

# Redimensionamiento programa académico de campo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en salud pública

I. Peñaloza I.  
II. Lancheros, Y.  
III. Camargo, D. A.  
IV. Martínez, M.

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud  
Documentos de investigación núm. 15 / Marzo de 2012  
ISSN: 2145-4744



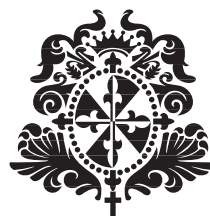
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

*Documento de investigación núm. 15*

ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

REDIMENSIONAMIENTO PROGRAMA ACADÉMICO DE  
CAMPO, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN  
DE LA ENFERMEDAD CON ÉNFASIS  
EN SALUD PÚBLICA

*Mg. Ft. Peñaloza, I.*  
*Mg. Ft. Lancheros, Y.*  
*Mg. Ft. Camargo, D. A.*  
*Esp. Ft. Martínez, M.*



**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO**  
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Redimensionamiento programa académico de campo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en salud pública / I. Peñaloza [et al.].  
—Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2012.  
38 p. (Documento de Investigación; 15)

ISSN: 2145-4744

Salud pública – Investigaciones – Colombia / Fisioterapia – Investigaciones – Colombia / Educación superior – Investigaciones – Colombia / I. Peñaloza, I. / II. Lancheros, Y. / III. Camargo, D. A. / IV. Martínez, M. / V. Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud / VI. Título. / VII. Serie.

362.1 SCDD 20

Catalogación en la fuente – Universidad del Rosario. Biblioteca

dcl

Marzo 13 de 2012

Editorial Universidad del Rosario  
Escuela de Medicina y Ciencia de la Salud

Mg. Ft. Peñaloza, I.  
Mg. Ft. Lancheros, Y.  
Mg. Ft. Camargo, D. A.  
Esp. Ft. Martínez, M.

Todos los derechos reservados  
Primera edición: marzo de 2012  
ISSN: 2145-4744  
Diagramación: David Reyes  
Diseño de cubierta: David Reyes  
Corrección de estilo: Lina Morales

Hecho en Colombia  
Made in Colombia

Para citar esta publicación: Doc. Inv. Esc. Med. Cs. Salud.

# Contenido

Resumen.....	5
Introducción.....	7
La experiencia desde la Universidad del Rosario .....	7
Propósitos y líneas de acción, una mirada hacia la nueva salud pública .....	9
Resultados de aprendizaje esperados (RAE) .....	12
Panorama actual de la salud pública en Colombia .....	13
Retos en la formación de recurso humano en salud pública y su impacto en el currículo .....	15
Conceptualicemos la salud pública .....	20
Atención primaria en salud (renovada) .....	20
Promoción de la salud .....	21
Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 del 2007) .....	22
Plan de Salud del Distrito Capital (PSDC) .....	24
Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) .....	24
Estrategia promocional de calidad de vida y salud (EPCVyS) .....	26
El derecho a la salud en el marco de la EPCVYS.....	29
¿Cómo avanzar en el desarrollo de la estrategia?.....	29
Primer proceso: lectura integral de necesidades .....	29
Segundo proceso: construcción de respuestas sociales integrales.....	30
Tercer proceso: la gestión pública- transectorialidad .....	30
Gestión social integral: una estrategia para la participación social .....	30
Conclusiones .....	33
Bibliografía.....	36

# Redimensionamiento programa académico de campo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en salud pública

*Mg. Ft. Peñaloza, I.\**  
*Mg. Ft. Lancheros, Y.\*\**  
*Mg. Ft. Camargo, D. A.\*\*\**  
*Esp. Ft. Martínez, M.\*\*\*\**

## Resumen

**Objetivo:** generar el redimensionamiento del programa académico de campo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en salud pública en la Universidad del Rosario, con el fin de considerar los retos actuales de formación de recurso humano y el contexto nacional e internacional. **Método:** revisión documental. **Resultados:** los objetos de estudio y enfoques praxiológicos de las ciencias de la salud se han transformado a lo largo de la historia, generando un impacto en la formación de recurso humano. De esta manera, disciplinas como la fisioterapia, cuyo objeto de estudio es el movimiento corporal humano, reconocen la importancia de ampliar su marco disciplinar, considerando conceptos como las capacidades, libertades, oportunidades, participación y, por

---

\* Instructora de práctica, programa de Fisioterapia, Universidad del Rosario. Correo electrónico: [ilsesulay@gmail.com](mailto:ilsesulay@gmail.com)

\*\* Instructora de práctica, programa de Fisioterapia, Universidad del Rosario. Correo electrónico: [yolimalancheros@hotmail.com](mailto:yolimalancheros@hotmail.com)

\*\*\* Instructora de práctica, programa de Fisioterapia, Universidad del Rosario. Correo electrónico: [dacamargor@gmail.com](mailto:dacamargor@gmail.com)

\*\*\*\* Profesora asistente, programa de Fisioterapia, Universidad del Rosario. Correo electrónico: [margin.martinez@urosario.edu.co](mailto:margin.martinez@urosario.edu.co)

lo tanto, calidad de vida y desarrollo humano, con la meta de reorientar sus acciones desde enfoques biologicistas y reduccionistas hacia enfoques histórico-sociales, integrales y complejos, que permitan a los fisioterapeutas en formación desarrollar capacidades, destrezas y competencias para su desempeño en áreas de la salud pública. **Conclusiones:** desde las ciencias de salud se requiere la transformación en la formación de recurso humano, para afrontar la problemática de la salud pública de una manera global y transectorial, desarrollando competencias ciudadanas, abogacía, participación y responsabilidad social en los estudiantes. **Palabras clave:** salud pública, fisioterapia, formación de recurso humano.

### *Abstract*

*Objective: Build the changing practices of promotion and prevention with emphasis on public health at the University of Rosario, to consider the current challenges in human resource training and national and international context. Method: Document review. Results: The objects of study and approaches praxiological of health sciences, have become along the story, making an impact on human resource education. In this way the disciplines of Physiotherapy, whose object of study is the human body movement, recognizes the importance of expanding its disciplinary framework, considering concepts such as capabilities, freedoms, opportunities, participation, and therefore quality of life and human development to redirect their actions from biological approach and reductionist approaches to socio-historical, comprehensive and complex, allowing physical therapists in training, capacity building, skills and competence for their performance in areas of public health. Conclusions: Since the health sciences is required for processing in the formation of qualified human resources to tackle public health issues in a comprehensive and cross, developing citizenship skills, advocacy, participation and social responsibility in students. Key words: public health, physiotherapy, human resource training.*

## **Introducción**

Como parte del proceso de redimensionamiento de los programas académicos de campo (PAC), y específicamente del PAC de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con énfasis en salud pública, se desarrolla el siguiente documento, que presenta los antecedentes del PAC (la experiencia desde la Universidad del Rosario), denominado anteriormente Atención Primaria en Salud, el cual acoge los nuevos conceptos y normatividad nacional e internacional que en relación con salud pública se han desarrollado en los últimos cuatro años.

Posteriormente, el texto presenta la manera como se entiende la salud pública en la actualidad, los retos que genera en la formación de talento humano y los referentes teóricos que orientan las acciones dentro del PAC. De esta manera, surge una reflexión frente a la importancia de reconocer los nuevos enfoques de la salud pública, los cuales consideran las necesidades de una sociedad que es dinámica, que evoluciona y se transforma, siendo influenciada por la interacción de estilos, modos y condiciones de vida de los sujetos y las poblaciones.

## **La experiencia desde la Universidad del Rosario**

El programa de Fisioterapia de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario pretende que sus egresados participen en grupos interdisciplinarios de investigación y de gestión comunitaria, para contribuir con sus acciones a la solución de problemáticas específicas del sector, asumiendo la responsabilidad social de promover el desarrollo humano con principios éticos. Para esto, el Programa Académico de Campo (PAC) en Promoción y Prevención (P y P) con énfasis en salud pública busca responder a necesidades de la población en escenarios de desarrollo comunitario por medio de la integración de diferentes actores y sectores para promover la salud, prevenir el riesgo e influir sobre la calidad de vida, a través del movimiento corporal humano.

De este modo, la práctica, respondiendo a las políticas internacionales, se sustenta en la Atención Primaria en Salud y en la Promoción de la Salud, estrategias planteadas desde la Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa, las cuales siguen vigentes dentro de las acciones de la salud pública. Estas estrategias se retoman, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) adoptado mediante el Decreto 3039 del 2007 del Ministerio de la Protección Social, a partir del cual se plantean las líneas para el desarrollo de la política en salud, considerando las prioridades que en relación con salud se evidencian en la población colombiana.

