

Memorias

de la Sala Situacional

créditos

Alcalde Mayor de Bogotá D.C.
Samuel Moreno Rojas

Secretario Distrital de Salud
Héctor Zambrano Rodríguez

Subsecretario de Salud
Juan Varela Beltrán

Dirección de Salud Pública
Liliana Sofía Cepeda Amaris

Dirección de Planeación y Sistemas
Luis Guillermo Cantor Wilches

Dirección de Desarrollo de Servicios
Germán Redondo Gómez

Dirección de Talento Humano
Gloria Marlen Bravo Guaqueta

Dirección de Aseguramiento en Salud
Harold Hernán Cárdenas Herrera

Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
Manuel Antonio Villamizar

Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano
Luz Dary Carmona Moreno

Dirección Jurídica y de Contratación
Luis Alberto Donoso Rincón

Dirección Administrativa
Jairo Villamil Hernández

Dirección Financiera
Alberto Ángel Rodríguez

Oficina de Control Interno
Herwin Jesús Rodríguez Santos

Oficina Asesora de Comunicaciones
Coordinación Editorial
Alejandra Maldonado Rivera

Fotografías
Diego Bautista
Andrés Osorio

Revisión de Estilo
Luis Eduardo Silva Useche
Diana Guevara Jaramillo

Coordinación General
María Patricia González
Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez

Grupo de Apoyo Técnico Distrital

Dirección de Salud pública
Luz Adriana Zuluaga
Alfonso Lara Landínez

Área de Vigilancia en Salud Pública
María Patricia González

Gustavo Aristizabal
Luis Jorge Hernández
Patricia Arce
Pilar Cardona
Ana María Sierra Nova
Manuel González
Alejandro Rodríguez
María Teresa Espitia
Ana Sofía Alonso
Oswaldo Caliz
Ignacio Zarante

Área de Análisis y Políticas
Ricardo Rojas Higuera

Claudia Naranjo
Smily Yusmarí Ruiz
Luz Mery Vargas
Gladys Espinosa

Área de Acciones en Salud
Guillermo Urquijo

Esperanza Avellaneda
Sandra Rodríguez
Carmen Rosa Gallego
Martha Patricia Cárdenas
Gonzalo Sosa

Laboratorio de Salud Pública
Elkin de Jesús Osorio

Dirección de Desarrollo de Servicios
Consuelo Peña
María Claudia Franco
Martha Mora
Herson León

Dirección de Aseguramiento
Eliana Guerra
Álvaro Girón
Amanda Stachoque
María de Jesús Olivo

Dirección de Planeación y Sistemas
Jairo Aguilera

Centro Regulador de Urgencias y Emergencias
Consuelo Lugo

Grupo Técnico Sala Situacional
Andrea Yanira Rodríguez
Ofelia Aristizabal
Diana Guevara Jaramillo
Andrés Castillo
Edier Martínez
Harold León
Andrés Osorio

Apoyo en Sistemas
Nelcy Zambrano
Wilson Rodríguez
Diego Zabaleta
Gloria Sacristan
Humberto Niampira
Diego Pinto
Pilar Macana
Ramiro García

Grupo de Apoyo Técnico Local

Pilar Angarita	Hospital Engativa
Myli Ramirez Ruiz	Hospital Engativa
Luz Estrella Rey	Hospital Centro Oriente
Carolina Leal	Hospital Centro Oriente
María Cristina Duarte	Hospital San Cristobal
María Cristina Suarez	Hospital Tunjuelito
Diana Valencia	Hospital Usaquen
Luz Estrella Torres	Hospital Usaquen
Claudia Rodríguez	Hospital Nazareth
Elsa Ayde Gonzalez	Hospital Sur
Sandra Barbosa	Hospital Sur
Elias Sagra	Hospital Chapinero
Jose Blanco	Hospital Chapinero
Lucia Arias	Hospital Rafael Uribe
Sandra Pardo	Hospital Rafael Uribe
Zaide Barbosa	Hospital Vista Hermosa
Alejandro Castañeda	Hospital Vista Hermosa
Smith Lozano	Hospital Bosa
Angélica Fonseca	Hospital Suba
Nancy Johanna Deaza	Hospital Usme
Melisa Córdoba Asprilla	Hospital de Fontibon

Diseño, diagramación e impresión
Acierto Publicidad & Mercadeo
aciertopublicidad@yahoo.com

Especial reconocimiento a los actores comunitarios que participaron de la reflexión y análisis de las problemáticas aquí abordadas. En cada temática participaron aproximadamente 2000 personas de la comunidad, a quienes expresamos nuestro más sincero agradecimiento.

Índice General



capítulo I

ENFOQUE CONCEPTUAL

9



capítulo II

INFANCIA

65



capítulo III

JUVENTUD

115



capítulo IV

SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

193



capítulo V

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

233



anexos finales

MAPAS

285

PRESENTACIÓN

En el año 2006 se crea la Sala Situacional de la Secretaria Distrital de Salud, abordando diferentes temáticas que responden a las prioridades del Gobierno Distrital; siendo esta estrategia la herramienta de análisis para la toma de decisiones en la institución.

La estrategia tiene como objetivos, visibilizar las desigualdades e inequidades, monitorear el comportamiento del desarrollo de los objetivos del milenio (O.D.M.) las metas del Plan de Desarrollo Distrital, orientar el ajuste de los planes operativos de los diferentes ámbitos y servicios de la ESE, que responden a las políticas, prioridades y compromisos de gestión en salud, con el fin de contribuir a la reducción de las brechas de inequidad detectadas.

Así mismo, convocar a los diferentes actores locales y distritales que garanticen el cumplimiento del proceso de sala situacional, Identificar y consolidar la Información Sectorial e intersectorial que permita realizar procesos de análisis transversal de la situación de salud en territorios, tomar decisiones a nivel comunitario, sectorial y local que permitan contribuir favorablemente a la situación de salud actual y generar alternativas de intervención en lo local, con los resultados del proceso analítico que permitan el mejoramiento del estado de salud de la población vulnerable en los territorios.

La sala situacional implementada en el Distrito reconoce la diversidad cultural, así como las diversas realidades que se entretajan en cada localidad. Es por ello que los ejercicios de análisis distritales presentados en estos documentos, es el resultado de un ejercicio de participación ciudadana, donde se convoca a cerca de 2000 participantes en el abordaje de cada temática, integrando los distintos saberes y formas de ver la realidad, a través de las 14 salas situacionales locales.

Lo anterior con la finalidad de tomar decisiones que consoliden, fortalezcan, generen y mantengan o reorienten acciones en el marco de procesos en beneficio de los individuos, sus familias y la comunidad, contribuyendo a cerrar las brechas de inequidad identificadas y a garantizar el derecho a la salud.

El proceso realizado en las localidades ha sido de construcción y participación activa de los equipos de vigilancia en salud pública, instituciones tanto del sector como de fuera del sector, siendo estos actores claves e indispensables para evidenciar las necesidades, problemáticas, respuesta social y posibles alternativas de solución a operativizar a corto, mediano y largo plazo.

Para el abordaje de cada temática se hace un esfuerzo por consolidar la información disponible del sector salud y de otros sectores, lo cual hace que la estrategia contribuya de manera importante a fomentar una cultura en el uso y análisis de la información en salud a través de distintas metodologías cualitativas y cuantitativas.

Como logros de la estrategia esta contar con 14 salas locales implementadas, la contribución al desarrollo institucional, el posicionamiento de la estrategia a nivel local y distrital, la inclusión de las áreas administrativas y gerenciales en el proceso, el posicionamiento de la Salud pública como un componente transversal en el desarrollo de los servicios de salud, la articulación con todas las dependencias de la Secretaría de Salud y el aporte a la construcción de las metas de Plan de Desarrollo Distrital, BOGOTA POSITIVA.

Esta publicación presenta el resultado de los análisis realizados en temáticas de prioridad Distrital y local como son: Infancia, juventud, salud sexual y reproductiva y Seguridad Alimentaria y Nutricional.

INTRODUCCIÓN

En el 2000 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) construye la estrategia de Sala Situacional como una herramienta útil para la toma de decisiones que recoge la información disponible del sector sanitario y de los otros sectores, con el propósito de poder organizarla y pasar de procesos de registros datos a la utilización y procesamiento de los mismos, generando información analizada útil para la toma de decisiones.

El Distrito Capital, contextualizando dicha estrategia, comienza un proceso de organización de la información disponible, pasando a un ejercicio de análisis conjunto con los demás actores sociales, permitiendo a la ciudad opinar frente a los temas de salud.

La consolidación de este proceso de análisis ha sido progresivo en términos de pasar de un análisis centrado en los datos a uno participativo e incluyente que contextualiza los datos y busca comprender el significado de su comportamiento a través de la indagación de las percepciones, la lectura que hace la comunidad de sus necesidades y cómo a través del conocimiento de su realidad se permiten construir respuestas que parten de las necesidades y problemáticas evidenciadas; fomento de dos ejes centrales de la estrategia que son primer lugar, la cultura del análisis y lo que implica la previa organización de los datos y en segundo lugar el empoderamiento de la comunidad en la toma de decisiones en salud posibilitando generar un proceso resolutivo en ellos mismos.

Los análisis realizados son en doble vía, dado que el ejercicio local alimenta los análisis distritales, permitiendo tomar decisiones a través de un conocimiento global de la situación en salud de la ciudad que reconoce las especificidades de cada localidad.

Para el desarrollo de esta estrategia se han integrado distintas disciplinas a la epidemiología, como la geografía, la antropología, la comunicación social, la psicología organizacional, el diseño gráfico, la ingeniería de sistemas, la estadística; todas indispensables para realizar análisis integrales que fomenten el trabajo en equipo y permitan mostrar los resultados de manera efectiva.

Finalmente, la presente publicación tiene como objetivo socializar los resultados de las salas situacionales de infancia, juventud, seguridad alimentaria y salud sexual y reproductiva; temáticas de prioridad distrital y nacional, como insumo para la toma de decisiones que posibiliten una ciudad participativa, informada, diversa e incluyente.

ENFOQUE CONCEPTUAL





TABLA DE CONTENIDO

MARCO SITUACIONAL DE LA SALUD EN LA CIUDAD 13

MARCO CONCEPTUAL 15

Determinantes de la salud..... 17

El derecho a la salud como orientador básico de la política 19

La atención primaria en salud, una nueva forma de operar 22

El ciclo vital como itinerario de vida 22

Consideraciones generales sobre la autonomía y los proyectos de desarrollo de autonomía y transversalidades 22

Lectura de necesidades sociales como punto de partida 25

Estructura y operación en ámbitos de vida cotidiana 26

Vigilancia en salud pública 26

Vigilancia comunitaria 27

SALA SITUACIONAL COMO ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS 29

Tipos de Sala Situacional 30

Sala Social Situacional Temática 30

Sala Social Situacional Multitemática 30

Sala Social Situacional Integradora 30

ETAPAS DE DESARROLLO DE LA SALA SITUACIONAL 31

CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN 31

POSICIONAMIENTO 31

Tipos de Comités de Vigilancia Epidemiológica 32

Objetivos del Comité de Vigilancia Epidemiológica 32

Fases del Comité de Vigilancia Epidemiológica 32

TOMA DE DECISIONES Y EVALUACIÓN 33

MÍNIMOS REQUERIMIENTOS PARA DESARROLLAR LA SALA SITUACIONAL 34

Usos y funciones de la Sala Situacional en la localidad 35

Insumos 36

Responsables directos conformado por dos niveles 36

Equipo de gestión de salud pública en territorios sociales 36

Equipo operativo 37

Talento humano	37
Medios de socialización de la información.....	37
PROCESO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LA SALA SITUACIONAL	40
SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA EN SALUD	42
Importancia de un SIG	42
Funcionamiento de un SIG	43
Lo que se realiza en un SIG	43
Uso de sistemas de información geográfica en salud (epidemiología)	46
COMPONENTE CLIMA Y CUALIFICACION ORGANIZACIONAL	48
COMPONENTE COMUNICACIONAL	51
ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN	52
GLOSARIO	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63





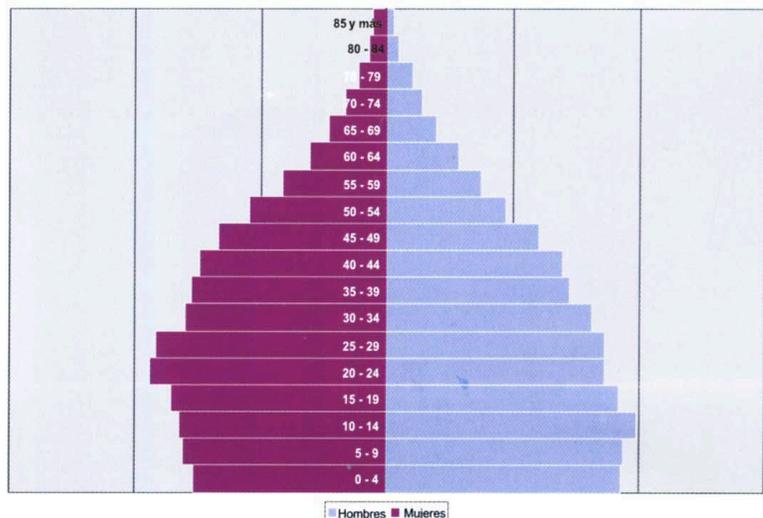
La pirámide poblacional de Bogotá, D.C. presenta una disminución progresiva en la base, es decir, en los grupos de edades menores, que tienen una leve ampliación hasta el grupo de 10 a 14 años en los hombres y hasta los 20 a 24 años en las mujeres.

MARCO SITUACIONAL DE LA SALUD EN LA CIUDAD¹

Bogotá, el principal centro político, administrativo y económico del país, concentra cerca del 20 por ciento de los hogares, 25 por ciento de los establecimientos productivos, aporta alrededor del 25 por ciento del PIB nacional y genera más del 30 por ciento del empleo nacional (DANE, Cuentas Departamentales).

La pirámide poblacional de Bogotá, D.C. presenta una disminución progresiva en la base, es decir, en los grupos de edades menores, que tienen una leve ampliación hasta el grupo de 10 a 14 años en los hombres y hasta los 20 a 24 años en las mujeres; a partir de estos grupos de edad para hombres y mujeres conserva la forma piramidal y ensanchamiento en los grupos de edad mayores, tiende a ser similar a la de los países desarrollados, con un envejecimiento progresivo de la población y la reducción de la proporción de personas menores de 15 años, debido principalmente al aumento en la esperanza de vida, el descenso sostenido de la fecundidad por las prácticas de control natal, los cambios en los patrones de crianza de los niños y niñas, la creciente urbanización, la participación activa de las mujeres en la sociedad y las características demográficas de la población inmigrante.

PIRÁMIDE POBLACIÓN BOGOTÁ D.C., ECVB -2007



Para el año 2003 existían en la ciudad de Bogotá 1.856.928 hogares, de los cuales 112.223 (6 por ciento) eran catalogados como pobres y 13.895 (0,7 por ciento) estaban en condiciones de miseria, según el indicador de NBI. Las cifras de 2007 indican que el número

¹ Secretaría Distrital de Salud. Salud a su Hogar. Un modo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá.

de hogares es 1.978.528, de los cuales 98.276 (5 por ciento) se encuentran en condición de pobreza y 10.679 (0,5 por ciento) en estado de miseria; estos resultados permiten ver que la situación de pobreza de la capital no presenta una mayor diferencia entre los dos periodos.

En 2003, así como en 2007, la principal causante de pobreza en los hogares es el hacinamiento crítico, aunque con menores porcentajes de incidencia (3,6 por ciento para 2003 y 2,6 por ciento para 2007). Las demás necesidades consideradas por el indicador se ordenan de la misma forma para los dos años considerados así: alta dependencia económica, vivienda inapropiada, inasistencia escolar y servicios inadecuados.

Las localidades con mayores porcentajes de hogares pobres en 2003 eran, en su orden, Ciudad Bolívar, San Cristóbal y Usme; mientras que en 2007 resultaron ser: Ciudad Bolívar, Santa Fe y Usme, mostrando una mejoría para San Cristóbal, que pasa del segundo al sexto lugar en pobreza. Este restablecimiento se debe, principalmente, al ascenso en el indicador de hacinamiento crítico y viviendas inadecuadas.²

Desde la óptica de los daños en salud, el patrón bogotano presenta una tendencia de mejoramiento, si se tiene en cuenta la evolución de algunos macroindicadores de salud como la mortalidad infantil, la esperanza de vida al nacer y la reducción en la morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas, entre otras. Sin embargo, prevalece una carga de enfermedad que no solo genera un problema social por su tamaño, sino, además, por la inequidad de su distribución.³

Se destacan, por su magnitud, gravedad y percepción social: la situación nutricional de los niños y niñas, la mortalidad materna, la natalidad en adolescentes, la expansión de la epidemia del Sida, la morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda y Neumonía, el riesgo de brotes por enfermedades inmunoprevenibles, el abuso sexual y otras formas de maltrato, las lesiones por causa externa y los suicidios, el cáncer de cuello uterino, las enfermedades crónicas y degenerativas, la población discapacitada y desplazada sin asistencia, las adiciones y demás eventos relacionados con la salud mental, los accidentes y enfermedades originadas en el trabajo, el trabajo infantil, la morbilidad y mortalidad originada en la asistencia sanitaria como las infecciones hospitalarias y los eventos que afectan la salud oral, entre otras, los cuales se convierten en nudos problemáticos de particular interés para la salud pública.

La desigualdad en la situación de salud de la población bogotana no sólo se expresa en la carga diferenciada de la enfermedad, también se expresa de manera evidente en la oferta de servicios y en los obstáculos y barreras de acceso. Aunque ha aumentado el número de prestadores (en el 2003 la SDS registró 12.502 prestadores en la ciudad), el mayor número de estos se ubica al norte de la ciudad con una relación de 38 prestadores por cada 10 mil habitantes en contraste con 4 en el sur. El 78 por ciento de los prestadores se ubican en la zona norte y el 11, 6 y 5 por ciento en las zonas sur oriente, centro oriente y sur de la ciudad.

Una de las fuentes de información que ha permitido reconocer con mayor claridad esta distribución inequitativa de los riesgos, daños y respuestas sociales relacionados con patrón de salud - enfermedad en el Distrito, son las Zonas de Condiciones de Vida y Salud (ZCVYS) identificadas en los recientes diagnósticos locales participativos ya que posibilitan mejorar la comprensión de las problemáticas. Desde la perspectiva territorial, el ejercicio permitió identificar cinco tipos de zonas, en todas las localidades de Bogotá, de las cuales dos zonas tipo pueden ser reconocidas como prioritarias desde una perspectiva de equidad.

De acuerdo con el último censo, Bogotá tiene 7.035.155 habitantes donde el 47 por ciento son hombres (3.306.185 hombres) y el 53 por ciento mujeres (3.728.970) distribuidos en 20 localidades. Tabla 1 (cuadro de habitantes por las 20 localidades), de las cuales 1 es rural y 6 son rurales y urbanas.



Se destacan, por su magnitud, gravedad y percepción social: la situación nutricional de los niños y niñas, la mortalidad materna, la natalidad en adolescentes, la expansión de la epidemia del Sida, la morbilidad y mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda y Neumonía.

² Encuesta de Calidad de vida Bogotá. 2007 Resultados Preliminares. DANE. Secretaría de Planeación.

³ Lineamientos PAB. 2006. Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud.



De acuerdo con el último censo, Bogotá tiene 7.035.155 habitantes donde el 47 por ciento son hombres (3.306185 hombres) y el 53 por ciento mujeres (3.728.970) distribuidos en 20 localidades.

MARCO CONCEPTUAL

CUADRO 3. POBLACIÓN AJUSTADA DE BOGOTÁ D.C. POR LOCALIDAD

LOCALIDADES	1973 ¹	1985 ²	1993 ²	2005 ³
	24 de Octubre	15 de Octubre	24 de Octubre	30 de Junio
TOTAL	2.496.172	4.262.127	5.440.401	6.840.115
Kennedy	195.955	561.710	758.870	951.073
Suba	97.459	334.700	564.658	923.064
Engativá	319.367	530.610	671.360	804.470
Ciudad Bolívar	35.451	326.118	418.609	570.619
Bosa	23.871	122.737	215.816	508.470
Usaquén	71.427	216.320	348.852	425.192
San Cristóbal	177.445	346.001	439.559	407.552
Rafael Uribe Uribe	255.454	283.213	379.250	378.164
Fontibón	90.060	166.427	201.610	301.375
Usme	6.394	164.847	200.892	298.992
Puente Aranda	221.776	305.123	282.491	253.638
Barrios Unidos	221.839	199.701	176.552	223.073
Tunjuelito	164.871	85.217	204.367	184.528
Teusaquillo	127.251	132.501	126.125	137.530
Chapinero	90.324	110.235	122.991	122.827
Antonio Nariño	116.283	111.247	98.355	116.828
Santa Fe	118.130	120.694	107.044	109.107
Los Mártires	127.768	113.778	95.541	94.842
La Candelaria	35.047	30.948	27.450	22.621
Sumapaz				5.792

Fuente 1CCPR. Proyecciones de población del Distrito Capital y su distribución espacial al año 2010.
DANE. Edición de información por localidades de Santa Fe de Bogotá. Censo 1993.
DANE. Colombia, proceso de condición censal. 1985-2005.

La Sala Situacional es en esencia la estrategia de análisis de la Secretaría Distrital de Salud, que tiene como objetivo pasar de un sistema de registro de datos a un sistema de interpretación de información. Permitiendo a través de pasos metodológicos, en el marco de las etapas de ciclo vital y las prioridades del Plan Nacional de Salud Pública, identificar las necesidades de la población en el contexto y la realidad de cada localidad y en el Distrito; generar un análisis a partir de la información disponible sectorial e intersectorial que permita visibilizar la realidad local y Distrital, resultado en primera instancia de los datos estadísticos que luego se fundamentan a través de la comprensión, interpretación y contextualización de los mismos, por medio de las distintas formas de ver la realidad y puntos de vista de cada actor social, que parte de su historia de vida, el transcurrir de su vida cotidiana y sus distintos papeles en la sociedad; mediante el desarrollo de unidades de análisis, y permitiendo mostrar un

CUADRO 4. POBLACIÓN AJUSTADA DE BOGOTÁ D.C. POR LOCALIDAD

LOCALIDADES	1973 24 de Octubre	1985 15 de Octubre	1993 24 de Octubre	2005 30 de Junio
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Kennedy	7.9%	13.2%	13.9%	13.9%
Suba	3.9%	7.9%	10.4%	13.5%
Engativá	12.8%	12.4%	12.3%	11.8%
Ciudad Bolívar	1.4%	7.7%	7.7%	8.3%
Bosa	1.0%	2.9%	4.0%	7.4%
Usaquén	2.9%	5.1%	6.4%	6.2%
San Cristóbal	7.1%	8.1%	8.1%	6.0%
Rafael Uribe Uribe	10.2%	6.6%	7.0%	5.5%
Fontibón	3.6%	3.9%	3.7%	4.4%
Usme	0.3%	3.9%	3.7%	4.4%
Puente Aranda	8.9%	7.2%	5.2%	3.7%
Barrios Unidos	8.9%	4.7%	3.2%	3.3%
Tunjuelito	6.6%	2.0%	3.8%	2.7%
Teusaquillo	5.1%	3.1%	2.3%	2.0%
Chapinero	3.6%	2.6%	2.3%	1.8%
Antonio Nariño	4.7%	2.6%	1.8%	1.7%
Santa Fe	4.7%	2.8%	2.0%	1.6%
Los Mártires	5.1%	2.7%	1.8%	1.4%
La Candelaria	1.4%	0.7%	0.5%	0.3%
Sumapaz				0.1%

Fuente 1CCPR. Proyecciones de población del Distrito Capital y su distribución espacial al año 2010.
DANE. Edición de información por localidades de Santa Fe de Bogotá. Censo 1993.
DANE. Colombia, proceso de condición censal. 1985-2005.

análisis de la realidad para la toma de decisiones. Los análisis en mención utilizan herramientas cualitativas y cuantitativas así como contribuyen a la consolidación de procesos de empoderamiento y apropiación por parte de las personas en los temas de salud.

La SDS considera la salud como la realización cotidiana del proyecto vital de los sujetos, concebida como una construcción intencional e intencionada, es decir, política, colectiva, ciudadana, y posiblemente sólo con la participación de toda la sociedad incluyendo el Estado y que se encuentra determinada por las necesidades y problemas derivados de su forma de reproducción social.

La anterior definición subyace un enfoque que reconoce la autonomía de los sujetos y colectivos sociales en sus procesos de salud y enfermedad, como también la perspectiva de derechos, sin embargo, esta última es un proceso que está en constricción.⁴

La sala situacional reconoce y desarrolla sus análisis en el marco del enfoque de Determinantes y la estrategia promocional de calidad de vida y salud, que parte de reconocer el proceso salud - enfermedad como el resultado de distintos factores que lo determinan y se expresa de manera diferencial en territorios socioespaciales, con diferentes grados de afectación y desarrollo de potencial humano.

El diagnóstico distrital y local es la línea de base para el desarrollo de las temáticas abordadas en la Sala Situacional. En la actualización de los diagnósticos 1998-2003

⁴ Lineamientos PAB. 2006. Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud.

La SDS considera la salud como la realización cotidiana del proyecto vital de los sujetos, concebida como una construcción intencional e intencionada, es decir, política, colectiva, ciudadana.



se logró avanzar en una metodología que permitiera leer con mayor profundidad las causalidades y determinaciones de los problemas y potencialidades de cada localidad, estructurando cinco categorías: territorio, población, producción, consumo y respuesta social e institucional. El análisis conjunto de estas categorías permitió una aproximación del perfil de deterioro y protección de cada localidad.

Determinantes de la salud



La manera de ocupar el territorio facilita o restringe las posibilidades de desarrollo de la población que lo habita. La forma en que se apropia del espacio geográfico desde su poblamiento (tanto histórico como social) genera unas expresiones concretas de las dinámicas productivas (unidades productivas industriales, comerciales, de trabajo informal, de servicios, entre otras) así como la vinculación de las personas en dichos procesos.

La forma de inserción de la población en dichos procesos de producción determina las posibilidades del ingreso, lo cual hace que puedan o no consumir una serie de bienes y servicios y que define sus condiciones de vida. Ese escenario de consumo es en el que se restablece la fuerza invertida en el proceso productivo lo que genera también unos perfiles de protección o deterioro para la salud.

En ese marco se generan una serie de respuestas sociales, tanto institucionales como comunitarias, en busca del mantenimiento y recuperación de la salud.

Igualmente, propone formas de construcción de respuestas colectivas que trascienden las políticas centradas en la prestación de servicios y articula las políticas económicas y sociales alrededor de objetivos y metas públicas dirigidas a impactar en la transformación de las condiciones de vida de la gente.

La estrategia de promoción de calidad de vida es el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales, entendiendo por autonomía la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con necesidades, lo cual dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades a una buena calidad de vida.



La estrategia de promoción de calidad de vida es el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales.

Articulación del enfoque de determinantes y la estrategia de calidad de vida: contenido del documento de diagnóstico de salud con participación social

Desde una visión social, el TERRITORIO, no solo es contenedor de objetos y sujetos en una porción de superficie terrestre, se trata del espacio social producido por las relaciones sociales y los vínculos entre sociedad y naturaleza.

Además, comprende varias dimensiones sociales, políticas, económicas, culturales y ambientales que son interactuantes e interdependientes. En consecuencia, el territorio corresponde a un espacio social históricamente construido por la dinámica propia de reproducción social que describe la mecánica de relaciones que se generan en la localidad, y que caracteriza las formas particulares de ejercer la gobernabilidad en cada localidad, los actores y sectores, los disensos e intereses predominantes que se traducen en énfasis particulares de la gestión local que afectan la situación de calidad de vida y salud de la población, retoma las zonas de condiciones de vida y de salud, en diálogo permanente con las unidades de planeación zonal, para redefinirlas, consolidar su caracterización inicial y los criterios de diferenciación.

La caracterización del territorio implica leer sus necesidades sociales con diferentes niveles de abstracción y conocimiento, en un nivel de los grandes números y agregados, el de las zonas de calidad de vida y salud / UPZ y en concreto en los ámbitos de vida la cotidianidad de las personas y colectivos sociales. Generándose así una imagen cada vez más particular lo que implica interpretar el movimiento de la vida social en el espacio histórico concreto, evidenciar y formular las contradicciones que determinan dicho movimiento.

POBLACIÓN

En esta se reconocen las diferencias entre las personas basadas en sexo, género (condiciones de vida, problemas y necesidades de salud, factores de riesgo diferenciadas de los sistemas de salud de mujeres y hombres), clase social, etnia (reconocimiento de la existencia y particularidades culturales, políticas, sociales de los grupos étnicos que habitan en el distrito), raza y población vulnerable que constituyen las Transversalidades estructurantes o de equidad y hacen visibles las expresiones diferenciales de oportunidades en el acceso y también para mejorar las condiciones de calidad de vida y salud.

Siendo el fin último la intervención social y de salud, el desarrollo de autonomía de las personas y colectivos sociales; el centro del análisis y de reconocimiento son las etapas del ciclo vital.

RESPUESTA INSTITUCIONAL

Donde se evidencia la respuesta de las ESE de acuerdo con las necesidades identificadas propias de cada localidad y del Distrito en el marco de los planes de beneficios de salud PIC y POS. En esta categoría se menciona las acciones de coordinación dentro del sector, otros prestadores y aseguradores y articulación con otros sectores, la complementariedad de acciones y de recursos que han potenciado y extendido la respuesta de la ESE en el nivel local, su afectación de determinantes de salud.

RESPUESTA COMUNITARIA

Aquí se menciona la movilización y organización social en torno de la exigibilidad de la salud como derecho, vigilancia y notificación de los eventos que afectan la salud individual y colectivos, identificación de alternativas y gestión de las alternativas con enfoque transectorial, control social sobre planes programas y proyectos. Esta respuesta



En la población se reconocen las diferencias entre las personas basadas en sexo, género (condiciones de vida, problemas y necesidades de salud, factores de riesgo diferenciadas de los sistemas de salud de mujeres y hombres).





comunitaria se da en diferentes territorios y ámbitos de vida cotidiana y en ella intervienen diferentes actores sociales de acuerdo con el ámbito.

EL DERECHO A LA SALUD COMO ORIENTADOR BÁSICO DE LA POLÍTICA

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) parte del planteamiento central que la salud es una producción social que se da en el marco de las relaciones que entretejen los seres humanos en contextos específicos, en tal sentido, la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad, sino que es la posibilidad de que los seres humanos construyan sus proyectos vitales en las mejores condiciones posibles para obtener bienestar y calidad de vida. “Hoy se acepta que el proceso salud - enfermedad constituye la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en diferentes zonas socio-espaciales y en los grupos que las habitan, la aparición de riesgos y potencialidades características”⁵, y que la situación de salud obedece a las determinaciones dadas por las formas de reproducción social como alimentación, reposo, protección frente al ambiente, recreación, comunicación social e interpersonal, actividades educativas, religiosas, culturales y rituales, acceso a los servicios de salud, entre otras.

Desde el enfoque de derechos no se puede limitar la garantía de los derechos humanos a los recursos disponibles en una sociedad, se tiene que avanzar a la implementación de políticas públicas que se comprometan con hacer cumplir aquello que el Gobierno debe hacer⁶, para asegurar el cumplimiento de todos los derechos humanos, bajo la consideración de que estos son indivisibles, inalienables e irrenunciables, y no pueden los gobiernos argumentar la falta de disponibilidad de recursos para su cumplimiento, ni sacrificar el cumplimiento de unos derechos por otros.

La actual administración reconoce la dificultad histórica en el manejo de recursos como una barrera constante dirigida a la contención de demandas y de costos, en dirección contraria a los objetivos y responsabilidades de la función pública, llamada a garantizar la búsqueda y organización de respuestas colectivas para la resolución efectiva de los problemas sociales⁷ y a la conducción política de procesos de transformación sustantiva de la realidad social, teniendo como prerrogativa una distribución equitativa de los medios sociales de acción, orientados a objetivos de universalidad, democracia y justicia social. Entonces, se busca potencializar el desarrollo de los seres humanos a partir del reconocimiento de sus derechos como condición del ejercicio de ciudadanía.

⁵ Breilh, et. Al., 1987;94

⁶ Robinsón, Mary. *Universalidad y Prioridades*. En: *Informe de Desarrollo Humano, 2000*. PNUD.2001.pp113.

⁷ Es necesario pensar en la totalidad de la población y luego proyectar sus necesidades. Sobre la base de éstas, evaluar lo que tenemos, lo que nos hace falta y pensar estratégicamente de qué manera podemos superar estos déficits.

Desde el enfoque de derechos no se puede limitar la garantía de los derechos humanos a los recursos disponibles en una sociedad, se tiene que avanzar a la implementación de políticas públicas que se comprometan con hacer cumplir aquello que el Gobierno debe hacer.



La relación de bienestar - calidad de vida y la garantía del derecho a la salud⁸, nos permite entender la salud como un bien público, en la medida que el accionar del Estado y la sociedad deben propender por la garantía de:

El derecho a la vida: es el reconocimiento de la vida como el más alto valor del ser humano, y el máximo derecho, por lo que debe ser garantizado por parte del Estado.

El derecho a la asistencia sanitaria: es el que tienen todos los seres humanos a la atención integral para promover la salud, prevenir, atender y rehabilitar las enfermedades cuando lo necesiten.

El derecho al bienestar y a un ambiente sano: es la posibilidad de tener una vida saludable en las mejores condiciones posibles y con acceso suficiente a los medios disponibles.

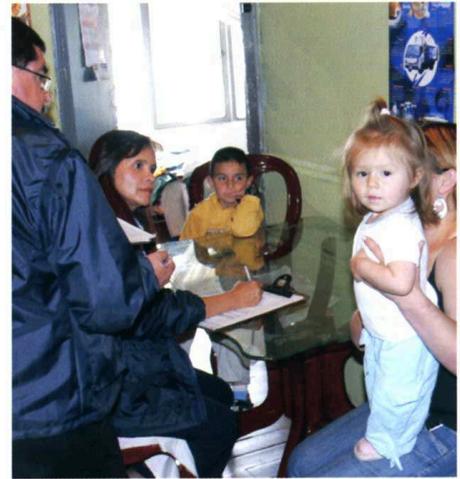
El derecho a la participación: es el ejercicio de la ciudadanía y autonomía en el proceso de toma de decisiones y de acciones, individuales y colectivas, en todo lo que atañe a la salud, lo que implica el reconocimiento a la opinión, el acceso a la información, el ejercicio del control sobre los programas y recursos públicos, y la toma de decisiones sobre las políticas que afectan la salud de todos.

El reconocimiento del derecho a la salud como construcción social implica que las políticas en salud no se remiten únicamente a proveer de bienes y servicios a la población, dividiéndola entre contribuyentes y no contribuyentes, beneficiarios “objetos de atención” o asistidos por el Estado.

Desde esta perspectiva, el bienestar y la calidad de vida se relacionan de manera directa con la garantía del derecho a la salud que expresa las condiciones de dignidad humana en las poblaciones.

En otras palabras, el enfoque de los derechos humanos, que sustenta la política distrital de salud, implica la concreción de política social que genere condiciones de salud donde la estrategia de promoción de la salud⁹ es central, lo cual implica un equilibrio entre las acciones estructurales para mejoramiento de condiciones de vida y la priorización de las de protección en poblaciones de acuerdo con territorios sociales, de tal forma que existan garantías para el disfrute de manera individual y colectiva de bienes, servicios y condiciones adecuadas de bienestar que nos permitan tener una vida digna. Esta mirada implica contar con decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad que permitan garantizar el máximo nivel de salud posible¹⁰ en lo individual y en lo colectivo.

La forma de viabilizar la política es a través de la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud¹¹ como instrumento estratégico que plantea, en primer lugar, el imperativo ético de comprender y dimensionar toda la complejidad de los determinantes explicativos de los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de las personas y colectividades, y su impacto desigual entre la población. Entonces, el análisis no se reduce a la determinación de “problemas”, aislados o parcelados, sino a la “problematización” de la realidad en todas sus complejidades, incluyendo todas las dimensiones y factores que dan cuenta de su determinación.



Desde esta perspectiva, el bienestar y la calidad de vida se relacionan de manera directa con la garantía del derecho a la salud que expresa las condiciones de dignidad humana en las poblaciones.

8 El derecho a la salud contiene una serie de características como: universalidad, interdependencia e indivisibilidad, carácter individual y social, progresividad e irreversibilidad, irrenunciabilidad; y de principios como: igualdad, accesibilidad, gratuidad y equidad. Los cuales deben ser explícitos en términos de la exigibilidad y garantía del mismo.

9 La Carta de Ottawa 1986 y la de Bogotá 1992 la definen como “proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”, esto requiere de transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo”

10 De Currea - Lugo, Víctor. El derecho a la salud en Colombia: Diez años de frustraciones. Textos de Aquí y Ahora. Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, ILSA. Bogotá - Colombia. 2003. Pág. 26.

11 Plan estratégico social, el desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas por la calidad de vida y la salud. Hacia la universalidad de los derechos sociales con equidad, dentro de una estrategia de promoción de la calidad de vida y salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas, septiembre 2003.



En este sentido, un nuevo contenido social de la política se viabiliza y se concreta en una nueva estructura espacial. En la medida en que se redefinen las relaciones sociedad - espacio, se crean nuevas formas espaciales y las anteriores se ajustan a las nuevas determinaciones. La política distrital de salud definió su quehacer a partir del enfoque promocional de calidad de vida y salud que se ordena de la siguiente forma:¹²

- a- Reorientación de la función y las políticas públicas hacia “el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud, con universalidad y equidad, combatiendo los déficits de atención entre necesidades y ofertas, e impactando en la reducción de las brechas por inequidad social como disparidades de oportunidades entre grupos humanos y territorios”¹³.
- b- Adoptar la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud, que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades, entendida como el ejercicio de potencialidades para satisfacer necesidades y deseos, a través de la transectorialidad y la acción sobre territorios-poblaciones, atacando las causalidades y determinantes sociales de los problemas a enfrentar, y generando capacidades de organización y empoderamiento social.
- c- Reorientar el modo de atención mediante la estructuración de respuestas regulares, suficientes, integrales y equitativas, conformadas en redes públicas y sociales de calidad de vida y salud dentro del espacio distrital, local, que actúen como escenarios de gestión transectorial de políticas y acciones en territorios sociales y como espacios para el ejercicio político y social entre autoridades públicas y comunidades organizadas.

Para lograr los objetivos de afectar determinantes se requiere, necesariamente, del desarrollo de procesos transectoriales que deben permitir la respuesta articulada a la complejidad de los determinantes que directa o indirectamente estén relacionados con los problemas, no solamente porque es importante evitar o prevenir su aparición, por ejemplo, prevenir la enfermedad o garantizar la ausencia de enfermedad, sino porque su superación demanda asegurarse de hacer todo lo indispensable para proteger y preservar el desarrollo de una vida plena en todos sus ámbitos y etapas, de acuerdo con la configuración individual, social y territorial de las necesidades, dentro de las mejores condiciones posibles, es decir, garantizar que haya calidad de vida y salud y que sea perdurable durante toda la vida.

Así mismo, la participación social forma parte de la estrategia de promoción de la calidad de vida, porque es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades. Las personas, familias y comunidades, como sujetos activos con capacidad y posibilidad de decidir sobre sus vidas con poder y saber, tendrán posibilidades de apropiarse y desarrollar sus proyectos de vida según sus necesidades, aspiraciones y deseos, ganando el mayor dominio sobre los mecanismos que conducen a una calidad de vida y salud, y a la defensa de sus derechos, tanto individual como colectivamente.

¹² Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela. Plan estratégico social. 2003
¹³ Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela. Plan estratégico social. 2003



Esta mirada implica contar con decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad que permitan garantizar el máximo nivel de salud posible en lo individual y en lo colectivo.



LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, UNA NUEVA FORMA DE OPERAR

La Atención Primaria en Salud es una estrategia reconocida internacionalmente como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar...¹⁴”.

EL CICLO VITAL COMO ITINERARIO DE VIDA

Por ciclo de vida entendemos un concepto que explica el tránsito de la vida como un continuo y que propone que el crecimiento y el desarrollo humano son el producto de la sucesión de experiencias en los órdenes biológico, psicológico y social. Así la vida humana es la sucesión de etapas con características específicas desde la gestación hasta la muerte, pasando por la infancia, la adolescencia, la vida adulta y la vejez. Desde el enfoque promocional de calidad de vida, el desarrollo de la salud va por el itinerario del ciclo vital, posibilitando pensar la persona en su ciclo vital y pensar cómo la afecta la inequidad. “En el ciclo vital se evidencia la producción social de inequidad y ello, en la persona, se manifiesta por su raza, por su etnia, por su clase social, por su territorio, las acciones del sector hay que vincularlas al ciclo vital y las líneas de inequidad.¹⁵ Las condiciones y experiencias de cada etapa de la vida preparan o condicionan las posibilidades de las siguientes; así las necesidades y problemas de una etapa pueden ser previstos y superados o agravados desde las anteriores. Es en el sujeto y en la lectura del ciclo vital donde se expresan las determinaciones sociales.

Aunque el ciclo vital no está determinado por un lapso específico de años, para facilitar su abordaje y definición, la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud definió la siguiente agregación y subgrupos por etapas del ciclo vital humano:

CICLO	RANGOS
Infancia	Gestantes Recién nacido Menor 1 año De 1 a 4 De 5 a 9
Adolescencia	De 10 a 14 De 15 a 18 De 19 a 26
Adulto	De 27 a 44 años De 45 a 59 años
Adulto mayor	60 años y más

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA AUTONOMÍA Y LOS PROYECTOS DE DESARROLLO DE AUTONOMÍA Y TRANSVERSALIDADES

La autonomía se asocia con la libertad que posee cada individuo para desarrollar sus capacidades en el marco de las oportunidades que le prodiga la sociedad. En tal sentido, la autonomía se desarrolla en las tensiones de la relación individuo /colectivo y se enmarca en los procesos de desarrollo social. Desde la propuesta del Nobel de Economía Amartya Sen el desarrollo es un proceso de expansión de las libertades reales que disfrutaban los individuos (libertades humanas). Lo anterior contrasta con las visiones más estrictas de desarrollo, que lo conciben como crecimiento. Desde la perspectiva de Sen, el desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad, como la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). “Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud” En: Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Serie Salud para Todos. Ginebra: OMS: 40.

¹⁵ De Negri A. Conferencia: la participación y el enfoque promocional de calidad de vida y salud. Agosto 28 del 2004.

Para lograr los objetivos de afectar determinantes se requiere, necesariamente del desarrollo de procesos transectoriales que deben permitir la respuesta articulada a la complejidad de los determinantes que directa o indirectamente estén relacionados con los problemas.



Le compete al Estado y la sociedad posibilitar las oportunidades sociales referidas a los sistemas de educación y sanidad, entre otros, que influyen en la libertad fundamental del individuo para vivir mejor. Estos servicios son importantes no sólo para la vida privada, sino también para participar más eficazmente en las actividades económicas y políticas.

Desde esta perspectiva el desarrollo pleno de la autonomía tiene relación directa con las dotaciones y oportunidades que la sociedad y el Estado disponen para que los sujetos se desarrollen. "Las capacidades individuales dependen, fundamentalmente, entre otras cosas, de los sistemas económicos, sociales y políticos (Sen). Para crear buenos mecanismos institucionales, hay que considerar el papel instrumental de los distintos tipos de libertad e ir más allá, de la importancia fundamental que tiene la libertad general de los individuos.

Los fines y los medios del desarrollo obligan a colocar la perspectiva de la libertad en el centro del escenario. En este enfoque (el desarrollo como libertad), los individuos han de verse como seres que participan activamente -si se les da la oportunidad- en la configuración de su propio destino, no como sólo receptores pasivos de los frutos de ingeniosos programas de desarrollo. El Estado y la sociedad tienen un gran papel que desempeñar en el refuerzo y en la salvaguardia de las capacidades humanas desde la creación de oportunidades.

En tal sentido, para lograr la autonomía se debe partir del derecho de la equidad para cambiar el foco del quehacer, teniendo en cuenta el perfil de salud y las capacidades que cada persona tiene para decidir qué es lo más conveniente. Y así disminuir la dependencia que se genera al utilizar los servicios de salud en los niveles de tratamiento y rehabilitación

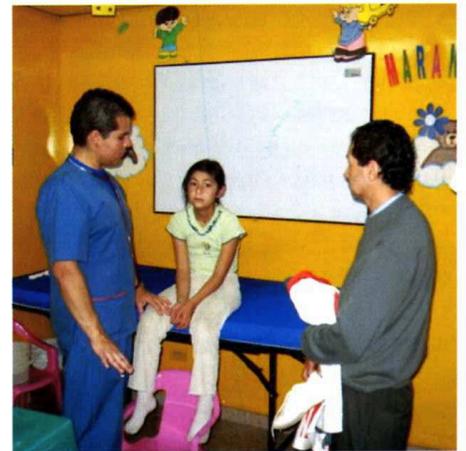
La Secretaría Distrital de Salud para favorecer el ejercicio de la autonomía, ha priorizado unos Proyectos de Desarrollo de Autonomía los cuales orientan las acciones dirigidas a dar respuestas en cada ámbito a los problemas que atentan contra la salud a lo largo del ciclo de vida. "Los Proyectos para el Desarrollo de la Autonomía son planes a través de los cuales se busca combatir las causas y determinantes que impiden el pleno disfrute de cada uno de los derechos sociales, de manera continua y permanente desde la gestación hasta la muerte¹⁶.

La Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud ha priorizado los siguientes proyectos de desarrollo de autonomía (PDA):

- Transmisibles
- Salud Sexual y Reproductiva
- Salud mental
- Crónicas
- Salud oral

Por otra parte, las transversalidades permiten ver la sobredeterminación de lo social y cultural, de manera que las categorías explicativas de lo humano aparezcan en cada ámbito

¹⁶ De Negri A. Conferencia: la participación desde el enfoque promocional de calidad de vida. Agosto 28 del 2004



Desde la propuesta del Nobel de Economía Amartya Sen el desarrollo es un proceso de expansión de las libertades reales que disfrutan los individuos (libertades humanas).





en términos de la realización de derechos económicos, sociales y culturales. Son parte de los condicionantes que pueden afectar la autonomía de las personas y grupos humanos, y expresan las debilidades sociales para garantizar a toda la población el ejercicio equitativo de los derechos sociales fundamentales, estos condicionantes se representan en: las enfermedades, la falta de alimentos, la falta del agua y de servicios de saneamiento, un medio ambiente degradado, la violencia en todas sus formas, las posibilidades de accidentes, el uso de drogas, la desescolarización, la escasez de renta o el desempleo forzado, incluyendo las deficiencias y barreras económicas a la atención de la salud (abarcando educación, prevención, protección, asistencia curativa y de rehabilitación), así como las dificultades para la participación, democrática y protagónica, son restricciones que disminuyen el ejercicio pleno de la libertad.

Los ejes transversales representan, entonces, categorías de análisis relacionados con procesos estructurales que afectan todos los proyectos de desarrollo de autonomía en cada uno de los ciclos vitales y con núcleos determinantes de la equidad en las condiciones de calidad de vida¹⁷.

Metodológicamente, las transversalidades parten de una visión global y no fragmentada del ser humano que permite la visibilidad de las consecuencias y el impacto que generan las necesidades a lo largo del ciclo vital.

Las transversalidades estructurantes son:

- Ambiente
- Trabajo
- Actividad física
- Discapacidad
- Seguridad alimentaria

Por otra parte, las transversalidades de equidad son:

- Género
- Etnia
- Clase social

¹⁷ Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida. Yolanda D'Elia, Armando De Negri, Magally Huggins, Castañeda Mauricio, Veja Manuel Bazó

Para lograr la autonomía se debe partir del derecho de la equidad para cambiar el foco del quehacer, teniendo en cuenta el perfil de salud y las capacidades que cada persona tiene para decidir qué es lo más conveniente.



LECTURA DE NECESIDADES SOCIALES COMO PUNTO DE PARTIDA

Como punto de partida, en la definición de la responsabilidad pública y social del Estado, está el hecho de identificar las necesidades de la gente. Entendidas más allá de las carencias, se requiere de un enfoque que supera la restringida mirada de los mínimos para la supervivencia, las necesidades son asimiladas a derechos, por tanto, su garantía es total y plena.

“Las necesidades sociales se definen como todos aquellos ámbitos esenciales para alcanzar individual o colectivamente una plena condición de calidad de vida y salud, y que garantizadas como derechos sociales, deben ser el principal objeto de respuesta por parte de los entes que tienen a su cargo la función pública, respondiendo de manera universal, suficiente, equitativa y permanente a las causas y determinantes que provoquen su negación o defecto, participando la sociedad como actor protagónico en su desarrollo, con poder real para intervenir en las decisiones de manera corresponsable¹⁸”.

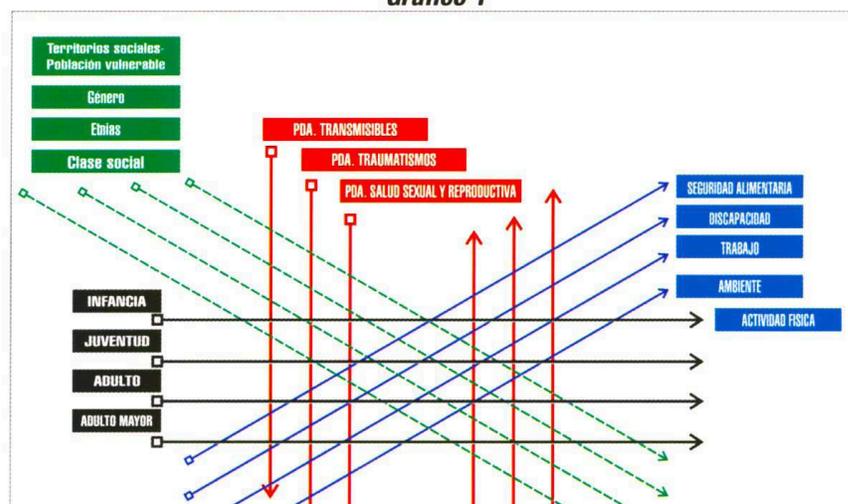
Así mismo, la configuración de necesidades sociales en territorios específicos, permite trascender la mirada de las instituciones, de filtrar las necesidades de la gente de acuerdo con su capacidad de respuesta, es decir, su oferta institucional. El abordaje de necesidades sociales se soporta en la visión de la determinación social de la problemática identificada, lo cual exige una mirada transectorial, tanto para la construcción de dichas necesidades (problematización de la realidad), como para la respuesta por parte de las instituciones a través de alternativas integrales de solución en los territorios definidos.

Las necesidades sociales se han organizado por núcleos de problema como estructuras centrales que contiene y activan la exploración de información para explicar fenómenos, procesos, dinámicas del orden político, económico, institucional, social biológico y su determinación histórica en el marco del enfoque promocional de calidad de vida y salud para el desarrollo de autonomía y ciudadanía. Para la lectura de necesidades se utilizó la siguiente matriz:

“Las necesidades sociales se definen como todos aquellos ámbitos esenciales para alcanzar individual o colectivamente una plena condición de calidad de vida y salud y que garantizadas como derechos sociales, deben ser el principal objeto de respuesta por parte de los entes que tienen a su cargo la función pública.”



Gráfico 1



Con este ejercicio se trata de agrupar problemáticas semejantes, alrededor de una sola, que las recoge de mejor manera y que mueve a la acción. Para agrupar estas problemáticas semejantes, se pueden usar diferentes metodologías, sin embargo, es clave que se parta de la realidad identificada en los diagnósticos situacionales, incluyendo la experticia de los profesionales del sector y otros sectores y con la participación de las organizaciones sociales, en la perspectiva de potenciar el desarrollo humano. Reconocer las necesidades sociales exige cambios en las formas de operar y de tomar decisiones frente a la distribución de los recursos de tal forma que permita acercamientos continuos y constantes a la realidad local, para dar respuestas integrales a las necesidades de la población en los territorios.

18 Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Plan Estratégico Social, Caracas, Sep. 2003.

ESTRUCTURA Y OPERACIÓN EN ÁMBITOS DE VIDA COTIDIANA

Los ámbitos de vida cotidiana se definen como espacios sociales donde transcurre el diario vivir de la gente. Desde este concepto, se han identificado y definido hasta ahora el ámbito escolar, barrial y comunitario, laboral, institucional, y de instituciones prestadoras de servicios de salud, cada uno de los cuales contiene un número de unidades de operación relacionadas con la actividad predominante que se desarrolla en el ámbito.

La operación en ámbitos de vida cotidiana se caracterizará por buscar la organicidad y la convergencia de políticas y acciones, orientadas por el objetivo de dar respuesta a las necesidades sociales con universalidad y equidad, combinando todas estas actividades, en el marco de todas las redes y agendas políticas de gobierno y de la sociedad para enfrentar este objetivo y generando nuevos espacios de poder ciudadano. En tal sentido, reconoce la multiplicidad de lógicas, la importancia de organizar otras formas de acción en los espacios y dinámicas de vida de la gente, estimulando las mismas fuerzas protectoras de las comunidades en la lucha por alcanzar una mejor calidad de vida y salud. Esto hace posible que las acciones no se reduzcan al papel de las instituciones y los servicios de atención, activando otros medios que logren impactar en las raíces de los problemas que afectan a la gente.

Estas posibilidades se deben traducir en agendas y redes sociales y solidarias, capaces de enraizarse en el imaginario social generando un movimiento social sostenible alrededor de su consecución.

Operación de las acciones de Salud Pública en ámbitos de vida cotidiana

Ámbito escolar: en el cual las unidades de trabajo son los Jardines Promotores de Calidad de Vida, las Escuelas Promotoras de Calidad de Vida y las Universidades saludables.

Ámbito laboral: sus unidades de trabajo son: plazas de mercado, unidades productivas del sector informal, mataderos, ladrilleras, curtiembres, centros de lenocinio.

Ámbito barrial o comunitario: grupos organizados, mujeres, jóvenes no escolarizados, adulto mayor, organizaciones comunitarias: JAC, cabildos, jóvenes no escolarizados, cuidadoras, desplazados. En espacios comunitarios: parques, espacio público.

Ámbito familiar: su unidad de trabajo es la familia, con esta estrategia se fortalecerán las acciones de Atención Primaria en Salud.

Ámbito de instituciones de retención y de atención al adulto mayor: sus unidades de trabajo son las cárceles, centros de retención y centros de atención al adulto mayor.

Ámbito Instituciones de Salud (IPS): que pueden ser públicas o privadas

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Como parte de toda una estrategia de fortalecimiento de la vigilancia en salud pública (VSP) en el Distrito, este componente se ha reestructurado en vista de fortalecer la coordinación, el posicionamiento y el desarrollo local de la VSP, con un enfoque de monitoreo crítico. Con este propósito, se establece como parte del proceso de vigilancia el acercamiento en la identificación de los determinantes de los eventos que son objeto de la vigilancia en salud pública, así como la incorporación de procesos comunitarios y transectoriales.

Así mismo, se define la necesidad de que la información producida o recopilada a través de este componente, se analice de forma periódica Distrital y localmente, con participación de todos los equipos de trabajo de las ESE y la comunidad, y se convierta en un instrumento

Reconocer las necesidades sociales exige cambios en las formas de operar y de tomar decisiones frente a la distribución de los recursos de tal forma que permita acercamientos continuos y constantes a la realidad local.





Como parte de toda una estrategia de fortalecimiento de la Vigilancia en Salud Pública (VSP) en el Distrito, este componente se ha reestructurado en vista de fortalecer la coordinación, el posicionamiento y el desarrollo local de la VSP, con un enfoque de monitoreo crítico.

para la toma de decisiones que se concreten en propuestas de abordaje efectivas, coordinadas e integrales que realmente les apunten a la afectación de los determinantes de las problemáticas encontradas.

Esta estructura es más una forma de hacer evidentes los procesos, por cuanto todos los componentes deben estar integrados, ya que tanto la vigilancia en salud pública como la gestión de la salud pública en territorios sociales son componentes que deben recoger las experiencias y la información generada por los ámbitos y apoyar a estos equipos con información pertinente y oportuna y con estrategias de articulación que les permita una operación que responda a las necesidades sociales, con coordinación intersectorial y reconocimiento de las autoridades locales.

Como parte de la VSP se incorporan en este componente las acciones de Inspección Vigilancia y Control, que fueron articuladas a los ámbitos de vida cotidiana pero que ubican sus recursos en este componente.

- ☒ Consolidación de la red de vigilancia en salud pública.
- ☒ Ajuste y mantenimiento del subsistema de información.
- ☒ Análisis y retroalimentación de la información para la vigilancia en salud pública.
- ☒ Intervención en la vigilancia en salud pública.
- ☒ Funciones de inspección vigilancia y control (IVC) de responsabilidad del ente territorial.

VIGILANCIA COMUNITARIA

Esta se define como el proceso de identificación y notificación de problemáticas y necesidades en salud pública por parte de organizaciones sociales y grupos comunitarios y del análisis de sus determinantes ambientales, socioeconómicos y culturales a partir de los cuales proponen alternativas integrales de solución que articulen la respuesta institucional y social con un enfoque transectorial y de gestión comunitaria.

Las organizaciones comunitarias con las que se desarrollará el proceso son las diferentes formas organizativas que se identifiquen en los ámbitos de vida cotidiana y que se motiven para participar: Juntas de acción comunal, madres comunitarias, organizaciones gremiales, grupos de jóvenes, de mujeres, recreativos, consejos escolares, grupos culturales, consejos comunitarios o círculos de participación social que se han organizado en los territorios de salud a su hogar y los Núcleos de Participación Ciudadana (NPC) de las unidades de planeamiento zonal (UPZ) prioritarias.

Se han identificado distintos ámbitos donde transcurre la vida cotidiana: barrial o comunitario, escolar, familiar, laboral e instituciones de protección y rehabilitación; cada uno de estos ámbitos presenta características propias territoriales o institucionales, que permitirán evidenciar las condiciones y número de grupos que ejercerán la vigilancia y gestión comunitaria en salud pública.





Para garantizar el adecuado desarrollo de este proceso, es necesario incentivar y motivar la permanencia de las organizaciones sociales, lo cual dependerá, en gran parte, del trabajo concertado que se realice, el alcance de las metas propuestas y del apoyo y respuesta institucional.

Es importante tener en cuenta que la idea no es cambiar el propósito para el cual la organización o grupo fue creado inicialmente, sino generar motivación hacia la identificación, notificación y gestión sobre los eventos que afectan su salud y que estos procesos sean incluidos en sus agendas de trabajo, así como el desarrollo de unidades de análisis que permitan la comprensión de la situación de salud de un territorio en particular.

El proceso de vigilancia comunitaria tiene como objetivo fortalecer la prevención, control y vigilancia epidemiológica en salud pública en territorios y ámbitos de vida cotidiana, con la participación activa de instituciones sectoriales e intersectoriales, organizaciones sociales y grupos comunitarios, a través del mejoramiento en la obtención de la información, la notificación oportuna y el análisis de los problemas prioritarios de salud y de sus determinantes, a fin de contribuir a la construcción de propuestas de intervención que generen respuestas sectoriales integrales, transectoriales y comunitarias.



Es entonces un arte la interpretación de los datos cuantitativos y cualitativos que va de lo singular a lo general, de lo simple a lo complejo, donde se debe ser abierto en su interpretación.

SALA SITUACIONAL COMO ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS

El eje central para la planeación, el desarrollo y la evaluación de los procesos de vigilancia en salud pública ha sido el análisis y la interpretación de los datos, siendo este último un reto dado que avanza en la contextualización de los datos estadísticos y en la exploración de nuevas formas de comprender la realidad, teniendo como sujeto de estudio los individuos, las familias y la comunidad en las realidades donde se desenvuelve su vida. Hoy, dichos análisis son mixtos, utilizando diversas técnicas cuantitativas y cualitativas que permitan responder interrogantes como: ¿cuál es el objetivo del análisis que se quiere hacer?, ¿cuál es la unidad de análisis?

Es entonces un arte la interpretación de los datos cuantitativos y cualitativos que va de lo singular a lo general, de lo simple a lo complejo, donde se debe ser abierto en su interpretación así como permitirse contextualizar los datos y su comportamiento en un proceso participativo e integral de los distintos saberes.

Dentro de las estrategias de análisis de que dispone la Secretaría Distrital de Salud, está la Sala Situacional que según la OMS-OPS “La Sala Situacional es un espacio de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas.

Por situaciones de salud no se entiende el análisis de daños o la evaluación de riesgos, sino todo tipo de situación, empezando por las relacionadas con el análisis y evaluación de las condiciones de vida de la población y su interacción con el proceso de formulación de políticas y la fijación de prioridades pasando por la evaluación del impacto en la población, y, por supuesto, los asuntos relacionados con los recursos humanos, la tecnología empleada, el financiamiento del sector, el proceso de reforma, la vulnerabilidad a desastres naturales y muchas otras variables. Vista así, la Sala Situacional se convierte en el instrumento idóneo para realizar la vigilancia de salud pública.

La Sala Situacional es la instancia para la articulación entre la gerencia estratégica y la coyuntura que facilita espacios para el análisis, la negociación y concertación de los compromisos a ejecutar por los diferentes actores sociales involucrados en la producción social de salud, en el ámbito local y su posterior seguimiento y evaluación.

Una Sala Situacional se constituye en un ambiente atractivo, seguro y accesible que está estructurado con información documental, gráfica, visual y virtual, provenientes de diferentes fuentes primarias y secundarias en donde concurren distintos actores institucionales y comunitarios. Funciona como parte del sistema integral de monitoreo y evaluación

en todos los niveles de gestión, para facilitar consultas y análisis periódicos integrales a usuarios de diversas entidades que permitan la toma de decisiones y su materialización.

Teniendo en cuenta la heterogeneidad de Bogotá y partiendo de las diferencias que existen inmersas en los factores que determina la situación de salud en cada localidad, se generan lineamientos generales que permitan ser operativizados en la realidad de cada localidad.

La Sala Situacional se justifica como espacio que permite evidenciar el análisis de la situación de salud y la articulación de la información epidemiológica, los factores que determinan la situación de salud, acciones integrales que respondan a las necesidades de la población y al mejoramiento continuo de la situación de salud, en el nivel local y, por ende, en el Distrital.

Tiene como objetivo desarrollar una cultura del análisis y uso de la información que permita identificar la situación de salud, sus determinantes y propender por intervenciones más integrales articuladas con otros sectores, reorientando los servicios de salud hacia un modo de atención que contribuya a mejorar las condiciones de salud y de vida de la población, con calidad y equidad. Igualmente pretende:

Visibilizar las desigualdades e inequidades existentes entre grupos humanos, especialmente los más pobres y vulnerables.

Monitorear el comportamiento de la vigilancia en salud pública a través de indicadores trazadores.

Contribuir al proceso de toma de decisiones a nivel comunitario, sectorial y local que permitan contribuir favorablemente a la situación de salud actual.

TIPOS DE SALA SITUACIONAL

Las tipologías de sala social situacional vienen dadas por el alcance de la información que se maneja y las competencias institucionales que abordan los procesos de análisis del entorno. Los tipos más comunes de sala social situacional son:

Sala Social Situacional Temática: su trabajo está referido a un área disciplinaria, línea de trabajo o de gestión ministerial. Referenciada en el marco legal vigente que establece los límites de la competencia ministerial en la cual se inscribe, sus productos valorarán y respetarán estas fronteras conceptuales, jurídicas y de gestión. En consecuencia, suelen abordar el análisis de un eje de desarrollo nacional, sea este político, social, económico, internacional, territorial, electoral o militar. Estas suelen ser las salas sociales situacionales de competencia ministerial.

Sala Social Situacional Multitemática: generalmente, se suelen constituir con equipos que abordan la interpretación del comportamiento de la gerencia respecto de varios despachos o instituciones en una coyuntura determinada. Es decir, su existencia es contingente y su alcance comprende a varios despachos. Ésta es una Sala Social Situacional de competencia multi-ministerial o de gabinete de crisis (social, económico, internacional, entre otros).

Sala Social Situacional Integradora: Es el espacio de coordinación e integración, respecto de uno o varios ejes relacionados a diversas agendas o despachos y que se articulan en diversas agendas de interés público. En consecuencia, la Sala Social Situacional trabajará con información proveniente de los distintos despachos, generando alternativas o sugerencias respecto de determinados cursos de acción conforme a las tendencias y escenarios que develen sus procesos¹⁹.



La sala situacional se justifica como espacio que permite evidenciar el análisis de la situación de salud y la articulación de la información epidemiológica, los factores que determinan la situación de salud.

¹⁹ Bonilla. Documento de sala situacional.



En consecuencia, la Sala Social Situacional trabajará con información proveniente de los distintos despachos, generando alternativas o sugerencias respecto de determinados cursos de acción conforme a las tendencias y escenarios que develen sus procesos.

ETAPAS DE DESARROLLO DE LA SALA SITUACIONAL

El desarrollo de la Sala Situacional contempla las siguientes etapas:

CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Sala C, recolección de datos, tabulación, procesamiento, graficación y mapeo

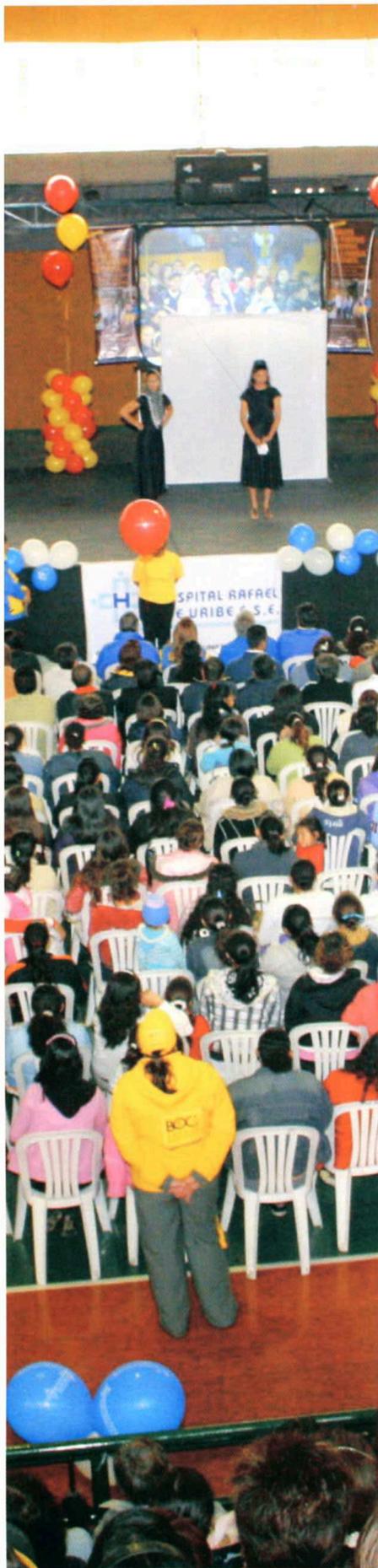
En esta etapa inicial se debe tener identificada previamente la temática a desarrollar, que permitirá inicialmente consolidar la información de tipo cuantitativo, cualitativo y cuantitativo disponible, proveniente de la institución y de otros sectores. Dicha información debe ser veraz, oportuna y pertinente. Para que cumpla con las cualidades mencionadas anteriormente, es importante organizarla por temática, tipo de archivos (presentaciones, medios visuales, medios fílmicos, documentos) y orden cronológico. Con el propósito de realizar un ejercicio Distrital se entrega al comienzo del desarrollo de cada temática una ficha técnica con los pasos metodológicos a desarrollar (Anexo 1).

La información a consolidar para su procesamiento debe ser útil para el análisis y dicha utilidad se da en la medida que estos datos estén organizados, jerarquizados, tengan un orden cronológico y fuentes de información claras; lo anterior permitirá una mejor relación entre las fuentes primarias y secundarias, contextualización de los datos y su comportamiento histórico. Por tanto, es primordial al comienzo del abordaje de cada temática la definición clara de la misma, el marco político y legal que permita su accionar, la definición de su alcance y el periodo a desarrollar dicho análisis.

POSICIONAMIENTO

Esta etapa corresponde a la Sala T. Con base en la información disponible y los referentes conceptuales de la literatura se debe construir un plan de análisis conjunto entre el nivel central y el nivel local. Este plan de análisis debe permitir evidenciar la situación actual en lo local, evaluar las metas de plan de desarrollo que correspondan teniendo presente que existen indicadores trazadores para el seguimiento a las metas, así mismo, se monitorean a través de indicadores de estructura, proceso y resultado (generando una visión de ciudad); definir las dificultades y soluciones a distinto nivel. Para el desarrollo del plan de análisis se debe, igualmente, construir guías de análisis con ejes temáticos definidos como orientadores para el desarrollo de las unidades de análisis con los actores locales.

Partiendo del reconocimiento de la heterogeneidad de cada localidad y la visión de cada actor local e institucional, se debe realizar por localidad la convocatoria a mínimo cuatro actores clave, como son: comunidad, ESE pública, instituciones prestadoras de salud e insti-



tuciones locales. Los espacios a través de los cuales se desarrollan estas unidades de análisis son usualmente en los comités de vigilancia los cuales son espacios de generación de información epidemiológica, análisis participativo de la misma y de toma de decisiones en salud.

Tipos de Comités de Vigilancia Epidemiológica:

Institucional: se realiza a partir de un caso atendido en una IPS o ESE, incluye la participación de los prestadores que tuvieron que ver con la atención del caso o casos de interés, así como de EPS, ARS y de la Secretaría Distrital de Salud. En el caso de los Cove de mortalidad materna y de mortalidad por ERA y EDA siempre debe participar la Secretaría Distrital de Salud. Los Covés de Mortalidad Evitable deben ser convocados coordinadamente entre la localidad de residencia y la de ocurrencia. En los Covés de Mortalidad Evitable no se recomienda, en lo posible, la participación de los profesionales de la salud que hayan sido tratantes directos del caso, ni de familiares. Pueden asistir personas de la comunidad. Este tipo de cove es fuente importante de análisis para la mortalidad potencialmente evitable .

Local: Participan las IPS y aseguradoras que tienen influencia en la localidad, así como otros sectores que puedan influir los determinantes de la salud. Se pretende avanzar hacia la coordinación transectorial.

Comunitario: Participan grupos comunitarios y tienen como fortaleza el conocimiento de la comunidad para el análisis de la situación de salud, así como la información y capacitación en los eventos de interés en salud pública.

Distrital: Participan las EPS y las ESE de I nivel, donde se informa, capacita y se analiza con estos actores los eventos de interés en Salud Pública.

Objetivos del Comité de Vigilancia Epidemiológica:

Realizar difusión y socialización de la información epidemiológica tanto de eventos como de determinantes y posible red causal.

Generar nueva información a partir de la participación de diferentes actores.

Formular recomendaciones para el mejoramiento de las condiciones de vida, acceso y calidad de los servicios de salud.

Contribuir a la construcción de agendas conjuntas inter y transectoriales.

Fases del Comité de Vigilancia Epidemiológica:

Alistamiento

Convocatoria

Presentación y elaboración de red causal

Conclusiones y recomendaciones

Plan de mejoramiento.

Es entonces en la sala T, donde se desarrollan las unidades de análisis, a través de metodologías y técnicas de recolección de información (Anexo 2), se triangula la información con el primer análisis realizado y las relatorias, resultado del trabajo con los actores sociales y por último, se priorizan las propuestas de solución de acuerdo con las necesidades evidenciadas. Este análisis situacional exige intentar aproximarse a la realidad, permitiendo o contribuyendo a la transformación de realidades, así como a la configuración de imaginarios sociales. Para ello se debe tener en cuenta que no hay eventos aislados, sino que se deben contextualizar desde aspectos macroeconómicos, políticos, sociales, culturales y que están alimentados de hechos y acciones del pasado que tienen un resultado en el presente y unas implicaciones a futuro, de lo cual la sala debe permitir evidenciar este panorama a la hora de tomar decisiones a corto, mediano y largo plazos entregando el cómo operativizarlas desde un nivel colectivo, técnico y directivo.



Es fundamental la descripción del componente sociodemográfico que permita evidenciar y contextualizar la distribución poblacional de el Distrito, la localidad y las zonas de condiciones de calidad de vida de las mismas, priorizadas en el diagnóstico local.

TOMA DE DECISIONES Y EVALUACIÓN

Corresponde a la Sala D, desarrollar la fase de decisiones y la de retroalimentación. La coordinación del desarrollo de la Sala Situacional estará a cargo del jefe de planeación de la ESE, por ser oficina asesora de la Gerencia y participará en los espacios locales o el subgerente de servicios, de acuerdo con la decisión de la ESE, así mismo, estarán a cargo del seguimiento y materialización de la propuesta de solución institucional y local. Luego de tener un panorama de la situación, se realiza uno de los pasos más ambiciosos y primordiales, el cual consiste en tener la capacidad de mostrar las necesidades, problemáticas, alternativas de solución y cómo operativizarlas, de una manera clara, oportuna y precisa, comunicando de manera eficaz y eficiente para la toma de decisiones.

En la unidad de análisis para la toma de decisiones, es importante identificar insumos para la planeación estratégica que oriente resultados, así como la evaluación de las metas de Plan de Gobierno respondiendo a las plataformas estratégicas de cada institución.

En esta fase se realiza la retroalimentación, entendido en el ejercicio de doble vía donde los actores participantes esperan conocer las decisiones tomadas desde nivel central y este conoce los avances que se van dando desde lo local, en el entendido que existen varios niveles de análisis, donde en primera instancia está lo local, luego el nivel central que tiene dos niveles, un nivel técnico y un nivel directivo.



MÍNIMOS REQUERIMIENTOS PARA DESARROLLAR LA SALA SITUACIONAL

Componente Sociodemográfico

Es fundamental la descripción del componente sociodemográfico que permita evidenciar y contextualizar la distribución poblacional de el Distrito, la localidad y las zonas de condiciones de calidad de vida de las mismas, priorizadas en el diagnóstico local.

Territorialización y Geo-referenciación de eventos que permitan evidenciar sus determinantes sociales.

Con el propósito de generar un análisis que permita contextualizar la situación de salud y los determinantes que la potencian, se analizará la situación de la localidad donde se evidencie factores que determinan dicha situación. Así mismo, se deben de geo-referenciar, de acuerdo con su distribución por localidad, los eventos trazadores y aquellos que se consideran con un fin común:

- ☒ Realizar un croquis y destacar en estos la relación de los asentamientos humanos urbanos, semiurbanos y rurales, su relación espacio-temporal con la red de servicios y los horarios de prestación de los mismos.
- ☒ Elaborar un mapa para observar la distribución geo-referenciada de cada una de las prioridades por localidad: mortalidad materna e infantil, rabia, TBC, entre otras, y su relación con alguno de los determinantes de la situación de salud, por ejemplo, con la situación económica -PIB-, social, cultural, política, étnica u otras.
- ☒ Destacar las características ecológicas que faciliten la transmisión de algunas enfermedades, por ejemplo, el dengue, la malaria, diarrea, respiratorias, entre otras.
- ☒ Tener la población según ciclo vital (lactante, niño, adolescente, joven, adulto y anciano) y sexo, para poder ser selectivo en la aplicación de intervenciones (SASH – sistemas de vigilancia).
- ☒ Construcción de indicadores: territorio, ciclo vital, sexo, etnia, aseguramiento, edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, y otros.
- ☒ Construcción de indicadores intermedios que contribuyan al cumplimiento de las metas de plan de gobierno (mortalidad evitable, vacunación, estado nutricional, violencia intrafamiliar), incluyendo eventos de importancia en salud pública priorizados en cada localidad según sus particularidades.
- ☒ Inclusión de información de ámbitos y de otros sectores para el análisis integral de los eventos, así como de otras áreas de la institución (participación social, atención al usuario, prestación de servicios) y de la comunidad misma, a través de la metodología



Elaborar un mapa para observar la distribución geo-referenciada de cada una de las prioridades por localidad: mortalidad materna e infantil, rabia, TBC, entre otras, y su relación con alguno de los determinantes de la situación de salud.

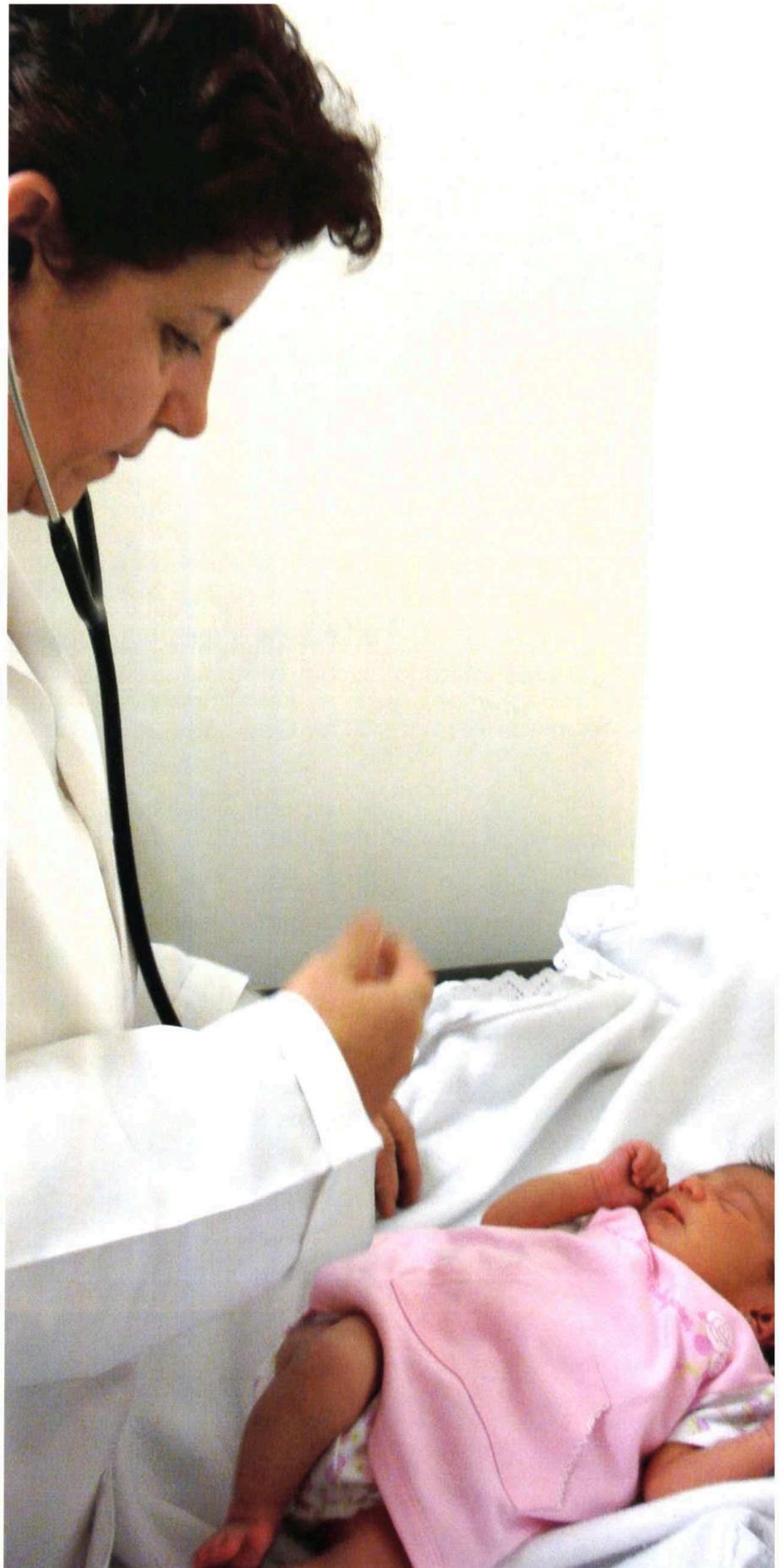
de lecturas compartidas de necesidades, entre otras.

- ☒ Inclusión para el análisis de los eventos la respuesta social (institucional intersectorial, sectorial y comunitaria).
- ☒ Presentación interactiva de los datos permitiendo la comprensión de la comunidad y otros sectores.
- ☒ Implementación de la Sala Situacional contando con la abogacía, dentro de la localidad, del gerente de la ESE y su equipo de trabajo.
- ☒ Ubicación y posicionamiento en escenarios de trascendencia en la toma de decisiones del nivel local (como, por ejemplo: institución, alcaldía, consejo de gobierno, consejo local de política social, entre otros).
- ☒ Participación de actores con capacidad de toma de decisiones de acuerdo con el nivel donde se desarrolle la sala situacional. Esto significa que en el momento de una toma de decisiones se garantice la presencia de los que tienen la responsabilidad de hacerlo.
- ☒ Adquisición de responsabilidades y compromisos generados por la participación en la sala situacional para dar respuesta inmediata.
- ☒ Evaluación y seguimiento a los compromisos que se adquieran en los momentos de decisión de la Sala Situacional.

USOS Y FUNCIONES DE LA SALA SITUACIONAL EN LA LOCALIDAD

La Sala Situacional puede tener los siguientes usos:

1. Contribuir en el conocimiento de la situación de la salud local con la participación y aportes de otros sectores y la comunidad.
2. Fomentar la realización de estudios sobre la situación de salud (análisis amplios para definición de políticas, planes y proyectos o informes técnicos sobre problemas prioritarios).
3. Monitorear y evaluar la situación de salud de grupos humanos y el impacto de intervenciones.





4. Identificar necesidades de investigación.
5. Gestionar la organización.
6. Negociar políticas y movilización de recursos.
7. Difundir la información (posiciona a la institución).
8. Interactuar con medios de comunicación masiva.
9. Organizar por problema o necesidad en salud, lo cual no excluye su orientación integradora.
10. Avanzar en el trabajo transectorial.

INSUMOS

Escritorios
Mesa de reuniones
Equipos de cómputo
Tablero
Mapas de localidad.

RESPONSABLES DIRECTOS CONFORMADO POR DOS NIVELES:

Equipo de gestión de salud pública en territorios sociales.
Equipo operativo.

EQUIPO DE GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA EN TERRITORIOS SOCIALES

- Gerente
- Subgerente Administrativo
- Subgerente de Servicios de Salud
- Jefe de Planeación Institucional y Planeación Local
- Coordinador de Epidemiología
- Coordinador de Gestión Local
- Coordinador de APS
- Coordinador de Salud Pública
- Coordinador de Ambiente
- Coordinador de PIC
- Coordinador de Participación Social.



EQUIPO OPERATIVO

- ☒ Referente de Epidemiología
- ☒ Referente de Gestión local
- ☒ Referente de Ámbitos
- ☒ Referente de Ambiente
- ☒ Referente de Desplazados
- ☒ Equipo operativo de Salud Pública.

TALENTO HUMANO

Para el desarrollo de las temáticas abordadas en la Sala Situacional, en un primer momento en la construcción de las fichas técnicas que orientan el trabajo se necesita de un equipo humano que posea las capacidades, actitudes, aptitudes y compromiso institucional para poder combinar lo específico de cada temática y de éstas con la complejidad transdisciplinaria²⁰ Esto con el fin de obtener distintas miradas frente al tema y generar análisis integrales. Para ello, la Sala de la Secretaría Distrital de Salud cuenta con los siguientes perfiles: epidemiólogos, comunicadora social, psicóloga organizacional, antropólogo, geógrafo, diseñador gráfico, profesional de medios audiovisuales y técnico en sistemas.

Un eje central para el desarrollo de la sala local y Distrital es el trabajo alrededor del clima organizacional posibilitando pasar de un trabajo en grupo a un trabajo en equipo que gradualmente sea más objetivo y neutral en los análisis y toma de decisiones donde el único interés sea una ciudad que reconoce sus derechos inmersos en una sociedad más justa y equitativa.

MEDIOS DE SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Al terminar el análisis, comunicar los resultados. Lo más complejo es poder transmitir la mayor cantidad de información posible de una manera concisa, clara y creativa que permita su mayor uso.

Los resultados de los análisis realizados deben permitir generar un resumen de máximo tres páginas que contengan el mensaje principal de la información: ¿Qué pasa?, ¿Qué hay Que hacer? y ¿Cómo hacerlo?, información complementaria que se relaciona con el mensaje central, actores involucrados, conclusiones y recomendaciones.

Este informe escrito puede ir soportado con una presentación de no más de 10 diapositivas con colores y gráficas, dado que con frecuencia las ayudas visuales permiten interiorizar de mejor manera la información a los tomadores de decisiones.

Otros medios por los cuales se informa y se socializan los resultados es a través de la página WEB institucional y local, así como por medio de los boletines epidemiológicos.

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO LOCAL

Es una publicación periódica impresa (puede estar en página Web también) de extensión limitada, cuya característica principal es la presentación de datos con su análisis esencial sobre eventos de interés en salud pública. Aunque el propósito del boletín es la divulgación de la información, es también un medio para generar debates sobre la situación de los problemas de salud.

²⁰ Bonilla. Documento de Sala Situacional.



Un eje central para el desarrollo de la sala local y Distrital, es el trabajo alrededor del clima organizacional posibilitando pasar de un trabajo en grupo a un trabajo en equipo que gradualmente sea más objetivo y neutral. y neutral.

El boletín es una publicación abierta a los actores del sistema de salud que estén interesados en colaborar con contenidos de salud para su publicación. No obstante, es conveniente mantener algunas secciones fijas, como los avances de la notificación y el seguimiento de la ocurrencia de eventos de trascendencia pública.

El estilo de los artículos publicados en el boletín deben ser en lo posible, del informe científico con adherencia a la evidencia que muestran los datos, en cuanto a su interpretación y a su alcance o cobertura poblacional. El contenido de los artículos se podría agrupar en los siguientes capítulos tácitos:

- Introducción al evento o problema que se va a analizar
- Presentación de los datos o resultados del análisis
- Discusión o interpretación del significado de los resultados
- Resumen de los hallazgos principales a manera de conclusiones
- Recomendaciones basadas en los hallazgos.

Cuando el artículo sea un ensayo o una revisión, seguir siempre la metodología de estas publicaciones. El boletín, con el estilo de sus contenidos, debe asegurar su confiabilidad y respetabilidad. En el Boletín Epidemiológico Local, la ESE o los diferentes actores del sistema de seguridad social u otros sectores, pueden incluir:

- Reportes de caso
- Series de caso
- Reporte o Informe de Brote Epidemiológico.
- Artículos de Interés en Epidemiología o salud pública²¹.

FUNCIONES DEL EQUIPO DE GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA EN TERRITORIOS SOCIALES

- Coordinar con el equipo de vigilancia la planeación de la Sala Situacional en el nivel local, definiendo: ubicación de la sala, participantes, objetivos específicos
- Construir el plan de acción, según formato concertado
- Construir las temáticas de interés local, no excluye situaciones emergentes
- Ubicar y solicitar necesidades de información del sector y de otros sectores
- Orientar y fortalecer el análisis de datos analizados por el personal
- Contribuir con la coordinación del equipo de vigilancia en la sistematización y organización de la información
- Contribuir con la divulgación e invitación a actores y sectores clave de acuerdo con temáticas y problemáticas abordadas
- Realizar el seguimiento a las decisiones o intervenciones pertinentes, y plantear y verificar los ajustes necesarios a los planes de acción involucrados.

FUNCIONES DE EQUIPO OPERATIVO

En estas funciones se incluyen acciones propias del equipo y, además, las que tienen que ver con el funcionamiento y mantenimiento de la sala:

²¹ Análisis de Datos de Vigilancia. Peña Caliz. Vigilancia en Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud. 2007



Las salas situacionales de cada localidad se han encargado de recoger información relevante dentro de las comunidades para contrastar las opiniones de especialistas y ciudadanía.



- ☒ Incluir la programación de reuniones para análisis de sala situacional dentro del cronograma de actividades de los referentes.
- ☒ Recibir los datos de los diferentes subsistemas de vigilancia, áreas de la institución, diferentes instituciones y comunidad (datos cualitativos, cuantitativos, resultados de desarrollo en ámbitos, participación social, indicadores de eventos de interés de salud).
- ☒ Procesar la información (recolección, tabulación, diagramación, geo-referenciación). El proceso de geo-referenciación se dará a nivel central en la gradualidad de la implementación del sistema integrado de vigilancia.
- ☒ Actualizar gráficos de tendencia según la información objeto de monitoreo.
- ☒ Iniciar el proceso de análisis de datos.
- ☒ Valorar la frecuencia de la enfermedad o información de gestión.
- ☒ Confirmar el registro del dato y de la localidad.
- ☒ Comparar los datos con períodos precedentes y equivalentes de otros años.
- ☒ Graficar y mapear los datos respectivos por localidad, territorio social, barrio.
- ☒ Analizar posibles causas y factores de riesgo.
- ☒ Estimular medidas de intervención y alternativas de solución.
- ☒ Apoyar la divulgación de la Sala Situacional.
- ☒ Amparar y dar soporte técnico según las necesidades que surjan.
- ☒ Actualizar e incorporar información de acuerdo con las temáticas definidas en el plan de acción.

INVESTIGACION CUALITATIVA

Dentro de la estrategia de trabajo de la Sala Situacional se ha hecho fundamental la implementación de diferentes estrategias de recolección y análisis de datos para poder contrastar los resultados obtenidos a partir de diferentes fuentes y así lograr no solo mayor fiabilidad en los datos obtenidos, sino a su vez propuestas de acción institucional más adecuadas y eficaces.

La insuficiencia y parcialidad que presentan los datos cuantitativos, así provengan de muy variadas fuentes, para dar un panorama global de la realidad de los problemas sanitarios en Bogotá, ha llevado al equipo de la Sala Situacional a diseñar estrategias metodológicas para incluir en sus análisis, no solamente los datos “objetivos” provenientes de los diferentes sistemas de información del Distrito Capital, sino también las percepciones y opiniones provenientes de diferentes actores en cada localidad.

De esta manera, las salas situacionales de cada localidad se han encargado de recoger información relevante dentro de las comunidades para contrastar las opiniones de especialistas y ciudadanía, en cada una de las temáticas que se han trabajado. Este acercamiento a las comunidades también ha permitido una mirada diferente de las problemáticas y la acción institucional, de tal manera que se ha incluido esta perspectiva dentro de las propuestas de alternativas de solución.



PROCESO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN LA SALA SITUACIONAL

El proceso de investigación cualitativa que se lleva a cabo dentro de la Sala Situacional se ha diseñado en el marco de la Teoría Fundamentada (Strauss y Corbin, 1998; Glaser y Strauss, 1967), de tal manera que se recolecta información cualitativa con diferentes actores sociales relacionados con la temática seleccionada, para ser sistematizada y analizada profundamente buscando las problemáticas sanitarias más sentidas por la comunidad y que de acuerdo con los expertos la afectan más, examinando la respuesta institucional y vinculando todo esto con posibles alternativas para la solución de los problemas. Estos análisis se condensan en documentos temáticos que son puestos a disposición de los diferentes tomadores de decisión de nivel local y capital.

En el diseño de los instrumentos de recolección de información se suele tener en cuenta el conocimiento previo de las problemáticas existentes, motivo por el cual en la Sala C se examina la información disponible, para luego en la Sala T formular unas preguntas orientadoras adecuadas. La principal técnica usada es el grupo focal (Aigner, 2002), en el que se reúnen diferentes actores provenientes ya sea de una comunidad, organización social, grupo de expertos. También se suelen realizar grupos focales en los que participan representantes de diferentes segmentos de la población local, de tal manera que se puedan contrastar sus opiniones respecto a las diferentes problemáticas discutidas.

La recolección de la información se hace mediante múltiples registros de las reuniones con los informantes, principalmente en audio. Posteriormente los referentes se encargan de la transcripción y sistematización de estos registros, siguiendo unas pautas básicas señaladas por la Sala Situacional Distrital (Protocolo de Transcripción). En este proceso de transcripción se respetan las opiniones de cada participante, denotando literalmente las intervenciones y recordando quién dice qué, de tal manera que en el análisis posterior se puedan identificar claramente todas las voces.

En el proceso de análisis del material cualitativo intervienen los equipos organizados por cada hospital, de tal manera que se reflejen diferentes interpretaciones de los datos obtenidos en los informes. Esta intersubjetividad es clave ya que los mismos fenómenos pueden ser vistos de forma distinta por diferentes investigadores. Aquí también se hace clave triangular los datos obtenidos de diferentes fuentes (comunidad y expertos entre otros), para lograr contrastar distintos puntos de vista en torno a los mismos problemas.

Este análisis se inicia realizando una lectura profunda de las transcripciones, buscando todas las temáticas y problemas que surgen de los datos (proceso de codificación abierta), posteriormente se organizan estos códigos en grupos (codificación axial y



En el proceso de análisis del material cualitativo intervienen los equipos organizados por cada hospital, de tal manera que se reflejen diferentes interpretaciones de los datos obtenidos en los informes.

selectiva) para finalmente generar documentos de análisis de datos cualitativos organizados por subtemáticas, en las que los investigadores describen los problemas, respuesta institucional y alternativas de solución que encuentran en la información (Strauss y Corbin, 1998).

Finalmente estos datos, producto de un primer análisis cualitativo, son nuevamente procesados, esta vez a la luz de los hallazgos en los sistemas de información de la Secretaría Distrital de Salud con mayor relevancia los de origen de los subsistemas de vigilancia en salud pública y en el material del estado del arte, producto de la Sala C. Este proceso es conocido como triangulación de datos mixtos en el que se toman los productos de los procesos previos de investigación y se analizan como una sola unidad de análisis.

Como producto final se generan informes de la Sala Situacional por cada localidad que luego se consolidan en un gran informe distrital. El informe distrital se pone a disposición de los tomadores de decisiones de la Secretaría de Salud Distrital y de otras instituciones interesadas o afectadas, para que lo usen como guía en las discusiones sobre diseño de política pública. Los informes de cada localidad a su vez son entregados a las alcaldías y entes locales para que sean usados en discusiones más particulares, también teniendo en mente su utilidad para proveer un sustento a las decisiones políticas local.



SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA EN SALUD

QUÉ ES UN SIG

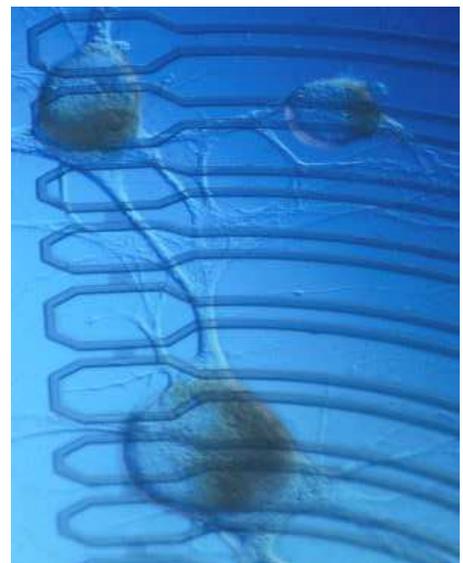
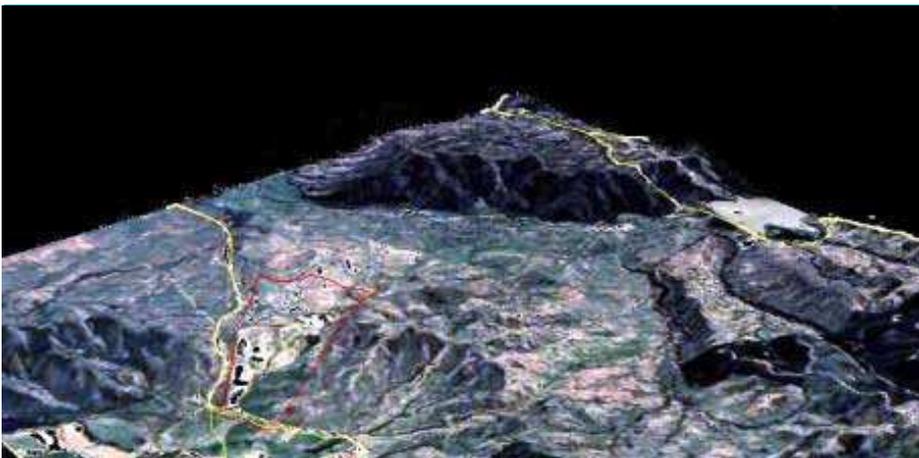
Un sistema de información geográfica (SIG) es un sistema de computación que utiliza información nacional, como datos poblacionales, números de lotes, distritos electorales, o coordenadas de longitud y latitud, para mapear información para mejor análisis. Con un SIG, se pueden mapear clientes para estudiar demografía, buscar patrones en la forma en que se dispersa una enfermedad, modelar el paso de la contaminación atmosférica, entre muchos más.

Un SIG puede mapear cualquier información almacenada en planillas o bases de datos, que tenga un componente geográfico que permita ver patrones, relaciones y tendencias, que no se pueden ver en un formato de tabla o lista. Da una perspectiva totalmente nueva y dinámica de la información, y ayuda a tomar mejores decisiones.

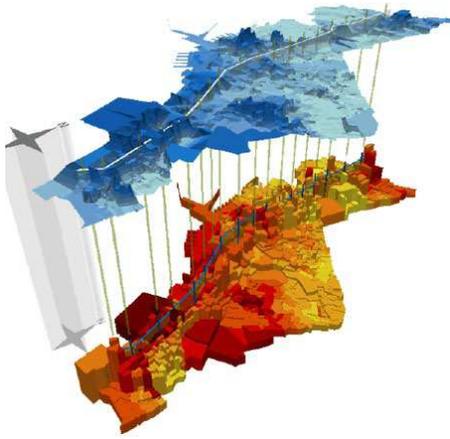
Un SIG puede ser un mayor soporte que la producción de mapas estáticos, aunque se pueden producir hermosos mapas con esta herramienta. El SIG es un sistema dinámico que permite seleccionar y eliminar cualquier criterio para mapear, para analizar rápidamente cómo diferentes factores afectan a un modelo o análisis.

IMPORTANCIA DE UN SIG

Si se toma un momento para pensar sobre algunos de los temas más importantes que el mundo enfrenta actualmente (contaminación, superpoblación, desastres naturales, enfer-



Las referencias implícitas pueden ser derivadas de referencias explícitas utilizando un proceso automatizado llamado “geocodificación”.



El modelo raster ha evolucionado para modelar características continuas. Una imagen raster comprende una colección de celdas de una grilla más como un mapa o una figura escaneada. Ambos modelos para almacenar datos geográficos tienen ventajas y desventajas únicas y los SIG modernos pueden manejar ambos tipos.

medades y demás) cada uno de ellos tiene una dimensión geográfica crítica. Por ejemplo, mapear dónde la calidad del agua se deteriora puede dar nuevas aproximaciones sobre las fuentes de contaminantes y formas de controlar su emisión.

Cuando se considera el impacto de un desastre como un terremoto, se necesita analizar información geológica y sísmica y luego relacionarse con detalles sobre la población, propiedades e infraestructura que han sido o pueden ser afectadas.

La solución a muchos problemas frecuentemente requiere de acceso a varios tipos de información que sólo pueden ser relacionadas por geografía. Sólo la tecnología de SIG permite almacenar y manipular información usando geografía, así como para analizar patrones, relaciones y tendencias en la información, para ayudar a tomar mejores decisiones.

FUNCIONAMIENTO DE UN SIG

Un SIG almacena información sobre el mundo como una colección de niveles temáticos que se pueden relacionar por geografía. Este concepto simple, pero extremadamente potente y versátil, ha probado ser invaluable para resolver muchos problemas, desde rastrear vehículos de repartición, hasta registrar detalles de aplicaciones de planificación, y modelar la circulación atmosférica global.

La información geográfica contiene ya sea una referencia geográfica explícita tal como latitud y longitud o una coordenada de un sistema nacional. Las referencias implícitas pueden ser derivadas de referencias explícitas utilizando un proceso automatizado llamado “geocodificación”. Estas referencias geográficas permiten localizar características (como población con enfermedades, niños desnutridos, mujeres en gestación, entre otras) y eventos (como un terremoto) en la superficie de la tierra para análisis.

Los sistemas de información geográfica funcionan con dos tipos fundamentalmente diferentes de información (el “modelo vector” y el “modelo raster”).

En el modelo vector, la información sobre puntos, líneas y polígonos se codifica y almacena como una colección de coordenadas x, y. La ubicación de una característica puntual, se pueden describir con un sólo punto x, y. Las características lineales, como calles y ríos, se pueden almacenar como un conjunto de puntos de coordenadas x, y. Las características poligonales, como territorios administrativos (upz, barrios, localidades) y cuencas hídricas, se pueden almacenar como un circuito cerrado de coordenadas. El modelo vector es extremadamente útil para describir características discretas, pero menos útil para describir características de variación continua, como tipo de suelo o costos de accesibilidad para hospitales.

El modelo raster ha evolucionado para modelar características continuas. Una imagen raster comprende una colección de celdas de una grilla más como un mapa o una figura escaneada. Ambos modelos para almacenar datos geográficos tienen ventajas y desventajas únicas y los SIG modernos pueden manejar ambos tipos.

LO QUE SE REALIZA EN UN SIG

INGRESO

Antes de que los datos geográficos se puedan utilizar en un SIG, deben ser convertidos a un formato digital adecuado. El proceso de convertir datos de mapas analógicos en papel a archivos de computación se llama digitalización. Tecnologías modernas de SIG tienen la capacidad de automatizar este proceso completamente para grandes proyectos; proyectos menos importantes pueden requerir de alguna digitalización manual.

Hoy, muchos tipos de datos geográficos existen en formatos compatibles con SIG. Estos datos se pueden obtener de proveedores y ser cargados en un SIG.

MANIPULACIÓN

Es probable que los tipos de datos requeridos para un proyecto particular de SIG necesitarán ser transformados o manipulados de alguna forma para hacerlos compatibles al sistema. Por ejemplo, la información geográfica está disponible en diferentes escalas. Previo a que estos se puedan superponer e integrar, deben ser transformados a la misma escala. Esto puede ser una transformación temporaria con objetivos de visualización o una permanente requerida para análisis. Hay muchos otros ejemplos de manipulación de datos que se efectúan rutinariamente en SIG. Estos incluyen cambios de proyección, agregación de datos y generalización (limpiar datos innecesarios).

CONSULTA

Una vez que se tiene un SIG en funcionamiento, conteniendo la información geográfica, se puede comenzar a efectuar preguntas como:

- ¿Dónde se hallan todos los sitios adecuados para construcción de hospitales?
- ¿En donde se encuentra la mayor concentración de enfermedades en el territorio?
- Si se construye una nueva autopista en un determinado lugar, ¿cómo afectará al tránsito?

Ambas consultas simples y sofisticadas, utilizando más de un nivel de datos, pueden proveer información necesaria a analistas y administradores por igual.

ANÁLISIS

Los SIG funcionan realmente en su terreno cuando se utilizan para analizar datos geográficos. Los procesos de análisis geográfico (frecuentemente llamado análisis espacial o geoprocamiento) utilizan propiedades geográficas de características para buscar patrones y tendencias, y para elaborar escenarios potenciales. Los SIG modernos tienen muchas herramientas analíticas poderosas, pero dos de ellas son especialmente importantes.

Análisis de superposición

La integración de diferentes niveles de datos implica un proceso de superposición. En su forma más simple, esto podría ser una operación visual, pero operaciones analíticas requieren de uno o más niveles de datos para ser unidos físicamente. Esta superposición, o unión espacial, puede integrar datos sobre suelos, pendiente y vegetación, o posesión de tierras con análisis de impuestos.

VISUALIZACIÓN

Para muchos tipos de operaciones geográficas, el resultado final se visualiza mejor como un mapa o gráfico. Los mapas son muy eficientes para almacenar y comunicar información geográfica. Mientras que los cartógrafos han creado mapas por milenios, los SIG proveen herramientas nuevas y emocionantes para extender el arte y la ciencia de la cartografía.

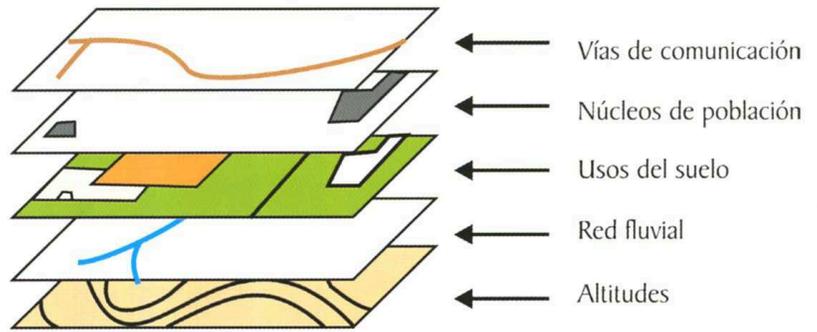
La cartografía es la ciencia que trata de la representación de la Tierra sobre un mapa. Al ser la Tierra esférica se ha de valer de un sistema de proyecciones para pasar de la esfera



Para muchos tipos de operaciones geográficas, el resultado final se visualiza mejor como un mapa o gráfico. Los mapas son muy eficientes para almacenar y comunicar información geográfica.

al plano. El problema es aún mayor, pues realmente la forma de la Tierra no es exactamente esférica, es más achatada en los polos que en la zona ecuatorial; a esta figura se le denomina geode.

El Sistema de Información Geográfica separa la información en diferentes capas temáticas y las almacena independientemente, permitiendo trabajar con ellas de manera rápida y sencilla, y facilitando al profesional la posibilidad de relacionar la información existente a través de la topología de los objetos, con el fin de generar otra nueva que no se podría obtener de otra forma.



Los mapas tienen un lugar especial en un SIG. El proceso de hacer mapas con SIG es mucho más flexible que tradicionales aproximaciones cartográficas, manuales o automáticas.

LOS SIG PARA LOS USUARIOS

TOMA DE DECISIONES

El viejo refrán: “mejor información lleva a mejores decisiones” es verdad para un SIG como es para otros sistemas de información. Un SIG, sin embargo, no es un sistema automático de toma de decisiones, pero es una herramienta para consultar, analizar y mapear datos como soporte del proceso de toma de decisiones.

El SIG se puede usar para llegar a una decisión sobre la ubicación de una nueva adición de viviendas que tiene un impacto ambiental mínimo, se ubica en un área de bajo riesgo y cerca de un centro urbano. La información se puede presentar sucinta y claramente en la forma de un mapa e informe respectivo, permitiendo a los tomadores de decisiones enfocar en los temas reales más que en tratar de entender los datos. Dado que los productos de SIG se pueden producir rápidamente, pueden cubrir múltiples escenarios eficientemente y efectivamente.

LOS MAPAS

Los mapas tienen un lugar especial en un SIG. El proceso de hacer mapas con SIG es mucho más flexible que tradicionales aproximaciones cartográficas, manuales o automáticas. Comienza con la creación de bases de datos. Además, sirve para digitalizar mapas existentes en papel y traducir información con una computadora compatible al SIG. La base de datos cartográfica, basada en el SIG, es continua y libre de escala. Los productos cartográficos se pueden crear centrados en cualquier localidad, a cualquier escala y mostrando información seleccionada, simbolizada efectivamente, para destacar características específicas. Así mismo, las particularidades de los atlas y series de mapas se logran codificar en programas de computación y comparar con bases de datos en tiempo de producción final. También, se logran derivar productos digitales para uso en otros SIG, simplemente, copiando datos de la base de datos. En una gran organización, las bases de datos topográficas se pueden utilizar como un marco de referencia por otros departamentos.



Los datos espaciales se encuentran en el corazón de cada proyecto o aplicación SIG. Además, contienen las ubicaciones y características cartográficas.

