

Salud pública

Autor: Laura Elizabeth Castro Jiménez



Salud pública / Laura Elizabeth Castro Jiménez / Bogotá D.C.,
Fundación Universitaria del Área Andina. 2017

978-958-5462-10-6

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

© 2017. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
© 2017, PROGRAMA AUDITORIA EN SALUD
© 2017, LAURA ELIZABETH CASTRO JIMÉNEZ

Edición:

Fondo editorial Areandino

Fundación Universitaria del Área Andina

Calle 71 11-14, Bogotá D.C., Colombia

Tel.: (57-1) 7 42 19 64 ext. 1228

E-mail: publicaciones@areandina.edu.co

<http://www.areandina.edu.co>

Primera edición: noviembre de 2017

Corrección de estilo, diagramación y edición: Dirección Nacional de Operaciones virtuales

Diseño y compilación electrónica: Dirección Nacional de Investigación

Hecho en Colombia

Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.



Salud pública

Autor: Laura Elizabeth Castro Jiménez





Índice

UNIDAD 1 Conceptualización en Salud Pública

Introducción	6
Metodología	7
Desarrollo temático	8

UNIDAD 2 Concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Introducción	28
Metodología	29
Desarrollo temático	30

UNIDAD 3 Diagnóstico –Análisis de Situación Salud (ASIS)

Introducción	39
Metodología	40
Desarrollo temático	41

UNIDAD 4 Políticas públicas

Introducción	51
Metodología	52
Desarrollo temático	53

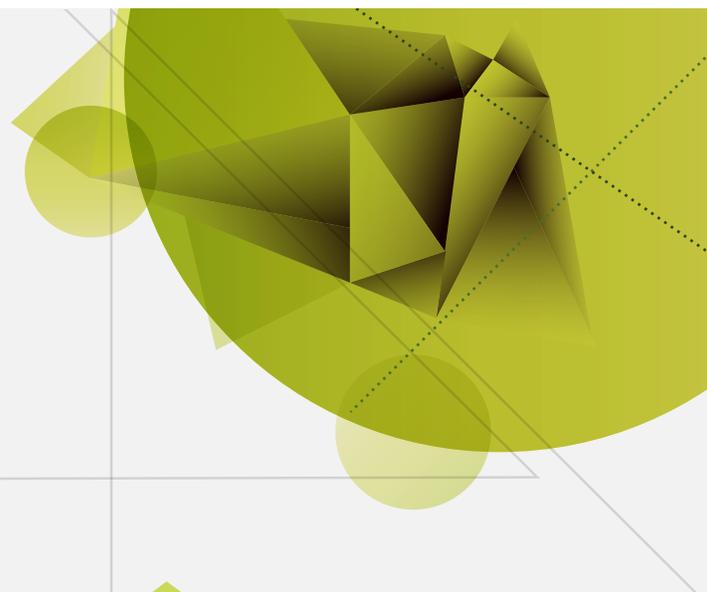
Bibliografía	60
--------------	----



1

Unidad 1

Conceptualización
en Salud Pública



Salud pública

Autor: Laura Elizabeth Castro Jiménez

Introducción

La salud y la enfermedad no son fenómenos estáticos ni aislados de los demás acontecimientos importantes que rodean a la humanidad, por el contrario, se trata de procesos que varían como resultado de los diferentes modos de vida que ha ido adoptando el hombre a lo largo de la historia. Ni los patrones de enfermedad ni los retos que en la actualidad enfrenta la Salud Pública son los mismos a los que se afrontaba el hombre en la antigüedad, del mismo modo como estos últimos eran diferentes en comparación a los que asumían los cazadores – recolectores durante la prehistoria (Rodríguez, 1994). Esto se debe a que la salud – enfermedad son el resultado de los procesos de reproducción social y, por lo mismo, es necesario comprender el contexto social e histórico en el que se desarrollaron dichos procesos, para comprender la salud pública actual.

De acuerdo a lo mencionado por el Ministerio de Salud de Costa Rica; “la salud es entendida como un proceso que posibilita el desarrollo de los individuos, las comunidades y la sociedad en general y, se encuentra determinado por factores políticos, económicos y sociales. Enfermar y sanar no son solo procesos biológicos, son fenómenos sociales que resultan de la interacción compleja de diversos elementos de la realidad” (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2010). Entonces la salud se convierte en una producción social que se da en el marco de las relaciones que entretienen los seres humanos en contextos específicos, en tal sentido, la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad, sino que es la posibilidad de que los seres humanos construyan sus proyectos vitales en las mejores condiciones posibles para obtener bienestar y calidad de vida (Díaz Arroyave & Montañez Gordo, 2012).

Estimados y estimadas estudiantes, sean ustedes bienvenidos a la unidad 1 del módulo virtual del curso de Salud Pública.

El objetivo general de la unidad es proporcionar herramientas conceptuales, teóricas y metodológicas para comprender cómo desde la Salud Pública se pretende mejorar la salud ya no solo del individuo, sino de las poblaciones, entendiendo que el fenómeno salud –enfermedad no se distribuye de manera diferencial o por azar entre distintos grupos poblacionales, sino que responde a unas dinámicas bastante complejas que vale la pena abordar.

Los objetivos que se buscan desarrollar en esta unidad son:

1. Reconocer cómo la complejidad de los conceptos de salud – enfermedad, en la medida que no son solo categorías científicas, sino que también sociales, culturales y políticas.
2. Conocer la evolución histórica de la Salud Pública a nivel internacional y nacional y como la transición epidemiológica ha influido en los modelos explicativos del proceso salud - enfermedad.
3. Comprender los elementos más destacados de la normativa a nivel nacional y la influencia de estos en el sistema general de seguridad social.

Dentro de las recomendaciones específicas para el desarrollo exitoso del presente módulo sugerimos:

- Revisión del contenido temático del curso y las fechas de entrega de trabajos.
- Revisar periódicamente el correo electrónico y los foros disponibles.
- El estudiante deberá leer semanalmente las actividades que tiene programadas.
- El estudiante debe revisar los recursos que tiene disponibles para realizar las actividades programadas.

Conceptualización en Salud Pública

El concepto de Salud Pública ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad de acuerdo con la comprensión de la realidad y de los instrumentos de intervención disponibles. La primera definición es la Winslow que menciona:

“La Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

En 1990, Milton Terris define la Salud Pública como *“La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al*

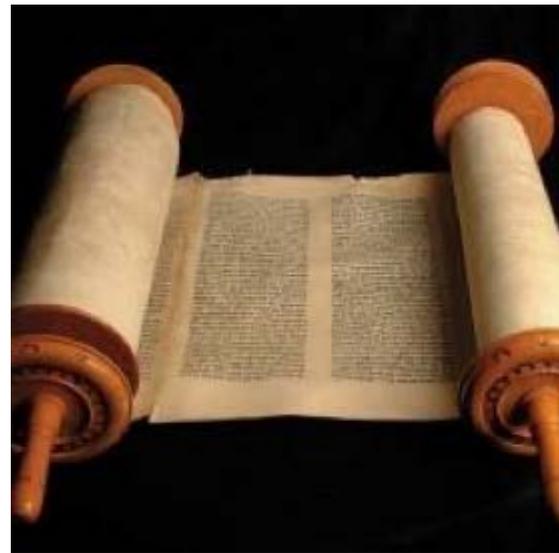
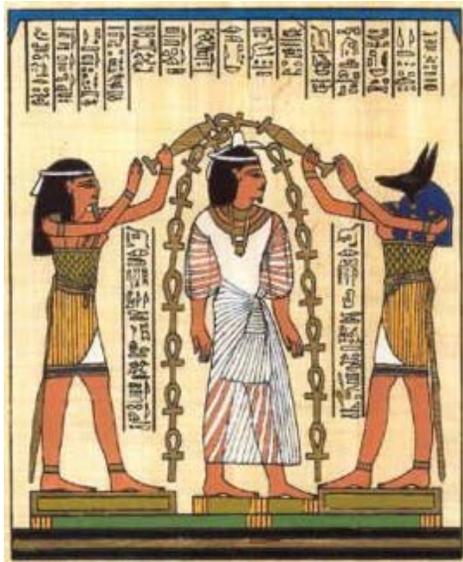
individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

Pero nos quedamos con la definición de Malagón en el 2011 que refiere *“Se entiende que la Salud Pública representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a los colectivos de diversos factores, población en procura de mejorar las condiciones basales que tengan, a su vez desea beneficiar positivamente el proceso de salud-enfermedad de los individuos. Es por eso que hablar de Salud Pública no solamente se señala al ser humano ausente de enfermedad, sino como activo factor de producción y convivencia, para el mejoramiento de las condiciones personales y las de la sociedad a la que pertenece (Malagón-Londoño & Moncayo-Medina, 2011)”.*

La Salud Pública como ciencia apenas tiene poco más de un siglo de existencia, pero manifestaciones del instinto de conservación de la salud de los pueblos existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Sin embargo la inclusión de la restauración de la salud es una adquisición relativamente reciente. Es así como el inicio de la Salud pública está unida a la manera de entender

el proceso salud-enfermedad y las medidas adoptadas para mejorar las condiciones de salud (Organización Panamericana de la salud, 2011).

- Los egipcios, según Heródoto, eran el más higiénico de los pueblos. Practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales.
- Los indostaníes, según Charaka y Shusruta, padres de la medicina ayurveda, eran los pioneros de la cirugía estética, y de programas de Salud Pública que se basaban en conformar patrones de alimentación, sexualidad, de descanso, y de trabajo.



- Los hebreos dentro de sus prácticas higiénicas, incluyeron la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito, el Levítico datada en 1500 años antes de JC. En él se mencionaba como debía ser el aseo personal, así como de las letrinas, la higiene en la maternidad, y la higiene de los alimentos, la protección del agua.
- Los griegos, tenían dentro de sus principios la realización de ejercicio físico, así como la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias que a los problemas del saneamiento del medio.
- Uno de los primeros en trabajar sobre el campo de la higiene personal, fueron los romanos en la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos.
- La civilización Tehotihuacana, en América Prehispánica, contó con grandes obras que le permitían llevar agua limpia a la ciudad, así como de deshacerse de agua sucia.

- La cultura Azteca, crea en islotes dentro de un gran lago, diversas medidas para evitar su contaminación. Se convirtieron en pioneros en vivir en armonía con el medio ambiente, mientras que los conquistadores españoles, quisieron vivir contra el lago teniendo que sufrir constantes inundaciones (algunas que duraron años) e hicieron del viejo y limpio Tenochtitlan una de las ciudades más sucias del mundo.



- En la Edad Media, en la época del oscurantismo, se produjo un repudio por lo mundano y la “mortificación de la carne” pasaron a ser las normas preferidas de conducta, por lo que el descuido de la higiene personal y del saneamiento público llegó hasta tal punto que junto con los movimientos migratorios bélicos y los bajos niveles socioeconómicos, se produjeron las grandes epidemias de la humanidad. La lepra se consiguió erradicar de Europa con la marginación y el exterminio de los leprosos. Con respecto a la peste bubónica se establecieron medidas de cuarentena en los puertos marítimos y cordones sanitarios en tierra.



En el siglo XIX hubo un desarrollo considerable de la Salud Pública en Europa y en los Estados Unidos. En Inglaterra Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales. Con esas medidas se logró reducir la mortandad por algunas de las enfermedades infecciosas que azotaban a la población trabajadora que vivía en pésimas condiciones y de insalubridad (Restrepo, Echeverri, Vásquez, & Rodríguez, 2006).

Así mismo Restrepo et al. (2006) resaltan los trabajos de W. Farr, quien en polémica con Chadwick señalaba que las condiciones de salud de los trabajadores se debían al exceso de trabajo que los mataba de inanición. En Alemania, un gran patólogo de la época, al calor de las revoluciones de 1848 señalaba que “la política es medicina en gran escala”, mostrando con ello que las trans-

formaciones socio políticas podían generar mejores condiciones para los trabajadores y con ello se lograría mejorar la situación de salud. En Francia, con Jules Guerin, se introduce en 1848 el término de medicina social y los conceptos de fisiología, patología, higiene y terapia sociales.

A mediados del siglo XIX casi todos los médicos sostenían que las enfermedades se producían por suciedades de las cuales emanaban miasmas que llevaban la enfermedad a las personas. Otro grupo de médicos, los contagiacionistas sostenían que la enfermedad pasaba de unas personas enfermas a otras sanas por contagio de posibles microorganismos. Los trabajos de Koch terminaron dando la razón a los segundos y se abrió una época de “cazadores de microbios”. Temporalmente la atención se centró en microorganismos específicos y la salud pública dirigida a combatir las suciedades (agua potable, drenajes, reglamentación de entierros y rastros, etc.) pasó a segundo plano, para resurgir de forma más madura (considerando ya a los microorganismos) en el siglo XX.

Por otro lado se iba organizando paralelamente los sistemas de salud, y el “Canciller de Hierro” Bismarck estructura la modalidad del seguro nacional de salud, que llegó a extenderse en el siglo XX por toda Europa. Este modelo de financiamiento de servicios de salud cubre toda una época histórica en los países capitalistas (e incluso persiste hasta nuestros días con importantes particularidades nacionales).

Con Alfred Grotjahn en Alemania se consolida la elaboración teórica de la medicina social burguesa. Publica en 1911 su libro *Patología social*, donde elabora una serie de principios básicos: la importancia de la

enfermedad desde el punto de vista social la determina su frecuencia, las diferentes formas de relación etiológica entre las condiciones sociales y su enfermedad y la atención del ambiente económico y social para evitar las enfermedades (Aldereguía Henríques, 1990). En 1914 Joseph Goldberger es comisionado en los Estados Unidos para realizar sus estudios sobre la pelagra, conocida en la clínica como enfermedad de las tres D: diarrea, dermatitis y demencia; en su trabajo **Estudios sobre la pelagra** apunta: “si la pelagra es una enfermedad contagiosa, ¿Por qué no se enferman las enfermeras y asistentes? La explicación de esta notable inmunidad de que nos ocupamos deberá buscarse en la diferencia de alimentación que reciben ambos grupos de residentes, señalando: la pelagra: 1- la enfermedad es esencialmente rural y 2- se relaciona con la pobreza”. “En vista de la gran incertidumbre que existe acerca de la verdadera causa de la pelagra no sería erróneo sugerir [...] intentar evitar la enfermedad mejorando la alimentación de aquellos que tienen mayor propensión a contraerla”. En su carta al director general del Servicio de Salubridad de E.U.A. de 4 de septiembre de 1914 escribió: “la pelagra no es una infección, sino una enfermedad de origen esencialmente alimentario; es decir, que de alguna manera es causada por la ausencia en la alimentación de vitaminas esenciales. La pobreza y el progresivo aumento del precio de los alimentos obligan a la persona, las familias e instituciones a reducir los elementos más caros (carne, leche, huevos y legumbres) y a subsistir de los cereales más baratos (maíz), carbohidratos (jarabes y melazas) y de verduras y grasas (tocinos) que deben procurarse fácilmente”, la importancia de estudio es que excluía la naturaleza infecciosa de esta enfermedad, cuando la racionalidad

del pensamiento médico era aplastada por el paradigma unicausal infeccioso (Aldereguía Henriques, 1990).

