



# BOLETIN

## DE INVESTIGACIÓN Y COOPERACIÓN

NÚMERO **10**

**2**

### Editorial

#### ¿Cómo vamos en...?

**4**

El cuidado colectivo y las acciones profesionales en la vida cotidiana de los sujetos individuales y colectivos

**11**

Y... ¿cómo estamos en innovación pública en la SDS? Resultados del Índice de Innovación Pública 2023

#### Experiencias exitosas

**14**

Salud y cultura: Una experiencia alrededor de la salud mental

**18**

IDCBIS celebra seis años de creación con importantes resultados científicos para el avance de la ciencia en Colombia

#### Innovación

**20**

Jugar y crear: reflexiones para la construcción de un laboratorio de innovación pública en la SDS

**23**

SaluData, innovación y gestión en salud en un solo lugar

**24**

#### Las Subredes hablan

Análisis funcional de la conducta en poblaciones vulnerables que habitan en la localidad de Santa Fe de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

**32**

Santa Clara: primer hospital universitario de la red pública de Bogotá

**33**

#### Noticias

La Unidad Funcional de Manufacturación de Terapias Avanzadas (Sala Blanca GMP)

**35**

La Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud migra al Open Journal System

**35**

Investigaciones Habla llega a sus 10 años

Bogotá D. C. Diciembre de 2023 ISSN: 23823976 (en línea)



SECRETARÍA DE  
SALUD



## Editorial

La vigencia cierra con experiencias exitosas y otros aprendizajes más para compartir. Para esta edición, queremos resaltar la labor adelantada desde el proceso de Gestión del Conocimiento e Innovación en donde se ha trabajado de manera articulada para impulsar el intercambio, uso y apropiación social del conocimiento. Para lograrlo, los esfuerzos han estado enfocados a gestionar el conocimiento en la entidad y ponerlo al alcance de la academia, los profesionales en el sector, el distrito y los ciudadanos en general. ¿Qué se ha hecho? Se ha trabajado para mantener la permanencia de espacios de distintos formatos de participación y para lograrlo se han puesto herramientas a disposición de los servidores de la Secretaría Distrital de Salud y la ciudadanía.

Cuando hablamos de espacios de participación destacamos los que surgieron bajo el formato de la Mesa Técnica de Gestión del Conocimiento e Innovación como: Recuperando Historias, Conversando con el Autor y Compartiendo Experiencias; entrevistas virtuales que han permitido compartir saberes en temas de Ciencia, Tecnología, Innovación y Gestión del Conocimiento y que han trascendido fronteras, permitiendo la participación de invitados de varios países.

En cuanto a las herramientas, se encuentran la implementación del repositorio institucional que aloja la producción intelectual de los servidores de la SDS bajo el software Dspace; el catálogo virtual de la biblioteca en el aplicativo Koha, que facilita la consulta a cualquier ciudadano sobre bibliografía disponible y la configuración del software Open Journal Systems que aloja gran parte de las publicaciones seriadas de la SDS.

Estas dos experiencias exitosas a nivel institucional y distrital que encontrarán en el despliegue de esta edición, están centradas en la celebración de los seis años de Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS) y en una práctica muy interesante en torno a la cultura y la salud mental promovida por el Hospital La Victoria y La Biblioteca Pública La Victoria. En innovación, compartimos un análisis de cómo vamos en innovación pública teniendo en cuenta los resultados que obtuvimos en el Índice de Innovación Pública realizado por la Veeduría Distrital en su tercera versión, asimismo, la experiencia frente a la construcción de nuestro próximo laboratorio de innovación pública en salud. En temas de las subredes integradas de servicios de salud celebramos la certificación otorgada al Hospital Santa Clara como el primero de la red pública de la ciudad. ¡Sean todas y todos bienvenidos a disfrutar de este último número del año!

**Alejandro Gómez López**  
Secretario Distrital de Salud

**Juan Carlos Bolívar López**  
Subsecretario de Planeación Sectorial

**Luis Ernesto Ruiz Cuevas**  
Director de Planeación Sectorial

**Luisa Fernanda Beltrán Enciso**  
Editora

**Luisa Fernanda Beltrán Enciso**  
**Rosa Nubia Malambo-Martínez**  
Equipo editorial

Corrección de estilo  
Diseño y diagramación

**Oficina Asesora de Comunicaciones**

**Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones**  
María Juliana Silva Amado

**Secretaría Distrital de Salud**  
Carrera 32 # 12-81 Teléfono: 364 9090, ext. 9796  
Bogotá, Colombia  
Boletín de Investigaciones  
N.º 10 del 2023

## El cuidado colectivo y las acciones profesionales en la vida cotidiana de los sujetos individuales y colectivos

Ana Paula Serrata Malfitano<sup>1</sup>

En el contexto de las X Jornadas epidemiológicas y de salud pública: “El cuidado y el bienestar un lenguaje universal”, organizadas por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Colombia, con el apoyo de diversas organizaciones, se propuso como objetivo “generar un espacio de análisis y debate técnico científico sobre los avances y perspectivas en la implementación de políticas, estrategias y abordajes epidemiológicos y de reflexión sobre los desafíos que tienen las sociedades presentes y futuras en el diseño e implementación de políticas que promuevan un futuro saludable para todos los seres vivos, en una entidad inseparable e interrelacionada que precisa de un enfoque coordinado, multidisciplinar e interdisciplinar”(Lineamientos jornada, 2022)<sup>2</sup>. Este objetivo se desarrolló a través de tres ejes: salud ambiental, bienestar para la vida y cuidado para la salud y la vida. (Apartes de la introducción relatoría día 3)<sup>3</sup> y <sup>4</sup>.

Este texto presenta la edición de la transcripción de la conferencia del “Cuidado y Bienestar un Lenguaje Universal” en el eje temático: el cuidado para la salud y la vida, presentada por la autora Ana Paula Serrata Malfitano, Profesora del Departamento de Terapia Ocupacional, Programa de Posgrado en Terapia Ocupacional, Universidad Federal de São Carlos, Brasil.

La Dra. Ana Paula agradece a la Secretaría de Salud de Bogotá por la invitación y poder compartir con los y las profesionales una perspectiva social sobre el cuidado. Al pensar en términos de los conceptos, cuando hablamos de cuidado se tiene una sensación de una palabra común



más que de un concepto por sí mismo. Pensando en el sentido de los conceptos, el cuidado es una palabra latina cuyo significado es la expresión de un intenso apoyo social, atributo fundamental para el sostenimiento de la vida y de la base para el desarrollo de otros componentes esenciales de la vida social. La conceptualización de cuidado es trasladada a la vida. El cuidado se relaciona con la dedicación a alguien, a algo, a una persona, una atención especial que se da en torno de una inquietud, una preocupación, un celo, una responsabilidad. En torno a este significado, en nuestra sociedad, hay una asociación muy cercana al cuidado hecho históricamente por las mujeres. Tenemos, en nuestras casas, quienes son los responsables de los niños, los adultos mayores, que son las personas que hacen el cuidado para la vida. Y también esto se refleja en la salud, que son las personas que trabajan en enfermería, en trabajos de fisioterapeutas, los educadores, los terapeutas ocupacionales; la mayoría son las mujeres. Entonces esto es una característica cultural muy importante de nuestra sociedad. El cuidado tiene una conexión muy cercana con las mujeres. Tenemos muchos cambios culturales necesarios para hablar del cuidado de una forma más amplia, porque si estamos hablando de la sustentación de la vida, tenemos que hablar de todos, no solo de todas.

En términos de la sociología, la cuestión del cuidado normalmente se relaciona a la teoría de Care, que significa cuidado en inglés. En muchos trabajos no se traduce y está directamente conectada a la definición sobre los cui-

1. Ana Paula Serrata Malfitano, Profesora del Departamento de Terapia Ocupacional, Programa de Posgrado en Terapia Ocupacional, Universidad Federal de São Carlos, Brasil.

2. Secretaría Distrital de Salud (2022). Lineamientos X jornadas epidemiológicas y de salud pública. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá. Colombia.

3. Solángel García Ruiz. Terapeuta Ocupacional. Dirección de Planeación Sectorial

4. Yazmín Puerto Mojica. Terapeuta Ocupacional. Subdirección de análisis y políticas de salud.

datos de los niños, de las personas mayores y también las cuestiones de dependencia relacionadas a los momentos de la vida que se tenga necesidad de cuidado. Entonces, los fenómenos de la discapacidad, de las enfermedades graves, las situaciones que pasan a todas las personas, que necesitan el cuidado de otro.

Se discute en la sociología muchas veces que la necesidad de alguien para cuidar se transformó en un trabajo, un trabajo muy precario, un trabajo en el que no hay valorización social. Entonces, cuando salimos a trabajar, ¿quién está a cargo de nuestros hijos?, ¿quién está a cargo de las personas mayores cuando tienen situaciones de dependencia?, ¿quién está a cargo de las personas con discapacidad? Existen acá muchas cuestiones en torno de la precarización del trabajo. Es una situación social irregular que existe muchas veces formal e informal en términos de cuidado. Esta es otra dimensión que está muy cerca de los servicios de la salud y de la asistencia social cuando hablamos de cuidados.

Pensar en esta conceptualización consiste en definir que cuidado no es sinónimo de cuidado en salud. Cuidado en salud es un tipo de cuidado, una modalidad de cuidado. Tenemos que pensar idealmente un cuidado en salud en una red integral de acciones especializadas que tiene como objetivo ofrecer atención, protección, tratamiento, acogida, educación para procesos de autonomía. Este sería el principio del cuidado en salud de una manera ideal.

Las dimensiones que envuelven el cuidado son muchas y hay algunas perspectivas teóricas que hablan de la ética del cuidado, así como existen cuestiones de la economía del cuidado. Entonces volvemos a las cuestiones: ¿quiénes son las personas que cuidan?, ¿hay trabajo o no hay trabajo?, ¿pagamos a las personas para cuidar de nuestros hijos, de nuestros padres y abuelos? Está aquí presente la cuestión de la justicia y la democracia, cuando hablamos de acceso al cuidado, estamos hablando de nuestra organización

social y de los conceptos de justicia y democracia para que podamos tener participación en la vida social.

Esto es el foco del cuidado, cuidamos a las personas porque es un apoyo para la vida, para que todos nosotros podamos vivir de la mejor forma posible. Entonces la teoría de la ética del cuidado habla de fases que necesitan de cuatro elementos éticos, o lo que significa decir que es como un principio moral de nosotros para cuidar de los otros y ser cuidado. Entonces: El reconocimiento de la necesidad es el primer punto, o lo que esta sociedad considera como necesario de cuidar. Preocuparse, quién tiene la responsabilidad de la preocupación con las demandas a la oferta de cuidados,

que necesita competencia en la que están en recibir cuidados que acá a la dimensión de responsabilidad, de la capacidad de responder a las demandas que se presentan en la vida social. Entonces, ¿qué se piensa a partir de la ética del cuidado?, ¿qué cuidado es para la vida? Es una actividad que incluye todo lo que podemos hacer para mantener, continuar y reparar nuestro mundo privado para estar más en el mundo social. Esto es muy importante y muy complejo.

O sea, la dimensión de la ética del cuidado se conecta mucho con la moral en nosotros. Tenemos siempre la idea de que la moral es algo malo, que estás

como una persona moralizante, pero la moral son todos los principios que tenemos. Los principios de la salud es una moral, los principios de la igualdad de todos, lo que colocamos como valores para la vida social cuando hablamos de cuidado. Para esto, tenemos que hablar de tensiones, por ejemplo, o que comprendemos que una persona con dependencia tiene capacidad de elegir para sí mismo y lo que nosotros podemos ofrecer para esto.

Un punto importante para hablar de cuidado es que nosotros tenemos valores, que están en nuestro trabajo de todos los días. Por lo tanto, las dimensiones del cuidado envuelven relaciones de poder, hay una persona y una situación que

**Pensar en esta conceptualización consiste en definir que cuidado no es sinónimo de cuidado en salud. Cuidado en salud es un tipo de cuidado, una modalidad de cuidado. Tenemos que pensar idealmente un cuidado en salud en una red integral de acciones especializadas que tiene como objetivo ofrecer atención, protección, tratamiento, acogida, educación para procesos de autonomía. Este sería el principio del cuidado en salud de una manera ideal.**

necesita atención y otro que puede ofrecer la atención. Hay una relación de poder importante de rebatir, intuimos económicas, tener a alguien para pagar, para ofrecer este tipo de cuidado y puede resultar en una mercantilización del cuidado. Muchas veces tenemos que hacer relaciones de trabajo, hacer relaciones de precarización y tenemos muchos estudios que hablan, por ejemplo, cómo los migrantes ocupan la posición de cuidar de las personas viejas, de las personas mayores en instituciones, y ¿por qué esto? Tenemos que hablar sobre los cuidadores y acá hay este tipo de dualismo que es quien cuida y quien necesita ser cuidado y esto necesariamente es una dimensión de los derechos: yo cuido porque mañana yo puedo necesitar del cuidado, yo cuido porque esta es una dimensión de la vida, el cuidado es una dimensión social que todos los ciudadanos deberían poder acceder en una sociedad democrática.

Hablamos de la situación de la representación del Estado. Los y las profesionales de servicios de salud de la ciudad de Bogotá, y de otras ciudades, son representantes del Estado para ofrecer cuidados a las personas con quien trabajan y esto es algo que tenemos que pensar, que la dimensión de ofrecer el derecho para el otro, recibir acción de cuidado, entonces no es caridad, es un derecho que pasa por nuestra moral, pero para hacer una acción que es técnica, que es profesional.

Hay cinco modalidades distintas de cuidados que están conectadas entre ellas, a partir de esta perspectiva de la ética del cuidado. La primera dimensión discutida en la salud es el cuidado biomédico, que se encarga de un conjunto de procedimientos técnicos, tecnológicos destinada al tratamiento de procesos de enfermedad.

Es importante y relevante el cuidado biomédico, sí no fuese por la biomedicina no estaríamos acá, si estamos hoy es por las vacunas contra el COVID-19, situación que vivimos y que afectó nuestras vidas profundamente. El saber hegemónico biomédico es muy importante en la salud, pero lo que se critica es cuando se transforma el cuidado en apenas la dimensión biomédica, en apenas la dimensión

de procedimientos, de acciones, de tecnologías para hacer la atención al otro.

Si hablamos de cuidado como la necesidad de soporte para la vida, se necesitan otras dimensiones y en algunas situaciones, tenemos la necesidad de una atención biomédica. En crítica a la dimensión del cuidado biomédico, se pasó a la proposición de un cuidado individualizado, para mirar la persona, ver su necesidad y poder ofrecer respuestas que sean contextuales, dadas en su vida, en su necesidad, que se comprenda no solamente para los procedimientos que necesitan para combatir la enfermedad, pero en la necesidad individual de las personas. Entonces, cuando

hablamos de un cuidado individualizado, estamos hablando del mundo individual, social, de cada persona y acá hay una cuestión muy importante que lo incentivó para un alto cuidado. El cuidado debería ser parte de las dimensiones del cuidado individualizado.

Otra dimensión del cuidado es cuando hablamos de los cuidados tácitos, lo que significa reconocer que todas las comunidades, todas las personas, tienen conocimientos propios de cómo cuidar de su cuerpo, de sí mismo, de su enfermedad. Esto normalmente en nuestra sociedad, que es muy industrializada, es muy procedimental, no hay mucho espacio. Entonces muchas veces hablamos, por ejemplo, de las comunidades tradicionales, de las comunidades indígenas, por una u otra manera de cuidar de un cuidado tácito que puede ser muy importante. Para nosotros, si hablamos de auto cuidado, vamos a comprender qué pasa con nuestro cuerpo y la posibilidad de comprenderse a sí mismo. Entonces el cuidado tácito debería hacer parte de todas las acciones de cuidado por medio del reconocimiento que otro sabe lo que es bueno y tenemos que ofrecer información, ofrecer posibilidades, pero no podemos decidir por el otro que tiene la autonomía sobre sí mismo. Cuando se habla de cuidados tácitos, se habla de incorporar los saberes que tenemos de nuestro cuerpo, tiene diferentes significados de conocimiento de voces. Es que esto es diferente del conocimiento explícito, el conocimiento tácito, está en el interior de los sentimientos. Barros (2021) habla de “boca

**Es importante y relevante el cuidado biomédico, sí no fuese por la biomedicina no estaríamos acá, si estamos hoy es por las vacunas contra el COVID-19, situación que vivimos y que afectó nuestras vidas profundamente.**

a oreja” para hablar de información que son sensaciones que son escuchadas y no expresadas.

Entonces cuando hablemos de una conjunción entre el cuidado biomédico, cuidado individual, cuidado tácito, hablamos de una posibilidad de un cuidado emancipador que está muy relacionada a la emancipación, otra razón de cuidado para que pueda elegir o que se quiere para sí en un ejercicio de autonomía. Se piensa que es algo muy difícil para nosotros en la dimensión de los servicios que trabajamos y en la institución, pero si queremos hablar de una perspectiva de emancipación social, tenemos que pensar las actividades de cuidado profesional en la acción técnica.

Por último, la dimensión que me gustaría enfatizar es la dimensión del cuidado colectivo. El cuidado no es apenas con un sujeto, pero está siempre relacionado con la dimensión colectiva para las demandas de las poblaciones en diálogos y redes. Es algo que también debería ser parte de nuestra acción profesional. Si pensamos en estas diferentes mesas de cuidados que podrían estar integradas en la oferta del cuidado de la salud, tenemos una posición diferente y crítica la propuesta verticalizada y protocolizada especializada que normalmente está presente en el cuidado en salud. Entonces, ¿cómo pensar la acción profesional con estas diferentes dimensiones de cuidado y con un énfasis en el cuidado colectivo? Voy a hablar de cada uno de estos puntos.

Lo primero es que cuando estamos con una persona tenemos que pensar que todos nosotros, todas las personas, somos sujetos individuales y colectivos a un mismo tiempo. O que yo elijo hacer no es solamente lo que yo quiero, pero esto es una dimensión dialéctica de donde yo estoy. Cuando hablamos: las personas necesitan de una vida más saludable, necesitan hacer ejercicio, necesitan comer cosas más saludables. Esto no es apenas una elección individual, y esto es también parte de nuestra sociedad que no tenemos esto como prioridad. Tenemos otras cosas: la industrialización, los alimentos ultras procesados, muchos ejemplos que podemos dar, pero tenemos que pensar que, si el señor no

hace ejercicio físico, esto no es apenas la dimensión de esta persona individualmente. Hay una estructura social que dificulta. Entonces la política se presenta como elemento de nuestras vidas, como elemento esencial de trabajo en la acción profesional para un cuidado colectivo.

**Para que podamos hablar del cuidado de una perspectiva social tenemos que pensar que necesitamos no solamente de los cuidados de los medicamentos de las razones para el sujeto, pero también apoyos que se puedan hacer de una manera integrada en redes.**

La segunda dimensión de la acción profesional sería la articulación de una red de atención. Para que podamos hablar del cuidado de una perspectiva social tenemos que pensar que necesitamos no solamente de los cuidados de los medicamentos de las razones para el sujeto, pero también apoyos que se puedan hacer de una manera integrada en redes. Entonces una cosa es pensar por ejemplo con qué puedo contar si estoy enferma, quién va a estar con mis hijos si yo no puedo hacer

alguna cosa o qué servicio me pueden ofrecer. Si estoy con un problema, la asistencia social que puede ofrecer en un periodo de crisis. Esto es una dimensión de la articulación de las redes de atención que debería ser parte de nuestros trabajos en la dimensión de cuidado, comprender las muchas dimensiones de la vida para la elección del otro. Nosotros lo que podemos hacer es la promoción de información, no el control de comportamientos. Entonces pienso que este es un debate muy presente en la articulación de redes.

Si hablamos de la dimensión de cuidado, estamos hablando de la vida cotidiana. Las acciones de cuidado están íntegramente conectadas con lo que hacemos todos los días, donde se pasa la vida y el cotidiano es un hecho importante que habla de la inseparabilidad de la dimensión sociopolítica y lo que hacemos en nuestra cotidianidad, en nuestra habilidad de hacer cosas diariamente.

El concepto de cotidianidad tiene múltiples dimensiones de debate, como por ejemplo la cuestión de la alienación o que tenemos como alienación en la vida cotidiana para continuar vivir, para que se pueda tener procesos de poder instituidos, así como la suspensión de la vida cotidiana, el movimiento que se distingue y se pasa de una otra manera para que también podemos continuar viviendo. Lo que pienso es que, esta complejidad de la vida cotidiana como

profesionales que ofrecen el cuidado es que cuando estamos con una persona estamos adentrándonos con lo cotidiano del otro, estamos dentro de la casa del otro, para que se pueda ofrecer y se pueda cuidar, esto es una dimensión que tenemos que tener en mente para cuando hablamos de las acciones en los diferentes niveles de complejidad.

Otra dimensión del cuidado es la justicia, una sociedad que no ofrece oportunidades de acceso a cuidados para sus ciudadanos es una cuestión de injusticia muy fuerte. Entonces cuando estamos hablando de ofrecer cuidados para las personas con problemas, con múltiples enfermedades o estrés social, tenemos la oferta de derechos y la dimensión de ciudadanía como parte de nuestros trabajos. Esto envuelve una dimensión solidaria que hay en todos nosotros para hacer la vida cotidiana.

Otra dimensión del cuidado que está muy presente en la vida cotidiana, (que es muy diferente de esta perspectiva que estoy hablando), es la discusión de la medicalización individual y la culpabilización del sujeto, que quiere decir que no hacemos de esta discusión del cuidar en una perspectiva colectiva, pero si individual. Entonces por ejemplo el que no hace ejercicio, el que no se toma los medicamentos, el que hace las cosas erradas, esta es una perspectiva individual. Es importante considerar los individuos desde las elecciones individuales, valorando las libertades individuales, pero siempre conectando con una dimensión social, que hoy es de culpabilización individual, y la respuesta de las acciones de cuidado, principalmente de cuidado en salud, son muchas veces los medicamentos. No hablamos de cuidado tácito, no hablamos del cuidado colectivo, hablamos del cuidado biomédico mayoritariamente en los servicios de la atención primaria a la salud, o por ejemplo en los servicios de asistencia social, o en las escuelas, entonces tenemos una respuesta que es por la enfermedad y no por la comprensión social de los fenómenos que vivimos. Por ello tenemos que tener en mente cuando ofrecemos razones de cuidado que son más por una individualización o una medicalización que por una acción efectivamente de cuidado. Y si pensamos en la dimensión de la medicalización en nuestra propia vida, podemos pensar cuántas veces recorremos las filas, cuántas veces nosotros podríamos hacer otras articulaciones de soporte de acciones y cambiamos las explicaciones de enfermedad en muchos contextos. Ejemplo, la salud mental infelizmente tiene cuestiones que son más colectivas y hacemos una comprensión individual en el tratamiento, con medicamentos.

En contraposición tenemos que la dimensión del cuidado es la búsqueda por la participación en la vida social. Cuando hacemos los cuidados queremos las mejores condiciones posibles para que todos puedan estar en la vida social, entonces, si partimos de esto, que el cuidado debería ser la expresión de un intenso apoyo social estamos en la dimensión de que todas las políticas sociales deberían ofrecer cuidado. El cuidado debería estar relacionado para todos los que necesitan apoyo. Hay muchos niños y niñas que necesitan apoyo para continuar los estudios, muchas personas necesitan apoyo financiero para sostener la vida, muchas personas necesitan apoyo en la transición de una situación de precarización, de marginalidad para la vida social. Por tanto, todas estas dimensiones estarían en una conexión individualizada y colectiva de oferta de cuidados que todas las políticas podrían y deberían hacer. Y nosotros, como profesionales, tenemos mucho conocimiento de cómo hacer estas acciones de cuidados, que son nuestras habilidades en nuestras diferentes profesiones para ofrecer apoyo a las personas. El cuidado debería estar en la escuela, en la asistencia social, en los servicios de salud, en muchos otros espacios.

Volviendo donde estábamos, el cuidado tiene esta dimensión y discusión ética, discusión de poder, que es política de la oferta de acciones para justicia y la democracia, para que todos puedan participar en la vida social y reembolse diferentes dimensiones. Y esto no es lo mismo que hospital o biomedicina.

En los últimos años, vivimos intensamente la pandemia, ha sido un tema importante de las discusiones y esta dimensión de cuidado llegó a otro nivel de discusión. Sí se reconoció cómo cuidar de las personas mayores por la vulnerabilidad al virus, también como cuidar de los niños, de los jóvenes en casa sin la posibilidad de socialización de los amigos. Conocemos el valor de las gestiones en torno de una asistencia económica y social para las personas con más vulnerabilidad de nuestra sociedad, como discutimos en términos de la protección social. Entonces tenemos acá un cambio muy importante a partir del coronavirus, que debería continuar con nosotros. La dimensión del cuidado puede y debe ser central en nuestras vidas, en nuestra sociedad, pero se necesita una dimensión política.

Hablando el tema de este Congreso, el bienestar y el lenguaje universal es que, si el cuidado se puede aplicar para un bienestar social, tenemos que empezar con que

el bienestar significa la vida social, la política y la gestión que se interconecta entre las diferentes políticas y las diferentes demandas de las personas. Así, el cuidado será para el bienestar, con respeto por las individualidades, la autonomía y las culturas de las personas. En el cuidado se necesita hablar de este punto y no del control de las ofertas de acciones solamente protocolizadas. Hablar de cuidado para el bienestar es también hablar de un colectivo que nos hace personas en nuestra sociedad. Somos parte de este colectivo y tenemos que hablar como el cuidado hace parte de las políticas sociales. Entiendo, por tanto, que el cuidado puede ser un lenguaje universal, si partimos de este concepto como un intenso apoyo para la vida, no como cuidado a la enfermedad o cuidado a la salud. Hablar de un lenguaje universal y de intenso apoyo social se hace con políticas sociales y con las acciones de todos nosotros en diferentes territorios, en diferentes servicios, para que pueda haber cuidado y bienestar. Este es un mensaje central que quede para la discusión.

## Referencias

Araujo, A. B. (2018). Da ética do cuidado à interseccionalidade: caminhos e desafios para a compreensão do trabalho de cuidado. *Mediações - Revista De Ciências Sociais*, 23(3), 43–69. <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2018v23n3p43>

Barros, N. (2021). Cuidado emancipador. *Saúde e Sociedade*, 30(1), e200380. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200380>

Biroli, F. (2015). Responsabilidades, cuidado e democracia. *Revista Brasileira de Ciência Política*, (18), 81–117. <https://doi.org/10.1590/0103-335220151804>

Camargo Jr., K. R. (2005). A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(suppl), 177–201. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>

Carpentier, N. & Grenier, A. (2012). Successful linkage between formal and informal care systems: the mobilization of outside help by caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Qualitative Health Research*, 22 (10), 1330–1344. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732312451870>

Chappell, N. L., & Novak, M. (1992). The role of support in alleviating stress among nursing assistants. *The Gerontologist*, 32(3), 351–359. <https://doi.org/10.1093/geront/32.3.351>

Conradi, E. (2020). Theorising care: attentive interaction or distributive justice?, *International Journal of Care and Caring*, 4(1), 25–42. <https://doi.org/10.1332/239788219X15633663863542>

Contatore, O. A., Malfitano, A. P. S., & Barros, N. F. (2019). Por uma sociologia do cuidado: reflexões para além do campo da saúde. *Trabalho, Educação E Saúde*, 17(1), e0017507. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00175>

Contatore, O. A., Malfitano, A. P. S., & Barros, N. F. (2017). Os cuidados em saúde: ontologia, hermenêutica e teleologia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 553–563. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0616>

Contatore, O.A., Tesser, C.D., & Barros, N.F. (2021). Autocuidado auto-referido: contribuições da Medicina Clássica Chinesa para a Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200461. <https://doi.org/10.1590/interface.200461>

Fassin, D. (2012). *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*. University of California Press, Berkeley and Los Angeles, California.

Fraser, N., & Sousa Filho, J. I. R. de. (2020). Contradições entre capital e cuidado. *Princípios: Revista De Filosofia (UFRN)*, 27(53), 261–288. <https://periodicos.ufrn.br/principios/article/view/16876>

Fine, M. (2005). Individualization, risk and the body: Sociology and care. *Journal of Sociology*, 41(3), 247–266.

Fisher, B. & Tronto, J. *Toward a feminist theory of caring*. In: Abel, E. K. & Nelson, M. K (orgs.). *Circles of care: work and identity in women's lives*. State University of New York Press. New York, 1990.

Georges, I. P. H., & Santos, Y. G. (2014). Olhares cruzados: Relações de cuidado, classe e gênero. *Tempo Social*, 26(1), 47–60. <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100004>

Heller, A. (1984). *Everyday Life*. England, Newton Road: Broadway House.

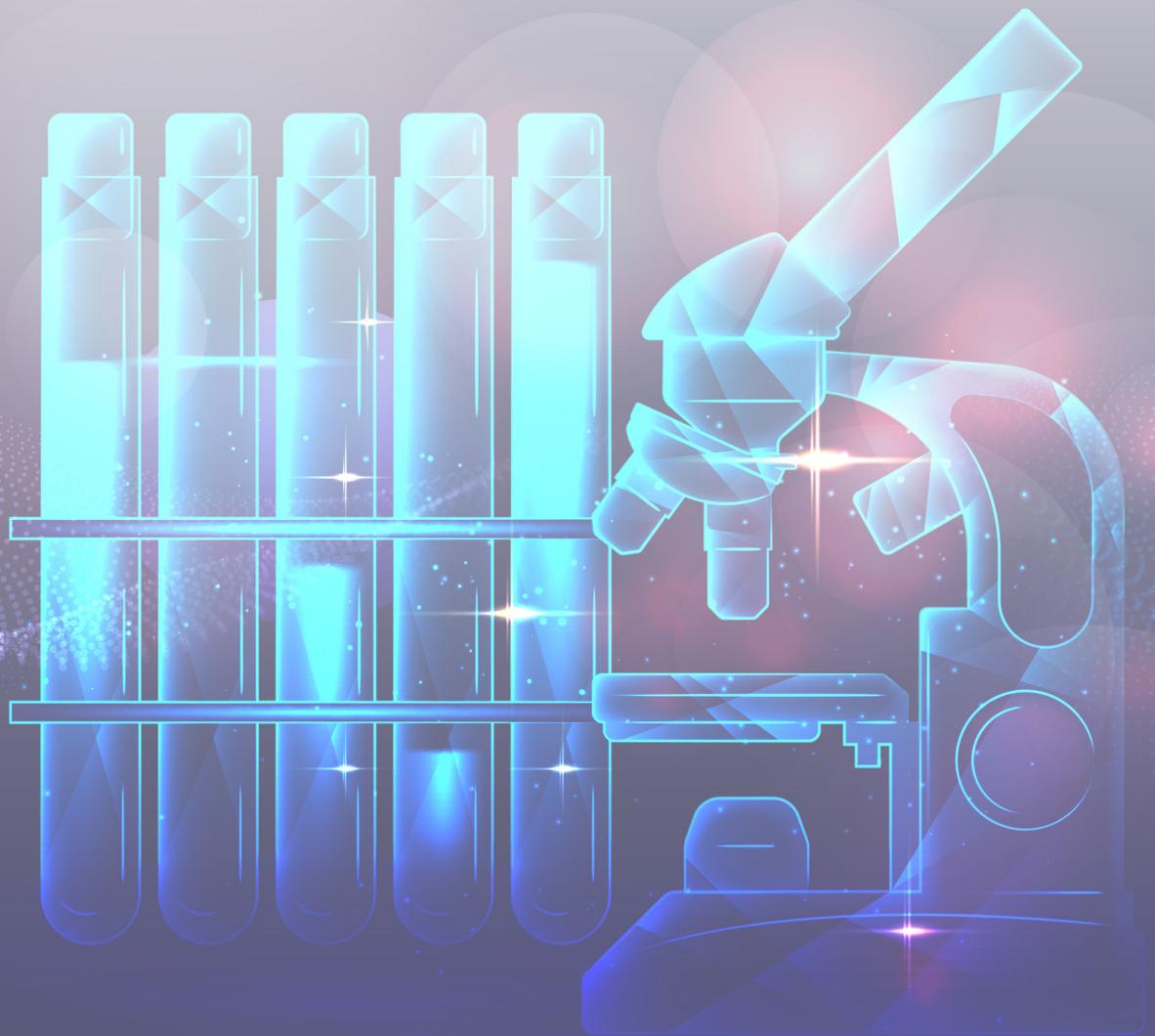
Lopes, R.E., & Malfitano, A.P.S. (2016). *Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos*. EdUFSCar, Fapesp, São Carlos, SP, Brasil.

Luz, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui, A. M. (org.). Ciências sociais e saúde para o ensino médico. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 181-200.

Malfitano, A. P. S., & Sakellariou, D. (2019). Care and occupational therapy: what kind of care definition do we have?. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(3), 681–685. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1886>

Tesser, C. D. (2007). A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 17(3), 465–484. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000300004>

Tronto, J. (2007). Assistência democrática e democracias assistenciais. *Sociedade e Estado*, 22(2), 285–308. <https://doi.org/10.1590/S0102-69922007000200004>



# Y... ¿cómo estamos en innovación pública en la SDS?

## Resultados del Índice de Innovación Pública 2023

*“Pensar, idear, cocrear. La Innovación Pública, un trabajo de todos.”*

Karen Liceth Barrero<sup>5</sup>

Durante los últimos años, la innovación pública ha centrado su trabajo en la generación de conocimiento, la productividad en el sector público, la participación ciudadana y el cambio de chip para afrontar los retos o desafíos públicos que a partir de una mentalidad abierta, se facilite el reconocimiento y provecho de los diversos recursos del entorno, la promoción de los escenarios de ideación y el fortalecimiento de capacidades para todos aquellos que se dejan contagiar por la innovación y por los innumerables caminos que esta permite en el desarrollo de las actividades diarias.

La Veeduría Distrital como ente de control y vigilancia de la Administración Distrital desarrolla el Índice de Innovación Pública de manera bianual, que para el 2023 cumple con su tercera versión y la participación de 70 entidades, “el Índice de Innovación Pública (IIP) es el principal instrumento que tiene la ciudad para medir de manera global las capacidades de innovar que tienen las instituciones públicas en Bogotá” (1), el índice se enmarca en la Política Pública Distrital de Ciencia, Tecnología e Innovación 2019-2038, que busca el fortalecimiento de capacidades a nivel distrital, la mejora continua, la identificación de prácticas innovadoras y la efectividad de las acciones a futuro no solo dentro de las



Fuente: LABCapital

mismas entidades sino con la participación de la comunidad. Los resultados del IIP han ido en aumento desde su primera aplicación, para el año 2019 se obtuvo un promedio general de 36.72 puntos, dos años después en el 2021 un total de 41.28 puntos y para la vigencia actual del 2023 un puntaje de 45.02, de esta manera, se busca que partir de las acciones desarrolladas bajo la vigencia de la política, para el año 2038 Bogotá, en temas de innovación, se encuentre sobre los 66 puntos.

La Secretaría Distrital de Salud es una de las entidades distritales que hace parte de la medición del IIP, allí se reportan los productos que guardan mayor relevancia frente a los procesos de innovación, teniendo en cuenta recursos, talento humano y estrategias que favorecen el ecosistema de innovación.

El IIP se organiza a partir de 4 componentes: componente 1, capacidad institucional; componente 2, prácticas y procesos; componente 3, resultados y componente 4, gestión del conocimiento. A continuación, se presentan de manera general los resultados de la SDS en el IIP:

<sup>5</sup> <https://orcid.org/0009-0008-0036-2251>

Tabla 1. Resultados del IIP, SDS

Año	Ranking en la medición	Componente 1	Componente 2	Componente 3	Componente 4	Promedio total en el IIP
2021	9	58.80	63.26	60.6	64.40	61.65
2023	13	60.72	52.10	54.93	79.00	59.14

Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta los resultados del IIP, en comparativo entre los años 2021 y 2023, es posible reconocer un descenso de aproximadamente 2,51 puntos en el promedio general.

De esta manera, se realiza un análisis de los componentes a partir del aumento o disminución teniendo en cuenta los aspectos evaluados en cada uno de ellos. En el componente 1 se nota el aumento de 1,92 puntos que corresponden a la planeación, los recursos presupuestales, los recursos humanos y los recursos digitales, en este caso la implementación de nuevos aplicativos como OJS, DSPACE, KOHA, entre otros, facilitan la sistematización de información y permiten que ésta se encuentre al alcance y servicio de todos; en el caso del componente 2, donde se evidencia una disminución amplia de 11,16 puntos se asocian aspectos sobre prácticas y procesos que se adelantan en la entidad, partiendo desde el proceso de identificación y uso de retos, la generación de ideas, el diseño de innovaciones, la generación de capacidades y la cultura y liderazgo para la innovación pública, cabe

resaltar que aunque se adelanten algunas actividades con herramientas innovadoras hace falta mayor comunicación, mayores espacios para la identificación de retos o desafíos institucionales, el diseño de soluciones innovadoras, capacitaciones, procesos de co-creación e incentivos para los servidores de la SDS que promuevan una cultura de la innovación; ya en el componente 3 con la baja de 5,67 puntos relacionados a los resultados propios de las innovaciones implementadas y la generación de capacidades en innovación en la servidores de la entidad, notamos que deben fortalecerse los espacios para el prototipado y el diseño de soluciones innovadoras a partir del trabajo conjunto entre las dependencias; finalmente se evidencia el aumento de 14,6 puntos en el componente 4 que aborda lo relacionado a la generación de conocimiento y la capacidad que tiene la entidad para compartirlo.

La Veeduría Distrital en su tour virtual de resultados disponible en <https://labcapital.veedurriadistrital.gov.co/indice-2023/tour-virtual>, organiza el top por componente teniendo en cuenta las entidades con los puntajes más altos, la Secretaría Distrital de Salud se encuentra en el top 5 del componente 4 “gestión del conocimiento”.

Imagen 1. Top 5 componente 4, Gestión del conocimiento. Los resultados del IIP en la SDS corresponden a un esfuerzo entre las diferentes dependencias al interior de la entidad, se esperaría que el puntaje final aumentara un poco más al pasar de los años, por pagar por estrategias de ideación, realizar alianzas con otras entidades que nos puedan enseñar cómo lo hacen, qué necesitamos o simplemente para revisar qué tenemos y cómo podemos mejorarlo.

Finalmente, es de rescatar que para aumentar las acciones innovadoras en la entidad y fortalecer aquellas con las cuales ya contamos, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Disponer de mayores recursos en la generación de una cultura de innovación.

**Los resultados del IIP en la SDS corresponden a un esfuerzo entre las diferentes dependencias al interior de la entidad, se esperaría que el puntaje final aumentara un poco más al pasar de los años, por el contrario es evidente que aún nos falta mucho para consolidar un ecosistema de innovación en la SDS**

- Facilitar espacios enfocados a la ideación y generación de conocimiento.
- Promover herramientas innovadoras en lo equipos de trabajo.
- Desarrollar mayor difusión a las actividades que se desarrollen al interior de las dependencias.
- Fortalecer las alianzas dentro y fuera de la entidad bajo temas de innovación.
- Capacitar a los servidores de la entidad en temas de innovación.

Estas son solo algunas de las acciones a considerar, lo demás corre por cuenta propia. La innovación puede ser aquel puente que necesitamos para dinamizar nuestro quehacer y contribuir a ese ecosistema de innovación que es de todos y para todos.

## Referencias

- Veeduría Distrital. Índice de Innovación Pública 2023 [Internet]. Bogotá; 2023 [Consultado 2023 septiembre 04]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1XXZXfNTL-MqpQOLbsbx7F5nR64ym2WLER/view>





# Salud y cultura: Una experiencia alrededor de la salud mental

*“La lectura, la escritura y la oralidad son un derecho de todos y su ejercicio permite a los ciudadanos resignificar y dignificar la vida, fortalecer los lazos con los demás y dar nuevas interpretaciones a la realidad que nos rodea”*

## Plan de lectura, escritura y oralidad: Leer para la vida, 2021

Naydu Yafith Camelo Valencia<sup>1</sup>

Milena Montaña León<sup>2</sup>

Kateryn Duarte Sáenz<sup>3</sup>

Carlos Alberto Vera Garces<sup>4</sup>

A partir de este escrito queremos mostrar una memoria sobre las prácticas que se han desarrollado de manera articulada entre las Terapeutas Ocupacionales del área de salud mental del Hospital La Victoria y La Biblioteca Pública La Victoria, para formar y promover comunidades alrededor del libro, la lectura, la oralidad y así contribuir en el mejoramiento de la salud mental y el bienestar tanto en los pacientes que han sido diagnosticados como en la comunidad en general.

Hemos desarrollado diversas prácticas a lo largo de ocho años las cuales nos han permitido generar una ruta de trabajo con el objetivo de garantizar el acceso a los derechos culturales de todos los ciudadanos, así como lo manifiesta el plan de lectura, escritura y oralidad vigente, además de responder a la Política Distrital de Salud Mental, en donde se manifiesta como una prioridad respaldar a la población en términos de disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia en la prestación de servicios integrales en salud mental, armonizando procesos sectoriales, intersectoriales

Este proceso no solo tiene incidencia en la posibilidad de garantizar un derecho, sino también, en fortalecer la vida en comunidad de los pacientes, acercándolos a los espacios públicos y a la convivencia con las personas, conociendo y disfrutando en comunidad el uso del tiempo libre y compartiendo intereses en común a partir de elementos claves como: la no discriminación, la accesibilidad física y la accesibilidad a la información, partiendo de la premisa que la salud mental no debe ser únicamente atendida desde los criterios y lineamientos de los centros médicos, o limitar la atención en la medicalización de la enfermedad, sin tener en cuenta las condiciones sociales a las que los sujetos deben enfrentarse fuera de los centros médicos, lo cual afecta no solo su estabilidad si no la de su grupo familiar, laboral, social, cultural y psicosocial.

Bajo la visión de terapia ocupacional se plantearon varios objetivos desde los enfoques clínico y comunitario. Desde la vertiente clínica el tratamiento se apoya de manera transversal hacia áreas de organización del pensamiento, procesos propios de tipo cognitivo, simulación de espacios para manejo de habilidades socioafectivas, apoyo en el entrenamiento de habilidades comunicativas y de expresión de emociones, así como la exploración del uso del tiempo libre.

A partir del enfoque comunitario se brinda la posibilidad de que los usuarios de salud mental se integren a los espacios territoriales como la Biblioteca, a través de diferentes estrategias que busquen la participación de los usuarios como ciudadanos reconocidos por la localidad, mediante una oferta de servicios que involucran: recomendaciones bibliográficas, mediación de lectura, actividades de formación, pautas de autocuidado, espacios lúdicos, expresiones artísticas y programación cultural.

En el desarrollo de este proceso ha sido importante reconocer la lectura desde sus diferentes etapas, dando prelación a la lectura como forma de habitar, reconocer, representar y apropiarse del territorio, de narrarse y reconocerse en el otro; la lectura se convierte en medio potente de reflexión,

1. Terapeuta Ocupacional, Unidad de Salud Mental Hombres, Hospital la Victoria Subred Centro Oriente. Magíster en Desarrollo Educativo y Social.

2. Licenciada en Ciencias Sociales, actual mediadora territorial PPP (Paradero Para libro Paraparque) La Victoria.

3. Licenciada en Artes Visuales, actual mediadora de formación y programación Biblioteca Pública La Victoria.

4. Bibliotecólogo, Especialista en Administración. Coordinador de la Biblioteca Pública La Victoria.

deja de ser un código para significar y re-significar los espacios habitados, por lo cual se posibilita el acercamiento a otros lenguajes y expresiones del arte. Es así como se han generado diferentes escenarios de trabajo de manera articulada, los cuales serán expuestos a continuación.

## **Trabajo con la unidad de salud mental de hombres y mujeres**

Durante el 2015 hasta el 2021 se desarrollaron actividades para fortalecer la alfabetización de los pacientes internados en la unidad, utilizando material didáctico en torno al alfabeto que dinamizó el aprendizaje de la lectoescritura y la socialización de ideas, alrededor de las palabras y sus evocaciones. Este proceso se fundamentó en el modelo de pedagogía dialogante, el cual propone para el proceso lector que el objetivo se centre en un trabajo en el que se garanticen mayores niveles de pensamiento, afecto y acción como menciona Zubiria. La oralidad se utilizó como un referente transversal en la socialización del lenguaje escrito, que enriqueció las vivencias y saberes propios, enlazando estrategias como las actividades de mediación de lectura, maletas viajeras y programación cultural de teatro, recomendaciones, pautas de autocuidado y espacios lúdicos. Así mismo, desde el año 2022, se ha propuesto trabajar ciclos de reflexión de expresión artística y literaria a partir de diversas sesiones de mediación de lectura, escritura, oralidad y arte; entendiendo la mediación como “el encuentro, el momento, la oportunidad, el diálogo, la situación que provoca y suscita el objetivo social de formar hábitos lectores (...) Alcanzar una comprensión más profunda y significativa de lo que leemos es lo que se logra a través del intercambio con ese otro lector con el que puedo acercar los materiales de la cultura escrita a la propia vida” (Plan de lectura, escritura y oralidad: Leer para la vida, 2021). Con lo que se pretende brindar la posibilidad de expresión, fortaleciendo la competencias comunicativas y creativas de los asistentes, generando espacios de diálogo y catarsis de situaciones, sentimientos o ideas que se reprimen comúnmente.

**A partir del enfoque comunitario se brinda la posibilidad de que los usuarios de salud mental se integren a los espacios territoriales como la Biblioteca, a través de diferentes estrategias que busquen la participación de los usuarios como ciudadanos reconocidos por la localidad**

Durante las sesiones se priorizó el uso de estrategias como la música clásica, la exploración de los sentidos, el material audiovisual, activación corporal y la realidad desde una mirada consciente, que generaron un acercamiento a la lectura, la escucha y el arte como formas de expresión, creación y sensibilización individual y colectiva, dando como resultado exhibiciones bimestrales de las experien-

cias desarrolladas entre el pabellón de hombres y mujeres de la unidad de salud mental que fueron una muestra viva de las habilidades, talentos y saberes, que intervienen en la construcción de ellos como sujetos y del grupo como parte de una sociedad en interacción.

Por medio de estos encuentros se exploraron diversas rutas que restituyeron el espacio de hospitalización como un lugar público, en el que los derechos culturales deben estar presentes por medio de la participación ciudadana de los usuarios, como de externos que nutran la oferta cultural en estos lugares. Así pues, están los encuentros con profesionales de programación cultural de la red, quienes trabajan la oralidad y el cuerpo como formas de lectura del ser y de reconocimiento; el encuentro con la autora Carolina Calle y su texto “Cartas de puño y reja”, con el que abordó desde realidades concretas la importancia de expresar a los cercanos los sentimientos que surgen cuando se está en medio de un proceso de reconocimiento personal; y la presentación de grupos musicales y artistas locales.

## **Trabajo con el programa Hospital Día**

Estos espacios se desarrollan en el programa café literario de la biblioteca, que tiene por objetivo disminuir los estigmas relacionados con la salud y la enfermedad mental dentro de la sociedad, proporcionando a los usuarios espacios de participación ciudadana, artística y cultural seguros, que potencialicen su interacción, el acceso a la información y la cultura.

Durante el 2015 hasta el 2021 se propusieron ejercicios de lectura, alfabetización y escritura creativa, que permitieron

fortalecer los lazos del grupo con la biblioteca y los servicios ofrecidos. Como resultado del proceso de escritura se resalta la publicación del libro “Otras voces nuevos rumbos” una antología de cuentos y poemas que son fruto de hermosas mañanas de amistad y encuentros alrededor de la palabra y el asombro, de la luz necesaria para reconocer en el otro lo que nos hace humanos, para entender que cada nueva letra, cada nuevo paso dado, cada destino imaginado, existe gracias al hermoso milagro de la escritura como lo menciona Jhon f. Galindo.

Desde el año 2022, en el café literario se aplicaron nuevos enfoques relacionados con el arte, la literatura y la apropiación de espacios públicos y culturales que fortalecieron al interior de la biblioteca un grupo diverso, no solo con los usuarios del hospital, sino también con habitantes de la localidad. Lo anterior, se logró a partir de estrategias como:

- El acercamiento literario a diversos textos como la novela ‘Persona normal’ de Benito Taibo, permitió reflexionar que la literatura nos puede ayudar a comprender situaciones personales del pasado, presente o futuro, que no sabemos entender o transitar, demostrando que: “Nadie es más ni menos que tú, mira a los demás a los ojos, escúchalos, intenta entenderlos. Si no entiendes sus razonamientos o sus motivaciones, guíate por el corazón y no por la cabeza” como lo menciona Paco en el libro. En este espacio se propusieron ejercicios de interpretación, lectura en voz alta y creación artística, que nos permitieran relacionar la lectura con las situaciones, experiencias, intereses y gustos reales de los asistentes.
- El taller de escritura de Bogotá en 100 palabras buscó fortalecer el proceso narrativo de los asistentes, brindando herramientas de escritura creativa para la elaboración de microrrelatos que motivaron la apropiación de la ciudad, la visibilización, el intercambio de experiencias urbanas y la construcción de ciudadanías diversas y modos de estar, de transitar y habitar Bogotá.

**Por medio de estos encuentros se exploraron diversas rutas que restituyeron el espacio de hospitalización como un lugar público, en el que los derechos culturales deben estar presentes por medio de la participación ciudadana de los usuarios, como de externos que nutran la oferta cultural en estos lugares**

- La oferta cultural del espacio también se nutrió involucrando actividades como recorridos literarios por La Candelaria, visitas guiadas a otras bibliotecas, participación en exposiciones de arte y memoria, y encuentros con autores e ilustradores.

Estas estrategias han permitido consolidar un grupo activo, tejido a partir de la confianza en sí mismos y con la sociedad, demostrando que el acompañamiento y el compartir comunitario son

bases fundamentales para la recuperación, manejo y tratamiento de la salud mental.

## **Propuestas extramurales**

A partir de la participación del equipo de trabajo en el I Encuentro Iberoamericano en Salud Mental, el Conversatorio Letras Invisibles y las reflexiones generadas por las diversas estrategias que se venían adelantando, se amplía nuestra perspectiva e interés por integrar estrategias de prevención y detección en problemas relacionados con la salud mental para los habitantes del territorio que asisten a los espacios de la biblioteca. Por ello, partimos de reflexionar sobre la importancia de acercar la salud mental como un tema público que se debe tratar en los espacios comunitarios, para disminuir los estigmas y motivar el cuidado y autocuidado en general, por lo que se han consolidado las siguientes estrategias:

El centro de interés bibliotecario que busca resaltar bibliografía que aporte a la información y reflexión de la ciudadanía con relación a las diversas aristas de la salud mental, los talleres de autocuidado en alianza con los practicantes de terapia ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia y estudiantes de intercambio de la Universidad de Chile, están dispuestos a la atención de la comunidad en general y las instituciones educativas para abordar ejercicios y prácticas que informen a partir de un componente preventivo sobre la enfermedad mental; el punto de escucha activa, un espacio dirigido por estudiantes de último semestre de terapia

**La exposición de las estrategias gestadas a partir de diversas articulaciones intersectoriales ha constituido nuestra ruta de reflexión y trabajo, en torno a la salud mental con un componente terapéutico, cultural y comunitario**

La exposición de las estrategias gestadas a partir de diversas articulaciones intersectoriales ha constituido nuestra ruta de reflexión y trabajo, en torno a la salud mental con un componente terapéutico, cultural y comunitario, que genera posibilidades de inclusión social, fomento de la creación de oportunidades para el desarrollo de capacidades, y la participación de los usuarios en el sector cultural y público. Sabemos que este es un camino largo que requiere de trabajo constante en la construcción de conocimiento, la reflexión en conjunto y la lectura de las realidades sociales, pero desde el equipo de la biblioteca y el hospital compartimos la experiencia con el fin de dar a conocer y apoyar la implementación de estrategias que disminuyan las brechas de atención y reconocimiento de una población y enfermedad históricamente invisibilizada, marginada y estigmatizada.

ocupacional para escuchar y acompañar a las personas que desean de manera voluntaria compartir sus diferentes situaciones y vivencias, que podrían representar un riesgo para su salud mental y por ende su calidad de vida.





# IDCBIS celebra seis años de creación con importantes resultados científicos para el avance de la ciencia en Colombia

- *El Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS) es el primer centro distrital, vinculado al Sector Salud, encargado de liderar y ejecutar procesos de investigación, desarrollo y provisión de servicios en biotecnología en sangre, tejidos, células madre, entre otros.*
- *El IDCBIS realiza investigación en salud poblacional en las siguientes líneas: terapias avanzadas, ingeniería de tejidos, biotecnología farmacéutica, trasplante de pro-genitores hematopoyéticos, inmunogenética, Apropiación Social del Conocimiento y fortalecimiento organizacional.*
- *Las líneas de servicio a la comunidad del IDCBIS son: Banco Distrital de Sangre, Banco Distrital de Tejidos, Unidad de Terapias Avanzadas, Banco Público de Sangre de Cordón Umbilical y el Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (DarCélulas).*

El Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS) inició su operación el 1 marzo de 2017 como una entidad mixta, sin ánimo de lucro, con la participación de 9 entidades fundadoras: Secretaría Distrital de Salud, las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud del Distrito, el Instituto Nacional de Cancerología y las universidades Nacional de Colombia, Los Andes y Javeriana. Posteriormente, se sumó como miembro adherente la Universidad del Rosario.

“Este Instituto ha sido posible gracias al apoyo financiero de la Administración Distrital, los recursos del Sistema General de Regalías, convocatorias de MinCiencias y una gestión eficiente; también por el compromiso de nuestros investigadores, el liderazgo colectivo y nuestro equipo administrativo. Nuestro lema lo vivimos en un ambiente

que nos inspira al avance y la innovación. Estamos frente a una dinámica de cambios acelerados que generan gran incertidumbre. La investigación contribuirá en el progreso, desarrollo económico y bienestar para la sociedad, por eso trabajamos con pasión por la ciencia y la vida.”, afirmó el director y gestor del IDCBIS, doctor Bernardo Camacho.

El IDCBIS fue reconocido por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación como un centro de investigación, mediante la Resolución 1763 de 2021, ratificando las contribuciones al país en términos de investigación y producción científica. En 2022 obtuvo la certificación A1 de MinCiencias, que valida su grupo de investigación con una alta calificación.

El Instituto conmemora su sexto aniversario con importantes resultados:

- El Banco Público de Sangre de Cordón Umbilical, desde su creación en el 2013, ha colectado más de 10.000 unidades, resaltando que 77 pacientes pediátricos con enfermedades graves de la sangre en hospitales de Bogotá y Medellín han recibido tras-plante para mejorar y salvar su vida.
- El Registro de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas, también denominado DarCélulas, actualmente cuenta con más de 4.500 inscritos y 13.000 preinscritos, siendo el primer programa en Colombia en el cual se registran posibles donantes de células formadoras de la sangre para pacientes con enfermedades graves como leucemias, linfomas, y aplasias.
- Se han consolidado 35 publicaciones científicas en revistas de alto impacto para la ciencia desde 2017.
- El equipo de investigación del IDCBIS ha solicitado de 9 patentes.
- El IDCBIS ha formado 4 posdoctorales y 9 magísteres a través de diferentes convenios de financiación.
- Se han distribuido desde el Banco Distrital de Tejidos del IDCBIS cerca de 600.000 cm<sup>2</sup> de piel y 190.000 cm<sup>2</sup> de membrana amniótica para pacientes que lo han requerido por quemaduras u otras afectaciones.

- Desde el Banco Distrital de Sangre IDCBIS se han distribuido 465.146 componentes sanguíneos del 1 de enero 2017 al 31 de enero de 2023 principalmente a los hospitales públicos de la ciudad.

- Participación en el ensayo clínico “Estudio PC-Covid-19: Plasma de Convalecencia para Pacientes con Covid-19”.

- Se ha participado en 34 congresos y simposios entre nacionales e internacionales para difusión y divulgación de los resultados de investigación del IDCBIS.

- Reconocimiento como centro de investigación: mediante la Resolución 1763 del 9 de septiembre de 2021 por 5 años.

- Clasificación como grupo A1: de acuerdo con el listado definitivo de la Convocatoria 894 del 2021.

- Participación en 7 convenios internacionales suscritos con instituciones de alto nivel académico y científico.

“Desde el sector público, las empresas y la sociedad civil, debemos unirnos en un esfuerzo conjunto para apoyar la ciencia y la innovación como herramientas clave para el desarrollo sostenible y el bienestar de las personas. Solo así podremos enfrentar los desafíos del futuro y construir un mundo más justo, sostenible y próspero para todos”,  
Dr. Bernardo Camacho, director y gestor del IDCBIS.





## Jugar y crear: reflexiones para la construcción de un laboratorio de innovación pública en la SDS

*“Jugar y experimentar con responsabilidad debe ser parte del servicio público”*

Karen Liceth Barrero<sup>1</sup>  
Solangel García Ruiz<sup>2</sup>  
Ángel Mauricio Castellanos<sup>3</sup>

Al cerrar los ojos construimos mundos imaginarios, ideales, mágicos y llenos de color, nos adormecemos en la vista de un futuro creativo cargado de herramientas y acciones que deseamos realizar, generalmente en pro de mejorar las condiciones diarias de nuestro entorno, entonces, si en algún momento dejamos de pensar y pasamos al actuar, veremos la necesidad de transformar nuestra realidad y reconocer que, con pequeñas acciones, haremos grandes cambios; así, la innovación es como una puerta a la imaginación que nos permite conocer y reconocer nuestras habilidades, nuestras capacidades y sin duda alguna, nuestras ganas de crear o mejorar lo ya existente.

Desde el proceso de Ciencia, Tecnología, Innovación y Gestión del Conocimiento de la Secretaría Distrital de Salud se busca contribuir en la transformación de las condiciones de salud y vida de la población de la ciudad, a partir del desarrollo de tres ejes estratégicos: la gobernanza, la apropiación social del conocimiento y el desarrollo de la investigación e innovación, y dos ejes de soporte: los procesos administrativos y los de calidad.

En este escenario hemos desarrollado propuestas que nos sirven de antesala en la construcción del Laboratorio de Innovación y ellas se relacionan con las reflexiones sobre la ética de la investigación, el desarrollo de la investigación a través de los grupos de investigación, las discusiones en los espacios *Investigaciones Habla*<sup>4</sup>, las historias institucionales en *Recuperando Historias*<sup>5</sup>, entre otras; todas estas acciones nos permiten tejer alrededor del lugar del conocimiento, de la ciencia y la innovación en las prácticas cotidianas de la Secretaría.

Entonces, pensar en la posibilidad de crear espacios de participación, diálogo, intercambio de ideas y co-creación es una apuesta que proponemos para abordar retos institucionales y dar posibles alternativas de solución a partir de herramientas innovadoras para pensar en salud, para la salud y desde la salud. Así, en nuestro proyecto para construir el laboratorio recuperamos el proceso histórico de los espacios de innovación, a partir del Semillero<sup>6</sup>; realizamos una revisión sistemática de literatura en español de los últimos cinco años, para aprender de otros laboratorios de innovación pública; participamos en las propuestas de capacitación de diferentes organizaciones y realizamos un espacio de Investigaciones Habla para conocer y comprender, desde la experiencia de otros laboratorios, cómo es el funcionamiento y los aspectos claves a tener en cuenta dentro de este tipo de espacios.

1 <https://orcid.org/0009-0008-0036-2251>

2 <https://orcid.org/0000-0003-4976-9825>

3 <https://orcid.org/0009-0001-4435-3110>

4 Investigaciones Habla es un espacio creado por la Secretaría Distrital de Salud para compartir, analizar, discutir, generar inquietudes y crear otras posibilidades de pensamiento sobre la salud y para la salud y la vida; es una de las estrategias de apropiación social del conocimiento en el marco del proceso de ciencia, tecnología e innovación para la salud.

5 Recuperando Historias es un espacio de la SDS convoca a distintos actores que en algún momento de sus vidas dejaron huella en la DS y se constituye en una estrategia para recuperar historias y memorias institucionales que permitan apropiar aprendizajes de quienes han pasado por la institución.

6 Semillero de Innovación de la SDS como un espacio creado en el año 2015 con el objetivo de promover las capacidades creativas y divertidas de los servidores de planta y de contrato de la Secretaría Distrital de Salud, a través de espacios y herramientas innovadoras que ayuden a dar respuesta a los retos y desafíos institucionales

Con la *revisión sistemática*<sup>7 8</sup> hemos aprendido que los laboratorios de innovación se han constituido como espacios de experimentación en las organizaciones públicas, que involucran distintos actores para construir respuestas a la variedad de problemáticas, usan los espacios de co-creación para la generación de nuevas ideas, funcionan usando metodologías de diseño y experimentación, integran a la ciudadanía y los equipos multidisciplinarios (administración, diseño, ingeniería, comunicaciones, derecho, entre muchas otras) y fomentan las capacidades de innovación basados en la formación y aprendizaje.

Los laboratorios desarrollan innovaciones sociales de acuerdo con la naturaleza pública que fueron creados. Según Long (1) el laboratorio de SantaLab (Argentina) reúne iniciativas ciudadanas innovadoras con la participación del Estado, ciudadanía, organizaciones, empresas y han realizado desarrollos como el videojuego Vacunas 360 y Bicileteros Públicos; el LabHacker de la Cámara de Diputados (Brasil) articula una red entre parlamentarios, hackers y sociedad civil, para fortalecer la cultura de la transparencia y la participación social como el proyecto Wikilegis, herramienta en la que los ciudadanos pueden colaborar con la creación de leyes; el laboratorio LabCapital de la Veeduría Distrital propone nuevas soluciones a los problemas de Bogotá soportado en metodologías de co-diseño, como la caja de herramientas que permite a las personas resolver conflictos interpersonales y mejorar la convivencia en los barrios de Bogotá.

Cabe resaltar que los laboratorios de innovación pública poseen características en común como la participación y colaboración ciudadana y de servidores públicos, la identificación de problemas y soluciones con ideas innovadoras, la co-creación y experimentación, el impulso y facilitación del funcionamiento del laboratorio en recursos para la inversión, talento humano, infraestructura; interacción con redes de trabajo (academia, empresas y sociedad) y la divulgación de los logros y retos.

Con el espacio Investigaciones Habla denominado “*Los laboratorios de innovación pública como estrategia de respuesta ante los retos y desafíos institucionales*”<sup>9</sup>, compartimos diferentes perspectivas frente a la idea de construir un laboratorio de innovación en la SDS apoyados en las reflexiones de nuestros invitados:

Juan Felipe Yepes del Laboratorio de Innovación Pública de Bogotá iBO propone la articulación en el ecosistema de innovación, los procesos de ideación y co-creación, experimentación y prototipado, la gestión del conocimiento en armonía con procesos de capacitación, el desarrollo de la cultura de la innovación y la definición de indicadores<sup>10</sup>.

Por su parte, Juan José Martínez desde el laboratorio Labcapital de la Veeduría Distrital comparte el camino recorrido de este laboratorio haciendo énfasis en la importancia de la participación en la Red InnoLabs<sup>11</sup>, los énfasis en la gestión pública y su eficiencia, la transparencia y la participación ciudadana, siendo estos aspectos transversales a la co-creación, los retos, la medición de capacidades, la formación, la promoción y la cultura de la innovación y la articulación con el ecosistema.

Desde el entorno propio de la salud, el laboratorio de co-creación para la Innovación en Salud del Hospital General de Medellín, liderado por Ana María Vásquez, identifica como principales retos la eficiencia, la apertura para todos, la generación de impacto y satisfacción en la prestación de los servicios. Para alcanzarlos se debe contar con mentalidad abierta, talento humano de diversos perfiles, cultura de la innovación, servicios de apoyo, mecanismos de financiación, espacios de co-creación, salas de prototipado, condiciones institucionales muchas ganas de crear que garanticen los procesos de trabajo e ideación dentro del hospital<sup>12</sup>.

Finalmente, Eduardo Navarro del Laboratorio del Gobierno de Chile desde una perspectiva de Laboratorio de Estado, que tiene como centro la ciudadanía, pretende dar respuesta

7 Las revisiones sistemáticas son investigaciones científicas que se usan para recolectar información existente frente a un tema en particular, para luego analizarla y así responder a una pregunta en particular, en este caso, deseamos conocer ¿Cómo es el funcionamiento de los laboratorios de innovación pública?

8 Nos referimos a la revisión sistemática que estamos elaborando para saber ¿Cómo es el funcionamiento de los laboratorios de innovación pública actualmente? Realizada en las bases de datos LILACS, SCIELO, REDALYC, GOOGLE ACADEMICO entre enero 2018 y febrero 2023.

9 Este espacio fue realizado el jueves 16 de marzo en la plataforma Teams.

10 Investigaciones Habla es un espacio creado por la Secretaría Distrital de Salud para compartir, analizar, discutir, generar inquietudes y crear otras posibilidades de pensamiento sobre la salud y para la salud y la vida; es una de las estrategias de apropiación social del conocimiento en el marco del proceso de ciencia, tecnología e innovación para la salud.

11 Red InnoLabs (Red Iberoamericana de Laboratorios de Innovación Pública).

12 Ibid.

a las necesidades y problemas públicos de las instituciones públicas, dar soluciones a los desafíos complejos, mejorar la relación entre el Estado y la comunidad, generar capacidades de adaptación y evolución y propiciar proceso flexible. A través de la estrategia, el servicio, la operación y la organización y el hacer de forma coordinada y articulada a partir de la implementación del índice de innovación pública, la red de innovadores públicos y la consultoría Ágil<sup>13</sup>.

Con todo lo anterior, podemos decir que la innovación es como esa semilla que despierta la creatividad, que son impulsos para comprender qué debemos tener en cuenta y qué características podría o debería tener un laboratorio de innovación para la salud y la vida desde la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Así, estas son algunas de las ideas para la construcción de este laboratorio:

- **Moviendo el pensamiento.** Tiene que ver con la cultura de la innovación y las posibilidades de invitar a otros e invitarnos nosotros mismos, a ver desde muchos lugares, de la mano del pensamiento de diseño, de impulsar la creatividad, el uso del hemisferio derecho y las metodologías ágiles.
- **Generando valor público.** Con cada una de las propuestas, donde nosotros como servidores y también como ciudadanos demos sentido a los servicios recibidos por las instituciones.
- **Viviendo desde la ética.** Soportando las acciones y propuestas desde la ética con respeto y protección a la vida en cualquiera de sus manifestaciones.
- **Involucrando los directivos.** La participación de la alta gerencia es clave para contar con el apoyo, el reconocimiento y la financiación de las propuestas.
- **Hablando de la salud desde la salud.** En contraposición a la enfermedad, como posibilidades de buscar, fortalecer las capacidades que invitan a la salud desde la vida. Comprendiendo la salud como un campo de conocimiento donde participan sujetos de distintas disciplinas, profesiones en su construcción y minimizando las jerarquías.
- **Fortaleciendo capacidades en innovación.** Significa que cada vez más personas de la Institución hagan parte del semillero de innovación, de las capacitaciones ofrecidas por las

distintas entidades y de generar fortalezas que se requieren especialmente en los momentos de cambio de gobierno.

- **Entrelazando la investigación, la innovación y el desarrollo tecnológico.** Con la posibilidad de resolver los problemas del conocimiento y de las prácticas en la salud y para la salud.
- **Buscando aliados.** Con colegas, instituciones, universidades con quienes podamos avanzar en la construcción de nuevas propuestas y nuevos retos. Siendo parte o construyendo redes locales, nacionales, internacionales y aprender de otros y con otros.
- **Compartiendo avances.** La comunicación y la diversidad de estrategias para compartir e interactuar con otros.
- **Historizando las experiencias.** Es decir, construir a partir de los haceres anteriores e ir dejando historia en el transitar.
- **Midiendo el quehacer.** Contar indicadores que midan la gestión y apoyarse en aquellos trazadores de salud pública.

*La innovación pública debe estar cerca de la vida, haciendo parte de la vida, transformando la vida, aprendiendo siempre nuestras formas de hacer divertidas en lo cotidiano del actuar público.*

## Referencias

Long F. Laboratorios de innovación para la innovación y las burocracias públicas: Conocimiento mutuo e interacción para transformar la gestión pública [Internet]. RedInnolabs; 2020 [consultado 2023 mar 31]. Disponible en:

<https://polilab.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2021/05/LABgob-Innovacion-y-burocracias-publicas.pdf>

13 Ibid.



## SaluData, innovación y gestión en salud en un solo lugar

SaluData es un espacio digital interactivo de la Secretaría Distrital de Salud que proporciona información a la ciudadanía sobre el estado de salud en Bogotá, y al mismo tiempo, orienta la toma de decisiones mediante los siguientes procesos estratégicos:

- Análisis descriptivo, predictivo y prescriptivo de datos de salud.
- Evaluación de la situación de salud y sus factores determinantes.
- Identificación e investigación de prioridades en el ámbito de la salud.
- Monitoreo y evaluación de las estrategias clave en el sector salud.
- Administración del sistema integrado de información de salud.
- Visualización de indicadores de salud.

La estructura operativa del Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData está compuesta por profesionales especializados en análisis de datos, epidemiología, gestión digital, seguridad de la información y evaluación. Además, cuenta con un líder operativo y un profesional de apoyo administrativo.

El observatorio, con casi 5 años de funcionamiento, se sigue consolidado como una plataforma digital de datos abiertos, con más de 12 millones de visitas web y más de 3 millones de usuarios. Este proyecto se destaca como uno de los logros más significativos de la Secretaría Distrital de Salud. Desde su lanzamiento en noviembre de 2018, ha recibido diversos reconocimientos a nivel nacional e internacional:

2019: Mención de honor en el Premio Nacional de Alta Gerencia.

2020: Reconocimiento por la utilización efectiva de SISCAC para mejorar la calidad de los datos y la toma de decisiones en salud.

2021: Premio Iberoamericano a la Innovación. Unión de Ciudades Capitales Iberoamericanas (UCCI) Madrid, España.



2021: Premio Distrital a la Gestión Pública en la categoría Datos Abiertos.

2022: Mención de honor en el Banco Distrital de Buenas Prácticas.

2022: Reconocimiento por Buenas Prácticas en Salud, basado en el Índice Departamental de Competitividad.

2023: Reconocimiento como una de las cinco mejores iniciativas en la categoría "Mejor Uso de Datos para el Gobierno Digital" en los 10mos Premios Latam Digital by Interlat.

Estos premios y reconocimientos demuestran el compromiso de la Secretaría Distrital de Salud con la transparencia, la participación y el bienestar de los bogotanos a través de la difusión y análisis de información en salud.

Los invitamos a que consulten, exploren e interactúen con el contenido del Observatorio. Puedes acceder a través de este enlace:

<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.

Si desean mantener al tanto de las novedades, suscríbanse al boletín escribiendo a:

[observatoriodesalud@saludcapital.gov.co](mailto:observatoriodesalud@saludcapital.gov.co)



# Análisis funcional de la conducta en poblaciones vulnerables que habitan en la localidad de Santa Fe de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente

El análisis funcional de la conducta<sup>1</sup>, es la verificación específica del comportamiento del individuo o colectivo, teniendo en cuenta su contexto y antecedentes, que toma en consideración las creencias, pensamientos o vivencias respecto a una determinada situación. Esta herramienta permite que la información pueda estar más organizada teniendo en cuenta las relaciones sociales, las conductas y los factores de mantenimiento.

Es así que el análisis funcional de la conducta pretende recabar la información con el fin de buscar la explicación de forma contextualizada, determinar el por qué o para qué de un determinado comportamiento y cómo ha surgido el evento, problema o trastorno mental. Con esta herramienta se ha podido establecer, a partir de la verificación de las fuentes de información secundarias generadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, una aproximación del análisis funcional de la conducta para las poblaciones

vulnerables que hacen parte de la localidad de Santa Fe y dentro de las cuales se encuentran: ciudadano habitante en calle, sectores LGBTI, personas con actividades sexuales pagadas y comunidades indígenas.

Se lograron determinar los factores predisponentes familiares y personales, así como los antecedentes remotos y próximos – externos e internos que influyen en las áreas cognitivas, fisiológica – emocional y comportamental y las consecuencias a corto y largo plazo que se manifiestan en la salud mental. Esta investigación ha pretendido brindar una visión global de las situaciones que se presentan en las poblaciones anteriormente mencionadas y las cuales pueden ser punto de partida de otras investigaciones; de manera más específica en la disciplina psicológica.

Es importante tener en cuenta además que esta investigación ha permitido determinar el peso y la pertinencia a la necesidad de fortalecer los desafíos postulados en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021, desde el poder afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de

poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida y poder continuar en fortalecer las acciones promocionales, preventivas y resolutivas para poder brindar mejoras en la atención al servicio de salud mental.

**Se lograron determinar los factores predisponentes familiares y personales, así como los antecedentes remotos y próximos – externos e internos que influyen en las áreas cognitivas, fisiológica – emocional y comportamental y las consecuencias a corto y largo plazo que se manifiestan en la salud mental.**

1 Labrador, F.J., Cruzado, J.A. y Muñoz, M. (1993). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide.

## Análisis preliminar

La localidad de Santa Fe está ubicada en el sector centro oriental de la ciudad y limita al norte con la localidad Chapinero, al sur con las localidades de San Cristóbal y Antonio Nariño, al occidente con las localidades de Los Mártires y Teusaquillo, y al oriente con los municipios de Choachí y Ubaté. En términos políticos y administrativos, la conforman cinco Unidades de Planeamiento Zonal – UPZ ubicadas en el área urbana las cuales son: UPZ 91 Sagrado Corazón, UPZ 92 La Macarena, UPZ 93 Las Nieves, UPZ 95 Las Cruces y UPZ Lourdes y una Unidad de Planeamiento Rural – UPR- que está consignada en el Decreto 469 de 2003 que revisa el Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C y Decreto 190 de 2004 que consolidan las disposiciones contenidas en los Decretos Distritales 619 de 2000 y 469 de 2003, pero no tiene una reglamentación aun (1)<sup>2</sup>. Así mismo, para el año 2021 de acuerdo a proyecciones DANE, la localidad de Santa Fe cuenta con un total 107.784 residentes según proyección a 2021 del Censo DANE 2018, del total de habitantes, Error: no se encontró el origen de la referencia el 50,5% (n= 54.456) corresponde a las mujeres. Santa Fe es la quinta localidad menor poblada entre las 20 que componen el distrito capital.

Dentro de las poblaciones de alta vulnerabilidad<sup>3</sup> se encuentran:

Población con discapacidad, que tiende a concentrarse al suroriente y norte (UPZ 91, 95, 96 y la Unidad de Planeación Rural), de los cuales el número de personas registradas aumenta en función de la edad. Como necesidades asociadas a la salud se presentan las limitantes geográficas y arquitectónicas que impiden su desplazamiento hacia otras zonas de la ciudad para su atención con especialistas, puesto que requieren mayor desplazamiento y logística, aunado a que los centros de atención de salud en la localidad que no se encuentran cercanos al territorio, lo cual impide su fácil acceso. Esta situación se agrava para las poblaciones que habitan la vereda El Verjón. Las anteriores situaciones han generado deterioro progresivo de la salud de las Personas con Discapacidad y cuidadores debido a la inoportuna atención integral dada por determinantes estructurales.

Personas de los sectores sociales LGBTI se concentran en los barrios Lourdes, San Bernardo, Perseverancia Circunvalar y la Alameda. Esta población en general presenta permanente exclusión social dada la realidad del sistema social, lo que se muestra en problemáticas como el desempleo, la desatención social, la ruptura de las relaciones sociales y redes de apoyo, lo cual genera condiciones vulnerables hacia el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y de alcohol, fuertes problemas de higiene oral a causa del consumo, violencias de todo tipo, enfermedades ITS y VIH, y a esto se suma la falta de adherencia a los tratamientos antirretrovirales (Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E., 2018).

Poblaciones étnicas se encuentran ubicadas en los barrios Las Cruces, La Alameda y San Bernardo, con mayor presencia de población indígena. En general esta población vive en situación de hacinamiento e insalubridad y en estructuras antiguas que afectan su estado de salud. Su situación se agrava dada su inseguridad laboral y alimentaria, así como habitar en zonas con consumo de SPA, delincuencia y cercanía a la zona de alto impacto, que han repercutido y/o influenciado en las formas de vida de algunos pueblos, la pérdida de su cultura y tradiciones. Así mismo, se han identificado barreras de acceso a los servicios de salud, especialmente limitantes administrativas que han generado inoportunidad en la atención integral de los servicios de consulta externa y urgencias, adicionalmente, al manejar un modelo de salud basado en la medicina tradicional, lo cual se presenta como barrera, dada la ausencia de un modelo de atención con enfoque diferencial ( )

Las poblaciones de inclusión se distribuyen indistintamente en toda la localidad, reportándose con mayor frecuencia víctimas del conflicto armado, seguido por población recicladora ubicada en la UPZ 96, en Campo David y San Martín, mientras que las personas que desarrollan actividades sexuales pagadas se ubican en zonas de La Alameda, La Capuchina, San Victorino y San Bernardo.

Respecto al grupo poblacional víctimas del conflicto, de desplazamiento o del sistema político y económico del país, su condición de vulnerabilidad y marginalidad social

2 Bogotá. Secretaría Distrital de Planeación. Secretaría Distrital de Planeación. [Online].; 2017 [cited 2022 febrero 16. Available from: <https://www.sdp.gov.co/gestion-territorial/planes-maestros/generalidades>

3 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. Documento de Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. Bogotá Colombia. año 2021

se ha venido complejizando, al residir en lugares donde es común el consumo sustancias lícitas e ilícitas y de bebidas alcohólicas, entre otras, a pesar de su prohibición legal, variables y determinantes sociales, que afectan su salud mental física y su desarrollo social y familiar. Adicionalmente, presentan problemáticas relacionadas con la salud mental dadas sus condiciones de desarraigo y pérdida de identidad, lo que degenera en episodios de violencia intrafamiliar y se ven agravadas por las persistentes barreras de acceso al sistema de salud (29).

**Como problemáticas que afectan la salud, se encuentran las condiciones habitacionales ineficientes como la inadecuada ventilación e iluminación y condiciones de higiene mínimas y su ubicación en zonas de alto deterioro urbano donde se favorece el expendio de sustancias ilícitas e inseguridad**

En cuanto a la población habitante de calle, teniendo en cuenta sus dinámicas relacionales con los espacios de vida, se identifica su ubicación en los barrios La Alameda, Campo David, San Bernardo I y Las Cruces. Como problemáticas que afectan la salud, se encuentran las condiciones habitacionales ineficientes como la inadecuada ventilación e iluminación y condiciones de higiene mínimas y su ubicación en zonas de alto deterioro urbano donde se favorece el expendio de sustancias ilícitas e inseguridad (29).

En las personas con actividades sexuales pagadas, se identifican condiciones de alta vulnerabilidad debido a las problemáticas asociadas a este oficio como son el consumo de SPA, transmisión de infecciones y/o enfermedades de transmisión sexual debido a la falta de uso de métodos de protección, embarazos no planeados, violencias, discriminación y segregación social, que se ve agravado, dada su dinámica territorial, al no contar con un aseguramiento en salud por trabajar dentro y fuera de la ciudad de forma temporal por lo que los accesos a los servicios de salud son limitados<sup>4</sup>.

### **Análisis funcional de la conducta**

Para este estudio se tuvo en consideración como tipo de investigación la fundamentada, que se fortalece desde la

descripción de los elementos que brindan el aporte en cuanto a las claridades de las acciones y que incluye el ordenamiento conceptual. Se tuvo en cuenta: la codificación abierta en donde se identificaron los conceptos y se descubrieron en los datos las propiedades y dimensiones del problema de investigación; la codificación selectiva que integró el ejercicio teórico; la codificación axial en donde se tuvo como eje el trastorno, problema o evento mental los cuales fueron categorizados para la situación de riesgo mental en la localidad de Santa Fe. A partir de las referencias del análisis

funcional de la conducta se llegó a la descripción e interpretación holística de la situación mental de las personas con vulneración. En cuanto al instrumento de recolección de datos, el método empleado fue el Comparativo Constante, en donde simultáneamente se codificaron y analizaron los datos para fortalecer los elementos organizadores para el análisis funcional de la conducta.

A partir de la verificación de las diferentes fuentes de información y realizando el cruce de la información desde el resultado global de causas, afectaciones y consecuencias de los eventos de riesgo mental vividos en las poblaciones vulnerables de la localidad de Santa Fe generado por el análisis funcional de la conducta, se presentan las siguientes manifestaciones en orden de la salud mental:

### **Personas con discapacidad**

Las personas con esta condición, sus familias, cuidadores y cuidadoras manifiestan a los profesionales que intervienen desde los entornos hogar, comunitario y educativo, que continúan encontrando inequidad y barreras físicas, actitudinales y comunicativas que las segregan y restringen su reconocimiento como seres integrales; su acceso a oportunidades para desarrollar sus capacidades; el ejercicio pleno de sus derechos en salud, educación, productividad y participación

4 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente. Documento de Análisis de Condiciones de Calidad de Vida, Salud y Enfermedad. Bogotá Colombia, año 2021.

social, y para ser parte de grupos, organizaciones y redes sociales promotoras de salud y calidad de vida.

Para este propósito se desarrollan en los territorios de la ciudad acciones individuales y colectivas en los niveles de promoción de la salud, prevención de la dependencia, atención en salud y rehabilitación. De la misma forma, la estrategia promueve: la defensa y comunicación para el acceso y la accesibilidad; la movilización y participación política de las personas con discapacidad, sus familias, cuidadoras y cuidadores; los grupos de autoayuda y el fortalecimiento de las redes, organizaciones y de líderes y lideresas comunitarios para el ejercicio pleno de los derechos y la inclusión social.

La población con discapacidad que vive en la localidad de Santa Fe posee discapacidad por diferentes motivos, algunos por causas congénitas, otros adquirida a través de diferentes eventos como enfermedades crónicas, accidentes de tránsito, violencia, entre otros. Los tipos de limitación son: cognitiva, auditiva, visual, sordo – ceguera,

De acuerdo con la base de datos de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad para el año 2016, de 654 registros el 53,2% son hombres y el 46,8% son mujeres. Al revisar por etapa de ciclo vital se encontró que infancia y adultez representaron cada uno el 26,7% del total de registros.

Así mismo, en la localidad de Santa Fe existen barreras actitudinales para el 49,5% de la población con discapacidad, generadas en el 28,2% en amigos, el 19% por familiares, 18,4% por vecinos, 18,4% otras personas y el 16% por empleados o funcionarios. En cuanto al origen de la discapacidad, el 62% corresponde a alteraciones genéticas, el 12,7% por condiciones de salud de la madre, el 12,7% por enfermedad general, 5,1% por accidentes, el 3,8% por enfermedad profesional, el 2,5% por dificultades en la prestación de los servicios y el 1,3% por complicaciones durante el parto. Para el año 2014 en la base de datos de la estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad, se encontraron 296 registros, el 49,5% son hombres y el 65,5% son mujeres. Al revisar por etapa de ciclo vital se encontró que vejez representó el 73,7% del total de registros, seguido por adultez con el 38,3%.

Se evidencian barreras físicas o arquitectónicas dentro del hogar en un 39,5% de la población, de las cuales el mayor

porcentaje tiene barreras en el dormitorio (27,7%). El 24,9% presentó barreras físicas fuera del hogar, la de mayor representatividad se evidencia en los andenes.

Se presentan varios tipos de discapacidad que pueden ser resumidos en físicos y cognitivos. Se evidencia que tanto las personas que padecen uno o los dos tipos, presentan la contribución de problemas de salud mental. La angustia psicológica se puede incrementar significativamente después del inicio de la discapacidad. Así mismo, la incidencia de problemas de salud mental aumenta después del inicio de una enfermedad física potencialmente incapacitante, incluyendo infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, infección por VIH y lesión. De la misma manera, el confinamiento a una cama o silla, el dolor espinal y las enfermedades neurológicas y gastrointestinales, están estrechamente relacionados con un mayor riesgo de depresión de inicio.

Esta población corre un mayor riesgo de sufrir trastornos mentales y que una multitud de factores parecen contribuir a esta asociación, incluyendo las consecuencias para la vida de la discapacidad, las malas condiciones saludables de las personas con trastornos mentales y la relación circular que existe entre la discapacidad, la exclusión social y los problemas de salud mental. De forma resumida, se puede evidenciar que las personas con discapacidad pueden generar situaciones de riesgo mental, tales como conducta suicida debido a los estados que presenta de su discapacidad, pueden estar en riesgo de violencia por parte de sus redes de apoyo, ya que se estima que una gran parte de la población no tiene el apoyo de su sistema familiar y de sus redes de apoyo de forma adecuada.

### **Comunidades étnicas<sup>5</sup>**

Frente a su situación en salud mental, a pesar de haber identificado su exposición a una gran cantidad de factores de riesgos sociales, es escasa la información sobre la prevalencia e incidencia de sus trastornos mentales. Estos, además, son quienes presentan los menores niveles de escolaridad, empleo, economía, vivienda y salud. Además, la marginación y exclusión social son las condiciones que caracterizan dicho sector. Factores determinantes como el racismo y la discriminación, la hostilidad, el maltrato y los sentimientos de vergüenza propician un conjunto de desventajas que dan pie al desequilibrio de la salud mental.

5 Lopera Valle Johan Sebastián, Sara Rojas Jiménez. Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. Unidad Pontificia Bolivariana. Colombia. 2012

Así mismo, gran parte de la población indígena es migrante, lo que conlleva la fragmentación de los grupos familiares, sociales y culturales. La ruptura de sus redes socioculturales da pie a la aparición de trastornos físicos, orgánicos, psicológicos y emocionales. Se sabe que la personalidad de todo individuo, definida como aquella forma en la que piensa, siente, interpreta e interactúa con la realidad que lo rodea, está sostenida sobre dos ejes o columnas que son las creencias, tanto individuales como las de su grupo social. Este es un factor de gran trascendencia, pues el nexo con la cultura de origen condiciona el vínculo con la nueva cultura acogida en caso de desplazamientos forzados o no forzados. Así mismo, la vida de inmigración indígena está acompañada de condiciones adversas como pobreza, violencia y discriminación, lo que, posteriormente, conduce a una magnificación de su condición de vulnerabilidad y termina por condenar a vivir a esta población con una identidad propia estigmatizada y que se acompaña de prostitución, vandalismo, alcoholismo, depresión, drogadicción, narcotráfico y hasta procesos demenciales, sucesos que están respaldados por cifras epidemiológicas nacionales, y que se siguen mencionando en los informes del estado actual de la situación de los pueblos étnicos del país.

Esta situación provoca una disonancia cognoscitiva que desequilibra el aparato psíquico y la identidad del sujeto, tras el proceso traumático se ve obligado a elaborar una nueva definición de sí mismo a través de un nuevos constructos que se ven enmarcados en acciones tales como: el instinto de supervivencia, que puede aumentar los comportamientos agresivos o pasivos; la frustración, la cual se desencadena cuando se ve el impedimento que la persona tiene para cumplir sus metas y objetivos en el proyecto de vida; el aprendizaje social que se enmarca en la forma como se pueden aprender comportamientos por imitación de sus pares y/o del contexto en el cual se desenvuelve el sujeto; el choque entre dos culturas que genera el re-equilibrio de

sus funciones y la reubicación de en un nuevo sistema de referencia,, labor que resulta, por lo general, poco exitosa, pues las representaciones mentales de ambas culturas se contradicen con frecuencia, lo que dificulta aún más la adaptación. Esto obliga a la implementación de dobles actitudes que se mueven en un marco conformado por la familia, que pasa por un estado similar y por un mundo exterior frío y precario que resulta desconocido desde todo punto de vista. Uno de los aspectos más importantes radica en que los desterrados viven transferencias de desculturización y de inconformidad cultural.

**Factores determinantes como el racismo y la discriminación, la hostilidad, el maltrato y los sentimientos de vergüenza propician un conjunto de desventajas que dan pie al desequilibrio de la salud mental.**

### **Ciudadano habitante de calle**

Se encuentran dos fenómenos mentales en el habitante en calle: el primero es el evento mental generado por las circunstancias que conllevaron a tomar la decisión de habitar la calle y la segunda los trastornos ocasionados después de estar

habitando la calle: consumo de sustancias psicoactivas y los riesgos que se presentan por este evento tales como abusos sexuales, violencia en espacio público, conductas disruptivas. Frente al primer aspecto, según el Ministerio de Salud y Protección Social<sup>6</sup> se evidenció que las situaciones de riesgo que generaron las decisiones de ser parte de la calle fueron el contacto con violencia familiar, el 59% sí lo había presenciado alguna vez, representando principalmente el papel de victimario con un 34%, el 18% como víctimas y un 9% como espectador, teniendo en cuenta que algunos manifestaron participar de esta violencia jugando diferentes papeles, y finalmente un 41% no había presenciado violencia familiar. Respecto al grado de escolaridad de los participantes, se evidencia para la gran mayoría estudió hasta básica primaria, otros hasta secundaria y también se presenta un porcentaje con niveles socioculturales de estratos 5 y 6, pero que debido al consumo de sustancias psicoactivas terminaron en las 'ollas' de las localidades de Los Mártires y Santa Fe, tales como el antiguo Bronx y el barrio San Bernardo.

6 Oficina de Promoción Social Ministerio de Salud y Protección Social. Boletines poblacionales: Habitante de Calle Corte a diciembre de 2019. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-habitante-calle.pdf>

Con respecto a los factores de riesgo evaluados, la gran mayoría consumen sustancias psicoactivas y alcohol, mientras que el tabaquismo es bajo. Desde el tamizaje que se hace en el Plan de Intervenciones Colectivas, así como en el plan de beneficios, se realiza la valoración con Minimal encontrando que, dentro de los participantes, habitantes de la calle, el 53% presentó un Trastorno Psicótico actual, el 31% Riesgo de Suicidio Alto y el 63% presentó Trastorno Antisocial.

Así mismo, desde Política Pública Social Para Habitante De Calle (Política Pública Nacional) son enumerados y clasificados estos factores motivadores de la existencia de la gente en la calle, de la siguiente manera: los factores estructurales como la falta de vivienda, la falta de empleo e ingresos, los cambios económicos e institucionales de fuerte impacto social, etc. Factores biográficos como el alcoholismo, drogadicción, trastornos de los lazos familiares, enfermedades mentales, la pérdida de todos los bienes, etc., además de desastres en masa y/o naturales como inundaciones, incendios, terremotos, etc. También se sostiene que se trata de un fenómeno multifacético que no se puede explicar desde la perspectiva unívoca y monocausal. Son diversos los factores de riesgo que llevan a las personas a vivir en la calle, así como son múltiples las realidades de la gente que vive en ella.

## **Sector LGBTI**

Para la Subred Centro Oriente los sectores LGBTI, como se mencionó en la contextualización, se encuentran inmersos en condiciones que ponen en riesgo su salud física y mental. Para estos sectores, se encuentra que son más propensos a padecer problemas relacionados con la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. Se puede hablar de un 'estrés minoritario' como categoría explicativa en el estudio de cómo "el estigma, los prejuicios y la discriminación crean un ambiente social hostil y estresante que puede causar" (o, al menos, hacer de detonante) de estos problemas de salud mental. No se descuidan tampoco cosas como la expectativa de rechazo, la necesidad ocultamiento o la homofobia internalizada. Existen tantos 'factores de confusión' al estudiar la relación entre homosexualidad y

**Las personas pertenecientes a esta población poseen baja autoestima y serias dificultades en la realización de sus proyectos de vida.**

enfermedad mental que, siendo rigurosos, no se puede descartar que haya una predisposición no social, aunque, poco a poco, se va descartando muchas ideas preconcebidas. Así mismo, debido al contexto y la dinámica en donde habitan, existe la presencia de varios tipos de violencia; económica, física y psicológica, consumo de alcohol y SPA, como

parte del carácter turístico de la localidad, específicamente por la presencia de población turista extranjera, presencia de eventos negativos en salud por la realización de procedimientos sin las condiciones de salubridad pertinentes, así como eventos transmisibles y transformaciones corporales inadecuadas en lugares clandestinos.

Las personas pertenecientes a esta población poseen baja autoestima y serias dificultades en la realización de sus proyectos de vida. Fenómenos como violencia intrafamiliar y sexual, maltrato infantil, consumo de sustancias psicoactivas y delincuencia, se encuentran íntimamente ligadas a esta población, aumentando su vulnerabilidad a las ITS y VIH, entre otras. Dentro de los problemas asociados cobran gran importancia las diferentes formas de maltrato, seguido por el alcoholismo y la drogadicción las cuales según reporte de la población son utilizadas para evadir su realidad y responder de mejor forma a las exigencias del medio.

Otro aspecto importante para destacar es que entre ellas se presentan diversidad de conflictos ocasionados por la competencia en la actividad con el fin de lograr mayores ingresos, esto desencadena agresiones físicas y/o psicológicas y hacen que tengan enemigos en la calle no solamente entre sus mismos compañeros, sino otras personas conexas a su ejercicio. La lectura de necesidades realizada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, indagó por posibles causas del ejercicio de prostitución dentro de las cuales se encuentran el deterioro de los vínculos familiares y afectivos, la pobreza y marginalidad ligada a falta de oportunidades educativas y laborales, la inexistencia de un proyecto de vida de acuerdo a sus opciones inmediatas, la no creencia en sus habilidades, el deseo del dinero rápido; características de la personalidad (conductas irreflexivas, transgresoras y superficiales); deseo sexual insatisfecho; cultura patriarcal que genera violencia y estigmatización; decepciones amorosas y abandono; deterioro de la salud

mental asociado a sentimientos de inferioridad y autoagresión; anomia (falta de normas o incapacidad de la estructura social para dar a los sujetos lo necesario para lograr metas relacionadas con lo social).

Teniendo en cuenta los diferentes análisis de condición de vida, salud y enfermedad, así como los diagnósticos locales, se presentan como eventos significativos las dificultades en la atención en los servicios de salud ya que no tienen un sistema de seguridad social establecido, lo que limita la posibilidad de aportes para el fortalecimiento de la salud mental. Esta situación ha generado en la ciudad múltiples problemáticas, así como la fuerza que ha cobrado el riesgo en salud mental debido

al pobre acompañamiento que se tiene para eventos tales como consumo de sustancias psicoactivas, violencias, trastornos mentales tales como esquizofrenia y paranoia tanto de base como por consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, estados elevados de ansiedad, estrés postraumático y trastornos de conducta alimentaria. Es así que es necesario generar acciones diferenciales desde el Plan de Intervenciones Colectivas que puedan contemplar las líneas de promoción, prevención, intervención, rehabilitación y cuidados paliativos para estas poblaciones de alta vulnerabilidad y por este motivo es importante generar un análisis funcional de la conducta que permita determinar cuáles son las variables que se relacionan

### **Víctimas del conflicto armado**

La Unidad de Atención y Reparación Integral a las Víctimas del Conflicto Armado hizo la elaboración del primer registro oficial de víctimas de la guerra en los últimos 30 años. Este cuenta con más de 6,8 millones de víctimas y es un mecanismo de reconocimiento del conflicto armado que también permite organizar la respuesta del Estado. Es así que el fenómeno para el año 2018, aunque ha tenido una baja pero como aún no ha llegado el fin del conflicto, todavía se siguen produciendo nuevas víctimas de desplazamiento en una proporción inferior. En el 2012 fueron expulsadas de sus hogares 206.504 personas, y para el 2013 se vieron forzadas

a dejar sus casas 142.181 personas. Por tanto, durante 2012 y 2013 se desplazó el equivalente al 6,3 por ciento del total de personas identificadas desde 1985. El 93,7 por ciento restante equivale a desplazamientos ocurridos en años anteriores. Desplazadas por hechos ocurridos en el período del

presidente Santos constituyen el 53,3 por ciento de las víctimas de desplazamiento del segundo período de Álvaro Uribe. Esto quiere decir un decrecimiento del 46,7 por ciento. Esta reducción es notoria teniendo en cuenta que, entre el primer y el segundo período de Uribe, solo se registró un decrecimiento del 14 por ciento en el número de personas desplazadas. De esta situación, para la localidad de Santa Fe, se presentan víctimas de conflicto armado quienes han sido intervenidos por el

Plan de Intervenciones Colectivas; los profesionales dan a conocer que la situación de riesgo es constante ya que no están solamente los eventos que traen el conflicto y el desplazamiento sino además los fenómenos que se presentan en las localidades a las que arriban, como lo son el consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades de transmisión sexual y eventos adyacentes.

Es así que, durante los conflictos armados, la salud mental tanto individual como colectiva, tiene alto riesgo de verse afectada no sólo de forma inmediata sino también a mediano y largo plazo, situación que se agrava por la poca atención que ha recibido. El caos y la violencia, en sus diferentes modalidades, incrementan los riesgos de trauma psicológico y, de hecho, los conflictos armados no sólo generan muertes, heridas y discapacidades físicas, sino que también dejan huellas en la vida de las personas, las familias y la sociedad.

Un problema frecuente en salud mental es que las respuestas se basan en la atención psiquiátrica que sirve sólo a un número muy reducido de personas de la población afectada. Es claro que la exposición a eventos traumáticos puede producir un mayor nivel de angustia en cualquier persona e inclusive afectar a amplios grupos de la comunidad, que, en su gran mayoría, si bien no sufren en ese momento enfermedad mental alguna, sí están experimentando reacciones normales producidas por un evento significativo

**Un problema frecuente en salud mental es que las respuestas se basan en la atención psiquiátrica que sirve sólo a un número muy reducido de personas de la población afectada.**

Para la localidad de Santa Fe, en la población joven y adulta de las zonas rurales afectadas por la guerra, se observó un incremento de las adicciones, en especial alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco; también, se observó inhalación de pegamento o gasolina. La conducta suicida en jóvenes es un hecho relativamente novedoso en comunidades indígenas. Se evidenció que, a pesar de los motivos aparentemente banales de los actos suicidas, existía una gran desesperanza con respecto a su futuro, la frustración por no haber alcanzado los objetivos por los cuales lucharon sus padres o ellos mismos, además de la pobreza y el choque cultural que se produce con las costumbres de sus comunidades. A eso se suman las influencias occidentales y la excluyente vida cotidiana que los impulsa a realizar este tipo de actos; durante el conflicto armado se trastornó la vida de las familias y se produjo una gran desconfianza entre las personas, la comunicación era pobre y había mucho miedo o temor. Las personas vieron o experimentaron situaciones muy traumáticas como muertes, violencia, torturas, masacres, desapariciones, etc. La gente se empobreció más y muchos perdieron su pequeño patrimonio.

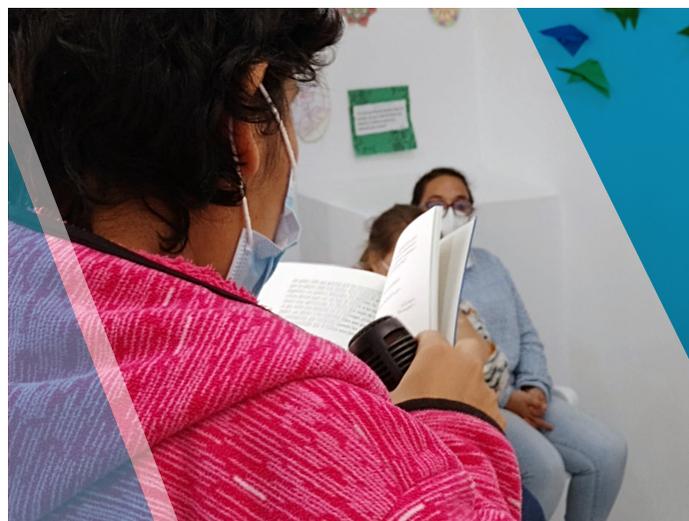
## Conclusión

A partir de los elementos enmarcados en el análisis funcional de la conducta, se evidencia la necesidad de hacer una contextualización de los requerimientos y las líneas establecidas desde la Política de Atención Integral de Salud, el Modelo de Atención en Salud y las rutas establecidas por el ministerio de salud y protección social de Colombia así como el Plan Decenal de Salud Pública, en su dimensión salud mental y convivencia, y los lineamientos tanto del plan de intervenciones colectivas como del Plan de Beneficios que han sido generados por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, para poder determinar si la atención psicológica se adecúa a las diversas poblaciones que hacen parte del Distrito Capital. Teniendo en cuenta las fuentes de información primaria - voces de los psicólogos que trabajan en campo y en las unidades de Servicios de Salud, así como la verificación de fuentes de información secundaria, las acciones desde la psicología presentan una pobre respuesta a las poblaciones vulnerables.

La generación de resultados que son expuestos en el análisis funcional de la conducta de las poblaciones vulnerables muestra la trazabilidad en tiempo en cuanto a la afectación psicológica contante que conllevan los antecedentes remotos y próximos, los cuales no cuentan con el abordaje

esperado por parte de los profesionales que atienden a estas poblaciones. Es así que se hace necesario brindar herramientas para determinar los factores predisponentes y los antecedentes de los cuales parten las situaciones de riesgo en las áreas cognitiva, fisiológica emocional y comportamental, partiendo de adecuados procesos de valoración. El hecho de no tener una adecuada verificación de los antecedentes puede hacer que los eventos de riesgo se incrementen o se generen otros. La mera observación de lo que está presentándose en las áreas mencionadas anteriormente debe tener acciones claras y contundentes que vayan a los eventos específicos los cuales serían los que requieren un abordaje más significativo. Es claro también que las consecuencias a corto y largo plazo son el resultado de lo que se está viviendo con las poblaciones vulnerables actualmente en la localidad de Santa Fe. El hecho de no tener estrategias de alto impacto que apunten a los antecedentes predisponentes y a los antecedentes remotos y próximos, será un aspecto que eternice las consecuencias a corto y largo plazo.

De la misma forma hace parte de esta discusión la evidente necesidad del riesgo que diariamente se presenta con las poblaciones vulnerables en la localidad, pues los eventos tales como el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, el abuso sexual, la tristeza constante, problemas de sueño y de alimentación entre otras, se están normalizando, haciendo que se incremente una desesperanza aprendida, el deterioro en una vida saludable y la disminución de la necesidad de buscar un apoyo para los trastornos mentales que pueden generarse ante esta situación.





## Santa Clara: primer hospital universitario de la red pública de Bogotá

El pasado 6 de febrero de 2023 el Hospital Santa Clara recibió la certificación otorgada por la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud, como el primer Hospital Universitario del sector público en la ciudad de Bogotá. La comisión conformada por los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional hizo entrega de este reconocimiento considerado histórico no sólo para la Subred Centro Oriente, sino también para la ciudad de Bogotá.

La historia del Hospital Santa Clara como institución donde la prestación de servicios de salud, y las actividades de docencia e investigación confluyen en el mismo escenario, se remontan a la época de su fundación, hacia el año 1942, cuando fue concebido como un moderno y amplio Hospital Antituberculoso. En 1943 el Hospital Santa Clara se convirtió en el primer Centro Quirúrgico de Tórax de mayor importancia del país; más adelante, en el año 1983 se iniciaron los programas de postgrado con Neumología, Cirugía de Tórax, Neumología Pediátrica y Salud Mental. A partir del fortalecimiento de alianzas estratégicas y convenios interinstitucionales de docencia-servicio, el hospital se logró posicionar como una entidad de alta complejidad mediante la ampliación de su portafolio de servicios.

Dentro de su trayectoria como institución generadora de conocimiento, son varios los hechos para destacar, como la presentación de los primeros casos clínicos en la Revista Colombiana de Neumología en 1948, la introducción de nuevas técnicas en cirugía torácica hacia el año 1952, la publicación de importantes artículos científicos en temas de neumología entre 1952 a 1956. Más adelante, con el trabajo de muchos profesionales comenzó una era en la cual la enseñanza se hizo prioritaria y se realizaron investigaciones importantes, como la primera publicación sobre gases arteriales normales en Bogotá, estudios en ratones para analizar el efecto del humo del carbón de leña, entre otras, que en su momento fueron novedosas.

La historia reciente de Santa Clara también da cuenta de invaluable aportes a la investigación, a través de la publicación de trabajos de alta calidad e impacto para la población; la realización de importantes eventos científicos, especialmente en temas de neumología y cirugía de tórax, así como la publicación de libros especializados. El trabajo constante de los investigadores del Hospital, el aporte del personal en formación en la formulación de nuevas preguntas de investigación a partir de la práctica clínica y el apoyo institucional permitieron la creación del grupo de investigación en 1997, su reconocimiento por parte de Colciencias en 2010 y más recientemente su clasificación dentro de la categoría A por Minciencias en el año 2022.

Por toda esta trayectoria Santa Clara es un Hospital protagonista en la formación de generaciones de profesionales de la salud, donde la investigación, la docencia y la atención en salud convergen para ofrecer a los pacientes un mejor nivel de atención. Es así como desde el año 2020 el hospital avanzó en el proceso para lograr la acreditación como Hospital Universitario, a partir de un ejercicio riguroso de autoevaluación, desarrollando planes de mejora y de trabajo que involucraron a docentes, personal en formación, instituciones educativas con las que se tiene convenio, docencia, directivos y colaboradores administrativos y asistenciales.

En septiembre de 2022, el equipo de Gestión del Conocimiento recibió la visita de los pares académicos del Ministerio de Educación que evaluaron el informe entregado a esta entidad, el cual documentaba el cumplimiento de cada uno de los requisitos establecidos en la Resolución 3409 de 2012. El reconocimiento como Hospital Universitario no es producto solamente de este ejercicio, sino del trabajo de muchas personas que han hecho parte de su historia. Para la Subred Centro Oriente es motivo de orgullo contar con el primer Hospital Universitario público a nivel distrital, lo cual plantea retos para seguir trabajando y fortalecer la práctica clínica, generar productos investigación que den respuesta a las necesidades de la población, ofrecer servicios a la población con los más altos estándares, así como mejorar cada día las condiciones de bienestar para los docentes, investigadores y personal en formación.



# La Unidad Funcional de Manufacturación de Terapias Avanzadas (Sala Blanca GMP)

Carolina Infante Orjuela<sup>1</sup>

Javier Leonardo Valero Sánchez<sup>2</sup>

Derly Maritza López Páez<sup>3</sup>

Por medio del proyecto ‘implementación del Banco Público de células madre del cordón umbilical y de una unidad de terapia celular Hemocentro Distrital, Secretaría de Salud’, financiado con recursos del Sistema General de Regalías y el Fondo Financiero Distrital de Salud de Bogotá, se buscó aumentar el acceso a trasplante de células madre y terapia celular para el tratamiento de enfermedades. Para ello, se propuso diseñar e implementar una Sala Blanca o Unidad Integrada para la manufacturación de productos para terapias avanzadas, procesamiento de sangre de cordón umbilical y laboratorio de investigación.

Desde el ámbito de la Ciencia, Tecnología e Innovación, así como desde el sector Salud, este proyecto fue pionero y único en su tipo, desde el momento de su presentación oficial ante el Sistema General de Regalías a través de un proceso liderado por el Dr. Bernardo Camacho. Gracias a su ardua labor, el proyecto fue aprobado por el Órgano Colegiado de Administración y Decisión (OCAD) de MinCiencias, mediante acuerdo de aprobación 001 de 2012 y ratificado mediante el acuerdo 002 de 2012. Posteriormente, este organismo tomó la decisión de designar como entidad ejecutora del proyecto al Fondo Financiero Distrital de Salud mediante acuerdo 014 de 2014.

De este modo, por cuenta del esfuerzo mancomunado del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación

en Salud (IDCBIS) y del Fondo Financiero Distrital de Salud, Bogotá cuenta actualmente con la primera Unidad Funcional de Manufacturación de Terapias Avanzadas, también conocida como Sala Blanca GMP (Good Manufacturing Practices). Esta unidad, denominada así precisamente por sus condiciones de máximo control ambiental, fue diseñada para controlar la temperatura, humedad, presión y filtración del aire, garantizando así su calidad, la seguridad de los productos manufacturados y minimizando la contaminación. Para lograr la implementación de la Sala Blanca, estas dos entidades conformaron el convenio de cooperación para el fomento y/o desarrollo de actividades científicas y tecnológicas 0101 de 2017, logrando así aunar esfuerzos técnicos, científicos, financieros y administrativos para el desarrollo de este laboratorio con tecnología de punta.

## ¿Para qué contar con una Sala Blanca?

La Sala Blanca GMP es esencial para el desarrollo de nuevos productos biotecnológicos medicinales, que incluyen el procesamiento de tejidos, la manufacturación de productos para terapia celular y genética, la manipulación y procesamiento de células humanas precursoras de la sangre para trasplante. Esta Sala Blanca GMP debe garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los productos manufacturados. Por lo anterior, la implementación de controles rigurosos y el monitoreo constante en los procesos desarrollados en esta clase de laboratorio son esenciales para lograr un ambiente estéril y minimizar la contaminación.

Esta unidad es única en Colombia por su gran tamaño y grado de complejidad, ya que cuenta con más de 280m<sup>2</sup> aproximadamente y con equipos de última tecnología, que la ponen a la vanguardia de actividades de investigación, desarrollo e innovación (I+D+I) en Salud, posicionando así a la Secretaría Distrital de Salud y al Instituto Distrital de Biotecnología en Salud (IDCBIS) como líderes del sector a nivel regional y nacional en innovación en terapia celular,

- 1 Coordinadora Equipo de Regalías de la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial. Experiencia de más de 13 años en el sector público en planeación estratégica y financiera, estructuración, formulación y seguimiento de proyectos de inversión pública, gestión y supervisión de proyectos del SGR.
- 2 Profesional Especializado Equipo de Regalías de la Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial. Experiencia de más de 10 años en el sector público en temas del territorio y gestión de proyectos, con más de 5 años en gestión de proyectos del SGR.
- 3 Bacterióloga, especialista en epidemiología y Magíster en Salud Pública. Profesional de apoyo Equipo de Regalías. Experiencia de más de 8 años en el sector privado y público relacionada con la formulación y ejecución de proyectos de investigación en salud.

genética e ingeniería tisular. De esta manera, el IDC BIS ha logrado la consolidación de redes de investigación con otros países, así como la generación de convenios de cooperación científica a nivel nacional e internacional. Esta sala permite pasar de la fase de investigación a la fase de aplicación de productos y tecnologías médicas que ya se vienen realizando en el IDC BIS, en las que, a través del método científico, se busca encontrar la solución a enfermedades crónicas y degenerativas complejas que aquejan a nuestra población.

Esta innovadora infraestructura de última generación va de la mano con la consolidación de un equipo de investigadores altamente especializados y calificados en áreas de biotecnología, biología molecular, ingeniería de tejidos y otras disciplinas relacionadas con una amplia experiencia en técnicas de biología molecular y celular. Estos experimentados investigadores cuentan con habilidades avanzadas en manipulación y procesamiento de células y tejidos humanos y con un papel crítico en la creación de tratamientos médicos y terapias. Lo anterior permite que el desarrollo de los nuevos productos biotecnológicos medicinales, el procesamiento de tejidos, la manufacturación de productos para terapia celular y genética y la manipulación y procesamiento de células humanas precursoras de la sangre para trasplante, generen un impacto significativo en la salud y bienestar del ser humano, tanto en Bogotá como en el resto del país.

Como resultado de sus continuos procesos de I+D+I, el equipo de investigadores vinculados al proyecto ha logrado

generar nuevas patentes y diversas publicaciones en revistas científicas de alto impacto. Por otra parte, este equipo de trabajo ha logrado promover capacidades académicas de alto nivel mediante el apoyo académico a estudiantes universitarios. Con esto, se han generado varias tesis de maestría y doctorado, orientadas a las investigaciones desarrolladas en el laboratorio, lo cual ha generado un alto impacto y un mayor valor al proyecto.

### **¿Quiénes pueden beneficiarse de los productos desarrollados en esta Sala Blanca GMP?**

Son grandes los beneficios de los productos generados en la Sala Blanca GMP para el tratamiento de enfermedades hematológicas graves y oncológicas. Por cuenta de las investigaciones realizadas en este complejo de laboratorios, se pueden beneficiar pacientes con leucemias y linfomas, inmunodeficiencias primarias, errores innatos del metabolismo, afecciones ortopédicas complejas, enfermedades autoinmunes y enfermedades neurodegenerativas. Por otra parte, los productos desarrollados en la unidad son de gran utilidad para el desarrollo de tratamientos de inmunoterapia contra el cáncer.

Desde el Fondo Financiero Distrital de Salud, estamos plenamente convencidos que esta Sala Blanca GMP contribuirá de manera muy importante a mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias, así como al desarrollo de la investigación médica en Colombia.



# La Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud migra al Open Journal System

La publicación, sobre Ciencias de la Salud (área 3C), arbitrada, pública, gratuita y de circulación semestral, está indexada en la base de datos de Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) de Bireme – Brasil y de quienes recibimos asesorías que tienen como fin el promover el conocimiento para mejorar la calidad, posicionamiento y visibilidad.

Su principal interés es democratizar y gestionar, bajo diferentes perspectivas epistemológicas, el conocimiento en los campos interdisciplinarios relacionados con la salud y la vida, y compartir saberes interdisciplinarios relacionados con la administración de salud pública, la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud, los desarrollos tecnológicos e innovaciones que resuelvan problemas en asuntos relacionados con el financiamiento, las coberturas y la formación de recursos humanos en el sistema de salud haciendo especial énfasis en propuestas locales de la salud de Bogotá D.C., y de otras ciudades de Colombia y América Latina.

Los manuscritos recibidos por la revista son: artículos de investigación original, artículo de revisión, corto, de experiencia, de ética y bioética, reporte de caso, policy brief, reseña bibliográfica, carta al editor y editorial.

Actualmente la revista migró hacia el desarrollo tecnológico Open Journal Systems (OJS), un software de código abierto desarrollado por el Public Knowledge Project (Canadá), que permite la administración de todo el flujo editorial de la revista científica, que incluye recepción de manuscritos, el proceso de revisión por pares y la publicación en línea de artículos en texto completo.

Se invita a que publiquen sus artículos en la Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud de la Secretaría de Salud de Bogotá. Para ampliar información, consulten el siguiente link:

<https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/invsegsocial/user/register>



## Investigaciones Habla llega a sus 10 años

El espacio creado hace un poco más de 10 años como una estrategia de comunicaciones, ha enfocado sus esfuerzos para democratizar el conocimiento tanto en la Secretaría Distrital de Salud como en las Empresas Sociales del Estado -ESE. Inició con un formato presencial, pero migró a lo virtual, como un escenario de intercambio de saberes que presenta, analiza y aborda diferentes temas de investigación para la salud y que gestiona los nuevos conocimientos que se derivan de investigaciones, como una estrategia de apropiación social del conocimiento que busca visibilizar la experiencia de investigadores, académicos y servidores, por medio de debates y conversatorios.

Investigaciones Habla<sup>1</sup> ha tenido una evolución con el pasar de los años. La búsqueda de investigaciones, autores y experiencias ha logrado que este tipo de escenarios fortalezcan el debate distrital. Hoy, al año 2023, además de gestionar bajo diferentes perspectivas epistemológicas el conocimiento en la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, se ha convertido en un espacio virtual que un público mayor conozca, observe y participe de los debates que se suscitan en este espacio distrital.

Para la Secretaría Distrital de Salud, en cabeza de la Dirección de Planeación Sectorial y con el apoyo del equipo de Gestión del Conocimiento e Innovación, se cumple con el objetivo de fortalecer el liderazgo en gestionar el conocimiento como bien público, mediante la investigación, el análisis en salud y el desarrollo tecnológico y científico, motivo por el cual IH ha sido una ventana diseñada para mostrar la gestión en Investigación, Ciencia Tecnología e Innovación. ¡Felices 10 años de existencia!

1 Investigaciones Habla: un espacio creado para investigaciones para la salud. Mayra Alejandra Contreras Ríos Vol. 14 Núm. 2 (2012)