DATOS ESPACIALES

Los datos geográficos se refieren a información sobre la superficie terrestre y los objetos que se encuentran en ella. Esta información viene en tres formas básicas: datos espaciales, datos tabulares y datos de imágenes.

Los datos espaciales se encuentran en el corazón de cada proyecto o aplicación SIG. Además, contienen las ubicaciones y características cartográficas. También conocidos como datos cartográficos digitales, este es el tipo de datos necesarios para hacer mapas y estudiar relaciones espaciales.

Los datos espaciales incluyen puntos y líneas que representan cosas como calles, autopistas y ríos. También, áreas naturales y políticas o administrativas, como límites de países, ciudades.

DATOS TABULARES

Es la inteligencia detrás del mapa (los datos descriptivos que el SIG conecta a las características cartográficas).

Así mismo, son adecuados para el uso de SIG de escritorio, incluyen datos frecuentemente almacenados en planillas o bases de datos. Algunos datos tabulares contienen ubicaciones geográficas, coordenadas x, y o lugares con distancias. Estas ubicaciones sirven para crear características cartográficas que se pueden presentar y al mismo tiempo analizar con otros datos espaciales y tabulares.

USO DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA EN SALUD (EPIDEMIOLOGÍA)

Una de las principales aplicaciones de la epidemiología es facilitar la identificación de áreas geográficas y grupos de población que presentan mayor riesgo de enfermar o de morir prematuramente y que, por tanto, requieren de mayor atención ya sea preventiva, curativa o de promoción de la salud.

La epidemiología también permite reconocer que la distribución y la importancia de los factores que operan en el aumento de un riesgo determinado no son necesariamente los mismos en todos los grupos de población, aunque también se pueden identificar algunos grupos similares con respecto de los determinantes de riesgo a la salud que comparten.

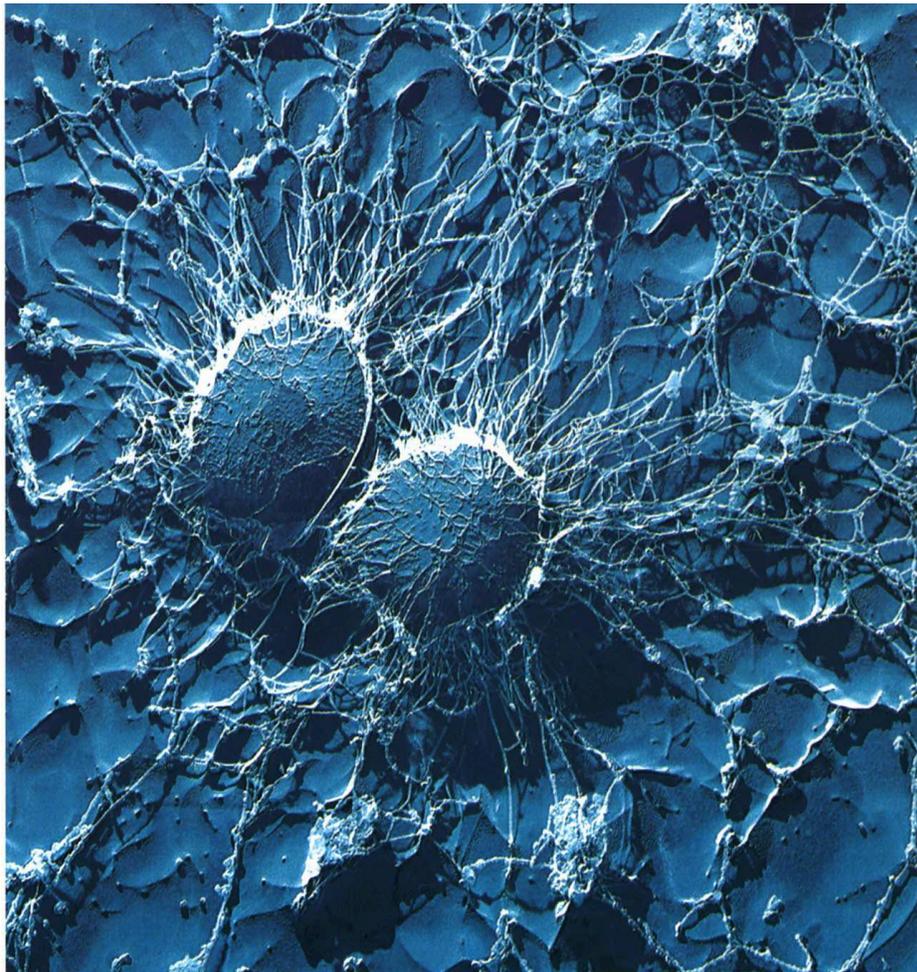
El uso de mapas, particularmente si son computarizados, es un proceso útil para hacer más efectiva la toma de decisiones. Se ha estimado que cerca del 80 por ciento de las necesidades de información de quienes toman decisiones y definen políticas en los gobiernos locales están relacionadas con una ubicación geográfica. Es en este contexto que los sistemas de información geográfica pueden ser considerados como una de las tecnologías existentes para facilitar los procesos de información y de toma de decisiones en los servicios de salud.

Usos de los SIG en epidemiología

El uso de los SIG en el campo de la salud pública es muy reciente. El desarrollo de estos sistemas ha tenido sus raíces en otras áreas como el mercadeo, el transporte, la seguridad pública y, desde luego, en el monitoreo de fenómenos geológicos y climáticos de la tierra.

Los SIG se pueden aplicar en epidemiología para diferentes aspectos, la mayoría de ellos conectados entre sí. Entre algunos de los usos más comunes se tienen: la determinación de la situación de salud en un área, la generación y análisis de hipótesis de investigación, la

Las utilizaciones del SIG en Salud Pública indican que el campo ha sido explotado solo de manera limitada, principalmente en lo que respecta a diagnóstico y vigilancia epidemiológica de problemas de salud o de factores de riesgo.



identificación de grupos de alto riesgo a la salud, la planeación y programación de actividades y el monitoreo y la evaluación de intervenciones. Los SIG se pueden utilizar para determinar patrones o diferencias de situación de salud ante perspectivas de agregación particulares, que van desde el nivel continental, pasando por el regional, nacional y departamental o distrital hasta el local. Los SIG también han servido para el mapeo de riesgo de malaria. Como herramienta analítica los SIG proveen otras perspectivas a los datos más allá de su simple despliegue en un mapa. Por ejemplo, el sistema puede calcular la superficie de un polígono territorial mientras que el manejador de bases de datos puede utilizar las fuentes de datos demográficos. Así es posible pedir estimaciones de la densidad poblacional. Los sistemas se han utilizado en salud pública en los siguientes temas:

- Mapeo de descargas ambientales de químicos tóxicos
- Estimaciones del riesgo de enfermar
- Monitoreo de madres gestantes
- Análisis de mortalidad infantil y materna
- Accesibilidad y ubicación de hospitales para la población
- Vigilancia entomológica de enfermedades transmitidas por vector, como malaria, dengue
- Factores asociados a la lesión causa externa.

Esta utilización indica que el campo ha sido explotado solo de manera limitada, principalmente en lo que respecta a diagnóstico y vigilancia epidemiológica de problemas de salud o de factores de riesgo. La mayoría de los trabajos ha sido realizada por profesionales que laboran en la investigación. No obstante, es claro que las posibilidades de trabajo en este campo son variadas.

COMPONENTE CLIMA Y CUALIFICACION ORGANIZACIONAL

Los seres humanos se desenvuelven en diferentes frentes de acción y ejercitan distintos roles en su vida, conteniendo en ello tipos de interacciones y relaciones que son la base fundamental y el pilar de su desempeño.

Muchos estudiosos de los seres humanos y de sus relaciones interpersonales han enfocado su esfuerzo y trabajo en una búsqueda insidiosa y rigurosa que les permita entender y clarificar y, a su vez, aportar herramientas de desempeño a esos seres humanos en sus diferentes roles, tratando de alcanzar un buen nivel de cualificación en sus relaciones interpersonales.

Contar con herramientas de abordaje que conduzcan a un proceso más sólido y donde las relaciones e interacciones entre los responsables de los diversos procesos sean evaluadas y tenidas en cuenta como aspecto fundamental de los asuntos a abarcar y abordar en una empresa, es a lo que últimamente se le ha invertido tiempo, esfuerzo y dinero en las distintas entidades que desean visibilizar un futuro más sólido y coherente.

Cuando iniciamos un reconocimiento de las instituciones laborales es necesario hacer un reconocimiento de los seres humanos que hacen parte de ellas y que son fundamentales en todos los procesos que en ella se dan. Por tanto, es importante tener en cuenta algunos aspectos para poder abarcar de una manera integral y global los más relevantes que hacen que se generen adecuadas interacciones y que enfrenen los distintos procesos. Por ello cada vez se le da más fuerza al asunto de afianzar y generar un apoyo más integral y facilitar las interacciones más sólidas entre los miembros porque el impacto sobre los comportamientos afecta y es afectado por los comportamientos de sus miembros y a la conducción de la organización y a la coordinación de las tareas.

Es decir, hay una tarea constante de intervenir en el clima de la organización y que se concibe como una serie de características que describen a la misma entidad y que son relativamente perdurables, que además influyen sobre la conducta de las personas o de los seres organizados y que se pueden medir mediante un gran número de métodos.

El clima organizacional es una variable que media entre la estructura, procesos, metas y objetivos de la empresa por un lado, y las personas, sus actitudes, comportamiento y desempeño en el trabajo, por otro. Se construye a partir de factores extraorganización, e intraorganización. Su poderoso influjo sobre la motivación, el compromiso, la creatividad y el desempeño de las personas y los equipos de trabajo, lo convierten en una herramienta estratégica fundamental para la gestión del recurso humano y el desarrollo organizacional en la empresa contemporánea.

El clima puede influir hasta cierto punto sobre las actitudes y la conducta y depende un tanto de la personalidad como también de la situación laboral y de la organización, de su estructura



Hay una tarea constante de intervenir en el clima de la organización y que se concibe como una serie de características que describen a la misma entidad y que son relativamente perdurables, que además influyen sobre la conducta de las personas o de los seres organizados y que se pueden medir mediante un gran número de métodos.

Mientras más satisfactoria sea la percepción que las personas tienen del clima laboral en su empresa, mayor será el porcentaje de comportamientos funcionales que ellas manifiesten hacia la organización.



y de sus propiedades. Así el clima constituye un fenómeno pluridimensional y resulta difícil albergar y cuantificar los componentes individuales, naturaleza de sus relaciones e interacciones mutuas y otros complejos de variables.

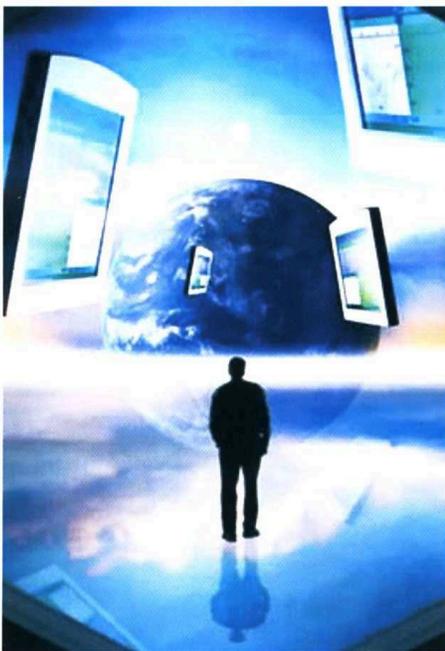
Según Marchant (2005), mientras más satisfactoria sea la percepción que las personas tienen del clima laboral en su empresa, mayor será el porcentaje de comportamientos funcionales que ellas manifiesten hacia la organización. Y mientras menos satisfactorio sea el clima, el porcentaje de comportamientos funcionales hacia la empresa es menor. Los esfuerzos que haga la empresa por mejorar ciertos atributos del clima organizacional se deben retroalimentar con la percepción que de ellos tienen las personas. Estas mejoras, mientras sean percibidas como tales, serían el antecedente para que los funcionarios aumenten la proporción de su comportamiento laboral en dirección con los objetivos organizacionales.

De tal manera que un clima bien estructurado y con un perfil satisfactorio puede hacer que la organización sea exitosa. Esta será valorada por los trabajadores, que a la vez laborarán con agrado, compromiso y satisfacción. Toda máquina funciona por sus engranajes, si estos están desgastados, es difícil que esta funcione. En las organizaciones, si su principal capital, que son las personas, no se sienten satisfechas con el ambiente que las acoge para sus labores diarias, es difícil que trabajen productivamente, eficientemente y con calidad.

Por tanto, el clima organizacional constituye uno de los factores determinantes de los procesos organizativos de gestión. Adquiere relevancia por su repercusión inmediata, tanto en los procesos como en los resultados, lo cual incide directamente en la calidad del propio sistema y su desarrollo, razón por la cual nos hemos propuesto abarcar en parte este tipo de procesos generando un trabajo en aspectos tan importantes como comunicación, trabajo en equipo, y solución de conflictos. Tres aspectos de gran importancia y que han sido nuestro inicial propósito.

El trabajo desarrollado con los hospitales busca como objetivo básico generar tres momentos dentro del proceso de grupo. El primero, es evaluar cómo estamos y con qué contamos para lo cual nos hemos apoyado en un trabajo de grupo donde con la ayuda de estrategias variadas como: dinámicas de grupo, trabajo outdoor, conversatorios y juegos de roles se evidencie la situación actual de los diferentes grupos que hacen parte de la estrategia de Sala Situacional donde los hospitales puedan ver y retroalimentar cómo están y qué podrían mejorar.

Un segundo momento ha buscado con algunos hospitales realizar un trabajo más específico para cada uno donde parados en una realidad ya reconocida podamos hacer una evaluación un poco más profunda y puntual de sus déficits y de sus potencialidades, generando con el grupo trabajado compromisos de autónomos que buscan siempre redundar en unas mejores interacciones de grupo y un mayor reconocimiento del otro como parte fundamental del trabajo de cada uno.





Un tercer momento es de seguimiento al proceso dado el cual permite básicamente evaluar lo trabajado y evidenciar los avances que el grupo a alcanzado, para lograr alcanzar metas comunes donde se evidencie una mayor cohesión y un mayor trabajo en equipo, el cual es parte esencial en el trabajo de Sala Situacional.

Es importante anotar que este es un proceso largo donde sea buscado inicialmente hacer una sensibilización a la urgente necesidad que tenemos para que en nuestras instituciones retomemos ese valioso recurso humano con el que contamos y podamos darle los espacios necesarios de reflexión, donde se permita ver a ese ser como inicialmente es contextualizándolo en su entorno laboral y reconociendo su necesidades y expectativas y tratar de alinear estas con su proceso laboral y grupal al que se enfrenta.

Sabemos que es un proceso continuo y arduo el que nos hemos propuesto pero también sabemos que es un esfuerzo que debemos hacer continua y constantemente para poder lograr cambios y un mayor compromiso y amor por lo que hacen, que es en últimas nuestro gran propósito a alcanzar con los hospitales y sus equipos de trabajo.

Los procesos de grupo en general abarcan un sinnúmero de aspectos de importancia sobre los cuales es necesario inicialmente ejercer un reconocimiento y una visibilización de los mismos para poder entender el tipo de interacciones y relaciones que se dan en las diferentes organizaciones

Éste puede ser un potenciador o un obstáculo para el buen desempeño de la organización. Puede ser un factor de distinción e influencia en el comportamiento de quienes la integran, en suma, es la expresión personal de la "percepción" que los trabajadores y directivos se forman de la organización a la que pertenecen, lo que incide directamente en el desempeño de la organización.

***Equilibrando a la persona,
equilibraríamos las relaciones
humanas en la empresa.***