En 1930 se empieza a utilizar cada vez más la estadística para describir la difusión de las enfermedades no infecciosas. En Inglaterra Major Greenwood, en su estudio de la epidemiología del cáncer señalaba “desde el punto de vista estadístico no cabe duda de que el cáncer es una de las enfermedades de muchedumbre más importante y aumenta con el avance de la civilización material”.

Por otro lado, para Henry Sigerist, las cuatro tareas de la medicina son: la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación, esta concepción nueva sirvió incluso de base a los conocidos niveles de prevención de Leavell y Clark, muy difundidos y utilizados en la práctica de la salud pública contemporánea (Organización Panamericana de la salud, 2011). Su estudio del sistema de salud pública soviético por más de 5 años le sirvió para escribir el libro *La medicina socializada en la Unión Soviética* publicado en 1937, que incluso fue editado en Cuba en los años de la década de 1940. Esta obra sirvió de inspiración en los círculos médicos de Inglaterra, para la creación de su servicio nacional de salud, el primero de un país capitalista desarrollado.

La gran influencia de Sigerist que era desde muy temprano un socialista convencido, generó tanto en Inglaterra como en los Estados Unidos un redescubrimiento de la escuela sociológica de la medicina a mitad de siglo. La razón de que el movimiento comenzara en la Gran Bretaña fue en gran parte porque en el liderazgo del movimiento británico en favor de la medicina social influyó la ideología laborista, Major Green-

wood, R. Doll y J. Ryle; y los historiadores explican que la razón por la que no ocurrió en otras partes el inicio de la medicina social fue que los servicios de salud estaban todos dominados clínicamente, de esta manera la medicina eclipsó a la salud pública”; el proceso que Milton Terris ha bautizado como segunda revolución epidemiológica se inició (Aldereguía Henriques, 1990).

El cambio del perfil epidemiológico de la mitad de la población de los países capitalistas desarrollados hacia las enfermedades crónicas no transmisibles y fue también resultado de la amplia utilización de los métodos estadísticos, enriquecedores de la epidemiología tradicional, llevando a la generación de un cambio en la manera de planear, administrar e implementar la salud pública.

John Ryle, médico inglés señaló: “la salud pública... se ha preocupado en gran medida por las enfermedades transmisibles, sus causas, distribución y prevención. La medicina social trata de todas las enfermedades prevalentes, incluyendo la enfermedad cardíaca reumática, la úlcera péptica, las enfermedades reumáticas crónicas, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la psiconeurosis y las lesiones por accidentes. Es así como Julián Huxley, gran biólogo y humanista, ha comentado la transición en marcha desde la era del hombre económico a la era del hombre social (Aldereguía Henriques, 1990).

Concluida la Segunda Guerra Mundial ocurrían importantes cambios en la organización de los servicios de salud mundiales: se ampliaba el campo de actuación de la salud pública socialista con la progresiva instauración de las democracias de Europa Oriental y la Revolución China, así como surgía el

servicio nacional de salud inglés.

En la Segunda Mitad del Siglo XX, existió un despegue de las investigaciones epidemiológicas retrospectivas y prospectivas que aportaron un gran material fáctico para la interpretación de la causalidad de las enfermedades.

Dentro los estudios realizados en la época resulta oportuno no olvidar la batalla, aún inconclusa, contra las compañías tabacaleras por la nocividad de los cigarrillos y la relación del hábito de fumar con enfermedades de elevada mortalidad: en primer lugar, el cáncer de pulmón. Entre las pioneras de estas investigaciones está la de Richard Doll y Austin Bradford Hill. "En Inglaterra y Gales el fenomenal aumento del número de muertes atribuidas al cáncer de pulmón proporciona uno de los cambios más notables en el patrón de mortalidad detectado por el registro general [...] el número anual de muertes registradas subió aproximadamente 15 veces. La mayor prevalencia del carcinoma de pulmón en los hombres, comparados con las mujeres, conduce lógicamente a la sugerencia que el hábito de fumar pueda ser una causa, dado que es principalmente un hábito de hombres" (Aldereguía Henriques, 1990).

De esta manera el concepto de factores de riesgo, evolucionó a partir de los estudios epidemiológicos prospectivos [...] que relacionaban las características personales de los participantes con la incidencia subsiguiente de la cardiopatía coronaria. Los principales riesgos cardiovasculares identificados, pueden clasificarse lógicamente como: 1) Atributos personales aterogénicos, 2) Hábitos de vida o factores ambientales menos discrecionales que favorecen estos factores del huésped, 3) Signos de enfer-

medad preclínica y 4) La susceptibilidad del huésped a todas estas diferentes implicaciones" (Aldereguía Henriques, 1990).

Los múltiples estudios de corte epidemiológico contribuyeron a promover un paradigma de las causas de las enfermedades, el multifactorial, planteado por primera vez por Brian Mac Mahon, quien fundamentó el tejido causal como red de interacciones de diferentes factores. El profesor Milton Terris, editor de la revista *Journal of Public Health Policy* y presidente de la Asociación de Salud Pública Norteamericana, refiere es un paradigma del vínculo orgánico de la medicina social y la epidemiología, de la proyección social y no médico centrista de la salud pública contemporánea, así como de su enfoque esencialmente humanista. Terris produjo en los años de la década de 1970 un artículo que mueve a la reflexión y a la acción renovada acerca de la epidemiología de la salud con resultados de investigaciones concretas de diferentes latitudes sobre problemas como el crecimiento y desarrollo físico, el bienestar térmico, la diferencia de rendimiento laboral que determina una estructura disímil de una población en grupos seleccionados y el coeficiente de inteligencia diferencial de niños estadounidenses y guatemaltecos al nacer y años después. En una de sus últimas producciones estratégicas, examina a fondo el porvenir de la Salud Pública y resalta la influencia decisiva de factores generales del plano internacional como la guerra fría y la carrera armamentista, nacionales (en E.U.) como la dinámica del crecimiento económico y el escenario político en la lucha de conservadores y progresistas y específicos como el desarrollo de la promoción de salud, la prevención de enfermedades y la atención médica (Aldereguía Henriques, 1990).

Bajo la influencia de la Revolución cubana y en medio de las difíciles condiciones de la lucha por la justicia social, surge y se consolida en América Latina desde los años de la década de 1970, la epidemiología social orientada a la crítica de las negativas consecuencias sanitarias de la política neocolonial y el modelo capitalista dependiente. Nacida en medios universitarios latinoamericanos, principalmente mexicanos, ecuatorianos, argentinos y venezolanos, ha aportado entre sus resultados fundamentales interpretaciones teóricas del modelo de causalidad social de las enfermedades, difusión del arsenal metodológico de la epidemiología, formación posgraduada, literatura creciente y elementos de denuncia político-social. Ana Cristina Laurell, Jaime Breilh, Pedro Luis Castellanos, Rodrigo Yépez y R. Escudero son algunos de sus más destacados representantes.

El surgimiento y consolidación de los organismos internacionales de la salud como la Organización Mundial de la Salud (O.M.S. 1946) y la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S., 1947) han hecho una contribución destacada al desarrollo de la medicina social y los servicios de salud en la segunda mitad del siglo XX. Ha llegado a vertebrarse y optimizarse un impresionante sistema internacional de estadísticas de salud que permiten monitorear la dinámica de la salud de la población en el mundo, sus regiones y territorios, de inestimable valor. En el terreno de la medicina social ha sido una contribución importante el movimiento mundial en torno al objetivo de "Salud para todos en el año 2000" y a la estrategia de atención primaria de salud, acordada en la conferencia de Almagro en 1977, vinculados ambos a la figura de su ex-Director General Halfdan T. Mahler (Aldereguía Henriques, 1990).

Y la manera para poder trabajar en esta acción causal de la enfermedad, es la promoción de salud como sistema de acciones sociales más allá de la prevención de enfermedades, a través del ascenso del nivel de vida, acciones de regulación jurídicas y administrativas, la elevación de la eficiencia de la atención de salud vigente y el establecimiento de objetivos cuantificados de mejoramiento de la salud de la población. A pesar de estos resultados el programa canadiense no ha logrado detener el incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, eliminar la diferencia aún vigente de 3-4 años en la esperanza de vida según el nivel de ingresos y hasta de 15 años en la esperanza de vida en salud, así como resolver la imposibilidad de monitorear la calidad de la atención médica, entre otras cosas, por el pago según honorarios por servicios y a pesar de las tarifas establecidas por los gobiernos provinciales (Aldereguía Henriques, 1990).

En 1979-1980 la Secretaría de Salud y Bienestar Social del gobierno norteamericano convocó a 500 altos especialistas de la medicina, la epidemiología y la salud pública de ese país para estructurar un programa nacional en el espíritu del Informe Lalonde. Como resultado de este esfuerzo nació una verdadera joya de la medicina preventiva: "Promoting Health and Preventive Disease", donde se plasmaron cinco grandes objetivos de salud por cada uno de los grupos fundamentales de edades, se identificaron quince áreas para la acción y más de 600 objetivos específicos de educación sanitaria, regulaciones jurídico-administrativas, servicios, atención médica e información.

Es así como en la actualidad la salud pública

se mueve desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y trabaja por impactar no solo la salud de los colectivos a través de programas y estrategias, sino que busca dialogar con las políticas regionales, hacerse visible en los sistemas de salud y busca mejorar la calidad de vida de la población.

Sistema de salud

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección general. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. Una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud. Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovíricos, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta funda-

mental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos (Organización Mundial de la Salud, 2005).

La información sobre el sistema de salud colombiano se ampliará en los otros recursos para el aprendizaje.

Marco legal

Para revisar el marco legal relacionado con Salud Pública mencionaremos lo relacionado con ámbito nacional, es por eso que para reconocer la normativa existente a nivel nacional se mencionará lo descrito por el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en el apartado de antecedentes.

La Constitución Política de 1991 (Congreso de la República de Colombia, 1991), establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado de forma descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana y solidaria con las personas.

Gracias a la Ley 10 de 1990 (Congreso de la República de Colombia, 1990) y a la Ley 60 de 1993 (Congreso de la República de Co-

lombia, 1993), se inicia el fortalecimiento y la descentralización del servicio público en salud, así como el empoderamiento de las entidades territoriales y la Nación. Con la expedición de la Ley 100 de 1993 (Colombia C. d., Ley 100, 1993), se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, con el fin de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana. En este mismo camino las entidades nacionales y territoriales están orientadas, de acuerdo con la Ley 152 de 1994 (Congreso de la República de Colombia, 1994), y la Resolución 5165 de 1994 (Social M. d., 1994), a elaborar, aprobar, ejecutar, seguir, evaluar y controlar las acciones en un plan de desarrollo, que involucra las orientaciones de los diferentes sectores sociales y del desarrollo territorial. El Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 (Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2011), integra las políticas, estrategias y programas que son de interés mutuo y le dan coherencia a las acciones gubernamentales.

En 2001, con la Ley 715 (Congreso de la República de Colombia, 2001) se define la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones y las competencias de las entidades territoriales en educación y salud, entre otras y se establece la obligatoriedad de la Nación y de las entidades territoriales para priorizar, a partir de la situación de salud en el territorio, las acciones, y a elaborar un Plan de Atención Básica, con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Posteriormente el país, con base en los resultados acumulados en el sistema y mediante la Ley 1122 de 2007 que fue la primera reforma al Sistema General de Seguridad Social (Congreso

de la República de Colombia, 2007), señala que el propósito fundamental es mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios, fortalecer los programas de salud pública, las funciones de inspección, vigilancia y control, organizar el funcionamiento de las redes para la prestación de servicios de salud y hacer reformas en aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema, así como establecer los mecanismos para la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores del Sistema.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010, que se adopta mediante el Decreto 3039 de 2007 (Social M. d., Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010, 2007), integra el mandato constitucional del derecho a la salud bajo diversos enfoques conceptuales, con el objetivo de mejorar las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida de la población colombiana. Define las prioridades, los objetivos, las metas y las estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores y determina las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementan con las acciones de los otros sectores, definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

Dada la necesidad de adoptar la metodología para la elaboración, la ejecución, el seguimiento, la evaluación y el control del Plan de Salud Territorial y de las acciones

que integran el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 a las intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales, el Ministerio de la Protección Social expide la Resolución 425 de 2008 (Social M. d., Resolución 425, 2008), la cual considera que el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 debe estar integrado por seis ejes: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud, salud pública, promoción social, prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales y emergencias y desastres.

El Congreso de la República expide la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011), por la cual se reforma el SGSSS y se dictan otras disposiciones. Esta ley busca fortalecer la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativos, con el objetivo de que el centro de todos los esfuerzos sean los residentes en el país; incluye además, la universalización del aseguramiento, la unificación del plan de beneficios y la portabilidad o prestación de servicios en cualquier lugar del país, preservando la sostenibilidad financiera del sistema. En el artículo 6° la Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011) determina que el Ministerio de la Protección Social debe elaborar un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social de acuerdo con la organización, las modalidades y las formas establecidas en el Decreto 1757 de 1994 (Presidencia de la República de Colombia, 1994). Se establece que en el PDSP deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental; así mismo, que debe incluir los objetivos,

las metas, las acciones, los recursos, los responsables, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de las competencias otorgadas por el Decreto 4107 de 2011 (Presidencia de la República de Colombia, 2011), aprueba en mayo de 2011 el proceso técnico para formular y adoptar el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021.

El PDSP se enmarca en el derecho fundamental a la salud establecido en la Constitución Política de 1991 (Congreso de la República de Colombia, 1991) y en la Sentencia T-760 de 2008 de la Honorable Corte Constitucional, en la Ley 1450 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011). Desde la acción intersectorial y con la participación social, se espera generar sinergias público privadas para la búsqueda de igualdad de oportunidades para la prosperidad social, a través de las Políticas de Promoción Social: Red para la superación de la pobreza extrema y la Política para la población víctima del desplazamiento forzado por la violencia; políticas diferenciales para grupos étnicos y género y la Política Integral de Desarrollo y Protección Social para la primera infancia, niñez, adolescencia y juventud; formación del capital humano; acceso y calidad en salud universal y sostenible; empleabilidad, emprendimiento y generación de ingresos; promoción de la cultura, el deporte y la recreación.

En este contexto, en el PDSP deben confluir políticas sectoriales e intersectoriales, concertadas y coordinadas, que permitan impactar positivamente los determinantes sociales, aspectos contenidos en la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de Salud de Río de Janeiro 2011 (OMS, 19

a 21 de octubre de 2011) y la Declaración de Adelaida sobre Salud en todas las Políticas (OMS, 2010), con el fin de mejorar la gobernanza en pro de la salud y el bienestar, en la nación y el territorio, la educación, la convivencia, la cultura, la justicia, el ingreso y el trabajo, la agricultura, la alimentación, el transporte, la infraestructura, la vivienda y el medio ambiente sostenible.

En la búsqueda para alcanzar mayor equidad en salud y desarrollo humano sostenible, construir capital humano y disminuir la vulnerabilidad social, el PDSP también incorpora las políticas nacionales e internacionales dirigidas a los grupos poblacionales, especialmente a los niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos mayores, mujeres víctimas de maltrato y otras clases de violencia de género, víctimas del conflicto, personas con discapacidad y grupos étnicos.

Con el fin de mejorar la calidad de vida de la población y los indicadores de salud en el marco de los determinantes sociales, el PDSP incluye políticas internacionales, compromisos y convenios suscritos por el país, tanto con los países fronterizos, como en el ámbito internacional, entre los que tiene primordial relevancia el de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - ODM (ONU, Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, 2000); la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ONU, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994); la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer llevada a cabo en Beijing 1995 (ONU, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995); el Convenio Marco para el Control del Tabaco (OMS, 2003); Acuerdo 0414 de 2007 Convenio de Cooperación Internacional para la implementación de Bancos de

Leche Humana BLH; el protocolo de Kioto de la Convención Marco de Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (Unidas, Convención Marco sobre el cambio climático, 1992); el Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de residuos peligrosos (Colombia, Ley 253, 1996); el Reglamento Sanitario Internacional A/58/55 23 de mayo de 2005, entre otros.

El PDSP también responde a las políticas de salud priorizadas, las cuales son soportadas en el Análisis de la Situación de Salud, cuya formulación y puesta en marcha generan un gran impacto en los indicadores de salud. Dentro de dichas políticas se pueden señalar las estipuladas mediante la Ley 1616 de 2013 de Salud Mental (Congreso de la República de Colombia, 2013); la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional PSAN (Presidencia de la República de Colombia, 2008); la Política de Derechos Sexuales y Reproductivos; el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis y Lepra 2010 – 2015; el Plan Ampliado de Inmunizaciones; el Plan Estratégico para las Enfermedades Transmitidas por Vectores; la Ley 1523 de 2012 (Congreso de la República de Colombia, 2012) por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión de Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de Desastre; la Ley 1562 de Riesgos Laborales (Congreso de la República de Colombia, 2012); la Ley 1384 de 2010 (Congreso de la República de Colombia, 2010) que establece acciones para la atención integral del cáncer en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología, 2013); la Ley 1392 de enfermedades huérfanas; la Resolución 430 de 2013; la Ley 1355 de 2009 de obesidad (Congreso de la República de

Colombia, 2009); el Conpes 3550 de 2008 que contiene los lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad del agua y seguridad química; el Conpes Social 155; la Política Farmacéutica Nacional; Política Nacional de Bancos de Sangre. En cumplimiento de la Ley 1450 de 2001 (Congreso de la República de Colombia, 2001), el PDSP cuenta con un capítulo dedicado a grupos étnicos, que será incorporado como un anexo integral en el transcurso de 2013. Se hace el análisis de políticas, programas y planes que tienen relación con las orientaciones estructurales y funcionales del PDSP, y se reseñan los elementos de articulación más relevantes sobre el cual se ha formulado el PDSP". (Ministerio de Salud, 2012)

A continuación nombraremos la normativa en salud en Colombia más importante en relación a salud pública, que establece una línea de tiempo de los cambios realizados a nivel local, así mismo si se quiere ampliar alguna información sobre el tema se puede buscar la leyes específicas en las bases de datos que cuenta la universidad.

Ley 48 de 1986	Estampilla pro dotación y funcionamiento CBA, modificada por la Ley 687 de 2001 y por la Ley 1276 de 2009 centros vida.
Ley 30 de 1986	Estatuto Nacional de Estupefacientes - Decreto 3788 de 1986 reglamentario de la Ley 30 de 1986
De 1987	Protocolo de Montreal.
Decreto 2177 de 1989	Por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1988, aprobatoria del Convenio No. 159, suscrito con la Organización Internacional del Trabajo, OIT, sobre readaptación profesional y el empleo para personas inválidas.
Decreto 2737 de 1989	Por el cual se expide el Código del Menor.
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 21 de 1991	Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la OIT., Ginebra, 1989.

Ley 715 de 1991	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política de 1991 y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
Ley 29 de 1992	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Montreal relativo a las sustancias agotadoras de la capa de ozono, suscrito en Montreal el 16 de septiembre de 1987, con sus enmiendas adoptadas en Londres el 29 de junio de 1990 y en Nairobi el 21 de junio de 1991.
Del 9 de mayo de 1992	Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
Conpes 2793 de 1993	Lineamientos política envejecimiento y vejez.
Resolución 5165 de 1994	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los Departamentos y Distritos.
Ley 115 1994	Por la cual se expide la Ley General de Educación
Ley 994 de 2005	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, Estocolmo, 2001.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
Ley 152 de 1994	Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo.
Ley 124 de 1994	Por la cual se prohíbe el Expendio de Bebidas Embriagantes a Menores de Edad y se dictan otras disposiciones.
Decreto 1108 de 1994	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

Decreto 1757 de 1994	Por el cual se organiza y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994.
Resolución 5165 de 1994	Por medio de la cual se expiden los criterios, parámetros y procedimientos metodológicos para la elaboración y seguimiento de los planes sectoriales y de descentralización de la salud en los departamentos y distritos.
Ley 136 de 1994	Por la cual se dictan normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios.
Ley 361 de 1997	Por la cual se establecen mecanismos de integración social de la personas con limitación y se dictan otras disposiciones.
Ley 383 de 1997	Por la cual se expiden normas tendientes a fortalecer la lucha contra la evasión y el contrabando, y se dictan otras disposiciones
Ley 253 de 1996	Por medio de la cual se aprueba el convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, suscrito en Basilea el 22 de marzo de 1989.
Ley 294 de 1996	Por la cual se desarrolla el artículo 42 de la Constitución Política de 1991 y se dictan normas para prevenir, remediar y sancionar la violencia intrafamiliar.
Naciones Unidas 1998	Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático.
Resolución 2358 de 1998	Resolución 2358 de 1998 por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. Art. 77 del Decreto 1292 de 1994.
Acuerdo 117 de 1998 CNSSS	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública.

Ley 629 de 2000	Por medio de la cual se aprueba el Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, del 11 de diciembre de 1997.
Resolución 412 de 2000	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública.
Decreto 330 de 2001	Por el cual se expiden normas para la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud, conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas.
Ley 6715 de 2001	Mediante la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.
Ley 790 de 2002	Renovación de la Administración Pública.
Ley 789 de 2002	Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.
Ley 745 de 2002	Por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro.
Ley 762 de 2002	Por medio de la cual se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete de junio de 1999.
OMS 2003	El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco.
Ley 906 de 2004	Por la cual se expide el Código de Procedimiento Penal.

Decreto 4175 de 2004	Por el cual se establece la prima de seguridad, se fija un sobresueldo para algunos empleos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, y se dictan otras disposiciones.
Sentencia T- 025 de 2004	Tutela los derechos de la población en condición de desplazamiento.
De 2005	Reglamento Sanitario Internacional.
Acuerdo 326 de 2005	Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del régimen subsidiado de los pueblos indígenas.
De 2005	Encuesta Nacional de la Situación en Salud, 2005.
Decreto 1538 de 2005	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 361 de 1997.
Conpes 3375 de 2005	Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad de Alimentos para el Sistema de Medidas Sanitarias y Fito sanitarias.
Ley 1098 de 2006	Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia.
Ley 1091 de 2006	Por medio de la cual se reconoce al colombiano y colombiana de oro.
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 3577 de 2006	Plan Nacional de Salud Bucal.
Ley 1159 de 2007	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Rotterdam para la Aplicación del Procedimiento de Consentimiento Fundamentado previo a ciertos Plaguicidas y Productos Químicos Peligrosos, Objeto de Comercio Internacional, suscrito en Rotterdam el 10 de septiembre de 1998.
Ley 1145 de 2007	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.

Conpes 109 de 2007	Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por la primera infancia”.
Ley 1176 de 2007	Modifica la Ley 715 de 2001 Sistema General de Participaciones.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Conpes 3376 de 2005, Conpes 3458 de 2007 Conpes 3468 de 2007	Política Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad por cadena productiva.
Ley 1164 de 2007	Tiene por objeto establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del talento humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos.
Ley 1196 de 2008	Por medio de la cual se aprueba el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes, suscrito en Estocolmo el 22 de mayo de 2001, la Corrección al artículo 1o del texto original en español, del 21 de febrero de 2003, y el Anexo G al Convenio de Estocolmo del 6 de mayo de 2005.
Resolución 425 de 2008	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
Conpes 3550 de 2008	Lineamientos para la formulación de la política integral de salud ambiental con énfasis en los componentes de calidad de aire, calidad de agua y seguridad química.
Ley 1251 de 2008	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
Conpes 113 de 2008	Política Nacional de seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN).

Ley 1257 de 2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
Ley 1251 de 2008	Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores.
Ley 1295 de 2009	Por la cual se reglamenta la atención integral de los niños y las niñas de la primera infancia de los sectores clasificados como 1, 2 y 3 del SISBEN.
Ley 1287 de 2009	Adición de la Ley 361 de 2007, discapacidad.
2010 – 2015	Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015, para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB.
2008 – 2011	Plan de Respuesta Nacional al VIH para 2008 – 2010.
2010 – 2015	Plan Estratégico de Colombia para aliviar la carga de la enfermedad y sostener las actividades de control de lepra.
Ley 1384 de 2010	Se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia.
Ley 1388 /2010	Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia, disminuir la tasa de mortalidad por cáncer en niños y niñas menores de 18 años a través de una detección temprana y tratamiento integral.
Ley 1393 de 2010	Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 1450 de 2011	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010 – 2014.
Ley 1448 de 2011	Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan.
Ley 1346 de 2011	Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
Conpes Social 155 de 2012	Política Farmacéutica Nacional.
Ley 1523 de 2012	Por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.
Decreto 4800 de 2012	El presente decreto tiene por objeto establecer los mecanismos para la adecuada implementación de las medidas de asistencia, atención y reparación integral a las víctimas de que trata el artículo 3° de la Ley 1448 de 2011, para la materialización de sus derechos constitucionales.
Decreto 735 de 2012	Por el cual se reglamenta el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y se dictan otras disposiciones.
Resolución 4505 de 2012	Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.
Conpes 3726 de 2012	Lineamientos, Plan de ejecución de metas, presupuesto y mecanismos de seguimiento para el Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a Víctimas.
Conpes 140 de 2011	Modificación a Conpes Social 91 del 14 de junio de 2005: Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015.
Conpes 147 de 2011	Prevención del embarazo en adolescentes.

Tabla 1. Inventario de normativa en salud a nivel Nacional
Fuente: Ministerio de Salud, 2012.

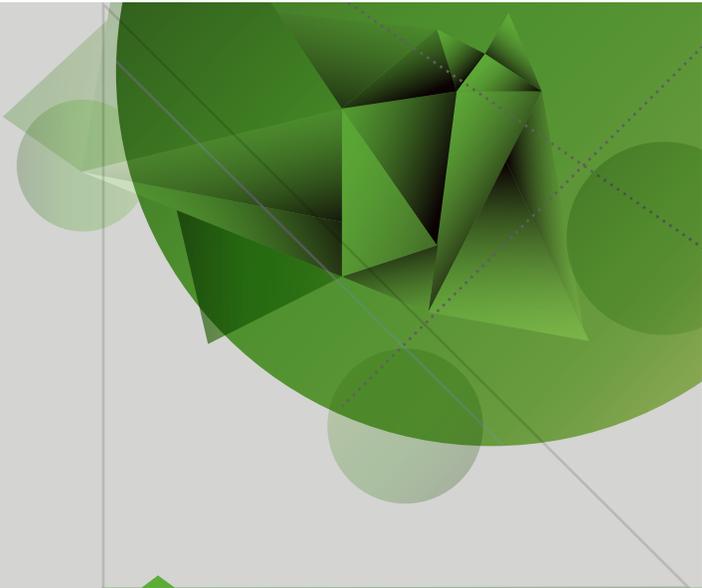


2

Unidad 2

Concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

• • • •



Salud pública

Autor: Laura Elizabeth Castro Jiménez

Introducción

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se han convertido en la actualidad en una de las prioridades en la Salud Pública, ya que son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos, como familias, y como comunidad, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable, mejorando su calidad de vida y salud.

La promoción y la prevención se traducen en la generación de programas de intervención que buscan de acuerdo a lo mencionado por el Ministerio de Salud de Colombia “proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud” (Ministerio de Salud de Colombia, 2013).

Estimados y estimadas estudiantes, sean ustedes bienvenidos a la unidad 2 del módulo virtual del curso de Salud Pública.

El objetivo general de la unidad es identificar los distintos enfoques, modelos, métodos, técnicas y estrategias de promoción y prevención en salud.

Dentro de las recomendaciones específicas para el desarrollo exitoso del presente módulo, sugerimos:

- Revisión del contenido temático del curso y las fechas de entrega de trabajos.
- Revisar periódicamente el correo electrónico y los foros disponibles.
- El estudiante deberá leer semanalmente las actividades que tiene programadas.
- El estudiante debe revisar los recursos que tiene disponibles para realizar las actividades programadas.

Concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Prevención de la enfermedad

La prevención de acuerdo a la Real Academia de la Lengua es “la acción de prevenir” o “medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa” (Real Academia Española, 2014). En el contexto de salud, nos estaremos refiriendo a que deseamos evitar la enfermedad, no obstante, hay que comprender que la enfermedad tiene una serie de fases o periodos sobre las cuales se ha construido una teoría denominada “historia natural de la enfermedad”, que ha sido muy útil en la conceptualización de la prevención ya que dependiendo del periodo del cual estemos discutiendo, así mismo se estará buscando evitar algo en particular, a esto se le ha denominado niveles de prevención y nos da un margen de actuaciones a los profesionales de la salud, que se pueden clasificar como prevención primaria, secundaria o terciaria, según la etapa en la que se encuentre la enfermedad.

La historia natural de la enfermedad es el curso de la enfermedad desde el inicio hasta su resolución. En otras palabras es la manera propia de evolucionar que tiene toda enfermedad o proceso, cuando se abandona a su propio curso. El proceso se inicia con la exposición de un huésped susceptible a un agente causal y termina con la recuperación, la discapacidad o la muerte (Organización Panamericana de la salud, 2011).

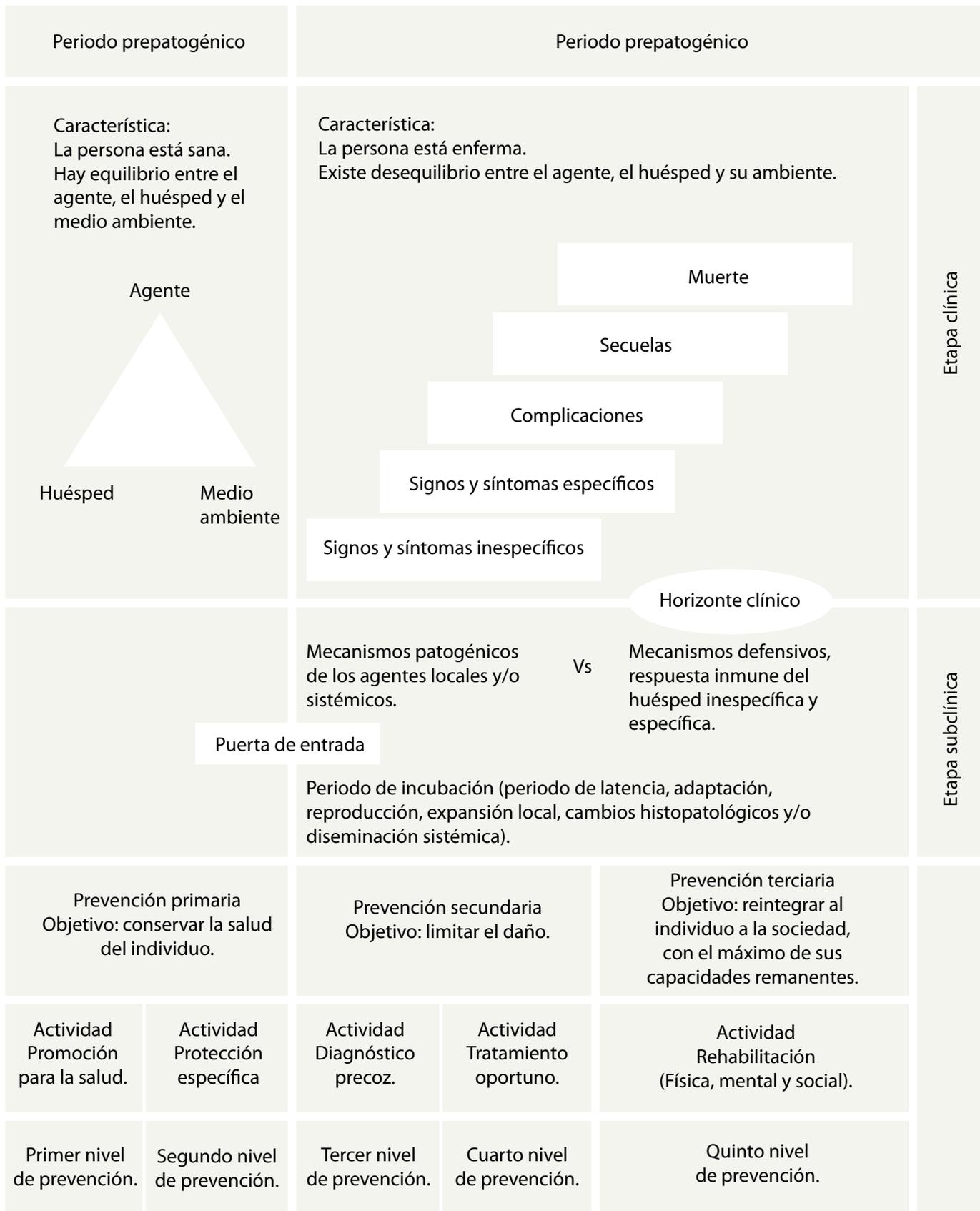


Figura 1. Historia de la enfermedad

Fuente: <http://www.monografias.com/trabajos88/historia-paradigmas-salud/image001.jpg>

En la figura anterior se presenta el modelo tradicional de la historia natural de la enfermedad y su relación con los niveles de prevención propuestos por Level y Clark, aquí se observa el periodo prepatogénico y patogénico, el primero de ellos antes de la enfermedad y refleja el momento de la interacción del agente, el ambiente y el huésped. El periodo patogénico muestra los cambios que se presentan en el huésped una vez realizado un estímulo efectivo, el horizonte clínico marca el momento en el que la enfermedad es aparentemente clínica (Organización Panamericana de la salud, 2011).

- La prevención primaria se desarrolla en el periodo prepatogénico y está encaminada al fomento a la salud y a la protección específica.
- En la prevención secundaria las acciones son el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano y la limitación del daño.
- La prevención terciaria se enfoca en la rehabilitación.

Promoción de la salud

Henry Sigerist dijo en 1941 que la salud se promovía “mediante condiciones y estándares de vida, buenas condiciones laborales, educación, cultura física, medios de descanso y recreación, por tanto la salud no solo es la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una aptitud optimista frente a la vida y la aceptación de responsabilidades que la vida nos da”, y que un individuo saludable es “una persona quien está en un buen balance corporal y mental y, se ajusta adecuadamente a su ambiente físico y social” agregando al respecto que “él está en completo control de sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales, así como no excederse de sus límites normales

y, contribuir al bienestar de la sociedad de acuerdo a sus capacidades”. Dichos aportes junto con otros más, sitúan a Sigerist como uno de los más influyentes personajes en la conceptualización de la promoción de la salud, la cual ha marcado un nuevo enfoque en la Salud Pública de la actualidad.

La carta de Ottawa define la promoción de la salud como “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Enfoques de promoción y de prevención

Enfoque clínico

- Principales exponentes Leavell y Clark, en sus estudios sobre la historia natural de la enfermedad, quienes proponen tres niveles de prevención.
- Se caracteriza por acciones desarrolladas en el ámbito hospitalario, son dirigidas a los individuos sospechosos de enfermar y la atención es dada por personal en salud (Franco, 2002).

- La concepción de prevenir es evitar y diagnosticar a tiempo las enfermedades y las posibles complicaciones. Por eso se realiza todo tipo de exámenes clínicos, químicos y físicos para hacer diagnósticos, controles, seguimientos, terapias e inmunizaciones.
- La prevención está íntimamente ligada al modelo clínico, por eso cuando se realizan evaluaciones de los logros en salud, se hace a través de indicadores como el aumento de consultas, exámenes, controles y recursos.
- Desaparece la promoción social, por tanto aspectos de interdisciplinariedad e intersectorialidad no tienen cabida en esta tendencia.
- Es el que más ha tenido influencia en los sistemas de salud y los modelos de atención en el mundo occidental, los países pobres lo han adaptado sin mayor análisis y coherencia con su realidad (Franco, 2002).

Enfoque funcional: la promoción y prevención concebidas como funciones de la medicina

- Sigerist fue el primero en mencionar las 4 funciones de la medicina.
- “La salud es una actitud favorable hacia la vida, es una aceptación entusiasta de la responsabilidad que la vida impone a las personas”, por tanto “se debe promover y fomentar niveles de vida adecuados, buenas condiciones de trabajo, ejercicio físico y los medios para la recreación”.
- El hecho de colocar a la promoción y a la prevención como funciones de la medicina hace que su desarrollo dependa de las interpretaciones y prácticas médicas y estas, a su vez, dependerán de los desa-

rollos que tenga la salud (Franco, 2002).

Enfoque colectivista

- Tendencia que se observa en programas dirigidos a colectivos y en espacios extra-hospitalarios: barrio saludable y otros dirigidos a las personas mayores, niños, adolescentes y familia.
- Esta idea se aleja de modelos de atención de tipo individual, hospitalario y se aproxima de manera más coherente a una práctica tipo programas o proyectos de cobertura masiva.
- Las intervenciones se hacen a mediano y largo plazo y en espacios extra-hospitalarios.
- A pesar de los grandes avances que hay para la promoción y prevención con esos proyectos, se continúa bajo la tutela de los profesionales de la salud, quienes apenas empiezan a ceder y/o a compartir su espacio con el sector educativo y a coordinar acciones entre instituciones (Franco, 2002).

Enfoque multisectorial e interdisciplinar

- La salud no solo es abordada por el sector salud, sino de diferentes disciplinas.
- Este abordaje ha permitido crear un germen de interdisciplinariedad al interior del sector salud y una ligera aproximación entre ambiente, educación y trabajo.
- Los aportes más significativos se pueden valorar al incluir nociones de sustentabilidad y de lo público por parte de lo ambiental.
- Las nociones de tiempo y espacio se amplían pues la idea de sustentabilidad induce a actuar en el tiempo a largo plazo y el medio ambiente se asume como espacio abierto, aproximándose a la noción

de espacio público (Franco, 2002).

Enfoque estratégico político

- En estos encuentros la promoción ha sido propuesta como estrategia fundamental para la protección de la salud pública y la salud se considera una inversión que contribuye al desarrollo de las naciones (Franco, 2002).

Modelos de promoción y prevención

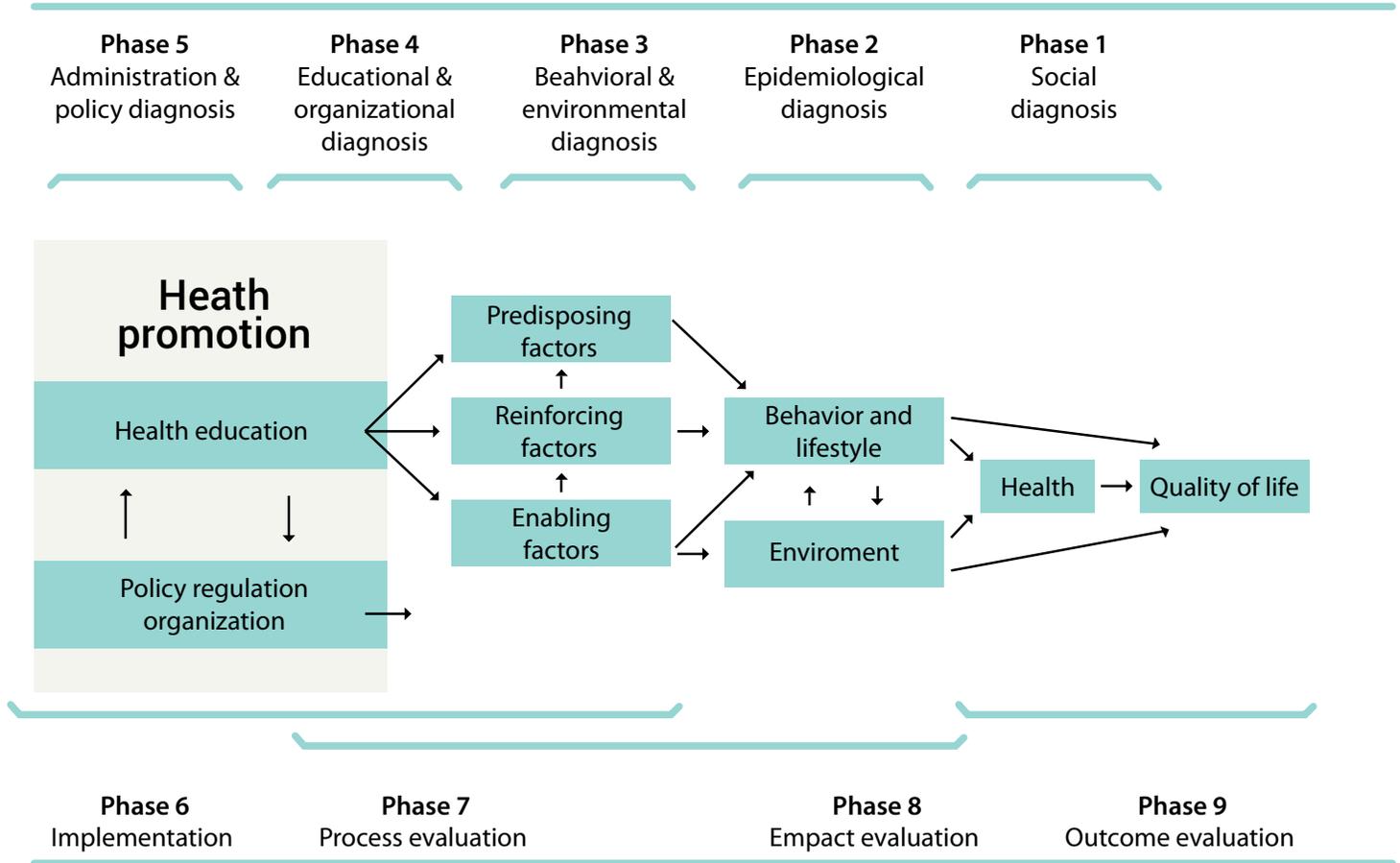
- El modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender se basa en la educación de las personas, sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivo-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de la salud, cuando existe una pauta para la acción.
- El Modelo Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model (HBM) es el modelo más antiguo y el más utilizado en la explicación y promoción de las conductas de salud, fue originalmente desarrollado en los años 50's por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, quienes intentaban dar respuesta a la escasa participación pública en programas de detección y prevención de enfermedades (SIDA-AIDS, 2010).

El Modelo de Creencias de Salud, es un modelo que se construye a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa (value expectancy). Lo cual quiere decir, en el ámbito de la salud, que el valor será el deseo de evitar la enfermedad mientras que la expectativa se refiere a la creencia de que

una acción determinada prevendrá o mejorará el proceso (Moreno San Pedro & Roales-Nieto, 2003). Este modelo concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables.

- Modelo Precede-Procede, Es un modelo de planeación diseñado por Lawrence Green y Marshall Kreuter para la educación en salud y para los programas de promoción de la salud. Se apoya en el principio de que la mayoría de los cambios de comportamientos son voluntarios por naturaleza. Ese principio se refleja en el sistemático proceso de planeación que intenta empoderar a los individuos con: comprensión, motivación y habilidades para que participen activamente en la resolución de los problemas de la comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida (La Iniciativa de Comunicación, 2005).

Precede



Proceed

Figura 2. Modelo Precede - Proceed

Fuente: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/archivos-modulos/mod8/img1.png>

■ El Modelo Transteórico o de Etapas de Cambio: fue propuesto por Prochaska & DiClemente (1982) quienes, basados en su experiencia en psicoterapia, observaron que la gente pasaba por estados de cambio similares sin importar el tipo de psicoterapia aplicada. Dicho modelo intenta describir los cambios por los cuales una persona atraviesa en el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la motivación como un factor importante en

el cambio conductual y atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento. El modelo se acompaña de otros elementos, además de la motivación, que a opinión de sus autores influyen en el cambio de conducta, dichos elementos son: las etapas de cambio, el proceso de cambio, el balance decisional y la autoeficacia (SIDA-AIDS, 2010).

Ámbitos de vida

Los ámbitos se refieren a las propiedades de los entornos donde las personas viven y se desarrollan. Se trata de los espacios donde se desarrolla la vida cotidiana, donde las personas tejen interacciones a través de:

- Vida familiar, familia.
- Productivos, laboral.
- Vida de los escolares, escuela.
- Públicos, comunitario.]
- Institución.

Es el territorio social donde transcurre la vida cotidiana de los sujetos, en el que se expresan características y relaciones particulares que lo determinan y son comunes a todos los actores que lo habitan. El territorio es producto histórico y social, donde se dan intercambios simbólicos y culturales y se dan prácticas de producción y de consumo que determinan la formación de subjetividades (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

- **Ámbito comunitario:** se refiere a los espacios de relaciones conformados en la comunidad, grupos, organizaciones y redes; a los saberes y las experiencias comunitarias. El ámbito comunitario es un escenario en el que se expresan condiciones que determinan la calidad de vida y a las que se les atribuye por lo tanto una vinculación estrecha (Secretaría Distrital de Salud, 2011).
- **Ámbito escolar:** se entienden aquellos espacios sociales institucionalizados que poseen una organización, y dinámica propia y que tienen la función social de educar a los ciudadanos en las diferentes etapas de ciclo vital: jardines, colegios e instituciones de educación superior (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

- **Ámbito familiar:** se define como el espacio social de vida cotidiana donde, a partir del reconocimiento de las condiciones de vida, estructura y dinámica funcional de familia, se construyen respuestas integrales en salud con el fin de garantizar, promover y restituir la autonomía, tanto del colectivo familiar como los integrantes de las mismas (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

- **Ámbito institucional:** se define como el territorio social donde transcurre la vida cotidiana de las personas en condición de institucionalización, donde se encuentran grupos de personas con características especiales de vulnerabilidad y dentro de dinámicas particulares de determinación social (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

- **Ámbito laboral:** es el territorio social donde transcurre la vida cotidiana de las personas en la realización de actividades económicas con fines productivos tanto en la economía informal como formal. En él se expresan relaciones con características particulares, que lo determinan y que son comunes a todos los actores que lo habitan (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

Estrategias

Educación en salud: “La educación para la salud es cualquier combinación de experiencias educativas diseñadas para predisponer, capacitar y reforzar adopciones voluntarias de comportamientos individuales o colectivos que conducen a la salud” (Green, 2000).

“El objetivo de la educación para la salud, no es solo conseguir un cambio cuantitativo de conocimientos, sino un cambio cualitativo en las actitudes que lleven a un

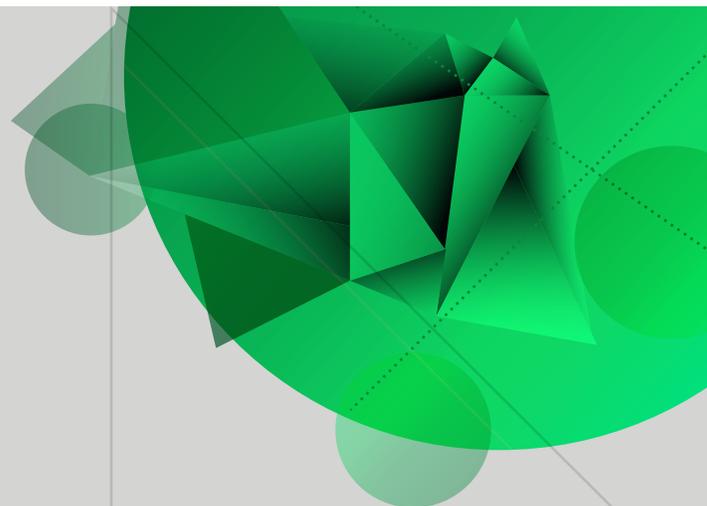
cambio real de las conductas. No se trata de disponer muchos conocimientos, sino de disponer de capacidades y habilidades que permitan comportarse de manera diferente” (Marqués, Saéz, & Guayta, 2004).

“La educación para la salud es facilitar la adaptación voluntaria de los comportamientos de los responsables, de los técnicos y de la población a través de las experiencias de aprendizaje complementarias que mejoren la salud del individuo o de la colectividad” (Rochon, 2001).

3

Unidad 3

Diagnóstico –Análisis de Situación Salud (ASIS)



Salud pública

Autor: Laura Elizabeth Castro Jiménez

Introducción

Antes de comenzar cualquier intervención sea de promoción de la salud, prevención de la enfermedad o rehabilitación es conveniente planificar los objetivos que perseguimos, los pasos que se deben seguir y los recursos que se necesitarán para cumplir con la meta propuesta de la manera más eficaz y eficiente posible.

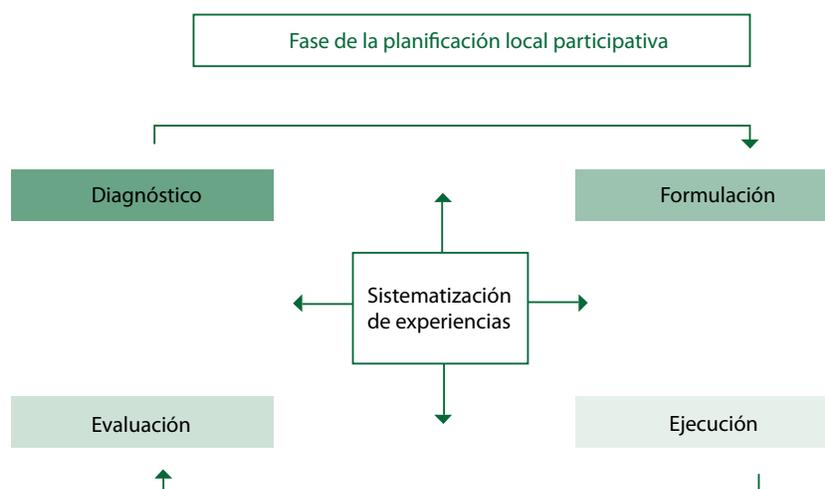


Figura 1. Fases de planificación local

Fuente: Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud, Ministerio de Salud y Ambiente. Diagnóstico Local Participativo. Argentina, Noviembre de 2004.

Estimados y estimadas estudiantes, sean ustedes bienvenidos a la unidad 3 del curso virtual de Salud Pública.

El objetivo general de la unidad es conocer las herramientas para proponer, implementar y evaluar programas dirigidos a dar soluciones a las condiciones de vida y salud de las poblaciones.

Dentro de las recomendaciones específicas para el desarrollo exitoso del presente módulo sugerimos:

- Revisión del contenido temático del curso y las fechas de entrega de trabajos.
- Revisar periódicamente el correo electrónico y los foros disponibles.
- El estudiante deberá leer semanalmente las actividades que tiene programadas.
- El estudiante debe revisar los recursos que tiene disponibles para realizar las actividades programadas.

Muchas veces cuando nos disponemos a organizar el trabajo en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación dentro de nuestra comunidad, nos viene a la mente una serie de inquietudes y dudas hasta que surge la pregunta crucial ¿Por dónde empezamos?

Una vez que damos el primer paso, aparecen una a una preguntas tales como: ¿Qué problemas abordamos primero? ¿Cómo formularemos el proyecto? ¿Cómo haremos el seguimiento y la evaluación de la implementación? Es así como el diagnóstico local es una herramienta para acercarse a las necesidades sentidas de la población y la manera de abordarlas de forma adecuada, eficaz y eficiente.

Diagnóstico –Análisis de Situación Salud (ASIS)

El análisis de situación de salud (ASIS) es considerado como el insumo básico para la toma de decisiones no solo para el sector salud, sino en otros sectores como educación, recreación, deporte, económico y político. El objetivo de esta metodología es conocer y comprender la complejidad en que se desarrollan los procesos de salud- enfermedad y calidad de vida de las poblaciones, permite la adecuada y pertinente planeación de intervenciones desde el estado y la misma comunidad.

La metodología ASIS recoge una serie de procesos sistemáticos y analíticos que permiten caracterizar, medir y explicar el proceso salud - enfermedad del individuo, las familias y las comunidades. Es un instrumento que genera una mirada comprehensiva de las diversas dimensiones del proceso salud - enfermedad, como insumo para orientar la construcción de políticas que se desarrollan a través de acciones concretas con ordenadores definidos sectoriales e intersectoriales, que contribuyen a modificar la situación de salud de los individuos, familia y comunidad, traducido en bienestar (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012).

¿Cómo se realiza?

Luego de ubicar los diferentes territorios, el centro del análisis y de reconocimiento estará en las etapas del ciclo vital, del conjunto de características que los conforman (género/r/etnia/estrato socio-económico social/capacidad mental, física, /sexualidad) y realizar análisis de equidad que puedan mostrar las desigualdades existentes o no por estas condiciones. En ese contexto, los sistemas de información deben de comportarse como sistemas abiertos que interactúan constantemente con el comportamiento y las dinámicas humanas y sociales, a fin de poder permitir, modificaciones que respondan a los mínimos necesarios para

caracterizar las condiciones de los colectivos en los territorios, sus características individuales y entreguen insumos que permitan construir un modelo explicativo de la realidad (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012).

El ASIS, debe incorporar la participación ciudadana, bajo el marco de procesos de descentralización local, y del énfasis en el desarrollo de intervenciones de base comunitaria.

¿Para qué sirve?

Para desarrollar el proceso de análisis de situación de salud a través de distintas fases metodológicas que permitan identificar inequidades en salud y sus determinantes, como insumo para la construcción de intervenciones costo – efectivas más integrales, articuladas con otros sectores, que contribuya a mejorar las condiciones de salud y de vida del individuo, la familia y la comunidad (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012). Así mismo, busca identificar, analizar, comprender y medir los factores determinantes de la salud en Bogotá D.C., con el fin de avanzar en la reducción de brechas y situaciones intolerables y aplicar con equidad los recursos sociales que contribuyan a modificar las condiciones de vida de las poblaciones y fortalecer el modo de gestión de los servicios de salud.



Figura 2. Análisis de situación de salud

Fuente: Hospital Pablo VI de Bosa. <http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/pagina/images/hospital/consejos2.jpg>

Diagnóstico Precede

El diagnóstico local a través del modelo Precede, equivale acrónimo en español como “Predisponer, reforzar y establecer constructos de diagnóstico y evaluación educativa y ambiental”. Tal como lo implica su nombre, representa el proceso que precede o lleva hacia una intervención.

Preceder tiene cuatro fases (Correa, Tolentino, & Berkowitz, 2013):

Fase 1: identificar el resultado final deseado.

Fase 2: identificar y establecer prioridades entre los asuntos de salud o comunitarios, así como también los determinantes de comportamiento y ambientales que entorpecen la obtención de ese resultado, o las condiciones que se deben alcanzar para lograr ese resultado; e identificar los comportamientos, estilos de vida y/o factores ambientales que afectan esos asuntos o condiciones.

Fase 3: identificar los factores que contribuyen a la predisposición, facilitación y refuerzo, que pueden afectar los comportamientos, actitudes y factores ambientales con prioridad en la fase 2.

Fase 4: identificar los factores administrativos y normativos que influyen lo que puede ser implementado.

Las cuatro fases de Preceder, por lo tanto, lógicamente avanzan hacia atrás desde el resultado deseado, hacia dónde y cómo se podría intervenir para lograr ese resultado, hacia los asuntos administrativos y normativos que necesitan ser abordados con el objeto de organizar exitosamente dicha intervención. Se puede considerar que todas estas fases son de formación.

¿Cómo se hace?

Después de tener definido el territorio que se va a evaluar se tienen en cuenta los siguientes ítems en cada una de las categorías de evaluación:

Evaluación social

Datos de la población en general	Estructura demográfica
	Estrato social
	Nivel de afiliación
Población	Necesidades de la población
	Deseos de la población
	Percepciones de la población

Evaluación epidemiológica

Condiciones de salud	Patrones de: mortalidad, morbilidad, cuidado y discapacidad
----------------------	---

Evaluación ambiental y del comportamiento

Evaluación ambiental y comportamental
Debe ser una narrativa en la que se desarrolle en forma descriptiva, explicativa y crítica la caracterización del territorio, teniendo en cuenta su dinámica territorial sus características geográficas, ambientales y características político-administrativas. En este apartado, se debe ubicar la población en conflicto social, y los conflictos ambientales en su relación con el territorio.
Nos detenemos en las formas particulares de producción existentes en la comunidad, su dinámica productiva, las condiciones de los procesos de trabajo, para identificar los factores protectores y deteriorantes que afecta la salud de la población diferenciando el grado de exposición por ciclo vital tanto de la población que habita la comunidad, como la que trabaja.

Evaluación educacional y ecológica

Evaluación educacional y ecológica	
Respuesta social	Se ubican dos tipos de respuestas la primera relacionada con las competencias sectoriales denominadas institucional y la respuesta de la ciudadanía denominada comunitaria.
	Respuesta institucional
	Respuesta comunitaria

Evaluación administrativa y política

Programas y actividades	Programas y actividades en las cuales participa la comunidad	
	Existencia y descripción de sistemas de información y de vigilancia.	
	Indicadores que manejan:	a. Proceso
		b. Resultado
		c. Impacto

Marco lógico

El enfoque del marco lógico es una herramienta útil para orientar y planificar los objetivos de los proyectos, apoyándonos para hacer un adecuado análisis y de gestión del proyecto. Es

una metodología de análisis estructurado utilizada en diversos proyectos nacionales e internacionales de desarrollo y cooperación que permite hacer análisis, evaluación, y seguimiento de los mismos; también puede ser aplicada en la elaboración de programas, e incluso en la planeación de las estrategias de los programas en el sector público como privado.

El marco lógico como se mencionó permite el análisis, la presentación y gestión que pueden ayudar a los planificadores de proyectos y a los administradores porque visualiza una jerarquía lógica de los medios por los cuales los objetivos serán alcanzados; identificando los riesgos potenciales para la consecución de los objetivos, y los resultados sostenibles; facilita establecer cómo los productos y resultados de los proyectos podrían ser mejor monitoreados y evaluados (Análisis y desarrollo social, Consultores).

Es necesario distinguir dos conceptos entre lo que se conoce como el enfoque del marco lógico (EML) y la matriz del marco lógico (ML). El enfoque incluye tanto el análisis de problemas como de las partes interesadas. Así mismo, el desarrollo de la jerarquía de objetivos y la selección de la estrategia de aplicación preferente. El producto de este enfoque analítico es la matriz (el marco lógico), que resume lo que el proyecto pretende hacer y cómo. Además, ayuda a determinar cuáles son los supuestos del proyecto y cómo los productos y resultados serán monitoreados y evaluados (Análisis y desarrollo social, Consultores).

¿Cómo se realiza?

Los pasos para el diligenciamiento del marco lógico para un proyecto se enumeran a

continuación:

1. Defina el objetivo general o meta.
2. Defina el objetivo del proyecto.
3. Defina los resultados o productos para alcanzar el objetivo del proyecto.
4. Defina grupos de actividades para lograr cada resultado.
5. Verifique la lógica vertical.
6. Defina las suposiciones importantes que se requieren en cada nivel.
7. Defina Indicadores objetivamente verificables (IOVs).
8. Defina los medios de verificación (MV).
9. Costee las Actividades, elabore el presupuesto.
10. Consulte la lista de chequeo para el marco lógico. (Universidad Autónoma de Occidente, 2007)

Estructura de la matriz del marco lógico

Objetivos	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin Es una definición de cómo el proyecto contribuirá a la solución del problema.	Mide el impacto general que tendrá el proyecto.	Fuentes de información que se pueden utilizar para verificar los objetivos logrados.	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones necesarias para la sostenibilidad.
Propósito Es el impacto directo a ser logrado a partir de los resultados.	Describe el impacto logrado al final del proyecto.	Fuentes de información que permitan ver si los objetivos se están logrando.	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones para que el propósito contribuya para el logro del fin.
Resultados Son las obras, servicios y capacitación que se requiere para el proyecto.	Descripciones breves de cada uno de los resultados que se tienen que terminar en el proyecto.	Dónde se puede encontrar información para verificar que los resultados han sido producidos.	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones para que los resultados alcancen el propósito.
Actividades Tareas que se deben cumplir para alcanzar los resultados.	Contiene el presupuesto para cada actividad a ser producida por el proyecto.	Información donde se puede verificar si el presupuesto ha sido gastado de acuerdo a lo planificado.	Indican acontecimientos, decisiones o condiciones que tienen que suceder para completar los resultados.

Figura 3. Estructura de marco lógico

Fuente: http://farm8.staticflickr.com/7235/6922512234_ea1236a7c9.jpg

Lógica vertical en la construcción del marco lógico

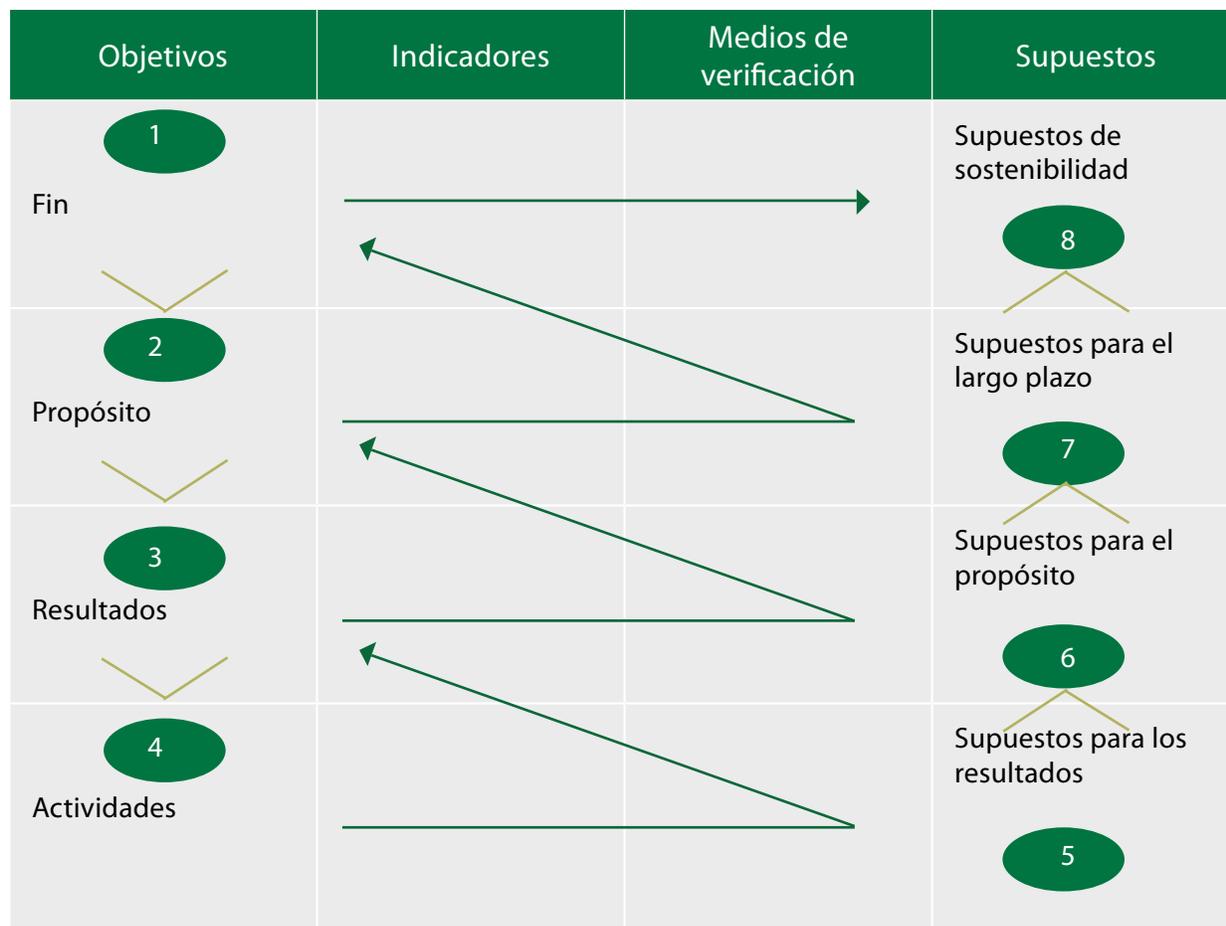


Figura 4. Lógica vertical en la construcción del marco lógico

Fuente: Tomado de http://farm8.staticflickr.com/7130/6906239218_6167650aa5.jpg

¿Para qué sirve?

La metodología de marco lógico se puede utilizar durante todo el ciclo de gestión del proyecto para facilitar las labores de monitoreo, control y evaluación pero es un punto álgido en la etapa de iniciación y planeación del proyecto. Además permite acciones como:

- Identificar y evaluar las actividades.
- Preparar el diseño del proyecto de una manera sistemática y lógica.
- Evaluar el diseño del proyecto.
- Implementar los proyectos aprobados.

- Monitorear, revisar y evaluar el progreso y desarrollo en el cumplimiento de los indicadores durante el ciclo de vida del proyecto.

Se podría afirmar que la metodología ML es una herramienta que “ayuda a pensar” y tiene una amplia aplicación durante la planeación (Universidad Autónoma de Occidente, 2007).

Diseño de programas

Las necesidades de los diferentes individuos y grupos sociales poblaciones no son uniformes, por lo que existe un amplio abanico de objetivos por definir e incidir. Los campos de actuación están diferenciados según la población para la que está pensado el programa.

Es por eso que después de realizado el diagnóstico e identificado las necesidades de la población, se debe empezar a pensar sobre la intervención que se debe realizar, es decir, se debe definir si la población necesita que se realicen acciones en promoción de la salud, prevención de la enfermedad o rehabilitación, o todas o la combinación de estas.

Es por esto que en este apartado mencionaremos las diferentes estrategias de promoción y prevención.

- Educación en salud.
- Auto-cuidado.
- Participación social.
- Jornadas de atención.
- Ambientes saludables.

Evaluación

¿Está la intervención realmente funcionando para provocar el resultado final que la comunidad identificó o lo que se espera en la implementación del programa? Para poder contestar esta pregunta es necesario hacer un proceso de evaluación, una de las maneras que existe para hacer este monitoreo es a través de la formulación de indicadores.

Indicadores

Los indicadores pueden considerarse unidades de información en las que se sintetiza un rasgo concreto, al que previamente hemos dado el valor de ser significativo (es decir, de ser un dato fundamental para poder valorar) para el análisis (Orientaciones sobre procesos de gestión, 2010). Esta unidad de información se construye de forma diferente en función del tipo de información que se necesite y de acuerdo con la finalidad para la que se necesite. Es importante que el indicador realmente evalúe lo que queremos y no otra cosa.

Un indicador también puede definirse como un conjunto de datos que señalan un aspecto o condición, e informan cuán bien opera un sistema con respecto al logro de un conjunto predeterminado de resultados. Los indicadores son utilizados a manera de “agentes” o substitutos, para medir condiciones muy complejas cuya medición directa sería muy difícil (Schuschny & Soto, 2009).

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Si se está evaluando un programa para mejorar las condiciones de salud de la población infantil, se pueden

determinar los cambios observados utilizando varios indicadores que revelen indirectamente esta modificación. Indicadores posibles de utilizar pueden ser el estado de nutrición (por ejemplo, peso en relación con la estatura), la tasa de inmunización, las tasas de mortalidad por edades, las tasas de morbilidad por enfermedades y la tasa de discapacidad por enfermedad crónica en una población infantil (Epicentro, 2007).

Hay diferentes clasificaciones en cuanto a indicadores, algunos identifican tres tipos de indicadores básicos:

- **Indicadores de actividad:** son un dato, una magnitud. Se construyen a partir de variables cuantitativas y son útiles para contabilizar y comparar, en periodos de tiempo diferenciados, el volumen de trabajo realizado. Por ejemplo, número de entrevistas de personal realizadas, número de reuniones que se han desarrollado, tiempo total dedicado a planificar, etc. (Schuschny & Soto, 2009).
- **Indicadores de resultado:** se añaden variables cualitativas a las estrictamente cuantitativas. Se utilizan en la presentación de informes periódicos justificativos del grado de cumplimiento de los objetivos previstos para un plazo determinado. Por ejemplo, valoraciones (según escala de 0 a 10) del grado de participación en grupo, número y calidad de las intervenciones para satisfacer necesidades de apoyo de una persona, nivel de satisfacción global del conjunto de clientes de un centro, etc. (Orientaciones sobre procesos de gestión, 2010).
- **Indicadores de proceso:** carecen de la precisión de los indicadores de actividad y de resultado. Se construyen utilizando tanto herramientas de medición como de

observación y sondeo. Tratan de ser unidades de información sobre “intangibles” (liderazgo, consenso, clima, comunicación), sobre “producción” (programación, estructura, recursos, técnicas) y sobre “proyección” (imagen, posición en el sector, previsiones de futuro...). Por ejemplo, valoración de la mejora en la autonomía de los equipos de trabajo o en la cualificación de los mismos, capacidad de respuesta ante situaciones no previstas, nivel de complejidad de las situaciones, etc (Schuschny & Soto, 2009).

Se clasifican de acuerdo a su naturaleza:

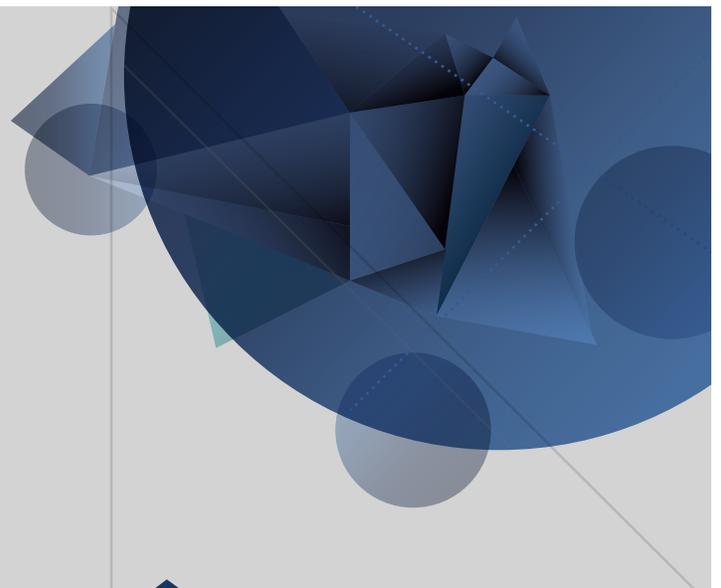
Indicadores cuantitativos, los cuales son expresados inherentemente en valores numéricos, En lo posible, deben desarrollarse indicadores cuantitativos, ya que las mediciones de condiciones intrínsecamente cuantificables tienden a ser más confiables, y la compilación de los datos tiene a ser más directa (Schuschny & Soto, 2009).

Indicadores cualitativos, los cuales reflejan opiniones, sentimientos y actitudes, basados en la interpretación. Una porción significativa de las relaciones con las comunidades se basa en las actitudes y las percepciones con respecto a las operaciones y las actividades de los programas. Dichas actitudes y percepciones son, por naturaleza, no cuantificables y, por lo tanto, se basan en descripciones cualitativas. Los indicadores cualitativos, aunque requieren una definición más estricta y están sujetos a más debate, ayudan a proveer una perspectiva más amplia, ya que complementan los detalles de las mediciones cuantitativas. Los indicadores cualitativos son, en términos generales, más difíciles de medir, pero reflejan en forma más directa las necesidades de las poblaciones interesadas/ afectadas y sus percepciones con respecto a una empresa. (Schuschny & Soto, 2009).

4

Unidad 4

Políticas públicas



Salud pública

Autor: Laura Elizabeth Castro Jiménez

Introducción

Cuando se habla de política, popularmente se suele asociar con las fuerzas partidistas que buscan liderar el poder en los pueblos y las regiones, relacionándose con los aspectos negativos que dichas luchas de poder traen a la sociedad, no obstante, cuando nos referimos a políticas públicas, nos enfocamos a la manera como el estado ejerce su función, por medio de la facilitación o restricción al acceso de bienes, servicios y/o derechos de los diferentes sectores, incluido el sector social, afectando de esta manera en muchas ocasiones los determinantes sociales de la salud, lo cual nos debe motivar a los profesionales de la salud a conocerlas y participar en la formulación de las mismas.

Estimados y estimadas estudiantes, sean ustedes bienvenidos a la unidad 4 del curso virtual de Salud Pública.

El objetivo general de la unidad es conocer como es el proceso de construcción, implementación y evaluación de las políticas públicas como herramienta indispensable en salud pública para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.

Dentro de las recomendaciones específicas para el desarrollo exitoso del presente módulo sugerimos:

- Revisión del contenido temático del curso y las fechas de entrega de trabajos.
- Revisar periódicamente el correo electrónico y los foros disponibles.
- El estudiante deberá leer semanalmente las actividades que tiene programadas.
- El estudiante debe revisar los recursos que tiene disponibles para realizar las actividades programadas.

Políticas públicas

Las políticas públicas se pueden entender como acciones estratégicas orientadas a la resolución de problemas de carácter público, es decir, es un conjunto de respuestas, que involucran más de una decisión y que además estas son propias del gobierno o régimen político. Otros autores definen, la política pública como el conjunto de sucesivas iniciativas, decisiones, y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a un nivel manejable (Velázquez Vargas, 1999). También es definida como el conjunto de sucesivas respuestas del Estado frente a situaciones consideradas socialmente como problemáticas. Para Muller, “es un proceso de mediación social, en la medida en que el objeto de cada política pública es tomar a su cargo los desajustes que pueden ocurrir entre un sector y otros sectores, o aun entre un sector y la sociedad global” (Hernández, 2002).

Tanto la política como las políticas públicas tienen que ver con el poder social. Pero mientras la política es un concepto amplio, relativo al poder en general, las políticas públicas corresponden a soluciones específicas de cómo manejar los asuntos públicos (Lahera, 2004). De esta manera existen dife-

rentes enfoques que cuentan con diversas escuelas o corrientes de pensamiento. Existen los enfoques que centran los espacios de poder en el Estado; por otra parte, los enfoques que ubican los espacios de poder en la sociedad y, por último, los enfoques mixtos (Roth, 2002).

En Colombia, se entiende la política pública como el curso de acciones de gobierno que propone adecuar, continuar o generar nuevas realidades, deseadas en el nivel territorial e institucional, contrastando intereses sociales, políticos y económicos y articulando los esfuerzos de los actores y organizaciones que ejercen presión en defensa de dichos intereses. En esta definición se reconoce a la política pública en su función de mediadora de diversos intereses entre el Estado y la sociedad, entendiendo también la política como procesos de negociación y conciliación entre grupos con diversos intereses (Hernández, 2002).

En este sentido las políticas públicas se convierten en un “análogo” de las instituciones, más que en un conjunto de decisiones más o menos eficientes, efectivas o racionales; representan la realización concreta de decisiones, el medio usado por un actor en particular llamado Estado, en su voluntad de modificar comportamientos mediante el

cambio de reglas de juego operantes hasta entonces, por lo que representan la cristalización de un momento en el estado de la relación de fuerzas entre distintos actores que intervienen en el proceso de definición de las reglas de juego. Pero es claro que el número de actores es limitado y selectivo, la configuración de estos actores da cuenta de reparto del poder así como de las relaciones y de integración establecida; de esta manera la política pública muestra empíricamente del tipo de Estado, de su evolución y transformación (Roth, 2002).

Según Bordiu el Estado, en su concepción moderna, corresponde a un proceso cultural e ideal por medio del cual la idea de un poder no individualizado se concreta históricamente. La política pública centrada en el Estado, funciona como un selector de las demandas y un proveedor de servicios, son los individuos y los grupos que ocupan el Estado quienes determinan de manera esencial las elecciones en materia de políticas públicas, en este grupo se sitúan los enfoques decisionistas, el enfoque burocrático o neweberiano según el cual las elecciones públicas resultan de los conflictos y competición entre distintos grupos o clanes en el seno del estado; todos estos enfoques tienden a minimizar la influencia de los cambios y de los actores situados en el entorno social, económico, político e internacional del Estado para explicar las elecciones de políticas públicas (Roth, 2002).

Las políticas públicas en salud son originadas y operacionalizadas por un actor público revestido de autoridad; en este caso, el gobierno distrital. Sin embargo, otros actores públicos pueden ejercer influencia en la intencionalidad y acción de las políticas, pero su producción es competencia de

quien está revestido de autoridad. En este sentido, el análisis de la política pública es esencialmente pragmático. La política pública en salud involucra los objetivos y los medios para alcanzarlos tales como los proyectos de inversión y los planes de beneficio, plan de intervenciones colectivas y plan obligatorio de salud (POS). En este sentido, el ente territorial dispone de una autonomía relativa para definir las intervenciones que se realizan a través de planes, programas y proyectos de salud o el componente de salud en el plan integral de desarrollo que se ejecuta a través de proyectos de inversión como en el caso del Distrito Capital. La política pública en salud no tiene siempre como intencionalidad solucionar un problema en forma definitiva, sino que, tal como se señaló, solo pretende la mayoría de veces llevarlo a una situación manejable (Hernández, 2002).

Formulación de políticas públicas

Roth (2002), menciona: en el ciclo de las políticas públicas se propone una serie de etapas o de secuencias lógicas, de tal manera que se distinguen fases en la vida o desarrollo de una política pública, a saber: identificación del problema, formulación de soluciones, toma de decisión, implementación y evaluación.

En la fase de identificación del problema, una situación es percibida como problema por los actores sociales y políticos. Se solicita una acción pública respecto de un problema identificado por los actores sociales y políticos; se solicita entonces una acción pública y se busca que el problema esté inscrito en la agenda del sistema político (agenda setting).

En la fase de formulación de soluciones, una

vez lograda la inscripción del problema en la agenda gubernamental, la administración trata de disponer de un mejor nivel de conocimiento del problema y propone una o varias soluciones al mismo (policy formulation).

En la toma de decisión, los actores e instituciones autorizados para tomar la decisión (gobierno de la ciudad, concejo, entre otros) examinan la o las soluciones existentes y adoptan la mejor.

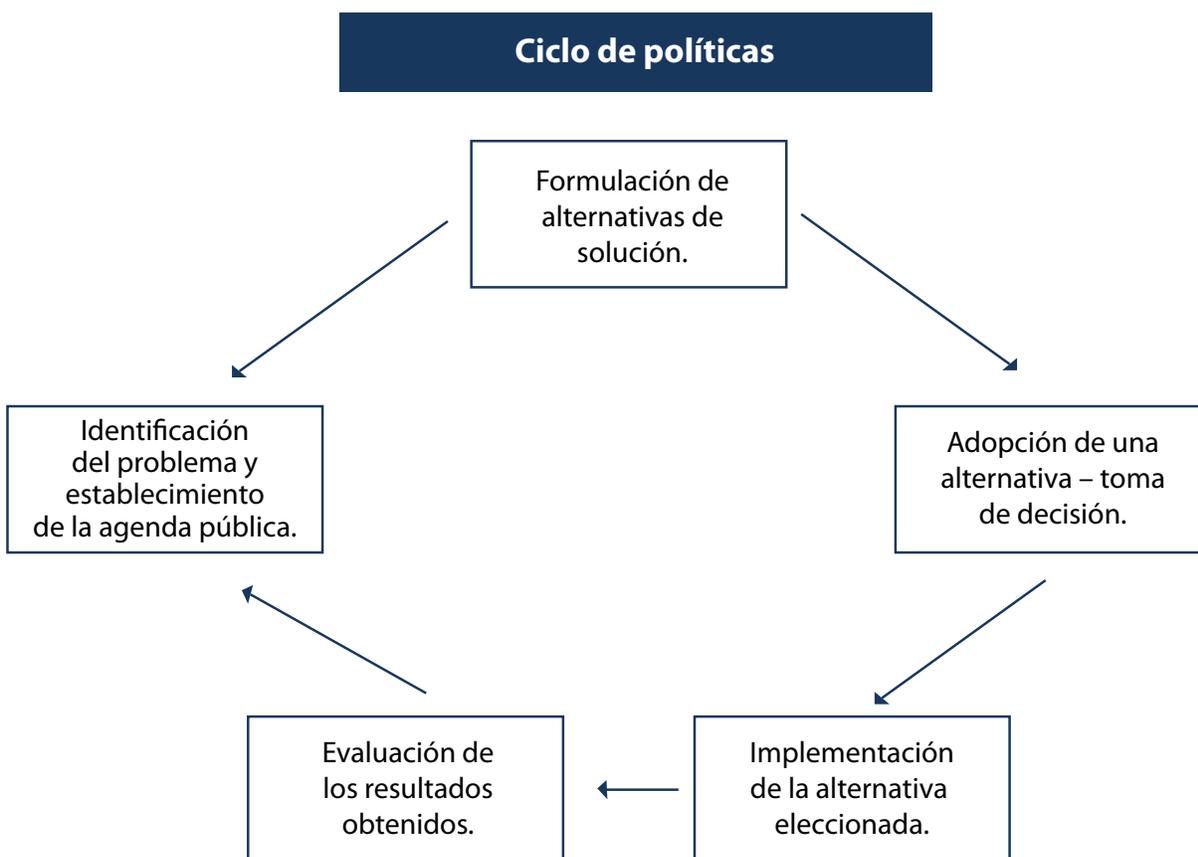


Figura 1. Ciclo de la política

Fuente: Alcaldía Mayor de Bogotá. Marco conceptual y metodológico para la formulación de políticas públicas en el sector del desarrollo económico. Bogotá, 2012.

Implementación

En la implementación práctica de la decisión, por lo general, la administración es la encargada de implementar la solución escogida por el decisor, es decir, de traducir la decisión en hechos concretos (implementación). Es decir cambia de escenario, ya que la implementación no es la mera ejecución de acciones sino la interacción de unas directrices dadas con la realidad de cada territorio. Se deben tener en cuenta los recursos físicos, financieros, de recursos humanos para plasmar en hecho lo que está en el papel.

Evaluación de la política pública

En correspondencia con lo anterior, la evaluación de una política puede definirse como investigar si los medios jurídicos, administrativos o financieros puestos en acción permitieron producir los efectos esperados de esta política y atender a los objetivos que le fueron fijados (Roth, 2002). Lo fundamental de la evaluación ha sido la contrastación de los objetivos y finalidades de una política con la realidad que se desarrolla la misma (Velázquez Vargas, 1999).

La evaluación se ocupa de recolectar, verificar e interpretar la información sobre la ejecución y eficacia de las políticas y programas públicos; siendo un instrumento valioso e indispensable para conocer y mejorar las acciones públicas. Inicialmente la evaluación se desarrolló como un instrumento de medición de la eficacia de las políticas, posteriormente en el ámbito de las políticas este enfoque se amplió; la evaluación no solo consiste en emitir un juicio sobre los hechos, sino que incluyó también una apreciación en términos de valores (Roth, 2002).

La OMS define la evaluación de programas de salud como "...un medio sistemático de aprender empíricamente y de utilizar las lecciones aprendidas para el mejoramiento de las actividades en curso y para el fomento de una planificación más satisfactoria mediante una selección rigurosa entre distintas posibilidades de acción futura". Según Saraceno, mencionado por Scoppetta, "evaluar implica hacer una comparación entre la realidad y lo que se tendría que hacer y lograr según las especificaciones de la misión y los programas desarrollados..." (Scoppetta, 2006).

Por sus objetivos, la evaluación puede informar a quienes la diseñan y ejecutan; o, puede informar al público, actores externos y la sociedad, de acuerdo al interés que motiva a los evaluadores. En las evaluaciones endoformativas el objetivo es adaptar una innovación en un contexto determinado o concebir y mejorar el programa; en las evaluaciones recapitulativas el objetivo es la validación y/o dar garantía de la innovación propuesta o la certificación y/o delimitación del campo de aplicación de la innovación.

La evaluación de políticas públicas sigue un conjunto de criterios metodológicos. Usualmente se consideran los momentos de la evaluación (antes, durante o después de la implementación de la política). Así mismo, se consideran los modos y niveles de la evaluación de políticas. En el primer caso se consideran los recursos, los procesos y los resultados, según se combinen el grado de conocimiento de los procesos y el grado de mensurabilidad de los resultados (Roth, 2002).

En cuanto a los niveles de evaluación, Roth menciona los siguientes: medios, resultados (logros según objetivos), impactos (efectos

previstos y no previstos en el entorno social y económico), eficiencia y satisfacción. Por último, debe considerarse los evaluadores, que proporcionan conocimiento argumentado, a partir de observaciones concretas basadas en normas y valores. Según la posición de los evaluadores, se considera la evaluación externa (heteroevaluación), la evaluación interna (autoevaluación) y la evaluación mixta (pluralista y múltiple).

Otros autores mencionan distintos tipos de evaluación de la política como Román Vega, (2003), que partió de un enfoque que incluyó tres lineamientos principales unidos en interacciones complejas:

1. “Unfolding in reverse”: procedimiento mediante el cual se hacen reversibles, se construyen o critican los efectos negativos de una política o práctica sobre sujetos específicos;
2. “Holding”: proceso mediante el cual los sujetos constituyen y fortalecen sus puntos de vista y asumen una postura ética frente a sí mismos y los otros, respecto de las implicaciones de sus perspectivas y acciones;
3. “Ethical and political unfolding”: proceso mediante el cual los sujetos constituyen plataformas de acción con otros y se preparan para la participación en la toma de decisiones políticas.

Wolffson, por su parte establece que la solución de los problemas de salud en un territorio depende de decisiones individuales, de grupo y de acción pública, al considerar la existencia de varios niveles que a su vez se contienen en niveles superiores. Este modelo propone la existencia de dos grandes componentes que influyen la salud: el entorno y las acciones. Se considera que

la situación de salud se presenta como un conjunto de factores que se corresponden con diferentes unidades -individuos, familias, grupos de vecinos- que se asientan y organizan en grupos geopolíticos-barrios y comunas, de tal manera que cada uno queda incluido dentro de una organización mayor, pero constituye en sí mismo un nivel de abordaje de dichos fenómenos. Por ello, es necesario que a cada nivel se le represente con la expresión de sus necesidades o realidades en salud, para el análisis a partir de la información que se obtenga (Pradilla, 2007).

Para los fines de esta tesis, se realizará una evaluación del ciclo de la política, que corresponden a las etapas en la vida de las políticas que empiezan por la denominada fase de formulación de la política pública, continúan con la fase de implementación de la misma y, finalmente, acaban con la fase de evaluación de la política pública. Este esquema permite profundizar en el concepto de ciclo de la política pública, que constituye un sistema que se apoya en la existencia de tres elementos fundamentales: en primer lugar, las actividades y acciones que genera la política pública, ya sean productos o impactos; en segundo lugar, el propio ciclo operativo de la política; y, en tercer lugar, el entramado de agentes sociales que rodean a la política, tanto por verse afectados por ella como por no estarlo y considerar que pueden influirla. (Ruiz, 2004)

Las acciones de una política pública deben caracterizarse por no ser eventuales o secundarias, sino elementos ordenadores de la acción de la autoridad y la sociedad. Así mismo, consideran el todo por encima de las partes, es decir, tienen un carácter holístico; son teleológicas porque en ellas predomina la visión a largo plazo sobre la de me-

diano plazo, y deben ser trascendentales, es decir, gestoras de cambios estratégicos. (Velázquez, 1999).

A la luz de las consideraciones anteriores, la formulación de la política pública es un proceso en el cual un conjunto de interacciones humanas entre los actores gubernamentales y sociales que participan contingentemente en espacios de discusión, a partir de una estructura de acuerdos básicos entre necesidades sociales e intereses gubernamentales, fijan unos límites y posibilidades de expansión de acciones a la luz del reconocimiento mutuo de los intereses que interpreta cada uno, y del tipo de realidad con la que desean comprometerse. El proceso que existe para formular una política da respuesta a un problema que está en la agenda pública y es la selección de una alternativa existente para disminuir la tensión entre el ser (presente) y el deber ser (situación deseada).

El proceso de la política, se refiere a los momentos institucionales de construcción de la política pública, la implementación y gestión de la misma, los recursos utilizados, las estrategias y actividades realizadas y la evaluación de los resultados que adelanta la propia institución. Puede entenderse como una evaluación del ciclo de política (etapas o secuencias lógicas de la política). (Roth, 2002).

Existen diversas opiniones sobre la implementación en la política pública para algunos es un proceso administrativo, el cual se ciñe a los trámites burocráticos para su ejecución; para otros esta etapa es esencial ya que es la transformación del discurso a acciones concretas. Como menciona Roth "La implementación de la política es parafraseando a Clausewitz, la continuación de

la lucha política con otros medios y en escenarios diferentes. Menospreciar el proceso de implementación es olvidar que la política es determinantemente definitiva para el resultado de una decisión". (Roth, 2002) Por lo que la implementación es la fase de una política pública durante la cual se generan actos y efectos a partir de un marco normativo de intenciones, de textos o discursos (Lane, 1995).

La evaluación de la implementación es también llamada "implemtation gap", que es la diferencia que hay entre la decisión o lo que está plasmado en el papel y la realidad, por mucho tiempo estuvo ausente la evaluación de la implementación de las agendas políticas por los costes que implicaba y porque mostraba las falencias administrativas y los problemas existentes en la gestión pública. Se ha observado que en la dinámica de la Secretaria de Salud, el enfoque que planteó para la implementación de la política pública es la de top-down, la cual es la concepción tradicional del enfoque administrativo que se desarrolla de arriba hacia abajo y del centro hacia la periferia, y considera que los problemas que se presentan son por errores en la coordinación y de control. (Roth, el modelo neoliberal: fundamentos históricos y modelos de implementación contemporáneos, en el modelo neoliberal y sus implicaciones en el Cauca, 1999).

Los resultados, son el conjunto de actividades orientadas por objetivos y llevadas a cabo, en el marco de unos programas y estrategias operacionales (organización de equipos, capacitación, publicidad, intervenciones, etc.). Al evaluar los resultados, conocemos los resultados de la acción pública con respecto a los objetivos propuestos, midiendo los efectos inmediatos de

la ejecución del programa o de la política (Hernández, 2002). Y los impactos, son los efectos obtenidos en términos de situación de salud, tendencias de indicadores de salud-enfermedad, desarrollo organizacional y comunitario, etc.

Política pública en salud

Las políticas públicas en salud están influenciadas por un contexto de factores que delimitan su intencionalidad y su acción (Hernández, 2002). Siguiendo el esquema que plantea (Velázquez, 1999) en relación con los factores que influyen la política pública y aceptando que las políticas públicas no responden a intentos voluntaristas del régimen político o de los diferentes actores sociales, podemos señalar los siguientes factores que han influenciado las políticas de salud:

La visión del proceso salud-enfermedad, es de multicausalidad y se expresa como determinantes en tres niveles: general, particular e individual. Los determinantes del nivel general influyen la sociedad en su conjunto, correspondiendo a las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales del colectivo. Los determinantes del nivel particular corresponden a las condiciones propias de cada grupo de población (familiar, escolar, laboral, lúdico, ideológico, etc.) incluyendo los estilos de vida peculiares de sus miembros. La interacción de los diferentes determinantes genera alteraciones en el proceso salud-enfermedad que se expresan en este nivel como perfiles endémicos, ante las cuáles se generan modelos de prestación de servicios específicos. Los determinantes del nivel individual incluyen las variaciones genéticas, físicas, psicológicas y comportamentales propias de cada miembro de la población. Las alteraciones en el proceso sa-

lud-enfermedad en este nivel, resultado de la interacción de todos los determinantes, se expresan como eventos singulares, ante los cuales la sociedad responde mediante prestadores de servicios (Vega, Hernández, Barajas, Coversa, & Cantor, 2003).

Sin embargo, si bien existe un reconocimiento explícito del enfoque de determinantes para el abordaje de la salud pública, y enfoque diferencial para cada una de las acciones a realizar.

Bibliografía

- **Alcaldía Mayor de Bogotá.** (Diciembre 1 de 2012). *Vigilancia en Salud Pública*. Recuperado el 21 de Julio de 2014, de <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/Analisisdesituaciondesalud.aspx>
- **Aldereguía Henriques, J.** (1990). *Problemas de higiene social y organización de salud pública*. Ciudad de La Habana: Científico Técnica.
- **Álvarez, A.** (2005). *Educación en salud*. Editorial Manual Moderno.
- **Análisis y desarrollo social, consultores.** (s.f.). *Guía de formulación de proyectos sociales con marco lógico*. Madrid, España: Análisis y desarrollo social, consultores.
- **Blanco, J., & Maya, J.** (2005). *Fundamentos de la salud pública*. (2da. Ed.). Colombia.
- **Coordinación Operativa de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables; Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud; Ministerio de Salud y Ambiente.** (2004). *Diagnóstico local participativo*. Argentina: Ministerio de Salud y Ambiente.
- **Correa, X., Tolentino, A., & Berkowitz, B.** (2013). *Caja de herramientas comunitarias*. Recuperado el 21 de Julio de 2014, de <http://ctb.ku.edu/es/tabla-de-contenidos/vision-general/modelos-de-desarrollo-para-la-salud-en-la-comunidad/PRECEDER-PROCEDER/principal>
- **Díaz Arroyave, M., & Montañez Gordo, E.** (2012). *Campañas de educación y prevención sexual*. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda.
- **Epicentro.** (Agosto 30 de 2007). *Indicadores en salud*. Recuperado el 21 de Julio de 2014, de Indicadores en salud: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/insintrod6.htm>
- **Franco, R.** (2002). *La salud pública hoy*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- **Gallego, J.** (s.f.). *Materiales educativos en educación para la salud. Criterios de análisis y elaboración*. Dirección de salud pública. España: Aragón.
- **González, J., Bosque, S., & Bosque, M.** (1998). *Mercadotecnia, comunicación y publicidad herramientas para la promoción de la salud*. *Manos a la salud*. México: CIESS/OPS.
- **Green, L. W.** (2000). *Prevención y educación sanitaria en salud pública*. Madrid: Interamericana.
- **Hernández, L. J.** (2002). Aproximaciones a la política pública en salud en Bogotá. *Rev. Salud pública*, 4(2), pp. 120-127.
- **Heyward, V.** (2008). *Evaluación y prescripción del ejercicio*. Ed. Médica Panamericana.
- **Jauregui, C., & Suárez, P.** (1998). *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional.
- **La Iniciativa de Comunicación.** (2005). *Modelo Precede-Proceed*. Recuperado el 14 de Julio de 2014, de <http://www.comminit.com/la/node/192683>

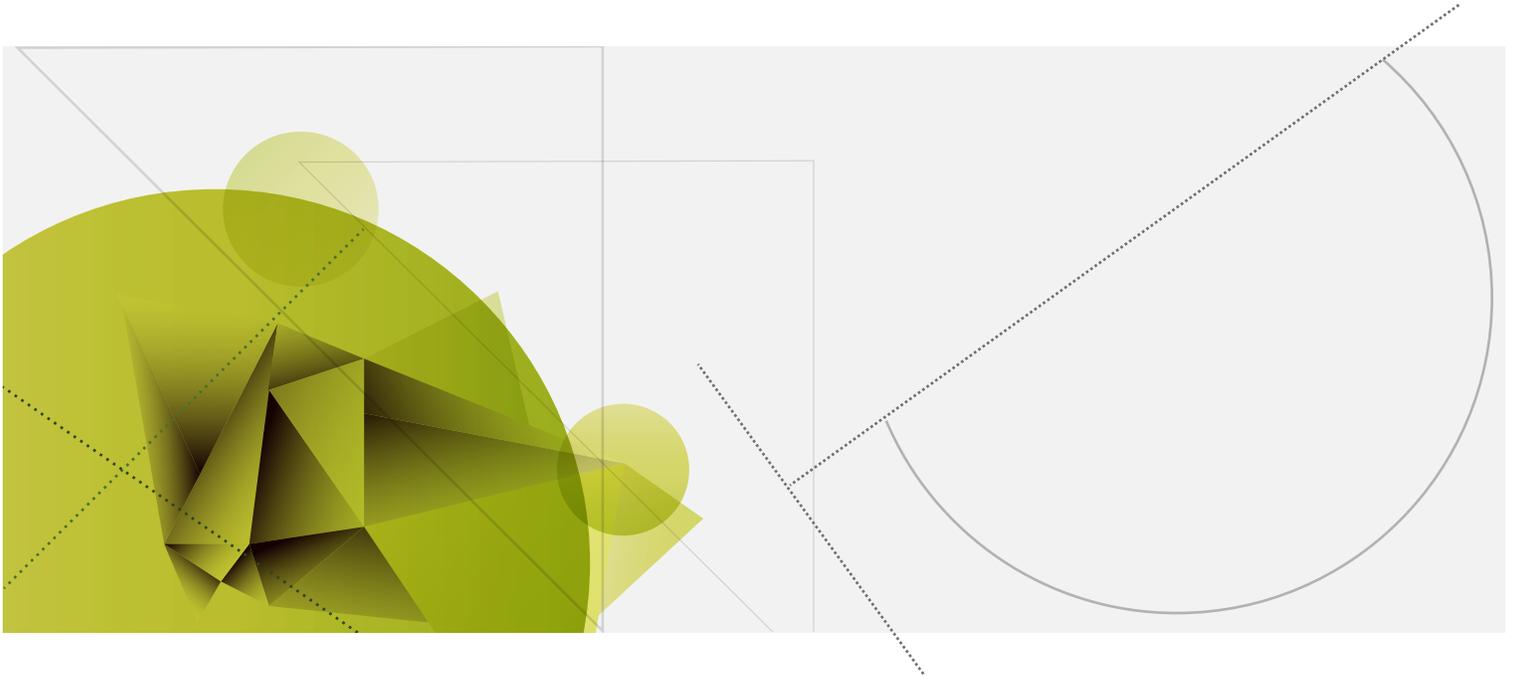
Bibliografía

- **Lahera, E.** (2004). *Política y políticas públicas*. Santiago de Chile: CEPAL, Serie políticas sociales 95.
- **Malagón Londoño, G., & Moncayo Medina, Á.** (2011). *Salud pública perspectivas*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- **Marqués, F., Saéz, S., & Guayta, R.** (2004). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*. Barcelona: UOC.
- **Mayor, B.** (2007). *Recomendaciones para la elaboración de folletos en salud, Vol. 8, (25)*. Panacea Ediciones.
- **Ministerio de Salud.** (2012). *Plan Decenal de Salud 2012-2021*. Bogotá, Colombia.
- **Ministerio de Salud de Colombia.** (2013). Ministerio de Salud de Colombia. Recuperado el 7 de Julio de 2014, de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Promoci%C3%B3nyPrevenci%C3%B3n.aspx>
- **Ministerio de Salud de Costa Rica.** (2010). *Ministerio de salud, informe de evaluación anual*. Costa Rica.
- **Moreno San Pedro, E., & Roales-Nieto, J. G.** (2003). El Modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychologica*, pp. 91-93.
- **Organización Mundial de la Salud.** (1986). *Carta de Ottawa*. Ottawa, Canadá: OMS.
- **Organización Panamericana de la Salud.** (2011). *Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- **Organización Mundial de la Salud.** (Noviembre 25 de 2005). *¿Qué es un sistema de salud?* Recuperado el 9 de Junio de 2014, <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- **Orientaciones sobre procesos de gestión.** (2010). *Orientaciones sobre procesos de gestión*. Recuperado el 21 de Julio de 2014, de <http://www.feaps.org/manuales/temas/0/0-indicadores.htm>
- **Ortegón, E.** (2008). *Guía sobre diseño y gestión de la política pública*. Convenio Andrés Bello, Colciencias. Bogotá Colombia.
- **Peñaranda, F.** (2011). *Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico*. La Carreta Editores. ISBN: 9789588427577.
- **Quevedo, E.** (19 de Junio, 1990). *El proceso salud-enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivista*. Bogotá: Ponencia presentada en el seminario permanente salud y administración.
- **Real Academia Española.** (18 de Julio de 2014). *Real Academia Española*.
- **Restrepo, M.** (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, Colombia: Editorial Panamericana.

Bibliografía

- **Restrepo, J., Echeverri, E., Vásquez, J., & Rodríguez, S.** (2006). *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Universidad de Antioquia, Medellín: Centro de Investigaciones Económicas.
- **Rochon, A.** (2001). *Educación para la salud, guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- **Rodríguez, M. I.** (1994). *De lo biológico y lo social*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- **Roth, A.** (2002). *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Colombia: Aurora.
- **Santacruz, J.** (2002). Viejo compromiso y nuevos retos. *La atención primaria de salud*. Consultor OPS/OMS.
- **Secretaria Distrital de Salud.** (Febrero 18 de 2011). Alcaldía Mayor- Secretaria de Salud. Recuperado en 2014, de http://saludpublicabogota.org/wiki/index.php?title=Plan_de_Intervenciones_Colectivas
- **Schuschny, A., & Soto, H.** (2009). *Guía metodológica, diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible*. Santiago de Chile: CEPAL.
- **Scoppetta, O.** (2006). Discusión sobre la evaluación de impacto de programas y proyectos sociales en salud pública. *Univ. Psychol*, 5(3).
- **Sharratt, M.** (2007). *Canadas physical actinity guides: background, process and develoment*.
- **SIDA-AIDS.** (2010). SIDA-AIDS. Recuperado el 7 de Julio de 2014 <http://www.sida-aids.org/psicologia-sida/29-modelos-de-salud/15-modelo-creencias-de-salud.html>
- **Timmons, B.** (2007). *Physical Activity for preschool children ¿how much and how?*
- **Universidad Autónoma de Occidente.** (2007). *Guía para la elaboración de marco lógico*. Cali, Colombia: Universidad Autónoma de Occidente.
- **Vega, R.** (2008). Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *La política de salud en Bogotá 2004 – 2008, Vol. 3*.
- **Velarde, J. C.** (2007). El papel crucial de la implementación de los programas sociales. *Entre el diseño y la evaluación*. Inter-American Development Bank, ISBN: 9781597820462
- **Velázquez Vargas, A.** (1999). *El estado y las políticas públicas*. Bogotá: Almudena Editores.
- **Zurro, M.** (1994). *Atención primaria en salud*. (3ra. Ed.). Madrid, España: Doyma-Mosby.

Esta obra se terminó de editar en el mes de noviembre
Tipografía Myriad Pro 12 puntos
Bogotá D.C.,-Colombia.



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO