Revista

Investigaciones en Seguridad Social y Salud

Bogotá, D. C., julio-diciembre de 2013

volumen 15, número 2

E-ISSN 2027-7970



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

Contenido

- Editorial 3
- Condiciones de vida durante la adultez: un reto para una vejez feliz 5
- Programa innovador de rehabilitación integral para habitantes de la calle en condición de discapacidad mental crónica 19
- Presencia de mercurio en los usuarios de acueductos de Ciudad Bolívar. Bogotá, D. C., 2010-2011 27
- Hacia un análisis de la situación en ciencia, tecnología e innovación para la salud en Bogotá: aproximaciones desde el sector público 35
- Lineamientos para autores 47
- Lineamiento editorial 55

Investigaciones en Seguridad Social y Salud
Investig.seg.soc
Volumen 15 (2) Julio-diciembre 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)
Ana María de la Hoz Bradford, Md. Mg. (Pontificia Universidad Javeriana)
María Nelcy Rodríguez Malagón, Estad. Mg. (Pontificia Universidad Javeriana)
María Ximena Rojas Reyes, Enf. Ph. (Pontificia Universidad Javeriana)
Álvaro Ruiz Morales, Md. 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

Fortalecimiento de capacidades para la investigación

El fortalecimiento de las capacidades para la investigación es una de las líneas estratégicas de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación de Bogotá, D. C. y busca brindar herramientas y fundamentos para el desarrollo de la investigación en la Secretaría de Salud como institución y como ente rector de la salud de los bogotanos.

Cuando se habla de capacidades para la investigación se hace referencia a tres asuntos: el desarrollo del talento humano, relaciones entre actores del sector salud y el desarrollo tecnológico y la innovación.

En este editorial hablaremos del primer factor.

La Secretaría Distrital de Salud, desde la gestión de investigaciones pretende que los servidores públicos de planta y de contrato, conviertan la investigación en una parte de su práctica y que se afiance el proceso en todos los ámbitos de trabajo.

Por ello, recientemente la Secretaría en alianza con diferentes universidades y como reconocimiento a su experticia, conocimiento y pedagogía, avanzó en el desarrollo de capacidades para la investigación de los servidores.

Este ejercicio permitió revisar las corrientes epistemológicas, los conceptos y fundamentos de la investigación, las orientaciones de qué y cómo investigar y avanzar en una cultura de la investigación dentro de las entidades de salud. Se compartió la importancia del empleo de la información de los documentos, bases de datos, planes, programas y proyectos locales y nacionales que existen como insumo para la búsqueda y desarrollo de proyectos de investigación que aporten a la solución de los problemas que se presentan en las diferentes actividades de salud en el Distrito.

Fortalecer las capacidades en investigación ayuda a la Secretaría y a los hospitales a desarrollar y gestionar proyectos y obtener financiación para el desarrollo de los mismos, ante distintas instancias, como Colciencias con su Programa de Salud o los recursos de las regalías. De ahí la importancia de las alianzas que realiza la Secretaría con universidades y otros centros de investigación.

Finalmente, fortalecer capacidades en investigación trae como resultado afianzar la rectoría y la gobernabilidad y favorecer la apropiación social del conocimiento en ciencia, tecnología e innovación en salud, propiciando el desarrollo del pensamiento analítico, crítico y sintético. Con esto se busca formar una masa crítica que debe salir desde diversos frentes; uno es a través de los profesionales de la salud que así mejoran sus conocimientos y otro es desde la participación de los ciudadanos o usuarios de los servicios en las diferentes reuniones de los comités de investigaciones, los comités de ética para la investigación en salud, las reuniones con los hospitales de la red pública y las asociaciones de usuarios, entre otras.

Aldo Enrique Cadena Rojas
Secretario de Salud

https://doi.org/10.56085/isss.502

Condiciones de vida durante la adultez: un reto para una vejez feliz

Living Conditions During Dulthood: A challenge for a happy Old Age

As condições de vida na idade adulta: um desafio para uma velhice feliz

Tatiana Eugenia Díaz Hernández[1]

Resumen

Introducción: La adultez es una de las etapas del ciclo vital que históricamente han sido invisibilizadas, a escala tanto internacional como nacional, y ello ha contribuido a que la adulta se convierta en una población con débil reconocimiento de sus derechos y, por ende, con una pobre exigibilidad de estos, incluso en lo que atañe al derecho a la salud; así, se favorece el deterioro en la calidad de vida y en la salud de adultos. Tal situación se debe, en gran parte, a que, subsumidos en los ámbito de lo laboral y de lo económico, se ha generado un distanciamiento de su desarrollo humano integral. ***Objetivo***: Identificar los diferentes aspectos que influyen en el desarrollo de la etapa de la adultez que permiten el desarrollo humano integral y el paso a la etapa de la vejez. ***Métodos***: A través de la búsqueda, la recopilación y el análisis de documentos, se genera una propuesta de la adultez desde el desarrollo humano y el ciclo vital, y desde lo conceptual, lo normativo y lo generacional; esta se lleva a discusión en diferentes espacios de los órdenes sectorial e intersectorial, local, distrital, institucional, mixto y comunitario, que contribuyen a la fundamentación de la propuesta. ***Conclusión***: Es necesario generar mecanismos para el reconocimiento y el autorreconocimiento de los adultos y de la etapa de adultez, tomando en cuenta la generación a la que pertenecen dichas personas, y permitir de esta forma la exigibilidad de derechos, el ejercicio de su ciudadanía plena y el mejoramiento de su calidad de vida y de su salud, de tal manera que vivan su adultez a plenitud, y sin deterioros alcancen una vejez feliz.

Palabras clave: adultez, ciclo vital, desarrollo humano, generación.

Abstract

Introduction: Adulthood is one of the stages of the life cycle that has been historically ignored at an international and national level. As a consequence, this population has a weak recognition of its rights. Poor enforceability of health rights have contributed to a decline in the life and health quality of adults. A gap between the Integral Human Development of adults has been growing, mostly because people subsume to work and economic fields. ***Objective***: To identify the different aspects that influences the development of Integral Human Development, and the transition to old age. ***Methods***: Through search, compilation,

1 Médica especialista en gerencia en salud pública. Candidata a magíster en gestión actuarial de seguridad social. Líder de la Política de Adultez, Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud (SDS). Bogotá, D. C., Colombia.

and document analysis, an adulthood proposal is created. This is built under a scope of human development and life cycle, conceptual, normative, and generational aspects. It is taken for discussion at different levels, including sectorial, local, district, institutional, mixed, and communitarian. These contribute to the foundation of the proposal. ***Conclusion***: It is necessary to create mechanisms for recognition and auto recognition of adults and the adulthood stage, keeping in mind the generation to which they belong. This way, the enforceability of rights, the exercise of full citizenship, and the health and life quality are improved and allowed. As a consequence, they can fully enjoy adulthood and old age transition.

Key words: adulthood, aife cycle, human development, generation.

Resumo

Introdução: A idade adulta é uma das etapas do ciclo de vida, que tem sido tratada de forma invisível no contexto histórico, tanto a nível nacional e internacional, que contribui para tornar uma população com debilidades no reconhecimento dos seus direitos, portanto, uma carência de exigibilidade incluindo no que se refere ao direito à saúde, favorecendo a degradação da qualidade de vida e saúde dos adultos. Em grande parte porque está subsumido no âmbito do trabalho e da economia promovendo um distanciamento do desenvolvimento humano integral. ***Objetivo***: Identificar os diferentes aspectos que influenciam o desenvolvimento da etapa da vida adulta, que permitem o desenvolvimento humano integral e a transição para a fase de envelhecimento. ***Método***: Através da pesquisa, coleta e análise dos documentos criou-se uma proposta para a idade adulta a partir do desenvolvimento humano e do ciclo de vida, do conceptual, do normativo e do geracional, o que leva a discussão em diferentes áreas de ordem setorial e intersetoriais, local, distrital, misto e comunitário que contribui para a fundamentação da mesma. ***Conclusão***: É necessário criar mecanismos para o reconhecimento e auto reconhecimento de adultos e fase da vida adulta, considerando a geração a que pertencem permitindo assim a exigibilidade dos direitos, o exercício pleno da cidadania e melhoria da sua qualidade de vida e saúde de tal maneira vivam a plenitude da vida adulta, e sem danos para chegar a uma velhice feliz.

Palavras-chave: Idade Adulta, Ciclo de Vida, desenvolvimento humano, Geração.

Introducción

La adultez es la etapa de ciclo vital más extensa: de los 27 a los 59 años (1). Ha sido una edad invisibilizada a lo largo de la historia por la sociedad, la cual prioriza las otras etapas por sobre esta, e incluso, por los propios adultos, pues se considera que las personas adultas, al entrar en dicha etapa, tienen resueltas todas sus necesidades (económicas, afectivas, políticas, etc.), se hallan en el momento pleno de su vida y pueden continuar su propio desarrollo sin apoyo de nadie, ni del Estado. Tal presunción se puede evidenciar, incluso, en las pocas investigaciones y publicaciones acerca de la población que vive esta etapa de sus vidas, en comparación con las desarrolladas para la infancia, la juventud y las personas mayores (2).

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) evidencia el interés en profundizar el tema de la adultez, a la par que se inician los trabajos de ciclo vital, en 2007. Es entonces cuando

se identifica la adultez como una etapa del ciclo vital con necesidades específicas y poco reconocidas, olvidadas incluso por la academia, el Estado, las acciones ciudadanas que, sumadas, contribuyen al deterioro progresivo de las condiciones de vida y del escaso desarrollo de la autonomía en los adultos, vista la autonomía como la expresión de la garantía de los derechos.

Por todo lo anterior, a cargo de la Dirección de Salud Pública de la SDS, y tomando como marco la estrategia promocional de calidad de vida y salud (EPCVS). En el año 2008 se da inicio a la ardua labor de reconocimiento de los adultos que conforman la etapa del ciclo vital de la adultez; dicho trabajo fue seguido por otros sectores del orden distrital (Integración Social, Educación, Planeación y el IDRD) que se interesaron en desarrollarlo.

Dentro de la Dirección de Salud Pública, se ha avanzado en el desarrollo de procesos en busca, además, del reconocimiento y del posicionamiento de la población adulta. Estos avances van desde conceptualizar la población adulta que habita Bogotá y la etapa de la adultez desde la generación a la cual pertenece, hasta iniciar la identificación y la definición de acciones específicas en salud para dicho grupo poblacional, como una forma de responder a la deuda social que se tiene con esta población amplia, heterogénea y compleja, que, subsumida por la asunción de responsabilidades asignadas por la sociedad y por las otras etapas, ha sido invisibilizada como sujeto de derechos (3).

Se puede afirmar, evidentemente, que el derecho a la salud se ha visto afectado de manera permanente y progresiva, y ello ha generado efectos que se manifiestan en las esferas biológica y psicológica con un incremento en las enfermedades generales de tipo crónico, en la alteración de su salud mental y de su sexualidad y en lesiones derivadas de accidentes laborales y diversas formas de violencia (4). De igual manera, en la esfera social se presentan efectos derivados de las debilidades educativas, el desempleo y el subempleo, entre otros, a los cuales se hallan expuestos los adultos.

En el análisis de los *determinantes sociales de la salud*[2] para la adultez, se identifica que el espacio en el cual se originan las diferencias en salud para la población de esta etapa incluye el contexto socioeconómico y político actual de Colombia; también, la política neoliberal, el modelo de mercado y la ausencia de políticas de trabajo en el país, que generan un modo de vida característico en la población sujeto de estudio (4). Uno de los caminos que llevan a las marcadas diferencias de salud de los adultos es el escaso estatus ocupacional (la mayoría, en informalidad y con elevados índices de desempleo), debido, a su vez, al bajo nivel educativo que, consecuentemente, genera ingresos bajos. Dicho fenómeno afecta, sobre todo, a las mujeres adultas, y entre estas, a quienes presentan características de situación de desplazamiento o condición de discapacidad o de identidad étnica, y todo ello genera las condiciones de vida actuales de esta población (5). Todo lo descrito conlleva que se presente una baja participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo cual impacta en estilos de vida poco saludables para los adultos (pasan la mayor parte de su tiempo trabajando o buscando empleo, y así dejan en segundo plano su salud y el cuidado de esta, y olvidan practicar hábitos de vida saludables y de autocuidado), pilares en la calidad de vida y la salud.

Por lo anterior, y en concordancia con los procesos de transición demográfica que se están presentando en el mundo entero, Bogotá, como ciudad cosmopolita, debe prepararse para sobrellevar la carga de enfermedad de la mencionada población. La mejor forma de hacerlo es estableciendo acciones promocionales y preventivas que apunten a satisfacer necesidades de supervivencia, de afecto, y de ocio en los adultos. Es evidente que dichas acciones no pueden ser solo sectoriales: deben hallarse dentro del marco de la transectorialidad, entendida esta no como una suma de acciones desde la institucionalidad, la empresa privada y la comunidad, sino como el accionar articulado de ellos mismos, y donde se articulen no solo acciones, sino presupuestos (6).

Como consecuencia del cambio demográfico, la expectativa de vida ha variado y juega un papel importante en el modo como la adultez es sentida, pensada y considerada, al igual que los sucesos históricos y sociales y el progreso tecnológico (que también tienen un sitio protagónico en este contexto). La forma como la felicidad es pensada y el lugar que ocupan en el mapa de la adultez los asuntos relacionados con la familia, el trabajo, el dinero, el arte, la política y la salud

2 Conjunto completo de condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan. Definición de la propuesta de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH, por las siglas en inglés de Commission of Social Determinants of Health).

constituyen una elección personal, generacional y social. En esa medida, para el momento actual, y según el Censo DANE de 2005, el 47 % de la población de la ciudad está dentro del rango de edades consideradas para la etapa de la adultez; es, precisamente, dicho grupo poblacional el que impulsa y dirige la economía y orienta el modo de vida y el futuro de la comunidad. En su mayoría, estas personas son quienes toman las decisiones y quienes más se preocupan por desarrollar y conseguir progresos sociales de condiciones de vida relacionadas con la salud en las localidades en las cuales residen.

Al analizar la etapa de la adultez desde un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital, se pueden reconocer las consecuencias a largo plazo de la salud; también se pueden examinar las experiencias biológicas, sociales e históricas vividas durante la primera parte de la vida y considerar si esos factores, simplemente, conllevan exposiciones adicionales o interactúan con factores biológicos y sociales de fases más tardías, y así atenúan o exacerban fragilidades de salud a largo plazo.

Métodos

El proceso metodológico realizado se desarrolló durante su etapa inicial en un análisis de documentos. El punto de partida giró en torno a la recopilación de documentos de distinta índole (literatura gris seriada, literatura gris no seriada, textos publicados en revistas y libros), a los cuales se tuvo acceso de manera física y virtual, de los órdenes sectorial, intersectorial, distrital, nacional e internacional a lo largo del periodo 2000-2010. Se encontraron aproximadamente 42 documentos. De estos, 5 correspondían a textos publicados en libros; 32, a textos publicados en revistas del orden internacional y uno del orden nacional, y 4, a literatura gris seriada.

Posteriormente se hizo una lectura de los documentos hallados, a la vez que se identificaba cuáles cumplían con las categorías que se habían construido para el análisis, como lo fueron: adultez, adultos, adultas, ciclo vital, desarrollo humano y generación desde las concepciones biológica, psicológica, demográfica, histórica, social, geográfica, política, entre otras. Se identifica que el 72 % de los textos versaban sobre conceptualizar la adultez desde lo biológico y lo psicológico, y el 15 %, dentro del contexto de ciclo vital.

Seguidamente, se construye un argumento con base en la revisión de la literatura, el cual se lleva a discusión en los distintos escenarios institucionales, sectoriales, intersectoriales gubernamentales, no gubernamentales y comunitarios de los órdenes distrital y local, donde, a partir de consensos y disensos, se termina de fundamentar la propuesta aquí descrita.

Resultados

Se identifican cuatro temas centrales sobre los que transitan los desarrollos relacionados con la adultez:

Desarrollo humano y ciclo vital

Por ciclo vital se entiende "un continuo, donde cada una de las etapas da paso a la siguiente y donde estas se encuentran en constante relación, en los distintos procesos y escenarios de socialización (la escuela, el barrio, el trabajo, la familia entre otros)" (1). Así, la vida humana es la sucesión de etapas con características específicas desde la gestación hasta la muerte, pasando por la niñez y la adolescencia, la juventud, la adultez y la vejez; se explica, cómo las condiciones y las experiencias de cada etapa de la vida preparan o condicionan las posibilidades de las siguientes; así, las necesidades y los problemas de una etapa pueden ser previstos y superados, o agravados, desde las anteriores (2).

El análisis del proceso salud-enfermedad a lo largo del ciclo vital permite reconocer la historia de las personas y los colectivos, para comprender sus fragilidades y sus exposiciones diferenciales y predecir, en cierta medida, sus consecuencias sociales en el desarrollo humano a través de cada una de las etapas del ciclo vital. Esta idea de definir la salud más allá de la ausencia de enfermedad, como una construcción subjetiva[3], tanto individual como colectiva, en un mundo de pluralismo identitario, cultural, histórico y religioso donde la salud se refleje en estar a gusto con la forma como se vive y con la vida que se lleva, trascendiendo del concepto biológico a un concepto de construcción social e identitario.

El desarrollo humano se puede entender como un proceso de relaciones integrales que cubre todos

3 Al hablar de subjetivo no quiere decir que no pueda ser medible ni verificable, sino que, dentro del marco de las estructuras simbólicas, se deriva de los constructos individuales y sociales de las personas.

los aspectos relacionados con el mejoramiento de las condiciones de vida, dirigido a la satisfacción de las necesidades de las personas en las distintas etapas de su ciclo vital y de la complejidad de la sociedad, en general, en la búsqueda de una sociedad más justa y equitativa. Busca potencializar las capacidades individuales y colectivas, garantizar la adquisición de la autonomía[4] y garantizar el ejercicio de los derechos y de la ciudadanía; y en el caso de la adultez, un ejercicio pleno de la ciudadanía[5]. El desarrollo humano le apunta, pues, a la generación de oportunidades; principalmente, desde el Estado, pero también desde la sociedad.

La adultez desde lo conceptual

La adultez abarca las edades comprendidas entre los 27 y los 59 años, y ello remite a complejizar su definición, debido a que esa etapa vital se construye teniendo en cuenta connotaciones sociales más que cronológicas, y las cuales varían de acuerdo con la manera como se asume la vida desde las diferentes características del ser humano y de su entorno. Durante la adultez, el aumento de la autonomía y de las responsabilidades asignadas de manera social a las personas forjan la base para el desarrollo real de sus expectativas; por tanto, alude a un proceso que tiene lugar en la mitad de la vida y forma parte del envejecimiento (1), es una "*etapa de transición y preparación para la vejez*" (1).

La adultez se define más dentro del marco de acontecimientos sociales (en los ámbitos de la vida profesional y familiar) por el cambio en la estructura de los papeles, por demandas y exigencias que se originan en la asunción de importantes tareas sociales, por la ampliación de las responsabilidades, más que en términos de edad o de maduración física. Estos cambios sociales llevan a que se apropien las habilidades requeridas para ejecutar tareas con elección en el aprendizaje y en la adaptación a ellas. Sin embargo, el reloj social[6], en la actualidad, se está retrasando; las tareas y las expectativas que se consideran adecuadas para una determinada edad se llevan a cabo hoy de manera más imprecisa, a distintos ritmos según los grupos sociales implicados: mayor formación, nuevas formas de convivencia, retraso en la maternidad, movilidad social, cambios de los valores (7).

Así pues, podemos decir que la adultez se caracteriza por la ampliación de las responsabilidades, de la autonomía y de las realizaciones, producto de un proceso de construcción histórico, social y cultural; a lo largo de ella, se espera que las personas, a través de sus aprendizajes, sus experiencias y el desarrollo de sus potencialidades, logren la capacidad de agencia para sostener, mantener o transformar realidades individuales y colectivas (8).

La adultez se encuentra inmersa en la categoría ciclo vital-generación, elemento que, a su vez, se halla implícito en el enfoque poblacional. El ciclo de vida es un proceso de transformación y de construcción social, durante el que las personas, a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital, presentan características, expresiones y significaciones culturales, simbólicas, sociales y políticas diversas, de acuerdo con cada uno de estos momentos presentes en la persona. 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 (9); permite analizar las interrelaciones de la adultez con las diferentes características poblacionales de situación-condición y de identidad-diversidad, lo cual ratifica que la población adulta es más heterogénea que lo que parece.

En este momento y dentro del marco del enfoque poblacional, el concepto de adultez se está ampliando en torno a las ocupaciones, entendidas como: "la síntesis del hacer, el ser y el llegar a ser", ya que es a través del hacer como las personas se convierten en lo que tienen el potencial de ser (10). De este modo, para la sociedad occidental, la adultez es la etapa de aceptación plena de responsabilidades: procreación y cuidado de la familia, educación y transmisión de las pautas normativas de la sociedad, trabajo y producción, dirección y gestión de la sociedad política y búsqueda de elementos trascendentes que aportan sentido a la existencia; todas ellas, tareas de desarrollo que implican, por parte del individuo, un alto grado de independencia y de responsabilidad (1).

4 Funcional, social y política.

5 Para el ejercicio pleno de la ciudadanía, se requiere la identidad (identificarse, reconocerse y respetarse), así como la libertad para actuar y decidir reflexivamente asumiendo las consecuencias de los propios actos y del compromiso social.

6 Reloj social o tiempo social hacen referencia a los sistemas de graduación de la edad en los cuales las sociedades racionalizan el paso del tiempo. Cada sociedad tiene un sistema de expectativas sociales en relación con el comportamiento "adecuado" a cada edad.

Los mencionados aspectos, que enmarcan la vida de la adultez, pueden verse afectados por circunstancias personales (enfermedad o muerte de las personas allegadas, separaciones) o colectivas (guerras o crisis económicas) que afectan a una o más generaciones, y por factores normativos (relacionados con la historia).

Al llegar a la adultez, se ha acumulado una serie de potencialidades adquiridas a lo largo de las etapas de formación, crecimiento y determinación (infancia, adolescencia y juventud). Al inicio de dicha etapa, el ser humano está sometido a las crisis más fundamentales de la vida: el inicio de la etapa laboral, la formación de su propio tipo de familia, el afrontamiento de la situación de incertidumbre laboral, la separación de su núcleo parental; y en la etapa posterior debe estar preparado para el retiro ocupacional; y en ocasiones, para el retiro social.

En tal sentido, ser adulto conlleva realizar con éxito una serie de tareas (trabajos que deben hacerse en determinado tiempo) que son básicas del desarrollo durante la adultez, se enmarcan dentro del importante cambio de estructura que sufre el psiquismo en estas edades, se relacionan entre sí y tienen una gran interacción con el medio ambiente.

En este orden de ideas, diferentes teorías soportan la complejidad y la multidimensionalidad de lo que hoy se puede denominar adultez. Desde las teorías generacionales y longitudinales de Martin y Kliegel (2004), pasando por los estudios en los cuales aparecen las teorías de la crisis normativa de Havighurst (1948-1972). Seguidamente a dicho desarrollo, vinieron los estudios propios de la Teoría de la Psicología del Desarrollo, de Gould (1972, 1978), de Vaillant (1977), de Keagan (1982), de Erikson (1968), de Thomae (1979) y de Baltes (1990). Esa teoría, con la perspectiva del ciclo vital, representa un intento para superar la dicotomía crecimiento-declinación reconociendo que en cualquier momento de la vida hay pérdidas y ganancias (3).

Subetapas de la adultez

En la adultez se identifican dos subetapas: 1) *adultez joven*, comprendida entre los 27 y los 44 años, y 2) *adultez madura*, comprendida entre los 45 y los 59 años.

Adultez joven

En esta subetapa, se espera de los adultos que se hagan responsables de su propia vida, de su proyecto de vida y de la de quienes lo acompañan en la conformación de una familia. Dicha subetapa sugiere características vistas desde diferentes esferas, tales como la *biológica, la psicológica* y la *social*. Dentro de las características de la esfera biológica se puede mencionar que la fuerza, la energía y la resistencia se hallan en su mejor momento, el funcionamiento intelectual está consolidado (desarrollo cerebral completo) y tanto hombres como mujeres se encuentran en su punto máximo de fertilidad (11), la agudeza visual es la máxima en la década de los 20 años, pero decae alrededor de los 40 años, por la propensión a la presbicia.

En las características correspondientes a la esfera psicológica se encuentra que el proceso identitario está consolidado; los adultos tienen formada su identidad, son capaces de comprometerse con filiaciones concretas (unión marital de hecho, matrimonio, convivencia; incluso, con las de índole religiosa); así le represente sacrificios significativos, la formación de su propia familia es el modo más acertado para desarrollar su filiación y su afectividad, lo que genera paulatinamente en la convivencia con su cónyuge o sus hijos un desarrollo afectivo que lo ampara del aislamiento, la sensación de dominio.

En la esfera social hay una gran variedad de relaciones sociales. Se desarrollan relaciones sociales, las cuales se encuentran inmersas en los procesos de producción y de reproducción social; es ahora cuando la persona manifiesta con énfasis su independencia y su identidad y establece los vínculos sociales que marcarán las etapas futuras de su ciclo vital. Comienzan la realización del proyecto de vida y la adaptación a la vida social. El desarrollo social en la adultez comprende varias situaciones individuales que se pueden construir en elementos protectores o pueden confrontar el estado de bienestar de la adultez; entre ellas se encuentran la amistad, la soltería, la sexualidad, el amor, la unión libre, el matrimonio, el divorcio, la paternidad y la vinculación a los procesos productivos que le generan los recursos necesarios para el sustento individual y familiar (1). En tal sentido, se puede afirmar que las características psicosociales son las que definen o caracterizan propiamente la etapa de la adultez joven.

A lo largo de las últimas décadas, un número creciente de psicólogos, demógrafos y sociólogos han empezado a considerar a la familia con la perspectiva del ciclo de vida familiar, con una serie de fases, cada una de las cuales conlleva un problema o una

actividad fundamental y genera una serie de problemas propios que deben ser resueltos. El ciclo de vida familiar empieza, lógicamente, por el matrimonio; luego sigue el nacimiento del hijo o de los hijos (o sea, el acceso a la paternidad) y siguen las relaciones intergeneracionales que se establecen a lo largo de los años con los distintos miembros de la familia: padres, hijos, abuelos.

Según Erickson (12), la adultez joven se mueve entre la intimidad y el aislamiento, es una etapa durante la cual la persona se halla dispuesta a fundar su identidad con la de otros. Está preparada para la intimidad, se tiene la capacidad de entregarse a afiliaciones y a asociaciones concretas y de desarrollar la fuerza necesaria para cumplir con tales compromisos, aun cuando impliquen sacrificios significativos. La afiliación y el amor son las virtudes o las fortalezas que se asocian a dicha etapa. Hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza de forma práctica la vida, se llevan a cabo propósitos. Por otra parte, también hay mucha exploración y aprendizaje (no todos los papeles que se asumen son definitivos).

Adultez madura

Los años de la madurez fueron considerados una pausa relativamente tranquila entre los cambios más drásticos de la juventud y la vejez. En la actualidad, en las sociedades industrializadas se considera que la adultez madura es una subetapa distinta de la vida, con sus propias normas sociales, sus papeles, sus oportunidades y sus desafíos (13).

En términos cronológicos, se define tal subetapa como la edad comprendida entre los 45 y los 59 años; sin embargo, esa definición es arbitraria. De igual manera, puede definirse en términos contextuales, y las dos definiciones pueden diferir. Un contexto es la familia: en ocasiones, se describe a una persona en la adultez madura como alguien con hijos crecidos o padres ancianos. Sin embargo, en la actualidad, algunas personas en sus 40 años y más allá todavía están criando a hijos pequeños y algunos adultos de otras edades no tienen hijos; esto, ligado, además, a los procesos de industrialización y desarrollo de los países y a las diferentes formas de conformación de parejas, como las de personas con orientaciones sexuales e identidad de género específicas, que contribuyen a lo ya mencionado.

Los adultos que tienen a hijos crecidos tal vez encontrarán que el "nido se vacía" con los hijos grandes que deciden empezar su propio hogar, o que vuelve a llenarse con los nietos. La edad también tiene un aspecto biológico: es probable que una persona de 50 años que se ha ejercitado de manera regular sea biológicamente más joven que una de 35 años cuyo ejercicio más vigoroso sea "manejar el control remoto"; no obstante, por lo regular, existen diferencias importantes entre los problemas y las tareas de la adultez joven y las de la madura (14). El significado de la adultez madura varia con la salud, el género, el grupo étnico con el que se identifica, la posición socioeconómica, la cohorte y la cultura.

En la esfera biológica, los años de la adultez madura se hallan enmarcados por diferencias individuales, basadas en las elecciones y las experiencias previas, así como por la estructura genética. Es una subetapa de "deterioro y pérdidas"[7] en la esfera biológica, en la que se presenta disminución de la fuerza muscular y de la velocidad de reacción, así como acumulación de tejido adiposo en determinados sectores del cuerpo. Estos cambios no implican una pérdida de las funciones, sino que esas disminuciones implican la generación de cambios en los hábitos de vida. Aunado a lo anterior, la misma subetapa concuerda con la edad a la que se presentan la menopausia en las mujeres y la andropausia en los hombres.

En la esfera psicológica, se manifiesta la preocupación por establecer y guiar a otras generaciones (los hijos, los sobrinos, los nietos, los hermanos, los padres, los abuelos, etc.). Cursa con un periodo de generatividad en la cual se procrea no solo a los hijos, sino ideas y productos, que llevan implícitos el cuidado y la protección hacia lo que se ha creado o se ha generado; los cambios ponen a prueba la madurez de la personalidad (15).

Los cambios psicológicos y físicos propios de esta etapa generan socialmente una etapa de introversión; se presenta una visión más realista de la vida. Las relaciones con el mundo externo se hacen más selectivas, hay un mayor conocimiento de sí mismo y se encuentra el propio lugar en la comunidad, ligado ello a la generación a la cual se pertenece.

La generación de adultos hoy

Las teorías generacionales dan a conocer los diferentes cambios que le van sucediendo al ser humano a

7 Vistas estas desde un punto fisiológico.

media que transcurre su vida. La edad no es el único criterio significativo o relevante para el estudio del desarrollo de los seres humanos. Los eventos socioculturales también deben ser tomados en cuenta para explicar cualquier proceso evolutivo importante en un contexto de ciclo vital (16) y el proceso de cambio histórico y formación social.

La carga generacional incluye a una gran cantidad de individuos portadores de una actitud nueva, frente al modo como sus predecesores manejan la herencia cultural acumulada. Son capaces de sintetizar, en sus demandas y sus posiciones, las necesidades de la unidad generacional a la que pertenecen, y de dar expresión a las necesidades de la "localización generacional" como totalidad y de atraer hacia sus posiciones a miembros de otras unidades; incluso, a otras generaciones (17).

Algunos autores han clasificado las generaciones según los acontecimientos nacionales e internacionales que suceden durante el nacimiento y el crecimiento en las distintas etapas del ciclo de vida de las personas. Se entiende la generación como la herencia cultural acumulada que sugiere múltiples aspectos relacionados con la demografía, la economía, las ideologías políticas y las construcciones estéticas de grupos de personas que viven en tiempos y espacios determinados. Algunos autores clasifican las generaciones en torno a políticas, acontecimientos (hito histórico) nacionales e internacionales que suceden durante la vida de las personas (18).

Desde nuestro contexto particular, ser adulto en Bogotá se relaciona con la localidad que se habita, permeada esta, a su vez, por las condiciones sociales, culturales económicas por las cuales atraviesa.

Otro factor que caracteriza a los adultos de hoy es la incursión de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC), por cuanto estas los dejan en una posición difícil, pues oscilan entre dos extremos: 1) el de quienes manejan los diferentes tipos de tecnologías actuales y los apropian para su diario vivir y 2) el de quienes no lo hacen, ya que, por desconocimiento y poco aprendizaje, no los utilizan, pero saben de la existencia de tales tecnologías por los medios de comunicación.

Es una generación numerosa, muy reflejada en la expansión de la libertad individual, la libertad sexual, los movimientos por los derechos civiles, el derecho a la intimidad, el movimiento ecologista, el movimiento de mujeres, las protestas. Son personas liberadas de los prejuicios tradicionales. Tienen confianza en sí mismas, les gusta la informalidad, son escépticos, creativos e impacientes. Las mujeres de esa generación se caracterizan por ser independientes; muchas de ellas, cabeza de hogar. Tienen mucha más aceptación por la diversidad de razas, de credos y de tendencias.

Formados en la "era de los divorcios", hay adultos de la generación descrita que no quieren tener hijos, pero, contradictoriamente, quienes sí los desean quieren tenerlos en el núcleo de una familia, pero se niegan a pagar el alto costo de no dedicar tiempo a la familia ni a la amistad. Debido a que actualmente se observan cambios importantes en el comportamiento de las parejas, se afecta el acceso a la paternidad y la edad a la cual las mujeres tienen a su primer hijo, así como el número de hijos por pareja. Paralelamente, se constata el incremento en el número de parejas que no tienen hijos, de personas con orientaciones sexuales e identidad de género específicas, que contribuyen a lo ya mencionado.

En la actualidad, es destacable la disminución de nacimientos en las mujeres menores de 25 años (19). La constatación de que muchas mujeres tienen a su primer hijo después de los 30 años, y en algunos casos, entre los 35 y los 40 años. Las madres añosas ya no constituyen una excepción; dicho fenómeno se presenta, principalmente, en mujeres profesionales o emancipadas. También suele darse en los casos en los que un hombre y una mujer construyen una nueva familia. En la actualidad, no es infrecuente hallar parejas de 40 años de edad con hijos de corta edad, que resultan de la unión de dos personas separadas o divorciadas, o de los hombres o las mujeres que han pospuesto el nacimiento de su primer hijo para después de la consolidación de la carrera profesional.

Las actitudes de las parejas o de las mujeres frente a la fecundidad y a la paternidad responden a situaciones de tipo económico y personal. Se ha comprobado que por encima de tener un hijo, los hombres y las mujeres en edad de procrear tienen otras prioridades. En primer lugar, quieren formarse; luego, conseguir trabajo, y después, tener una vivienda. El trabajo y la vivienda son los dos aspectos que más inciden en el retraso de la edad a la que los adul-

tos actuales forman familias. En la tabla 1 se dan algunas recomendaciones por tener en cuenta para construir respuesta social. Estas recomendaciones se construyen tomando como base la subetapa de la adultez, las características sociohistóricas de la etapa de ciclo-generación y el análisis de situación de los adultos en el Distrito Capital. No obstante, y de acuerdo con lo ya descrito, las mencionadas recomendaciones buscan que se empiece a visibilizar acciones pensadas en los adultos, tratando de que sean el fin de la acción, y no el medio para actuar en otra población y que indirectamente incida en ellos. De igual manera, se listan las cualidades que se deben desarrollar en cada una de las acciones, de tal manera que las potencialidades de los adultos se expresen.

Tabla 1. Relación entre las etapas de ciclo vital-generación, sus características sociohistóricas y las características de las respuestas sociales (17)

ETAPA DE CICLO	CARACTERÍSTICAS DE LA GENERACIÓN	CARACTERÍSTICAS DE LAS RESPUESTAS SOCIALES
Ciclo vital-generación	**Características sociohistóricas de la etapa de ciclo-generación**	**Características de las respuestas sociales**
Adultez madura	Se enmarca en Colombia dentro del llamado "Bogotazo" y la época de "La Violencia". Es una generación numerosa, muy reflejada en la expansión de la libertad individual, la libertad sexual, los movimientos por los derechos civiles, el derecho a la intimidad, el movimiento ecologista, el movimiento de mujeres, las protestas y los disturbios y la experimentación social; incluso, relacionada con diversas sustancias "tóxicas recreativas". Considerada el producto demográfico de la explosión de natalidad posterior a las dos guerras mundiales. Las personas pertenecientes a esta generación son optimistas y automotivadas; trabajan en equipo, prefieren un ambiente de trabajo democrático, humano y casual. Algunas pueden ser egocéntricas. Crearon un fuerte cambio social, incluyendo el movimiento *hippie*, el feminismo y los derechos civiles. Es considerada la generación más autoritaria de la historia, tomando en cuenta que pasaron por la era *hippie* ya que conocieron al límite sus libertades. Son personas con poder que entienden los estilos de vida en la economía moderna, buscadoras de diversión, ansiosas por entretenerse y mujeres con mucha más energía para realizar actividades fuera del hogar, independientes y cabezas de familia. Desean, además, tener hijos en una familia. Viven para trabajar; son "adictos al trabajo". En esta población se está generando una crisis en el sistema actual de pensiones.	Se recomienda que las acciones tengan en cuenta: • Proteger la salud mental a través de la promoción del ocio y de la actividad física. • Promover relaciones entre vecinos y redes de colaboración familiar y comunitaria. • Promover procesos no solo productivos, sino creativos: ambientales (sembrar árboles, participar en campañas de conservación y de reciclaje), intelectuales, que generen protección en salud mental. • Promover la autonomía en la toma de decisiones en asuntos que tengan que ver con sus vidas. • Promover prácticas alimentarias saludables, actividad física, salud mental y entornos saludables, para trabajadores en la economía informal. • Trabajar con organizaciones solidarias y vinculantes. • Facilitar opciones diferentes del cuidado, tarea generalmente asignada a las mujeres, y con más énfasis al ser mayores, por suponerse que "todo su tiempo es libre". • Reconocer la experiencia acumulada, así esta no sea de características académicas formales. • Proyectar actividades que no estén relacionadas solamente con el trabajo.
Adultez joven	Hijos de la transición tecnológica. Son personas liberadas de los prejuicios tradicionales. Tienen confianza en sí mismos, les gusta la informalidad; son personas escépticas, creativas, impacientes y cínicas. Tienen pobres destrezas para relacionarse y no se intimidan ante la autoridad. Mejor entrenamiento académico, respecto a las generaciones anteriores y experiencia académica y laboral internacional en la historia personal. Rompen con los patrones tradicionales, incluyendo la creación de ambientes de trabajo informales y transformando las estructuras corporativas; no toleran la costumbre de hacer reuniones frecuentes, valoran la informalidad en la vestimenta y en el trato, buscan estar cómodos y ser ellos mismos. Son escépticos frente a las grandes organizaciones y las instituciones, han producido gran cantidad de emprendedores. El mayor logro, para estas personas, es un equilibrio entre sus metas profesionales y su calidad de vida. Tienen mucha más aceptación por la diversidad de razas, de credos y de tendencias; las personas de esta generación ven la vida de una forma mucho más atrevida, ya que han crecido en tiempos en los cuales el peligro se puede hallar en cualquier parte, incluyendo el relacionado con el sida y las drogas. Trabajan para vivir. Han perdido la esperanza en la cultura, temen por el futuro, son personas poco positivas. Son formados en la era de los divorcios; no desean tener hijos, pero se niegan a pagar el alto costo de no dedicar tiempo a la familia ni a la amistad. No creen en los procesos participativos, son los no votantes	Se recomienda que las acciones, tengan en cuenta: • Reconocer la adultez en la familia, el trabajo, la comunidad y la sociedad. • Promover el ocio y la actividad física. • Desarrollar capacidades para tolerar la frustración. • Propender por la satisfacción de la necesidad de afecto tanto en el núcleo familiar como con la pareja y en cada una de las personas que las componen. • Desarrollar el cuidado de su sexualidad. • Fomentar el desarrollo de la autonomía, su preservación, su recuperación y su restitución, a través del incentivo de valores, actitudes y aptitudes. • Promover, de forma prioritaria, la autoestima, el autorreconocimiento y la autogestión, entre la población en situación de desplazamiento, las mujeres, los sujetos portadores de enfermedades crónicas y los adultos con discapacidad. • Promover el autorreconocimiento de las necesidades de protección y de autocuidado. • Ampliar la cobertura de programas sociales para adultos. • Sensibilizar al personal médico-asistencial y administrativo en torno a las necesidades de los adultos. • Empoderar a los adultos en la exigibilidad de su derecho a la salud. • Promover prácticas alimentarias saludables, la actividad física, la salud mental y entornos saludables, para trabajadores y trabajadores en la economía informal. • Generar y fortalecer organizaciones solidarias y vinculantes. • Fortalecer el cuestionamiento de los papeles de género y de la idealización del amor romántico generando factores de protección en salud mental. ***Cualidades de las acciones en pro de los adultos*** • Valorar su talento y su experiencia. • Cuando hable con ellos, vaya rápido al punto. • Evite las reuniones y comuníquese con ellos a través de la tecnología. • No malgaste el tiempo de los adultos. • Minimice las interrupciones y las frivolidades, y elimine las actividades mal organizadas. • Bríndeles la mayor autonomía posible. • Aliente un contexto de trabajo abierto e informal. • Use la lógica y el análisis en lugar del poder y la autoridad.

La adultez en lo normativo

A escala tanto internacional como nacional y distrital, no se dispone de una normatividad específica para la etapa de adultez.

En los recientes programas de gobierno del orden distrital, no se incluyen metas específicas para la población adulta desde una mirada del desarrollo humano que propendan por el desarrollo de las capacidades y posibiliten oportunidades para los adultos; se ha contado, sí, con metas para situaciones y condiciones de las personas que han llegado a la adultez, pero que no son exclusivas de esta etapa, sino trasversales a todas las etapas, como es el caso de la habitabilidad en la calle y el ejercicio de la prostitución.

En el plan de salud del Distrito Capital 2008-2012 hay metas que mencionan a la población adulta y se encuentran formuladas de tal forma que no son específicas para esta; la incluyen por encontrarse en los rangos de edad descritos para la meta[8], o como medio para intervenir a otras poblaciones[9]. De esta manera, los adultos son una población para la cual no se realizan acciones pensadas en ellos como centro de las acciones, sino como medio de ellas, lo cual genera que las acciones contribuyan al activismo.

Lo anterior, una vez más, permite evidenciar que la etapa de adultez, ha sido invisibilizada incluso para la normatividad en todos los ámbitos, lo cual trasciende la planeación y las acciones institucionales, e implica que no se trabaje por y para los adultos, para mejorar sus condiciones de vida y que su deterioro durante esta etapa no se vea reflejado en la siguiente. Sin embargo, en el ámbito Distrital, y desde junio de 2009, a través de un trabajo conjunto con la Secretaría de Integración Social, formalizado con la creación del Grupo Gestor Ampliado Interinstitucional de Adultez (GGAIA)[10], se emprenden acciones para avanzar en la construcción una política que garantice los derechos económicos, sociales, políticos y culturales para la etapa de adultez, lo cual significa multiplicar los resultados de la inversión social a ese respecto en el distrito, por ser la población adulta el soporte y el agente reproductor de los sistemas familiar y social.

De igual forma, la SDS, teniendo como guía el Plan Distrital de Salud, hace una propuesta política cuyo fin es mejorar las condiciones de salud de la población adulta, y que pretende contribuir en la disminución de las desigualdades injustas y evitables, a través de la gestión local en salud y posibilitando la construcción de la política de manera transectorial.

Discusión

Tras la revisión documental llevada a cabo y tras las discusiones en los diferentes espacios institucionales, sectoriales e intersectoriales, se generan como propuestas: por una parte, se debe cambiar la mirada hacia el mundo de la adultez e identificar específicamente aquellas condiciones y situaciones en las cuales se desenvuelven estas personas, sus entornos, las opciones de desarrollo con las que cuentan para la ejecución de sus proyectos de vida. Se trata de reexaminar y replantear el repertorio de los papeles que los adultos vienen desempeñando, el lugar y las circunstancias desde las cuales ejercen su papel, ya sea en condición de proveedores o de protectores de sí mismos o de sus familias, para encontrar o comprender una mirada de la adultez desde las necesidades[11] propias e individuales que, como seres humanos, tienen, y que influyen en su colectivo.

Como es de conocimiento general, el papel de los adultos como proveedores está debilitado fuertemente por un entorno económico, cada vez más crítico, que los obliga a diversificar sus acciones en varios frentes, para generar ingresos, y aunado ello a que este papel en el momento no es exclusivo de la etapa de la adultez, sino que en ocasiones es compartido con los jóvenes y las personas mayores. Este mundo laboral se caracteriza porque obliga a las personas a alistarse en sistemas de intermediación laboral que generan vínculos laborales bastante precarios que no ofrecen otra cosa sino la informalidad. Todo lo anterior exige aumentar esfuerzos en pro de brindar alternativas integrales, que permitan reafirmar que los adultos, en ejercicio de sus derechos plenos, tienen la posibilidad tangible de llegar a vivir su vejez en condi-

8 Para 2011, incrementar la cobertura de actividades de promoción de la actividad física en los adultos entre los 18 y los 64 años. Secretaría Distrital de Salud. Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2012.

9 Para 2011, reducir la tasa de mortalidad materna por debajo de 40 por 100 000 nacidos vivos.

10 Grupo intersectorial del orden Distrital. Asesor técnico y metodológico de la formulación de la política distrital de y para la adultez, Coordinador y articulador de las acciones de implementación intersectorial de la Política Pública de y para la Adultez en Bogotá.

11 Las necesidades se ven no desde las carencias, sino desde las potencialidades, ya que comprometen, motivan y movilizan a las personas. Las necesidades incluyen las realizaciones y las capacidades.

ciones más dignas, y de brindar mejores perspectivas a quienes con oportunidades hoy son niños, niñas o jóvenes.

Según las premisas enunciadas, y considerando al adulto un sujeto de derechos y de responsabilidades, los cuales, a su vez, se desarrollan de acuerdo con sus capacidades y sus potencialidades, en los papeles y en los ámbitos que debe asumir e interactuar, debe gestionarse la promoción de su calidad de vida a través de acciones que propendan por el desarrollo de sus capacidades tomando como base las oportunidades que le brindan el Estado y la sociedad, acciones de características intersectoriales que garanticen la promoción y la restitución de sus derechos y su desarrollo humano integral.

Se presenta un escaso reconocimiento de los adultos como sujetos de derechos, por desconocimiento de esta etapa y por factores externos alienantes condicionados por el género, la orientación sexual, la etnia, el desplazamiento y la discapacidad, que limitan su desarrollo integral y el de su entorno, y restringen las posibilidades de un envejecimiento activo.

Los adultos priorizan aspectos laborales, presionados por exigencias y retos sociales que se superponen a las prácticas de cuidado y autocuidado, con el consecuente deterioro de su calidad de vida.

Hay inequidad en el acceso de los adultos a bienes y servicios, por diferencias de contratación en el mercado laboral, aunadas a la falta de integración funcional, de complementariedad y de continuidad en la oferta institucional, que afectan la calidad de vida y la salud del adulto.

Los adultos enfrentan precarias e inseguras condiciones de empleo y de trabajo, determinadas por políticas y legislaciones nacionales e internacionales que generan condiciones desfavorables de empleo.

Hay escasas redes sociales operando para legitimar los derechos de los adultos y hacerlos efectivos. La respuesta social es inadecuada y no manifiesta las necesidades de los adultos. En este sentido, las redes sociales en la población adulta no están cumpliendo su cometido, toda vez que se están organizando, cuando así se da, en torno a una problemática coyuntural y urgente; es decir, con el objetivo de realización de una meta concreta, y no como un espacio que debe llegar a formar parte de los individuos, por ser una experiencia que los transciende en lo subjetivo.

Conclusiones

La adultez es una de las etapas más extensas y relevantes del desarrollo del ser humano. Al igual que las demás del ciclo de vida, se constituye en una categoría socialmente construida, y en ella se observa el resultado del desarrollo de las etapas anteriores. En los diferentes grupos humanos, hay algunas diferencias de significado que la cultura le da a este proceso de transformación y desarrollo. Al llegar a la etapa de adultez, se ha acumulado una serie de potencialidades adquiridas durante las etapas de formación, crecimiento y determinación (infancia, adolescencia y juventud). Al inicio de esta etapa, el ser humano se halla sometido a las crisis más fundamentales de la vida: el inicio de la etapa laboral, la formación de su propia familia, el hecho de afrontar la incertidumbre laboral y la separación de su núcleo parental, que le generan un gran deterioro biológico, psicológico y social.

Se requiere la construcción de una política pública en salud para la población adulta, que permita, a través del análisis de la determinación social, visibilizar las brechas de inequidad en salud para los adultos. Dicha política debe articularse a la Política Pública Distrital de Adultez, que permitió, a través de la caracterización de conflictos sociales, identificar determinantes estructurales de la situación de salud. Todo ello, en busca de un adecuado tránsito generacional y del desarrollo de una vejez feliz. Para su construcción, es necesario tener en cuenta algunas orientaciones: no ver la etapa de adultez solo como una edad cronológica, sino como el inicio del proceso de la madurez cognitiva, de desarrollo social y de ampliación de responsabilidades que hace parte de un transcurrir vital; es decir, de un continuo vital. Además, se debe identificar a los adultos con posibilidades de desarrollo en distintas esferas, no solamente las laborales y las productivas del orden económico.

En cuanto a las acciones orientadas hacia los adultos, es necesario el reconocimiento de la generación a la que pertenecen, pues identificar el proceso histórico social en el cual se formaron los adultos de hoy orienta las características de las respuestas sociales. Se debe

reconocer la importancia de la adultez en la familia, el trabajo, la comunidad y la sociedad, y fomentar en dichos espacios de vida el desarrollo de la autonomía, su preservación, su recuperación y su restitución, a través del incentivo de valores, actitudes y aptitudes.

Es necesario empezar a construir mecanismos que permitan el reconocimiento y el autorreconocimiento de los adultos, debido a que la identidad se convierte en un aspecto central para el ejercicio total de la ciudadanía plena, pues la persona debe partir de identificarse, reconocerse y respetarse tanto individual como colectivamente, para luego poder ser identificado e identificar a los demás. Esta medida es, sobre todo, con miras al mejoramiento de su propia calidad de vida.

Propender por que los adultos de Bogotá hagan ejercicio de una ciudadanía activa es impulsar una cultura política que tenga como centro que los miembros de las comunidades se reconozcan como sujetos sociales y políticos, titulares de derechos, para que participen de manera activa y permanente en la vida política de su barrio, su localidad y su ciudad impulsando el desarrollo de procesos de organización social autónoma que nutran y fortalezcan las diversas formas normalizadas de participación, e igualmente posibiliten que los desarrollos de servicio a la ciudadanía se den de manera fluida y democrática, para el impulso a los procesos de exigibilidad.

Se necesita, así mismo, fomentar la salud mental en los adultos, a partir del trabajo en el enfoque del autoconocimiento, autonomía y autocuidado, el fomento del ocio y de la actividad física y el desarrollo de capacidades para tolerar la frustración, ya que gran parte de la calidad de vida de los adultos esta cimentada en el desarrollo adecuado de la salud mental.

Como medida protectora para disminuir los niveles de estrés, y preventiva de violencia intrafamiliar, también se hace necesario procurar la satisfacción de la necesidad de afecto de los adultos con cada una de las personas que componen su núcleo familiar, incluida su pareja.

Conviene desarrollar en los adultos el cuidado de su sexualidad y de su salud sexual, así como empoderarlos en la exigibilidad de su derecho a la salud.

Urge, también, gestionar un modelo de atención integral, incluyente y con reconocimiento de las diferencias y de la diversidad de los adultos, según los principios de calidad, eficiencia y humanización, que disminuya las barreras de acceso dadas por las ocupaciones y los papeles que desempeñan.

Se necesita desarrollar estrategias que promuevan el trabajo digno y decente, en términos de condiciones de empleo, trabajo y protección laboral.

Es imperativo crear formas de organización solidaria, vinculantes y de confianza, que potencien respuestas para el desarrollo de la adultez, en escenarios de planeación participativa de los adultos que permitan el encuentro entre voces diferentes, interesadas en construir consensos básicos sobre metas de calidad de vida y sobre los procedimientos, los instrumentos y las acciones necesarios para alcanzarlas.

Se debe sensibilizar al personal de las Empresas Sociales del Estado (ESE) en torno a lo diverso, lo diferente y lo heterogéneo de la población adulta, así como sobre sus necesidades y la forma de satisfacerlas desde el quehacer de cada uno.

Un desarrollo adecuado de la adultez, en el cual las capacidades de los adultos se amplíen, no solo permite que se viva una adultez a plenitud, con aumento de la esfera social y mental, sino que prepara a la población adulta a una vejez más llevadera y, en consecuencia, mucho más feliz.

Agradecimientos

A la SDS, por permitir gestionar y facilitar conocimientos para optimizar los procesos técnicos; a las profesionales de la Dirección de Salud Pública Luz Dina Ríos, Solángel García, Patricia Rozo, Esmily Ruiz y Astrid Montel; a los referentes locales de las ESE del Distrito a cargo del proceso de adultez durante el periodo 2009-2011; a Máryori Chacón, profesional de la Subdirección de Adultez de la Secretaría Distrital de Integración Social; a Esperanza López, profesional de la Secretaría Distrital de Educación; a Jorge Mesa, profesional de la Secretaría Distrital de Planeación, y a Leonardo Bohórquez, profesional de la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, quienes con sus consensos y sus disensos han contribuido en las discusiones y en la generación de este nuevo conocimiento. A Juan José Muñoz, quien dio inicio a este proceso y a su articulación con otros sectores.

Referencias

1 Zapata García R, Canno Prous A, Moya Querejeta J. Tareas del desarrollo de la edad adulta. Psiquis. 2002;23:185-97.

2 Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Hacia una perspectiva generacional para la promoción de la calidad de vida y salud. Documento de Trabajo, Equipo técnico ciclo vital. Bogotá SDS; 2010.

3 Díaz T. (SDS), Bohórquez L. (SDCRyD), Mesa J. (SDP), López E. (SED), Chacón M. (SDIS). Comisión concepto de adulto y adulta y sus roles. Documento de Trabajo Adultez y sus roles. Bogotá: Grupo Gestor Ampliado Interinstitucional de Adultez; 2010.

4 Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Marco Situacional Etapa de Adultez. Documento de Trabajo. Bogotá: SDS; 2010.

5 Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Núcleos problematizadores Adultez. Documento de Trabajo. Bogotá: SDS; 2010.

6 Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Temas Generadores Adultez. Documento de Trabajo. Bogotá: SDS; 2010.

7 Uriarte J. Autopercepción de la identidad en la transición a la edad adulta. Rev Psicodidáctica. 2007;12:279-92.

8 Alcaldía Mayor de Bogotá. Política pública de y para la adultez. Bogotá: 2011.

9 García-Ruiz S, Ruíz-Varón E, Díaz-Hernández T, et al. El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas. Rev Segur Soc. 2010;12:129-42.

10 Wilcock A. Ciencia ocupacional: la llave para ampliar horizontes. Discurso pronunciado en la 25ª Conferencia Anual del Colegio de Terapeutas Ocupacionales. Universidad de Gales, Swansea, 4 de julio de 2001.

11 Papalia D, Wendkods S, Duskin R. Psicología del Desarrollo (8ª ed.). México: McGraw Hill; 2005.

12 Erickson E. El ciclo de vida completado. Buenos Aires: Paidós; 2000.

13 Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Sistematización Fuente secundaria Adultez. Documento de Trabajo. Bogotá: 2010.

14 Staudinger UM, Bluck S, Herzberg PY. Looking back and looking ahead: Adult age differences in consistency of diachronous ratings of subjective well-being. Psychol Aging. 2003;13-24.

15 Silva JM. Andropausia concepto actual y conceptos básicos. Universitas Médica. 2006;47:17-23.

16 Dulcey RE, Uribe C. Psicología del ciclo vital: Hacia una visión comprensiva de la vida humana. Rev Latinoam Psicol. 2002;34:17.

17 Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Perspectiva de ciclo vital, Lineamientos de Salud Pública. Bogotá: SDS; 2009.

18 Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Lineamiento poblacional, Equipo Técnico Poblacional. Bogotá: 2011.

19 Instituto de la mujer [internet]. 2009. Disponible en: www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/index.htm.

Recibido para evaluación: 6 de marzo de 2012
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Tatiana Eugenia Díaz Hernández
tediazh@gmail.com

https://doi.org/10.56085/isss.503

Programa innovador de rehabilitación integral para habitantes de la calle en condición de discapacidad mental crónica

Innovative Program of integral Rehabilitation for People Living on the Streets in Condition and Mental Disabilities Chronic

Programa inovador de reabilitação integral para as pessoas que vivem nas ruas no estado e a deficiência mental crônica

Iris Andrea Moya Muñoz[1]
Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda[2]
Leonardo Fabio Garzón Leguizamón[3]
Juan Camilo Caro[4]

Resumen

Introducción: El Hospital Nazareth I Nivel ESE, ubicado en la Localidad 20 de Bogotá, D. C., desarrolla e implementa acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, a través del Centro de Desarrollo del Potencial Humano (CDPH), el cual es un espacio agroambiental que contempla tres componentes:1) el Programa Ecoterapia, el 2) Parque Temático en Salud Chaquen y 3) el aprendizaje experiencial. Todos ellos se fundamentan en el modelo de ocupación humana como herramienta de inclusión social y laboral, para fortalecer las redes de apoyo primario, la potencialización de habilidades comunicacionales y la aceptación de la comunidad rural, en un entorno natural que favorece los procesos de autonomía e interdependencia en el desempeño personal, familiar, social y organizacional. ***Objetivo:*** Sistematizar el proceso desarrollado con los usuarios del programa de Ecoterapia, a partir de una revisión documental. ***Métodos:*** De acuerdo con Carvajal Burbano (2004), la sistematización es un proceso teórico y metodológico, que ayuda, a partir de un ordenamiento, de la reflexión crítica, de la evaluación, del análisis y de la interpretación de las experiencias, a conceptualizar y construir conocimiento a través de su comunicación, para así orientar otras experiencias con el fin de mejorar las prácticas sociales. ***Resultados:*** Con el cumplimiento del programa, se busca el cuidado individual de los usuarios manteniendo su nivel de independencia en las actividades básicas cotidianas (como el baño, la alimentación y el vestido) e instrumentales (como las llamadas telefónicas, las compras, el cuidado de la casa y de sus elementos, el cumplimiento de los hora-

1 Magíster en ciencias ambientales. Coordinadora, Parque Temático en Salud Chaquen.
2 Gerente, Hospital Nazareth ESE.
3 Subgerente de servicios de salud, Hospital Nazareth ESE.
4 Sociólogo, magíster en Intervención Sociológica.

rios para tomar la medicación y el manejo del dinero). Además, busca la identificación de intereses y el restablecimiento de redes de apoyo familiar, que permiten la inclusión social y familiar de personas en condición de discapacidad mental crónica. El programa ha promovido la inclusión familiar y social del 23 % de los usuarios que han estado en el proceso de rehabilitación.

Palabras clave: salud mental, desarrollo humano, modelo de ocupación humana.

Abstract

Introduction: Nazareth is a Level 1Hospital located at the 20th locality of Bogota, D.C., that develops and introduces actions of health promotion, disease prevention and health recovery, through *Centro de desarrollo del potencial humano (CDPH)*, which is an agro-environmental space that contemplates three components: Eco-therapy Program, Health Themed Chaquen Park, and Experiential Learning. These are based on the Human Occupation model, as a tool for labor and social inclusion, strengthening primary care networks, communication abilities and the acceptance of rural communities, in a natural environment that benefits autonomy processes and interdependence for the personal, family, social, and organizational performance. ***Objective:*** Systematization of the developed process with the Eco therapy program users, starting from a literature revision. ***Methods:*** According to Carvajal Burbano (2014), the systematization is a theoretical and methodological process. By an arrangement, critical reflection, evaluation, analysis and interpretation of different experiences, it allows conceptualizing and to create knowledge through their communication, and that way, to orient other experiences to improve the social practices. ***Results:*** With the programs compliance, it is intended to provide individual care, maintaining its independence levels in daily basic activities such as: bathing, feeding, and dressing, and instrumentals such as: telephone calls, shopping, homecare and its elements, compliance with the schedules to take medicines, and money management. Additionally, it seeks to identify interest and the reestablishment of family support networks that allow for social and family inclusion for people with chronic mental disability. This program has promoted family and social inclusion for 23 % of the users that have been on rehabilitation.

Key words: mental health, human development, human occupation model.

Resumo

Introdução: O Hospital Nazareth I Nível E.S.E. situado na localidade 20 na cidade de Bogotá, D.C., desenvolve e implementa ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde, através do Centro de Desenvolvimento do potencial Humano (CDPH) que é um espaço agroambiental que inclui três componentes, o Programa Ecoterapia, o Parque Temático em Saúde e o Aprendizagem Experiencial. Estes são fundamentados no modelo de Ocupação Humana como instrumento de inclusão social e de trabalho, fortalecendo as redes de apoio primário, a potencialização de habilidades comunicativas e a aceitação da comunidade rural em um ambiente natural que favorece os processos de autonomia e interdependência no desempenho pessoal, familiar, social e organizacional. ***Objetivo:*** Sistematização do processo desenvolvido com usuários do programa de Ecoterapia, a partir de uma revisão documental. ***Método:*** De acordo com Carvajal Burbano (2004) a sistematização é um processo teórico e metodológico, que ajuda a partir de um ordenamento, o pensamento crítico, avaliação, análise e inter-

pretação de experiências para conceituar e construir conhecimentos através de sua comunicação e assim orientar outras experiências para melhorar as práticas sociais. ***Resultados:*** Com o cumprimento do programa buscou-se o atendimento individual de usuários, mantendo seu nível de independência em atividades diárias básicas tais como: (banho, alimentação e vestuário) e instrumental como (telefonemas, compras, trabalho doméstico e seus elementos, cumprimento dos horários para tomar a medicação e utilização do dinheiro). Como também, procura a identificação de interesses e restauração das redes de apoio familiar, que permitam a inclusão social e familiar das pessoas que vivem em deficiência mental crônica. O programa tem promovido a inclusão familiar e social de 23% dos usuários que em processo de reabilitação.

Palavras-chave: saúde mental, desenvolvimento humano, modelo da ocupação humana.

Introducción

Para contribuir con la salud mental y con la afectación positiva de los determinantes sociales de la enfermedad en las zonas rurales y las urbanas, se debe superar la mirada clásica y trascender hacia la innovación social planteando posibilidades que contribuyan al desarrollo del potencial que tiene todo ser humano, en un entorno natural que favorezca los procesos de autonomía e interdependencia en el desempeño personal, familiar, social y organizacional, y generando valor para la sociedad.

Con el propósito descrito, el Hospital Nazareth, Empresa Social del Estado (ESE) de I Nivel de atención, presta servicios de salud a la comunidad de la Localidad 20 (Sumapaz) del Distrito Capital de Bogotá, mediante el modelo de prestación de servicios denominado "Familia Sana, Comunidad Saludable, Entorno Natural", con enfoque de atención primaria en salud, estándares superiores de calidad y garantía de derechos en interacción con el medio ambiente. Una de las estrategias innovadoras del Hospital Nazareth es el Centro de Desarrollo del Potencial Humano (CDPH), donde se consolidan elementos de trabajo productivo autosostenible, rehabilitación integral y desarrollo de competencias en equilibrio con la naturaleza, mediante la aplicación de sus tres componentes: 1) el Parque Temático Chaquen, 2) la educación experiencial y 3) el Programa de Ecoterapia, que dan respuesta a las necesidades de la población.

Para efectos de este artículo, se hará énfasis en el Programa de Rehabilitación Ecoterapia, dirigido a personas en condición de abandono, exclusión social y con compromiso psiquiátrico. Dicho programa consta de cuatro fases: 1) inicial y de acogida; 2) recuperación de la autonomía funcional; 3) autonomía ciudadana y social, y 4) inclusión familiar, social y laboral; además, tiene como objetivos fortalecer la autonomía, así como favorecer el reconocimiento y el desarrollo de las potencialidades y las habilidades que permitan la igualdad de oportunidades y la inclusión social. El programa se fundamenta en el Modelo de Ocupación Humana, y cuenta con la terapia hortícola como herramienta de rehabilitación.

Es importante reconocer que existen alternativas innovadoras de rehabilitación en el Distrito Capital, las cuales basan su actuar en satisfacer las necesidades humanas y sociales no a partir de los bienes económicos, sino también, de todo lo que representa formas del ser, del hacer, del tener y del estar potencializando habilidades en interacción con la naturaleza. Al conseguir un equilibrio en actividades de autocuidado, ocupacionales y de tiempo libre, se da un paso importante para promover comportamientos adaptativos que permitan una inclusión social y un desarrollo autodependiente del sistema de necesidades humanas y potencialidades fundamentales.

Métodos

El presente artículo se basa en la sistematización de la experiencia del programa de Ecoterapia recopilando y analizando sus principales resultados desde 2004 hasta 2013. Se parte del supuesto según el cual la rehabilitación para personas en condición de discapacidad mental crónica es favorecida por el entorno natural y la aplicación del modelo de la ocupación humana.

El programa de Ecoterapia actualmente cuenta con 100 usuarios, cuyo número se ha ido incrementado de forma paulatina desde su inicio, en 2004, cuando arranca con 40 usuarios, caracterizados por su condición de habitantes de la calle y por su diagnóstico de enfermedad mental (por ejemplo, esquizofrenia y trastorno bipolar afectivo).

El programa de Ecoterapia reúne información de diversa índole registrada en la historia clínica del pa-

ciente y en formatos que evalúan los cambios de este a lo largo de las diferentes intervenciones terapéuticas que ofrece el programa (como terapia ocupacional, trabajo social y psicología), desde 2004 hasta la fecha. El propósito de la presente sistematización es tomar esa información para analizar los principales resultados del programa a lo largo de estos nueve años de funcionamiento.

La sistematización del proceso y de los resultados del Centro de Desarrollo del Potencial Humano se hace tomando en cuenta los siguientes aspectos comunes de las definiciones de sistematización: esta es una mirada crítica de la experiencia; es una reconstrucción, un relato y una síntesis de la experiencia; es un acto de conocimiento, una teorización de la experiencia, un método y una metodología (1). Teniendo como base esta síntesis de componentes de la sistematización, se adopta la siguiente definición, planteada por Carvajal Burbano:

La sistematización es un proceso teórico y metodológico, que a partir del ordenamiento, reflexión crítica, evaluación, análisis interpretación de la experiencia, pretende conceptualizar, construir conocimiento, y a través de su comunicación orientar otras experiencias para mejorar las prácticas sociales. (2)

El desarrollo metodológico incluye la lectura y el análisis de documentos institucionales producidos por el Hospital Nazareth I Nivel dentro del marco de los resultados del Programa de Ecoterapia, como componente del Centro de Potencial de Desarrollo Humano en la Localidad 20 de Sumapaz.

Definición del Eje de Sistematización

Se busca conocer cuáles han sido los principales resultados del Programa de Ecoterapia en su calidad de componente del Centro de Potencial de Desarrollo Humano.

Resultados

Se presentan resultados de la población que ha sido beneficiaria del Programa de Ecoterapia a lo largo del periodo 2004-2013.

Niveles de funcionalidad

Para evidenciar el desempeño global de los usuarios del Programa de Ecoterapia, se establece una clasificación de cinco niveles de funcionalidad, con los siguientes rangos: 1) severa dificultad, 2) moderada dificultad, 3) leve dificultad, 4) funcional y 5) interdependiente; en ellos, se identifica la capacidad de los usuarios en cuanto al desarrollo de las actividades de la vida diaria en los ámbitos de: habilidades de procesamiento sensorial y perceptual, habilidades cognitivas, subsistemas de volición (intereses, motivación), habituación (hábitos y rutinas) y desempeño (relaciones interpersonales, comunicación y expresión de sentimientos), dados desde el Modelo de la Ocupación Humana, como enfoque del Programa de Ecoterapia.

- ***Interdependiente:*** Son usuarios que desarrollan fácilmente habilidades sociales que les permiten tener un grado mayor de independencia. Presentan habilidades de liderazgo; se vinculan en procesos de capacitación laboral; se destacan por su autocuidado y por su grado de desempeño de actividades culturales, deportivas y recreativas; participan en el control de su vida; tienen expectativas de futuro marcadas; desarrollan actividades de manera autónoma; tienen capacidad de concentración, de persistencia y de ritmo, y facilitan, mediante el seguimiento de instrucciones, la ejecución de actividades motrices.

- ***Funcional:*** Estos usuarios aún manejan un adecuado nivel de autocuidado; su socialización con los demás compañeros se establece manteniendo todavía capacidad para el lazo social, sin deterioro de las funciones cognitivas. En estas personas, se conservan el sueño y las actividades culturales o recreativas, y presentan mínimos disturbios (conductas compulsivas, alteraciones, agresividad ocasional, estados de psicosis). Pueden dominar algunas habilidades lectoras (mínimas) y comprender palabras.

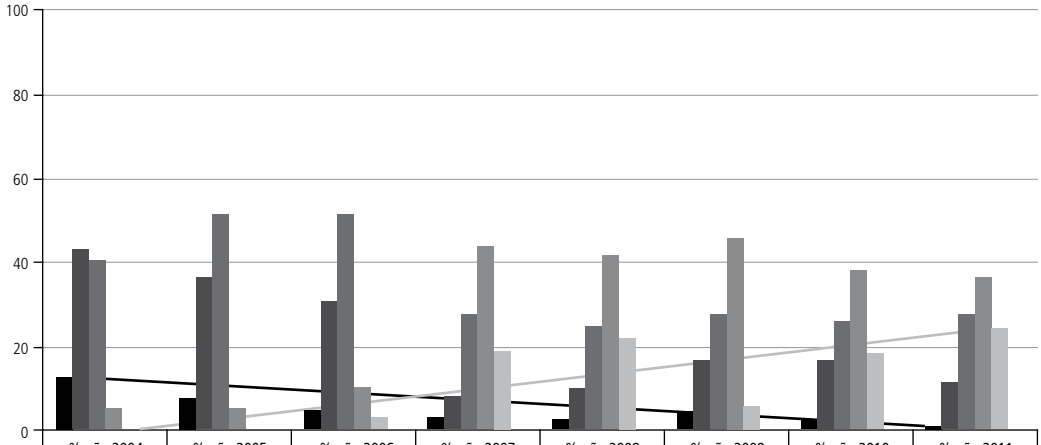
- ***Leve dificultad:*** Son usuarios en quienes se evidencian dificultades para hacer algunas tareas cognitivas; en ocasiones, requieren apoyo y refuerzos para el desarrollo adecuado de actividades básicas e instrumentales. A veces, contribuyen a su propio mantenimiento realizando trabajos que no requieran mucho esfuerzo mental; bajo supervisión y orientación estrechas, se adaptan a la vida comunitaria. Pueden aprender hábitos básicos de conservación y recibir entrenamiento para adquirir los principales hábitos de higiene.

- ***Moderada dificultad:*** Los usuarios presentan deterioro de sus funciones cognitivas. Se pueden encontrar en ellos afectaciones en la memoria a largo y a corto plazo; los procesos de percepción y de procesamiento de la información sensorial transcurren más lentamente que el promedio. Presentan dificultades para reconocer normas sociales; las actividades que desarrollen tienen que ser lo suficientemente llamativas para ocasionar algún grado de reacción en este tipo de usuarios; su trabajo grupal es inconstante, y en la mayoría de los casos, incomprensible para ellos, por lo cual requieren varias repeticiones de las órdenes respectivas. Su participación y su desempeño en las actividades grupales es escaso y fluctuante. Se evidencia en ellos baja capacidad de resistencia a la presión social, así como clara dificultad para desarrollar actividades laborales, y requieren distintos niveles de ayuda en sus procesos de autocuidado.

- ***Severa dificultad:*** Usuarios con agudo y crónico deterioro en sus habilidades cognitivas; requieren asistencia y acompañamiento la mayor parte del día; presentan un desarrollo motor pobre y hacen algunas tareas sencillas bajo estrecha vigilancia. Se evidencian en ellos alteraciones en sus funciones cognitivas, así como de la memoria, de la concentración y de la voluntad. Se observa una importante dificultad para llevar a cabo las actividades laborales y cotidianas, y requieren asistencia permanente para el desarrollo de estas. Sus procesos de autocuidado, de higiene y de actividades sociales o recreativas están deteriorados.

En la figura 1 se presenta la variación de la funcionalidad de los usuarios del Programa de Ecoterapia; se evidencia que los usuarios han incrementado su nivel de funcionalidad, pues se pasó de un nivel funcional del 5% en 2004 al 36% en 2011. De igual forma, se observa cómo el nivel de moderada dificultad disminuye, al pasar del 43% en 2004 al 11% en 2011. Estos resultados reflejan en que desde el momento del ingreso de los usuarios al programa, se genera una identificación de las necesidades y las expectativas de intervención de cada uno de ellos durante su proceso de rehabilitación, lo que permite potencializar su nivel de funcionalidad y conseguir los mayores niveles de independencia y autonomía, para así superar conductas de indigencia y de dependencia en sus actividades básicas cotidianas.

Figura 1. Porcentaje de nivel de funcionalidad de los usuarios del Programa de Ecoterapia mediante su proceso de rehabilitación, 2004 -2011



	% año 2004	% año 2005	% año 2006	% año 2007	% año 2008	% año 2009	% año 2010	% año 2011
Severa dificultad	13	8	5	3	2	5	2	1
Moderada dificultad	42	36	31	8	10	17	17	11
Leve dificultad	40	51	51	27	24	27	26	27
Funcional	5	5	10	43	41	45	37	37
Interdependiente	0	0	3	19	22	6	18	24
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Perfil de desarrollo de la historia clínica de Ecoterapia, 2004-2011

Inclusión social

La inclusión social, entendida como el fortalecimiento de las redes de apoyo primario, la potencialización de habilidades comunicacionales y la aceptación de la comunidad campesina, ha sido un factor importante para los usuarios del programa intensificándose las relaciones de apoyo personal.

La inclusión social para los usuarios del Programa de Ecoterapia se basa en la vinculación a las actividades cotidianas de las familias de la Localidad de Sumapaz. Se ha evidenciado que el porcentaje de usuarios que se vinculan a estas actividades al inicio del programa fue del 37,5%, equivalente a 15 usuarios de los 40 que iniciaron en el programa. En 2011, se evidencia un incremento de usuarios correspondiente a 35 usuarios, que, a su vez, representan el 38% de los 92 usuarios.

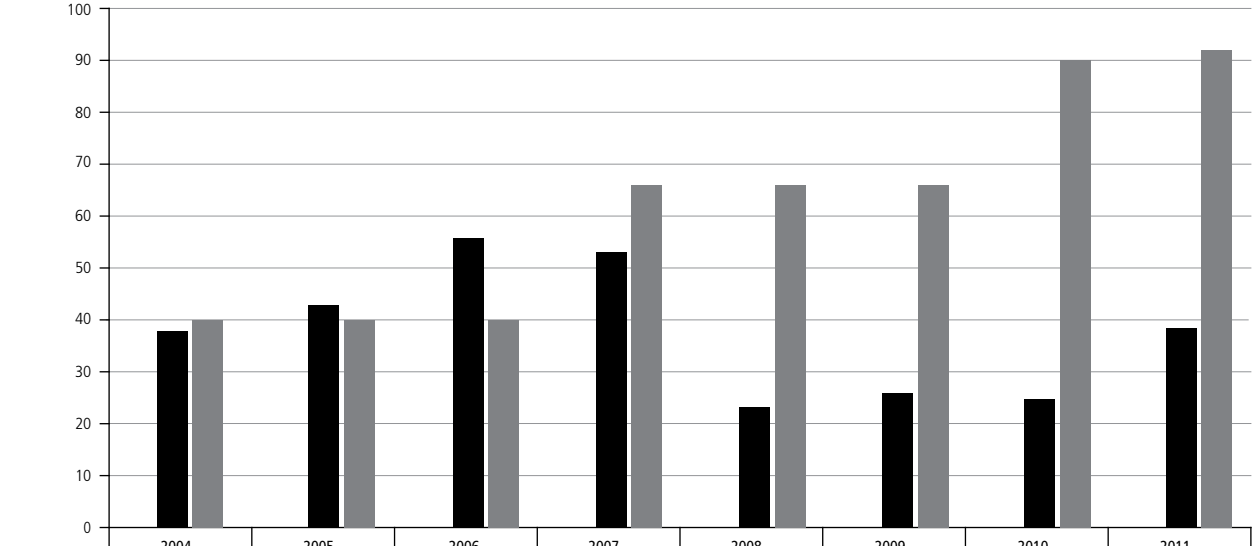
Visto con la perspectiva social, la aceptación de la comunidad hacia las personas con discapacidad mental crónica ha estado en continua construcción, mediante procesos de sensibilización e identificación de las capacidades y las habilidades propias de los usuarios. En la actualidad, la misma comunidad solicita el apoyo de los usuarios de Ecoterapia para el desarrollo de las actividades agrícolas y ganaderas de la población sumapaceña. De esta relación, quedan como aporte, en primer lugar, el reconocimiento y el respeto por la diferencia, la cual se ve como una condición del ser humano; y en segundo lugar, el crecimiento personal y social de la población sujeto de atención, gracias al apoyo y la aceptación de la comunidad de Nazareth.

Dentro del proceso de rehabilitación en el Programa de Ecoterapia, los usuarios se vinculan a actividades terapéuticas ocupacionales. Las áreas en las cuales se vincula a los usuarios del Programa de Ecoterapia son: servicios generales en el CDPH, área de lavandería y servicio de alimentación del Centro de Desarrollo del Potencial Humano.

Egresos de usuarios del Programa de Ecoterapia por inclusión familiar

El programa ha promovido la inclusión familiar del 23% de los usuarios que han estado en proceso de rehabilitación en el Programa de Ecoterapia, lo cual permite el cumplimiento de los objetivos de independencia y autonomía, identificación de su propia sintomatología para generar mecanismos de autocontrol,

Figura 2. Porcentaje usuarios con discapacidad mental crónica con inclusión social, 2004-2011



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Número	15	17	22	35	15	17	22	35
%	37,5	42,5	55,0	53,0	22,7	25,8	24,4	38,0
Total	40	40	40	65	68	68	90	92

Fuente: Historias clínicas, Programa de Ecoterapia, 2004-2011.

adherencia al plan de tratamiento terapéutico y farmacológico, y la restitución de las redes de apoyo familiar.

Los usuarios que egresan logran mantener su nivel de independencia en las actividades básicas cotidianas (baño, alimentación y vestido) e instrumentales (llamadas telefónicas, comprar, cuidar la casa y sus elementos, cumplimiento de los horarios para tomar su medicación y manejo del dinero).

