Revista

Investigaciones en Seguridad Social y Salud

Bogotá, D. C., enero-junio de 2013

volumen 15, número 1

E-ISSN 2027-7970



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

Contenido

- Editorial 3
- Reflexiones sobre la política por la calidad de vida de niños y adolescentes en Bogotá 5
- Capacitación integral en temas relacionados con el proceso de retiro laboral dirigido a prepensionados de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y de las Empresas Sociales del Estado 21
- Análisis descriptivo de la vigilancia epidemiológica intramural de la intoxicación por monóxido de carbono (CO) en el Distrito Capital (2011) 29
- El enfoque poblacional: reflexiones para su implementación 39
- El lado oscuro de la investigación en seres humanos 49
- Lineamientos para autores 55
- Lineamiento editorial 63

Investigaciones en Seguridad Social y Salud
Investig.seg.soc
Volumen 15 (1) Enero-junio de 2013

Gustavo Francisco Petro Urrego
Alcalde Mayor de Bogotá

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

Editores Asociados
Melissa Giraldo Duque, Md. (Pontificia Universidad Javeriana)
Carlos Gómez-Restrepo, Md. MSc. (Pontificia Universidad Javeriana)
María Nelcy Rodríguez Malagón, Estadística Mg. (Pontificia Universidad Javeriana)

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

Corrección de estilo
Gustavo Patiño Díaz

Webmaster
Paola Serna González

Diagramación
Juan Carlos Vera

Diseño de cubierta
Campo Elías Franco

Foto
Campo Elías Franco

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

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

Editorial

Movilización del conocimiento

La movilización de conocimiento impulsa a Colombia a prepararse responsablemente para hacer una inserción exitosa en la economía globalizada del conocimiento del siglo XXI. En el Distrito Capital, desde la década de 1990, se propician espacios de participación que pretenden construir un desarrollo integral y sostenible que se plasma en los planes de desarrollo. Así mismo, el Distrito ha creado mecanismos que ayudan a estructurar y desarrollar el proceso investigativo, como la Mesa de Planificación Regional del Consejo Regional de Competitividad y la Comisión Distrital de Ciencia Tecnología e Innovación (Codiciti).

Desde el Grupo de Investigaciones y Cooperación se ha venido implementando una estrategia de movilización del conocimiento con la cual se pretende generar componentes y herramientas que hagan de la apropiación social del conocimiento científico la base para la innovación, la investigación y la cooperación, con el fin de generar impactos en el desarrollo de capacidades y de emprendimiento en el Distrito Capital.

Para ello se han implementado diferentes mecanismos que apuntan a democratizar el conocimiento, con el propósito de que se convierta en un movilizador social y político para la toma de decisiones del sector.

Por tal razón, y atendiendo al principio de que el conocimiento científico debe ser comunicado y divulgado para posibilitar su confirmación y contribución a la educación en general y para mejorar los conocimientos del personal de salud, la Secretaría Distrital de Salud ha estructurado la movilización del conocimiento desde el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud, comunicaciones e Investigaciones Habla, cooperación nacional e internacional y el portal del conocimiento en la Biblioteca de la SDS y la red de bibliotecas de las empresas sociales del Estado.

Para impulsar estas estrategias, partiendo del estudio de una serie de modelos y estrategias de comunicación que se centran en el concepto de *apropiación social del conocimiento,* se han diseñado macroprocesos con los cuales se trabaja la movilización del conocimiento: página web, informativos diarios, publicaciones, lineamientos, eventos y el espacio Investigaciones Habla. Este último macroproceso se ha convertido en la bandera de nuestra estrategia y constituye una herramienta de divulgación y socialización de la información hacia el exterior; además, permite mostrar de forma sencilla lo que se está trabajando, para pueda ser entendido y transmitido de la mejor manera al público al que queremos llegar.

Así, basados en los *Lineamientos* del Grupo de Investigaciones y Cooperación, el propósito principal de la Secretaría Distrital de Salud es "definir, precisar y fortalecer la manera como se difunden los nuevos conocimientos y saberes, y cuáles son los agentes responsables de dicha comunicación como determinantes en la configuración del proceso de gestión y movilización del conocimiento científico dentro de toda la red pública y la SDS, con el ánimo de institucionalizar algunos canales de comunicación del saber científico, empírico y experimental, para posicionarlos dentro de la agenda política del sector".

Aldo Enrique Cadena Rojas
Secretario Distrital de Salud

https://doi.org/10.56085/isss.497

Reflexiones sobre la política por la calidad de vida de niños y adolescentes en Bogotá

Reflections on the Policy for the Quality of Life of Children and Adolescents in Bogotá

Reflexões sobre a política para a qualidade de vida de crianças e adolescentes em Bogotá

Patricia Rozo Lesmes[1]

Resumen

El presente artículo tiene como propósito analizar cómo se ha venido desarrollando el proceso de la política por la calidad de vida de niños y adolescentes en los distintos escenarios de los ámbitos distrital y local durante los últimos dos años; para ello se avanzó en la recolección y el análisis de información relacionada con el proceso, desde la experiencia vivida como actor involucrado; en segunda instancia, se parte de un referente conceptual construido teniendo en cuenta los avances a escala distrital, así como las discusiones sectoriales; a su vez, se presenta el análisis de situación de calidad de vida y salud, con el fin de conocer experiencias vividas por los niños y los adolescentes de la ciudad en su cotidianidad y un referente normativo, que da cuenta de los desarrollos legislativos del tema en los planos internacional, nacional y distrital, y su interrelación. Posteriormente se avanza en cuanto a algunas propuestas frente al proceso, partiendo del propósito fundamental de propiciar el desarrollo de la autonomía en los niños, lo cual implica su reconocimiento como protagonistas sociales con capacidad de actuar, de resolver problemas, de valorar sus propias percepciones, necesidades y prioridades y de estimular el desarrollo de su creatividad, por lo cual son reconocidos como sujetos de derechos, ciudadanos con voz y con capacidad de intervenir en decisiones que les competen o que afectarán cualquiera de los aspectos de su vida, y, al tiempo, respetar su propia identidad. Finalmente, se enuncian algunas recomendaciones que se convierten en herramienta valiosa de incidencia en el proceso, y las cuales son el resultado de los aprendizajes a lo largo del tiempo.

Palabras clave: niñez, política, sujeto de derechos, enfoque poblacional.

Abstract

The purpose of this article is to analyze the policy regarding children and teenagers quality of life throughout different district and local scenarios, over the last two years. To achieve this, data related to the process was collected and analyzed. Life experiences and agent

1 Odontóloga. Especialista en Investigación Criminal. Magíster en Salud Pública. Líder de la Política de Infancia y Adolescencia. Análisis y políticas en Salud, Dirección de Salud Pública, SDS. Bogotá, Colombia.

involved were some categories included. A conceptual reference is then built, according to district progress and sectorial discussions. Meanwhile an analysis of quality of life and health is presented in order to understand live experiences of children and teenagers of the city in an everyday basis, and a normative reference that accounts for legislative developments at international, national and district levels, including their interrelation. Subsequently, progress is made for several proposals, bearing in mind that the fundamental purpose is to favor children development and autonomy. This implies that they must be recognized as leading social actors with capacity to solve problems, value their own perceptions, necessities, and priorities, and stimulate their creative development. Children and teenagers must be recognized as citizens with rights capable of making decisions that involve them or any aspect of their lives, respecting their own identity. Finally, several recommendations are given, which become important and valuable tools for the stated purpose. These are the results of long-term learning.

Key words: childhood, policy, citizens with rights, population approach.

Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar como tem sido desenvolvido o processo de Política para a qualidade de vida de crianças e adolescentes em diferentes cenários de nível distrital e local nos últimos dois anos; para isto foi feito um avanço na coleta e análise de informações relacionadas com o processo, a partir da experiência como ator envolvido; em segundo lugar, a partir de uma um referência conceitual construída, tendo em conta os progressos a nível distrital, como também discussões setoriais; apresenta a análise da situação da qualidade de vida e saúde, a fim de conhecer as experiências vividas por crianças e adolescentes da cidade em suas vidas diárias, e uma referência normativa que supre as normas legislativas sobre o assunto a nível internacional, nacional, distrital e suas inter-relações. Posteriormente avançou-se sobre algumas propostas para o processo, a partir do propósito fundamental de promover o desenvolvimento da autonomia na criança, o que implica o seu reconhecimento como atores protagonistas sociais com a capacidade de agir, de resolver problemas, reconhecer as suas próprias percepções, necessidades, prioridades e estimular o desenvolvimento de sua criatividade, reconhecendo-a como sujeito de direitos, cidadão com voz e capacidade de intervir nas decisões que afetam qualquer aspecto de sua vida, respeitando a sua própria identidade. Finalmente, enunciou algumas recomendações que se tornam ferramentas valiosas de incidência no processo e que são o resultado das aprendizagens ao longo do tempo.

Palavras-chave: criança, política, direito cidadão, enfoque populacional.

Introducción

Las políticas públicas se constituyen en herramientas desarrolladas por el Estado para garantizar el cumplimiento y el respeto de los derechos considerados bienes públicos fundamentales constitutivos de una sociedad democrática, donde su formulación e implementación debe estar diseñadas en función de su utilidad, para acercar a la sociedad a dichos objetivos. Dentro de las políticas que tienen trayectoria en la ciudad se encuentra la *Política por la calidad de vida de niños y adolescentes*, formulada en 2004, la cual se constituye en el marco de trabajo para la garantía de los derechos de dicha población

constituyendo escenarios a escala distrital y local, donde actores de diferente naturaleza se reúnen para avanzar, de manera conjunta, en discusiones y análisis sobre diversas situaciones que viven los niños y los adolescentes en la ciudad.

Es así como el proceso de política ha surtido dinámicas diferentes entre localidades, así como en el ámbito distrital (sectorial e intersectorial); dentro de los aspectos relevantes a mencionar se encuentran: 1) la falta de un plan de acción distrital que permita definir acciones concretas, así como responsabilidades de los actores involucrados; 2) la falta de comunicación permanente y de articulación entre los escenarios distrital y local; 3) el accionar de cada uno de los Comités Operativos Locales de Infancia de acuerdo con la dinámica local; 4) el hecho de no contar con la participación de actores del sector privado y de la academia en algunos de estos escenarios; 5) el compromiso de diferentes actores en trabajar por la garantía de los derechos de la niñez; 6) la incidencia política reflejada en la administración distrital; entre otros. En tal sentido, es importante revisar de manera minuciosa el desarrollo del proceso de política (en lo conceptual, en lo normativo, en el análisis de situación), con el fin de conocer los aciertos y los desaciertos alcanzados durante el 2011 y 2012, y, así mismo, analizar el trabajo realizado desde los diferentes escenarios que marcan su avance.

Métodos

Para el desarrollo de este artículo se realizaron diferentes fases de trabajo: la primera se relaciona con la recolección de información de carácter local y de carácter distrital; en esta última se hace la desagregación entre lo sectorial y lo intersectorial; en la segunda se hace la revisión juiciosa de la información recolectada, y en la tercera se avanza en el análisis crítico del proceso que ha tenido la política a lo largo de los últimos años.

Es importante mencionar que se cuenta con el acumulado de experiencia en diferentes escenarios, tanto distritales como locales, y cuyo propósito fundamental es velar por la garantía de los derechos de la niñez dentro del marco de la política por la calidad de vida de niños y adolescentes; entre estos se encuentran: participación y gestión en el Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia; coordinación distrital de los referentes de infancia del Componente de Gestión Local desde la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) (incidencia en los Comités Operativos Locales de Infancia y Adolescencia); coordinación de espacios de análisis sectorial relacionados con la morbimortalidad de los niños, además de la participación en convenios de diversa índole relacionados con la infancia, entre otros.

Resultados

De acuerdo con las fases de recolección establecidas, se encontraron los siguientes resultados en cada uno de los referentes planteados:

En primer lugar, respecto al *referente conceptual*, se presentan las formas como ha sido entendida la niñez en el trascurso de la historia: esta ha tenido diversos significados y se ha entendido de maneras diversas, partiendo de grandes intelectuales como San Agustín o Descartes. Es así como San Agustín, siguiendo las doctrinas bíblicas, se avergonzaba de la niñez, pues la consideraba la máxima expresión de la naturaleza animal del hombre. Siglos más tarde, Descartes define la niñez como lo opuesto a la razón, y, por lo tanto, la época del error. En algunas de sus reflexiones filosóficas, pensaba cuán feliz sería el hombre si desde su nacimiento tuviese entendimiento, juicio, razón. Pero la naturaleza humana era imperfecta, y entonces debía pasar tantos años en la oscuridad, en el error, sujeta a los instintos, a los deseos, a sus sensaciones, a los prejuicios, antes de llegar, por fin, a disfrutar ese don que llevaba al trono de la creación.

Pero esta imagen negativa de la infancia no fue solo asunto de intelectuales: durante siglos, las mujeres europeas manifestaron, en general, una total indiferencia respecto al fruto de su vientre; en algunos períodos de la historia, incluso, se negaron a dar pecho a sus hijos, y para ello recurrieron a las nodrizas, quienes, a su vez, abandonaban a sus propios vástagos para vender su leche.

Solo hacia el siglo XVIII, la infancia ocuparía por primera vez un sitio privilegiado en la sociedad occidental; solo hasta entonces, la humanidad comienza a dar muestras de una sensibilidad y una preocupación particulares por esa etapa de la vida humana.

Si bien la historia de la infancia por muchos siglos se caracterizó por su "desconocimiento", su "desvalorización" y su "objetivación", se debe reconocer que siempre existió el interés por su estudio científico; entre los autores destacados en tal sentido, cabe mencionar a los siguientes:

- *Platón y Aristóteles*: Dedicaron atención a los niños, pues para ellos, como era habitual en la antigüedad, tenían un valor como propiedad o proyecto para el futuro.

- *Quintiliano*: Defendía la necesidad de tener una actitud positiva ante el recién nacido, observar sus aptitudes y sus inclinaciones, confiar en sus potencialidades, educarlo con cariño, etc.

- *J. A. Comenio* (1592-1670), *san José de Calasanz* (1556-1648), *san Juan Bautista de la Salle* (1651-1684) y *san Vicente de Paul* (1581- 1660), con sus diferentes perspectivas, se refirieron a las necesidades y las características de la infancia.

- *Jean-Jacques Rousseau* (1762): Reclamaba la atención solícita de los padres para con el menor, el fomento de los vínculos amorosos y la atención a la propia naturaleza infantil.

Posteriormente, la Revolución francesa se constituyó en un hecho importante en la historia de la infancia, debido a la humanización y a la creación de leyes y del Estado de derecho; también, en cuanto al mejoramiento de la medicina, de la atención del parto y del recién nacido.

Durante la Ilustración surgió el concepto de individuo, de relaciones igualitarias y de la confianza en la felicidad humana, y se avanzó en un concepto más definido de la infancia como merecedora de una mirada y una atención especial.

Los conceptos filosóficos sobre niñez en el siglo XIX han estado marcados por el positivismo; durante ese siglo se empieza a reconocer al niño y a darle atención especial, aunque los paradigmas predominantes son los de la "asistencia" y del "niño como objeto de protección"; así mismo, se destacan hechos importantes, tales como:

- El surgimiento de la puericultura, con el fin de educar a las mujeres sobre la crianza de sus hijos.

- Surgen el concepto de "menor" y su establecimiento como categoría jurídica.

- La diferencia entre el concepto de "niño" y de "menor".

- Se constituye el primer tribunal de menores, en Illinois, en 1899.

Ya para comienzos de siglo XX, la niñez empezó a ocupar un lugar destacado; a las voces del movimiento de la Nueva Educación y de la pedagogía activa, se sumaron las de gobernantes, políticos y diplomáticos, quienes, desde los nuevos escenarios políticos de discusión mundial, abogaron por la defensa de la niñez del mundo. Es en dicho siglo cuando los niños y los adolescentes empiezan a ser considerados como tales, y no "en función del adulto en el que se convertirán". Por otra parte, se alcanzaron avances muy importantes respecto a los derechos de los niños y los adolescentes; entre ellos:

- Declaración de Ginebra (1924) y Unión Internacional de Socorros de los Niños (1920).

- Creación de la Unicef (1946).

- Declaración de los Derechos del Niño, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1959.

- Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de noviembre de 1989.

- Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, por las Naciones Unidas (1990).

- Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Infancia, en Nueva York, en mayo de 2002.

Dentro de estos avances, el más significativo es el relacionado con la Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989), pues a la luz de esta, los niños pasan de ser considerados "objetos de protección" a ser reconocidos como "sujetos de derecho" (1).

> *Se entiende por niñez al periodo del ciclo de vida humana en el cual el individuo, dadas las características del momento del ciclo evolutivo que atraviesa,*

de mayor vulnerabilidad biopsicosocial, depende de que los adultos faciliten y posibiliten la satisfacción de sus necesidades. Los conceptos de niñez y de infancia son construcciones socio-históricas, que han cambiado a lo largo del tiempo y que a la vez adquieren diferentes significaciones para las diversas sociedades y culturas (2).

En cuanto al *desarrollo humano en la niñez*, se encuentra que el desarrollo está inserto dentro de la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, el psicológico, el cognoscitivo, el nutricional, el ético, el sexual, el ecológico, el cultural y el social.

El concepto dinámico de crecimiento y desarrollo involucra la interacción de los factores genéticos, que aporta la herencia, y los factores ambientales, relacionados con el entorno del individuo: familia, sociedad y trabajadores de la salud. Las condiciones de vida favorables modifican el potencial genético para crecer y desarrollarse de forma adecuada y armónica, en tanto que las condiciones adversas no permiten el desarrollo de tales capacidades, dependiendo de la intensidad y de la persistencia de los agentes agresores.

Desde la autonomía, se considera que el niño vive y opera en cada momento de su vida con los instrumentos motores, emocionales, afectivos, cognitivos y sociales. El niño aprende a observar, a actuar, a utilizar su cuerpo, a prever el resultado de sus acciones, a modificar sus movimientos y sus actos, a registrar y tener en cuenta sus propios límites; aprende sobre la prudencia y el cuidado de sí mismo, aprende a aprender. En una palabra, desarrolla su competencia ejerciéndola y ejercitándola. Pero aprende al mismo tiempo la confianza en sí mismo, en sus propias percepciones, en sus propios intereses, en sus cuestionamientos, en sus conclusiones, en sus propios encadenamientos lógicos y en sus propias maneras de resolver sus situaciones problemáticas. Y, sobre todo, aprende sobre el valor y el lugar que el adulto le adjudica a esa autoconfianza.

Propiciar el desarrollo de la autonomía en el niño implica reconocer a los niños como protagonistas sociales con capacidad de actuar, de resolver problemas, valorando sus propias percepciones, necesidades y prioridades, y estimulando el desarrollo de su creatividad. Es reconocerlo como a un sujeto de derechos, un ciudadano con voz y con capacidad de intervenir en las decisiones que le competen o que afectarán cualquiera de los aspectos de su vida, respetando su propia identidad.

El desarrollo humano durante la niñez es un proceso activo de constitución del niño en sus dimensiones individual y social, y que se realiza en sus contextos cotidianos, en situaciones de interacción. Es un proceso de tomar conciencia de sí mismo y del mundo cotidiano y asumir una posición frente a los órdenes cotidianos y a las maneras de organizar la vida en común (biografía, historia familiar, vida institucional) (3).

En segunda instancia, en el *referente político y normativo* se presentan los siguientes avances:

En el ámbito internacional

- ***Convención Internacional de los Derechos del Niño (CND):*** Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, y ratificada por Colombia mediante la Ley 12 del 28 de enero de 1991. Es el marco normativo más importante para cualquier política o acción estatal dirigida a la infancia; su principio fundamental es la igualdad de derechos para niños y niñas.

En el ámbito nacional

- ***Resolución 425 de 2008 del Ministerio de la Protección social***: Estableció la metodología para la formulación de los planes territoriales de salud (POT) y los Planes Operativos Anuales en Salud.

- ***Circulares del Ministerio de la Protección Social-Empresas Promotoras de Salud (EPS) Régimen Contributivo, Subsidiado y Adaptadas:*** Establecieron los lineamientos para la formulación de los planes de salud de las eps régimen Contributivo, Subsidiado y Adaptadas, acorde con lo establecido en la Resolución 425 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

- ***Ley 1122 de 2007***: Hizo algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictaron otras disposiciones.

- ***Decreto 3039 de 2007 del Ministerio de la Protección Social***: Por el cual se adoptó el Plan Nacio-

nal de Salud Pública 2007-2010, cuyo propósito es "definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana...".

- ***Código de la Infancia y la Adolescencia (Ley 1098 de 2006)***: Estableció normas sustantivas y procesales para la protección integral de los niños y los adolescentes, y para garantizar el ejercicio de sus derechos y sus libertades, consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento. Dicha garantía y dicha protección serán obligaciones de la familia, de la sociedad y del Estado.

- ***Circular 018 de 2004 del Ministerio de la Protección Social***: Estableció los "Lineamientos para la formulación y ejecución de los Planes Estratégicos y Operativos del Plan de Atención Básica PAB 2004 – 2007 y los recursos asignados para salud pública".

- ***Metas del Plan de Gobierno Nacional: Plan País por la Infancia 2004-2015: 131 metas (en construcción)***: Estableció como grandes núcleos de trabajo: la promoción de una vida sana; el acceso a una educación con calidad; protección de los malos tratos, de la explotación y de la violencia; lucha contra el VIH/sida.

- ***Política Nacional de Primera Infancia CONPES 109***: Garantizó el ejercicio de los derechos de los niños menores de 6 años y de las madres gestantes y lactantes, en los escenarios familiar, comunitario e institucional, para lograr su desarrollo y su protección integral, para contribuir así al logro de la equidad y de la inclusión social en Colombia.

- ***Ley 715 de 2003***: Estableció el sistema general de participaciones, y en su artículo 43 define las competencias y las funciones de los departamentos en salud.

- ***Resolución 412 de 2000***: Estableció las actividades, los procedimientos y las intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento; también se adoptan las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades en salud pública.

- ***Ley 100 de 1993:*** Reglamentó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, allí se determina su organización, administración, financiación, control y sus obligaciones.

En el ámbito distrital

- ***Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Pública para Bogotá, D. C., 2008-2012 "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor"***: Mediante el Acuerdo 308 del 9 de junio de 2008, aprobó el *Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor"*. "El Gobierno Distrital, ofrecerá los mecanismos para garantizar el ejercicio de los derechos humanos, reconociendo las diferencias en las poblaciones y sectores, y del equilibrio territorial a través de acciones públicas sostenibles que aseguren la continuidad en el futuro de la orientación social del gobierno distrital..." (artículo 34. Garantía y restablecimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes).

- ***Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012*** (4): Su objetivo fue armonizar: el Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas 2008-2012 de la ciudad; las políticas de salud; las competencias otorgadas por las leyes 715 de 2001 y 1122 de 2007 a las entidades territoriales, y dar cumplimiento a los objetivos de Desarrollo del Milenio y demás compromisos nacionales e internacionales, en función de responder a las necesidades de la población bogotana. Es así como se plantearon las siguientes metas relacionadas con la infancia:

  - ◇ Para 2011, lograr y mantener las coberturas de vacunación con todos los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) por encima del 95%, en niños y en menores de 1 año (línea de base: polio: 94,1 %; DPT: 94,0 %; triple viral: 94,3 %; BCG: 100 %; hepatitis B: 94,2 %; *Haemophilus*: 94,1 %; fiebre amarilla: 92,3 %).

  - ◇ Para 2011, garantizar 20.000 vacunas anuales contra neumococo para recién nacidos de Sisbén 1 y 2.

  - ◇ Para 2011, inclusión de nuevos biológicos para el PAI de la ciudad, así: Hepatitis A, a la población de 12-23 meses; Rotavirus, para la población de 2-6 meses de edad; Hepatitis A, Rotavirus y Neumococo, para la población de 60 años y más.

- ◇ Fortalecer la Línea 106 amiga de los niños y adolescentes con atención las 24 horas del día 7 días a la semana.

- ◇ Para 2011, monitorear la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años (línea de base: 4,1 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE, 2006).

- ◇ Cubrir 68 instituciones especiales con menores en protección con la estrategia de gestión y acción en salud pública

- ◇ Para 2011, tener implementada en el 100 % de las Empresas Sociales del Estado (ESE) adscritas a la SDS, las estrategias de atención materno-infantil, estas son: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI); Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) y las Instituciones Amigas de la Familia Gestante y la Infancia (IAFI).

- ◇ Para 2011, monitorear la reducción de desnutrición global en niños menores de 5 años (línea de base: 9,3 %. Fuente: SISVAN, 2007)

- ◇ Reducir al 10 % la tasa de bajo peso al nacer (línea de base: 12,1 % 2006. Fuente: Sistema de Vigilancia. Estadísticas Vitales).

- ◇ Para 2011, controlar la prevalencia de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en la población gestante no aseguradora (línea de base: 0,19 %, 2007).

- ◇ Para 2011, aumentar la lactancia materna hasta los 6 meses de edad.

- ◇ Para 2011, reducir la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años a un caso por 100.000 menores de 5 años (línea base 2006: 2,0 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).

- ◇ Para 2011, reducir la tasa de mortalidad por neumonía en menores de 5 años a 11,5 casos por 100.000 menores de 5 años (Línea base 2006: 15,9 por 100.000 menores de 5 años. Fuente: DANE).

- ◇ Para 2011, reducir la tasa de mortalidad en menores de un año al 9,9 por 1000 nacidos vivos (línea base 2006: 13,5 por 1000 nacidos vivos. Fuente: DANE).

- ◇ Para 2011, reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 23,7 por 10 000 menores de 5 años (línea base 2006: 26,2 por 10.000. Fuente: DANE)

- ◇ Para 2011, reducir la tasa de mortalidad perinatal por debajo de 16 por 1000 nacidos vivos (línea base 2005: 19,8 por 1000 nacidos vivos. Fuente: SDS, 2006).

- ◇ Reducir en el 100 % los embarazos en adolescentes entre 10 y 14 años (abuso sexual).

- ◇ Contribuir a la erradicación del trabajo infantil (línea de base: 4,8-tasa de ocupación en menores de 18 años. Fuente: DANE, 2005)

- ◇ Para 2011, reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100.000 nacidos vivos (línea base 2006: 52,9 por 100.000. Fuente: SDS, 2006).

- ◇ Cubrir 425 microterritorios con la estrategia Salud a su Casa.

- ◇ Garantizar para 2011 el acceso a los servicios de salud de manera gratuita al 100 % de niños de 1-5 años, así como a las personas mayores de 65 años y a la población en condición de discapacidad severa, afiliada al régimen subsidiado y con clasificación de Sisbén 1 y 2, de manera gradual, incluyendo las actividades del No-POS S.

Política por la calidad de vida de niños y adolescentes: "Quiéreme bien, quiéreme hoy" (5)

Dentro de los principios orientadores de la política se encuentran la perspectiva de derechos, el ciclo de vida como itinerario de vida, el enfoque de género, la transectorialidad y la equidad; así mismo, dentro de las estrategias para su implementación se encuentran la integralidad de las acciones, el territorio como espacio social (6) y la atención primaria en salud (APS).

La política por la calidad de vida de niños y adolescentes tiene como propósito que los niños y los

adolescentes sean reconocidos como ciudadanos sujetos de derechos, que desde la gestación y a lo largo de su ciclo vital sean y se sientan queridos, seguros de tener protegida su vida, y con las oportunidades materiales y sociales requeridas para su desarrollo.

Con los mencionados propósitos, se han definido tres ejes estratégicos, dentro de los cuales se orienta la interacción en torno a componentes trazadores, para generar mejores condiciones de vida, y, por consiguiente, de salud, de la población infantil.

La protección de la vida

Implica actuar con determinación sobre los factores externos que atentan contra la integralidad y la seguridad de los niños, así como garantizar una atención oportuna y de calidad, frente a hechos que amenazan su sobrevivencia y su desarrollo. En este eje se enfatizará el desarrollo de tres componentes:

- ***El inicio de una vida digna***: Pretende garantizar una gestación, un parto y un primer año de vida de la mejor calidad. En el componente operan estas líneas de acción: *antes de nacer*, *al nacer* y *durante el primer año*.

- ***Ciudad protectora para niños y adolescentes***: Pretende desencadenar la acción colectiva necesaria para lograr que todos los espacios donde se desenvuelve la vida de los niños sean seguros y protejan su integridad física. En él operan las siguientes líneas de acción: *sin riesgos*, y *espacio y trasporte seguros*.

- ***Seguridad alimentaria***: Busca garantizar el acceso a alimentos de la calidad nutricional suficiente para su desarrollo futuro; dentro de sus líneas de acción se encuentran: *alimentos para todos*, *alimentación sana* y *alimentos en el campo*.

La generación de escenarios propicios para el desarrollo

Generar espacios propicios para el desarrollo armónico e integral de niños y adolescentes significa que los ambientes naturales y construidos tengan condiciones y medios para estimular la creatividad y permitir el desarrollo de sus capacidades y sus potencialidades. El eje se enfoca en estos componentes:

- ***Relaciones propicias para el desarrollo***: Propiciar el desarrollo infantil y el ejercicio de la autonomía, como prioridad de nuestras relaciones cotidianas, mediante estas líneas de acción: *al rescate*, *relaciones democráticas* y *condiciones propicias para el desarrollo*.

- ***Ambiente amigo de los niños y los adolescentes***: Pretende garantizar un ambiente sano y sustentable, que incluya, como mínimo, el acceso al agua potable, al saneamiento, a la recolección de basuras, al aire y el suelo limpios, y a viviendas y escuelas adecuadas; de acuerdo con ello, se plantean las siguientes líneas de acción: *construcción de ambientes sanos*, y *apoyo a las iniciativas de niños y adolescentes para mejorar la calidad del ambiente, sin obstáculos*.

- ***Niños a la escuela y adultos al trabajo***: Pretende que los niños vuelvan a la escuela, y eliminar las peores formas de explotación, para lo cual es necesario que se desarrollen las siguientes líneas de acción: *búsqueda activa*, *escolarización*, *servicios incluyentes*, *oportunidades de ingresos para las personas adultas* y *movilización social*.

Condiciones para el ejercicio de la ciudadanía

Reconocer a los niños y los adolescentes como a sujetos de derecho implica partir de su condición de actores transformadores de su propia realidad, tanto en el plano individual como en el colectivo. Este eje maneja el componente de:

- ***Actores de sus propios derechos***: Crear espacios, facilitar condiciones y construir mecanismos que permitan el pleno ejercicio de la autonomía, el reconocimiento de sus propios derechos, la exigencia de su cumplimiento y el rechazo de su vulneración; para ello, se orientan las siguientes líneas de acción: *encuentros de infancias de todos los colores*, *promoción de derechos* y *apoyo a iniciativas*.

Teniendo en cuenta estos criterios, construidos a partir del concepto evaluativo sobre la Política de Infancia y Adolescencia de Bogotá durante el periodo 2004-2010, surge este ajuste conceptual, de principios y de la estructura estratégica, que define los derroteros por seguir en las acciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida de los niños desde la primera infancia

hasta la adolescencia en la ciudad para los próximos diez años. Es así como se definieron los siguientes ejes, componentes y situaciones:

Ejes de Política (actualización)

1- Niños, niñas y adolescentes en ciudadanía plena

Se sustenta en el enfoque de protección integral de los niños durante todas las etapas de su ciclo vital, para su reconocimiento como sujetos activos en capacidad de aportar al desarrollo social, y como titulares de derechos, para la garantía como cumplimiento de tales derechos, la prevención de su amenaza o su vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato, en desarrollo del principio del interés superior.

Componentes

- Ciudad, familias y ambientes seguros.
- Alimentación nutritiva.
- Creciendo saludables.
- Igualdad de oportunidades para vivir la identidad de género, para niños y niñas desde la primera infancia.
- Sexualidad y re-creación de la vida.
- Felices de ser quienes son.
- Educación para disfrutar y aprender desde la primera infancia.
- Expresión auténtica desde el disfrute del patrimonio cultural, el arte, el juego, la recreación y el deporte.
- Participación con incidencia.

Situaciones que inobservan, amenazan o vulneran la realización de los derechos

- Trabajo infantil.
- Maltrato infantil, abuso sexual y explotación sexual comercial (ESCNNA) y la trata de niños y adolescentes.
- Niños hasta la adolescencia en conflicto con la ley.
- Niños afectados o víctimas del conflicto armado.

2. Bogotá construye ciudad con los niños y las niñas y adolescentes

Este eje ordena las acciones de la ciudad para transformar la cultura bogotana a favor de una cultura que dé vigencia al concepto del "interés superior del niño, la niña y el adolescente y la prevalencia de sus derechos", como criterio orientador de los comportamientos ciudadanos. Busca superar las barreras que los niños, desde la primera infancia hasta la adolescencia, encuentran cuando ejercen su ciudadanía, barreras que se expresan en las relaciones que se les plantean cuando participan en la vida social y política y en las oportunidades que tienen para llegar a ser miembros de la sociedad en sentido pleno.

Componentes

- Escenarios para la ciudadanía.
- Movilización social.
- Redes de cuidado calificado de niños y adolescentes desde la gestación.
- Interacción y diálogo intergeneracionales en condiciones de equidad.
- Promoción y difusión de lenguajes y estéticas infantiles y adolescentes sobre la ciudad en el espacio público.

3. Gobernanza por la calidad de vida de la infancia y la adolescencia

Este eje recoge las experiencias de gestión que caracterizaron hasta ahora su trayectoria, y que concluyen con el reconocimiento de los diversos actores responsables de su implementación, de sus interacciones y del papel que desempeña el gobierno distrital, por referencia a la generación de condiciones para la garantía y el ejercicio de los derechos de los niños y los adolescentes.

La gobernanza por la calidad de vida de la infancia y la adolescencia en Bogotá implica la apertura de la administración distrital para proponer y construir, mancomunadamente con dicho conjunto de actores públicos y privados (incluso, las familias y los cuida-

dores que han venido participando y trabajando en la implementación de la política), modos y maneras de coordinación, articulación y adecuación de procedimientos para llevar a cabo acciones intencionadas y diferenciales para la garantía de derechos.

Componentes

- Acciones intencionadas y diferenciales de protección de los niños, desde la primera infancia hasta la adolescencia, gestionadas de manera integral.
- Sociedad civil, personas y organizaciones de la ciudad corresponsables de garantizar los derechos de los niños y los adolescentes.
- Las familias con vínculos seguros, corresponsables de generar condiciones para el desarrollo de los niños y los adolescentes.

En cuanto al *análisis de situación de niños, niñas y adolescentes*, se han llevado a cabo diversos desarrollos: en primer lugar, se encuentran los avances en el distrito, a través del Decreto 31 de 2007, "Por el cual se reglamenta el Acuerdo 238 de 2006, que crea y estructura en el Distrito Capital el sistema de monitoreo de las condiciones de vida de la infancia y la adolescencia" y mediante el cual, los sectores de la administración distrital dan cuenta del estado de avance en el cumplimiento de los compromisos definidos en la promoción, la defensa, la garantía y el restablecimiento de los derechos de los niños y los adolescentes en Bogotá, correspondiente al Plan de Desarrollo, de manera anual; dicho ejercicio se viene haciendo de forma continua desde 2009.

Por otra parte, la SDS de Bogotá, D. C., viene adelantado un trabajo en el plano sectorial, que le permite disponer de unos macroindicadores de salud a través de los cuales se hace seguimiento y monitoreo a los diferentes eventos de interés en salud pública, tomando como marco los objetivos de la política pública por la calidad de vida de niños y adolescentes; a través de ellos, rinde cuentas sobre el cumplimiento de las metas de ciudad que corresponden al *Plan de Desarrollo Bogotá Positiva para Vivir Mejor*. Entre tales macroindicadores se encuentran:

- Proporción de incidencia de casos de VIH positivos por transmisión perinatal.
- Razón de prevalencia de la sífilis gestacional.
- Tasa de incidencia de la sífilis congénita.
- Tasa de mortalidad perinatal.
- Tasa de bajo peso al nacer.
- Razón de mortalidad materna.
- Tasa de mortalidad infantil.
- Tasa de mortalidad en menores de 5 años.
- Mortalidad por EDA en niños menores de 5 años.
- Tasa de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda (ERA) en niños menores de 5 años.
- Tasa de suicido en menores de 18 años.
- Tasa de mortalidad por y asociada a la desnutrición en niños menores de 5 años.
- Estado nutricional de las mujeres gestantes.
- Mediana en meses de lactancia materna exclusiva.
- Prevalencia de la desnutrición global en menores de 5 años.
- Prevalencia de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años.
- Prevalencia de la desnutrición aguda en niños menores de 5 años.
- Bajo peso en los adolescentes escolares de 10-17 años.
- Nacimiento por edad de la madre (10-14 años) y tasa específica de fecundidad asociada × 1000.
- Nacimiento por edad de la madre (15-19 años) y tasa específica de fecundidad asociada × 1000.
- Comportamiento de notificación de casos de violencia, intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual.
- Proporción de niños trabajadores menores de 15 años desvinculados del trabajo.
- Proporción de niños y adolescentes en condición de discapacidad.

- Gestión e inversión realizada en beneficio de los niños y los adolescentes en situación de desplazamiento.

Discusión

Tras la revisión y el análisis crítico de la información recopilada y la experiencia vivida, se plantea una serie de análisis en torno a cada uno de los componentes arriba mencionados.

En cuanto a los *referentes conceptuales*, existen diferencias en cuanto al grado de avance de las discusiones conceptuales en el plano distrital: por un lado, desde el sector salud (SDS), se viene avanzando en trabajar desde el enfoque poblacional, donde se reconoce la etapa de la niñez como la del ciclo vital que inicia desde la gestación y va hasta los 12 años de edad, y se caracteriza por ser crucial dentro del desarrollo del ser humano, donde se presenta el desarrollo pleno en aspectos psicológicos, biológicos, culturales y sociales (7).

La perspectiva del desarrollo humano se centra en las necesidades de los niños y los adolescentes identificando sus capacidades y buscando la promoción de mejores oportunidades que contribuyan a la búsqueda de su felicidad y su calidad de vida.

Esta etapa se encuentra conformada por varias subetapas: *la primera infancia* (comprende el desarrollo de los niños desde su gestación hasta los 5 años de edad) enfatiza el cuidado y la protección de los niños en periodo de gestación; además, se asientan las bases de estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social. La *infancia* (que comprende desde los 6 hasta los 12 años), es la etapa donde el niño continúa aprendiendo a observar, a actuar, a utilizar su cuerpo, a prever el resultado de su acción, a modificar sus movimientos y sus actos, a registrar y a tener en cuenta sus propios límites, a aprender la prudencia y el cuidado de sí mismo, a aprender a aprender. En una palabra, es cuando la persona desarrolla su competencia ejerciéndola y ejercitándola. Al mismo tiempo, gana la confianza en sí misma, en sus propias percepciones, en sus propios intereses, en sus cuestionamientos, en sus conclusiones, en sus propios encadenamientos lógicos y en sus propias maneras de resolver sus situaciones problemáticas.

Dentro de las discusiones y los consensos dentro del equipo técnico poblacional, durante estos dos últimos años se rescata el propósito de establecer la importancia de reconocer a los niños y los adolescentes como sujetos de derecho, desde su integralidad en la interrelación territorio-población, y visibilizar las potencialidades o las limitaciones del territorio que le imprimen características propias, los transforma y les permite generar o no condiciones de vida (8).

Así mismo, se tiene en cuenta el abordaje generacional[2], donde se toman en cuenta las características de la niñez de hoy (inmersa en el mundo de la tecnología, donde el computador y el celular son una herramienta de la vida cotidiana); se involucran en contextos sociales y familiares; son conscientes de su realidad atendiendo a la búsqueda de soluciones frente a los problemas; practican la autocrítica (reconocen sus errores) preocupándose por el bienestar de otros, aunque en ocasiones no tienen apoyo de su red primaria (se sienten solos) y no saben qué hacer con su tiempo libre; se autorreconocen (cambios físicos) y reconocen la relación con otros y necesitan dialogar sin ser juzgados (quieren ser escuchados), son divertidos, se encuentran diferencias en su cotidianidad dependiendo de su estrato social, hablan de sus amistades y buscan soluciones creativas a sus problemas.

Por otra parte, en el campo intersectorial se ha avanzado de manera muy tangencial en otras discusiones conceptuales, retomadas en el proceso de construcción del documento de actualización de la política. Entre los temas clave que orientan la manera de comprender la niñez y la adolescencia en Bogotá se encuentran: la concepción de niño desde la primera infancia hasta la adolescencia (se los reconoce como sujetos de derecho y como personas en desarrollo que tienen la posibilidad de ampliar sus capacidades con corresponsabilidad); las capacidades, las potencialidades y las oportunidades de los niños; y el desarrollo desde la gestación hasta la adolescencia (reconocimiento de las particularidades de niños y niñas en su proceso de desarrollo).

Respecto a los *referentes normativos*, al revisar la legislación referida a los derechos de los niños y los adolescentes, se encuentra una amplia gama de nor-

2 Entendido como la herencia cultural acumulada que sugiere múltiples aspectos relacionados con la demografía, la economía, las ideologías políticas y las construcciones de estéticas de grupos de personas que viven en tiempos y espacios determinados.

mativas que se inscriben desde el plano internacional hasta el distrital.

Al abordar el tema de los derechos de los niños y los adolescentes en Bogotá, es necesario tener en cuenta toda la normatividad dirigida a dicha población; en ese sentido, Colombia ha ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual tiene sus orígenes en la Declaración de Moscú sobre los Derechos del Niño y la Niña (1918), fue impulsada por el movimiento "Educación libre para los niños", durante la Revolución rusa, donde los niños dejan de ser reconocidos como los "aún-no" y pasan a ser los seres "ya-sí"; posteriormente, con la Declaración de Ginebra (1924), la cual es suscrita por la Liga de las Naciones, dentro del marco de la Alianza Save the Children, y donde se establecen, más que derechos de los niños, obligaciones de los adultos para con ellos; luego, en 1959, se estableció la Declaración de los Derechos del Niño, la cual fue una versión ampliada de la Declaración de Ginebra, y a la que le tomó 11 años ser aprobada (desde 1948 hasta 1959) y haciendo un llamado a la buena voluntad de los países frente al respeto y la garantía de los derechos de los niños; y, finalmente, el gobierno de Polonia propuso en 1978 la Convención de los Derechos del Niño, la cual fue suscrita por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

El Plan de Desarrollo Distrital *Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor* estableció un capítulo especial en sus apuestas y sus compromisos frente a los niños y los adolescentes, cristalizado en el artículo 34, donde se definen los siguientes objetivos de política: existencia, desarrollo, ciudadanía y protección; todo ello responde a los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos y de la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y sobre los cuales se desarrollan todas las acciones del gobierno distrital.

Dentro del quehacer del gobierno distrital se evidenció la prioridad de la prevalencia de los derechos de los niños; es así como en 2004 se formula la política por la calidad de vida de niños y adolescentes *Quiéreme bien, quiere hoy, porque la niñez se vive una sola vez*, con el objetivo de concentrar todos los esfuerzos en garantizar las condiciones que permitan vivir con dignidad y plenitud la niñez; la garantía y el restablecimiento de los derechos de los niños y los adolescentes es el criterio ordenador de las actuaciones y las decisiones.

Por otra parte, en 2011 se dio inicio al proceso de actualización de la Política de Infancia y Adolescencia de Bogotá, cuyo propósito fue integrar las lecciones aprendidas a lo largo de la trayectoria de la política y los logros alcanzados en su implementación.

La actualización implicó, en consecuencia, sopesar los elementos constitutivos de la política con la intención de valorarlos, construir criterios y tomar decisiones sobre cómo hacer el ajuste en su formulación. Este ejercicio, entendido como la construcción de un concepto evaluativo, convocó a distintos actores relacionados con los diferentes niveles de su implementación y a los niños desde la primera infancia hasta la adolescencia, a procesos de consulta cuyo análisis permitió establecer las percepciones de ellos sobre la trayectoria de la Política de Infancia y Adolescencia de Bogotá durante el periodo 2004-2010. Dichas percepciones, al ser contrastadas con los resultados de una rigurosa investigación documental y el análisis de la información aportada por el Sistema de Monitoreo de las Condiciones de Vida de la Infancia y la Adolescencia en Bogotá, D. C., sirvieron de base con el fin de construir los criterios para su actualización.

Por otra parte, sobre el *referente situacional* se encuentra que los análisis que predominan en los ámbitos tanto distrital como sectorial, se basan en los indicadores de enfermedad y muerte relacionados con niños y adolescentes; si bien desde la Dirección de Salud Pública, dentro del marco del Componente de Gestión Local, se ha logrado avanzar en un modelo explicativo de la realidad social en las localidades y de la ciudad, desde el enfoque de determinación social, que, a su vez, aborda el análisis de las condiciones de salud de las personas y de los grupos sociales, como resultado del proceso complejo y dinámico que se produce en todos los ámbitos donde la vida social se desarrolla. Es así como se plantean los núcleos problematizadores, en su calidad de punto donde confluyen diferentes causas de un problema o múltiples problemas que afectan la autonomía de un sujeto individual o colectivo en un territorio (9). Para para este análisis, se parte de las lecturas de realidades de las 20 localidades del Distrito Capital, para evidenciar las problemáticas de mayor incidencia en el plano local que afectan el desarrollo integral de los niños; y en segunda instancia, los temas generadores, como orientadores de la respuesta.

Conclusiones

A continuación se plantean algunos aprendizajes del proceso tanto intersectorial como en el contexto de la SDS:

- Avanzar en la intersectorialidad, entendida como la convergencia de esfuerzos de diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales para producir políticas integrales e integradas que ofrezcan respuestas a las necesidades generales. Aunque se han hecho esfuerzos para integrar objetivos, procesos y acciones desde los diferentes sectores, es necesario trabajar un poco más frente a la mancomunidad, lo que implica compartir recursos, responsabilidades y acciones, y a la integralidad, tanto en lo conceptual de los objetivos como en lo administrativo de los procesos y las acciones que fortalezcan el trabajo en equipo; también, frente a salvar obstáculos tales como la centralización de los sectores y la planeación descontextualizada, y trascender en la incidencia política y cultural que debe tener esta clase de procesos (10).

- Generar estrategias de articulación institucional tales como convenios que permitan generar acciones integrales (sector público, sector privado, organismos internacionales) para dar respuestas a las necesidades de los niños y los adolescentes en el contexto de su familia y de la comunidad.

- Buscar mecanismos de articulación con las políticas nacionales y las entidades del mismo orden, considerando que estas dan la línea en materia de niñez y adolescencia en todo el país y le apuestan con recursos al mejoramiento de la calidad de vida de los niños de la ciudad.

- Fortalecer el proceso de participación social en el desarrollo del ciclo de la política, considerando que está en un proceso de actualización, con participación solamente institucional. Se requiere generar una metodología para involucrar la participación de la comunidad desde la formulación hasta el seguimiento y la evaluación de la política, para así fortalecer los procesos de control social.

- Revisar los indicadores planteados para dar cuenta de la realización de los derechos de los niños y los adolescentes, pues algunos de ellos no serían los más apropiados para dicho propósito: por ejemplo, en el caso de la educación, las coberturas, que no darían cuenta de un impacto real frente a la educación de los niños y los adolescentes; además, hacer un análisis frente a qué tipo de indicadores se están utilizando, pues solo se evidencia la gestión institucional con su diversidad de acciones. Sin embargo, es necesario presentar de manera concreta y articulada lo que se hace no solo en el plano gubernamental, sino contando con la llamada participación social y el impacto en la transformación de la realidad; es decir, en la realización de los derechos de los niños y los adolescentes. No obstante, no se visibiliza del todo la información de las acciones de las entidades del orden nacional y del sector privado, por lo que sería necesario complementar dichos indicadores.

- Establecer desde el plano distrital, con la orientación de la Secretaría de Planeación y de Hacienda, un sistema de información unificado básico que permita dar cuenta del seguimiento a la realización de los derechos de los niños y los adolescentes, y que sirva de insumo para el ajuste de las acciones de la políticas.

- Construir indicadores de impacto de la política por la calidad de vida de los niños y los adolescentes, o bien, retomar experiencias exitosas de la academia en trabajos de investigación donde se han construido indicadores, con el fin de hacer su proceso de evaluación en armonía con las políticas nacionales.

- Establecer mecanismos de articulación con el ámbito distrital, a través del Comité Operativo Distrital de Infancia y Adolescencia (CODIA) y con el Comité Operativo Local de Infancia y Adolescencia (COLIA) de todas las localidades, así como con los Consejos Locales de Niños y Niñas.

- Generar articulación con otros comités y otras mesas del nivel distrital, así como con la Comisión Intersectorial Poblacional (CIPO), teniendo como marco las políticas poblacionales, y en esta última, tomando en cuenta la propuesta de su reforma, donde se determine la integración de un delegado del codia.

- Es necesario tomar en consideración la normativa que rige internamente en el Consejo Distrital de Política Social, y, por ende, sus comités operativos

reglamentarios, pues, a veces, priman los decretos y los acuerdos a escala distrital, más que las propias leyes nacionales.

- Diseñar estrategias comunicativas entre los ámbitos distrital y local de los comités, que permitan visibilizar la existencia de dichos espacios en la ciudad, su interacción con otros escenarios que trabajen temas de infancia y su incidencia política en la agenda pública.

- Construir un análisis de la situación de la niñez y la adolescencia, con la participación tanto de los actores de la administración como de la comunidad en general, para conocer sus verdaderas realidades y necesidades, y para, así mismo, generar respuestas acordes con ellas.

- Contar con la voz de los niños y los adolescentes en la construcción del análisis de situación mediante ejercicios locales; allí sería importante tener en cuenta la experiencia de los consejos locales de niños, así como conocer su relación con el Consejo Distrital de Niños y Niñas.

- Para la construcción del diagnóstico distrital, se debería llegar a la unificación de criterios frente a la postura teórica que se asumiría, al igual que en la metodología que se vaya a utilizar.

- Sería pertinente que la respuesta institucional tuviese la posibilidad de repensarse en la unificación de contenidos, metodologías y recursos, donde el proceso de concertación e implementación de acciones para la infancia y la adolescencia sea la prioridad.

- Analizar intersectorialmente el alcance del Sistema de Información. Recoger periódicamente (anualmente, de hecho) la información de los estudios y los diagnósticos relacionados con la infancia y la adolescencia generando un boletín informativo con el consolidado de lo recogido, y estableciendo los temas prioritarios que aún no han sido objeto de estudio.

- Las acciones desarrolladas dentro de la SDS hacen mayor énfasis en la primera infancia (0-5 años); aunque también se desarrollan acciones dirigidas a los niños y los adolescentes, estas no se evidencian de la misma forma.

- Algunas de las acciones desarrolladas en torno a la niñez y la adolescencia se hacen de manera articulada entre las direcciones: por ejemplo, el trabajo hecho por el grupo materno perinatal; sin embargo, es necesario fortalecer aún más dichas articulaciones, tanto en la planeación como en la ejecución y el seguimiento de las acciones.

- Se hace necesario llevar a cabo un ejercicio permanente frente al análisis de la situación de salud de los niños y los adolescentes, de manera mancomunada entre las diferentes direcciones que conforman la sds, así como del liderazgo del grupo de análisis de la situación de salud.

- La conformación de un grupo interdirecciones que trabaje de forma conjunta los temas relacionados con niñez y adolescencia desarrollados desde el sector se convierte en una necesidad imperante para lograr el fortalecimiento y la unicidad de dichos temas en el distrito.

- Fortalecer la comunicación interna entre los profesionales de las distintas direcciones que trabajan en torno a la niñez y la adolescencia, con el fin de mantener un discurso unificado a los espacios distritales.

- Se desarrollan acciones de competencia del sector salud que propenden por el mejoramiento de la calidad de vida de los niños y los adolescentes; sin embargo, también es necesario fortalecer las acciones de carácter intersectorial: por ejemplo, a través de convenios, no solo con otras instituciones de carácter gubernamental, sino, también, con la academia.

- Se considera fundamental la articulación de las acciones realizadas entre el Plan de Intervenciones Colectivas y los demás Planes de Beneficio, en lo relacionado con la etapa de la niñez, dentro del marco de la política por la calidad de vida de niños y adolescentes.

- Es necesario establecer un plan de trabajo desde el sector salud, que dé cuenta de la implementación de la política por la calidad de vida de niños y adolescentes de la ciudad, y lo haga de forma ordenada, clara y concreta.

- Finalmente, reviste importancia fortalecer el equipo poblacional, no solo en la Dirección de Salud Pública, sino en las otras direcciones de la SDS, tomando

en cuenta que el enfoque poblacional se considera una intervención analítica con alcance a las intervenciones, y la cual reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad; y en este caso, donde se reconoce la niñez como una de las etapas del ciclo vital, con unas condiciones, unas situaciones, unas identidades y unas diversidades que los hacen contar con unas características particulares de los niños de hoy día, y, por tanto, su atención, su cuidado y su protección debe corresponder a ellos, como sujetos de derechos.

Referencias

1. Grosman C. Los derechos del niño en la familia, la Ley, creencias y realidades. UNICEF, 1994.

2. Cimmino K, Mercer R, Sochón A, et al. Versión Adaptada del manual "Interfase entre los Derechos y la Salud de la Niñez, Curso de profesionales". Buenos Aires: Equipo FLACSO; s. f.

3. Dirección General de Cultura y Educación. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Educación. Dirección de Educación Inicial. Experiencia Escuela Infantil. Buenos Aires. 2007.

4. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Plan Distrital de Salud del Distrito Capital 2008-2012. Bogotá: SDS; 2008.

5. Departamento Administrativo de Bienestar Social. Convenio DABS-UNICEF-OEI. Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes. Bogotá: DABS; 2004.

6. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública. Documento de conceptualización del modo promocional. Documento preliminar para la discusión. Bogotá. 2004.

7. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Equipo Técnico Poblacional. Lineamiento Enfoque Poblacional. Bogotá: SDS; 2011.

8. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Lineamiento Enfoque Poblacional: Un abordaje en los territorios. Bogotá: SDS; 2012.

9. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública. Guía orientadora análisis de la determinación para referentes distritales. Bogotá: SDS; 2009.

10. Bogotá, Diplomado de política local de Infancia. Intersectorialidad y Políticas Públicas de Infancia y Adolescencia, Universidad Nacional de Colombia, 2010.

Recibido para evaluación: 24 de marzo de 2012
Aceptado para publicación: 22 de diciembre de 2014

Correspondencia
Patricia Rozo Lesmes
Calle 146A # 97-16, torre M, apto 635
Bogotá, Colombia
patico1018@yahoo.es

https://doi.org/10.56085/isss.498

Capacitación integral en temas relacionados con el proceso de retiro laboral dirigido a prepensionados de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y de las Empresas Sociales del Estado

Integral Training in Topics Related to the Process of Retirement Addressed to the Secretariat Prepensionados Health District (SDS) and of State Social Enterprises

Temas relacionados a formação integral para o processo de reforma dirigida ao Secretariado prepensionados Distrito de Saúde (SDS) e as empresas de Estado Social

Angélica María García C.[1]
Maryuri Díaz[2]

Resumen

A lo largo de su vida, el ser humano se ve atravesado por diversas situaciones que forman parte del crecimiento personal. Una de ellas es la culminación de la vida laboral, una etapa que viene acompañada de infinidad de cambios tanto en la vida propia como en las personas más cercanas del círculo de convivencia; y es en este preciso momento donde el apoyo interdisciplinar se hace necesario, ya que, por lo general, no se está preparado para ese tipo de momentos. La visión que se tiene acerca de los cambios suele ser muy rígida; pasar de la "estabilidad" o de un momento de manejo económico laboral a un "descanso permanente" no se ve como algo benéfico: al contrario, se ve como la etapa o la edad donde la sociedad ya no considera a la persona parte activa, y, por tanto, dar una resignificación a la situación es un reto no solo de los profesionales, sino de la persona que está viviendo el momento de su jubilación. Este artículo presenta los resultados y la experiencia de una capacitación integral en temas relacionados con el proceso de retiro laboral dirigido a prepensionados de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y de las empresas sociales del Estado (ESE); tal experiencia fue desarrollada en convenio con la Universidad Manuela Beltrán durante 2011, y en ella participaron 157 personas. Se presenta la mencionada experiencia con el fin de tener en cuenta dicho tipo de capacitación como estrategia de intervención de las empresas para manejar el tema de la jubilación de sus empleados.

1 Magíster en investigación social, Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.
2 Estudiante de pregrado en Psicología, Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.

Palabras clave: ciclo vital, familias de jubilados, jubilación, capacitación integral.

Abstract

Human beings throughout life are crossed by several critical situations that are part of personal growth, one of which is the culmination of working life, a stage which is accompanied by many changes in life itself and the lives of those closest to the person. In that point is where multidisciplinary support is necessary, because usually people are not prepared for such moments. The vision we have of changes is often very rigid, to go from the "stability" or a time of economic management work to a "permanent break" is not seen as something beneficial, but as the stage and age where society no longer considers them active. So in order to achieve a new meaning to the situation, the challenge is not only for professionals but also for the person who is retired.

This article shows the results and the experience of an integral training on issues related to the process of labor retirement designed for pre-jubilate of the Secretaría Distrital de Salud (SDS) (District Department of Health) and Empresas Sociales del Estado (ESES) (State Social Enterprises). This training was done with the Manuela Beltrán University in Bogota and took place on 2011 with 157 participants. This experience is presented to account for this type of training as an intervention strategy for companies to handle the issue of retirement of its employees.

Key words: life cycle, families of retirees, retirement, integral training.

Resumo

O ser humano ao longo da vida se encontra imerso por diversas situações que fazem parte do crescimento pessoal, uma destas é o fim da vida laboral, uma etapa que vem acompanhada de infinitas mudanças, tanto na vida pessoal como nas pessoas mais próximas do seu círculo de convivência, e é neste preciso momento em que o apoio interdisciplinar é necessário, porque geralmente ninguém está preparado para este tipo de momento.

A visão que temos sobre as mudanças geralmente soa ser muito rígida; passar de "estável" ou de um tempo de manejo econômico laboral para um "descanso permanente", não é tão benéfico, ao contrário, é visto como um estágio ou idade em que a sociedade já não considera como parte ativa, no entanto conseguir dar um novo significado para a situação, não é somente um desafio dos profissionais, mas também da pessoa que está vivendo o momento da aposentadoria.

Este artigo apresenta os resultados y experiência de uma capacitação integral em temas relacionados com o processo de aposentadoria, direcionado aos pré-aposentados da Secretaria Distrital de Saúde (SDS) e das Empresas Sociais do Estado (ESES), desenvolvido em parceria com a Universidade de Manuela Beltran, em 2011, com a participação de 157 pessoas. Esta experiência é apresentada para explicar este tipo de treinamento como uma estratégia de intervenção para que as empresas possam lidar com o tema da aposentadoria com seus empregados.

Palavras-chave: ciclo de vida, famílias de aposentados, aposentadoria, capacitação integral.

Introducción

El tiempo de la vida es, en efecto, a la vez el tiempo de los nacimientos, el tiempo de los desarrollos, el tiempo de los declives, el tiempo de las muertes y el tiempo de los ciclos. Y, sin detenerse, el azar, los eventos y los accidentes acuchillan los hilos del tiempo cíclico, rompen el devenir del tiempo del desarrollo; algunos son irrecuperables y entrañan la desintegración mortal; otros, al contrario, estimulan una evolución (1). Lo anterior hace referencia al ciclo vital, que, ineludiblemente, conlleva el constante cambio y la dinámica del ser humano.

Estos cambios pueden ser sobrellevados por cada persona y por cada sistema cercano a esta (familiar, laboral, educativo, etc.), de tal forma que esa co-construcción constante permita el acoplamiento de las vicisitudes del tiempo con las herramientas desarrolladas por cada uno de esos sistemas. Ello facilita la vida de las personas, pues permite afrontar, de la forma más asertiva posible, tanto las situaciones de la vida cotidiana como las situaciones no normativas que se puedan presentar.

No obstante lo anterior, cuando dichos cambios se presentan —algunos son de carácter inevitable, y no existe el mencionado acoplamiento—, se genera una reacción adversa y poco propositiva o proactiva, que contiene un cambio en el orden del "deber ser", para darle paso a la incertidumbre como guía de esos momentos de la vida; en algunos casos, no se encuentran salidas o soluciones adecuadas y funcionales.

Las dos posibilidades planteadas, tanto de la reacción normativa como la de la reacción no normativa, son dignas de reconocimiento en la persona que las presentan, pues en un mundo globalizado y posmoderno, como el actual, se deben exponer ideas de inclusión y de diversidad, lo cual implica la comprensión de las diferentes formas de entender, ser, actuar, pensar, etc., que tiene cada persona. Es decir, no son posiciones juzgables, pero que sí invitan a los profesionales de las diferentes áreas a reflexionar sobre su posible quehacer frente a tal diversidad de posibilidades de reacción de los seres humanos.

Una de las situaciones que atraviesan a los sujetos, y que generan diferentes reacciones en ellos a lo largo del ciclo vital, es la culminación de la vida laboral, una etapa que viene acompañada de cambios, tanto en la vida propia como en la de las personas más cercanas. La jubilación es una decisión de carácter normativo que obliga a interrumpir de manera brusca la actividad laboral, teniendo como causa principal la edad (2). La jubilación, desde el derecho laboral, es un cese en el empleo y el ejercicio profesional, por el cumplimiento de unos requisitos estipulados previamente en la Constitución Nacional; entre ellas está la edad, y ello implica una renta sustitutoria, dado que la persona no recibe ingresos, a lo cual se le denomina *pensión de jubilación (3)*.

Desde la psicología como disciplina, cuando uno de los miembros de la pareja se retira laboralmente por jubilación, ingresa a la categoría de *familia de jubilados*, que se caracteriza porque ya han terminado sus funciones de crianza, los padres se encuentran solos de nuevo y los hijos afianzan su propia identidad y se establecen fuera de la familia, con lo cual ocurre un cambio radical en los papeles y las reglas familiares, de modo que la familia se reorienta hacia la satisfacción de las necesidades de la pareja de origen y hacia redefinir las relaciones con los hijos, los nietos, la familia extensa, los amigos y la comunidad, en función de los papeles de abuelos y suegros (1). Es indiscutible, entonces, que la jubilación es un evento que, necesariamente, trae consigo cambios en la vida del individuo, por lo cual dicha situación influye en los distintos aspectos de la vida, y, a su vez, en las personas y los grupos de personas con quienes se convive a diario.

Las instituciones o las organizaciones, como campos de desarrollo laboral de los individuos, deben sentirse llamadas a contribuir con dicha situación, a la cual van a llegar todos sus colaboradores, y, de esa forma, generar estrategias que les faciliten ese cambio en el ciclo vital. La Secretaría Distrital de Salud (SDS), a través de su Área de Talento Humano, es un ejemplo de una institución que se preocupa por los mencionados procesos dentro de su equipo de trabajo, por lo cual busca crear espacios de formación para quienes se hallan próximos a jubilarse, de forma que obtengan herramientas útiles para afrontar los cambios ya citados, y así, propender por una excelente calidad de vida, en esta nueva etapa de su ciclo vital.

En aras de tal objetivo, en 2011, la SDS suscribió un contrato con la Universidad Manuela Beltrán, en pro de capacitar integralmente en temas relacionados con el proceso de retiro laboral dirigido a los prepensionados de la SDS y de las ESE.

Métodos

El espacio de capacitación para los prepensionados se creó y se organizó por un trabajo conjunto entre el Área de Talento Humano de la SDS e investigadores de la Universidad Manuela Beltrán. La metodología utilizada para el desarrollo de la capacitación consistió en trabajar la sesión inicial y la sesión final con el grupo general en plenaria aplicando la estrategia pedagógica de conferencia, lo que permitió encuadrar y enganchar, en principio, a los asistentes para que tuvieran una disposición activa y participativa a lo largo de la capacitación. También, en el cierre, la misma estrategia permitió recoger y concretar la experiencia de los asistentes como un aprendizaje significativo para la vida de pensionados.

El cuerpo de la capacitación se desarrolló a través de cinco módulos, que se aplicaron simultáneamente:

- ***Módulo Mi salud***: El cuidado de la salud requiere una integralidad; por tal razón, esta etapa del programa buscó informar y fomentar los cuidados necesarios para la atención a los efectos del proceso de envejecimiento. Los temas tratados fueron: salud integral (curativa, preventiva y de mantenimiento); enfermedades comunes; salud física y mental; alimentación adecuada, y ejercicio. En el módulo se aplicó una encuesta orientada a evaluar la percepción de los participantes sobre el cuidado de la salud.

- ***Módulo Mi Yo***: En este módulo, el funcionario se aproximó a su dimensión personal, su visión de futuro y el manejo del tiempo libre. Los principales temas tratados fueron: proyecto de vida; conciencia del cambio; autoestima y expectativas de sí mismo; actividad intelectual; administración del tiempo libre; sentido de vida; la dimensión espiritual, y papel profesional.

- ***Módulo Mi Familia***: En este módulo, se analizó el papel actual y futuro del funcionario dentro del ámbito familiar; además, la necesidad del apoyo de los familiares y los allegados durante los cambios que enfrentará con su retiro. Los temas desarrollados fueron: el ciclo evolutivo familiar y los cambios en este; el acercamiento real a la familia tras el retiro y el miedo de la adaptación al ámbito familiar; el papel dentro de la familia en cuanto a su continuación como proveedor, y la importancia del apoyo familiar y afectivo.

- ***Módulo Mi Comunidad***: Para esta parte del proceso, se observó el papel del funcionario dentro de su comunidad y la importancia de su entorno y para su entorno. Los temas que se trabajaron fueron: el vínculo con la entidad; planificación y autogestión; proyección comunitaria y manejo de conflictos; los intereses, los deberes y los derechos, y el mantenimiento de contactos sociales.

- ***Módulo Entorno Financiero***: Una de las mayores preocupaciones de los funcionarios próximos a jubilarse es el manejo financiero de sus recursos. Atendiendo a dicha preocupación, se trataron los temas: ahorro y el cuidado del dinero; actividades productivas alternativas; recursos diferentes del dinero, y aprendizajes, intereses y experiencias.

- ***Módulo Entorno Jurídico***: Para muchos de los funcionarios que inician el proceso previo al acceso de su derecho a la pensión, se presentan muchas dudas e incertidumbres en temas procedimentales y jurídicos. Por tal razón, el programa propuesto buscó ofrecer una asesoría jurídica básica que orientó a los participantes. Los temas tratados fueron: procedimientos e implicaciones legales; autogestión (apersonarse del proceso que conlleva el derecho a la pensión); conocimientos sobre normas, deberes, derechos, posibilidades de reclamación, y trámites.

Cada grupo tuvo un cupo máximo de 40 personas, y contó con el apoyo de un profesional experto en cada temática propuesta para la capacitación, a través del uso de la estrategia pedagógica de taller y la aplicación de instrumentos construidos para la capacitación. Tal estrategia pedagógica promovió la participación de los asistentes para generar construcción del conocimiento conjunto y la búsqueda de conclusiones pertinentes frente al tema tratado.

Con la aplicación de esta metodología, se garantizó el cubrimiento de la totalidad de la población asistente a la capacitación en dos días de actividades; así mismo, una atención un poco más personalizada de las situaciones particulares (4).

La evaluación de la capacitación, se hizo aplicando la encuesta de satisfacción manejada por la SDS en sus procesos de capacitación.

Como resultado del proceso de capacitación descrito, se hizo entrega a la SDS del informe final, que presenta la información de todas las fases del proceso; también, de la guía metodológica, resultado de la aplicación de la técnica de observación no participante por parte de un auxiliar de investigación, y de las memorias del evento, con el registro fotográfico.

Resultados

En la encuesta de percepción de la salud aplicada a 98 de los participantes, se evidenció que la mayoría de las personas consideran que gozan de una buena salud; esto, en concordancia con el hecho de que el 40 % no tiene diagnosticada ninguna enfermedad, pero el 25 % sí tiene diagnóstico de osteoporosis; el 20 %, diagnóstico de enfermedad vascular, y el 20 %, enfermedad cardiaca.

El 80 % de las personas que diligenciaron la encuesta expresaron que alguna vez han pensado en participar de una actividad que promueva la actividad física; a la mayoría les gustaría participar de una actividad como la natación, las caminatas, o grupos de caminantes, aeróbicos y danza.

Frente a los riesgos a los cuales ellos se consideran expuestos en la actualidad, y que podrían afectar su etapa de vejez, respondieron que el mayor riesgo es que trabajan en contextos con enfermedades de otros, y, en segunda medida, la ausencia de pausas activas en su trabajo.

La mayoría de las personas encuestadas consideraron que las enfermedades reumatoides son las que más los pueden afectar, seguidas de la hipertensión arterial. Algunos fundamentan esta afirmación en el factor genético; sin embargo, otros no diligenciaron la razón de su creencia.

Así mismo, se aplicó una encuesta de satisfacción, la cual fue diligenciada por 113 de los participantes. Los resultados fueron los siguientes: el 90 % de los encuestados consideraron que la puntualidad en el desarrollo de la capacitación fue entre excelente y buena. Tan solo el 8 % consideró que el manejo del tiempo fue malo o regular.

En cuanto al lugar donde se hizo la capacitación, el 90 % lo calificó como excelente y bueno.

El 80 % de los encuestados consideraron que el tiempo definido para el desarrollo de la capacitación fue el apropiado. El 95 % de las personas consideraron que los alimentos recibidos durante la capacitación fueron buenos y acordes con sus expectativas.

En cuanto al nivel de satisfacción, se encontró que el 34 % aseguró estar muy satisfecho; el 50 %, satisfecho, y el 10 %, medianamente satisfecho. El impacto de la capacitación, de acuerdo con la evaluación de los encuestados, es la siguiente: el 42 % otorgó una calificación de 5, el 40 % otorgó una calificación de 4, y el 10 % otorgó una calificación de 3.

En cuanto a sugerencias y comentarios, la mayoría de las personas no hicieron ningún comentario; el 16 % solicitó continuidad en el proceso, el 18 % expresó su agradecimiento por la capacitación, y el 9,5 % solicitó mayor asesoramiento jurídico.

Discusión

Las cifras frente a la percepción que cada uno de los encuestados tiene sobre su estado de salud deben llamar la atención sobre estas personas, pues se perciben con buena salud, pero tienen un diagnóstico clínico que deben cuidar a cabalidad para no volverlo una condición crónica.

La información respecto a la actividad física es de suma importancia, con el fin de que se pueda tener en cuenta el tipo de actividades que pueden organizarse para invitar a los prepensionados, y así lograr, por un lado, ayudarlos a cuidar su salud con actividad física, y, por otro, ayudarlos a evaluar otro tipo de actividades realizables en el momento de su jubilación.

Teniendo en cuenta que al trabajar en contextos de salud se es vulnerable a diversos riesgos, pues estos hacen parte de su contexto laboral, se debe disponer de planes institucionales de contingencia específicos al respecto. Así mismo, para las personas que trabajan en contextos más administrativos, se debe considerar un programa de pausas activas; se sugiere promover un programa focalizado por institución, de forma que se convierta en un plan de mitigación y contingencia para los trabajadores.

Es interesante observar que la mayoría de los encuestados no diligenciaron la razón de su creencia de

padecer alguna enfermedad, según lo cual se podría interpretar que la toman como una creencia que aún no tiene fundamento y, sencillamente, es un miedo que los puede estar limitando en sus vidas. Unido ello está el hecho de que la enfermedad a la cual más miedo le tienen los encuestados es el cáncer.

En conclusión, se puede observar cómo, en cuanto a salud, existe una dualidad, en tanto que, por un lado, la percepción que se tiene del Yo es saludable, pero, por otro, los encuestados expresan la presencia de enfermedad en sus vidas o el miedo a la posible presencia de esta.

Se sugiere que el tema se puede trabajar en posteriores capacitaciones, considerando que los miedos son creencias falsas sobre un futuro que aún no existe, pero pueden limitar el presente de sus vidas y no permitirles disfrutar plenamente la etapa de la vejez.

Se debe tener en cuenta, que la enfermedad es algo que está presente y amenazador en la vida del ser humano desde su nacimiento, pero en la vejez se acrecienta el miedo; puede ser el miedo a la muerte, que se ve más cercana, y este tema es susceptible de trabajarse en una capacitación de ese estilo.

En cuanto al nivel de satisfacción, se puede observar que este nivel fue bueno, lo cual hace parte del cumplimiento del objetivo, pues lo que se buscaba era que fuesen los participantes quienes aprovecharan tal tipo de espacios de formación, para aplicarlos a su vida diaria.

Así mismo, esta percepción, puede llevar a que en otras ocasiones, en las cuales se repita dicho tipo de eventos, esas personas acudan masivamente, y, de la misma forma, ayuden a convocar a otros que no asistieron o sean reacios a participar en estas capacitaciones.

Conclusiones

La Universidad Manuela Beltrán cumplió con cada uno de los compromisos adquiridos con la firma del contrato, y ofreció un lugar idóneo y a profesionales expertos para el óptimo desarrollo de la capacitación.

El trabajo en equipo, entre el Área de Talento Humano de la SDS y de la universidad, generó una sinergia que permitió obtener buenos resultados para todos.

La percepción general de los asistentes arroja un resultado positivo frente a la implementación de la capacitación, en lo cual se evidencia que es importante el desarrollo organizado de un evento, pero, también, el trabajo académico de fondo permite que la percepción positiva sea integral.

Frente a los temas trabajados en la capacitación, se pudo observar que fueron pertinentes y que la metodología de trabajo permitió la participación activa de los asistentes y generó co-construcción de conocimiento respeto a la etapa de ciclo vital donde se encuentran y sus implicaciones y posibilidades a futuro.

También se evidenció que existen varias dudas y necesidades particulares, y que en un espacio como el de la capacitación y sus respectivos módulos no era viable resolverlas, pero es necesario intervenir en esos casos específicos, para que las personas no sientan que la información fue general y la puedan aterrizar a sus casos particulares.

Teniendo en cuenta esta última percepción, la Universidad Manuela Beltrán, en cabeza de la Vicerrectoría de Investigaciones, se compromete con la SDS a crear un observatorio de investigación, donde puedan intervenir diferentes profesionales y estudiantes de las carreras que ofrece la universidad, como derecho (consultorio jurídico), psicología (laboratorio de psicología), ingeniería industrial (emprendimiento y creación de empresa), entre otras, y así, las personas que estén interesadas puedan acceder a dichos servicios.

La creación de este observatorio es un valor agregado de la universidad para mantener la continuidad del evento, y poder, a mediano plazo, hacer una medición de impacto real de un proceso de tan alta importancia para las personas prepensionadas de la SDS y de las ESE.

Para concluir, es pertinente reconocer que este tipo de espacios de formación y de socialización de las personas que están a punto de pensionarse fortalecen una percepción positiva respecto a la institución que lo realiza, pues valoran dicho esfuerzo y dicha dedicación especial para ellos; por eso, es importante que se hayan sentido bien atendidos, y, sobre todo, sientan que la información socializada es importante para su vida.

Agradecimientos

Se hace un especial agradecimiento a la SDS, que apoyó constantemente la creación, el desarrollo y la evaluación de esta capacitación con un equipo idóneo, conformado por los colaboradores del Área de Talento Humano.

Se agradece, igualmente, a todos los profesionales de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad Manuela Beltrán, quienes contribuyeron y participaron en la elaboración y en el feliz desarrollo de la capacitación.

Referencias

1. Hernández A. Familia, ciclo vital y psicoterapia breve. Bogotá: Editorial El Búho; 1997.

2. Otero Enríquez R. La jubilación ante el futuro y la ciudadanía. Aposta, Rev. Ciencias Sociales. 2003;1:1-30.

3. Gobierno de España. Seguridad social [internet]. 2014 [citado 2014 jul. 15]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Jubilacion/index.htm

4. Universidad Manuela Beltrán. Informe final capacitación integral en temas relacionados con el proceso de retiro laboral dirigido a pre-pensionados de la Secretaría Distrital fe Salud y las empresas sociales del estado. Bogotá; 2012. Contrato 1602-2011. Patrocinado por la Secretaría Distrital de Salud.o

Recibido para evaluación: 31 de julio de 2012
Aceptado para publicación: 14 de diciembre de 2014

Correspondencia
Angélica María García C.
angelicagarcia.ps@gmail.com.

https://doi.org/10.56085/isss.499

Análisis descriptivo de la vigilancia epidemiológica intramural de la intoxicación por monóxido de carbono (CO) en el Distrito Capital (2011)

Descriptive Analysis of the Epidemiological Surveillance Intramural Poisoning from Carbon Monoxide (CO) in the Capital District 2011

Análise descritiva da vigilância epidemiológica intramural de envenenamento por monóxido de carbono (CO) no capital de distrito 2011

Ingrid Ramírez[1]
José Corredor[2]
Rodrigo Sarmiento[2]
Katalina Medina[2]

Resumen

El monóxido de carbono (CO) es un gas tóxico, inodoro e incoloro que se produce por la combustión incompleta de los hidrocarburos. Las principales fuentes de este veneno son los vehículos motorizados, los calentadores, los aparatos que utilizan el carbono como combustible y el fuego dentro de los hogares. Los síntomas que vienen a definir la intoxicación por CO son: cefaleas, vértigo, disnea, confusión, midriasis, convulsiones y coma. ***Objetivo***: Describir el comportamiento de la intoxicación aguda por CO intramural durante 2011 en Bogotá, D. C., a través de los casos reportados por los diferentes sistemas de información en salud y ambientales. ***Métodos***: Estudio descriptivo; se tuvo en cuenta la información de base de datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) en 2011. La información fue tabulada con Microsoft Excel. Los análisis fueron realizados en STATA 9 y Epidat 3.1. ***Resultados***: Para 2011 se presentaron 19 brotes de intoxicación por CO en el distrito, que afectaron, en total, a 60 personas. Durante el mismo año ocurrieron 4 muertes a causa de esta clase de envenenamiento. El promedio de edad de intoxicación estuvo en los 27 años; la menor de sus víctimas tenía un año, y las mayores, 80 años. En cuanto al sitio de ocurrencia, la localidad que reportó más casos fue Suba, seguida de Usaquén y Usme. ***Discusión***: Hay subregistro frente a la ocurrencia de los casos de intoxicación por CO que no son atendidos en los servicios de salud y de los que producen la muerte inmediata y son llevados directamente a Medicina Legal, además de las fallas que se siguen identificando; también, fallas de clasificación del evento frente a la ocurrencia de intoxicaciones por CO y de calidad en algunos registros del Sivigila.

Palabras clave: intoxicación, monóxido de carbono (CO), carboxihemoglobina (CO-Hgb), toxicocinética, toxicodinamia.

1 Hospital de Suba ESE. Bogotá, Colombia.
2 Secretaría Distrital de Salud (SDS), Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: Carbon monoxide (CO) is a toxic, odorless, colorless gas, produced by the incomplete combustion of hydrocarbons. The main sources for this toxic gas are motorized vehicles, heaters, machinery that uses coal as fuel, and fire in closed spaces like houses. Symptoms for this type of intoxication include headaches, vertigo, dyspnea, confusion, mydriasis, seizures, and coma. ***Objective***: The main objective is to describe the behavior of acute intoxication caused by carbon monoxide in closed spaces in Bogota during 2011, through reported cases by different healthcare and environmental systems. ***Methods***: Descriptive study with information obtained from SIVIGILA 2011 database. Data was tabulated with Microsoft Excel, and analysis was done with STATA 9 and Epidat 3.1. Results: In 2011, 60 individuals were affected by 19 different outbreaks. During this year, 4 intoxications caused by carbon monoxide resulted fatal. The average age for intoxication was 27. The youngest reported patient was 1 year old, while the oldest was 80 years old. Suba was the district with higher reported cases, followed by Usaquen and Usme. ***Discussion***: Under-reporting for cases involving intoxication by carbon monoxide occurs, as some are not reported by any healthcare system. The same happens for lethal intoxication cases taken directly to Legal Medicine that are not reported. Other problems arise, like failure to classify events as carbon monoxide intoxication, and lack of quality in some SIVIGILA reports.

Key words: intoxication, carbon monoxide (CO), carboxyhemoglobin (CO-Hgb), toxicokinetics, toxicodynamics.

Resumo

O monóxido de carbono (CO) é um gás tóxico, incolor, inodoro e é produzido pela combustão incompleta de hidrocarbonetos. As principais fontes deste veneno são os automóveis, aquecedores, aparelhos que usam carvão como combustível, e o fogo utilizado dentro das casas. Os sintomas que definem esta intoxicação são dor de cabeça, tontura, dispnéia, confusão, midríase, convulsões e coma. ***Objetivo***: Descrever o comportamento da intoxicação aguda do monóxido de carbono intramural de 2011, em Bogotá através dos casos apresentados nos sistemas de saúde e ambiental. ***M***étodos: Estudo descritivo que levou em conta as informações da base dados de SIVIGILA de 2011, os dados foram tabulados com o Microsoft Excel. As análises foram realizadas no STATA 9 e Epidat 3.1. ***Resultados***: Para o ano de 2011, apresentaram 19 casos no distrito, afetando 60 pessoas. Durante este ano ocorreu quatro mortalidades devido a intoxicação por monóxido de carbono. A média de idade dos intoxicados foi de 27 anos, o caso mais jovem foi de 1 ano e mais velho foi de 80 anos. Com relação ao local de ocorrência, a cidade que registrou mais casos foi Suba, seguida por Usaquén e Usme. ***Discussão***: Há uma subnotificação de ocorrência de casos de intoxicação por monóxido de carbono que não são atendidos nos serviços de saúde e aqueles que causam a morte imediata e são levados diretamente à Medicina Legal, além das falhas que continuam sendo identificadas; falhas na classificação de eventos e a ocorrência de intoxicação por monóxido de carbono e qualidade em alguns registros SIVIGILA.

Palavras-chave: intoxicação, monóxido de carbono (CO), carboxihemoglobina (CO-Hgb), toxicocinética, toxicodinamia.

Introducción

El monóxido de carbono (CO) es un gas tóxico incoloro e inodoro que es el producto de la combustión incompleta de los hidrocarburos. Las principales fuentes de este veneno son los vehículos motorizados, los calentadores, los aparatos que utilizan el carbono como combustible y el fuego dentro de los hogares. La intoxicación con CO es la principal causa de muerte debida a envenenamiento en Estados Unidos. El envenenamiento por CO es también la causa más común de muerte relacionada con las lesiones por inhalación; se desconoce la incidencia de envenenamiento no letal por CO (envenenamiento subagudo debido a una exposición no reconocida a CO tóxico en el hogar o en otros lugares cerrados) (1).

En un trabajo realizado por Gómez y Valcárcel sobre 882 personas fallecidas a lo largo del periodo 1991-2000, se encontró que las épocas del año durante las cuales se presentaron más a menudo casos relacionados con el CO son los correspondientes a otoño e invierno, en una estrecha relación con el uso de calderas, calefacciones, braseros y chimeneas en los hogares (2).

Epidemiología

El CO constituye un problema de salud pública; según los registros del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila), el número de casos mortales por intoxicación aguda con CO en el Distrito Capital durante el periodo 2007-2011 fluctuó entre 1 y 8 casos (3). La incidencia de intoxicación en niños es de, aproximadamente, el 15%-30% de todos los casos y supone del 3,6%-9,4% de todas las intoxicaciones infantiles, con una mortalidad del 58,2%-75% (2,3). Sin embargo, en Colombia, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, mediante la revisión de los protocolos de autopsia a lo largo del periodo 1996-2001, reportó 34 muertes por CO en Bogotá, pero no se tienen datos *nacionales* sobre morbimortalidad, dados el subregistro y la poca confiabilidad, por la imprecisión del diagnóstico (4). Aun así, esta sigue siendo una intoxicación muy habitual, por lo que es necesario fortalecer el monitoreo a través de los sistemas de vigilancia en salud pública y revisar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos establecidos en el país. La causa más común de errores en el manejo médico tiene que ver con lo inespecífico de la sintomatología y con el hecho de que esta puede imitar la de infecciones virales.

Aspectos toxicológicos

La hipoxia tisular y el daño celular directo del CO son los principales mecanismos fisiopatológicos de la intoxicación. El CO se absorbe fácilmente por los pulmones, pasa a la circulación y se une a la hemoglobina, con una afinidad 240 veces mayor que la del oxígeno, y así forma carboxihemoglobina (CO-Hgb), la cual es incapaz de oxigenar los tejidos (5). La toxicidad varía según el tiempo de exposición y la concentración inhalada. Pueden darse casos de intoxicación aguda y crónica, así como otros donde la muerte sobreviene de forma fulminante; probablemente, debido a un mecanismo de inhibición.

En términos generales, los síntomas que vienen a definir esta intoxicación son: cefaleas, vértigo, disnea, confusión, midriasis, convulsiones y coma. Después de una exposición de una hora a concentraciones del 0,1% puede llegarse a concentraciones de CO-Hgb del 80%, lo que originaría convulsiones, coma y la muerte (6). En condiciones normales, la cantidad de oxígeno que transporta la sangre es de 20 mL/100 mL de sangre completa, de los cuales 18 vol.% van unidos a Hgb, y el resto va disuelto en el plasma (7). Al producirse intoxicación por CO, cuando los niveles de O2 sanguíneo vuelven a la normalidad, el CO se libera del miocardio y pasa nuevamente a la sangre, y genera arritmias, dilatación ventricular e insuficiencia cardiaca; además, la alteración metabólica muscular puede llevar a rabdomiolisis.

La eliminación del CO es por vía respiratoria, y tan solo el 1% se metaboliza en el hígado hacia dióxido de carbono (CO_2). La vida media de este gas en personas sanas que respiran aire ambiente oscila entre 3-5 horas, y disminuye conforme aumenta la presión parcial del oxígeno en el aire inspirado. Sin embargo, la vida media varía mucho de unas personas a otras, así como en función de los niveles de CO-Hgb y del tiempo de exposición al tóxico (8).

En intoxicaciones leves o moderadas, los síntomas son muy inespecíficos, y tan solo la sospecha clínica o el contexto en el que se encuentra el enfermo (incendios, calentadores de paso en climas fríos, estufas de gas en casas mal ventiladas, etc.) inducirán a buscar la intoxicación por CO. Habitualmente se confunde esta intoxicación con una intoxicación alimentaria, *delirium tremens*, intoxicación aguda por etanol o metanol, migraña, cefalea tensional, evento

cerebrovascular (ECV), influenza, gastroenteritis, síndrome coronario agudo (SCA), asfixia, parkinsonismo, sobredosis, sedantes-hipnóticos, hipotermia, estrés, etc. El acúmulo de gas natural es asfixiante (8).

Consideraciones terapéuticas

El tratamiento ha de ser lo más precoz posible; también debe serlo la determinación de los niveles de CO-Hgb. Por ello, los cuidados deben iniciarse en la escena extrahospitalaria: de hecho, en el mismo lugar de la exposición. Lo primero que debe hacerse es retirar a la persona intoxicada de la fuente de exposición y mantener la vía aérea, para asegurar una correcta ventilación; posteriormente se debe administrar oxígeno a una concentración del 100% (máscara con válvula de no reinhalación y bolsa reservorio). Si existe una insuficiencia respiratoria grave o el nivel de conciencia es bajo, la ventilación debe hacerse a través de intubación orotraqueal. Posteriormente se debe obtener una vía venosa, previa extracción de muestra sanguínea, con el fin de hallar los niveles CO-Hgb, y asegurar una vía de administración de fluidos y fármacos. En caso de paro cardiorrespiratorio o de politraumatismo, hay que iniciar los protocolos de soporte vital avanzado correspondientes (8).

Ante la sospecha de intoxicación por CO no se debe retrasar el inicio de tratamiento con O2 hasta tener el reporte de los niveles de CO-Hgb; además, aunque dichos niveles sean bajos, no se debe dar por finalizada la oxigenoterapia mientras el paciente siga sintomático (8).

Uno de los tratamientos específicos de la intoxicación es la *oxigenoterapia hiperbárica*, que consiste en administrar oxígeno al 100% (por mascarilla, casco o tubo endotraqueal) a un individuo a quien se ha sometido a una presión ambiental superior a las 1,3 atmósferas absolutas, lo que se consigue en un recinto cerrado, conocido como cámara hiperbárica. Mediante tal procedimiento terapéutico, y en asociación a otras técnicas médico-quirúrgicas, pueden tratarse las diversas afecciones agudas y crónicas.

Objetivo general

El objetivo del presente documento es describir el comportamiento de la intoxicación aguda por CO intramural durante 2011 en Bogotá, D. C., a través de los casos reportados por los diferentes sistemas de información en salud y ambiente, así como identificar las dificultades que se presentan en la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico y el tratamiento de la intoxicación.

Métodos

A través de un estudio descriptivo, se analizó la base de datos Sivigila 2011 (registro de 101 casos), que, de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades versión 10 (CIE 10) código 412, refiere intoxicación asociada al CO.

La información fue recolectada de manera independiente por los investigadores, buscando así mitigar el sesgo en el registro. La base fue tabulada a través de Microsoft Excel. Los análisis fueron realizados en STATA 9 y Epidat 3.1; en la revisión se consideraron variables de carácter demográfico, la concentración ambiental de CO, los niveles de CO-Hgb, los casos de mortalidad, la descripción de la situación encontrada y los resultados de la vigilancia epidemiológica, ambiental y sanitaria.

Se describieron en términos generales, según el estadio clínico inicial: la fuente de exposición, el tiempo y la concentración de CO; además, se hizo el análisis bivariado utilizando la prueba de Fisher y un nivel de confianza del 95%.

Resultados

Análisis descriptivo por casos individuales

En el análisis fueron considerados, en total, 101 casos individuales de intoxicación por CO, en personas entre uno y 80 años, de las cuales el 58% de los casos (58) corresponde a mujeres; el 76% (76) eran personas mayores de 15 años (tabla 1).

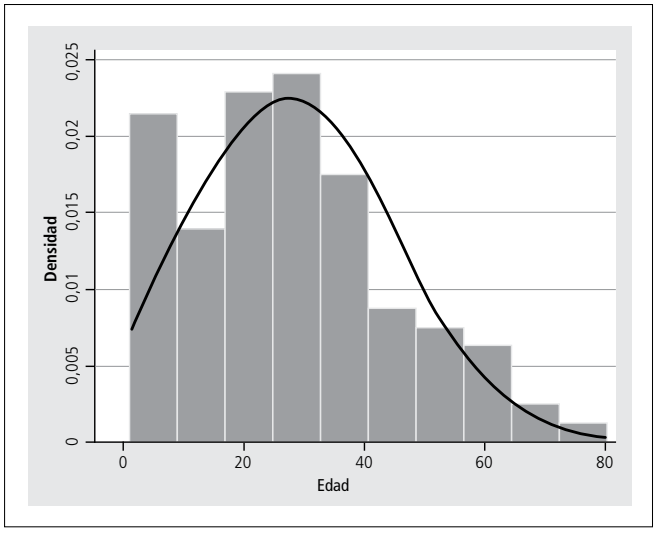
Tabla 1. Distribución por grupo de edad

Edad	Frecuencia	Frecuencia acumulada	%	% acumulado
De 1-4 años	12	12	12	12
De 5-14 años	13	25	13	25
De 15-44 años	57	82	57	82
De 45-59 años	14	96	14	96
> 60 años	5	101	5	101
Total	101		100	

Fuente: Base de datos Sivigila 2011

En promedio, la edad media de intoxicación se presentó a los 27±17,04 años; ocurrieron afectaciones en el rango comprendido entre menores de un año y mayores 80 años de edad (figura 1).

Figura 1. Histograma. Distribución por edad de casos de intoxicación por monóxido de carbono (CO) en el Distrito Capital (2011)



Fuente: Base de datos Sivigila 2011

De manera consecuente, la edad promedio de intoxicación en el sexo femenino se sitúa en los 28 años, a diferencia del sexo masculino, cuyo promedio se situó en los 26 años.

En cuanto a la ocurrencia por localidad, encontramos que para 2011, la localidad que reportó más casos fue Suba, con el 23%, seguida de Usaquén y Usme; ambas, con el 11% de notificación de la ocurrencia de eventos de intoxicación por CO (tabla 2).

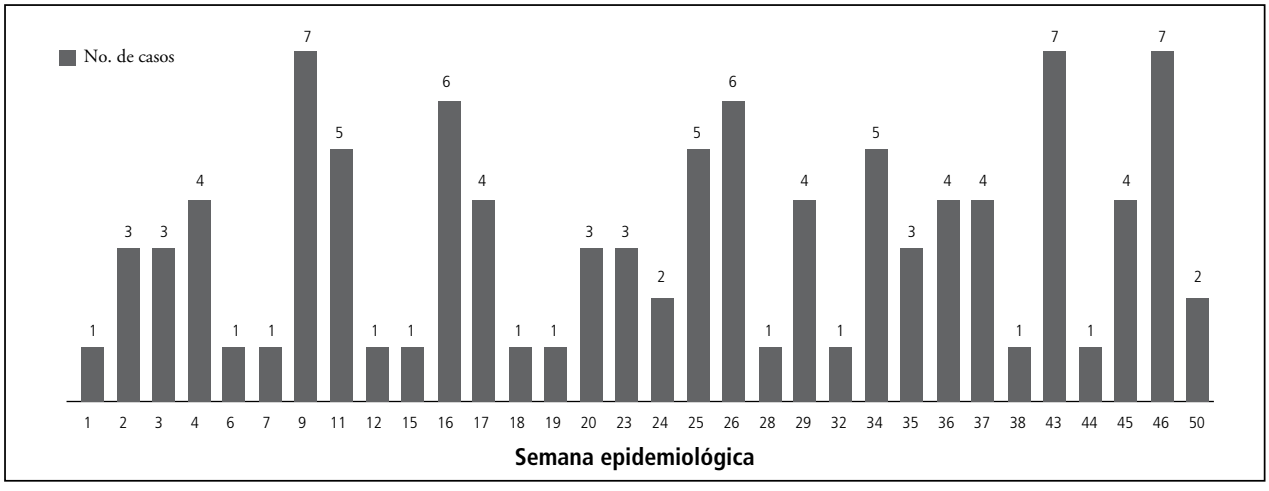
Tabla 2. Distribución de casos de intoxicación por monóxido en Bogotá, D. C., durante 2011, según la localidad de ocurrencia

Localidad	No. de casos	Frecuencia acumulada	%	% acumulado
Usaquén	11	11	11	11
Chapinero	9	20	9	20
San Cristóbal	9	29	9	29
Usme	11	40	11	40
Bosa	7	47	7	47
Kennedy	10	57	10	57
Fontibón	1	58	1	58
Engativá	4	62	4	61
Suba	23	85	23	84
Barrios Unidos	1	86	1	85
Teusaquillo	6	92	6	91
Puente Aranda	2	94	2	93
La Candelaria	1	95	1	94
Rafael Uribe	1	96	1	95
Ciudad Bolívar	1	97	1	96
Fuera de Bogotá	4	101	4	100
Total de casos	101		100	

Fuente: Base de datos Sivigila 2011 Intoxicación por monóxido de carbono.

En la figura 2, el análisis por semana epidemiológica, muestra que durante las semanas 9 (correspondiente a febrero), 43 (correspondiente a octubre) y 46 (correspondiente a noviembre) se presentaron, respectivamente, 7 casos por semana, lo cual corresponde al 21% de los casos ocurridos a lo largo de 2011.

Figura 2. Distribución de casos de intoxicación por CO durante 2011, según *semana epidemiológica*



Fuente: Base de datos Sivigila 2011

Análisis descriptivo de brotes de intoxicación

Para 2011 se presentaron 19 brotes en el Distrito, y que involucraron a 60 personas, lo cual corresponde al 60% de la población registrada en el Sivigila 2011 en lo referente a la intoxicación por CO. El 23% de los casos ocurrieron en la Localidad de Suba; el 11%, en las localidades de Usme y Usaquén, respectivamente, y el 10%, en la Localidad de Kennedy.

De acuerdo con el tipo de exposición, encontramos que el 73% de las víctimas estuvieron expuestas de manera accidental, seguidas del 15% de personas expuestas de modo ocupacional y el 9% de casos de exposición de origen desconocido.

De igual manera, el 53% de las exposiciones accidentales fueron en personas de 15-44 años, seguidas del 16% de casos en menores de 1-4 años; además, se observa un aumento significativo de exposiciones accidentales en mujeres, del 56%, comparado con el 43% de casos en hombres. Por lo expuesto, se concluye que los casos reportados en el sexo femenino prevalecen debido a la presencia de estas en la vivienda como cuidadoras de sus hijos y por la ejecución de labores domésticas.

No obstante lo anterior, para determinar el porqué de la situación descrita es importante tener en cuenta la actividad que se realizaba al momento de la exposición al tóxico. Al llevar a cabo la asociación, se encontró que el 68% de las exposiciones accidentales al CO fueron en la vivienda, y provocadas por fuentes como estufas (con 17 casos) y calentadores (16 casos).

A continuación se detalla la fuente de exposición respecto al combustible que se utiliza para su funcionamiento (tabla 3).

En referencia a la asociación de la fuente de exposición respecto al combustible, encontramos que el 33% de las fuentes utilizó gas natural como combustible, seguido del 12% que empleó gas propano en los gasodomésticos instalados en la vivienda. El 41% de los casos registrados en la base Sivigila no señala la fuente de exposición ni el tipo de combustible.

Frente al diagnóstico, según la clasificación internacional de enfermedades en versión número 10, los 101 pacientes considerados en este análisis fueron diagnosticados mediante la categoría T58X, Efecto tóxico del monóxido de carbono.

Tabla 3. Asociación fuente de exposición-combustible

Fuente de exposición	Combustible					
	Colilla de cigarrillo	Gas natural	Gas propano	Gasolina	Sin dato	Total
Calentador		10	6			16
Estufa		18	3			21
Incendio en shut de basura	6					6
Incendio por encendedor				1		1
Incendio local de ropa					1	1
Motobomba				8		8
Vehículo		3		3		6
Sin datos		2			40	42
Total	6	33	9	12	41	101

Fuente: Base de datos Sivigila 2011

A continuación se describen los brotes presentados durante el año analizado, los cuales relacionan datos completos e importantes correspondientes a la concentración de CO, la concentración de CO-Hgb, la fuente de exposición y el combustible.

Respecto a la concentración en el ambiente de CO, se obtuvo el resultado en 13 casos de intoxicación por CO; en los 88 casos restantes no fue posible llevar a cabo la medición.

Se les confirmó el tipo clínico 89 casos (88%) del total de casos de intoxicación por CO (101 casos), debido a que algunas de las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS) no tienen los equipos de laboratorio necesarios para llevar a cabo las pruebas de CO-Hgb; la confirmación por laboratorio fue en 12 casos (12%), pues la prueba solo se les está haciendo, posiblemente, a las personas que presentan una condición clínica severa y son hospitalizadas.

El tratamiento con oxigenoterapia hiperbárica no se evidenció en ninguno de los casos.

Descripción de los brotes

Brote No. 1

Evento ocurrido en enero de 2001 en la Localidad de Suba. El sitio de afectación fue un apartamento que utiliza gas natural como combustible y que dispone de un calentador como fuente de exposición. Las personas expuestas fueron tres; entre ellas, una adolescente de 17 años de edad. La concentración de CO registrada es de 3548 ppm.; sin embargo, no se tienen los resultados de laboratorio CO-Hgb de los afectados. Tomando en cuenta que la concentración de CO fue bastante alta, es notorio que ninguna de las personas expuestas falleciera ni presentara complicaciones posteriores a causa del evento.

Brote No. 2

Evento suscitado en marzo de 2011, en la Localidad de Bosa. El sitio de ocurrencia fue una casa. La fuente de exposición registrada fue una estufa que utiliza gas natural como combustible; las personas intoxicadas fueron cuatro, incluyendo a dos niñas: una de 7 años y una de 14 años. La concentración de CO en el ambiente fue de 95 ppm; no se hizo la prueba de CO-Hgb. Se desconoce el tiempo de exposición en medio de la actividad desarrollada; ninguna de las personas expuestas presentó complicaciones posteriores a causa del evento.

Brote No. 3

Evento que tuvo lugar en noviembre de 2011, en la Localidad de Usaquén. El sitio de ocurrencia fue un apartamento que emplea gas propano como combustible; se identificó un calentador como la fuente de exposición. Las personas afectadas fueron tres. La concentración de CO fue de 800 ppm; se llevó a cabo la prueba de CO-Hgb, que registró valores de entre el 28% y el 33%. Se desconoce el tiempo de exposición. Una de las personas intoxicadas, de 34 años de edad, falleció con posterioridad, a causa del evento.

Brote No. 4

Evento ocurrido en noviembre de 2011, en la Localidad de Usme. El sitio de ocurrencia fue una casa que utiliza gas natural como combustible; como fuente de exposición se señaló una estufa. Las personas afectadas fueron cuatro, incluidos dos menores: uno de un año y otro de 4 años. La concentración de CO en la vivienda fue de 70 ppm; no se llevó a cabo la prueba de CO-Hgb. Se desconoce el tiempo de exposición en medio de la actividad desarrollada; ninguna de las personas expuestas presentó complicaciones posteriores a causa del evento.

Descripción de las mortalidades por intoxicación por CO ocurridas en Bogotá durante 2011

En 2011 ocurrieron cuatro mortalidades relacionadas con el CO; tres de ellas, confirmadas a través del reporte de casos y por el informe originado en la atención de brotes, y una, comunicada por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. La tabla 4 muestra los aspectos relevantes relacionados con la mortalidad.

Tabla 4. Mortalidad asociada a la intoxicación por CO (2011)

Sexo	Edad	Brote	Localidad	Fuente	Concentración de CO	Concentración de CO-Hgb	Combustible
Masculino	2	Sí	Kennedy	Incendio encendedor	Sin dato	Sin dato	Gasolina
Masculino	34	Sí	Usaquén	Calentador	Sin dato	12%	Gas propano
Masculino	63	No	Sin datos	Incendio en vivienda	Sin dato	23%	Gasolina
Masculino	34	Sí	Usaquén	Calentador	800 ppm	28%	Gas propano

Fuente: Base de datos Sivigila 2011 Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses

Respecto a la mortalidad, la concentración de CO solo se registró en el 25% de los casos; además en uno de estos eventos no se reportó la concentración del tóxico ni los resultados de las pruebas de laboratorio. Con relación a los niveles de CO-Hgb obtenidos, estos valores oscilaron entre el 12% y el 28%. Finalmente, el análisis por ciclo vital muestra que el rango de edad de las muertes estuvo entre los 2 y los 63 años.

Discusión

Los casos notificados corresponden a personas con edades variadas, según lo señalan la mínima y la máxima registradas; sin embargo, la mayoría de los casos suceden en la población mayoritariamente joven, como lo muestra la media.

Respecto al género, se presenta una mayor diferencia: se registran más casos en las mujeres; se evidencia también una disparidad considerable entre la exposición de tipo accidental y la de tipo industrial. En los documentos consultados no se evidenció el riesgo de intoxicación por género; aun así, los resultados obtenidos podrían explicarse por las diferencias de papeles sociales, lo que puede actuar como determinante en la ocurrencia del evento.

La intoxicación en menores de edad (y, sobre todo, en niños menores de 5 años) se da, generalmente, por exposición accidental a gasodomésticos de uso común en el hogar, como el calentador y la estufa, razón por la cual se deben reforzar las capacitaciones dirigidas a padres de familia y a adultos en general sobre el uso estos en el hogar.

Dentro de las principales dificultades respecto al conocimiento real del comportamiento de las intoxicaciones por CO a través del Sivigila en Bogotá, se resalta que todavía existe un importante número de profesionales de la salud que desconocen el protocolo para el manejo de la intoxicación lo que induce a un diagnóstico y tratamiento erróneo. Así mismo, se presenta un subregistro correspondiente a la ocurrencia de los casos que no son atendidos en los servicios de salud, como los que se relacionan con la muerte inmediata y son llevados directamente al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Como hay eventos que no consultan a los servicios de salud, se pierden los registros de los eventos de exposición que llevan a la muerte inmediata de la persona y son atendidos directamente por Medicina Legal, pues dicha entidad no es una unidad notificadora de datos y estos casos no están siendo registrados en el Sivigila. Frente a los datos registrados, se identifican semanalmente fallas en la clasificación del evento (sustancia involucrada que genera la intoxicación) y otras inconsistencias frente a la calidad del registro, razón por la cual se hace necesario continuar con la retroalimentación y fortalecer la capacitación permanente a las unidades generadoras de datos y al personal de atención en salud, con el fin de mejorar la calidad de la notificación.

Al hacer el análisis por mes de ocurrencia, se encontró que el 25% de los casos se presentaron en temporadas de vacaciones, durante abril (Semana Santa) y junio (descanso escolar), por lo cual se infiere que el incremento de intoxicaciones se debe al mayor funcionamiento de los gasodomésticos originado por la presencia de menores de edad en la casa.

Por otra parte, cabe tomar en cuenta la variabilidad del clima que se presenta en Bogotá y la ocurrencia del fenómeno de La Niña en 2011, que produjo el incremento de las lluvias y la disminución de la temperatura, las cuales, a su vez, inciden en un mayor uso del calentador de agua de gas natural o de propano y la adopción, por parte de los ocupantes del inmueble, de medidas que restringen la ventilación de aire en las viviendas.

El análisis de los datos de este artículo se dificultó por la falta de datos sobre la concentración de CO y de CO-Hgb, ya que no se estableció la asociación directa entre las dos variables. La ausencia de información sobre las concentraciones de CO en el momento de atender los brotes requiere reforzar el compromiso de las entidades que hacen dicha intervención para tener la información completa y llevar a cabo un abordaje integral de la problemática.

Adicionalmente, dado el bajo porcentaje de uso del oxígeno hiperbárico y las pruebas de diagnóstico con CO-Hgb, se debe mejorar la sensibilización entre los profesionales de la salud, para un diagnóstico y un tratamiento correctos según los protocolos nacionales.

Conclusiones

- Los casos de intoxicaciones por CO se están presentando principalmente en la población joven.
- Hay diferencias en cuanto a la frecuencia general de ocurrencia de intoxicaciones por CO según el sexo; se encuentra que hay determinantes sociales y papeles propios del sexo que influyen en el tipo de intoxicación presentado.
- La principal causa de intoxicación en niños menores de 5 años fue por exposición accidental, debida, principalmente, al manejo inadecuado y a la falta de control sobre los gasodomésticos en el hogar.
- Se siguen identificando fallas de clasificación del evento frente a la ocurrencia de intoxicaciones por CO y calidad en algunos registros del Sivigila.

Referencias

1. Varon J, Marik P. Carbon monoxide poising. Int J Emerg Intens Care Med. 1997;11.

2. Tellez J, Rodríguez A, Fajardo Á. Contaminación por monóxido de carbono: un problema de salud ambiental. Rev. Salud Pública. 2006;8:108-17.

3. Gómez J, Valcarce F. Tóxicos detectados en muertes relacionadas con fuegos e intoxicaciones por monóxido de carbono. Rev. Toxicol. 2003;20:38-42.

4. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social (MPS), Universidad Nacional de Colombia. Guías para el Manejo de Intoxicaciones. Bogotá: MPS; 2006.

5. De la Torre M, Molina J. Intoxicaciones por monóxido de carbono. Manual de intoxicaciones en pediatría. Ergon. 2008;2:259-68.

6. Olano S, Martínez-García P, Vizcaya Rojas MA, et al. Intoxicación por monóxido de carbono. Cuad. med. forense. 2007;47:65-9.

7. Vargas L, Machado J. Toxicidad por monóxido de carbono. Emergencias. Edimed. 2008;1:582-6.

8. Lavonas J. Carbon monoxide poisoning. En: Borron SW, Burns M, Shannon MW. Haddad and Winchester´s clinical management of poisoning and drug overdose. Philadelphia: Elsevier; 2006. p. 1298-306.

Los autores señalan que no tienen ningún conflicto de interés en la información reseñada en el artículo.

Recibido para evaluación: 21 de agosto de 2014
Aceptado para publicación: 22 de diciembre de 2014

Correspondencia
José Corredor
Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Bogotá, Colombia
jcorred@gmail.com

https://doi.org/10.56085/isss.500

El enfoque poblacional: reflexiones para su implementación[1]

The Focus on Population: Reflections for your Deployment

O foco sobre a população: reflexões para sua implementação

Solángel García-Ruiz[2]
Tatiana Díaz-Hernández[3]
Patricia Rozo-Lesmes[4]
Paola Romero[5]
Esmily Ruiz-Varón[6]
Martha Santacruz[7]

Resumen

Introducción: Para dar continuidad al artículo "El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas" publicado en la revista de Seguridad Social de la Secretaría Distrital de Salud No. 12, 2010, se quiso en esta ocasión avanzar con las reflexiones sobre su implementación. Por ello, a partir de preguntas orientadoras (¿Qué es el enfoque poblacional? ¿Qué pretende? ¿Cuáles son sus principios orientadores?, ¿Cuáles sus perspectivas?¿con cuales estrategias cuenta? y ¿con cuáles estrategias cuenta?; se abrió la discusión sobre las tensiones que se perciben, en torno a la implementación del enfoque poblacional, desde la teoría y la práctica de los diversos enfoques (de derechos, del mercado, demográfico, poblacional, de los territorios y la población, diferencial y poblacional). ***Métodos***: Para desarrollar este artículo se adelantó un proceso de construcción conjunta, resultado de la implementación de "grupos de discusión" en las cuales participaron docentes de la Universidad de los Andes, la Universidad Nacional, la Universidad de la Salle y la Universidad Javeriana, así como profesionales de la Secretaría de Salud de Bogotá (SDS), interesados en reflexionar sobre las políticas poblacionales y en generar conocimientos que permitan su implementación. De igual forma, con la idea de reconocer los aportes que desde las comunidades surgen frente a la implementación del enfoque poblacional, se generó una jornada de foro y grupos de discusión con comunidad; las reflexiones de dichos escenarios permitieron

1 Este documento fue elaborado a partir de las reflexiones de las autoras en 2011, cuando hacían parte del equipo poblacional de la Dirección de Salud Pública de la SDS.

2 Terapeuta ocupacional. Especialista en seguridad social. Magíster en desarrollo social y educativo. Coordinadora de investigaciones, Dirección de Planeación y Sistemas, SDS.

3 Médica especialista en gerencia en salud pública. Candidata a magíster en gestión actuarial de seguridad social. Consultora, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

4 Odontóloga. Magíster en salud pública. Especialista en investigación criminal. Contratista, Ministerio de Salud y Protección Social.

5 Politóloga. Especialización en análisis de políticas públicas. Líder de la política de género. Dirección de Salud Pública, SDS.

6 Profesional en ciencias sociales. Magíster en políticas sociales. Directora de salud pública, Secretaría de Salud de Cundinamarca.

7 Terapeuta ocupacional. Especialista en docencia universitaria. Profesional especializada, Dirección de Salud Pública, SDS. Profesora, Programa de Terapia Ocupacional, Universidad del Rosario.

elaborar el presente artículo. ***Resultados***: El enfoque poblacional como propuesta emergente genera tensiones, por intereses asociados a compromisos políticos con algunos grupos poblacionales; tales tensiones son: de coherencia entre la teoría y la práctica; entre el enfoque de derechos y el mercado; entre lo demográfico y lo poblacional; en la priorización de los territorios *vs*. población, y entre el enfoque diferencial *vs*. el enfoque poblacional. ***Conclusiones***: Para la implementación de las políticas públicas en Bogotá, es necesario reconocer, ante todo, que los seres humanos tienen características tan diversas, como contextos existentes; se debe avanzar en la construcción de ciudades y de territorios a partir de las capacidades y las oportunidades de quienes los habitan. Como aspectos fundamentales, se proponen, desde la diversidad, el reconocimiento de cada sujeto con sus identidades, la interseccionalidad, la interculturalidad, la equidad y la justicia social.

Palabras clave: enfoque poblacional, territorios, población, perspectiva de interseccionalidad cultural.

Abstract

Introduction: It is intended to advance with observations regarding the implementation of ideas found in the article "El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas" (The population approach: people as the center of policies). Therefore, several guidance questions arise: What is the population approach? What does it intend? Which is its guidance principle? Strategies and principles? A discussion group regarding the implementation of the population approach emerged. It discussed the tension generated by its implementation in theory and practice, the market and rights approach, the demographic and population approach, territories and population, and the differential and population approach. ***Methods***: This article was made possible by joint work between discussion groups formed by professors from Universidad de los Andes, Universidad Nacional, Universidad de la Salle, Universidad Javeriana, and members from the Health Department of Bogota. People involved were interested in questioning and studying population policies, so that their studies would allow for their implementation. Likewise, discussion groups with the community were formed, to acknowledge the contributions made by the community about the implementation of the population approach. Conclusions drawn allowed for the development of this article. ***Results***: The population approach as emerging proposal generates tension due to political commitment interests with some population groups. This tension is explained by consistency between theory and practice, the rights and market approach, demographic and population aspects, prioritization of territories and population, and the differential and population approach. ***Conclusion***: To implement these policies, it is necessary to understand that human beings have diverse characteristics, like people in different contexts. Progress on city and territory construction must be made, always taking into account the capacities and opportunities of those who inhabit them. Fundamental aspects must be taken into account in this proposal, like acknowledging diversity, individual identities, intersectionality, interculturalism, equity, and social justice.

Key words: population approach, territories, population, perspective of cultural intersectionality.

Resumo

Introdução: Em Continuação ao artigo "O Enfoque Populacional: as pessoas como centro das políticas" queria avançar neste momento com as reflexões sobre a sua implementação. Portanto, a partir de perguntas guias; O que é enfoque populacional? O que pretende? Quais são os seus princípios orientadores? Suas perspectivas, suas estratégias; Abriu-se a discussão de sua implementação sobre as tensões que são percebidas na implementação, dada em torno da teoria e da prática, o enfoque de direitos, de mercado, populacional, demográfico, de los territórios e da população e o enfoque diferencial e populacional. ***Metodologia***: Para a elaboração deste artigo desenvolveu um processo de construção conjunta do esultado da implementaç ão de "grupos de debate" em que participaram professores da Universidade dos Andes, Universidade Nacional, La Salle University, Universidade Javeriana e profissionais do Ministério da Saúde de Bogotá, interessados em pensar sobre as políticas populacionais e gerar conhecimento que permita a sua execução. Da mesma forma, com a idéia de reconhecer as contribuições que surgem das comunidades frentes à implementação con enfoque populacional, fue criada um fórum y grupo de debates: as reflexões desses debates permitiu a construção do presente artigo. ***Resultados***: O enfoque populacional como uma proposta emergente cria tensões para compromissos políticos relacionados com determinados interesses de grupos populacionais, as tensões são: de coerência entre a teoria ea prática, entre a abordagem dos direitos e o mercado, entre odemográfico e a população, na priorização dos territórios e entre população *vs*. enfoque diferencial *vs*. enfoque populacional. ***Conclusões***: A implementação de políticas precisam reconhecer que todos os seres humanos têm características diferentes; como as pessoas nos contextos; é preciso avançar na construção de cidades e territórios a partir das capacidades e oportunidades das pessoas que os habitam. Os principais pontos são propostos a partir da diversidade, do reconhecimento de cada sujeito com suas identidades, interseccionalidades, interculturalidades, a equidade e a justiça social.

Palavras-chave: foco população, território, população, perspectiva de interseccionalidade cultural.

Introducción

El presente artículo escenifica una reflexión en pro de incorporar el enfoque poblacional en los territorios, en el contexto de las propuestas de acción en salud pública. Siguiendo con los desarrollos del enfoque poblacional *las personas como centro de las políticas*, se quiso avanzar en reflexiones a partir de cuestiones como: ¿qué es el enfoque poblacional en lo territorial? ¿Qué pretende el enfoque poblacional en los territorios? ¿Cuáles son sus principios orientadores? ¿Cuáles perspectivas contribuyen en su implementación? ¿Cuáles son las estrategias para su implementación? ¿Cuáles son sus temas centrales de acción?

Existe la creencia de que la mejor salud pública es la que tiene que ver con el bienestar y la felicidad de las personas, lo cual, en realidad, es una utopía, pues las acciones y las propuestas siguen teniendo como centro los presupuestos, los territorios, las enfermedades y las apuestas políticas; esto se convierte así, en un reto que invita a la reflexión continua y a la construcción permanente.

¿Qué es el enfoque poblacional?

El enfoque poblacional es

> *una orientación analítica con alcance a las intervenciones, que reconoce al ser humano individual y colectivo desde su integralidad, en la interrelación territorio-población, visibilizando potencialidades o limitaciones del territorio; que le imprime características propias a los diferentes grupos poblacionales, los transforma y les permite generar o no condiciones de vida para aportar a los procesos de desarrollo integral de las personas y las comunidades (1).*

Para comprender el enfoque poblacional se identifican características de la población que no sean excluyentes, sino dinámicas e interactivas, que estén relacionadas entre sí. Dichas características se agrupan en las siguientes categorías: 1) ciclo vital-generaciones; 2) identidades-diversidades, y 3) condiciones-situaciones (2). Dentro de estas características se encuentran las definidas en las distintas políticas que tienen que ver con la población (tabla 1).

Por otra parte, al analizar la relación territorio-población se trata de entender los vínculos entre el espacio geográfico y sus habitantes, con especial atención en

Tabla 1. Políticas poblacionales

Política poblacional	Normatividad
Política por la Calidad de Vida de Niños, Niñas y Adolescentes	Decreto 520 de noviembre 24 de 2011
Política Pública de Juventud	Decreto 482 de 2006 Decreto Sistema Distrital de Juventud 499 de 2011
Política de y para la Adultez	Decreto 544 del 2 de diciembre de 2011
Política Pública Social de Envejecimiento y Vejez	Decreto 345 de 2010
Política Pública para Pueblos Indígenas de Bogotá, D. C.	Decreto 543 del 2 de diciembre de 2011
Política Distrital para la Población Gitana	Decreto 554 de 2011
Política Distrital para la Población Raizal	Decreto 554 de 2011
Política Pública Distrital para la Población Afrodescendiente	Acuerdo 175 de 2005
Política Pública de Mujeres y Equidad de Género	Decreto 166 de 2010
Política Pública para la Garantía Plena de Derechos de Lesbianas, *Gays,* Bisexuales y Transgeneristas ,y sobre Orientaciones Sexuales e Identidades de Géneros en el D. C.	Decreto 608 de 2007 Decreto 371 de 2009
Política Pública de Discapacidad para el D. C., "Bogotá incluyente y accesible" 2007-2020	Decreto 470 de 2007
Política Distrital de Salud para la Población Desplazada por la Violencia	Decreto 032 de 2011
Política Pública Distrital de Ruralidad	Decreto 327 de 2007

Fuente: Elaboración propia de las autoras.

las relaciones de poder, afectivas y de identidades que se tejen entre los sujetos y su entorno. Es una construcción simbólica dada por los lazos y los encuentros de las personas con los demás, los objetos y las cosas, y visible en las costumbres, los hábitos y las maneras de pensar, de actuar y de gobernarse. El territorio es dinámico, transformador y transformado por las prácticas sociales, políticas, culturales y económicas. No es una unidad aislada: se encuentra en permanente interacción con otros territorios y dinámicas estructurantes que ocurren en otras escalas (escala microterritorio, territorio, unidad de planeación zonal —UPZ—, territorio de gestión social integral —GSI—, local, interlocal, distrital, regional, nacional, e, incluso, internacional).

El territorio puede ser definido por individuos, así como por colectivos e instituciones, si se entiende que en el traslape de territorialidades que definen diferentes actores existen dinámicas de solidaridad y conflicto, donde algunos grupos sociales encuentran un mayor reconocimiento y otros se mantienen excluidos. Así mismo, la configuración de tales territorios tiene propósitos de respuesta institucional que, por una parte, pretenden resolver problemáticas sociales, y que, en ocasiones, no tienen en cuenta la satisfacción de las necesidades de las personas (por ejemplo, la necesidad de ocio, de recreación y de descanso) y de los grupos poblacionales, y, por otra, que tienen una intencionalidad de intersectorialidad que todavía está en proceso de maduración.

En enfoque poblacional, un abordaje en los territorios significa que las características de la población se observan, se analizan y se discuten en un *contexto territorial*; es decir, la geografía o la política dan connotaciones auténticas a las personas en cada lugar, y, a su vez, los lugares se recrean y se modifican con las poblaciones que los habitan (3).

¿Qué pretende el enfoque poblacional *en los territorios?*

Al avanzar en la comprensión de lo que las personas necesitan y quieren, las políticas y las acciones tienen sentido en la medida en que se propongan:

- ***Ganar en reconocimiento***: Para ello se trabaja sobre tres esferas: el amor, la ley y el logro, como lo explica Honneth (4). El reconocimiento implica repensar la sociedad como espacio para el desarrollo y el acceso a oportunidades donde se movilicen acciones de aceptación y convivencia con las diferencias, como mecanismos políticos para establecer formas de ciudadanía desde el reconocimiento del "otro", que hagan posible, desde la intersubjetividad, fortalecer el tejido de relaciones sociales, que son, a su vez, las que constituyen a una persona. El desarrollo sobre cada esfera permite tener unos resultados, que, en suma, conforman el autorreconocimiento. La esfera del *amor* parte desde la familia y trasciende todas las relaciones afectivas obteniendo la autoconfianza; la esfera de la *ley* ubica a la persona en el ámbito de lo público y de su relación con las instituciones y la sociedad para obtener el autorrespeto; y la esfera del *logro* tiene que ver con la valoración social obteniendo la autoestima, que se relaciona con el principio del éxito.

- ***Ganar en el desarrollo de habilidades, de capacidades y de aprovechamiento de las oportunidades***: Significa que, partiendo del contexto del desarrollo humano y sostenible, las personas tengan las oportunidades de desarrollar sus habilidades y sus capacidades. Las habilidades, como el domino de un sistema complejo de actividades psicológicas, lógicas y prácticas, necesarias para la regulación conveniente de la actividad, de los conocimientos y de los hábitos que posee el sujeto, y las cuales contribuyen al desarrollo de capacidades que le

permiten la utilización de sus conocimientos y de sus hábitos, en actividades tanto prácticas como teóricas que son necesarias para vivir mejor la vida y para contribuir a la transformación de la sociedad en la que se vive. Y las capacidades, como el conjunto de factores (condiciones, cualidades o aptitudes) que se refieren tanto a lo que la persona puede ser o hacer ("opciones") como a lo que llega, efectivamente, a ser o hacer ("logros"), y no a los bienes de los que dispone. Las capacidades definidas por Nusbaum (5) son: "la vida, la salud corporal, la integridad corporal, los sentidos, la imaginación y el pensamiento, las emociones, la razón práctica, la afiliación, otras especies, la capacidad de jugar y el control sobre el entorno de cada persona"; y las oportunidades las define como: "circunstancias, momentos o medios para realizar o conseguir algo; estas pueden ser de orden económico, político o social, y se requieren para alcanzar un cierto nivel completo de realización" (6). En términos de lo poblacional, las oportunidades son las posibilidades que tienen los sujetos para acceder a los bienes y los servicios de la sociedad y del Estado, en términos de equidad o de igualdad frente al uso y el disfrute de estos.

- ***Ganar en convivencia***: Significa "vivir en compañía de otros, cohabitar". El concepto de convivencia da cuenta de un fenómeno propio, aunque no exclusivo, de lo humano, cual es convivir, *vivir con*, como lo enuncia Nussbaum. El concepto de convivencia pone en juego acciones interculturales, asumidas como un asunto de todos que implica dinámicas basadas en la diversidad, el respeto y la convivencia como el punto de partida para el cambio social, y que, a su vez, se constituyen en una alternativa para dar respuesta a las situaciones de exclusión y de discriminación que se generan en las sociedades multiculturales.

- ***Ganar en justicia social***: entendida como la *capacidad* del Estado y de la sociedad para generar las condiciones de desarrollo social que les permitan a los ciudadanos ser parte de una colectividad y de una organización social que garantice de forma integral sus derechos. La justicia social (2) plantea que uno de los retos de las sociedades democráticas es proponer normas, leyes y valores que trasciendan las fronteras culturales, nacionales, de religión, de raza, de clase y de orientación sexual; que contribuyan a dignificar a los seres humanos; de cuyos sentidos se esperan instituciones que preserven las libertades y las oportunidades para todos, tomando como criterio de acción "que cada ser humano sea un fin y no un instrumento", como fuente de participación activa de ser capaz de ser digno por sí mismo y con planes para realizar su propia vida y para vivir.

¿Cuáles *son sus principios orientadores*?

Fundamentalmente, toda la propuesta gira en torno a la equidad, a la igualdad, al respeto y a la diversidad.

- La *equidad* es un valor de connotación social que busca asegurarles a todas las personas condiciones de vida digna e igualitaria; busca la valoración de las personas, sin importar las características poblacionales.

- La *igualdad* es un principio que les reconoce a todos los ciudadanos capacidad de los mismos derechos; se refiere a la existencia de condiciones para ejercer plenamente los derechos y el potencial para estar saludables, contribuir al desarrollo humano y beneficiarse de sus resultados. El logro de la igualdad exige medidas concretas, destinadas a eliminar las inequidades por cualquier razón (7).

- El *respeto* hace referencia a la consideración de que las personas tienen un valor como seres humanos y reconocen el valor de los demás (3).

- La *diversidad* reconoce *las diferencias* y las *diversidades* de los ciudadanos como sujetos únicos e irrepetibles, y quienes desde su identidad se reconocen en sí mismos y frente a otras personas en razón a sus capacidades, sus valores, sus tradiciones, sus creencias, sus comportamientos, sus actitudes, sus prácticas, sus ideologías políticas, sus vivencias, sus clases sociales, sus etnias, su género, sus orientaciones sexuales, sus situaciones o condiciones, su profesión, sus orígenes o su pertenencia a un grupo social (8).

¿Cuáles perspectivas contribuyen en su implementación?

Como las poblaciones y las personas requerimos ser comprendidas desde distintas ópticas, entender el enfoque poblacional significa nutrir la propuesta con varias perspectivas; actualmente proponemos las siguientes:

Tabla 2. Interseccionalidades

Interseccionalidad	Referente
Género, desplazamiento	Dentro del marco de un conflicto interno, se exacerba la vulnerabilidad de las niñas y de las adolescentes en situación de desplazamiento, y los efectos de la violencia pueden ser más profundos y duraderos en ellas, por lo cual todo programa de atención debe contrarrestar esos efectos negativos del desplazamiento, que son superiores y más profundos para las niñas y las adolescentes (11).
Género, discapacidad y adultez	Cuidadoras. Históricamente, la mujer con discapacidad ha sido olvidada, incluso por los movimientos feministas que han luchado por la integración de las mujeres excluidas por motivos de raza, clase socioeconómica u orientación sexual. Así, la mujer con discapacidad es discriminada por su género y por su situación funcional. Sumado a lo anterior, son vistas como asexuadas y tienen mayor riesgo de abuso sexual; entonces, la mujer con discapacidad está en mayor riesgo de: ser pobre y desamparada; recibir menos alimentación; ser analfabeta y no recibir capacitación laboral; estar desempleada; tener menos acceso a los servicios de rehabilitación; no construir una familia propia; carecer de sostén familiar y comunitario, y ser aislada por el estigma, los mitos y los temores relacionados con la discapacidad (12). Existe evidencia en Latinoamérica de movimientos sociales de mujeres con discapacidad que reclaman derechos de estas sobre sexualidad y maternidad. Se reconoce que las mujeres con discapacidad experimentan múltiples desventajas, pues son objeto de exclusión debido a su género y a su condición. Las mujeres y las niñas con discapacidad son particularmente vulnerables al abuso. Según una pequeña encuesta realizada en Orissa (India), prácticamente todas las mujeres y las niñas con discapacidad eran objeto de palizas en su propio hogar, el 25% de las mujeres con discapacidades intelectuales habían sido violadas y el 6% de las mujeres discapacitadas habían sido esterilizadas por la fuerza. (12).
Jóvenes y discapacidad	Generalmente, las personas con discapacidad son tratadas como niños; la juventud es una etapa que se pierde en algunos de estas personas; el reconocimiento de los jóvenes como sujetos de derechos y el autorreconocimiento de estos en su diversidad favorecen acciones en contra de conductas que discriminen y estigmaticen a los jóvenes por su condición.
Vejez, orientaciones sexuales e identidad de género	Condiciones que permitan el ejercicio pleno y autónomo de la sexualidad dentro del marco de los derechos sexuales, con enfoque de género, y reconociendo las realidades de las personas mayores. Fortalecimiento de las organizaciones de mujeres mayores (parteras sabedoras de las diferentes etnias), para la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos en sus comunidades.

Fuente: Elaboración propia de las autoras.

- La *perspectiva interculturalidad* se fundamenta en la consideración de la diversidad humana como oportunidad de intercambio y de enriquecimiento (9); implica que las culturas no son bloques diferenciados ni con fronteras nítidas, donde las relaciones de poder son el resultado de una interacción en la cual no puede entenderse una cultura sino en su relación con otras.

- La *perspectiva de interseccionalidad cultural*, como menciona Jaramillo (10), significa trascender la mirada segmentada de las poblaciones que surgen desde el énfasis, por una característica, condición o situación, hacia una comprensión de las relaciones entre dichas características y los distintos grupos de poblaciones; etnias y discapacidad, desplazamiento y género, entre otros. Se debe tener en cuenta que no son iguales entre sí, no tienen orígenes iguales y las desigualdades a las que dan cabida no son iguales entre sí (tabla 2).

- La *perspectiva diferencial*

  busca visibilizar vulnerabilidades y vulneraciones específicas de grupos e individuos específicos, y prioriza acciones de protección y restauración de los derechos vulnerados. Implica: identificar los vacíos y riesgos de protección de cada grupo y desarrollar herramientas para dar soluciones, promover la participación equitativa y planear y ejecutar medidas afirmativas (siendo medidas de carácter temporal para eliminar obstáculos y dar oportunidades en igualdad de condiciones a sectores desfavorecidos), basadas en caracterizaciones sistemáticas para la garantía del goce efectivo de los derechos de los diferentes grupos poblacionales (13).

- La *perspectiva de género* reconoce las diferencias que existen entre hombres y mujeres en cuanto a las relaciones de poder, que cambian según el momento histórico, el territorio y la cultura de una sociedad, etc., visibilizando las brechas que existentes; es decir, las inequidades sociales de orden económico, político, social. De esta manera, busca generar acciones que permitan reducir dichas inequidades y construir relaciones con igualdad de oportunidades para mujeres y varones, que apuntan a crear condiciones de equidad respetando las diferencias, resignificando las características sexuales, biológicas y las asignaciones culturales patriarcales hegemónicas.

¿Cuáles son las estrategias para su implementación?

Pensar el enfoque poblacional significa también pensar cómo hacerlo parte de la cotidianidad de las acciones en la implementación de las políticas. Algunas de las sugerencias que desde la práctica podemos identificar como útiles son las siguientes:

- *Los diálogos intergeneracionales*: como los escenarios que permiten la interlocución y el intercambio de saberes, conocimientos y experiencias entre las distintas generaciones; estos diálogos fomentan la relación existente entre las generaciones y teje relaciones basadas en el respeto, la solidaridad y

la libre expresión, que permiten el aprendizaje, el reconocimiento y el intercambio de saberes y reconstrucciones de papeles y de estatus (estas reconstrucciones son de mutuo beneficio) (1).

- *Lenguaje y comunicación incluyente*: el lenguaje, como instrumento y símbolo que se constituye en un medio para el intercambio de pensamientos entre los seres humanos y la construcción de la cultura. Este refleja ideas, valores y concepciones existentes en un contexto social determinado. El lenguaje comunica, transmite hábitos, costumbres, tradiciones, valores y expresiones; a la vez, puede definir, categorizar o problematizar. Así, entonces, la comunicación contribuye al desarrollo de cada ser humano; a no discriminar, sino a promover el reconocimiento, a apreciar la diversidad como una ventaja, un valor, una oportunidad y un derecho.

- El lenguaje y la comunicación incluyentes operan mediante el uso de expresiones lingüísticas y estrategias comunicativas que promuevan la inclusión y el reconocimiento de sus etapas de ciclo vital —generación, identidades, diversidades, situaciones y condiciones—; en documentos técnicos, piezas comunicativas, requerimientos, escenarios y eventos; en procesos de movilización social, y en la práctica cotidiana, entre otros (1).

- La i*nterculturalidad* es la cohesión entre grupos humanos con tradiciones culturales diferentes que habitan los territorios; de manera permanente, busca el reconocimiento, la integración y la convivencia, para construir sociedades basadas en las diversidades y en el crecimiento mutuo (1). Es decir, da cabida a la interacción entre dos o más culturas, de una forma horizontal y sinérgica.

- La *intersectorialidad*, entendida como la articulación de saberes y de experiencias en el planteamiento, la realización y la evaluación de acciones, con el fin de alcanzar resultados integrados en situaciones complejas, buscando un efecto sinérgico en el desarrollo social (14). Dentro del marco de la intersectorialidad, cabe potenciar el trabajo en gestión de redes, con una perspectiva de gobernanza que movilice lo que las políticas públicas reflejan en temas de la participación ciudadana y la protección de los derechos, o bien, lo relacionado con las cuestiones de género y de diversidad.

Métodos

Durante seis meses se hizo una serie de reuniones, en las cuales se contó con la participación de cuatro docentes representantes de las universidades Nacional, de La Salle, Javeriana y de los Andes, así como con profesionales de la sds, líderes en los procesos de implementación de las políticas poblacionales (género, etapas de ciclo, condición y situación).

Para el desarrollo de estas reuniones se implementó la metodología de grupos de discusión, al ser esta "una técnica no directiva que tiene por finalidad la producción controlada de un discurso por parte de un grupo de sujetos que son reunidos, durante un espacio de tiempo limitado, a fin de debatir sobre determinado tópico propuesto por el investigador" (15).

Es importante anotar que también se conformaron grupos de discusión con la comunidad (representantes de organizaciones sociales de diferentes etapas de ciclo vital, condición y situación) de todas las localidades de Bogotá. Estos grupos se formaron durante un seminario distrital; en medio de este, mediante una metodología participativa, los partícipes, a través del intercambio y el reconocimiento de los aprendizajes que emergen de las experiencias, generaron una serie de reflexiones en torno a: el papel del Estado en la reivindicación de derechos y la dignificación de las poblaciones; los conceptos de diversidad, diferencia e inclusión, y la movilización de políticas públicas poblacionales.

En estos grupos se trabajó a partir de ejes temáticos como: enfoque poblacional, territorios, población, interseccionalidad cultural, y desarrollo humano, entre otros; las distintas reflexiones que surgieron en dichos grupos de discusión fueron sistematizadas y organizadas en relatorías, de tal forma que se pudiera dar respuesta a una serie de interrogantes, los cuales son presentados en este artículo.

Resultados

Al ser emergente la propuesta del enfoque poblacional, esta genera tensiones; no tanto por ausencia de soportes conceptuales, políticos y normativos, sino por intereses relacionados con compromisos políticos con algunos grupos poblacionales que hacen que los presupuestos sean específicos. Se visibilizan propuestas individuales de trabajo de un grupo pobla-

cional con características específicas basadas en una norma; también, tiempos de administración de corto plazo con compromisos previos en las agendas de gobierno. Dichas tensiones se pueden identificar de la siguiente manera:

- ***Coherencia entre la teoría y la práctica***: Una de las mayores dificultades es la tensión entre la propuesta conceptual del enfoque poblacional y la forma como se desarrolla en la práctica; estas tensiones tienen que ver con: 1) el interés de la política por sobre el desarrollo humano sostenible y su ejecución desde el desarrollo económico; 2) el interés en planear sobre presupuesto, y no sobre las necesidades de las personas; 3) el interés en planear sobre una de las características de las personas (focalizador), y no sobre las personas con sus características (universalizador); y 4) el interés del ejecutor en la continuidad de propuestas tradicionales, para el caso de la salud sobre las enfermedades.

- De igual forma, se pretende la participación de las personas en procesos colectivos en, con y por medio de la comunidad, pero dichos procesos participativos no se encuentran centrados en el reconocimiento de las personas y sus dinámicas sociales. Por lo tanto, para lograrlo se deben incluir y articular acciones orientadas a que las personas, tanto en lo individual como en lo colectivo: desarrollen sus habilidades, sus capacidades y sus oportunidades para actuar como sujetos políticos; que puedan tener acceso a servicios en términos de equidad y de justicia social; que, al ser participantes activas dentro de la comunidad y de la sociedad en general, movilicen cambios particulares y colectivos en la salud y la calidad de vida con comportamientos orientados a la transformación en la convivencia (16). Es así como convertir los conceptos en acciones y ser coherentes con ellos no es tarea fácil, si en las propuestas institucionales y sectoriales siguen primando los territorios, los indicadores (las mortalidades y las morbilidades) y los presupuestos por sobre las necesidades y las capacidades de las personas.

- ***Tensión entre el enfoque de derechos y el mercado***: Es claro que el enfoque poblacional sustenta sus principios y su perspectiva de implementación en que todas las personas, desde su condición o su situación, disfruten los derechos que hacen que la vida sea digna; no obstante, el poder económico más allá de lo político configura el desarrollo de acciones y organizaciones autosostenibles que deben actuar en red y de la mano de actores cercanos al poder del mercado, para permanecer y crear la evidencia suficiente que dé cuenta de cambios en las personas y en la sociedad. En tal sentido, en este modelo desarrollo económico, que el Estado regula, pero no transforma, la política pública como instrumento de orden político puede contribuir en disponer o en generar unas reglas de regulación del mercado y unas condiciones que aseguren su cumplimiento; también, otra parte, que los beneficios de la actividad económica se amplíen y se eviten la injusticia, la privación, la inequidad o la desigualdad (16).

- ***Tensión entre lo demográfico y lo poblacional***: Los estudios demográficos han limitado el estudio de las poblaciones a la natalidad, la fecundidad y la mortalidad. En el mundo actual, y con los grupos poblacionales que emergen, los estudios poblacionales deben ser más amplios y diversos, de forma que incluyan el estudio y el análisis de las diferentes poblaciones, sus identidades, sus diversidades, sus etapas de ciclo vital, sus generaciones, sus condiciones, sus situaciones, sus relaciones de poder y su discriminación más allá de la edad y el sexo, entre otras.

- ***La priorización de los territorios* vs. *la población***: El enfoque poblacional no discute con el abordaje operacional territorial: el enfoque poblacional reconoce que el territorio influye en el desarrollo de las poblaciones, y las poblaciones afectan el desarrollo de los territorios. La discusión se inicia cuando el abordaje territorial reconoce las necesidades de los territorios, pero no las de las personas que los habitan. Centrarse en las necesidades de los espacios desdibuja uno de los postulados del enfoque poblacional: tener a las personas como centro de su actuar y aspirar a su felicidad. Entonces, esta propuesta poblacional debe velar por que el territorio sea un componente de la población y que el desarrollo territorial este mediado por las características, las potencialidades, el gobierno y las relaciones de la población con el Estado.

- ***Enfoque diferencial* vs. *enfoque poblacional***: Por una parte, el enfoque diferencial central su actuación en la diferencia y focaliza los programas y los

proyectos acordes con las diferencias y las diversidades de los individuos; por otra, el enfoque poblacional reconoce a las personas en la diversidad de sus características y propone actuaciones de política pública a partir de la compresión de esas diversidades.

Conclusiones

El enfoque poblacional sigue siendo una propuesta que requiere continuar con las reflexiones del caso y avanzar en su implementación, a través de:

- Generar mecanismos, dentro del marco de la implementación de los planes de acción de las políticas públicas, que permitan la puesta en marcha de las estrategias de operacionalización del enfoque poblacional.

- El reconocimiento de las interseccionalidades que ya han sido objeto de estudio, con el fin de fortalecer tanto su conceptualización como el desarrollo de acciones que permitan dar respuesta a sus dinámicas, así como las que no están siendo visibles.

- Potencializar su avance en discusión y operacionalización.

- Reconocer que, ante todo, los seres humanos tienen características diversas, como personas en los diversos contextos donde se encuentran.

- Avanzar en la construcción de ciudades y territorios a partir de las capacidades y las oportunidades de quienes los habitan.

Como aspectos fundamentales, se propone, desde la diversidad, el reconocimiento de cada sujeto con sus identidades, la interseccionalidad, la interculturalidad, la equidad y la justicia social.

Avanzar en la implementación del enfoque poblacional implica fortalecer relaciones entre los diferentes sectores de la administración distrital (gobierno, cultura, educación, economía, integración social, entre otros), con el fin de activar actores y recursos y generar sinergias, así como interacción e intercambio de conocimiento y experiencias en los escenarios local, distrital, nacional e internacional.

Se debe ganar en el empoderamiento y el liderazgo de las personas, orientados a activar la convivencia para hacer realidad la transformación social que esta propuesta poblacional plantea.

Es claro que hay tensiones entre las propuestas de las políticas de las poblaciones por definir (si son políticas de distribución o políticas de reconocimiento); con posterioridad a las discusiones, se ha identificado que se ubican más en el campo del reconocimiento, y la tensión surge en tanto que la propuesta en general de las políticas, las acciones y el actuar mismo del sector se encuentran en el campo de la distribución.

A su vez, hoy día se ejerce una política social focalizada de atención a las víctimas de graves violaciones a los Derechos Humanos, cuyos instrumentos (programas y proyectos) están dirigidos únicamente a la "protección diferencial" de la población; es decir, a crear una relación asimétrica entre los pobres (no reconocidos como víctimas, con derechos específicos) y los sujetos con el saber y el poder de satisfacerles sus necesidades naturales más apremiantes (instituciones y profesionales de la atención) .

A manera de conclusión final, es importante, como lo menciona Ghon (17), potenciar los cambios respecto a centrarse en los nuevos actores sociales, y no tanto en las estructuras, a pensar la transformación social en términos de pequeños cambios que se pueden ir generando desde las prácticas cotidianas que tiendan a la autonomía y a la construcción de identidades sociales; y, por otra parte, a poner énfasis en los elementos ideológicos y culturales de la acción social.

Agradecimientos

Las autoras manifiestan su agradecimiento a todas las personas que han hecho parte del equipo poblacional durante 2011 en la SDS; sus acuerdos y sus desacuerdos son una inspiración. A los profesores Pablo Jaramillo (Universidad de los Andes), Aleida Fernández (Universidad Nacional), Marcela Forero (Universidad Javeriana) y Carlos Valerio Echavarría (Universidad de La Salle), por su permanente interlocución con la presente propuesta. A las personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios y de la Dirección de Planeación, por mantenerse con las autoras en las discusiones, y por sus aportes en la construcción de nuevas políticas.

Referencias

1. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud (SDS). Lineamiento poblacional. Bogotá: SDS; 2012.

2. Echavarría C. El enfoque poblacional desde una perspectiva desde la perspectiva del fortalecimiento institucional. Memorias I Seminario Poblacional. Bogotá: SDS; 2011.

3. García-Ruiz S, Espinosa G, Ruiz E, et al. Las políticas poblacionales en la ciudad. Resumen de Política. Dirección de Salud Pública. Bogotá: SDS; 2011.

4. Herzog B, Hernandez F. Alex Honneth y el renacimiento de la teoría crítica. Rev Faculd Direito Caruaru/Asces. 2010;42:1-20.

5. Nussbaum MC. Las fronteras de la justicia social, consideraciones sobre la exclusión social. Barcelona: Paidós; 2007.

6. Sen A. Justice: means versus freedoms. Phil Public Affairs. 1990;19:111-21.

7. Romero P. Las políticas poblacionales en la ciudad. Resumen de política Género- Componente Mujer. Bogotá: SDS; 2011.

8. Jiménez C, Malgesini G. Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Madrid: Ed. La cueva del oso; 1997.

9. Degregori C. Multiculturalidad e interculturalidad. Educación y diversidad rural. Seminario Taller Julio 1998, Ministerio de Educación, Lima, 1999, pp. 63-69.

10. Jaramillo P. El enfoque poblacional y la interseccionalidad. Documento presentado en el Seminario de Políticas Poblacionales, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, Colombia; 2011.

11. Caballero Pérez A. La infantilización de la niñez en desplazamiento y su derecho a la reparación integral. (Tesis Maestria). Bogotá: Biblioteca Digital, Universidad Nacional de Colombia; 2011.

12. Amate A. Importancia de la Rehabilitación Integral en Amate y Vásquez. En Discapacidad lo que Todos Debemos Saber. Organización Panamericana de la Salud. 2006

13. Ministerio de la protección social. Dirección general de promoción social, Oficina Del alto comisionado de Naciones Unidas para los refugiados ACNUR. Unidad de Servicios comunitarios. Directriz de enfoque diferencial para el goce efectivo de los derechos de las personas en situación de desplazamiento con discapacidad en Colombia. Bogotá: Ministerio de la protección social, ACNUR.; 2011.

14. Junqueira L. Descentralización, intersectorialidad y red en la gestión de la ciudad. Revista del CLAD Reforma y Democracia. 1998;12:1-10.

15. Gil J. La metodología de investigación mediante grupos de discusión. Organización Escolar y M.I.D.E.Universidad de Sevilla.2009

16. Ficha técnica de salud y convivencia. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2012.

17. Ghon M. Teoría dos movimentos sociais. Sao Paulo: Loyola; 2000.

Recibido para evaluación: 28 de noviembre de 2013
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Solecita_co@yahoo.com
tediazh@gmail.com

https://doi.org/10.56085/isss.501

El lado oscuro de la investigación en seres humanos[1]

The Dark Side of Research in Human Beings

O Lado Escuro da pesquisa em seres humanos

Diana Patricia Gamboa Pedraza[2]

Julie Aultman hizo una investigación sobre los casos documentados de malas prácticas de investigación en seres humanos en su libro *Abusos y disculpas: conducta irresponsable en la investigación con humanos en América Latina*, donde denunció la falta de escrúpulos y de ética profesional por parte de los investigadores que acuden a países en desarrollo donde no existen las reglas ni las regulaciones estrictas que se dan en sus lugares de origen. Incluso, advierte que *cuando hay leyes y reglas de este tipo, la corrupción presente en ciertos aspectos institucionales y gubernamentales, facilita que se puedan dar estos abusos; especialmente, en los naciones latinoamericanas*.

La doctora Aultman está convencida de que las *empresas farmacéuticas siguen practicando tal tipo de experimentos, si bien de una forma mucho más sutil y menos vistosa, en algunos puntos de América Latina y de otros continentes, promovidas por la falta de legislación, la poca educación, la corrupción y la pobreza de sus gentes.*

Nuestra invitada en esta sección es profesora del Departamento de Ciencias de Salud Comunitaria y del Comportamiento, de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Northeastern, Ohio. Cuenta, además, con formación de posgrado en filosofía y bioética, y trabaja en ética tanto teórica como clínica. Es integrante de distintos comités de ética de varios hospitales de su comunidad y tiene una vasta experiencia en cursos de bioética de los niveles de grado y de posgrado. Ha investigado sobre los conceptos de salud y enfermedad mental y sobre los aspectos éticos del uso de los sistemas diagnósticos de las enfermedades en la práctica médica.

Para honor de este número, la doctora Aultman nos respondió algunas preguntas sobre cuál debe ser el camino de la ética en la investigación en países como Colombia.

1 Una versión preliminar de esta entrevista fue publicada en el *II Boletín de Investigación* y *Cooperación de la SDS*, de julio de 2014.

2 Comunicadora Social. Especialista en alta dirección de Estado. Oficina de Investigaciones y Cooperación, Secretaría Distrital de Salud (SDS).

1. América Latina ha sido considerada el patio trasero de los Estados Unidos y el granero de Europa. ¿Cómo pueden los países desarrollados dejar de afectar los derechos de estas naciones y de sus poblaciones?

Es importante que todos los países respeten la cultura y a la gente de los países en desarrollo entendiendo los valores éticos fundamentales que guían la investigación en los ámbitos local, nacional e internacional. Los abusos pasados y actuales contra los sujetos humanos se producen cuando hay desprecio por el bienestar general de las personas antes, durante o después de su participación en una investigación. Los investigadores extranjeros, como "externos", deben familiarizarse no solo con la cultura de las personas que pueden ser reclutadas para la investigación con sujetos humanos, sino también, con las prácticas locales y nacionales que orientan y supervisan la investigación.

Un investigador que no esté familiarizado con la población con la cual va a trabajar debe educarse sobre el país y su gente, para desarrollar, en primer lugar, una relación de confianza. Personalmente, creo que los investigadores extranjeros deben trabajar con los investigadores locales para identificar colectivamente las posibles lagunas en la comunicación, los objetivos de investigación, los beneficios y los riesgos para los participantes potenciales, y corregir las limitaciones o las deficiencias en la orientación y la supervisión de la investigación local o nacional. Por ejemplo, si un comité de la Junta de Revisión Institucional o de Ética no está presente en un país en desarrollo, o dentro del área de orientación del país, les corresponde a los investigadores extranjeros y locales trabajar juntos en el desarrollo de protecciones locales, además de los amparos que son requeridos por la institución de procedencia de los investigadores (por ejemplo, la universidad, la empresa farmacéutica, etc.), las directrices locales y federales (por ejemplo, 45CFR46 en los Estados Unidos) y las leyes y las directrices internacionales (por ejemplo, la Declaración de Helsinki).

Los investigadores extranjeros no deben suponer automáticamente que la misma orientación ética y legal se aplica en un país en desarrollo. Por ejemplo, el principio ético, el "respeto a las personas", puede tener varios significados diferentes, y es fundamental que se comprendan sus significados antes de iniciar cualquier investigación. Los Estados Unidos, Europa y otras naciones que han perjudicado injustamente a sujetos humanos en los países en desarrollo deben asumir la responsabilidad de sus acciones y hacer cumplir las leyes, las políticas y los lineamientos que existen para proteger a todas las personas de las prácticas abusivas en las investigaciones. Procesos de revisión cuidadosa de la investigación propuesta también son esenciales para reducir los posibles daños a los seres humanos. Sin embargo, el proceso de revisión suele ser bastante riguroso en las instituciones de origen de los investigadores; donde falla es en los ámbitos local o regional, *donde se recluta a los sujetos humanos.* Por lo tanto, es esencial que los países en desarrollo apliquen un riguroso sistema de revisión e intervención de la investigación.

Desafortunadamente, no todas las regiones o los países tienen los recursos ni el deseo de desarrollar y poner en práctica los comités de ética de los órganos de gobierno para regular y supervisar la investigación. Las directrices regulatorias y los comités de supervisión pueden cerrar la comunicación y las brechas de conocimiento entre los investigadores y los sujetos, y asegurar protecciones adicionales que no pueden ser reconocidas o vistas entre los investigadores o sus instituciones.

2. Está clara la doble moral de los países desarrollados en lo que respecta a los derechos humanos. ¿Cuál debe ser la posición de las organizaciones multilaterales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la prueba de nuevos medicamentos en los países del Tercer Mundo?

La OMS y la UNESCO, entre otros organismos, tienen la obligación de educar a los investigadores, a los potenciales sujetos humanos, a las instituciones académicas y clínicas y a los funcionarios del gobierno, así como a cualquier otro actor involucrado en la investigación. La educación debe incluir descripciones exhaustivas de las creencias culturales-sociales de las naciones y de los principios éticos universales y sus consideraciones, la historia de la ética de la investigación y la conducta responsable en la investigación, así como el ensayo, el uso y la comercialización de los productos farmacéuticos, las mejores prácticas en la investigación clínica, y así sucesivamente. Además de la educación, debe haber un comité que proporcione orientación (no solo supervisión) para la

investigación mundial en seres humanos. Por ejemplo, cuando hay ensayos clínicos en múltiples sitios que se dirigen a la población (particularmente, en los países en desarrollo), debe haber alguna orientación para revisar la investigación propuesta, y cuando esta finalice. Si bien dicho comité de orientación o revisión no debería ser necesario, debe estar a disposición de los investigadores, la sociedad civil, los actores, etc., como una garantía adicional que pueda ser necesaria o ejecutada entre las instituciones (por ejemplo, compañías farmacéuticas). Tener esa orientación y esa protección adicionales fomenta las relaciones globales de confianza transparentes.

3. América Latina tiene el gran desafío de convertir la investigación en el pilar del desarrollo. ¿Cuál sería la mejor manera de lograr esto?

Es importante que los investigadores, las partes interesadas, los especialistas en ética, los abogados-juristas y los miembros de la comunidad, etc., de naciones como los Estados Unidos y de los países de América Latina hablen. Las conversaciones tienen que ocurrir dentro de América Latina, no solo para que los expertos extranjeros puedan orientar a los investigadores y a otras personas que viven en América Latina en temas de supervisión y regulación de la investigación, sino para que puedan entender y ver el tipo de recursos que están o no disponibles; las actitudes y las creencias de las personas que llevan a cabo la investigación, la comunidad (incluidos los que han llegado o pueden llegar a ser sujetos de la investigación) y los organismos que la rigen, como instituciones académicas, gubernamentales, etc., y, además, para saber cómo se está llevando a cabo actualmente la investigación. Los expertos extranjeros nunca deben asumir que su camino es el mejor camino, pero pueden compartir sus experiencias con los expertos locales para proporcionarles educación y orientación sobre lo que puede o no ser factible, y para crear y poner en práctica, por ejemplo, los comités de ética en todas las universidades y en las empresas que hacen investigaciones, sobre la base de las consideraciones anteriores. Las conversaciones deben centrarse en cómo potenciar a los investigadores y a la comunidad para hacer preguntas, para desafiar a los demás cuando se sospecha que cometen abusos y para verse a sí mismos como iguales frente a los investigadores o los actores extranjeros. El abuso en la investigación con sujetos humanos a menudo se produce cuando los investigadores y otras personas asumen a los sujetos como impotentes, debido a la falta de educación o de experiencia, a la raza o la etnia, el género, etc. Es importante capacitar a todas las personas que contribuyen a la investigación de manera significativa, y es trascendental para los investigadores extranjeros y para las partes interesadas que reconozcan la importancia del papel de los pueblos de América Latina en el avance de los descubrimientos científicos y la medicina. Parte de esta conversación también incluye el intercambio de documentación —si se trata de una descripción o una copia de una aplicación de protocolo, un formulario de consentimiento informado, un código de ética, etc.—; el intercambio de información es esencial para la construcción de relaciones de confianza y para mejorar las prácticas de la investigación interna en América Latina, así como en el extranjero. Ni en los Estados Unidos ni en Europa las prácticas de investigación y orientación de otros países son inmunes a la revisión; las conversaciones en las mesas de los pueblos de América Latina pueden contribuir a lograr cambios importantes en las prácticas actuales de la investigación, y, en última instancia, conducir a prácticas de investigación más respetuosas, que empoderen y no deshumanicen a los sujetos que contribuyen, y en gran medida, a futuros descubrimientos, tratamientos y curas.

4. Las multinacionales farmacéuticas tienen un enorme poder económico. ¿Cómo legislar sobre experimentación humana en los países donde la pobreza y la necesidad son comunes?

Es importante que los pueblos de América Latina reconozcan las múltiples capas de los *conflictos de interés* y la necesidad de la transparencia en las relaciones con las poderosas compañías farmacéuticas. Como ya se mencionó, no solo los gobiernos nacionales deben ser plenamente conscientes de la naturaleza de la investigación que se está llevando a cabo, sino que la comunidad debe entender cómo puede ser beneficiada o perjudicada por la investigación propuesta. Si bien la transparencia tiene sus limitaciones (por ejemplo, los secretos comerciales no puede ser revelados), el propósito del estudio, sus riesgos y sus beneficios para los sujetos individuales y para la comunidad, así como los métodos utilizados y la duración del estudio, entre otros aspectos, deben ser claros y transparentes. Las protecciones legales deben estar en su lugar,

y se deben hacer cumplir en todo el país; los grupos de protección, de forma similar a lo que tenemos en los Estados Unidos Unión Estadounidense por las Libertades Civiles (ACLU), son esenciales para la defensa de los derechos humanos de las personas. Sin embargo, las entidades globales y sus normas éticas, como el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), y el derecho internacional relativo a los derechos de los seres humanos (por ejemplo, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de las Naciones Unidas) deben ser bien conocidos entre los abogados, los políticos y los activistas, quienes tienen que estar preparados para proteger la legislación y defender a las comunidades locales que pueden ser víctimas de prácticas poco éticas en virtud de sus vulnerabilidades, como la falta de educación. Este es tema muy difícil, ya que luchamos con esto incluso en los Estados Unidos, a pesar de nuestros continuos esfuerzos para mejorar las prácticas de investigación y de protección a los sujetos humanos.

5. Cómo investigadora, ¿cuáles considera usted que son los aspectos que debe tener una legislación para evitar los abusos en este ámbito?

Es necesario que en la investigación haya coherencia entre la supervisión normativa y la orientación. Por otra parte, los investigadores tienen que ser responsables de cualquier participación en una conducta antiética de la investigación; la ignorancia no es una excusa. Es fundamental que los investigadores estén bien educados sobre la historia de la ética de la investigación (en cuanto a normas nacionales e internacionales), sobre el proceso de consentimiento informado, sobre los métodos adecuados para llevar a cabo una investigación de calidad guiando los principios éticos y los valores, sobre la confiabilidad y la verificabilidad de los datos, y así sucesivamente. También es importante que los investigadores reconozcan que el ser humano es lo primero —lo cual significa que el progreso científico, la experimentación de una hipótesis y el objetivo de la investigación están en un segundo grado en comparación con el bienestar del individuo—. Sin reconocer el valor del ser humano que está participando voluntariamente en un proyecto, ya sea para su propio beneficio directo o para ayudar al futuro de su comunidad, los investigadores fallan en el desarrollo de la confianza. Si los sujetos potenciales no ven integridad en el investigador o en la entidad de investigación, no van a participar, por miedo y desconfianza, y no apoyarán el producto que se prueba, o el dispositivo que se está comercializando o el programa que se está implementando. Así que la educación y la formación son, ante todo, algo esencial para una legislación fuerte, un conjunto de reglas claras, y [también se necesitan] reglamentos transparentes y justos. Las consecuencias aparecen cuando se rompen las reglas o se violan las leyes. Por último, es necesario que exista algún tipo de mecanismo para los individuos y los grupos que denuncien los abusos o, simplemente, expresen sus preocupaciones acerca del tema. La comunidad debe tener voz y ser parte de la elaboración de las normas.

6. En muchos casos, los gobiernos de los países de origen de los investigadores hacen el *lobby* oficial con sus homólogos para aprobar el desarrollo de estos experimentos en sus territorios. ¿Cómo podemos evitar que eso suceda en el campo de la diplomacia internacional, teniendo en cuenta que la relación entre el Primer Mundo y el Tercer Mundo es totalmente dependiente?

Aquí es donde es necesario que haya un proceso de revisión en el Primer Mundo y en los países del Tercer Mundo. Los países del Tercer Mundo no deberían limitarse a proporcionar un "sello de aprobación" sin mirar atentamente la aplicación del protocolo. Además, los países del Primer Mundo, a pesar de tener comités de supervisión rigurosos (IRB), deben exigirles a los investigadores que entiendan realmente la cultura de la gente a quien están reclutando para los programas de investigación. Desafortunadamente, no todos los IRB actúan de la misma manera; es decir, son endebles, y a menudo confían en que los investigadores tienen el conocimiento del tema y de la población a la cual se estudia. Ese no es siempre el caso, por lo que resulta esencial que el país anfitrión haga la correspondiente revisión, para garantizar que los investigadores son conscientes de las costumbres y de los valores de la población, para que el consentimiento informado se lleve a cabo con integridad y los sujetos sean adecuadamente compensados por su participación; incluso, si esto significa, simplemente, el reconocimiento de su valor humano.

7. Los países de América Latina cuentan

con el conocimiento de la medicina tradicional basada en terapias alternativas naturales. ¿Cómo lograr la atención internacional a las investigaciones en esta área?

Es importante desarrollar las relaciones internacionales con investigadores dispuestos a asistir o a conducir los ensayos clínicos respecto a las terapias alternativas naturales. Mientras que en Estados Unidos la Agencia Federal de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) no aprueba este tipo de estudios, hay investigadores de todo el mundo que estudian medicina y terapias alternativas. La atención internacional se puede conseguir a través de la investigación en colaboración, y mediante la difusión de datos en revistas especializadas de renombre, que tienen un amplio número de lectores.

8. En la actualidad se habla de la bioética como la manera más completa de abordar los aspectos éticos de la investigación científica. ¿Usted cree que es así?

Estoy de acuerdo con que la bioética es mucho más completa para abordar los problemas éticos que la ética médica en particular. Me gusta pensar que la bioética nos puede informar más de nuestras acciones respecto a la conducta responsable de la investigación, en aspectos tales como: 1) que no toda la investigación está basada en razones médicas, y requiere consideraciones éticas más allá de la ética médica; 2) que la investigación puede afectar directamente no solo a las personas, sino también, a sus entornos o sus hábitats; por tal razón, la bioética puede orientar mejor nuestras acciones, para preservar la integridad de los seres humanos y su medio ambiente. Un ejemplo que, particularmente, se refiere a América Latina es el valor que nuestra comunidad global debe tener en relación con las comunidades indígenas y su conexión con la tierra. La bioética puede guiar las acciones que no solo sean respetuosas de un pueblo que tiene diferentes valores culturales y morales, sino lograr que reconozca cómo esos valores están vinculados a los bosques tropicales y a otros paisajes que requieren protección especial. Cuando un nuevo medicamento es descubierto o probado en estos ambientes, los investigadores extranjeros y nacionales deben guiarse por los conceptos y las consideraciones bioéticos para identificar las mejores prácticas de la investigación, con el fin de entender por qué ciertos valores "universales", como la autonomía y los procesos de consentimiento informado, pueden requerir revisión. Me acuerdo de una situación que ocurrió a finales de 1990 y durante la primera parte del siglo XXI (ver enlace http://www.nytimes.com/2010/04/22/us/22dna.html?pagewanted=all&_r=0).

Este caso se refiere a la falta de conocimiento de los valores de los havasupi, una tribu nativa de Norteamérica que vive en la cuenca del Gran Cañón de Estados Unidos. Se pidió a la tribu que proporcionara muestras de sangre a los investigadores de la Universidad Estatal de Arizona, quienes querían estudiar las altas tasas de incidencia de la diabetes, por lo cual los datos podrían conducir al desarrollo de mejores tratamientos. Sin embargo, los investigadores, en el estudio de su ADN, no les dijeron a los miembros de la tribu que se les examinaron otras condiciones y otras cuestiones distintas de la diabetes, incluyendo la esquizofrenia, la ascendencia y la endogamia. La tribu fue profundamente dañada por dichos estudios adicionales, a los que nunca dieron su consentimiento, pues los datos contradecían sus historias de origen y su identidad, en general, como una población nativa. A partir de este caso, los expertos en bioética, como yo, hemos tenido como objetivo guiar y enseñar a otros a reconocer a las personas y sus culturas antes de asumir prácticas de investigación que comúnmente son aceptables. Mientras que la extracción de sangre (ADN) es muy común, para esta tribu su sangre tiene un gran valor, y ese significado se perdió durante el estudio. Tenemos que ser honestos y transparentes con todos los seres humanos, y no asumir que "deben" entender la cultura de la investigación, o suponer que todas las comunidades son iguales. Así pues, la comunicación y la confianza son esenciales, tanto como lo es contar con las herramientas de la bioética, para resolver los dilemas que pueden surgir.

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/DBl/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 objeti-

vos 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.