Reconociendo el direccionamiento dado desde la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en la Ley 1122 del 2007, con la generación del Plan Nacional de Salud Pública y el Plan de Intervenciones Colectivas, desde el Distrito se construye el Plan de Salud del Distrito Capital (PSDC), el cual busca responder efectivamente a las necesidades de la población en las diferentes localidades. Teniendo en cuenta el Plan Distrital y los lineamientos dados por la Secretaría Distrital de Salud, se desarrollan, desde la (PAC), acciones que responden a las problemáticas que en salud, calidad de vida y movimiento corporal humano presentan las poblaciones en lo local.

Los lineamientos que plantea la Secretaría Distrital de Salud para la ejecución de acciones en salud pública dentro de las empresas sociales del Estado se sustentan en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVS), la cual busca avanzar en la garantía del derecho a la salud, a partir del reconocimiento de los valores y respeto a la diferencia, así como en la participación, redimensionando la atención en procesos sectoriales y sociales, reconociendo territorios sociales, los cuales involucran condiciones geográficas, sociales y humanas. Esta estrategia reconoce, además, la gestión social integral como herramienta de gestión pública y social que permite la construcción transectorial de respuestas integrales, con el objeto de impactar los determinantes de la salud y calidad de vida.

Desde la estrategia, uno de los sectores que se involucra en los procesos de lectura de necesidades, construcción de respuestas y posicionamiento político, es la academia. Es así como el desarrollo de acciones académicas, enmarcadas en el trabajo de las instituciones de carácter público y privado, donde se busca la interacción de diversos determinantes políticos, económicos, sociales y culturales, ha transformado el quehacer de los profesionales de la salud desde una visión asistencialista hacia una visión que concentra sus acciones en la promoción de la salud y la calidad de vida, al igual que en la prevención de riesgos y enfermedades, y en la generación de espacios que permitan la gestión del conocimiento y, por lo tanto, el impacto social.

De esta manera, desde la Fisioterapia, se propone el desarrollo de diferentes líneas de acción en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) planteado en el (PSDC) y que tiene el propósito de generar y potenciar escenarios de construcción colectiva con amplia participación social y gestión pública, para identificar y posicionar las necesidades sociales de la población. Con esto se espera coordinar procesos de planeación y articulación de la gestión pública sectorial e intersectorial que faciliten el accionar estratégico en los territorios sociales, aportando a la construcción de



la transectorialidad y a la movilización social por la calidad de vida y la garantía de los derechos, con especial énfasis en el derecho a la salud.

En términos generales, desde el (PAC), se busca la participación activa de los estudiantes en contextos y actividades que promuevan la autonomía y la gestión de los individuos y de las comunidades, a partir del reconocimiento de los programas existentes, la exploración de estrategias y mecanismos de operación y evaluación, el reconocimiento y la apropiación del funcionamiento y organización del sector público, y la identificación de oportunidades de desarrollo profesional dentro del plan de salud de un territorio.

### **Propósitos y líneas de acción, una mirada hacia la nueva salud pública**

El programa académico de campo busca, desde la salud pública, proponer actividades en las que los individuos y colectivos se desenvuelvan con autonomía, incidiendo en su desarrollo pleno, en la satisfacción de necesidades y en la equiparación de oportunidades, así como en los estilos, modos y condiciones de vida; de esta forma, se tienen en cuenta determinantes del medio ambiente, del territorio social, de las características biológicas humanas, y el redimensionamiento de los servicios de salud. Por esto la práctica propone una gestión del conocimiento<sup>1</sup> acorde con marcos normativos y con la búsqueda del desarrollo comunitario sostenible a través del desarrollo práctico de:

- Participación en programas y proyectos de salud pública por etapas del ciclo vital, que sean sostenibles en el tiempo y que estén enmarcados en el principio de equidad, calidad de vida y desarrollo humano.
- Apropiación, divulgación y evaluación de las decisiones políticas en salud pública, a través de un proceso participativo, que sea coherente con el contexto político y económico en el cual esta se desarrolla. Estas acciones permiten el empoderamiento de los estudiantes, así como su participación en procesos de movilización social y organización comunitaria.

---

<sup>1</sup> La gestión del conocimiento relacionada con el concepto que maneja el Plan Nacional de Salud Pública.

- Fortalecimiento institucional mediante la integración con instituciones públicas y privadas, para la gestión, implementación y evaluación de iniciativas dirigidas a resolver los problemas de salud de la población.

Desde la Universidad del Rosario, y específicamente desde el programa de Fisioterapia, se plantea una manera de configurar el currículo a través de cadenas cognitivas, las cuales atraviesan la malla curricular, pasando por el ciclo básico, el ciclo disciplinar profesional y el ciclo de profundización. De este modo, las competencias propias de la salud pública se incorporan en las diferentes asignaturas a lo largo de la formación del estudiante, reconociendo la transversalidad de la salud pública y su integralidad como campo de conocimiento, de investigación y de acción. Bajo esta perspectiva, el PAC facilita la formación del estudiante en el área de salud pública en su tránsito por la malla curricular, tanto en el núcleo común de ciencias de la rehabilitación (fisioterapia, fonoaudiología y terapia ocupacional) como en el ciclo disciplinar profesional, a través de varias asignaturas teóricas y una práctica, procurando una estructura coherente con la realidad del sector salud.

Las asignaturas que incluyen estas temáticas son: Desempeño del fisioterapeuta en promoción y prevención, Desempeño del fisioterapeuta en el contexto laboral, Sistemas en rehabilitación, Desarrollo humano y sociedad, Epidemiología en rehabilitación, Discapacidad y sociedad, Comunidad y educación en salud, y el Programa académico de campo (práctica) de promoción y prevención, que se desarrolla en tres hospitales de primer nivel de atención de la red distrital.

Actualmente, a través de la cátedra de Desempeño del fisioterapeuta en promoción y prevención, se brinda un amplio panorama sobre la promoción de la salud, analizando el impacto que sobre la salud generan los determinantes sociales. De igual manera, en la cátedra se analizan lineamientos de organismos internacionales y nacionales. También se reconocen los determinantes críticos frente a la salud, como el desarrollo de la salud infantil, la eliminación de las diferencias sociales asociadas al nivel de riqueza, la eliminación de las barreras de discriminación, basadas en el género, la raza, la cultura, la orientación sexual, etcétera. En este mismo sentido, se identifica la importancia de las oportunidades para el aprendizaje a lo largo de la vida, los estilos de vida, los ambientes y oportunidades laborales, y la capacidad que tiene el ser humano para tomar sus propias decisiones, en procura de propiciar su desarrollo.

En concordancia con el principio misional de la Universidad del Rosario, de favorecer una formación integral, social, ética y humanística, se entiende por

programa académico de campo “la experiencia pedagógica que contribuye a la adquisición de competencias para el desarrollo de procesos en los estudiantes de acción-actuación-creación para resolver problemas, en un espacio real de ejercicio profesional, y en el que se establecen interacciones con diferentes actores, para el desarrollo propio de una visión del mundo, aportando a la construcción y transformación de la realidad” (Documento de trabajo, Modelo de PAC, 2010).

De otro lado, el Programa académico de campo de promoción y prevención busca generar un espacio para la adquisición de diferentes competencias que le permitan al estudiante analizar de las políticas públicas y conocer las estrategias y los espacios en los cuales desde el sector salud se busca incidir en las decisiones públicas y en las respuestas institucionales y transectoriales, para afectar los determinantes sociales.

En este contexto, se busca redimensionar el quehacer del fisioterapeuta desde una perspectiva más amplia a la planteada anteriormente, que involucre la transectorial y territorial, considerando los escenarios de acción social y teniendo en cuenta el avance que el Distrito ha tenido en el enfoque teórico del concepto de salud, concibiéndola desde el enfoque promocional de calidad de vida y salud-EPCVS, en el cual se vienen priorizando las acciones dirigidas a promover la calidad de vida de la población para avanzar en la garantía del derecho a la salud. Para esto, se hace necesario:

- Analizar las políticas públicas y participar activamente en su diseño, construcción e implementación.
- Conocer las estrategias y los espacios para incidir en las decisiones públicas y en las respuestas institucionales y transectoriales, a fin de afectar los determinantes sociales.
- Redimensionar el quehacer del fisioterapeuta en el posicionamiento político, que considere la transectorialidad y la dimensión territorial que lo involucre en escenarios de gestión social.
- Favorecer la priorización de acciones dirigidas a promover la calidad de vida de la población para avanzar en la garantía del derecho a la salud.

## **Resultados de aprendizaje esperados (RAE)**

Los resultados de aprendizaje esperados son considerados, para el programa de Fisioterapia, como los logros alcanzados dentro de cuatro esferas de desarrollo profesional: razonamiento fisioterapéutico, educación para la salud, administración y gestión, y gestión social, contemplando competencias en el saber ser, saber hacer y saber conocer. La participación de los estudiantes se enmarca en el componente de gestión local y en los ámbitos de la vida cotidiana, considerando las etapas del ciclo vital, en acciones específicas de las transversalidades de ambiente, seguridad alimentaria y nutricional, actividad física, salud y trabajo, género, etnias y discapacidad, así como de los proyectos de desarrollo de autonomía, cumpliendo con los objetivos planteados por el PIC. Estos objetivos se abordan desde la Fisioterapia, como profesión del área de la salud encargada del estudio y el manejo del movimiento corporal humano como elemento fundamental del desarrollo y el bienestar del hombre, considerando al sujeto, a la familia y la comunidad como actores de los proyectos y programas.

De esta manera, el estudiante de fisioterapia está en la capacidad de participar en proyectos o programas enfocados en la construcción de diagnósticos individuales y poblacionales para reconocer las necesidades de los sujetos y de las comunidades, considerando el enfoque de determinación social; y en la construcción de respuestas integrales e interdisciplinarias, realizando una priorización de las necesidades y reconociendo los alcances de las propuestas.

Adicionalmente, participa en el fortalecimiento de la organización comunitaria y en el desarrollo de habilidades y destrezas en los sujetos por medio de la educación en salud, así como en el desarrollo de acciones de prevención de la enfermedad enfocadas en la detección precoz de alteraciones y en la protección específica (Resolución 412 del 2000). Así mismo, desarrolla competencias para la toma de decisiones basada en la evidencia, incorporando planificación y evaluación, capacidad de liderazgo y comunicación efectiva, desarrollo organizacional y gestión de recursos.

Igualmente, los estudiantes fortalecen competencias dirigidas al conocimiento y la apropiación de políticas públicas vigentes y en acciones colectivas que generen la participación social, como en aquellas que permiten la implementación de la estrategia de gestión social integral y buscan la construcción del sentido de desarrollo desde una perspectiva social amplia y pertinente a la población en los territorios sociales. Además, aportan al desarrollo local desde el desarrollo

humano individual y colectivo, que implica la promoción de alianzas entre instituciones del Estado, el sector privado y organizaciones sociales y comunitarias, y la incidencia en las decisiones públicas y en las respuestas institucionales y transectoriales, para afectar los determinantes sociales y avanzar en la garantía del derecho a la salud.

### **Panorama actual de la salud pública en Colombia**

Desde el tránsito de la higiene pública a la salud pública en Colombia (finales del siglo XVIII a inicios del siglo XX) (Quevedo, 2004), se visualiza el papel fundamental de los poderes hegemónicos de los países desarrollados sobre las decisiones políticas, económicas y sociales que asumen las naciones latinoamericanas. Es así como los países replantean sus formas de gobierno y sus modelos económicos, siguiendo la línea de un mundo globalizado que esboza un modelo neoliberal –retomando las ideas del liberalismo–, el cual pretende “la cooperación entre los países”, pero que ha resultado en un proceso de competencia dentro de una lógica de libre mercado, afectando la economía de los países en desarrollo, quienes no logran entrar en la dinámica manejada por las “manos invisibles del mercado” (Hernández, 2002).

De esta forma, Colombia, siguiendo los cambios dados por la globalización, pasa de un modelo económico basado en la sustitución de importaciones, el cual paralelamente se desarrollaba junto con un Sistema Nacional de Salud basado en la asistencia pública y en el subsidio a la oferta, hacia un modelo neoliberal, que plantea la necesidad de permitir el ingreso de la empresa privada a sectores que se encontraban afectados por las deficiencias de la economía del país, como el de la salud, en el cual se planteó una reforma del sistema de salud que buscara la cobertura universal y la eficiencia del sistema. Esta reforma se da en la Ley 100 de 1993, a partir de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que busca la universalidad de los servicios de salud a través del aseguramiento, reconociendo como eje fundamental la solidaridad.

A partir de su implementación, se han evidenciado una serie de situaciones que permiten entender cómo la salud pasó de ser un derecho social, económico y político, a ser un bien o servicio dentro de una lógica del mercado, en el cual diferentes actores del sector público y del sector privado participan manteniendo la eficiencia del sistema. De este modo nos encontramos con:

- Presencia de múltiples intereses sociales.
- Desarticulación de la red de servicios, por una segmentación en la prestación de estos.
- Reestructuración de hospitales con criterios de rentabilidad.
- Descentralización, la cual genera la falta de direccionamiento, así como vigilancia y control sobre las acciones de las entidades.
- Mayor participación del sector privado y reducción de la oferta pública, afianzando la privatización de los servicios de salud y los altos márgenes de rentabilidad de las EPS privadas.
- Supremacía de la racionalidad del mercado.
- Deterioro de las condiciones socioeconómicas y políticas de las poblaciones (Molina, 2005).

Al analizar la problemática en salud que afronta Colombia, se visualiza la necesidad de reorientar el papel de los profesionales de la salud, con el fin de lograr que esta se conciba como un derecho, al cual todas las personas puedan tener acceso, retomando los conceptos de equidad y justicia social planteados por autores como Nancy Fraser (Fraser, 1998) y Martha Nussbaum, quienes exponen una visión de la justicia social a partir de la diferencia, desde donde el profesional replantea su papel como actor político, considerando los principios de ciudadanía y abogacía.

Así, el programa de Fisioterapia de la Universidad del Rosario busca la reorientación de los procesos de formación, reconociendo el papel y aporte de la profesión dentro de los planes de desarrollo local, interviniendo en los problemas prioritarios de la salud de las poblaciones, asociados a determinantes sociales de la salud, como condiciones del medio ambiente, del comportamiento, de los estilos de vida, de los riesgos ocupacionales y del acceso a los servicios de salud.

Adicionalmente, con base en las tendencias de formación nacional e internacional, se identificó la necesidad de profundizar en el desempeño de sus egresados en sectores de trabajo, recreación, actividad física, así como en las estrategias de promoción, prevención y gestión pública, con acciones de fomento y apertura hacia el trabajo interdisciplinario, como respuesta a las demandas y oportunidades que actualmente representan las perspectivas nacionales y globales.

## **Retos en la formación de recurso humano en salud pública y su impacto en el currículo**

Dentro de los primeros retos en la formación de recurso humano en salud pública, nos encontramos con los métodos de información en los sistemas de salud. Estos sistemas, por su enfoque estratégico, requieren de flujo de información que permita mantener un alto conocimiento desde la base hasta el nivel central, para la conducción de los procesos de dirección en los servicios de salud, las actividades y programas sanitarios, y la investigación científica, lo que requiere de personal entrenado. En países como Cuba, la formación de recursos humanos propios ha sido responsabilidad del sistema de salud y ha formado parte intrínseca de su transformación, asegurando la responsabilidad del Estado en la educación y su impacto social (Vidal, 2007).

Así mismo, vemos que la sociedad actual enfrenta la convergencia tecnológica en la informática y las telecomunicaciones, a través de un proceso de informatización social que pretende socializar estas tecnologías, en cuyo reto están comprometidos todos los sectores socioeconómicos y, por ende, la salud pública de los países. Además, se aprecia una nueva visión cualitativa de la información, donde actúa de forma catalizadora y modificadora en las estructuras del conocimiento, en el proceso de comunicación social en el cual están presentes las influencias del contexto donde se crea, recupera y utiliza, lo cual define un contexto propiciador para cambios en métodos y estilos de trabajo (Marín, 2005, citado por Vidal, 2007).

Unido a ello, el desarrollo de los sistemas de gestión de la información y el conocimiento para la dirección en salud en su sentido amplio requieren de herramientas modernas de dirección caracterizadas por los sistemas de información de salud (sis) y las tecnologías de la información y las comunicaciones (tic), y, por ende, de un profesional capaz de gerenciarlas, entendiendo que no se gerencia el conocimiento, sino las condiciones en que este es compartido, y que disponga de los beneficios de accesibilidad, disponibilidad y rapidez, de manera que los directivos y profesionales en general puedan lograr la mayor eficiencia y eficacia en su gestión (Vidal, 2007).

De esta forma, y considerando los cambios en los procesos de gestión del conocimiento, de gestión de la información y de gestión social, los modelos educativos cambian, orientando sus currículos hacia la formación de recurso humano en estas áreas. Es así como se evidencia que las universidades apropian modelos educativos que tienen las siguientes características: son científicos, tecnológicos y

humanistas, con un fuerte compromiso social, cuyo paradigma está en “brindar a la sociedad un profesional formado de manera íntegra, profesionalmente competente, con preparación científica para aceptar los retos de la sociedad moderna y con un amplio desarrollo humanístico para vivir en la sociedad de esta época, y servirla con sencillez y modestia, con los valores como pilar fundamental de su formación” (Vidal, 2007).

El esquema del modelo educativo pone de manifiesto la filosofía y el contexto en que se desarrolla la misión de la educación superior y la salud pública: un enfoque por competencias basado en el análisis de las funciones que estos recursos deben desarrollar en cada puesto de trabajo de los servicios de salud; el modelo pedagógico centrado en el modelo de aprendizaje según las necesidades, modalidades y la aplicación de las nuevas tendencias de la educación moderna; el rol de los profesores desde los ángulos del profesor, instructor, tutor y asesor; y otros elementos pedagógicos en cuanto a contenido, métodos, recursos de aprendizaje, evaluación y certificación, así como el enfoque curricular en cuanto a las cualidades que debe tener de acuerdo con su sistematización, flexibilidad, pertinencia, transversalidad, contextualización, integración e investigación, sus objetivos educativos e instructivos, el plan de estudios y la evaluación tanto interna como externa (Vidal, 2007).

De esta manera y para favorecer el desarrollo de competencias en áreas de desempeño como la salud pública, uno de los aspectos relevantes en los procesos de enseñanza-aprendizaje es la aplicación de las tendencias modernas de construcción del conocimiento, centrado en el estudiante, cuyo perfil formativo es aprender a aprender, aprender haciendo y aprender a ser el profesional a que se aspira, basado en métodos crítico-reflexivos que mantienen como principio central la investigación-acción e incluyen nuevos conceptos de desarrollo profesional donde los sujetos de aprendizaje no pueden estar separados de su acción y de su vivencia, asentándose en el principio de reflexionar sobre la propia práctica como una instancia ineludible de innovación y transformación de los procesos educativos para autorregular la intervención y el rol docente según las condiciones objetivas y subjetivas (Vidal, 2007).

Por otro lado, además de las demandas propias de la sociedad y de las transformaciones que se dan en los contextos, es importante considerar las transformaciones que se han dado al abordaje del proceso salud-enfermedad. En el desarrollo histórico de las ciencias de la salud, se han identificado diferentes teorías epidemiológicas con sus respectivos objetos de estudio para su explicación, así



como el establecimiento de respuestas para su modificación y/o solución. Entre estas tenemos a la unicausalidad con su objeto de estudio, la enfermedad; a la multicausalidad con su objeto de estudio, la salud; y a la teoría histórico-social y su objeto de estudio, el proceso salud-enfermedad (Adriano & Caudillo).

Desde la unicausalidad, desarrollada en el siglo XIX, se tenía como objeto por explicar la enfermedad, al médico como el recurso para atenderla y a la asistencia como el componente único del servicio. Este paradigma en el proceso de profesionalización de los recursos humanos en ciencias de la salud cobró gran auge en el siglo XIX, en donde la educación en salud se desarrollaba predominantemente bajo un sistema de aprendizaje que no estaba regulado, ni controlado eficientemente en la mayoría de los países.

Este sistema tenía gran variabilidad en su calidad, con unas pocas excepciones, las licencias para ejercer eran concedidas por las asociaciones de los mismos profesionales. En 1909, a petición de la Asociación Médica Americana y por medio de Abraham Flexner, la Fundación Carnegie realiza un estudio exhaustivo de la educación médica en ciento cincuenta y cinco escuelas de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá (Adriano & Caudillo).

Con respecto a la formación de recursos humanos en la época en la cual la unicausalidad fue hegemónica, se evidencia un alto componente intramural y hospitalario. El currículo separa lo teórico y lo básico de lo preclínico clínico, y se encuentran organizados por escalones que pasaban del estudio de la forma del organismo normal a la función de los órganos; posteriormente, a las alteraciones en su funcionamiento, para concluir con las manifestaciones de dichas alteraciones.

Por otro lado, en la teoría de la multicausalidad, se requiere, desde la formación de recursos humanos, una declaración de responsabilidades y proyección social de las profesiones sanitarias, que busca crear sensibilidad y conciencia sociales tanto en estudiantes como en profesores. Se reconoce la importancia de algunas asignaturas sociales y humanísticas (Epidemiología, Administración, Estadística) (Laurell, 1994, citada por Adriano). De acuerdo con las características señaladas, se consolida el movimiento denominado preventivista, “el cual impactó débilmente a las ciencias de la salud generando el surgimiento de los departamentos preventivos y sociales en las diferentes facultades y escuelas”. En el currículo se yuxtaponen disciplinas de la salud pública, administración, epidemiología, estadística, saneamiento ambiental, educación para la salud, que se manejan al margen de los componentes biológico-clínicos de los planes de estudio.

En América Latina, la necesidad de crear alternativas teórico-metodológicas que permitieran entender el proceso salud-enfermedad en su dimensión histórico-social fue abriendo espacios hacia otras interpretaciones cuyas bases no fueran fundamentalmente clínico-biológicas, sino que abordaran los determinantes sociales de la problemática salud-enfermedad, conociéndose esta área como la historia social del proceso salud-enfermedad o epidemiología crítica, el cual pasa a ser considerado como uno de los procesos de la totalidad social, dentro de la teoría histórico-social.

Las características fundamentales de este paradigma en ciencias de la salud son las siguientes:

Con respecto a la **producción de servicios**, el desarrollo de la prevención integral será la base de su quehacer profesional, es decir, que en este deben quedar contempladas las acciones por desarrollar, que van desde el diagnóstico hasta la rehabilitación en las dimensiones individual y colectiva, haciendo especial énfasis en la promoción y la protección específica. Estas acciones tendrán su concreción en los distintos sistemas de salud, cuyo método de planeación y administración será el estratégico situacional o participativo. En relación con la **producción de conocimientos**, la investigación que se realizará debe surgir de las distintas realidades sociales, las cuales darán las problemáticas específicas en salud de cada una de ellas, que servirán de base para la planeación de las acciones en la producción de servicios. En lo que se refiere a la **formación de recursos humanos**, pretende formar un profesionalista integral, esto es, que exista en los planes y programas de estudio un equilibrio entre las áreas biológicas, clínicas y sociales, formación que debe partir de la realidad social del proceso salud-enfermedad objeto de estudio de esta teoría (Adriano & Caudillo).

Sin duda, uno de los propósitos de las universidades es construir y articular nuevas alternativas en los diferentes campos de conocimiento, que en este caso son las ciencias de la salud, y, dentro de estas, la salud pública, que permitan responder a los desafíos del orden institucional y nacional, así como a la especificación y diferencias de la realidad regional y local que le son propias. Si no consideramos estos aspectos, no sería posible resolver diversos problemas, tales como la desvinculación entre las instituciones de educación superior, sus modelos educativos y la realidad social en que se desarrollan; la creciente polarización educativa hacia la privatización y ante el rompimiento del compromiso social del Estado frente a la demanda de una educación pública a nivel superior por parte de las grandes mayorías; la urgente democratización de la producción y distribución

social del conocimiento, así como la reducida posibilidad de modificar la realidad que caracteriza a nuestros países subdesarrollados (Adriano & Caudillo).

Es imprescindible que las universidades se den a la tarea de construir escenarios futuros que puedan responder a los desafíos anteriormente citados. Bajo este marco, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) propone establecer algunos elementos para desarrollar; uno de los ejes son los objetos de estudios (enfermedad, salud, proceso salud-enfermedad), los cuales deben quedar explícitos desde un primer momento en el currículo y reflejarse en los planes de estudio y programas académicos.

De esta manera, los objetos de estudio se articulan con la respuesta social que se establece para la modificación de dicho objeto; a esta respuesta se le puede llamar práctica profesional, la cual es planteada por la UNAM como la respuesta científico-técnica y social que la profesión proporciona a la sociedad a través de la formación de recursos humanos, la producción de conocimientos y de servicios, los que deben estar integrados para la transformación de la salud-enfermedad que se encuentra históricamente determinada y la ética en salud que permea a los otros tres elementos (Adriano, 2001).

La relación entre teorías de la organización, objetos de estudio y práctica profesional nos permite observar la complejidad que existe en el análisis y planteamiento de respuestas para la modificación y/o transformación del objeto de estudio, siendo este multidimensional, multirreferencial, y que se encuentra multideterminado, y es el pensamiento complejo el que nos va a permitir su integración, con el entendido de que dicho paradigma va a ser un desafío en el que la salud pública debe ser construida con una visión distinta de acuerdo con la complejidad social y no la respuesta (Adriano & Caudillo).

Por otro lado, es importante considerar que:

la inserción institucional de la formación académica en salud pública corresponde a espacios académicos universitarios y por ello no pueden sustraerse a la dinámica que imprime la lógica de esas instituciones; y tampoco pueden aislarse de la dinámica de los sistemas e instituciones de salud, ya que es allí donde tienen su función social y adquiere concreción la práctica profesional. Así una referencia central para la formación y práctica está en el concepto de salubristas del futuro como mediadores estratégicos, en los que la competencia técnica y el compromiso con procesos amplios e incluyentes de construcción de agendas públicas por la salud y la vida digna supone un compromiso ético (Jarillo & López, 2007).

Esto lleva a considerar la relevancia de preparar a los estudiantes para ejercer abogacía y lograr su participación como actores sociales en diferentes sectores, en la formulación y ejecución de políticas públicas y en la producción de conocimiento científico.

## **Conceptualicemos la salud pública**

Con el fin de reconocer la conceptualización dada desde el programa académico de campo, es fundamental plantear los referentes teóricos a partir de los cuales se desarrollan las estrategias y actividades propias de la práctica. A continuación, se describen los conceptos de las estrategias, planes y programas que dan línea técnica a las acciones en salud pública en el Distrito.