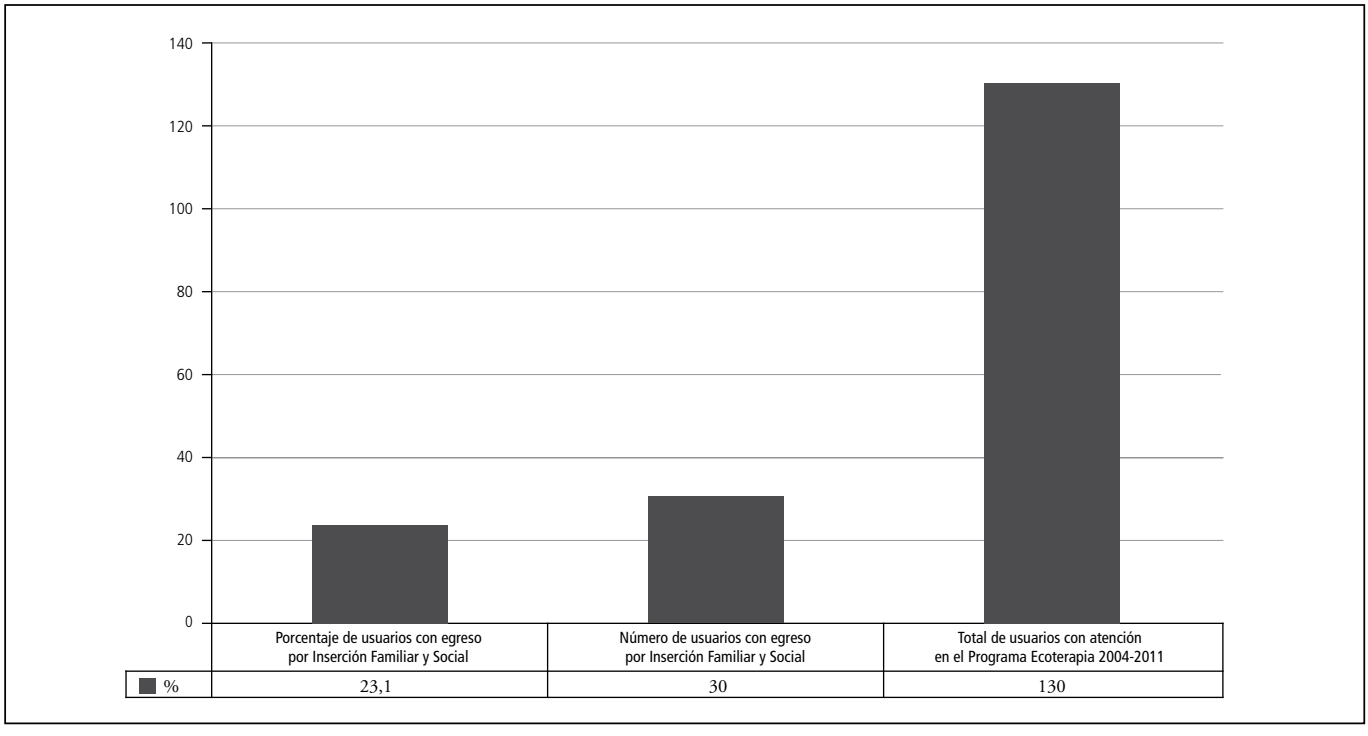
Discusión

El Centro de Desarrollo del Potencial Humano se constituye en una alternativa novedosa e importante para la rehabilitación de personas con enfermedades mentales, debido a que basa sus actividades en el Modelo de Ocupación Humana. Dicha estrategia les ha permitido a los usuarios del programa una mejoría notable en la adopción de posiciones corporales adecuadas, ejecución de actividades diarias generando rutinas que disminuyen la depresión, seguimiento de instrucciones para el cumplimiento de las tareas asignadas, potencialización de valores como la responsabilidad, el cuidado por el otro y el desarrollo de intereses según las habilidades identificadas y trabajo en equipo. Estos aspectos son fundamentales dentro del marco de un proceso de resocialización y de inclusión social y laboral.

En los procesos de inclusión social se ha observado por parte de la comunidad de Sumapaz una mayor capacidad de aceptación de los usuarios que llevan más tiempo en el programa, mientras los usuarios menos veteranos generan sentimientos de miedo en la comunidad.

El contacto con el ambiente integra el aprendizaje de habilidades básicas (conocimientos) abordando habilidades sociales (por ejemplo: trabajo en equipo, paciencia, comunicación) y el uso de un entorno al aire libre para lograr la interacción con la naturaleza, y así potencializar la salud física y mental. Los resultados de la terapia hortícola han avalado esta técnica para sanar la mente y el cuerpo, y han logrado aumentar la productividad en sus diversas actividades cotidianas. Adicionalmente, este proceso terapéutico es una herramienta que contribuye aportando valores añadidos especiales, que no se hallan presentes en otras disciplinas: "Las plantas son tan eficaces en la

Figura 3. Número de usuarios egresados del Programa Ecoterapia por inclusión familiar, 2004- 2011



Fuente: Historias clínicas, Programa de Ecoterapia, 2004-2011.

obtención de respuestas humanas debido a que su entorno contrasta fuertemente con el mundo social en que nos movemos. El jardín es un lugar seguro, un ambiente benevolente donde todos son bienvenidos. Las plantas no tienen prejuicios, no amenazan, y no discriminan. Responden a la atención, no a las fortalezas o debilidades de la persona que la haya facilitado. No importa si es negro o blanco, sano o enfermo: las plantas prosperan cuando se da atención con cuidado. Así, en un jardín, se puede dar el primer paso hacia la confianza en sí mismo" (3).

Para el Programa Ecoterapia, es de vital importancia que los usuarios con niveles de funcionalidad entre interdependiente y funcional tengan dentro de su plan de cuidado la promoción y la identificación de intereses, motivación y capacidad de desempeño, que les permitan alcanzar habilidades para retomar, adquirir o recuperar cualidades vocacionales u ocupacionales, que les permitan, por medio de la ocupación, realizarse como personas inmersas en una sociedad.

Se ha favorecido el desarrollo de habilidades sociales, y así se ha logrado la inclusión de estos usuarios en actividades agrícolas y sociales desarrolladas por la comunidad. Tal es el caso de la participación de usuarios en espacios de participación comunitaria, como la Escuela de Ciudadanía, cuyos objetivos son el desarrollo y el fortalecimiento de la capacidad organizativa de las comunidades, para propiciar la construcción de sujetos políticos y autónomos.

El Programa de Ecoterapia ha generado resultados en la comunidad y en los usuarios. No obstante, es necesario diseñar instrumentos para medir los impactos que se hayan producido a través de la estrategia del CDPH. Teniendo eso en cuenta, una de las conclusiones de este trabajo es el surgimiento de algunos interrogantes que requieren investigación. Por ejemplo, ¿por qué se presenta un porcentaje de usuarios que, pese a cumplir con las condiciones para regresar a la zona urbana de Bogotá, quieren permanecer en la localidad? ¿Qué factores influyen en la motivación de establecerse en la localidad? ¿Cómo participa el CDPH en esta decisión? ¿Cómo lo hacen la familia, la comunidad y el entorno natural? ¿Qué tanto impacta el espacio agroambiental en el comportamiento de los usuarios con enfermedad mental?

Frente a impactos producidos por medio de la estrategia del CDPH, es importante profundizar en la medición de factores sociales, físicos, cognitivos y psicológicos, que permita establecer modificaciones necesarias en la salud y la calidad de vida de los usuarios.

Paralelamente, es imprescindible ahondar en los significados, las experiencias y los imaginarios de lo que ha sido la participación en la estrategia del CDPH. Igualmente, es necesario revisar las mismas categorías de análisis para la comunidad en general de la Localidad de Sumapaz.

Agradecimientos

Los autores expresan sus agradecimientos a las siguientes personas: a Eliana Ivont Hurtado, gerente del Hospital Nazareth; a Leonardo Garzón, subgerente de Servicios de Salud; al equipo de Salud Pública, y a la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Referencias

1. Cifuentes Patiño MR. La sistematización de las prácticas en Trabajo Social: una visión desde los proyectos sociales. Aportes para la sistematización de las prácticas de los estudiantes de trabajo social. Manizales: Universidad de Caldas; 2006.

2. Carvajal Burbano A. Teoría y práctica de la sistematización de experiencias. Cali: Universidad del Valle; 2004.

3. Lewis CA. Green nature human nature: The meaning of plants in our lives. Illinois: University of Illinois Press; 1996.

Recibido para evaluación: 5 de octubre de 2012
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Andrea Moya Muñoz
andrea.moya@ese nazareth.gov.co

https://doi.org/10.56085/isss.504

Presencia de mercurio en los usuarios de acueductos de Ciudad Bolívar. Bogotá, D. C., 2010-2011

Presence of Mercury in the Users of Aqueducts of Bolívar City. Bogotá, D. C. 2010-2011

Presença de mercúrio nos usuários de aquedutos de Cidade Bolívar. Bogotá, D. C., 2010-2011

Nidia Villamil[1]
Diana Pérez[2]
María Zaideé Barbosa[3]
Yady González[4]

Resumen

El mercurio es un metal presente en forma natural y por las diferentes actividades económicas, que puede afectar la salud ante la exposición crónica. ***Objetivo:*** Determinar la prevalencia de mercurio entre los usuarios de los acueductos comunitarios Recuerdo Sur, y Asoporquera I y II, residentes del barrio Recuerdo Sur y de la vereda Mochuelo Alto, de la Localidad de Ciudad Bolívar. ***Métodos:*** Estudio de prevalencia de concentraciones de mercurio en 224 usuarios de los mencionados acueductos, a través de muestras tomadas del cabello, la sangre y la orina, con los respectivos análisis descriptivos por lugar de residencia, realizado entre julio de 2010 y agosto de 2011. ***Resultados:*** La prevalencia general en promedio de la concentración de mercurio con los tres marcadores biológicos fue del 72 %. Ninguno de los participantes superó los valores máximos permitidos por el Instituto Nacional de Salud (INS) en ningún biomarcador, pero en los términos establecidos al respecto por la Organización Mundial de Salud (OMS), 16 de los participantes superaron los valores para las muestras de cabello, con una proporción del 7,1 %. ***Conclusión:*** Las concentraciones de mercurio halladas en los diferentes marcadores biológicos sugieren que hay una exposición de tipo ambiental al mercurio en la población estudiada; por tanto, es necesario identificar las fuentes de mercurio, así como implementar medidas de control de estas, con el fin de evitar daños a la salud ocasionados por dicho contaminante.

Palabras clave: mercurio, exposición ambiental, Colombia.

1 Especialización en Epidemiología, Hospital Vista Hermosa. Bogotá, Colombia.
2 Especialización en Salud Ocupacional y Gestión Ambiental, Hospital Vista Hermosa. Bogotá, Colombia.
3 Especialización en Epidemiología, Hospital Vista Hermosa. Bogotá, Colombia.
4 Especialización en Epidemiología, SDS. Bogotá, Colombia.

Abstract

Mercury is a metal that is naturally found on the environment or occurs as a result of different economic activities. It can potentially affect human health after chronic exposure. ***Objective:*** Determine the mercury prevalence in the users of the community water systems of Recuerdo sur, Asoporquera I and II, residents of the Recuerdo Sur quarter and Vereda Mochuelo Alto. ***Methods:*** Prevalence survey of mercury concentration in 224 users of the community water systems, through the study hair, blood and urine samples. Also, a descriptive analysis of residence done between 2010 and 2011 is provided. ***Results:*** the overall prevalence in average mercury concentration with the three biomarkers was 72%. None of the participants exceeded the maximum values permitted by the Colombian National Institute of Heath in any of the biological samples, but for the World Health Organization, 16 participants (7.1%) exceeded the values permitted on hair. ***Conclusion:*** The mercury concentration found on the three biological markers suggests that the studied population has an environmental exposure to mercury. Therefore, it is necessary to identify the sources of mercury, as well as to establish control measures of them in order to prevent health damages caused by this contaminant.

Key words: mercury, environmental exposure, Colombia.

Resumo

O Mercúrio é um metal presente em forma natural e por diferentes atividades econômicas pode chegar a afetar a saúde frente à exposição crônica. ***Objetivo:*** Determinar a prevalência de mercúrio em usuários dos aquedutos comunitários Recuerdo Sur, Asoporquera I e II, moradores do bairro Recuerdo Sur e Vereda Mochuelo Alto. ***Métodos:*** Estudo de prevalência de concentrações de mercúrio em 224 usuários dos aquedutos através de amostras de cabelo, sangue e urina; com as respectivas análises descritivas por lugar de residência feito entre 2010 e 2011. ***Resultados:*** A prevalência geral na média de concentração de mercúrio com os três marcadores biológico foi de 72%. Nenhum dos participantes excedeu os valores máximos permitidos pelo Instituto Nacional de Saúde em qualquer biomarcador; mas para a Organização Mundial da Saúde 16 participantes excederam os valores para o cabelo, com uma proporção de 7,1%. ***Conclusão:*** As concentrações de mercúrio encontradas nos diferentes marcadores biológicos sugerem que existe uma exposição do tipo ambiental por mercúrio na população estudada, portanto, é necessário identificar as fontes de mercúrio, bem como realizar medidas de controle para evitar danos à saúde causados por esse contaminante.

Palavras-chave: mercúrio, exposição ambiental, Colômbia.

Introducción

El mercurio (Hg) es un elemento tóxico en cualquiera de sus estados de oxidación. Esta toxicidad, unida al hecho de que se trata de un elemento volátil, hace que los vertidos y los residuos y sus compuestos constituyan un problema mundial (1). El mercurio se puede originar de forma natural durante las erupciones volcánicas o por la erosión de las rocas y de la corteza terrestre; además, es generado por diversas fuentes antropogénicas, tales como la extracción minera, la metalurgia, la industria química, la incineración de residuos, las actividades de reciclaje y la utilización de combustibles fósiles (principalmente, el carbón) (2). Este metal se da en tres formas: elemental (en forma de metal líquido o vapor), orgánica (combinado con carbono; esta es la forma como penetra en el cuerpo por vía alimentaria, luego de ser transformado por microorganismos) e inorgánica (combinado con otros elementos formando sales o compuestos que se utilizan en las industrias); inicia su ciclo natural a partir de las emisiones producidas por las erupciones volcánicas, cuando se encuentra en forma de vapor de mercurio Hg(+0). Este, eventualmente, se oxida a su forma inorgánica Hg(+2), soluble en el agua; en dicho estado, se puede convertir nuevamente en vapor de mercurio o ser metilado por los microrganismos acuáticos, como el plancton, transformarse en metilmercurio, y de esta forma ingresar a la cadena alimenticia acuática (3). Las emisiones de mercurio van directamente al agua y al suelo; una vez liberado, este metal permanece en el ambiente, donde circula entre el aire, el agua, los sedimentos del suelo y la biota, en diversas formas (4), y ocasiona efectos en la salud a partir de bajas dosis de exposición en los seres humanos (5,6). El principal daño por esta sustancia es al sistema nervioso; primordialmente, en el de los niños, pues causa disminución del coeficiente intelectual, así como dificultades de aprendizaje y de concentración (7).

El vapor de mercurio es absorbido en los pulmones, se difunde a través de los alvéolos a la sangre y se distribuye a todos los tejidos corporales, debido a su alta liposolubilidad; es oxidado a mercurio inorgánico divalente por la catalasa eritrocitaria y tisular. Cruza las barreras hematoencefálica y placentaria antes de ser oxidado por la catalasa, y así causa una mayor neurotoxicidad y toxicidad del desarrollo, comparado con la administración de sales inorgánicas de mercurio, las cuales cruzan las barreras a menor velocidad. El 10 % del vapor de mercurio es exhalado dentro de la semana de exposición, cuando es convertido en mercurio inorgánico. Es excretado, principalmente, en la orina y las heces, con una vida media de uno a dos meses (8).

El mercurio inorgánico es pobremente absorbido por el tracto gastrointestinal; su concentración varía del 7 %-15 %, según la dosis ingerida, dependiendo del compuesto inorgánico. Una pequeña porción del mercurio absorbido en los tejidos es reducido y exhalado como vapor de mercurio. La mayor concentración del mercurio inorgánico se encuentra en el riñón. No atraviesa la barrera hematoencefálica y hematoplacentaria; es excretado, principalmente, en la orina y las heces, con una vida media de, aproximadamente, dos meses (8).

El metilmercurio es bien absorbido por el tracto gastrointestinal. Es distribuido en todos los tejidos; cerca del 10 % se queda en el cerebro y el 5 % permanece en la sangre. Se liga a moléculas que contienen grupos tiol, tales como la cisteína, y se mimetiza en la metionina para cruzar la barrera hematoencefálica y la placenta, a través de un transportador de aminoácidos neutral. Se acumula en el cabello, donde su concentración es 250 veces superior a las concentraciones en la sangre, por lo cual se utiliza como marcador de exposición. Presenta circulación enterohepática y su excreción es fecal. Es lentamente metabolizado a mercurio inorgánico por la microflora en el intestino (cerca del 1 % de la carga corporal por día). El 90 % es eliminado en las heces, y menos del 10 %, en la orina, con una vida media de 45-70 días (8).

Se han presentado diferentes eventos de intoxicación por mercurio, como el ocurrido en la Bahía de Minamata, en Japón (1940-1950), donde la empresa Chisso Company Ltda. utilizaba mercurio metálico para el procesamiento de cloruro de polivinilo (PVC) y vertía los desechos tóxicos a las aguas del mar. El primer caso fatal se presentó en 1953, y en 1956 se detectó un brote en el que murieron 46 personas y ocurrieron muertes de mascotas y pájaros. Entre 1953 y 1965 se presentaron 181 víctimas mortales, 2939 casos confirmados de intoxicación por mercurio y 12 710 enfermos no confirmados. Otro caso importante de envenenamiento por metilmercurio ocurrió en Iraq, en 1971, cuando aproximadamente 95 000 toneladas de semillas de cereales destinados a la plantación y tratados con metilmercurio como fungicida fueron horneados en forma de pan para el consumo directo,

lo que resultó en la aparición de síntomas neurológicos generalizados, 6530 admisiones hospitalarias y más de 400 muertes (9).

En Colombia se han hecho estudios relacionados con el mercurio de tipo ocupacional, como el estudio titulado *Mercurio en cabello de diferentes grupos ocupacionales en una zona de minería aurífera en el Norte de Colombia*, y el cual halló concentraciones medias de mercurio en el cabello de 5,23 ± 5,78, mg/g para pescadores, 2,83 ± 3,27 en mineros, 2,40 ± 2,02 personas dedicadas a otras actividades y 1,33 ± 0,74 mg/g para el grupo control (10). Los valores de referencia recomendados por el INS y el Ministerio de Salud y Protección Social en las poblaciones no expuestas ocupacionalmente son: en la sangre, ≤ 20 µg/L; en la orina, ≤ 50 µg/L, y en el cabello, ≤ 5 µg/g (11). Para la OMS, los valores sugeridos como máximos permitidos son: en la sangre, ≤ 10 µg /L; en la orina, ≤ 20 µg/L, y en el cabello, ≤ 2 µg/g (12).

En Bogotá, D. C., existen centros poblados en las áreas rurales y en transición que se abastecen de agua a través de acueductos administrados por la comunidad. Para 2009, la Corporación Autónoma Regional (CAR) reportó niveles que superan la norma de referencia para la presencia de mercurio en el agua (Resolución 2115 de 2007) en los acueductos comunitarios de Recuerdo Sur, y de Asoporquera I y II, localizados en el barrio Recuerdo Sur y en la vereda Mochuelo Alto, respectivamente; ante estos hallazgos, el Hospital Vista Hermosa y la Secretaría Distrital de Salud (SDS) hicieron un estudio de prevalencia, cuyo objetivo fue determinar las concentraciones de mercurio en los usuarios de los acueductos Recuerdo Sur y Asoporquera I y II, para generar información que contribuya a la toma de decisiones frente al uso del agua (13).

Métodos

Diseño de estudio

Se llevó a cabo un estudio de prevalencia de concentraciones de mercurio en marcadores biológicos (sangre, orina y cabellos) entre los usuarios de los acueductos Recuerdo Sur y Asoporquera I y II entre julio de 2010 y agosto de 2011, en la Localidad de Ciudad Bolívar, de Bogotá, D. C., Colombia.

Población y muestra

La población objeto de estudio son los usuarios de los acueductos comunitarios Recuerdo Sur y Asoporquera I y II. Se calcularon dos muestras a partir de la lista de usuarios de los acueductos mencionados: una muestra para los usuario del acueducto Recuerdo Sur, y otra, para los usuarios de los acueductos Asoporquera I y II (nivel de confianza del 95 % y un error estimado del 5 %); se hizo un ajuste por pérdida del 10 %, a raíz de lo cual se obtuvo una muestra de 125 personas en Recuerdo Sur, y de 176 personas en Asoporquera I y II, para un total de 301 personas.

Distribución de la muestra

Se hizo un muestreo aleatorio simple, tomando como base la lista de usuarios de los acueductos mencionados, hasta completar el número de personas determinadas para cada muestra. Posteriormente, se buscó a la persona seleccionada para que participara en el estudio.

Recolección de información

A los participantes del estudio, con previo consentimiento o asentimiento informados, se les tomaron muestras de sangre, de cabello y de orina; se les aplicó un instrumento de caracterización sociodemográfico, donde se indagaba también por sus hábitos de consumo y de almacenamiento de agua. Como criterios de exclusión se consideraron: ser residente de las zonas objeto de observación por un periodo inferior a dos años, ser menor de 14 años, presentar hemofilia o algún trastorno de la coagulación, o alteraciones de tipo neurológico o discapacidad mental, mujeres en estado de gestación, no completar la toma de las tres muestras biológicas requeridas y la negativa a participar en el estudio.

Método de laboratorio

Las muestras se analizaron en el Laboratorio Vargas Melo, el cual está adscrito a la red de laboratorios de toxicología de la SDS; el contenido de Hg total se analizó a partir del método de absorción atómica.

Análisis estadístico

Para el procesamiento de los datos, se utilizó el *software* de análisis estadístico SPSS versión 17.0, con licencia de la SDS. Se hizo un análisis descriptivo de variables sociodemográficas del grupo estudiado, a partir de la distribución de frecuencias absolutas y

relativas, para las concentraciones de mercurio en marcadores biológicos (sangre, cabellos y orina) se llevaron a cabo interpretaciones estadísticas de tendencia central y de dispersión, tales como promedio, mediana y desviación estándar; se efectuó un análisis bivariado, con el fin de explorar si hay diferencias entre los usuarios de los acueductos comunitarios en las variables sexo, grupo de edad, y concentraciones de mercurio en marcadores biológicos.

Consideraciones éticas

Esta investigación se clasificó como de riesgo mínimo, y contó con la aprobación del comité de ética del Hospital Vista Hermosa, en reconocimiento de los principios contenidos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Resultados

En la presente investigación, participaron 101 usuarios del acueducto de Recuerdo Sur y 123 usuarios de los de Asoporquera I y II, para un total de 224 personas, que corresponden al 74,4 % de la muestra calculada.

La edad mínima fue de 14 años, y la máxima, de 83 años; el 66 % (n = 148) de los participantes fueron mujeres y la ocupación que predominó fue la de ama de casa. No hay diferencias estadísticamente significativas relacionadas con el sexo (p = 0,623), ni con el grupo de edad (p = 0,216), respecto al sitio de residencia de los usuarios de los acueductos.

Las características sociodemográficas tenidas en cuenta se consolidan en la tabla 1; en cuanto al grado de escolaridad, predominó la primaria completa, y el tipo mayoritario de afiliación en salud es el subsidiado.

Los resultados por cada marcador biológico (sangre, orina y cabello) son similares en cuanto a las medianas, y ninguno supera los valores de referencia del INS y del Ministerio de Salud y Protección Social (tabla 2).

La prevalencia con alguna concentración de mercurio en la sangre fue del 30 % (n = 67); en la orina, del 25,8 % (n = 58), y en el cabello, del 35,2 % (n = 79). Hay una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la concentración de mercurio en la orina entre los usuarios de los acueductos de Recuerdo Sur y los de Asoporquera I y II (tabla 3).

Discusión

La presencia de mercurio en los marcadores biológicos en los seres humanos sugiere distintos tipos y fuentes de exposición, al hallarse una prevalencia del 72 % de alguna concentración de mercurio en el cabello, la sangre y la orina.

Ninguna de las 224 personas que participaron en la investigación presentó niveles de mercurio por encima de los límites permisibles establecidos para Colombia en la población no expuesta vigentes para 2011, pero comparando las concentraciones con los niveles de referencia de la OMS, 16 personas superaron los valores de concentraciones de mercurio en el cabello (en Recuerdo Sur, 10 personas, y en Asoporquera I-II, 6); ello genera el interrogante de cuál valor de referencia acatar, lleva a preguntarse si los valores nacionales no serán muy laxos al compararlos con las recomendaciones internacionales.

La media encontrada en el presente estudio de concentraciones de mercurio en el cabello es de 1,2 mg/g, que es similar a la de la población control del estudio realizado por Jesús Oliveros (10); hasta el momento, se considera que ningún valor de referencia es seguro para una población expuesta (14,15).

Según los resultados obtenidos, existe una población expuesta, a la que pueden afectar distintas fuentes de mercurio, como podrían ser el carbón utilizado para la producción de energía en las operaciones de la industria minera y la inadecuada disposición de residuos sólidos. Para confirmar tal hipótesis, se requieren nuevos estudios, así como el seguimiento a la población expuesta (4).

Por lo anterior, se plantea la necesidad de monitoreo de mercurio, en el aire, el agua, el suelo y los productos de la pesca, con el fin de caracterizar la exposición ambiental del mencionado contaminante, e implementar acciones orientadas a minimizar la exposición ambiental; sobre todo, a fuentes de origen humano. A su vez, se hace un llamado de atención frente a la necesidad de fortalecer el desarrollo de un sistema de distribución de agua apta para el consumo humano en áreas veredales.

Agradecimientos

La SDS de Bogotá, así como la Dirección y el Área de Vigilancia en Salud Pública, brindaron financiación y asistencia técnica durante el desarrollo del presente estudio. El Hospital Vista Hermosa ESE I Nivel ejecutó el trabajo de investigación aplicada a través de un proyecto especial.

El Hospital Vista Hermosa ESE I Nivel facilitó, a través del apoyo administrativo y el talento humano, el desarrollo de esta investigación.

Se reconoce, igualmente, la asesoría recibida por la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, con la Facultad de Medicina, el Departamento de Toxicología y la Facultad de Ingeniería, Departamento de Ingeniería Ambiental.

Agradecimientos, así mismo, a la comunidad participante en el estudio y usuaria de los acueductos comunitarios.

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de los usuarios de los acueductos de Recuerdo Sur y de Asoporquera I y II

Variable	Recuerdo Sur *N* (%) 101	Asoporquera I y II *N* (%) 123	VALOR *P**
Sexo			
Hombre	36 (35,6)	40 (32,5)	0,623
Mujer	65 (64,4)	83 (67,5)	
Grupo de edad: años			
10-20	22 (21,8)	17 (13,8)	0,216
21-30	11 (10,9)	19 (15,4)	
31-40	21 (20,8)	22 (17,9)	
41-50	27 (26,7)	28 (22,8)	
> 50	20 (19,8)	37 (30,1)	
Escolaridad			
Ninguno	10 (9,9)	7 (5,7)	
Primaria completa	30 (29,7)	42 (34,1)	
Primaria incompleta	23 (22,8)	27 (22)	
Secundaria completa	11 (10,9)	23 (18,7)	
Secundaria incompleta	25 (24,8)	22 (17,9)	
Técnico o tecnológica	2 (2)	2 (1,6)	
Tipo de afiliación en salud			
Contributivo	16 (15,8)	22 (17,9)	
Subsidiado	57 (56,4)	93 (75,6)	
Vinculado	26 (25,4)	7 (5,7)	
Medicina prepagada		1 (1,8)	
No afiliado	2 (2,2)		

Fuente: Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE

Tabla 2. Descripción de las concentraciones de los usuarios de los acueductos comunitarios

	Recuerdo Sur			Asoporquera I y II		
	Sangre (µg/L)	Orina (µg/L)	Cabello (µg/g)	Sangre (µg/L)	Orina (µg/L)	Cabello (µg/g)
Mediana	1,05	1,1	1,2	1,21	1,3	1
Mínimo	0,37	0,37	0,37	0,18	0,37	0,14
Máximo	3,4	6	3,6	10	3,6	3,6
Desviación estándar	0,73	1	0,8	1,45	0,78	0,72

Fuente: Hospital Vista Hermosa I Nivel ESE

Tabla 3. Concentraciones de mercurio en cada marcador biológico, y lugar de residencia

Variable	Recuerdo Sur *N* (%) 101	Asoporquera I y II *N* (%) 123	Valor de *p*
Sangre			
Presencia	35 (34,7)	32 (26,0)	0,29
Ausencia	66 (65,3)	91 (74,0)	
Orina			
Presencia	33 (32,7)	25 (20,3)	0,016
Ausencia	68 (67,3)	98 (79,7)	
Cabello			
Presencia	30 (29,7)	49 (39,8)	0,083
Ausencia	71 (70,3)	74 (60,2)	

Fuente: Hospital Vista Hermosa I Nivel, ESE

Referencias

1. Valenzuela C. Introducción a la química inorgánica. Universidad de Granada: McGrawHill; 1999.

2. Artic Monitoring and Assessment Programme (AMAP), United Nations Environment Programme (UNEP). Technical background report for the global mercury assessment 2013. Oslo, Ginebra: AMAP/UNEP; 2013.

3. Klaassen CD (editor). Casarett and Doull's toxicology. Nueva York: McGraw-Hill; 2008.

4. Programa de las Naciones Unidas para El Medio Ambiente (PNUMA). Productos químicos. Evaluación mundial sobre el mercurio. Ginebra: PNUMA; 2005.

5. Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA). Estudio sobre los posibles efectos en la salud humana y el medio ambiente en America Latina y el Caribe del comercio de productos que contienen cadmio, plomo y mercurio. Panamá: PNUMA; 2010.

6. Pacyna EG, Pacyna JM, Pirrone N. European emissions of atmospheric mercury from anthropogenic sources in 1995. Atmos Environ [internet]. 2001;35:2987-96.

7. Agreda O, Pieters M, Seijas D. Niveles basales de mercurio en orina en escolares del Municipio San Diego, Estado de Carabobo. Gac Méd Caracas. 2008;116:212-8.

8. Liu J, Goyer R. Toxic effects of metals. En: Klaassen CD (editor). Casarett and Doull´s Toxicology. The basic science of poisons. New York: McGraw-Hill; 2008. p. 931-72.

9. Goldfrank´s F. Toxicologic emergences: Mercury. 8th ed. Nueva York: Editorial McGraw-Hill; 2006.

10. Olivero J, Mendoza C, Mestre J. Mercurio en cabello de diferentes grupos ocupacionales en una zona de minería aurífera en el norte de Colombia. Rev Saúde Pública. 1995; 29:376-9.

11. Colombia, Ministerio de la Protección Social (MPS). Guías para el Manejo de urgencias toxicológicas. Bogotá: MPS; 2008.

12. World Health Organization (WHO/UNEP). Guidance for identifying populations at risk from mercury exposure. Ginebra: WHO/UNEP; 2008.

13. Alcaldía Mayor de Bogotá, Hospital Vista Hermosa ESE I Nivel. Diagnóstico Acueductos Comunitarios. Ciudad Bolívar. Bogotá; 2009.

14. Bose-O'Reilly S, McCarty KM, Steckling N, et al. Mercury exposure and children's health. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2010;40:186-215.

15. Karagas MR, Choi AL, Oken E, et al. Evidence on the human health effects of low-level methylmercury exposure. Env Health Perspect. 2012;120:799-806.

Recibido para evaluación: 4 de octubre de 2013
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
María Zaideé Barbosa Devia
Hospital Vista Hermosa I Nivel ese
bzaidee@gmail.com

https://doi.org/10.56085/isss.505

Hacia un análisis de la situación en ciencia, tecnología e innovación para la salud en Bogotá: aproximaciones desde el sector público

Towards an Analysis of the Situation in Science, Technology and Innovation for the Health in Bogotá: Approximations From the Public Sector

Para uma análise da situação em ciência, tecnologia e inovação para a saúde em Bogotá: Aproximações do setor público

Solángel García-Ruiz[1]

Resumen

Introducción: El presente texto pretende avanzar en el análisis sobre la situación en ciencia, tecnología e innovación (CTI) para la salud en Bogotá, con aproximaciones desde el sector público, incluyendo allí a la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE), contemplando algunas cifras generales de la ciudad. La SDS, a partir de la reorganización hecha en 2014, definió una función dentro de la Subsecretaría de Planeación Sectorial: la Dirección de Planeación Sectorial, que tiene la responsabilidad sobre la formulación, la implementación, el seguimiento y la evaluación de la política de CTI para la salud, la cual, a su vez, define cinco líneas: 1) gobernanza, 2) agenda de investigaciones para la salud, 3) capacidades para la investigación, 4) apropiación social del conocimiento y 5) innovación. ***Métodos:*** El desarrollo de este proceso se hizo a través de la revisión de fuentes primarias y secundarias, lo que incluyó aplicativos de información de la SDS, de Colciencias y del Observatorio de Talento Humano, entre otros, que se presentan en las líneas enunciadas. ***Resultados:*** Los resultados dejan ver una aproximación a la línea de base en términos de CTI para la salud, donde se evidencia que Bogotá es la ciudad con las mejores capacidades en la investigación, que no siempre están al servicio de la salud en la ciudad. ***Conclusiones y recomendaciones:*** En general, la SDS cuenta con una historia de los procesos de investigaciones y cooperación de quince años, aproximadamente, cuyo desarrollo depende del lugar que han ocupado dentro de cada administración; la propuesta se orienta al desarrollo institucional con expectativa de alcance territorial. Actualmente, se tienen un Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación para la Salud y una agenda de investigaciones, de los cuales se espera que sean parte de la agenda de gobierno articulada en una relación investigación-desarrollo.

Palabras clave: reorganización del personal, recursos humanos en salud.

1 Terapeuta ocupacional. Magíster en desarrollo social y educativo. Coordinadora de Investigaciones y Cooperación, SDS. Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: This paper aims to advance in the discussion on the situation in Science, Technology and Innovation for Health in Bogotá, with the approach from the public sector, including the District Secretary of Health (SDS) and State Social Companies (ESE) contemplating some general figures of the city. The SDS, from its reorganization carried out in 2014, defined a function within the Sectoral Planning Direction of the Subsecretary of Sectoral Planning, who has the responsibility for the formulation, implementation, monitoring and evaluation of the science, technology and innovation for health policy; which in turn defines five areas: governance, agenda for health research, capacity for investigation, social appropriation of knowledge and innovation. ***Methods:*** The completion of this process is done through the review of primary and secondary sources of information included applications of the SDS, Colciencias, and the Observatory of human talent, among others; served on the stated lines. ***Results:*** The results reveal an approach to the baseline in terms of science, technology and innovation for health, where it is clear that Bogotá is the city with the best capabilities in research that are not always in the service of health in the city. ***Conclusions and recommendations:*** In general, the SDS has a history of research and cooperation processes for the last fifteen years, whose development depends on the place it has occupied in each administration; the proposal is aimed to an institutional development with a territorial scope expectation. Currently, there's a Plan for Science, Technology and Innovation for Health and a research agenda, which is expected to be on the agenda of government articulated in a research relationship-development.

Key words: personnel turnover health manpower.

Resumo

Introdução: O texto presente busca avançar na análise na situação em Ciência, Tecnologia e Inovação para a saúde em Bogotá, com aproximações do setor público, incluindo lá ao Secretaría Distrital de Saúde (SDS) e as Empresa Sociais do Estado (ESE) contemplando algumas figuras gerais da cidade. SDS, a partir da reorganização levada a cabo nos 2014, definido uma função dentro do Subsecretário de planeación setorial, endereço de planeación setorial que tem a responsabilidade na formulação, implementação, perseguição e avaliação das políticas de ciência, tecnologia e inovação para a saúde; o que em troca define cinco linhas: gobernanza, calendário de investigações para a saúde, capacidades para a investigação, apropriação social do conhecimento e inovação. ***Metodologia:*** A realização deste processo era feito pela revisão de fontes primárias e secundárias que aplicativos incluído de informação de SDS, de Colciencias, do Observatório de talento humano, entre outro; aquele espetáculo para cima nas linhas enunciadas. ***Resultados:*** Os resultados permitem ver uma aproximação à linha base em condições de ciência, tecnologia e inovação para a saúde onde é comprovado que Bogotá é a cidade com as melhores capacidades na investigação que você / eles sempre não é ao serviço da saúde na cidade. ***Conclusões e recomendações:*** Em geral SDS tem uma história dos processos de investigações e quinze cooperação ano-velha que de quem desenvolvimento depende do lugar que ocupou dentro de cada administração aproximadamente; a proposta é guiada ao desenvolvimento institucional com expectativa de alcance territorial. No momento é tido um Plano de Ciência, Tecnologia e Inovação para a saúde e um calendário de investigações que é esperado é parte do calendário de governo articulada em uma investigação de relação. desenvolvimento.

Palabras chaves: reorganização de recursos humanos, recursos humanos em saúde.

Introducción

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS) es el ente rector de la salud en la ciudad. El proceso de investigaciones se enfoca desde finales de la década de 1990 en cumplir el fin de dar soporte, tanto desde la investigación como desde la cooperación, a los compromisos y las responsabilidades del sector salud con la salud y la calidad de vida de las personas que habitan la ciudad y la visitan.

La investigación para la salud significa avanzar en el conocimiento, convertir la práctica en conocimiento, usar el conocimiento en la práctica, como retos actuales de investigación en el mundo de hoy. Retos que se vienen planteando desde hace años, cuando las primeras conferencias mundiales sobre la investigación para la salud en el año 2000 plantearon la necesidad de crear estructuras desde los gobiernos que dieran soporte y orientación al tipo y los temas de investigación; en 2004, los gobiernos reconocen que para alcanzar las metas del milenio se necesita, por una parte, superar el desbalance entre la producción de conocimiento y los problemas de salud que afectan mayoritariamente a las poblaciones, y, por otra, cerrar la creciente brecha entre el conocimiento existente y la acción en salud.

La función esencial en salud[2] número 10 se refiere, de hecho, a la investigación dirigida a incrementar el conocimiento, respaldar las decisiones y desarrollar soluciones innovadoras en materia de salud pública, que se implementan a través de alianzas, planes de investigación, desarrollo de la capacidad institucional y la asesoría y la asistencia técnica local.

La investigación para la salud es impulsora de la economía, al incrementar la reserva de conocimientos, aumentar la competitividad, mejorar la accesibilidad a productos útiles y fortalecer los sectores industrial, económico y de la salud; también, al incrementar los conocimientos sociales, elevar la capacidad de resolver problemas complejos y abordar algunos factores sociales determinantes de la salud (1). Es así como se observan transformaciones en los países cuando el tema de investigaciones hace parte de la política.

Este proceso requiere la *construcción de capacidades*, lo que significa construir habilidades y confianza, desarrollar vínculos y asociaciones, asegurar la investigación cercana a la práctica, desarrollar una apropiada diseminación, inversiones en infraestructura, sostenibilidad y continuidad (2). Implica, además, contar con un *capital intelectual para la investigación*, que, a su vez, comprende el *capital humano*, su formación, su experiencia acumulada, su conocimiento de las personas que trabajan; contar con el capital relacional (es decir, las relaciones entre los agentes [grupos de investigación, investigadores, instituciones de investigación] y el mundo exterior), y contar con el *capital estructural*; esto es, con la construcción y el acumulado de nuevo conocimiento e innovación que se generan en la institución y que quede para usos futuros. Finalmente, se trata de contar con los *activos para la Investigación*; o sea, con el soporte para el desarrollo de la investigación en términos de infraestructura, capacidad financiera y conectividad.

Las *capacidades* tienen que ver con el empoderamiento individual, institucional y de las organizaciones para definir y priorizar sistemáticamente problemas, desarrollar y evaluar soluciones y compartir y aplicar el conocimiento generado (3).

El financiamiento de la investigación en salud no solo beneficia a las generaciones actuales, sino, especialmente, a las futuras; además, tiene un impacto positivo en el crecimiento económico de las regiones, y, por lo tanto, debe ser prioritario (4).

La apropiación social del conocimiento, por su parte, se relaciona tanto con el uso del conocimiento como con la capacidad de poner el conocimiento al alcance de los ciudadanos. En este sentido, se transita hacia la investigación para la toma de decisión política, donde se conecten el mundo de las políticas y el mundo del conocimiento, lo que conlleva mayores niveles de desarrollo institucional del Estado. Todo ello sucede, en especial, porque hay más receptividad por parte de los *policy makers* hacia el conocimiento, se rescatan los aprendizajes de las crisis, hay mayor formación de los servidores públicos, se genera evidencia a partir de la práctica y se utilizan estrategias de comunicación (5).

Se requiere, entonces, la gobernabilidad en este tema, lo cual significa establecer las "reglas del juego" explícitas, de tal forma que las decisiones y el direccionamiento de dicha actividad sean legítimos y

2 La Organización Panamericana de la Salud definió once funciones esenciales en salud pública para realizar la autoevaluación de las capacidades de los gobiernos para ejercer la salud pública.

transparentes, y correspondan a la ética y el respeto por los derechos humanos.

Aproximación a un análisis de situación

En cuanto a *gobernanza*, el tema de investigaciones para la salud se define desde el Plan y la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para la Salud de Bogotá y se articula con el Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación del Distrito Capital, que es coordinado por las secretarías de Desarrollo Económico y de Planeación Distrital.

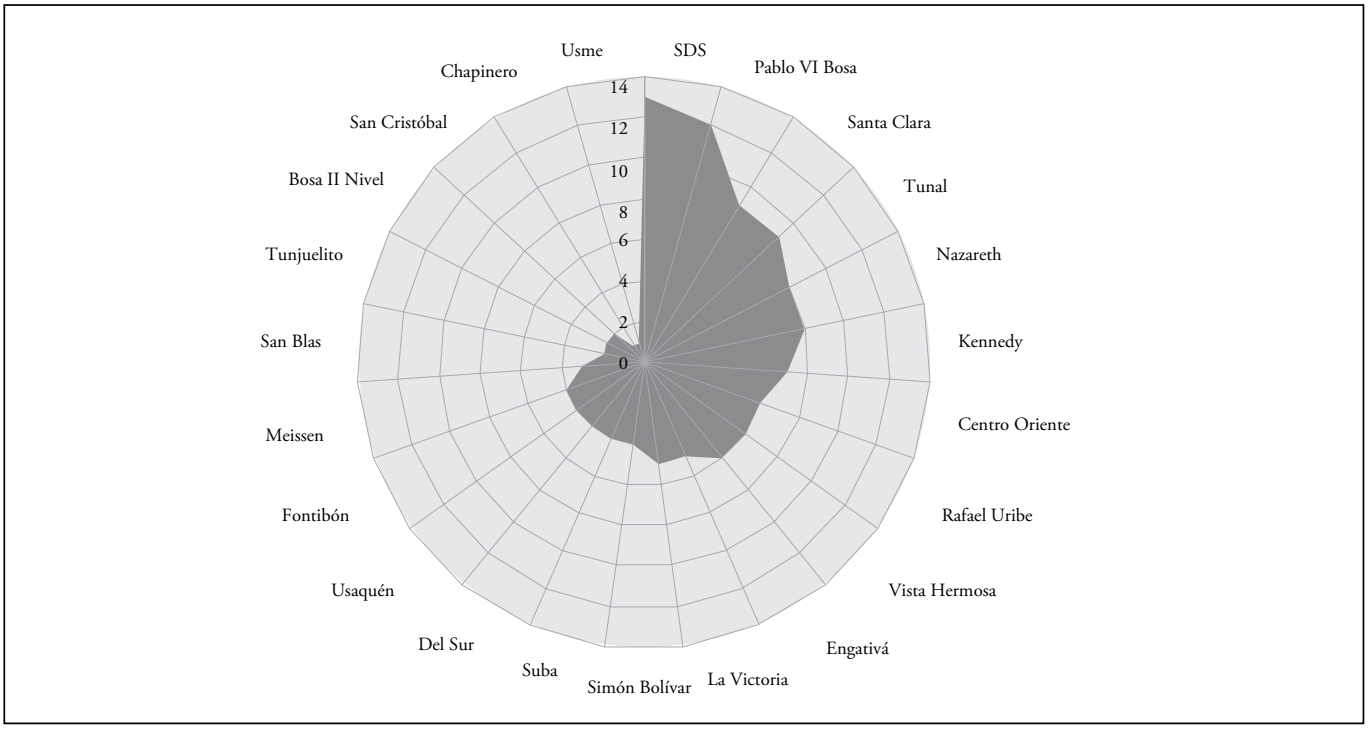
Si bien se entiende que los actores del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación son los gobiernos locales y sus entidades, la academia, el sector empresarial y la sociedad civil, entre otros, en este análisis avanzamos en la situación de algunos actores, con especial énfasis en el sector público y enunciando algunos otros sectores, lo cual nos deja la puerta abierta para avanzar en un análisis de mayor amplitud.

La investigación en las entidades del Distrito es un proceso incipiente, no se encuentra documentado y los conocimientos al respecto son tácitos y dependen de las personas o los profesionales que se encuentren a cargo del tema. Sin embargo, algunas de dichas entidades cuentan con procesos estructurados, tales como los del Instituto para la Investigación Educativa y Desarrollo Pedagógico (IDEP) y la Universidad Distrital, y con procesos incipientes en las secretarías de Hábitat, de Integración Social, de Desarrollo Económico, de Planeación, de Educación, de Movilidad, de Ambiente y de la Mujer (6).

Por otra parte, la investigación se encuentra institucionalizada en la mayoría de las clínicas y hospitales privados, el proceso de investigaciones hace parte de la misión, de la visión o de sus objetivos, y es, por tanto, misional y estructural; algunas de las clínicas y hospitales no cuentan con recursos directos para investigaciones y reciben el apoyo a través de insumos y de talento humano para su desarrollo (7).

Para 2013, en las Empresas Sociales del Estado (ESE) de Bogotá, a partir de catorce indicadores, trabajados de manera dicotómica, se construyó el perfil de las ESE, y así se encontró que las instituciones con una infraestructura apta para el desarrollo de los mencionados procesos son los hospitales Pablo VI de Bosa y el de Santa Clara (figura 1).

Figura 1. Investigaciones en las ESE adscritas a la SDS, 2013



Fuente: Registro de Visitas a ESE 2013

La *agenda de investigación para la equidad en salud de Bogotá* define tres grandes áreas, que son: 1) factores globales que afectan la salud de la población, 2) estructuras y procesos que afectan diferencialmente la salud de la población y 3) sistemas y servicios de salud.

Desde el punto de vista del *desarrollo de la investigación*, a partir de la creación de la Oficina de Investigaciones y Cooperación en la SDS, hasta 2014 se financiaron 126 investigaciones relacionadas con la salud pública, el aseguramiento, el financiamiento de la salud y desarrollo de servicios. Durante el periodo 2006-2013, el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá desarrolló 8 investigaciones, relacionadas con mortalidad materna e infantil, discapacidad, calidad de vida y salud por clase social, disponibilidad de servicios y acceso a servicios de salud, entre otros temas.

Acorde con los resultados del estado del arte de la investigación en salud en Bogotá, se identificaron 1466 investigaciones de enero de 2010 a diciembre de 2013. De estas, el 33 % se relacionan con sistemas y servicios de salud; el 27 %, con prioridades del Plan Decenal de Salud; el 25 %, con estructuras que afectan diferencialmente la salud de la población, y el 14 %, con factores globales que afectan la salud (8). Los aportes a las políticas y las recomendaciones para los programas son incipientes, aunque los desarrollos metodológicos y la construcción de conocimiento de las áreas específicas sean muy claras (8).

Por su parte, en la tabla maestra de investigaciones[3] en acumulado y actualizado a julio de 2015 se identifican 92 investigaciones, de las cuales el 50 % (n = 46) se encuentran en negociación; el 20 % (n = 18), en desarrollo, y el 30 % (n = 28), terminadas o ejecutadas. Se identifican 19 investigaciones, de 13 hospitales: Simón Bolívar, El Tunal, Engativá, Vista Hermosa, Centro Oriente, Fontibón, La Victoria, Nazareth, Usaquén, Kennedy, del Sur, de Tunjuelito y Pablo VI-Bosa (9).

A su vez, desde el Fondo de Regalías se encuentran dos proyectos aprobados para la vigencia 2012-2016 (tabla 1), y dos, para ser presentados al Órgano Colegiado de Administración (OCAD), los cuales son: 1) *Enfermedad de Alzheimer y deterioro cognitivo en la zona cuarta de Bogotá: Estudios clínicos-ambientales, genómicos, epigenéticos y de genomas personales*, de la Universidad Nacional, por un valor de $3 115 935 046, y 2) *Creación de un registro nacional de donantes de células progenitoras hematopoyéticas en Colombia-Fase de Prefactibilidad*, de la SDS, por un valor de $5 146 807 000. Finalmente, se encuentran en fase de evaluación, para el periodo 2016-2017, los proyectos: 1) *Sistema predictivo para la detección de niñas y adolescentes con alto riesgo de quedar en embarazo a temprana edad*, de la Universidad Nacional y la SDS, y 2) *Uso de antibióticos para promoción de crecimiento, tratamiento y prevención de enfermedades en animales de producción para consumo humano: ¿Una fuente de resistencia a Antibióticos?*, de la Universidad Nacional y la SDS.

Tabla 1. Proyectos aprobados en salud por el Fondo de Regalías (2012-2016)

Fondo del proyecto	Proyectos aprobados por el OCAD de CTeI	Nombre del proyecto	Tiempo ejecutado		Ejecutor	Entidades participantes	Estado del proyecto	Información técnica del proyecto			
			Año inicial	Año final				Contrapartida		Valor Sistema General de Regalías (millones)	Valor total proyecto (millones)
								Descripción	Valor		
Fondo de Ciencia Tecnología e Innovación	Proyectos aprobados por el OCAD de CTeI	1. Diseño e implementación del Banco Distrital de Células Madre de Cordón Umbilical (BSCU)	2012	2016	Fondo Finanaciero Distrital de Salud	Hemocentro Distrital Convenio Cooperación académica UNAL Banco de Sangre y Tejidos de Cataluña	En ejecución	Secretaría Distrital de Salud	$19.273.208.868	$16.226.791.132	$35.500.000
		2. Implementación de la plataforma científica y tecnológica para la obtención de fitomedicamentos antitumorales con estándares internacionales. Bogotá, D. C.	2013	2016	Fondo Finanaciero Distrital de Salud	Hospital Universitario San Ignacio, Universidad del Valle y Pontificia Universidad Javeriana (sede Bogotá)	Aprobado	Pontificia Universidad Javeriana (sede Bogotá)	$1.721.046.952	$3.572.917.143	$5.293.964.095

Fuente: Elaborada a partir de Planeación Distrital, julio de 2015

3 La tabla maestra de investigaciones se refiere a un aplicativo diseñado por la Secretaría Distrital de Salud, para hacer seguimiento a las investigaciones desde su formulación hasta la publicación del proceso.

Al referirnos a las *capacidades para la investigación en salud en Bogotá,* incluimos en ello el talento humano y su formación, así como los grupos de investigación, los sistemas de información y el financiamiento, entre otros.

Bogotá es la ciudad con las mayores capacidades en investigaciones en el país; cuenta con 1859 programas de pregrado activos; de estos, 76 corresponden al área de Ciencias de la Salud y 58 programas son del ámbito universitario y se desarrollan con 14 nombres (Bacteriología, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Instrumentación Quirúrgica, Ingeniería Biomédica, Medicina, Nutrición y Dietética, Odontología, Optometría, Terapia Ocupacional y Terapia Respiratoria); de estos, 54 corresponden a universidades privadas y 9 son de universidades públicas (10).

Para 2013, Bogotá contaba, en ciencias de la salud, con 459 especializaciones, 42 programas de maestría y 6 de doctorado (11). El mismo año, se graduaron 3639 estudiantes en el área de la salud en programas universitarios; 1442 de ellos fueron egresados de especializaciones; 277, de maestrías en ciencias de la salud, y 40, de doctorados en programas de ciencias de la salud (10).

Colciencias reporta en 2015, para el Distrito Capital, 278 grupos de investigación de ciencias médicas y salud, de los cuales el 57 % investigan sobre medicina clínica; el 30 %, sobre ciencias de la salud; el 7 %, sobre medicina básica; el 3 %, sobre ciencias médicas, y el 1 %, sobre biotecnología. Estos grupos son liderados por 570 investigadores, con un total de 1795 productos de nuevo conocimiento (artículos de investigación), 340 de desarrollo tecnológico e innovación (*software*, normatividad, etc.), 3071 de apropiación social del conocimiento (documentos técnicos, eventos, etc.) y 3335 de formación de recurso humano (tesis de maestría y de pregrado) (12).

En relación con los grupos de investigación, la SDS cuenta con 2 grupos reconocidos por Colciencias en 2015: el de la SDS en categoría C y el del Hospital El Tunal en categoría D. Estos 2 grupos reportan 116 productos, distribuidos de la siguiente manera: el 51 % son de apropiación social del conocimiento; el 13 %, de nuevo conocimiento; el 28 %, de productos de formación, y el 9 %, de desarrollo tecnológico e innovación (12).

Así mismo, la SDS tiene otros dos grupos de investigación registrados: 1) el Grupo de Investigación en Medicina Transfusional, Tisular y Celular (GIMTTyC) (Hemocentro, registrado en 2009) y 2) el Laboratorio de Salud Pública de Bogotá (Laboratorio de Salud Pública, registrado en 2008) y cinco grupos de investigación en formación, de los hospitales Centro Oriente, Kennedy, Usaquén, del Sur y Simón Bolívar, y dos grupos reconocidos y uno clasificado en C del Hospital Santa Clara (13).

En la SDS, según el informe de la Contraloría de 2013, en términos de talento humano de planta que se encuentra vinculado tanto a la SDS como a las ESE, este se soporta en profesionales universitarios y especialistas (tabla 2). El mismo reporte indica que no hay reconocimiento salarial para los investigadores, y no están incluidos en las plantas de personal; además, no existe la carrera de investigador dentro de la SDS (14).

Tabla 2. Nivel educativo de servidores públicos de planta de la SDS y las ESE (2012)

Nivel educativo	ESE	SDS
Doctorado	0	1
Maestría	20	30
Especialización	933	170
Profesional	1879	65
Técnico o Tecnólogo	1658	47
Secundaria	1388	37
Total servidores-planta	5878	350

Fuente: Informe para la Contraloría, Mayo de 2013.

De acuerdo con la información de la SDS, en talento humano de planta del nivel profesional, el 59 % de sus integrantes tienen especialización, el 27 % son profesionales universitarios y el 14 % tienen maestría. Las áreas de conocimiento con el mayor número de profesionales son Ciencias de la Salud, Economía, Administración y afines, como se observa en la tabla 3.

Tabla 3. Formación en maestría del talento humano de planta de la SDS

Áreas de conocimiento	Formación profesional maestría	Total	%
Agronomía, Veterinaria y afines	Maestría en Medicina Veterinaria y Zootecnia	1	3 %
Bellas Artes	N/A	0	0 %
Ciencias de la Educación	Maestría en Educación con énfasis en Educación Comunitaria	1	3 %
Ciencias de la Salud	Maestría en Salud Pública; Maestría en Medicina Social; Maestría en Saneamiento y Desarrollo Ambiental; Maestría en Epidemiología	13	36 %
Ciencias Sociales y Humanas	Especialista en desarrollo social y participación comunitaria; Maestría en Gobierno Municipal; Maestría en Estudios Políticos; Maestría en Derecho Administrativo	5	14 %

Economía, Administración, Contaduría y afines	Especialista en gerencia hospitalaria; Maestría en Gestión de Instituciones Sanitarias; Maestría en Administración de Salud; Maestría en Administración y Supervisión Educativa; Maestría en Ciencias Financieras y de Sistemas; Maestría en Planeación Socioeconómica; Maestría en Gestión Pública	12	33 %
Ingeniería, Arquitectura, Urbanismo y afines	Maestría en Medio Ambiente y Desarrollo; Maestría en Gestión Ambiental para el Desarrollo Sostenible	2	6 %
Matemáticas y Ciencias Naturales	Maestría en Microbiología	2	6 %
Total de profesionales con maestría		36	100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de información suministrada por la Dirección de Talento Humano de la SDS, julio de 2015.

En relación con los profesionales de contrato de un universo de 694 personas identificadas[4], el 67 % tienen una especialización, el 24 % son profesionales universitarios y solo el 9 % tienen una maestría; no se reporta ninguna persona con doctorado. A su vez, la mayor proporción de profesionales universitarios se encuentra en áreas del conocimiento relacionadas con la arquitectura (30 %) y con la economía (29 %); en especialización, con la economía (56 %) y las ciencias sociales (22 %), y en maestría, con las ciencias de la salud (31 %) y economía (26 %) (tabla 4).

Tabla 4. Áreas de formación del talento humano de contrato vinculado a la SDS (2015)

	Universitario		Especialización		Maestría	
Áreas de conocimiento	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	Total	Porcentaje
Agronomía, Veterinaria y afines	4	2 %	0		1	2 %
Bellas Artes			0			
Ciencias de la Educación	1	1 %	6	1 %	3	5 %
Ciencias de la Salud	19	11 %	94	20 %	19	31 %
Ciencias Sociales y Humanas	37	22 %	103	22 %	9	15 %
Economía, Administración, Contaduría y afines	49	29 %	250	52 %	16	26 %
Ingeniería, Arquitectura, Urbanismo y afines	50	30 %	21	4 %	7	11 %
Matemáticas y Ciencias Naturales.	7	4 %	3	1 %	6	10 %
Total	167	100 %	477	100 %	61	100 %

Fuente: Elaboración propia, a partir de la información de la Dirección de Talento humano. Bogotá, julio de 2015.

4 Es necesario aclarar que, a la fecha de este informe, la Dirección de Talento Humano aún no tenía consolidada toda la información, por lo cual el presente informe se hace con el consolidado actual; ello no significa que se trata de todo el universo.

No obstante lo que muestra la tabla 4, uno de los principales activos de la SDS es el conocimiento tácito que se construye en lo cotidiano de las acciones de los hacedores de política (*policy makers*) que hacen parte de la historia de la institución, de la forma como se ha organizado y del lugar que ocupan las propuestas y las decisiones en el contexto de la salud en la ciudad y en el país.

La SDS cuenta con 42 *sistemas de información* que dan cuenta de las distintas actividades que desarrolladas en su interior, y los cuales pueden ser usados como fuente de información primaria o secundaria en el desarrollo de investigaciones (tabla 5).

Tabla 5. Sistemas de información de la SDS

N°	Nombre del aplicativo	Descripción	Dirección responsable
1	Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	Permite consolidar la información sobre vacunaciones en el Distrito Capital.	Salud Pública
2	Puntos por Derecho a la Salud (PDS)	Sistema de información para los puntos por los derechos a la salud, y para identificación y seguimiento de las barreras de acceso.	Participación Social y Servicio al Ciudadano
3	Línea 195	Sistema de Información para el ingreso de casos recibidos por la Línea 195 de las barreras de acceso.	Aseguramiento de Salud
4	Sistema de Información Distrital y de Barreras de Acceso (SIDBA)	Respecto al acceso a los servicios, se hacen preguntas sobre la condición de aseguramiento, el uso de servicios y las causas de no consulta. Igualmente, se evaluaron situaciones económicas y geofiguras que pueden constituirse en barreras de acceso, como la localización de la institución prestadora de los servicios de salud (IPS) primaria y el tiempo y el gasto en el desplazamiento a la IPS según la condición de afiliación: contributivo, subsidiado, pobre no asegurado y régimen especial.	Participación Social y Servicio al Ciudadano
5	Sistema de Información de Investigaciones Administrativas en Salud (SIIAS)	Sistema que captura la información de los expedientes y hace seguimiento de ellos hasta llegar al cobro coactivo.	Salud Pública-Desarrollo de Servicios-Financiera-Jurídica
6	Consolidador Costos Hospitalarios	Sistema de información que consolida y valida la información de costos hospitalarios integrándolo en un cubo de datos.	Planeación sectorial
7	Sistema de Información Laboratorio de Salud Pública (SILASP)	SILASP- Módulo de vigilancia en ambiente y consumo.	Salud Pública
8	Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia (SIRC)	Gestiona los procesos asistenciales y administrativos de la población subsidiada y vinculada al SGSSS, pertenecientes al Fondo Financiero Distrital de Salud en la prestación de los servicios de salud.	Planeación sectorial
9	Sistema de Información para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (SIREP)	Administra la información de prestadores de servicios de salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	Desarrollo de Servicios
10	SIDCRUE	Sistema de Información que permite el registro de la información del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).	CRUE
11	Sistema Integrado de Información para la Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA)	Control de procesos de vigilancia epidemiológica.	Salud Pública

12	Línea 106	Línea telefónica de atención psicológica de niños y adolescentes de la ciudad de Bogotá; registra cada intervención hecha por el profesional que atiende y hace el seguimiento respectivo a las situaciones remitidas de los niños y adolescentes de Bogotá.	Salud Pública
13	Observatorio de Salud Ambiental de Bogotá, D.C. (OSAB)	Este observatorio es un espacio distrital multiactoral para abordar integral e intersectorialmente el análisis de los determinantes socioambientales del proceso salud-enfermedad en Bogotá.	Planeación Sectorial
14	Registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad	Sistema para el registro de la localización y caracterización de personas en condición de discapacidad	Salud Pública
15	Sistema de Información de salud Ambiental (SISA)	Componente del Plan de Intervenciones Colectivas que tiene como objetivo el seguimiento a las metas concertadas con los hospitales para la inspección, la vigilancia y el control higiénico-sanitario de los establecimientos del Distrito.	Salud Pública
16	Sistema de información de la Revista	Revista Electrónica de Investigaciones y Seguridad Social en Salud	Planeación Sectorial
17	Sistema de Capacitación (SICAP)	Busca proporcionar una plataforma de capacitación virtual para funcionarios y externos sobre los diferentes aplicativos, procesos e informaciones de la entidad.	Planeación Sectorial
18	Sistema Biblioteca	Sistema de administración de las colecciones, catalogación, préstamo y consulta de material bibliográfico adquirido por la SDS.	Planeación Sectorial
19	SAKAI	Capacitación virtual para el SIRC.	Planeación Sectorial
20	Sistema de Información para Investigación	Gestiona y administra las investigaciones adelantadas por la SDS.	Planeación Sectorial
21	Gestión de Pruebas	Aplicativo que permite el registro de las pruebas hechas a los diferentes aplicativos de la entidad y la generación de los reportes de no conformidades, así como el seguimiento a estas.	Planeación Sectorial
22	Sistema de Información de la Regional de Bancos de Sangre (Red Sangre)	Permite administrar la información de bancos de sangre y servicios de transfusión sanguínea, de forma dinámica y actualizada y en tiempo real.	Salud Pública
23	Atención Primaria en Salud	Caracterización de las familias en estado de vulnerabilidad.	Salud Pública
24	Sistema de Información Plan de Intervenciones Colectivas (SISPIC)	Reporta las actividades que realiza la Secretaría Distrital de Salud y las Empresas Sociales del Estado en la ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas.	Salud Pública
25	Carnetización	Tiene por objeto la generación del carnet a los afiliados al Régimen Subsidiado y a los potenciales beneficiarios de los procesos de Libre Elección.	Aseguramiento de Salud
26	Comprobador de Derechos	Permite la consulta en línea de los beneficiarios de los planes de salud en el Distrito Capital.	Aseguramiento de Salud
27	Libre Elección	Permite llevar a cabo procesos de selección de una entidad promotora de salud del Régimen Subsidiado (EPS-S).	Aseguramiento de Salud
28	Sistema de Recursos Humanos	Permite hacer la liquidación de la nómina tanto de los funcionarios de planta como de los contratistas. Maneja las hojas de vida de los funcionarios. Administra el módulo de capacitación a los funcionarios de la SDS.	Talento Humano
29	Citologías	Permite almacenar todas las citologías que analiza el Laboratorio Central de Citohistopatología.	Salud Pública
30	Seguimiento Correspondencia Interna		Planeación Sectorial
31	Intranet	Portal web de la SDS, en el cual se comparte información de interés institucional a los funcionarios de la entidad.	Planeación Sectorial-Oficina Asesora de Comunicaciones
32	Portal web	Sitio web institucional en el que la Secretaría de Salud Pública información a la comunidad.	Planeación Sectorial-Oficina Asesora de Comunicaciones
33	Sistema de Información de Residuos Hospitalarios (SIRHO)	Aplicativo que permite el diligenciamiento, el envío y la consulta de los indicadores de gestión de residuos hospitalarios.	Planeación Sectorial-Desarrollo de Servicios
34	Sistema de Encuestas (SISENC)	Sistema de encuestas en línea de la SDS.	Planeación Sectorial
35	Tablero de Control	Sistema que permite medir la misión y los objetivos de la entidad (*Balance Score Card*).	Planeación Sectorial
36	Costos Unitarios	Sistema de Información que permite la carga de informes trimestrales con detalle de los centros de costos y los costos por unidad de producción para la generación de informes de costos por entidad (ESE).	Planeación Sectorial
37	Registro de Independiente de Prestadores en Salud (RIPS)	Valida información de estructuras y diagnósticos, y, a la vez, consolida la información para generar estadísticas e informes de morbilidad.	Planeación Sectorial
38	ISOLUCION	Herramienta integral para la planeación, la implementación, la administración y el mantenimiento del Sistema de Gestión Empresarial.	Planeación Sectorial
39	Sistema Integrado de Información Financiera (SIIFI)	Sistema formado por un conjunto de procesos ejecutables para computador que le permiten a la entidad registrar y controlar la información de asignación presupuestal detallada en cuanto a proyectos, y discriminada y totalizada por el origen de los fondos que financian la inversión en salud.	
40	Sistema de Administración de Recursos Físicos (SARFI)	Administra los elementos devolutivos y de consumo que se encuentran en la entidad. Maneja la administración de compras. Maneja inventarios.	
41	Certificados de Asistencia a capacitación en los Registros Independientes de Prestaciones en Salud (CERTIRIPS)	Descarga virtual de certificados de asistencia a las capacitaciones de RIPS.	Planeación Sectorial

Fuente: SDS, Dirección TIC. Febrero de 2015.

En relación con la *financiación*, en los últimos tres planes de desarrollo la inversión de la SDS en investigaciones no ha alcanzado al 1 %, como se observa en la tabla 6.

En *apropiación social del conocimiento* se incluyen los asuntos relacionados con la estrategia de comunicaciones, la cooperación, las publicaciones, la *Revista en Salud y Seguridad Social* y la biblioteca de la SDS.

La comunicación es la mejor estrategia para la apropiación social del conocimiento, es una de las formas de convertir el conocimiento tácito en explícito. Se han llevado a cabo desde 2012 hasta julio de 2015, 22 espacios socialización de investigaciones (Investigaciones Habla); además, se han emitido 3 boletines de investigaciones y cooperación, se han trasmitido 830 informativos sobre becas, cursos y conferencias de interés y se mantiene actualizada la página web (http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/InvestigacionesyCooperacion.aspx).

Desde la *cooperación* nacional e internacional, el objetivo es la internacionalización a través de los programas y los proyectos, con la participación en las

Tabla 6. Presupuesto Investigaciones 2004-2015, SDS

Plan de desarrollo	Presupuesto destinado y ejecutado del Fondo Distrital de Salud (valores en millones de $)	Proyecto de inversión para la Oficina de Investigaciones y Cooperación de la SDS	Presupuesto destinado y ejecutado al proyecto de inversión de la Oficina de Investigaciones y Cooperación de la SDS (valores en millones de $)	% de inversión destinado a la Oficina de Investigaciones y Cooperación de la SDS del presupuesto destinado a la SDS
Bogotá sin Indiferencia (junio de 2004-junio de 2008)	3 778 868	337 (cooperación técnica local nacional e internacional para el desarrollo del sector salud)	1632	0,043
Bogotá Positiva (julio de 2008-junio de 2012)	4 792 021	0613 (gestión del conocimiento e innovación en salud)	3675	0,077
Bogotá Humana (2012-2016) Acumulado, enero de 2012-30 de junio de 2015	5 232 963	0872 (conocimiento para la salud)	2807	0,054

Fuente: Díaz L. Presupuesto de Investigaciones SDS, 2013.

mesas de trabajo, la elaboración y la socialización del portafolio (oferta y demanda), el recibimiento de comisiones internacionales para el intercambio de buenas prácticas y la participación en convocatorias y escenarios de movilización del conocimiento, tanto en Colombia como en el exterior.

En la revisión de la *producción científica* sobre problemas de salud en Bogotá, que apareció publicada en revistas indexadas entre enero de 2007 y julio de 2012, se encontró un total de 363 artículos, así como a 941 investigadores procedentes de 280 instituciones y de 107 ciudades (15). Así mismo, al revisar el impacto de citaciones de la SDS, donde más es visible esta entidad es en Google Académico, como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Factor de impacto de citaciones de la SDS en bases de datos (2008-2014)

Base de datos	Citación SDS	Periodo
Google Académico	2917	2008-2014
Biblat	3	2008-2014
Directory of Open Access Journals	3	2008-2014
Scielo	0	2008-2014
SJR SCImago	0	2008-2014
Journal Citation Reports	0	2008-2014
Total	2923	

Fuente: Elaboración propia, a partir de las bases de datos. Agosto de 2015.

La *Revista de investigaciones en salud y seguridad social* había publicado 140 artículos para 2011; de estos, 123 son de profesionales vinculados a la SDS; otros 10, de profesionales vinculados a las ESE, y 7, de otros actores. Se espera contar con la edición actualizada de las revistas hasta el 2015 y avanzar en el proceso de indexación.

Para junio de 2015, se cuenta con una *biblioteca y una red de bibliotecas* de las ESE, cuya tipología es: 2 bibliotecas públicas (Pablo VI Bosa y SDS), 14 bibliotecas especializadas (Santa Clara, San Blas, Vista hermosa, Simón Bolívar, Fontibón, Nazareth, San Cristóbal, La Victoria, Usme, Meissen, Kennedy, Engativá, Tunjuelito, y Tunal) y 2 bibliotecas digitales (Centro Oriente y Rafael Uribe Uribe).

Discusión

Los retos de los sistemas de salud y del liderazgo de los gobiernos en este tema hoy son distintos: las exigencias de los ciudadanos, el amplio espectro de acceso a distinta información, el desarrollo tecnológico, las condiciones dadas por el conflicto, el posconflicto y el postacuerdo y, en general, las condiciones políticas, económicas y sociales exigen mayores y mejores reflexiones por parte de quienes lideran los gobiernos en este tema.

En general, la SDS cuenta con una historia de los procesos de investigaciones y cooperación de quince años, aproximadamente, y cuyo desarrollo depende del lugar que ha ocupado el tema dentro de cada administración; la propuesta se orienta al desarrollo institucional con expectativa de alcance territorial. Actualmente se tiene un Plan de Ciencia, Tecnología e Innovación para la salud y una agenda de investigaciones, de lo cual se espera que sea parte de la agenda de gobierno articulada en una relación investigación-desarrollo.

El desarrollo del plan y de la agenda requiere el concurso de todos los actores del Sistema de Ciencia, Tec-

nología e Innovación: la academia, las organizaciones sociales y comunitarias y el sector privado, entre otros.

Usualmente, en Colombia las agendas de investigaciones se definen teniendo como referencia los recursos que se tienen para su inversión; sin embargo, la propuesta es poder contar con una agenda que se articule con las necesidades de investigación relacionados con la vida de quienes habitan la ciudad, más allá de las fuentes de financiación, y las cuales deberían articularse a una propuesta general.

La agenda propuesta para la ciudad se plantea desde la investigación para la equidad en salud (es decir, con una intención de transformación); sin embargo, los desarrollos investigativos, como lo hemos visto, se encuentran encaminados a los desarrollos propios de los intereses de quienes las proponen, avanzar en este camino es parte de los procesos venideros.

En apropiación social del conocimiento, hay una gran distancia entre la producción y el uso del conocimiento. Si bien es cierto que Bogotá es una ciudad con las mayores capacidades para la investigación del país, dicho conocimiento por sí mismo no está dispuesto para la toma de decisiones en los distintos aspectos que tienen que ver con la salud y la ciudad. De hecho, los procesos investigativos han sido iniciativas más de las personas que de políticas institucionales o sectoriales; los desarrollos se centran en las universidades y en las instituciones privadas. Se requieren estrategias que disminuyan la brecha entre el conocimiento y la política, como la construcción de los *policy brief*, o resúmenes de políticas, y los diálogos deliberativos, entre otros.

Desde el punto de vista de capacidades, en términos de capital intelectual (16)[5], aunque el *conocimiento explícito* no ha sido una de las principales fortalezas de la SDS, el principal activo de la SDS podría decirse que es el *conocimiento tácito,* el cual se construye de la práctica política y del ejercicio de los hacedores de política, o *policy makers*; también, que requiere estrategias para su recuperación, pues el riesgo de su pérdida es alto; especialmente, ahora que la SDS se encuentra en un momento de relevo generacional. Por lo tanto, se requiere cualificar el talento humano en investigación y traducción del conocimiento, incluyendo, entre otras, la escritura científica, la metodología de la investigación y las herramientas de traducción del conocimiento (*tools suport*).

El Plan Decenal de Salud propone la comprensión de la salud desde la determinación social, política y económica (17), y, en coherencia con ello, las competencias de los profesionales que contribuyen a su comprensión provienen de distintas áreas del conocimiento; sin embargo, la plataforma de la SDS se ubica entre profesionales de la salud y profesionales de las ciencias económicas y administrativas. Se requiere la búsqueda del equilibrio con las ciencias sociales y humanas y las ciencias de la educación.

Las competencias en investigación se desarrollan en maestrías y doctorados, y la vinculación de profesionales, tanto de planta como de contrato, a la SDS se encuentra en profesionales con especialización, razón por la cual es necesario, por una parte, desarrollar capacidades en investigación en el talento humano actual, y, por otra, iniciar los procesos de vinculación de profesionales con maestrías y doctorados, para así ampliar las competencias investigativas de la SDS, pensar en la creación de centros de investigación en red de conocimiento público-privado y ampliar las fuentes de financiación para el desarrollo de las investigaciones.

Reconocimientos y agradecimientos

A los profesionales de investigaciones y cooperación de la SDS, por la información suministrada y las reflexiones como parte de la práctica, para el desarrollo de este documento. Al doctor Luis Jorge Hernández, docente de la Universidad de Los Andes, por la retroalimentación y las reflexiones sobre el tema. Parte de este documento se ha publicado en el *Boletín N° 3 de investigaciones y cooperación*, de la SDS.

5 Entendido como la combinación de activos inmateriales o intangibles, incluyendo el conocimiento del personal, la capacidad para aprender y adaptarse, las relaciones con otros; procesos que, necesariamente, no se hallan dentro de los estados contables (16).

Referencias

1. Alger J, Becerra-Posada F, Kennedy A, et al. Grupo Colaborativo de la Primera Conferencia Latinoamericana de Investigación e Innovación para la Salud. Sistemas nacionales de investigación para la salud en América Latina: una revisión de 14 países. Revista Panamericana Salud Pública. 2009;26:447-57

2. Cook J. A framework to evaluate research capacity bulding in health care. BMC Family practice. 2005;6:44.

3. Lansang MA, Rodolfo D. Building capacity in health research in the developing world. Bulletin WHO. 2004;82:764-70.

4. Maceira D, Paraje G, Aramayo F, et al. Financiamiento público de la investigación en salud en cinco países de América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2010;27:442-51.

5. Tanaka M, Barrenechea R, More J. La relación entre investigación y políticas públicas en América Latina: un análisis exploratorio (Instituto de Estudios Peruanos, Perú). En vínculos entre conocimiento y política: el rol de la investigación en el debate político en América Latina. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social; 2011.

6. Secretaría Distrital de Salud. Actas de visitas a entidades del Distrito. Bogotá: SDS-Ivestigaciones y cooperación; 2014 y 2015.

7. Secretaría Distrital de Salud. Actas de visitas a clínicas y hospitales. Bogotá: SDS-Investigaciones y cooperación; 2014 y 2015.

8. Juares F, Hewitt N, Lozano M, et al. Estado del arte de las investigaciones en salud, calidad de vida y enfermedad realizadas en Bogotá, D.C., durante el periodo 2010-2013. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Universidad San Buenaventura; 2014.

9. Secretaría Distrital de Salud. Tabla Maestra de investigaciones. Bogotá: SDS; 2015.

10. Snies [internet]. 2015. [citado 2015 oct. 1]. Disponible en: http://snies.mineducacion.gov.co/consultasnies/programa/buscar.jsp?control=0.1655619862125901

11. Observatorio Laboral [internet]. 2015 [citado 2015 oct. 1]. Disponible en: http://bi.mineducacion.gov.co:8380/eportal/web/men-observatorio-laboral/programas-carreras1?p_auth=e382aqDG&p_p_id=com_ideasoft_03_portlets_O3ControlPortlet_WAR_03portal_INSTANCE_BkM6&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=_118_INSTANCE_B8xx__column-3&p_p_col_count=1

12. Colciencias [internet]. 2015 [citado 2015 oct. 1]. Disponible en: https://sites.google.com/a/colciencias.gov.co/estado-de-la-ciencia-2015/mapa

13. Arias M. Documento de trabajo, grupo de investigación. Bogotá: SDS-Investigaciones y Cooperación; 2015.

14. Contraloría Distrital de Bogotá. Investigación, desarrollo e innovación (I+D+I) Y TIC política pública para Bogotá D.C. Bogotá: Dirección de estudios de estudios de economía y política pública; 2013.

15. Secretaría Distrital de Salud, Maloka. Informe de proyecto Construcción del Plan de Ciencia, tecnología e Innovación para la salud. Bogotá: SDS-2012.

16. Sánchez Medina AJ, Melián González A, Hormiga Pérez E. El concepto del capital intelectual y sus dimensiones. Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa. 2007;13(2).

17. Ministerio de Salud. Plan decenal de Salud Pública [internet]. 2012 [citado 2015 oct. 1]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/PlanDecenal/Paginas/home2013.aspx

Recibido para evaluación: 17 de noviembre de 2015
Aceptado para publicación: 17 de diciembre de 2015

Correspondencia
Solángel García Ruíz
Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Bogotá, Colombia
asgarcia@saludcapital.gov.co

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.