como nodo central la comunidad de la escuela, y resaltó el lugar de los padres de familia como parte de ella; involucraba a la comunidad próxima en una relación bidireccional de cooperación y trabajo conjunto, llamando a recuperar la escuela como escenario de y para esa comunidad; además, tuvo en cuenta las instancias gubernamentales llamadas a movilizar la participación comunitaria y a velar por ella (figura 6).

Buscando fortalecer esta propuesta, se invitó a analizar y trascender las estrategias tradicionales para promover la participación comunitaria, teniendo en cuenta sus limitados resultados. En ese mismo sentido, se sugirió plantear nuevas formas de participación para los colectivos o retomar experiencias similares de contextos latinoamericanos, así como hacer seguimiento a las mencionadas formas de participar potenciando su aplicación. Se propuso, por otra parte, ampliar el reconocimiento de las necesidades de los integrantes de la comunidad a la visualización de capacidades y de posibilidades de aportar a la consecución de propósitos colectivos. Por último, se propendió por involucrar efectivamente a otros actores del entorno cercano a la escuela: vecinos, líderes comunitarios, funcionarios de otros programas que llegan a la escuela, en tanto pueden contribuir a configurar la escuela como agente social de cambio.

Un tercer grupo elaboró una propuesta para responder a la vulneración de derechos humanos, que atribuyeron al desconocimiento de las políticas públicas y a la negligencia de los servidores públicos. Señalan estrategias permanentes de sensibilización a la población, no centradas exclusivamente en la inclusión de personas con discapacidad. La red de relaciones de esta propuesta ubica su centro en la sed, desde donde se generarían conexiones con otras instancias de los gobiernos nacional y distrital, en tanto garantes de derechos específicos (figura 7).

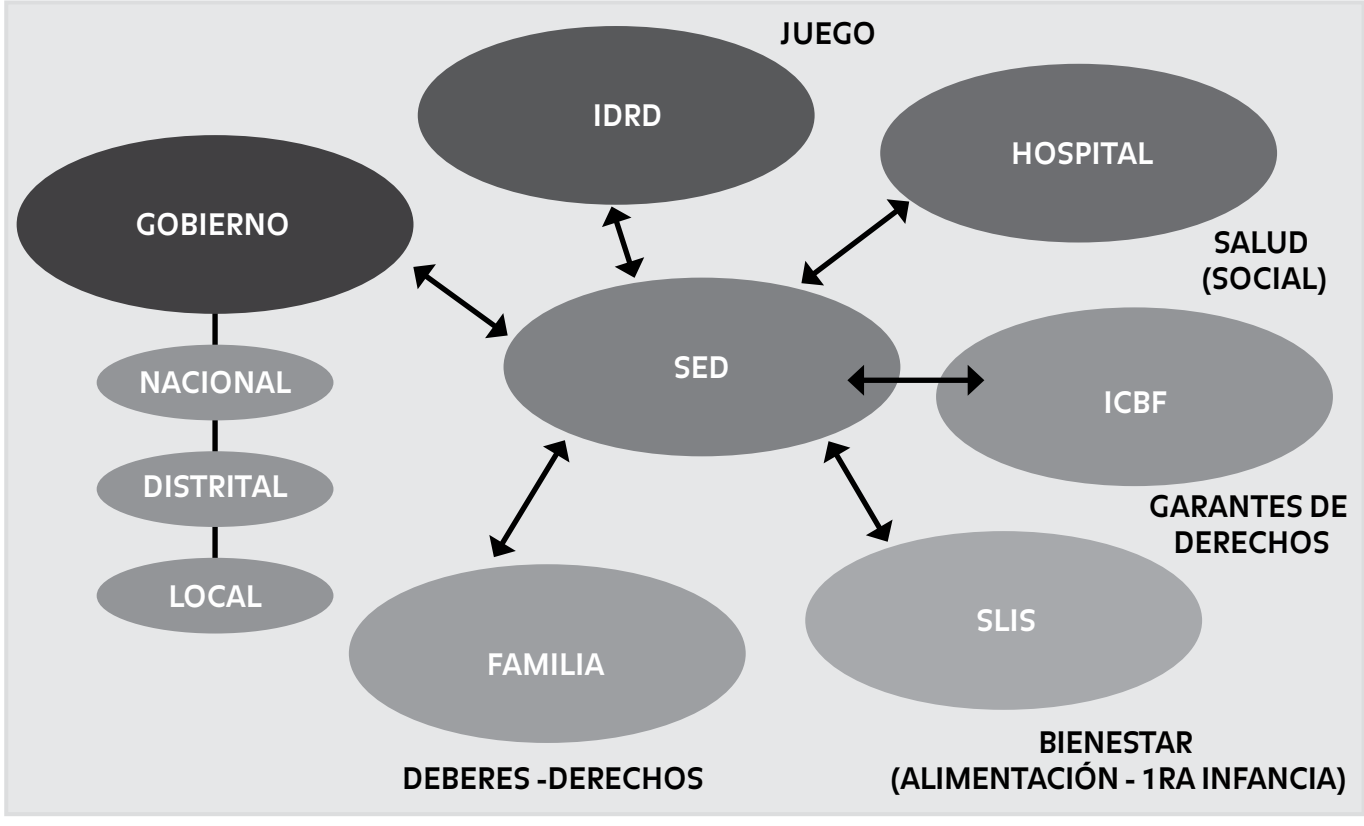
Las asesoras llamaron la atención sobre la necesidad de moverse estratégicamente para identificar y aprovechar

Figura 6. Red para el desarrollo de la propuesta de acción, grupo 2



Fuente: Elaborado por los participantes.

Figura 7. Red para el desarrollo de la propuesta de acción, grupo 3



Fuente: Elaborado por las autoras a partir de la propuesta de los participantes del taller.

otros espacios desde los cuales se desarrollan y se socializan acciones, así como para reconocer oportunidades y generar articulaciones. También consideraron conveniente pensar temas como la interseccionalidad, cuando la discapacidad se presenta de manera simultánea con situaciones de pobreza, o exclusiones por género, edad o etnias, entre otras (10).

Discusión

El proceso de asesoría evidenció la pertinencia de ejercicios reflexivos y formativos de este tipo, que conduzcan al análisis, la evaluación e, incluso, la reformulación de las acciones dirigidas a la población con discapacidad por parte de los gestores locales, para así potenciar su capacidad de generar transformaciones sociales.

Por otro lado, la estrategia participativa utilizada fue valorada muy positivamente por el grupo; en ese sentido, tal como lo señalan los expertos en construcción de conocimiento a partir de la práctica (9,11,12), experiencias participativas que, como esta, combinan la fortaleza teórica-académica con la riqueza de la vivencia cotidiana de la diversidad en los espacios y las prácticas educativas resultan sumamente enriquecedoras para ambas partes: desde la universidad, porque se logra una aproximación a las realidades que viven los gestores con sus comunidades; y para los propios gestores, pues los espacios de intercambio y de reflexión potencian nuevas rutas de acción, así como posibilidades para generar redes efectivas de apoyo con sus colegas.

El acompañamiento a los gestores locales resultó una oportunidad para movilizar los procesos de inclusión en los colegios del distrito, así como para ampliar la comprensión y el abordaje del asunto de la discapacidad en el contexto escolar, en coherencia con los propósitos del proyecto ES_Inclusiva (7).

Teniendo en cuenta las limitaciones de tiempo y alcance de la experiencia, los resultados obtenidos a través de este ejercicio de asesoría deben situarse en el contexto de los participantes, y no entenderse como representativos de la situación de la atención educativa a la discapacidad y la diversidad en el distrito; no obstante, aportan elementos de reflexión para los tomadores de decisiones en el tema.

Conclusiones

Respecto a los procesos de integración/inclusión educativa en los colegios del distrito, y a su proyección hacia la educación inclusiva, las reflexiones y las propuestas de los participantes permitieron identificar barreras para su desarrollo, que se erigen en las aulas de clase, en las actitudes y las prácticas docentes; pero también (incluso, más a menudo), en la organización, en los lineamentos y en las políticas generadas desde los gobiernos escolar, distrital y nacional. En consecuencia, los grupos coincidieron en un interés común: generar transformaciones culturales; en tal sentido, emerge, para quienes se involucran en los procesos de inclusión, la necesidad de comprender en profundidad esas realidades que pretenden cambiar. Transformaciones de tal alcance, para lograrse y ser sostenibles en el tiempo, precisarán, además, múltiples acciones y la participación del mayor número de actores posibles, el concurso de distintos sectores de la sociedad y la presencia en múltiples espacios de la vida social.

Reconociendo nuevamente las limitaciones del alcance de esta experiencia de asesoría, se recomienda dar continuidad y sostenibilidad al acompañamiento y la formación de los gestores o de quienes sean delegados por el gobierno local para desarrollar o proyectar acciones relacionadas con la inclusión educativa y la atención a las diversidades en el Distrito Capital.

Por último, los nuevos lineamientos y normativas en el campo, generados con posterioridad a esta asesoría, deben ser consultados y tenidos en cuenta en futuras experiencias; entre ellos: las *Orientaciones generales para la atención educativa de las poblaciones con discapacidad —PcD— en el marco del derecho a la educación*, emitidas por el Ministerio de Educación Nacional y la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) en 2012 (13), así como la Ley Estatutaria 1618 de 2013 (14).

Referencias

1. Paz Ortega WA. Exclusiones amparadas en el discurso de la inclusión educativa desde la perspectiva socioantropológica de los sordos [tesis de maestría]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2010.

2. Díaz Flórez OC. Hacia una concepción de la atención educativa de personas con discapacidad. Documento de trabajo. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional; 2003.

3. UNESCO. La educación inclusiva: El camino hacia el futuro. Documento de referencia para la 48° Conferencia Internacional de Educación. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2008.

4. Unesco. Marco de Acción de Dakar. París; 2000.

5. Booth T, Ainscow M. Índice de inclusión: Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas. Bristol: Centre for Studies on Inclusive Education; 2000.

6. Cortés M, Buraglia IE. Estado de la educación inclusiva en Colombia. Bogotá: Asdown; 2008.

7. Duarte Cuervo C, Peñuela Rodríguez A, Fernández Moreno A. ES Inclusiva: Sistematización Colegio Garcés Navas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011.

8. Secretaría Distrital de Educación. Cartilla Salud al Colegio: Aportes para una Educación de Calidad. Bogotá: Alen; 2008.

9. Torres Carrillo A. Por una investigación desde el margen. En CLACSO CLdCS. La práctica investigativa en ciencias sociales. Bogotá: UPN, Universidad Pedagógica Nacional; 2004. p. 62-79.

10. Munévar DI, Mena LZ. Mujeres afrodescendientes en situación de discapacidad: Diálogos interseccionales en la academia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.

11. Bernechea MM, González E, Morgan M. La producción de conocimientos en sistematización. Diálogo de Saberes. 2009;3:104-17.

12. Ghiso AM. Sistematización. Un pensar el hacer que se resiste a perder su autonomía. Decisio. 2011;28:3-8.

13. Ministerio de Educación Nacional. Orientaciones generales para la atención educativa de las poblaciones con discapacidad, en el marco del derecho a la educación. Documento de trabajo. Bogotá: Ministerio de Educación Nacional, Organización de Estados Iberoamericanos; 2012.

14. Colombia, Congreso de la República. Ley Estatutaria 1618 de 2013.

Recibido para evaluación: 20 de febrero de 2012

Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Carmen Aleida Fernández Moreno
cafernandezm@unal.edu.co

https://doi.org/10.56085/isss.496

Investigaciones Habla: un espacio creado para investigaciones para la salud

Investigaciones Habla: a Space Created for Investigations for the Health

Investigações Falam: um Espaço Criado para Investigações para o Saúde

Mayra Alejandra Contreras Ríos[1]

Resumen

La estrategia de comunicaciones del Grupo de Investigaciones tiene varios componentes, que se proponen democratizar el conocimiento producido en la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en las Empresas Sociales del Estado (ESE) y en el Distrito Capital, con el fin de que se convierta en un movilizador social y político para la toma de decisiones en el sector salud y un impulsador de apropiación social del conocimiento. Una de esas estrategias es *Investigaciones Habla* que es un espacio de presentación, análisis, visibilización, debate y encuentro, para fortalecer los procesos de innovación, investigación y cooperación, y generar conciencia e interés sobre diferentes temas de investigación para la salud. Así pues, y basados en la necesidad de reconocer que la relevancia de adquirir nuevos conocimientos radica en saber transmitirlos al mundo, se pensó en este espacio como una herramientas a través de la cual la información generada por el proceso investigativo pueda llegar a diferentes actores, de forma clara, ágil y amena, democratizando conocimientos y saberes, partiendo de entender que se trata de una estrategia de apropiación social del conocimiento.

Palabras clave: ciencia, tecnología, innovación, estrategia, investigación, movilizador, apropiación social, socialización, público.

Abstract

The communication strategy has several components that seek to democratize the knowledge produced in the Secretary of Health, in State Social Enterprises, and in the district, with the purpose of becoming a social and political mobilizer for decision-making in the sector and promoter of social appropriation of knowledge. Investigaciones Habla is a space for analysis, visibility, discussion and promotion to strengthen the innovation processes, research and cooperation, and raise awareness and interest in different areas of research for health.

Based on the need to recognize that the importance of acquiring new knowledge is to transmit it to the world, this space (Investigaciones Habla) was thought as a tool through

1 Comunicadora Social Periodista. Grupo de Investigaciones, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, Colombia.

which information generated by investigative process can reach different actors in a clearly, agile and entertaining way, democratizing knowledge and skills. This is a strategy of social appropriation of knowledge.

Keywords: science, technology, innovation, strategy, research, mobilizing, social appropriation, socialization, public.

Resumo

A estratégia de comunicações do Grupo de Investigações tem vários componentes que pretendem democratizar o conhecimento acontecidos no Secretaría Distrital de Saúde (SDS) nas Companhias Sociais do Estado (ESE) e no Distrito Importante, com o fim que ele/ela transforma em um movilizador social e político para a tomada de decisões na saúde de setor e um propugnador de apropriação social do conhecimento. Um dessas estratégias é Investigações fallam que é um espaço de apresentação, análise, visibilización, debate e encontra, fortalecer os processos de inovação, investigação e cooperação e gerar consciência e interessar em tópicos de investigação diferentes para a saúde. Então, e baseado na necessidade de reconhecer que a relevância de adquirir conhecimento novo reside sabendo os transmitir para o mundo, foi pensado neste espaço como umas ferramentas pelas quais a informação gerou pelo processo investigativo pode chegar a atores diferentes, de um modo claro, ágil e interessante, soube democratizando - mientos e conhecimento, partindo de compreensão que é sobre uma estratégia de apropriação social do conhecimento.

Palavras-chave: ciência, tecnologia, inovação, estratégia, investigação, movilizador, apropriação social, socialização, público.

Introducción

La estrategia de movilización del conocimiento del grupo Investigaciones y Cooperación busca generar componentes y herramientas que hagan de la apropiación social del conocimiento científico el fundamento para la innovación, la investigación y la cooperación, con un alto impacto en el desarrollo de capacidades y de emprendimiento del talento humano del Distrito Capital.

Desde hace algunas décadas se viene insistiendo, cada vez con mayor fuerza, en la generación de capacidades de producción y desarrollo científico-tecnológico como el modo más seguro hacia la auto-sostenibilidad y el progreso. Por esta razón, en los últimos años se ha desarrollado en distintos ámbitos una serie de prácticas para el mejor aprovechamiento de los recursos, tanto que la "sociedad postindustrial se caracteriza por haber pasado de la industria productora de objetos, a la producción de servicios y a una economía basada en el conocimiento" (1).

Durante el periodo de finales de 2012 hasta el 2014 se han implementado desde la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, varios escenarios y procedimientos, no solo para que el conocimiento sea difundido ampliamente, sino para fortalecer la cultura de la investigación en toda la red distrital. Uno de dichos escenarios y hasta procedimientos fue *Investigaciones Habla*.

¿Qué es *Investigaciones Habla* a partir de la apropiación social del conocimiento?

Es un espacio creado desde 2012 por el grupo de Investigaciones y Cooperación de la SDS, para fortalecer los procesos de innovación, investigación y cooperación, y generar conciencia e interés sobre diferentes temas de investigación para la salud.

Pensando en la sociedad del conocimiento, la cual, según Marín Agudelo (1) es "un nuevo tipo de organización social, amplificadora e innovadora, en la que cada actor puede dar lugar a nuevo conocimiento", se ha llegado a pensar que las sociedades necesitan proyectar el conocimiento a través de diferentes estrategias que llevan a transmitir y difundir el conocimiento científico de maneras dinámicas y simples, para que la sociedad logre, entienda y se involucre, y así se pueda hablar de verdadera apropiación social del conocimiento.

Según lo anterior, y con base en la necesidad de reconocer que la relevancia de adquirir nuevos conocimientos radica en saber transmitirlos al mundo, se pensó en este espacio como una herramientas a través de la cual la información generada por el proceso investigativo pueda llegar a diferentes individuos de forma clara, ágil y amena, democratizando conocimientos y saberes, partiendo de entender que se trata de una estrategia de apropiación social del conocimiento.

¿Cómo desarrollamos la propuesta de *Investigaciones Habla* durante estos años?

Para desarrollar esta propuesta, nos inspiramos en las "Charlas, Tecnología, Entretenimiento, Diseño" (TED, por las siglas en inglés de *Talk: Technology, Entertainment, Design Talk*)" dedicadas a difundir ideas y experiencias que vale la pena ser compartidas y que cubren un amplio espectro de temas que incluyen, ciencias, arte y diseño, política, educación, cultura, negocios, asuntos globales, tecnología y desarrollo y entretenimiento (2), pensando en espacios de conversación con investigadores, profesores, servidores públicos y otras personas que quisieran compartir temas de reflexión sobre su quehacer y la investigación. Lo adaptamos a nuestras necesidades y nuestras realidades, y es así como podemos definir cinco momentos de su desarrollo.

Primer momento

Diseño de la estrategia, la identidad y el logo; *Investigaciones Habla* como la puesta en común de las ideas, los conocimientos y las reflexiones desde las investigaciones y desde la práctica; en especial, la de las Entidades Sociales del Estado, la de la Secretaría Distrital de Salud y todas las entidades del Distrito que trabajen en el tema de Ciencia, Tecnología e Innovación para la salud.

Segundo momento: concertación de temas y de ponentes

Nos fuimos encontrando e identificando temas e ideas que podrían aportarnos en el contexto del Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación para la Salud, y que contribuyeran al fortalecimiento de capacidades para la investigación y nutrieran los desarrollos y los intereses propuestos desde el plan de salud de la ciudad y retomando las directrices de Colciencias, además de las necesidades expuestas por el Distrito y nuestro público objetivo.

Las temáticas expuestas han estado centradas en temas como el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación (CTI), Salud y Vida, políticas nacionales frente a CTI, sistematización de experiencias, capacidades y gestión del conocimiento, resultados de investigaciones y de encuentros de experiencias exitosas, la equidad, los centros de excelencia, la minería de datos, responsabilidad social, derechos de autor y resultados de investigaciones de diferentes temas de salud.

Tercer momento: producción y realización de 21 conferencias

Una vez definidos los temas para el espacio, se identificaron los invitados y contamos con la participación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Colciencias, el Departamento Nacional de Planeación, diversas universidades y ESE y la SDS, la Organización para la Excelencia de la Salud (OES), la Dirección Nacional de Derecho de Autor y la Alcaldía Mayor, entre otros.

La convocatoria fue dirigida a la red pública, la academia, las asociaciones, los gremios y los profesionales interesados en los temas de investigación y cooperación para la salud.

El desarrollo de cada espacio contó con una conferencia, interactiva en algunas ocasiones, con preguntas o precisiones de los asistentes. Al terminar, el relator formuló las conclusiones que son insumos de este documento.

Cuarto momento: sistematización

Concluimos que la realización de un documento sería la mejor manera visible como podíamos construir un espacio de identidad de la movilización del conocimiento y una herramienta que visualiza la importancia de la investigación para la salud.

Quinto momento: programación del segundo y el tercer año

A partir de 2014, se definió una serie de temáticas para aplicar en los 10 espacios por realizar; se identificó a los conferencistas y se dio prioridad a dar a conocer los resultados de investigaciones terminadas como un mecanismo de relevancia para el eje central de investigación.

¿Qué hemos aprendimos con Investigaciones Habla en estos años?

En el documento de lineamiento construido por el Grupo de Investigaciones y Cooperación de la SDS se fija la estrategia de movilización del conocimiento y se la define como el proceso de exposición, movilización, democratización y apropiación de la información producida por la investigación. Dicho proceso le permite a la sociedad estar al tanto de nuevos conocimientos y crear una cultura basada en la ciencia como motor para el superar las inequidades sociales en el distrito.

Esta visión logra proponer y guiar el sentido de lo que se pretende desde Investigaciones y Cooperación a través de un modelo de fortalecimiento de capacidades, desarrollo de líneas, principios e instrumentos que logren socializar y expandir la investigación y la cooperación en todos sus niveles.

En *Investigaciones Habla*, en el camino recorrido desde 2012, hicimos que la comunicación se transformara en un canal de conocimiento abriendo espacios de discusión, construcción y debate sobre distintos temas y para distintos públicos.

"Y entender que hablar de comunicación en lugar de divulgación resalta una relación que desmitifica la idea previa de reducir el tema de la comunicación de la ciencia a mera transferencia de conocimiento, sino en un componente que produce la intención inicial de aproximar, compartir y estimular el conocimiento científico en la comunidad" (3).

Así, pues, con la idea de que el conocimiento llegue a muchos públicos, durante este tiempo hemos ido construyendo una estrategia de apropiación social del conocimiento.

Pensando en tomarnos el conocimiento y llevarlo a diferentes públicos, con el fin de fortalecer las capacidades, invitar a investigar y poder participar en la toma de decisiones, hemos aprendido sobre varios temas necesarios para lo que venimos haciendo. En el campo de la movilización del conocimiento, se tocaron temas como la equidad y se evidenció el total consenso en que cada persona debe tener un derecho igual a las libertades básicas otorgadas a cualquier individuo, y directamente proporcional a un esquema similar de libertades para otros.

Se aprendió que es importante convertir el conocimiento tácito en explicito[2], lograr que todo cuanto

2 Conocimiento explícito es aquel conocimiento que ha sido, o puede

produzcan y creen la SDS, las ESE y el Distrito en general pueda ser transformado a través de distintos lenguajes. También, entender que se puede crear conocimiento a partir del quehacer de las entidades y que se pueden buscar medios de socialización dependiendo de las diversas cualidades de cada uno de los funcionarios que están en la entidad con el fin de lograr construir la historia de la entidad.

Con Investigaciones Habla, aprendimos que debemos llevar la memoria de lo que hacemos; y una herramienta importante para lograrlo es la sistematización, la cual, a su vez, sirve para validar experiencias, producir aprendizaje, socializar, retroalimentar, construir nuevas propuestas, construir nuevos modelos y plasmar el conocimiento de una manera estructurada, que haga historia y evite duplicar estudios.

Entendimos también sobre la importancia de ampliar y afianzar el conocimiento relativo a la construcción de los centros de excelencia, sus características, sus desarrollos y sus competencias, como elemento fundamental para crear dichos espacios en los hospitales.

Desde *Investigaciones Habla* se socializaron investigaciones para la salud y se dieron a conocer las condiciones de inequidad ambiental de diferentes localidades de Bogotá, a través de la presentación de los casos paradigmáticos de conflictos ambientales, para así plantear un abordaje conceptual y metodológico desde la epidemiología ambiental.

También afianzamos y fortalecimos la gestión del conocimiento aprendiendo sobre el concepto, la naturaleza jurídica y la importancia del derecho de autor. Así mismo, se abordaron aspectos como el objeto de protección, el sujeto de protección, el contenido del derecho de autor (derechos morales y derechos patrimoniales), las limitaciones y las excepciones, y la duración de la protección.

En el tema de salud ambiental, aprendimos cómo esta es una ciencia que engloba diferentes temas de la salud pública, pues vigila aspectos del hombre suficientes para determinar la salud de la población y que pueden mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Frente a la responsabilidad social desde el Estado, se entendió que es un tema necesario para los gobiernos, y el cual permitirá adquirir un sentido de pertenencia por ayudar a mejorar las condiciones de vida de la población.

Investigaciones Habla se convierte en un motor para transferir conocimiento, es decir el mecanismo de interacción de conocimiento dentro de las instituciones.

Para concluir, en Investigaciones y Cooperación ahora mismo trabajamos en fortalecer el tema de apropiación social del conocimiento innovando en las formas de transmitirlo para llegar a interactuar con diferentes poblaciones, pues entendemos cada día que para producir conocimiento es necesario invitar a la sociedad y hacer partícipes a sus miembros en aportar a la toma de decisiones.

Referencias

1. Marín Agudelo SA. Apropiación social del conocimiento: una nueva dimensión de los archivos. Rev Interam Bibliotecol. 2012;35:55-62.

2. Ideas worth spreading [internet]. s. f. [citado 2015 ago. 2]. Disponible en: http://www.ted.com

3. Secretaría Distrital de Salud, Grupo de Investigaciones. Documento lineamientos comunicaciones para la investigación para la salud [internet].2014 [citado 2015 ago. 2]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/InvestigacionesyCooperacion.aspx

Recibido para evaluación: 30 de noviembre de 2012
Aceptado para publicación: 20 de diciembre de 2012

Correspondencia
Mayra Alejandra Contreras Ríos
macontreras@saludcapital.gov.co
mayraleco25@yahoo.com
Carrera 10 # 15D-27
Bogotá, Colombia

ser, articulado, codificado y almacenado en algún tipo de medio. Puede, además, ser transmitido inmediatamente a otros. Para lograr su externalización, se suele requerir un proceso de preguntas y reflexiones sobre las prácticas, de manera que sea posible articular el conocimiento "implícito" y traducirlo en un lenguaje que pueda ser entendido por otros que no necesariamente conozcan las prácticas de donde se deriva dicho conocimiento.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial
Grupo de Investigaciones y Cooperación

Revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*

Lineamientos para autores

Septiembre de 2014

La revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* acepta para su publicación informes y conocimientos, generados como resultado de la investigación, experiencias exitosas o no exitosas, revisiones (temáticas, sistemáticas y metaanálisis), reseñas de investigación y de libros y revistas y ensayos, sobre temas relacionados con investigaciones en el campo de la salud, administración de salud, salud pública y formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud. Para el envío de los artículos se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones.

Cómo enviar material a la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*

Lugar de envío y requerimientos: Los autores enviarán dos copias completas de sus trabajos, acompañadas de un CD o de forma electrónica al correo de revistainvestigacionessds@saludcapital.gov.co con el texto en un único archivo tipo DOC o RTF (MS-Word). Las figuras deben ser incluidas en su formato original o convertido a formato TIF (*Tagged Image File*) o EPS (*Encapsulated Postcript*) y las tablas en archivos editables tipo DOC, XLS (MS Excel), AI (*Adobe Illustrator*) o EPS. Si los archivos están en Macintosh, deben ser convertidos a uno de los formatos mencionados. Las tablas o las figuras deben ser enviadas en hojas y archivos independientes del archivo de texto. Deben ser dirigidos a la siguiente

dirección: Dirección de Planeación y Gestión Sectorial Grupo de Investigaciones y Cooperación, Centro Distrital de Salud, carrera 32 # 12-81 o al coordinador de la edición de la revista, por correo electrónico, revistainvestigacionessds@saludcapital.gov.co El material enviado debe ceñirse a los requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas biomédicas, del grupo Vancouver (1997)

Carta de presentación

Cada uno de los manuscritos debe ser enviado con una carta remisoria que contenga los siguientes aspectos: (a) que todos los autores están de acuerdo con el contenido, la organización y la forma de presentación del manuscrito; (b) que el manuscrito no ha sido publicado antes, no ha sido enviado ni se enviará para publicación a otra revista nacional o internacional, mientras se encuentre en revisión y se decida al respecto por parte del Equipo Editorial de la Revista; (c) que los autores no tienen conflictos de interés, antes de la publicación. Los autores deben informar si hay alguna relación (filiación, financiación) entre ellos o alguna institución pública o privada; (d) nombre y firma de todos los autores; (e) permiso para reproducir texto, figuras o cualquier otro material que tenga reserva de derechos, y (f) especificar el nombre, la dirección, el teléfono y el correo electrónico de la persona a la cual se debe dirigir la correspondencia.

Los autores aceptan la responsabilidad definida por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (N Engl J Med. 1997:336(4):309-15) y las recomendaciones sobre investigación clínica. Cuando se informe sobre experimentos en humanos, es indispensable tener la aprobación del comité de ética de la institución donde se realizó el estudio y estar de acuerdo con la Declaración de Helsinki, de 1964, y sus posteriores enmiendas, que se pueden encontrar en: http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html.

En los artículos originales y presentaciones de caso no se deben mencionar los nombres de los pacientes, sus iniciales o números de historia clínica, ni datos que permitan su identificación. Los experimentos clínicos deben estar registrados en alguna base pública destinada para esto (p. ej., Latinrec, Clinicaltrials). Finalmente, en caso de estudios con animales, se deben añadir las consideraciones sobre investigación en estos (si existe o no comité de investigación en animales, los cuidados que se tuvieron, etc.).

Propiedad intelectual y derechos de autor

Al enviar los artículos para su publicación, el(los) autor(es) acepta(n) que para su publicación transferirá(n) los derechos de autor a la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud,* para su difusión en versión impresa o electrónica. El contenido de los artículos es de exclusiva responsabilidad de los autores. Los textos pueden reproducirse total o parcialmente citando la fuente.

Adicionalmente, se les solicita a los autores enviar, con la firma de cada uno, una carta dirigida al director-editor de *Investigaciones en Seguridad Social y Salud,* en la cual transfieran los derechos de autor, de acuerdo con el siguiente modelo:

> Yo/Nosotros... autor(es) del trabajo titulado "...", someto(emos) a la aprobación de la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* y cedemos, en caso de ser publicado por esa Revista, los derechos sobre el artículo a favor de la Secretaría Distrital de Salud, que podrá publicar el artículo en cualquier formato, ya sea físico o electrónico, incluido internet. Por lo tanto, es prohibida cualquier reproducción total o parcial en cualquier otro medio de divulgación. En caso de desear publicar en otro medio solicitaré autorización por escrito de la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud.*
>
> Fecha: ...
>
> Firma(s):...

Preparación del manuscrito: Recomendaciones generales para todos los tipos de artículos

En cuanto a especificaciones tipográficas, todo el manuscrito, incluidas referencias y tablas, debe ser elaborado en papel tamaño carta, en tinta negra, por una sola cara de la hoja, a doble espacio, con márgenes (laterales, superiores e inferiores) de mínimo 2,5 cm en todas las páginas y con letra Times New Roman de tamaño no inferior a 11 puntos. Todas las páginas deben estar numeradas consecutivamente.

En la primera página debe aparecer:

- Título
- Nombres y apellidos de los autores con sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional.
- Indicación del autor responsable de la correspondencia.
- Si el artículo recibió ayuda o auxilio de alguna agencia de financiación.
- Si el artículo se basa en una tesis académica, indicar el título, año e institución donde fue presentada.
- Si el trabajo fue presentado en una reunión científica se debe indicar el nombre del evento, lugar y fecha.
- Si alguno de los autores tiene conflicto de interés en el tema expuesto.

Las tablas y las figuras (gráficas, fotografías, dibujos o esquemas) deben aclarar o aportar al texto, no duplicar el contenido. Deben ir con sus respectivas leyendas (título y fuentes), restringirse a lo estrictamente necesario e incluirse en páginas aparte, numeradas consecutivamente y agrupadas al final del texto. Cada una debe tener un título en la parte superior y, si es el caso, anotaciones en la parte inferior.

El autor debe enviar los datos de correspondencia: la dirección de su oficina o consultorio y la dirección electrónica. Si son varios autores, solo es necesario enviar los datos de uno de ellos.

Referencias bibliográficas

La lista de referencias se iniciará en una hoja aparte, al final del artículo, utilizando la metodología de las normas Vancouver y siguiendo de manera estricta las indicaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. En el texto se indicarán con números arábigos entre paréntesis y de forma consecutiva en el orden en que aparezcan. A continuación se ilustran algunas características:

1. *Libro.* En su orden se enuncia: autores (primer apellido e iniciales de los nombres de los autores o editores), título del libro, número de edición, lugar de publicación: editorial, año de publicación, y si es necesario las páginas, después de la abreviatura p.

   Ejemplo: Cuza Téllez de Girón MC, Barrios Fernández N. Catalogación de documentos: segunda parte. La Habana: Pueblo y Educación; 1988. p. 1-64.

2. *Artículos de revistas.* Autores (primer apellido e iniciales de los nombres de cada uno de los autores), título del artículo, título abreviado de la revista, año de publicación, volumen, número y páginas inclusivas. Cuando hay más de seis autores, solo se incluyen los seis primeros y luego la abreviatura et al.

   Ejemplo: Soberón Acevedo G, Navarro J. Equidad y atención en salud en América Latina. Principios y dilemas. Bol Of Sanit Panam. 1985;99(1):1-9.

Cuando el autor es una institución, se pone el nombre de esta en vez de los nombres individuales. Cuando no hay autor, se comienza con el título del artículo.

3. *Capítulo de libro*. Autor del capítulo, título del capítulo, elemento de enlace, título del libro, lugar de publicación, editorial, año de publicación, páginas inclusivas.

   Ejemplo. Antó JM. Los métodos cuantitativos y cualitativos en la salud pública. En: Martínez FN, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud pública. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 38-43.

4. *Artículo de revista en internet.* Autores (primer apellido e iniciales de los nombres de cada uno de los autores), título del artículo, nombre de la revista [internet], año de publicación [fecha de la citación], volumen, número, páginas. Disponible en (dirección electrónica, camino completo del archivo).

   Ejemplo: Plumptre T, Grahan J. Governance and good governance: international and aboriginal perspectives. Am J Pub [internet]. 1999 [citado 2007 ago 14]; 24(4). Disponible en: http://www.iog.ca/publications/govgoodgov.pdf.

La manera apropiada de citar como referencia otro tipo de material no considerado arriba o cualquier otra

duda sobre la elaboración de los manuscritos puede ser consultada en los siguientes sitios de internet:

http://www.paho.org/spanish/DBI/authors.htm.

http://www.icmje.org.

O tener en cuenta la siguiente bibliografía: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals. Ann Inter Med. 1997;126:36-47.

Descripción específica para cada tipo de artículo

Artículos originales

Presentan resultados inéditos de investigación cuantitativa o cualitativa. Contienen toda la información relevante que hace que el trabajo pueda ser reproducible, permite evaluar sus resultados y conclusiones.

Extensión máxima 7500 palabras: De estas mínimo 5000 deben ser del contenido del artículo excluyendo referencias tablas y figuras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 6 en total.

Aclarar consideraciones éticas y consentimiento informado (cuando sea necesario).

Estructura del documento:

- Carta de presentación.
- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.
- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.
- Lista de 3 a 7 palabras clave (en español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.
- Introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.
- Materiales y métodos: Cuando sea pertinente informar diseño del estudio, lugar donde se realizó, características de los participantes, desenlaces principales e intervención.
- Resultados: En esta sección de deben presentar los resultados en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.
- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.
- Conclusiones
- Agradecimiento (si se requiere)
- Referencias: En formato Vancouver

Experiencias exitosas o no exitosas

Se presentan los ejemplos de experiencias exitosas o no exitosas dentro del marco de proyectos relacionados con medicina, ética, bioética, salud pública, psicometría, investigación básica o clínica.

Extensión máxima: 4000 palabras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 6 en total.

Estructura del documento:

- Carta de presentación.

- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.

- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.

- Lista de 3 a 7 palabras clave (en español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.

- Planteamiento del tema o introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.

- Desarrollo de la experiencia: En esta sección se deben presentar el desarrollo de la experiencia en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.

- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.

- Conclusiones.

- Referencias: En formato Vancouver.

Artículos de revisión de tema

Presentan análisis y comentarios acerca de un determinado tema, con amplia bibliografía y un análisis profundo de la literatura disponible.

Extensión máxima: 6000 palabras. De estas mínimo 4000 deben ser del contenido del artículo excluyendo referencias, tablas o figuras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 5 en total.

Estructura del documento:

- Carta de presentación.

- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.

- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.

- Lista de 3 a 7 palabras clave (en español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.

- Planteamiento del problema o introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.

- Desarrollo del tema: En esta sección de deben presentar el desarrollo del tema en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.

- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las

implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.

- Conclusiones

- Referencias: Se deben incluir mínimo 50 referencias en formato Vancouver

Artículos de metodología

Artículos en salud pública, epidemiología, psicometría, medicina o investigación básica o clínicas que den conocimiento acerca de un tema específico y presenten ideas sobre protocolos de investigación que generen controversia y grupos de discusión.

Extensión máxima: 3600 palabras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 5 en total.

Estructura del documento:

- Carta de presentación

- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.

- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.

- Lista de 3 a 7 palabras clave (en español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.

- Planteamiento del tema o introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.

- Desarrollo del tema: En esta sección de deben presentar el desarrollo del tema en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.

- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.

- Conclusiones

- Referencias: En formato Vancouver

Ética y bioética

Artículos sobre temas de ética, bioética, problemas éticos sociales.

Extensión máxima: 4500 palabras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 5 en total.

Estructura del documento:

- Carta de presentación.

- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.

- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.

- Lista de 3 a 7 palabras clave (en español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave

indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.

- Planteamiento del tema o introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.

- Desarrollo del tema: En esta sección de deben presentar el desarrollo del tema en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.

- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.

- Conclusiones.

- Referencias: En formato Vancouver.

Presentaciones de caso

Presentación de la experiencia profesional basada en el estudio de casos particulares de interés para el profesional, en el cual se discuta el tema y las posibles aproximaciones futuras en pacientes con problemas específicos.

Extensión máxima: 2400 palabras. De estas mínimo 1200 deben ser del contenido del artículo excluyendo referencias, tablas o figuras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 5 en total.

Estructura del documento:

- Carta de presentación.

- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.

- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.

- Lista de 3 a 7 palabras clave (español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.

- Planteamiento del problema o introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.

- Desarrollo del caso: Debe incluir un párrafo con consideraciones éticas y con las precauciones que se tuvieron para proteger la confidencialidad del paciente

- Revisión de tema: En esta sección de deben presentar el desarrollo del tema en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.

- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.

- Conclusiones.

- Referencias: Se deben incluir mínimo 50 referencias en formato Vancouver.

El director-editor y el Comité Editorial de la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* invitan a todos los actores del sistema de salud en Bogotá, empresas promotoras de salud de los regímenes

contributivo y subsidiado, a instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, a hospitales adscritos a la SDS, a organizaciones comunitarias y de usuarios, a organismos de dirección y de vigilancia y control del sistema (de los órdenes nacional y distrital), entre otros, a participar en esta publicación y permitir así su desarrollo y crecimiento. Esta revista tendrá una publicación semestral a partir de 2011 y su ISSN de formato electrónico en la actualidad es: ISSN e-2027-7970.

Política de acceso abierto

La *Revista* provee acceso libre e inmediato a su contenido bajo el principio de democratización y disponibilidad gratuita del conocimiento generado a través de la investigación y del desarrollo de las políticas públicas y apoya el intercambio del conocimiento global en el tema de salud.

Bibliografía

CINDOC-CSIC. Revistas científicas electrónicas: estado del arte. Madrid; 2004 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://www.tecnociencia.es/erevistas/especiales/revistas11.htm.

Consejo Mexicano de Investigación Educativa. Revista Mexicana de Investigación Educativa [internet]. México; 2010. Disponible en: http://www.comie.org.mx/v1/revista/portal.php?idm=es&sec=SC06.

Jorgelina JM. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver. La Habana: s. e.; 1999-2001.

Política editorial. Revista Desafíos, Universidad del Rosario [internet]. Bogotá; 2008 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://revistas.orosario.edu.co/index.php/desafios/about/editorialpolicies#focusAndScope.

Política editorial. Revista Semestral de Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín [internet]. 2009 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co/ojs/index.php/medicina/about/editorialpolicies.

Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and Policy [internet]. Atlanta [citado 2010 sep]. Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/es/archive_es.htm.

Publicación de los programas de posgrados en Administración de Salud y Seguridad Social-Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Revista Gerencia y Políticas de Salud [internet]; 2009 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/suscripciones.htm.

Revista de la Escuela de Psicología, Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad [internet]; 2009 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/about/editorialPolicies.

Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia [internet]; 2007 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://www.revmed.unal.edu.co/revistasp/indexrev.htm.

Revista Perfil de Coyuntura Económica, Facultad de Ciencias Económicas Universidad de Antioquia [internet]; [citado 2010 ago]. Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/coyuntura/index.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial
Grupo de Investigaciones y Cooperación

Revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*

Lineamiento editorial

Septiembre de 2014

Presentación

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), ente rector del sistema de salud en Bogotá, propone su revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* como un espacio para la presentación, revisión y divulgación del conocimiento en salud, generado por los diferentes actores en el ejercicio de los roles y funciones, y como una estrategia para facilitar y posibilitar la transferencia del conocimiento técnico-científico hacia todos los sectores de la sociedad.

Hasta el momento la *Revista* se ha publicado anualmente, en medio impreso. Lo que la SDS pretende en el mediano plazo es hacer una publicación semestral, en formato electrónico, bajo una política de acceso abierto e indexado en Publindex y otras bases de datos nacionales e internacionales.

Misión

La revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* publica artículos originales de los diferentes actores de la salud, con el fin de facilitar su conocimiento y utilización en la generación, revisión e implementación de propuestas de políticas públicas para el mantenimiento y mejoramiento de la salud de la población.

Visión

Para el año 2020 la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* se habrá convertido en el principal medio de publicación del sector público en salud de la ciudad y sus contenidos serán un insumo importante para la toma de decisiones en temas de salud, con un enfoque de derechos y equidad.

Lineamiento editorial

Esta publicación está enmarcada en la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación del Distrito Capital y en las acciones emprendidas por la SDS para democratizar el conocimiento en salud y su aplicación en las decisiones de políticas públicas. Además, es uno de los instrumentos que reflejan las acciones concretas previstas por la administración en el plan de desarrollo para fortalecer las capacidades y competencias investigativas y la gestión el conocimiento.

Esta revista aparecerá dos veces al año. Su periodicidad podrá ser modificada por el Comité Editorial. Su calidad está garantizada mediante el arbitraje anónimo en dos direcciones, una científica (rigurosidad conceptual y metodológica) y una editorial (estructura y estilo), de acuerdo con criterios nacionales e internacionales para revistas científicas.

Las opiniones o conceptos expresados en los trabajos son de total responsabilidad de los autores. La SDS no se responsabiliza por ellos y estos no coinciden necesariamente con los de los editores de la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*. Una vez aceptados para publicación, los artículos admitidos son de propiedad de la SDS y su reproducción deberá ser autorizada por el equipo editorial de la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*.

Para la *Revista* el envío de un artículo indica que el(los) autor(es) certifica(n) y acepta(n) que: (a) este no ha sido publicado, ni aceptado para publicación en otra revista; (b) que no se ha reportado la publicación de una versión previa como *working paper* (o "literatura gris") o en un sitio web, y (c) que una vez publicado en la *Revista* no se publicará en otra.

Objetivos

- Generar un espacio para socializar la producción de conocimiento en salud de los diferentes actores del Sistema y, a la vez, visibilizar los resultados más relevantes de investigaciones realizadas y políticas de salud, formuladas e implementadas.

- Promover el conocimiento de la realidad distrital en salud a través de la difusión de investigaciones originales.

- Democratizar la información relacionada con políticas públicas de salud.

- Propiciar el diálogo, análisis y reflexión de los actores del Sistema en torno al mantenimiento y mejoramiento de la salud de la población, así como la búsqueda de las mejores estrategias para el abordaje.

- Fomentar la participación de los grupos de investigación y de investigadores en proceso de formación a través de la elaboración y publicación de artículos originales.

- Publicar información relacionada con resultados de investigaciones, formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud, de acuerdo con los géneros editoriales definidos para la *Revista*.

- Fortalecer la calidad de la investigación en salud en el Distrito Capital y las relaciones con la comunidad académica, nacional e internacional.

Lineamiento de secciones

De acuerdo con la Misión y Visión de la *Revista*, se organizarán secciones que permitan publicar las diferentes clases de artículos enviados por los sectores y actores responsables de generar mejores

condiciones de salud para la población. Esto implica pensar no solo en artículos científicos, sino también en aquellos que de forma sucinta presenten experiencias o lecciones aprendidas en la implementación de planes, programas y proyectos tendientes al mejoramiento de la salud de la población. No obstante, predominarán los artículos científicos, pues esta ha sido la orientación de la *Revista* desde su primera publicación.

En ese orden de ideas, en la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, se tendrá la posibilidad de presentar las siguientes secciones:

- **Editorial:** Este es un documento escrito por el director o editor de la *Revista*, o por un investigador invitado, sobre orientaciones temáticas y políticas de la *Revista*.

- **Artículos originales:** Presentan resultados inéditos de investigación cuantitativa o cualitativa. Contienen toda la información relevante que hace que el trabajo pueda ser reproducible, permite evaluar sus resultados y conclusiones. Así mismo los artículos podrán versar sobre experiencias exitosas o no exitosas que se presenten de manera original dentro del marco de proyectos relacionados con medicina, ética, bioética, salud pública, psicometría, investigación básica o clínica, ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas en general.

- **Artículos de revisión:** Presentan análisis y comentarios acerca de un determinado tema, con amplia bibliografía y un análisis profundo de la literatura disponible.

- **Artículos de metodología / Ética y bioética** Artículos sobre salud pública, epidemiología, psicometría, medicina, o investigación básica o clínicas que den conocimiento acerca de un tema específico de investigación o presenten ideas sobre protocolos de investigación que generen controversia y grupos de discusión. De igual forma se tendrán en cuenta artículos sobre temas de ética, bioética y problemas éticos sociales.

- **Presentaciones de caso:** Presentación de la experiencia profesional basada en el estudio de casos particulares de interés para el profesional, intervenciones de salud individual o colectiva en el cual se discuta el tema y las posibles aproximaciones futuras en individuos con problemas específicos.

- **Cartas al editor**: Contienen posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la *Revista* que, a juicio del Comité Editorial, constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

Funciones de los integrantes de la revista

Director editor: Es el profesional especializado que coordina el Grupo de Investigaciones y Cooperación de la Dirección de Planeación y Sistemas de la SDS. Sus funciones son:

1. Dirigir la Revista.
2. Velar por la calidad científica de la *Revista*.
3. Citar a las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité Editorial y del Comité Científico.
4. Presidir y orientar el Comité Editorial y Comité Científico de la *Revista*.
5. Proponer posibles integrantes del Comité Editorial y Científico.
6. Proponer y asignar evaluadores nacionales e internacionales para los artículos postulados a la *Revista*.
7. Proponer criterios generales de operación de la *Revista*.
8. Asegurar la viabilidad financiera de la *Revista*.
9. Presupuestar los gastos de edición y administración de la *Revista*.

Coordinador editor: Es el profesional o grupo de profesionales nombrados por el director-editor para el proceso de edición, publicación y mantenimiento de la *Revista*. Sus funciones son:

1. Manejar la logística de la publicación de la *Revista*.

2. Recibir los artículos enviados a la *Revista*.

3. Apoyar al director-editor en la selección de los evaluadores (árbitros) para la evaluación de los artículos.

4. Contactar a los evaluadores.

5. Contratar los servicios técnicos necesarios para la edición y producción de la *Revista* de acuerdo con el director-editor.

6. Enviar al autor una carta de aceptación o rechazo, de acuerdo con el concepto del evaluador.

7. Enviar al autor una carta solicitando las correcciones, documentación e información pertinentes para el proceso editorial.

8. Mantener contacto con los miembros del Comité Editorial y Científico para mantener actualizados sus datos e información.

9. Promover la redacción de artículos entre investigadores y profesionales que están trabajando en temas de salud.

10. Revisar todos los artículos que llegan al editor antes de ser sometidos a la revisión de pares, con apoyo del Comité Científico.

11. Enviar el(los) artículo(s) nuevamente a revisión para los casos en que de acuerdo con el director-editor se considere necesario un segundo dictamen.

12. Hacer una revisión final para comprobar que las recomendaciones de los evaluadores se hayan atendido.

13. Mantener la visibilidad de la revista en las bases de datos donde está indexada y buscar opciones de indexación en nuevas bases de datos.

14. Coordinar con el *webmaster* el contenido del sitio web de la revista *Investigaciones* en *Seguridad Social y Salud*.

Comité editorial: Está conformado por personas de reconocida trayectoria en los campos temáticos que contempla la *Revista*. Sus funciones son:

1. Establecer de manera conjunta con el director-editor la política editorial y revisarla periódicamente.

2. Establecer con el director-editor los criterios editoriales y revisarlos periódicamente.

3. Planear anualmente los números de la *Revista*.

4. Proponer al director-editor, en los casos en que él lo solicite, los lectores o evaluadores para los artículos postulados en la *Revista*.

5. Servir de apoyo a la coordinación de la *Revista*.

Comité científico: Está conformado por personas de reconocida trayectoria en los campos temáticos que cubre la *Revista*. Sus funciones son:

1. Apoyar al Comité editorial y al director-editor en la formulación de la política editorial.

2. Asesorar al Comité editorial y al director-editor en la definición de los parámetros de calidad científica de la *Revista*.

3. Invitar a miembros reconocidos de la comunidad académica nacional e internacional para que publiquen sus trabajos en la revista I*nvestigaciones en Seguridad Social y Salud*.

4. Promover la difusión de la *Revista* en los medios académicos nacionales e internacionales.

5. Participar como evaluadores de los trabajos recibidos para su publicación o sugerir a otros expertos como pares académicos.

Producción editorial

- Equipo de producción editorial.

- Diseño de la página web.

Proceso de revisión por pares

Todos los manuscritos recibidos son revisados y seleccionados por el director-editor, coordinador editorial y el Comité editorial, quienes determinan si cumplen con los criterios generales estipulados en el documento de instrucción de autores y si el tema corresponde con los parámetros y objetivos de la *Revista*.

Una vez aceptados en esta instancia, se designarán los pares anónimos correspondientes para su evaluación, teniendo en cuenta la temática del artículo y el conocimiento especializado en cada uno de los temas. Los pares evaluadores son profesionales nacionales e internacionales expertos en el tema y son los encargados de examinar de forma ciega e independiente cada uno de los artículos en cuanto al valor científico y la utilidad de su publicación. Cada manuscrito se somete a la revisión de al menos dos expertos.

Los dos evaluadores externos revisan los artículos y entregan por escrito los resultados de la evaluación. La coordinación editorial de la *Revista* envía estas observaciones a los autores para ajustar los artículos de acuerdo con las sugerencias de los pares. Posteriormente, los autores envían a la coordinación editorial los artículos ajustados y estos son enviados a los pares nuevamente para una segunda revisión y concepto de aceptación para publicación en *Investigaciones en Seguridad Social y Salud.*

Cuando un manuscrito es sometido a ajustes en una primera revisión, al momento de enviar la versión ajustada los autores deben acompañarla de una explicación pormenorizada de los cambios efectuados para acatar las recomendaciones de los expertos. Si están en desacuerdo con alguna de ellas, deben explicar en detalle los motivos. Toda decisión se comunica por escrito al autor con la mayor rapidez posible. El plazo depende de la complejidad del tema y de la disponibilidad de revisores expertos.

Una vez realizado este proceso, la coordinación editorial de la *Revista* comunica al autor la aceptación del artículo e inicia el procesamiento del texto para su publicación. En caso de rechazo del artículo, se notifican al autor los motivos expuestos por los pares evaluadores que impiden la publicación del manuscrito.

Investigaciones en Seguridad Social y Salud se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos de acuerdo con las recomendaciones del Comité editorial y con la opinión de los pares, así como de proponer la revisión y cambios editoriales que considere necesarios. La recepción de artículos no implica la obligación de publicarlos.

El Grupo de Investigaciones y Cooperación de la SDS contrata con una persona jurídica, preferiblemente del sector académico de la ciudad y con experiencia en publicación de revistas científicas, la revisión de pares y otras actividades de apoyo para la edición de la *Revista*. Adicionalmente, la SDS está respaldada por sus servidores públicos, otros profesionales expertos del sector salud y los que tienen experiencia en investigaciones y publicación de artículos en revistas indexadas, nacionales e internacionales, para que actúen como pares evaluadores de los artículos.