### **Atención primaria en salud (renovada)<sup>2</sup>**

En la Declaración de Alma-Ata, en 1978, se acogió la atención primaria como una estrategia de lucha contra la pobreza, que conducía a una falta de cobertura en servicios de salud, y sobre todo porque, con el pretexto de los altos índices de pobreza, surgía la consiguiente inequidad con que se atendía a la población.

A partir de la implementación de esta política internacional, se entendió atención primaria en salud como: “El conjunto de cuidados de salud básicos cons-truidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en sí mismo y de autodeterminación” (Declaración de Alma-Ata, 1978).

La atención primaria forma una parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco, como del desarrollo económico y social global de la comunidad.

La atención primaria es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye

---

<sup>2</sup> Hace referencia a la renovación de la atención primaria de salud en las Américas, según la versión original del documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, resultado de la apertura de la primera reunión del grupo de trabajo en APS, celebrada en Washington, en julio del 2004.

el primer eslabón de la atención ideal. La definición por sí sola despejó muchas dudas sobre el verdadero significado y los alcances de la estrategia, y llevó a un entendimiento general del valor que podía tener como mecanismo de cobertura para corregir la desprotección apreciada en grandes grupos poblacionales.

Se recomendó que se incluyeran por lo menos estas actividades:

- Educación en salud, tanto para los trabajadores al servicio del programa como para los usuarios.
- Promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta.
- Agua segura y saneamiento básico.
- Atención materno-infantil, incluyendo planificación familiar.
- Inmunizaciones.
- Tratamiento apropiado de enfermedades comunes y lesiones.
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales.
- Provisión de medicamentos esenciales.

### **Promoción de la salud**

Entendida como la capacidad de las poblaciones de ejercer control sobre su estado de salud, desarrollando capacidades y destrezas, participando activamente en el diseño e implementación de políticas públicas, considerando la organización comunitaria y de la sociedad civil (Carta Ottawa, 1986).

“Proceso de activación de las comunidades, dirigentes políticos, profesionales y población, a favor de políticas, sistemas y modos de vida saludables que se llevan a cabo por medio de la abogacía, empoderamiento de la población y construcción de un sistema de soporte social que permita a la gente vivir más sanamente” (OPS, 1998).

La promoción de la salud se caracteriza por ser un proceso amplio, el cual integra las siguientes especificidades:

1. Elaboración e implementación de políticas públicas multisectoriales orientadas hacia la salud y la calidad de vida.
2. Planificación, implementación y evaluación de las acciones promotoras de ambientes saludables: ambientes físico, social, cultural, económico y político (Brasil/MS, 1996, citado por Goes). La articulación de las organizaciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales, de los sectores

económico y social, tiene un rol primordial en la concretización de esa estrategia, con responsabilidad y participación de todos.

3. Reorientación de los sistemas y servicios de salud de forma a tornar viable la implementación de políticas de promoción de la salud.
4. Desarrollo de habilidades individuales.
5. Empoderamiento de la población visando la identificación de los determinantes de su salud.
6. Articulación y formación de redes de comunicación e información.
7. Defensa de la salud (*advocacy*) direccionada sobre todo a los formuladores de políticas, de tal forma que la legislación y las políticas públicas en conjunto puedan garantizar el compromiso con el desarrollo de la salud (Tennyson, 1997, citado por Goes).
8. Búsqueda de sustentabilidad de las acciones promotoras de salud: acciones políticas, económicas y prácticas, en los niveles local, regional, nacional (y mundial), donde la integralidad de las acciones es imprescindible (OMS, 1997; Buss, 1997, citados por Goes).
9. Construcción del capital social (OMS, 1997, citada por Goes), como condición de éxito para el desarrollo de la promoción de la salud y control de sus determinantes.

El aspecto más importante de la promoción de la salud es su nueva forma organizacional –acciones coordinadas multisectoriales, visando al bienestar global por medio de la elevación de los niveles de salud de la población y la disminución de la inequidad–: una combinación de estrategias y actividades prácticas para garantizar un profundo compromiso social que haga de la salud una prioridad de todos.

### **Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 del 2007)**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 33 de la Ley 1122 del 2007, el Gobierno Nacional define cada cuatro años el Plan Nacional de Salud Pública, cuyo propósito es determinar la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población colombiana, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad, promoviendo condiciones y estilos de vida saludables, previniendo y superando los riesgos para la salud, y recuperando o minimizando el daño, entendiendo la salud como un derecho esencial individual,

colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de salud, bienestar y calidad de vida, mediante acciones sectoriales e intersectoriales.

El Plan Nacional de Salud Pública incluye:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
2. La definición de las responsabilidades en salud pública a cargo de la nación, de las entidades territoriales y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

A su vez, tiene como propósitos:

1. Mejorar el estado de salud de la población colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.
3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población colombiana.

Para cumplir con estos propósitos, el plan incluye las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, y define las responsabilidades en salud pública para cada uno de los actores: la nación, las entidades territoriales y demás participantes del SGSSS. De esta manera, es fundamental reconocer el papel de la academia como uno de los actores del SGSSS y su importante misión de formar profesionales actualizados y responsables con el compromiso social de velar por el desarrollo y el bienestar de sus comunidades. Desde la práctica, se pretende acercar al estudiante a las realidades nacionales y locales en la forma en que se intenta dar respuesta global a estos cuatro propósitos del PNSP, a partir del reconocimiento, el análisis y la aplicación de los enfoques poblacional, territorial, de determinantes y social del riesgo.

El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo, en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que

muchos de los eventos de salud no ocurren al azar, sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad (Plan Nacional de Salud Pública, Decreto 3039 del 2007).

El Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población, define las siguientes líneas para el desarrollo de la política en salud:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

### **Plan de Salud del Distrito Capital (PSDC)**

A nivel local, el Plan de Salud del Distrito Capital (PSDC) busca la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud de los bogotanos a través de cinco ejes: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios, salud pública e intervenciones colectivas, vigilancia y control de riesgos profesionales, emergencias y desastres y promoción social.

### **Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)**

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), denominado en la Ley 100 de 1993 Plan de Atención Básica, se plantea en la Ley 1122 del 2007 junto con el Plan Nacional de Salud Pública, con el fin de regular las acciones desarrolladas en el país relacionadas con los colectivos y con las problemáticas que generan grandes externalidades. De este modo, se plantea el PIC, el cual tiene los siguientes objetivos:

- Lograr la movilización de los actores y sectores para el desarrollo de acciones que mejoren la calidad de vida y salud de la población.
- Impactar en las condiciones de vida y salud de la población con el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.
- Priorizar a través de la vigilancia en salud pública.

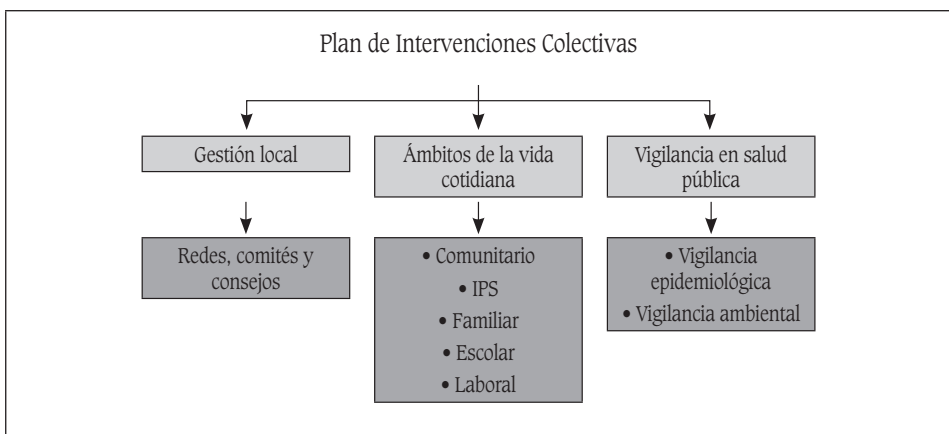


- Reconocer las condiciones de equidad e inequidad que se construyen a partir de las desigualdades sociales que se han producido históricamente y que se han estructurado dentro de sociedades funcionalistas.

En Bogotá, dentro de los hospitales de la red pública, el PIC se desarrolla en tres componentes: gestión local, ámbitos de la vida cotidiana y vigilancia en salud pública. El componente de gestión local está encargado del trabajo intersectorial y la articulación de necesidades y respuestas, para lograr la construcción de diagnósticos y agendas sociales, que puedan ser posicionados en espacios de participación tales como redes, comités, mesas y principalmente en los consejos locales de gobierno y de planeación.

El componente ámbitos de la vida cotidiana, conformado por seis ámbitos: familiar, laboral, escolar, comunitario, instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) e institucional, está encargado de realizar la lectura de necesidades de las poblaciones en cada uno de los ámbitos, así como de llevar a cabo intervenciones que promuevan y restituyan la autonomía y los derechos de las personas. Por último, el componente de vigilancia en salud pública registra, controla e interviene los eventos de notificación obligatoria en salud pública y los eventos y situaciones que se presentan en las poblaciones y que afectan su proceso de salud-enfermedad; de esta forma soportan las estadísticas, los sistemas de información y el diagnóstico de las localidades (ver figura 1.)

Figura 1. Componentes del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito



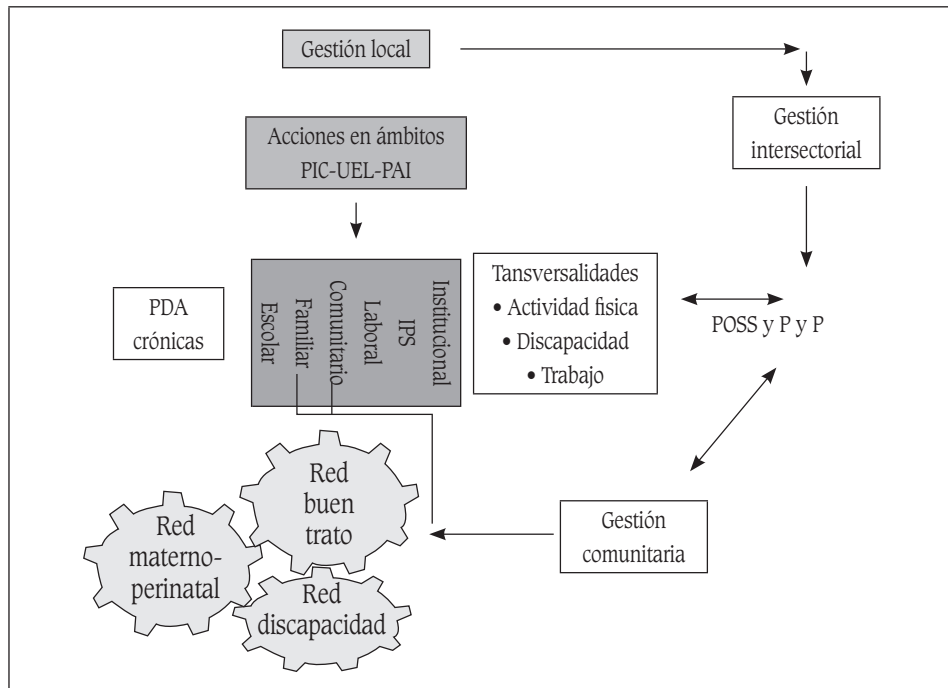
Fuente: modificado del documento marco *Plan de Intervenciones Colectivas* (SDS, 2006) por Camargo, D. A. (2010). *Presentación estrategia promocional de calidad de vida y salud*. Asignatura Salud Pública, Corporación Universitaria Iberoamericana.

## Estrategia promocional de calidad de vida y salud (EPCVyS)

La estrategia promocional de calidad de vida y salud se propone como una manera de ordenar la construcción de políticas públicas orientadas hacia la garantía del derecho a la salud (SDS, 2006). Este nuevo abordaje requiere de la deconstrucción de conceptos de salud manejados en el pasado, relacionados con la negatividad del concepto, tales como antagonismo de la enfermedad y equilibrio o desequilibrio de humores, elementos o factores. De esta forma, comienza entendiendo cómo la salud pasó de ser un estado biológico, a trascender lo social, y cómo ha trascendido lo político, al constituirse como un derecho.

Por ello es necesario comprender los cambios políticos, económicos y sociales que han transcurrido en la historia de los países, afectando las condiciones, modos y estilos de vida de los individuos y las poblaciones; así mismo, entender cómo los conceptos de equidad e igualdad atraviesan el análisis de situación de salud de las poblaciones, como determinantes de la condición de vida de las poblaciones al ser involucrados dentro de los modelos latinoamericanos y anglosajones de determinación y de determinantes sociales de la salud.

Figura 2. Estrategia promocional de calidad de vida y salud



Fuente: Peñaloza, I. (2008), docente, programa de Fisioterapia, Universidad del Rosario.

La estrategia promocional, al reconocer la salud desde una perspectiva amplia que no solo se queda en lo biológico y en lo biopsicosocial, retoma el concepto de la determinación, el cual va más allá de la suma de factores biológicos, sociales y psicológicos, y trata de comprender las interacciones entre diferentes elementos, que no necesariamente se explican desde líneas de causalidad. Es así como involucra a diferentes actores y sectores en el proceso de salud de las poblaciones, e invita a todos los ciudadanos a construir las respuestas a los problemas de salud y calidad de forma integral, “al consolidar procesos donde la voz de todos y todas es reconocida” (SDS, 2006).

A partir de esto, se reconoce que la participación debe dejar de ser institucionalizada y representativa, como un mecanismo que vincula la mirada de los grupos sociales en relación con aspectos que afectan la calidad de vida y la salud, y los convoca a la búsqueda de respuestas sostenidas, donde se privilegie la participación de las personas.

La *EPCVYS* se define como el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de los individuos y las colectividades para hacer efectivos los derechos sociales. Se denomina *estrategia* porque va más allá de la ejecución de actividades y tareas, con el fin de lograr el planteamiento de planes de acción conjunta, que permitan analizar y plantear el conjunto de acciones por desarrollar entre todos los actores involucrados.

Es *promocional* porque no solo se preocupa por las cosas negativas de la vida, lo que nos enferma, sino que además busca el planteamiento de acciones que logren potenciar el desarrollo de las capacidades y habilidades de las personas y grupos poblacionales, y, de este modo, alcanzar lo que desean y por lo cual se sientan satisfechos.

Este esfuerzo colectivo se concentra en la equidad como una forma de crear las condiciones necesarias para el desarrollo de todos y todas, basado en que todos tenemos los mismos derechos de obtener logros y satisfacción en la vida, de acceder a servicios y bienes, que son obligación de toda la sociedad y del Estado. Es por esto por lo que el trabajo colectivo debe orientarse a construir formas de vida en donde el principio de la igualdad sea una realidad, garantizando las condiciones de desarrollo con énfasis en los grupos que más lo requieren, puesto que es su derecho, y convocando a los más favorecidos, porque esta es su responsabilidad.

*Calidad de vida* es un concepto que recoge la idea de que, para lograr desarrollarnos plenamente, se necesita tener garantizada la satisfacción de un conjunto de necesidades, tales como alimento, vivienda, educación, seguridad social, afecto,

participación, entre otras. La estrategia orienta el abordaje de la calidad de vida a lo largo de todo el ciclo vital, teniendo en cuenta sus determinaciones sociales en todas las etapas, procesos y contextos.

También identifica cinco esferas, articuladas entre sí a la hora de abordar la calidad de vida:

- La primera es la esfera individual, en donde el aspecto por promover se refiere a la **autonomía**, entendida como la capacidad de los sujetos de responder y de satisfacer sus necesidades dentro de un marco social y con concurso de su propia capacidad de acción. La autonomía se da en una serie de dimensiones, tales como la autonomía funcional, la económica y la política, que se establecen como concreción de la posibilidad de decisión frente a lo que se considera lo mejor para cada quien.
- La segunda esfera es la colectiva, la cual ubica como concepto fundamental la **equidad**, como la necesidad de construir respuestas que reconozcan la existencia de diferencias injustas y evitables en términos de oportunidades y posibilidades de ejercer plenamente la autonomía entre grupos. De esta manera se reconoce la existencia de inequidades de clase social, género, raza y etnias, territorios, entre otras.
- La tercera es la esfera institucional, en la que la estrategia toma como referente la construcción de **democracia** y en ella adquieren lugar asuntos relevantes, como el rol del Estado en la garantía del derecho y en el ejercicio de la rectoría sanitaria, la construcción de lo público y de las políticas públicas, y los asuntos referidos a la promoción de la participación y la ciudadanía en salud. Dentro de esta esfera también se retoma la transectorialidad como un mecanismo de construcción de integralidad en las políticas públicas que inciden en la calidad de vida.
- La cuarta es la esfera ambiental, esta es la clave en el sentido de pensar la **sostenibilidad** como concepto central de todo el proceso, en su relación con el ambiente y con su capacidad de generar otro tipo de orientación dentro de la sociedad.
- La quinta es la esfera subjetiva. Esta permite trabajar en la estrategia un conjunto de nuevos patrones de subjetivación, de representación de la realidad y de su transformación.

## **El derecho a la salud en el marco de la EPCVys**

Los derechos se pueden entender como aquellos que son inherentes al ser humano. Con ellos viene un conjunto de normas que se construyen a partir de cuanto es legítimo. Siendo así el derecho se relaciona con lo que es justo para la persona y la sociedad. El derecho establece acuerdos sociales, que se manifiestan por medio de reglas que posibilitan el funcionamiento de la sociedad.

De esta manera, se puede definir el derecho a la salud como la posibilidad de disfrutar de manera individual y colectiva de bienes, servicios y condiciones adecuadas de bienestar, que nos permitan tener una vida digna a partir de una calidad de vida óptima. El derecho a la salud es el resultado de la reunión de por lo menos cuatro grandes derechos fundamentales:

- Derecho a la vida.
- Derecho a la asistencia sanitaria.
- Derecho al bienestar.
- Derecho a la participación.

Así mismo, pensar el derecho a la salud requiere reconocer las características de los derechos humanos, tales como:

- Principio de universalidad.
- Principio de interdependencia.
- Principio de equidad.

## **¿Cómo avanzar en el desarrollo de la estrategia?**

La estrategia promocional propone el desarrollo secuencial de procesos organizados, que apuntan al reconocimiento de los problemas a partir de la lectura de necesidades, el diseño y operación de respuestas integrales, y la gestión social transectorial (SDS, 2006).

### **Primer proceso: lectura integral de necesidades**

Comprende la descripción de la situación, reconociendo: situación, frecuencia, magnitud, distribución en los territorios (concentraciones: cartografía), a quiénes afecta, dónde se encuentran los afectados, cómo viven. Posteriormente, se realiza la problematización de la situación, teniendo en cuenta las causas inmediatas, causas intermedias y causas profundas, las cuales, junto con las respuestas

construidas, permiten la generación de una narrativa que identifica los núcleos problemáticos y define los temas generadores que determinan ámbitos o focos de actuación.

### **Segundo proceso: construcción de respuestas sociales integrales**

En este proceso, las respuestas sociales se entienden como integrales, diferenciadas, sostenibles y costo-eficientes, lo cual requiere de un trabajo transectorial que sobrepase la fragmentación de las acciones y logre la resolución eficiente y eficaz de las problemáticas presentes en las poblaciones.

### **Tercer proceso: la gestión pública- transectorialidad**

Finalmente, para lograr el posicionamiento político de las necesidades en espacios de participación y decisión, es necesario desarrollar acciones de gestión social que unidas con la gestión pública llevarán a la generación de políticas públicas que permitan la exigibilidad y restitución de los derechos.

La gestión pública es entendida como el conjunto de acciones que el Estado como garante ejecuta para construir escenarios y generar condiciones institucionales que le hagan capaz de responder a este reto. Además, a través de esta gestión, se compromete a garantizar la participación social de comunidades y líderes sociales. Es así como asegurando una gestión pública eficiente, paralelamente la sociedad civil y los diferentes actores identifican líderes y convocan actores clave; promocionan la conformación de grupos gestores por UPZ o territorios sociales; desarrollan grupos focales y conforman equipos transectoriales, que despliegan la estrategia de gestión social integral (SDS, 2006).

### **Gestión social integral: una estrategia para la participación social**

La gestión social integral (GSI) se entiende desde dos acepciones diferenciadas:

- La primera como un conjunto de acciones emprendidas desde la administración pública y/o la institucionalidad actuante, que se formula para hacer efectiva la acción gubernamental en la ejecución de la política pública.
- La segunda hace énfasis en la acción protagónica y autónoma de la comunidad en sus relaciones con el Estado y la institucionalidad en general, en la búsqueda de hacer efectivos los derechos fundamentales de los individuos y las colectividades, para propiciar el mejoramiento de las condiciones de vida.

Sin embargo, dentro de las acciones desarrolladas desde la salud pública en el Distrito, la GSI acoge la segunda acepción y busca reconocer:

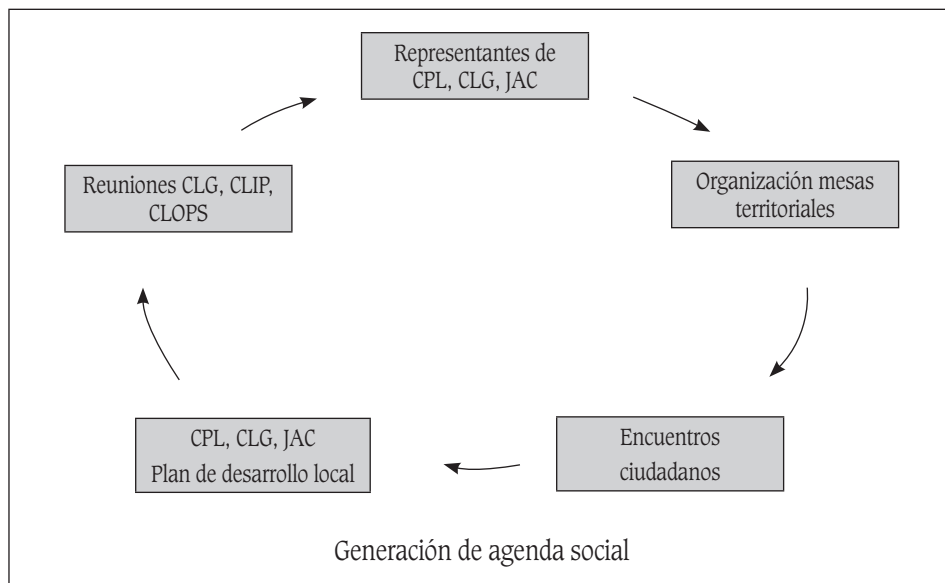
- Al sujeto político y social.
- La redefinición de concepto de participación más allá de la representatividad y la participación institucionalizada.
- El poder de ciudadanos y el poder comunitario.
- La participación en espacios locales, para el control social y la construcción de agenda social, tales como:
  - Consejo de planeación local.
  - Encuentros ciudadanos.
  - CLOPS.
  - Veedurías ciudadanas.

De esta manera involucra a los ciudadanos y a la sociedad civil en la construcción de agendas sociales, instrumentos de gobierno que hacen parte del proceso de planificación de políticas, respuestas, alianzas y recursos para mejorar las condiciones de vida y salud de la población en los territorios donde transcurre su vida diaria.

La agenda social es un espacio para la articulación de compromisos, esfuerzos y voluntades entre los diferentes actores sociales y la política social, que sistematiza un conjunto de prioridades definidas en términos de propósitos y medios que enuncian la intención colectiva de enfrentar problemas o satisfacer necesidades sociales asimiladas a derechos en un espacio social determinado. Su importancia está en el uso e impacto que tenga sobre las decisiones políticas del gobierno local.

Debe ser el instrumento de transferencia de información desde la lectura de necesidades en los territorios, el trabajo de los ámbitos, redes, consejos, comités, mesas territoriales de calidad de vida y salud, y de otros sectores, para movilizar al gobierno local operando como el puente para posicionar políticamente temas prioritarios y necesidades de concertación en busca de respuestas concretas a las demandas sociales relacionadas con la salud y la calidad de vida de las comunidades (ver figura 3).

Figura 3. Espacios de participación y concertación para la construcción de agendas sociales



Fuente: Camargo (2010).

Es así como la gestión social integral logra incidir en las decisiones públicas y en las respuestas institucionales y transectoriales, para afectar los determinantes sociales y avanzar en la garantía del derecho a la salud, desarrollando:

- Abogacía política.
- Análisis de situación de salud.
- Agendas sociales.
- Redes sociales promotoras de la calidad de vida y salud.
- Estructuración y planificación de la gestión pública para la salud.

Todo ello implica la promoción de alianzas entre instituciones del Estado, sector privado y organizaciones sociales y comunitarias. Proceso dinámico que apoya las funciones de planeación, articulación, coordinación, generación de conocimiento y movilización social, a través de propuestas transectoriales, para posicionar la política distrital de salud, defender el derecho a la salud de los ciudadanos y ciudadanas, y desarrollar o promover el desarrollo de acciones que afecten positivamente los determinantes de la salud, en los territorios de su competencia (Plan de salud del Distrito Capital, 2008-2012).



## Conclusiones

Al realizar el análisis de la puesta en marcha del programa de PAC de promoción y prevención, se ajustaron progresivamente las actividades en respuesta a los cambios curriculares en el área de promoción que se están brindando en núcleo común, buscando la articulación de los contenidos de la cátedra Desempeño del fisioterapeuta en promoción y prevención con énfasis en salud pública y los lineamientos actuales en salud pública del Distrito. Los temas básicos en los que se deben enfocar los ajustes son:

- Para empezar a redimensionar el perfil del fisioterapeuta, es necesario considerar aspectos de la gestión local que buscan,

en primer lugar, la potenciación de los escenarios de construcción colectiva con amplia participación social y de la gestión pública, donde se desarrolle el posicionamiento político del pensamiento estratégico hacia la calidad de vida y la garantía del derechos, particularmente del derecho a la salud, que permitan la construcción de la transectorialidad; en segundo lugar, el fortalecimiento de los espacios de planeación, articulación y coordinación de la gestión pública sectorial e intersectorial que faciliten el accionar estratégico en los territorios sociales y aporten a la movilización social.

- Se debe considerar el estudio de plan operativo y de desarrollo local, involucrar al estudiante en las acciones locales y su compromiso con el empoderamiento de las políticas públicas de cada grupo poblacional (infancia, juventud, mujer, tercera edad, discapacidad, entre otros).
- El papel del fisioterapeuta en salud pública debe ir más allá de lo asistencial y la prestación de servicios enfocados a procesos fisiopatológicos y terapéuticos, implica generar un trabajo con el entorno, desarrollar la participación ciudadanía y de redes sociales que fortalezca el trabajo comunitario y la formación de líderes en esta área desde una mirada más social y humanista.
- Otro aspecto por destacar es el posicionamiento y reconocimiento del quehacer disciplinar dentro de los equipos de trabajo, la construcción y seguimiento de indicadores de impacto social. Así mismo, es importante realizar un abordaje diferente en la adquisición y construcción de conocimiento y de respuestas dadas a las problemáticas existentes, permitiendo que los sujetos y las poblaciones se involucren en la lectura de las necesidades e intereses, en la

construcción de respuestas y en el posicionamiento político. Esto permite que la mirada objetiva de la realidad se transforme hacia la subjetiva y las intersubjetividades, ampliando la visión de las realidades.

De esta manera el programa de Fisioterapia de la Universidad del Rosario, en su compromiso con el desarrollo social y el desarrollo de la profesión, consideró indispensable para el redimensionamiento de su currículo partir del análisis de la realidad mundial y nacional en general, y en particular del relacionado con la educación en las ciencias y profesiones de la salud, así como en la formación de talento humano.

Con base en estas premisas iniciales, se plantea el análisis de problemas y necesidades del entorno desde la comprensión y aplicación de los lineamientos dados por los ejes prioritarios de la salud pública: promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención primaria en salud, como políticas internacionales que se plantearon en la Carta de Ottawa, la Declaración de Alma-Ata y el Informe Lalonde.

Esta reflexión permitió identificar la orientación que en materia de salud requiere América Latina, y en particular Colombia, según lo señalado en la presentación en Ginebra del Informe de Salud 2003, el cual resaltó la importancia de retomar los principios de la Declaración de Alma-Ata en lo relativo a la atención primaria en salud renovada, al control de los factores de riesgo sobre las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y la obesidad, y al análisis de los determinantes sociales de la salud, que establecen a su vez la autonomía de los sujetos y la calidad de vida de las poblaciones.

A partir de esta reflexión y desde las transformaciones dadas al concepto de salud y de salud pública por los organismos internacionales, Colombia plantea la necesidad de reformar la Ley 100 de 1993, ampliando las acciones que en materia de salud pública se dan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, generando el Plan Nacional de Salud Pública y los lineamientos para llevar a cabo acciones intersectoriales y transectoriales que favorezcan la salud y calidad de vida de las poblaciones.

Por otro lado, la declaración de Objetivos del Milenio del 2000 al 2015 y el planteamiento de los enfoques de determinación social y determinantes sociales de la salud crean nuevos retos para los profesionales en formación. Es así como se genera un cambio en el paradigma de la atención en salud, proyectando como derechos y valores de una vida digna, la búsqueda de la educación básica

universal, la disminución de la pobreza, la reducción del impacto de las enfermedades crónicas, el cuidado del medio ambiente para el desarrollo humano, al igual que la responsabilidad en la formación de personal capacitado para afrontar la problemática de la salud pública de una manera global y transectorial, desarrollando competencias ciudadanas, abogacía, participación y responsabilidad social en los estudiantes.

## Bibliografía

- Adriano, M. & Caudillo, T. *Retos y desafíos de la formación de recursos humanos en la salud pública*. Propuesta FES Z. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, en <<http://www.mex.ops-oms.org/documentos/publicaciones/hacia/Indice.htm>> (consultada en octubre del 2010).
- Beaglehole, R.; Bonita, R. & Kjellstrom, T. (1993). *Basic Epidemiology*. World Health Organization.
- Blanco, J. & Mejía, J. (2000). *Fundamentos de salud pública. Tomo III Epidemiología básica y principios de investigación*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Camargo, D. (2010). Presentación estrategia promocional de calidad de vida y salud. Asignatura Salud Pública, programa de Fisioterapia, Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá (Colombia).
- Constitución Política de Colombia 1991*.
- Del Bosque, S.; González, J. & Del Bosque, M. T. (1998). *Manos a la salud. Mercadotecnia, comunicación y publicidad: herramientas para la promoción de la salud*. México: CIESS/OPS.
- Flavio, C. (2005). *Agendas sociales construyendo acuerdos para el desarrollo local*. Caracas: Ediciones FECS.
- Franco, S. (2003). *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.
- Fraser, N. (1998). "La justicia social en la época de la política de la identidad: redistribución, reconocimiento y participación". Extracto de Fraser, N. & Honneth, A. (1998). *¿Redistribution or recognition? A Political-Philosophical Exchange* (Verso y Shurkamp). Justicia Social, Estudios Ocasionales Cijus.
- Frenk, J. & Londoño, J. (1998). "El costo de no reformar". *Revista Mexicana de Seguridad Social en Cuestión Social*.
- Goes, V. "Promoción de la salud, educación para la salud y comunicación social en salud: especificidades, interfaces, intersecciones". *Promotion & Education: International Journal of Health Promotion and Education VII*, (4):8-12. União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde, en <<http://openlink.br.inter.net/vllima.ora/xviconf.htm>> (consultada en octubre del 2010).
- Gómez, R. (2002). "La noción de la 'salud pública': consecuencias de la polisemia". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 20, Antioquia (Colombia).

- Grant, R. M. *Dirección estratégica: conceptos, técnica y aplicaciones*. Editorial Civitas.
- Hernández, M. & Obregón, D. (2002). *La OPS y el Estado colombiano: cien años de historia*. Editorial Organización Panamericana de la Salud. Mayor información en <[www.col.ops-oms.org](http://www.col.ops-oms.org)>.
- Jarillo, E. & López (2007). "Salud pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación". *Revista de Salud Pública*, 142, (9), Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (México).
- Málaga, H.; Latorre, M.; Cárdenas, J.; Montiel, H.; Sampson, C.; Taborda, M. et ál. (2000). "Equidad y reforma en salud en Colombia". *Revista de Salud Pública*, 2, (3), 193-219.
- Maldonado, C. (2006). *Filosofía y salud. Bioética y justicia sanitaria*. Colección Bios y Ethos, Universidad del Bosque (Colombia).
- Ministerio de la Protección Social (2007). *Decreto 3039 Plan Nacional de Salud Pública*. Bogotá (Colombia).
- Ministerio de Salud (2000). *Resolución 412 del 2000*. Bogotá (Colombia).
- Molina, G. (2005). *Foro nacional "Así vamos en salud"*. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Mayor información en <[http://www.asivamosensalud.org/descargas/G\\_Molina\\_Salud\\_Publica.pdf](http://www.asivamosensalud.org/descargas/G_Molina_Salud_Publica.pdf)>.
- Morales, L. (2006). *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 19, 64-65.
- OMS (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra (Suiza).
- (2003). *Informe de salud 2003*. Ginebra (Suiza).
- OPS/OMS (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Peñaloza, I. (2008). *Presentación acciones de la práctica de promoción y prevención con énfasis en salud pública*. Comité curricular, programa de Fisioterapia, Universidad del Rosario.
- Quevedo, E.; Borda, B.; Eslava, J.; García, C.; Guzmán, M.; Mejía, P. et ál. (2004). *Café y gusanos. Mosquitos y petróleo. El tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*. Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá), Instituto de Salud Pública, ISP Centro de Historia de la Medicina Andrés Soriano Lleras. 396 p.
- República de Colombia, *Ley 100 de 1993*.
- SDS (2006). *Diplomado estrategia promocional de calidad de vida y salud*. Bogotá D.C.: Grupo Fergusson.

- (2006). *Lineamientos de salud pública para el 2006*. Documento marco. Bogotá D.C.: Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud.
- (2010). *Componente 1: gestión local para la promoción de calidad de vida y salud*. Ficha técnica de agendas sociales locales.
- Sonis, A. (2001). “Equidad y salud”. *Revista Pediatría Sanitaria y Social. Arch Argent Pediatr*, 99, (3), en <[http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2001/arch01\\_3/253.pdf](http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2001/arch01_3/253.pdf)> (consultada en el 2010).
- Universidad del Rosario (2010). *Modelo de los programas académicos de campo (PAC)*. Programa de Fisioterapia. Documento de trabajo.
- Universidad Nacional de Colombia (2008). *Gestión social integral*. Programa de Formación. Documento de trabajo.
- Vidal, M. (2007). “Modelo educativo para la formación de recursos humanos de la salud pública cubana en la gestión de información en salud”. *Educ Med Super*, 21, (4), Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana (Cuba).



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO