

ESTRATEGIA DE EQUIPOS OPERATIVOS DE SALUD PÚBLICA



Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali



Alcaldía de Santiago de Cali
Secretaría de Salud Pública Municipal
Grupo de Epidemiología y Salud Pública

Sabas Ramiro Tafur Reyes
Alcalde de Santiago de Cali

Floro Hermes Gomez Pineda
Secretario de Salud Pública Municipal

Elizabeth Castillo Castillo
Responsable Grupo de Epidemiología y Salud Pública

Nelsy Patricia Villa
Coordinadora Equipos Operativos de Salud Pública
nelsypatricia@gmail.com

Colaboradores
Patricia Urbina
Gloria Amparo Vela
Isabel Cristina Ruiz
Yadira Eugenia Borrero
Gloria Eugenia Jimenez

Diseño Gráfico
Andrés Carreño

Diciembre de 2007

**ESTRATEGIA
DE EQUIPOS
OPERATIVOS DE
SALUD PUBLICA**

Prologo

La Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali en su Plan de Desarrollo 2004-2007, definió una línea estratégica de trabajo denominada “Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Municipal”, con el propósito de consolidar el papel rector sobre la salud del municipio, línea que fue desarrollada a través de procesos muy interesantes como la evaluación del ejercicio de las competencias territoriales en salud y evaluación del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública FESP-, descentralización de la prestación de servicios de salud, organización y operación de los equipos operativos de Salud Pública, entre otras; estrategias todas que han significado grandes logros en la consolidación de la Secretaría de Salud Pública a nivel municipal.

La Estrategia de los Equipos Operativos de Salud Pública surge como respuesta a la segmentación y fragmentación del Sistema de Salud Colombiano, a la necesidad de mejores resultados en salud para la población, a la búsqueda de alternativas para atender las múltiples necesidades de los diferentes grupos de población, a la obligatoriedad de garantizar el acceso a la prestación de servicios de salud en el municipio de Cali, a la búsqueda de una mejor comprensión y evidencia de la cobertura de servicios en las comunas de Cali por parte de las EPS e igualmente a la necesidad de recuperar un espacio de la Salud Pública muy desdibujado en el Sistema de Salud Colombiano.

Es ante todo la estrategia, un sueño de los funcionarios de la Secretaría de Salud Pública de Cali, de contribuir con el logro de mejores condiciones de salud para su población, verdadero y único objeto de su quehacer a nivel laboral.

Fueron muchos los obstáculos encontrados en este recorrido como la desarticulación de todos los actores del sistema de salud y en especial de la Secretaría Municipal de Salud Pública y las Empresas Sociales del Estado, por una competencia aparente de recursos, que dificultó enormemente el proceso y por ende los resultados, además de las limitaciones iniciales para definir específicamente las competencias y funciones de los equipos que generó avances y retrocesos permanentes hasta lograr visualizar su verdadero papel.

Los resultados son evidentes: Grandes aprendizajes en el conocimiento de su población objeto, fortalecimiento de los procesos de participación social, mejoramiento de las condiciones de articulación intra e intersectorial, posicionamiento y presencia territorial de la Secretaría de Salud Pública y de la Alcaldía municipal y mejores resultados en Salud.

En horabuena, la publicación de esta experiencia, que contribuye a que otras secretarías y otros actores del Sistema de Salud continúen promoviendo estrategias como respuesta a las dificultades y desaciertos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en Colombia, motive la necesidad de seguir soñando con un sistema de salud para todos que sea incluyente, solidario, equitativo y garante de los derechos para la población.

Mi reconocimiento a todas las personas que participaron en este proyecto, que creyeron en él y especialmente que creen en Utopías posibles.

Isabel Cristina Ruiz B.

Introducción

A partir de la década de los noventa y en sintonía con las corrientes internacionales de reforma de los Estados, Colombia implementó un sistema de salud que optó por un modelo de aseguramiento mixto, con regulación del mercado a través de planes de beneficio (Plan Obligatorio de Salud - POS contributivo, POS subsidiado y Plan de Atención Básica - PAB) y con fuerte énfasis de la atención individual sobre la colectiva y de la eficiencia y eficacia para mejorar la gestión en salud.

Paralelamente, los procesos de reorganización político-administrativa, dados en el contexto de la modernización de los Estados, implicó para la ciudad de Cali recortes laborales y financieros, que debilitaron el quehacer de la autoridad sanitaria, provocando pérdida de la legitimidad frente a la ciudadanía, deterioro en procesos de planeación participativa y débil capacidad de respuesta en salud.

La situación de salud, las condiciones socioculturales, y la percepción de los ciudadanos, mostraban un panorama crítico y evidenciaban su relación con el deterioro de los determinantes sociales y la configuración de nuevas formas de comportamiento individual. Estos desafíos implicaban la urgente necesidad de reflexión y acción para reorganizar la gestión en salud pública para la ciudad. Como parte de ello, se organizó la estrategia de equipos operativos de salud pública,

formados por grupos interdisciplinarios en territorio/población específicas, con el objetivo de fortalecer la gestión territorial en salud mediante el análisis de la situación de salud y sus determinantes, abogacía, fortalecimiento de la ciudadanía y coordinación intersectorial.

La experiencia de los Equipos Operativos de Salud Pública, en la ciudad de Cali, hace parte de las estrategias que la autoridad sanitaria local ha implementado para responder a las condiciones y requerimientos del contexto social, administrativo y legal que se han generado con las reformas del sector salud en Colombia.



Antecedentes y Enfoque

El cambio normativo en salud que vivió el país en la década de los noventa generó, a nivel de las entidades territoriales, la necesidad de reflexionar y reorientar su que hacer, haciendo mayor énfasis en la inspección, vigilancia y control. Este marco jurídico⁽¹⁾ promovió procesos de descentralización político administrativa en salud, separación de las funciones y roles entre los diferentes actores del sistema de salud, transformando la prestación de los servicios de salud a través del aseguramiento y desarrollando nuevos mecanismos de participación en salud.

La ciudad de Cali, desarrolló el proceso de descentralización para la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención, en el año 2003, mediante el Acuerdo 106 del Consejo Municipal, con el que se crean las Empresas Sociales del Estado redefiniendo la gestión de la salud pública. Sin embargo, los servicios colectivos con altas externalidades⁽²⁾, los cuales tienen un alto componente educativo y promocional, continuaron bajo la responsabilidad del Estado y a cargo de los municipios, esto de acuerdo con la Ley 715 de 2001.

En concordancia con ello, en el año 2003, el grupo de Salud Pública y epidemiología, a través de su equipo técnico, planteó la conveniencia y oportunidad de contar con equipos operativos de salud pública, que

dependieran directamente de la Secretaría y que se constituyeron en grupos de gestión de la política de salud pública en el área urbana y rural. Esta iniciativa tiene como antecedente inmediato la política de promoción de la salud, aprobada por el Consejo Municipal de Seguridad Social, para el periodo 2000-2005. En ella se plantearon como estrategias fundamentales: educación en salud, intersectorialidad, fortalecimiento del capital social y participación ciudadana; así mismo, consideró importante el análisis e intervención alrededor de los determinantes sociales de la salud, lo que requería incorporar a otros sectores y actores, para impactar la calidad de vida de los caleños.

Por otra parte, esta política recomendó concentrar los esfuerzos sobre tres problemas de salud de mayor impacto en el perfil de morbi-mortalidad del municipio: la violencia y su impacto sobre la salud mental, las enfermedades cardiovasculares y los obstáculos para llevar una vida sexual y reproductiva saludable y la problemática ambiental que favorece la proliferación de zonas insalubres. Lineamientos que fueron acogidos por la Secretaría, fortaleciendo las acciones y recursos para atender estas prioridades, contando hoy con una plataforma de recursos humanos técnicos y sociales mucho más desarrollados.

(1) Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993.

(2) Específicamente se desarrolló a través del Plan de Atención Básica

ESTRATEGIA DE EQUIPOS OPERATIVOS DE SALUD PÚBLICA

Para la construcción de la estrategia de los equipos operativos de salud pública, la Secretaría Municipal de Salud reconoce que la salud es un Derecho Humano y, que la situación de salud enfermedad, es producto de múltiples causas económicas, sociales, culturales y del acceso a la prestación de servicios, para lo cual se requerían estrategias que involucraran los componentes políticos, socioculturales, técnicos y vivenciales. , razón por la cual los Equipos de Salud Pública son de carácter multidisciplinario.

El enfoque construido desde el nivel local, determina que para lograr mejores condiciones de salud no sólo depende del incremento de coberturas de aseguramiento y garantizar el acceso a servicios de atención, sino de abordar, desde una visión intersectorial, las condiciones estructurales, socioculturales y económicas asociadas con el proceso vital humano. La Secretaría reconoce la promoción de la salud como la estrategia que posibilita el desarrollo de intervenciones sectoriales e intersectoriales para construir capacidad local, en términos sociales e institucionales, y para mejorar la salud e incidir positivamente sobre sus determinantes.

Concretamente, la promoción de la salud, en el marco de un sistema de salud, se

concebe como la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva (Organización Panamericana de la Salud - OPS, 1990).

El enfoque de promoción de la salud se convierte en el vehículo que permite articular la visión de la Secretaría en relación con la salud pública y las competencias que establece la ley para los municipios , orientada a fortalecer la gestión institucional, su capacidad de respuesta, eficiencia y articulación intersectorial para cumplir con metas y objetivos relacionados con la salud de las poblaciones y, de las organizaciones sociales, empoderándolas para que, a través de ejercicios de ciudadanía, cogestionen y participen en las decisiones y en el control social de las acciones que tienen que ver con su salud.



QUE SON LOS EQUIPOS OPERATIVOS DE SALUD PÚBLICA?



Los Equipos Operativos de Salud Pública son una expresión institucional que busca mejorar y garantizar una reflexión permanente sobre la situación de salud de las comunidades en sus territorios, así como establecer canales de diálogo entre la institución, la comunidad y los demás actores sociales locales para trabajar en pro de lograr mejores condiciones de salud.

Estos equipos están conformados por grupos de trabajo de carácter multidisciplinario, constituidos por profesionales del área de la salud, epidemiólogos, profesionales del área social y ambiental, y técnicos en salud. Hacen parte también, los equipos extramurales, cuyo nivel de intervención son los barrios priorizados, lo integran enfermeras, auxiliares de enfermería, higienistas orales, psicólogos, técnicos de saneamiento y agentes comunitarios, quienes se distribuyen en la ciudad con base en la división territorial, asignada a los prestadores de servicios de salud.

Propósito:

El propósito de los Equipos Operativos de Salud Pública es el de fortalecer la gestión territorial de salud pública en el área urbana y rural del municipio de Santiago de Cali, a través del conocimiento de la situación de salud y sus determinantes, abogacía por la salud, fortalecimiento de la ciudadanía en salud y coordinación intra e intersectorial.

Cómo trabajan:

Los Equipos operativos de salud pública tienen responsabilidades sobre dos niveles diferentes de acción: el área de trabajo y zonas priorizadas. Se ha llamado área de intervención al conjunto amplio del territorio/población conformado por grupos de comunas, definidas a partir de la sectorización de las Empresas Sociales del Estado municipales⁽³⁾.

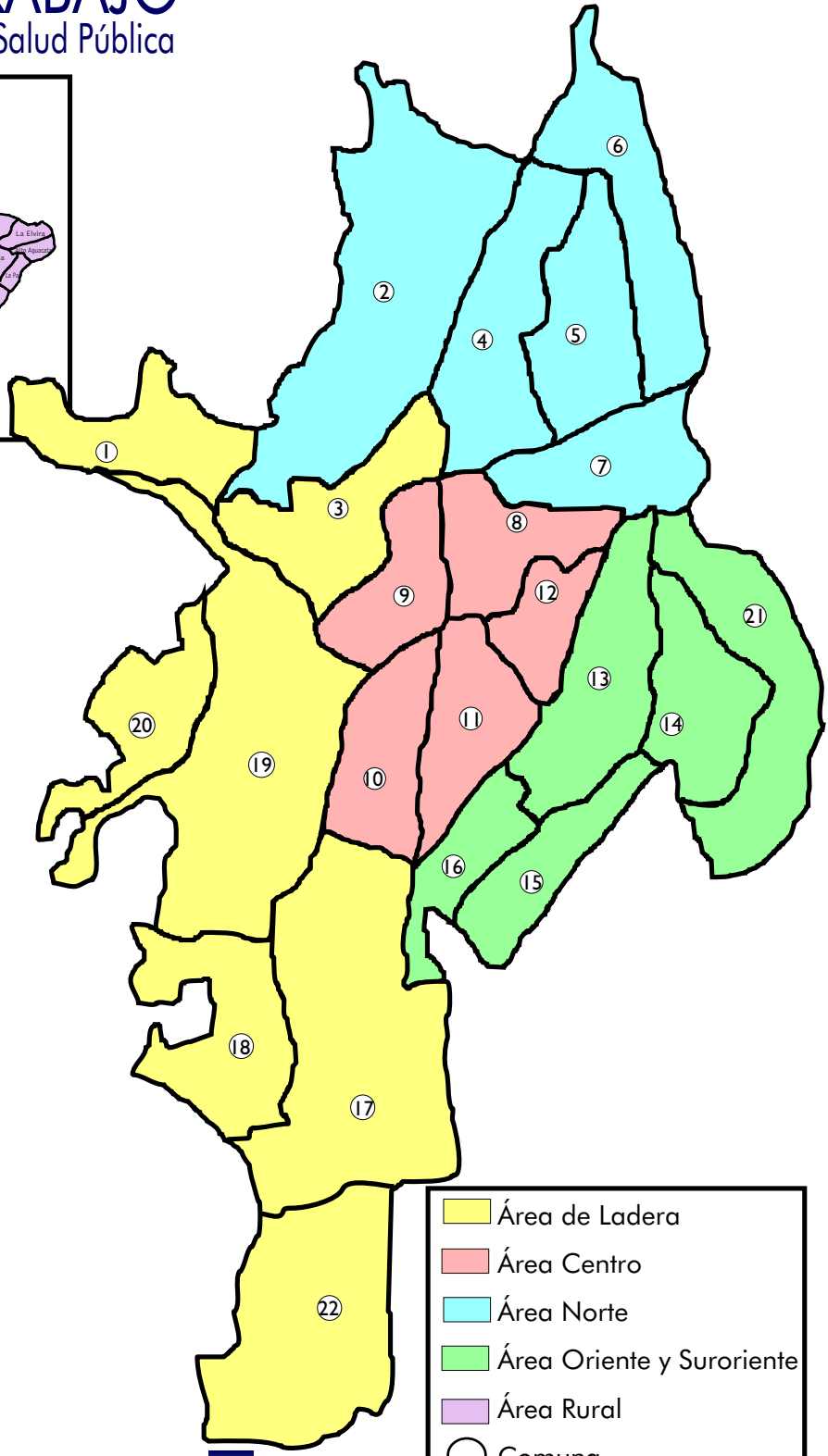
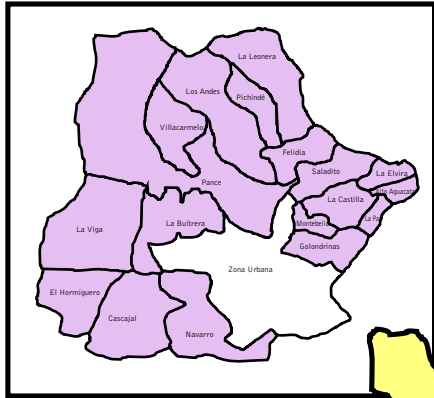
En cada una de las áreas de intervención se trabajan cuatro estrategias centrales: Participación comunitaria, coordinación intersectorial, vigilancia en salud pública y análisis participativo de la situación de salud.

La unidad territorial llamada zona priorizada son sectores (barrios) de la ciudad con condición de vulnerabilidad que, al interior de las áreas de influencia, cumplan los criterios previamente establecidos como mayor proporción de población vulnerable por condiciones de pobreza; mayor proporción de eventos de interés en salud pública, los cuales son previamente concertados con la

(3) Áreas de intervención de los EOSP: Ladera conformada por las comunas 1,3,17,18,19,20 y 22; Oriente conformado por las comunas: 13,14,15,16 y 21; Norte conformado por las comunas: 2,4,5,6 y 7; Centro: conformado por las comunas 8,9,10,11 y 12 y el área rural conformado por 15 corregimientos.

AREAS DE TRABAJO

Equipos Operativos de Salud Pública



	Área de Ladera
	Área Centro
	Área Norte
	Área Oriente y Suroriente
	Área Rural
	Comuna

dirección de salud pública de la autoridad sanitaria municipal (mortalidad materna, mortalidad infantil por Infección Respiratoria Aguda y Enfermedad Diarreica Aguda, número de casos de tuberculosis y cáncer de cuello uterino); historia de participación social del territorio y condiciones de seguridad previamente negociadas que permitan la movilización de los equipos al interior de los barrios.



La metodología de trabajo implementada en los barrios es la visita familiar, empleando como herramienta la entrevista en los hogares para detectar y controlar factores de riesgo individuales y colectivos, promocionar y gestionar procesos de participación comunitaria en sus territorios, realizar un análisis participativo de la situación de salud y procesos de concertación con las instituciones prestadoras de servicios de salud para atención de la población canalizada y la promoción del ejercicio de los derechos en salud. Para este trabajo se diseñó una tarjeta de visita domiciliaria que permite la recolección de información básica del núcleo familiar, condiciones de la vivienda y factores de riesgo de los individuos y las familias.

Teniendo en cuenta las complejas condiciones de vida de las personas que habitan estos barrios y las múltiples necesidades de salud, se han definido cinco prioridades de salud para trabajar en la ciudad: Maternidad segura, salud infantil, disminución de los riesgos ambientales, prevención de la violencia familiar y detección oportuna de sintomáticos respiratorios.

CÓMO HA SIDO EL PROCESO?

El desarrollo de esta experiencia social no se ha realizado de manera sencilla, además de haber transitado diferentes momentos, desde imaginarlos,



pensarlos y formularlos, hasta valorarlos y reorientarlos. En cada una de las diferentes etapas se ha tenido el firme propósito de visualizar las inequidades en salud que existen en la ciudad y de brindar aportes para mejorar las condiciones de salud de la población caleña.

Diseñando la estrategia: Un primer momento, que se vivió en el año 2003, fue la reflexión por parte del grupo de epidemiología y salud pública, con apoyo de la OPS, sobre el nuevo contexto de la salud en el municipio, producto de la creación de las ESEs y del marco normativo, cuya principal preocupación era cómo garantizar visibilidad y contacto de la secretaría de salud, como autoridad sanitaria, con los ciudadanos.

Esta reflexión generó como producto inmediato la propuesta de conformar Equipos Operativos de Salud Pública, articulando las Unidades Ejecutoras de Saneamiento - UES, enfermeras, trabajadores sociales y educadores en salud. Para su creación fueron invitados los funcionarios de planta, quienes al momento se encontraban vinculados directamente a los prestadores, con experiencia en trabajo comunitario.

ESTRATEGIA DE EQUIPOS OPERATIVOS DE SALUD PÚBLICA

Empezando a caminar: Dada la experiencia previa que tenía la ciudad con los Sistemas Locales de Salud - SILOS, el proceso se facilitó, puesto que los equipos con apoyo de los profesionales del nivel central, definieron sus acciones y su quehacer. Se orientó a la vigilancia epidemiológica, aportando a la autoridad sanitaria la posibilidad de mejorar la oportunidad y calidad de la respuesta; educación comunitaria en salud, especialmente dirigida a las madres comunitarias y grupos organizados como los de la tercera edad; y participación comunitaria, el cual se explicará más adelante.

Así mismo, los equipos extramurales centraron su acción en detección de factores de riesgo a nivel de las familias en las zonas priorizadas, tanto ambientales como en prácticas y comportamientos en salud; inducción de demanda hacia los diferentes prestadores, según los programas definidos en la Resolución 412 del 2000 y actividades de educación en salud en los mismos territorios, participación en coordinación con instituciones y líderes comunitarios y otros sectores en eventos masivos en torno a las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se realizan en sedes educativas, hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y espacios comunitarios.

Los equipos de salud pública se han apoyado en epidemiólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y profesionales del área



ambiental para fortalecer su trabajo.

Valorando la estrategia:



En el año 2006, la Secretaría de Salud, definió la necesidad de hacer un alto en el camino y valorar los desarrollos de la estrategia de Equipos Operativos de Salud Pública. En este proceso se evidenció aportes fundamentales, pero también algunas dificultades.

Entre los principales resultados encontrados se destaca el aporte de los Equipos Operativos a la visibilidad y la legitimidad de la Secretaría como autoridad sanitaria a nivel de las comunas. El contacto y diálogo permanente de los Equipos con la comunidad y diferentes actores locales permite la presencia de la Secretaría de Salud a nivel de los territorios. Así mismo, se valoró la importancia de contar con apoyo en terreno para la realización de la vigilancia epidemiológica y la articulación con las otras líneas de trabajo de la Secretaría.

En relación con las dificultades se encontró: Falta de claridad de los alcances y productos de trabajo, baja articulación con los funcionarios del nivel central y con las Empresas Sociales del Estado del nivel I de complejidad ESEs, discontinuidad en los procesos de contratación del recurso humano de apoyo, baja capacidad de respuesta de las ESEs a la demanda inducida por los equipos extramurales, bajo acompañamiento, control y seguimiento

a los equipos, pero especialmente a las actividades desarrolladas por los equipos extramurales.

Este ejercicio de valoración permitió reconocer la importancia que tiene la estrategia para la autoridad sanitaria municipal e igualmente reorientar un camino, que aún continúa construyéndose.

Reorientando su quehacer: Desde el año 2006 se ha reorganizado el quehacer de los Equipos Operativos de Salud Pública, a través de lo cual se planteó la necesidad de fortalecer la capacidad de gestión de los equipos en el nivel territorial, la interacción de otros profesionales con los líderes y representantes de las mesas de participación para mejorar su posibilidad de incidencia, la socialización con diferentes actores de la situación de salud a nivel de las comunas y el esfuerzo por empezar el proceso de montaje de salas situacionales en las comunas.

A nivel de las comunas se reorientaron las acciones de los equipos extramurales al definir cierto nivel de continuidad de las acciones en los barrios, trabajo orientado a incrementar la cobertura de Control Prenatal, control de crecimiento y desarrollo en menores de dos años, esquema completo de vacunación en menores de cinco años, inducción de demanda a citología para mujeres que tienen tres años o más sin practicársela, canalización hacia los servicios a las personas sintomáticas respiratorias. Así mismo, se revisó el instrumento de visita domiciliaria ajustándolo a las definiciones recientes.

Finalmente, este proceso inicial de valoración de la estrategia permitió visualizar nuevas necesidades de recurso humano: Salubrista, que permitan la construcción de estrategias que articulen los diferentes esfuerzos, tanto en el equipo, como con otros actores, para hacer más creativa y efectiva la respuesta a las necesidades definidas por la población; y, enfermeras que acompañen y orienten a los integrantes de los equipos extramurales en su trabajo en las zonas priorizadas.



QUE SE HA LOGRADO?

La Secretaría Municipal de Salud, a través de la estrategia de los equipos operativos de salud pública hoy cuenta con:

*Capacidad de respuesta oportuna y con calidad para los eventos de interés en salud pública.

*Información sobre la situación de salud por comuna, con datos demográficos, socio económico, ambiental, epidemiológico, prestación de servicios de salud y percepción comunitaria de la situación de salud.

- *Montaje de la primera etapa de cinco experiencias pilotos de sala situacional.
- *Construcción de procesos de articulación intersectorial a nivel de las comunas, especialmente enfocados a control de riesgos.
- *Formación y fortalecimiento de las mesas de participación social en salud.
- *Trabajo en zonas vulnerables de la ciudad para prevención y control de riesgo, análisis de las condiciones de salud encontradas en dichas zonas e inducción de demanda a los servicios de salud de acuerdo a las prioridades establecidas.



A continuación presentaremos algunos desarrollos de tres de nuestras experiencias: sala situacional, mesas de participación social e intervenciones en zonas priorizadas.

SALA SITUACIONAL

Se concertó y estandarizó una propuesta metodológica para el análisis de la situación de salud por parte del grupo de salubristas y epidemiólogos, que incluyó indicadores básicos socioeconómicos, político-administrativos, epidemiológicos y ambientales que han sido la base para la preparación y montaje preliminar del piloto de sala situacional. El análisis de la situación de salud permitió confirmar las múltiples inequidades frente a determinantes de salud que existen en la ciudad de Cali y las formas diferenciales de enfermar y morir que sufren los habitantes de la ciudad.

La organización de la sala situacional giró alrededor de cinco “esquinas temáticas”: Indicadores demográficos y socioeconómicos, indicadores de salud y factores de riesgo, prestación de servicios de salud, cartografía social y recursos institucionales y comunitarios. El diseño y montaje inicial de la sala situacional permitió, a los equipos, interactuar con los representantes comunitarios e institucionales del área de influencia, propiciando un espacio de reflexión colectiva en torno a la situación de salud, sus determinantes y la respuesta social establecida.

Es decir, la sala situacional se convierte en una excusa para la interacción Estado



comunidad, que, como espacio de encuentros, discusiones y desencuentros permite, a la autoridad sanitaria municipal, acercarse a las necesidades comunitarias y a los ciudadanos/as comprender las lógicas institucionales.

El trabajo desarrollado logró, en la zona rural, reactivación del comité intersectorial; en la zona norte, discusión con los CALL⁽⁴⁾ sobre la situación de salud; en la zona centro, discusión de resultados con el CALI 12; en la zona oriente, plan de trabajo concertado con la Empresa Social del Estado oriente alrededor de mortalidad materna e infantil y en la zona de ladera, articulación con una institución educativa para la elaboración de la sala situacional.

(4) Centro administrativo Local Integrado. Estructura organizativa descentralizada que tiene niveles de gobernabilidad en las comunas.

ESTRATEGIA DE EQUIPOS
OPERATIVOS DE SALUD PÚBLICA

Actualmente se cuenta con cinco salas situacionales ubicadas, cada una, en diferentes zonas de la ciudad: CALI 10, correspondiente al equipo centro; Biblioteca comunitaria de la Buitrera, equipo rural; centro de salud del Diamante, equipo oriente; biblioteca comunitaria de San Luis I, equipo norte y auditorio del Centro de Salud de Siloé, equipo de ladera. Cabe anotar que las ESEs del primer nivel de complejidad han desempeñado un papel central en el montaje de las salas situacionales.

ESTRUCTURA POR EJES TEMATICOS



MESAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Por: Patricia Urbina -Socióloga Especialista en Familia
Gloria Amparo Vela - Trabajadora Social Magister en Trabajo Social

Como estrategia de trabajo de los Equipos Operativos, las mesas de participación social en salud surgen en el contexto de las transformaciones del sistema de salud de las últimas décadas, cambios en el marco normativo que produjeron modificaciones significativas en el sistema de salud afectando la relación institución-comunidad, expresada en:

*Vacío de la normatividad en relación con el papel de la salud pública en los territorios poblacionales, lo que llevó a que también en éstos, la Secretaría de Salud dejara de aparecer dinamizando procesos de promoción de la salud y fortalecimiento del tejido social.

*Fragilidad de los escenarios participativos de salud, dificultando que la institucionalidad realizara un ejercicio de diálogo social directo con las comunidades, por cuanto dichos escenarios se limitaban ahora al control y vigilancia de la prestación de los servicios de salud y a identificar formas de intervención para lograr el aseguramiento en casos puntuales; haciéndose menos visible aquellas fuerzas comunitarias e institucionales que buscaban el fortalecimiento de un diálogo social que mancomunadamente identificase las necesidades en salud y construyese colectivamente las políticas públicas en salud.

En otras palabras, contar con escenario de participación en la interlocución comunidad-institución, se constituye en un referente ético y político a tener en cuenta en la construcción de una institucionalidad y una sociedad "pretendidamente democrática", pues con ello se afecta no solamente la gobernabilidad sino la calidad de vida de las poblaciones.

En este contexto, las mesas de

participación en salud, buscan promover un diálogo social entre las organizaciones comunitarias dispuestas y/o dedicadas a la salud y al bienestar de las comunidades y una institucionalidad dispuesta e interesada en brindar las condiciones para el desarrollo de la participación social de cara a las realidades comunitarias y a los cambios del Municipio de Cali.

Durante los dos primeros años, los Equipos Operativos de Salud Pública realizaron jornadas participativas en las mesas que buscaban incorporar la mirada comunitaria sobre las intervenciones en salud, por medio de difusión de las acciones de salud pública. Se conformaron comités de veeduría por cada línea del Plan de Atención Básica (PAB)⁽⁵⁾ y se hizo el primer ejercicio de elaboración con la comunidad de proyectos para el PAB 2005. Igualmente se realizó un trabajo documental de recopilación de los recursos comunitarios existentes en las comunas y se elaboró el directorio de organizaciones comunitarias del municipio.

A finales de 2005 se empezó a contar con los gestores de participación en aquellas comunas y cuencas donde se contaba con grupos conformados. A partir de este momento se inicia un proceso de formación a los gestores y su actividad en las mesas se orienta a la elaboración de la cartografía. Este primer acercamiento a la cartografía termina con la elaboración de propuestas comunitarias para el Plan de Atención Básica.

Durante el 2007 se socializa la cartografía a nivel del municipio y se posibilita el proceso de ajuste de la misma, en el cual se logra colectivamente aclarar la razón de existir de las mesas de participación de cara al compromiso de construir ciudad expresada en:

No existen, en el municipio de Cali, colectivos sociales en salud que al dialogar con la institucionalidad, propendan (agencie) con el sujeto familia-comunidad, el ejercicio de la salud pública y/o la promoción de la salud, desde la defensa de la vida digna, el autogobierno, el derecho social y la solidaridad por una salud para todos por un mundo mejor.

QUE SON LAS MESAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD?

Las mesas de participación social en salud del municipio de Santiago de Cali, son una expresión colectiva, que agencia diálogos sociales con la institucionalidad gubernamental y no gubernamental, el sujeto familia comunidad, en el ejercicio de la salud pública y/o la promoción de la salud, desde y por la defensa de la vida digna, el autogobierno, derecho social y la solidaridad de una salud para todos por un mundo mejor.

Su propósito:

Construir con el sujeto familia comunidad, del municipio de Cali, colectivos sociales que agencien en el dialogo gubernamental y no gubernamental, procesos éticos y políticos en el ejercicio de una salud pública y/o (y-o) promoción de la salud desde y por la defensa de la



Vida digna, el autogobierno, la solidaridad y el derecho social, hacia una salud para todos y un mundo mejor.



CÓMO HA SIDO POSIBLE EL TRABAJO DE LAS MESAS?

Las acciones desarrolladas se han enfocado al trabajo formativo, de organización en términos de incidencia y gestión con las instituciones y de movilización social frente a las propuestas de desmonte de lo público y el fortalecimiento de la salud pública, para lo que se adoptó el ejercicio de la cartografía social como una herramienta estratégica que permite desarrollar cada uno de dichos componentes, como se muestra a continuación.

La Cartografía Social



La cartografía social, es una herramienta de investigación- acción participativa, que permite a las comunidades conocer y construir un conocimiento integral de su territorio a partir de la aplicación de instrumentos técnicos y vivenciales, desarrollando los siguientes aspectos:

***En la investigación** de la Cartografía Social, la comunidad es partícipe de la misma, aporta sus saberes y experiencias al tiempo que recibe de los demás.

***La acción** significa que el conocimiento de una realidad permite actuar sobre ella, y, en gran medida, la validez de éste se origina y se puede comprobar en la acción.

***La participación**, es entendida como un proceso permanente de construcción social alrededor de conocimientos, experiencias y propuestas de transformaciones para el desarrollo.

Este proceso de elaboración de la cartografía social se estructuró a partir de los siguientes referentes:

***Conceptuales** -La salud como componente del desarrollo, construido socialmente.

-La salud como derecho y bien colectivo



Dibujar la realidad para reunir en un mismo lenguaje saberes, imaginarios y deseos subjetivos que, socializándose a través del diálogo y la representación, interactúan y se vuelven concientes. Así, las versiones, las miradas y las formas múltiples de comprender el mundo se encuentran y generan consensos.
Sabina Habegger y Julia Mancila

(igualdad de los ciudadanos para satisfacer sus necesidades en salud).

-La promoción de la salud (vehículo para mejorar la calidad de vida y posibilitar procesos de desarrollo).

-Promoción de ejercicios de ciudadanía que permita consolidar actores sociales y políticos capaces de decidir y negociar sobre los procesos que inciden sobre su salud.

***Metodológicos**

-La palabra, como elemento que favorece el diálogo.

-La pregunta, como elemento que permite hacer lectura crítica a la situación que se vive.

-El escuchar, como actitud que posibilita identificar otros saberes, vivencias y actuaciones frente a una realidad.

-El observar, como herramienta que posibilita nuevas lecturas de la realidad.

-El actuar, como herramienta que posibilita transformar la realidad que impide vivir con dignidad.



ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DEL PROCESO

MOMENTO 1. "PREPARANDO EL CAMINO

Sensibilización.

En este momento se nutre la reflexión realizada en meses anteriores introduciendo



do nuevas miradas y provocaciones a los módulos de capacitación desarrollados:

- *Salud y calidad de vida
- *Derecho social
- *Sistema general de seguridad social en salud
- *Construcción de ciudadanía.

Concertación

En este momento, se acuerdan los pasos a desarrollar y las agendas de trabajo por comuna y por cuenca, con el apoyo de las trabajadoras sociales.

MOMENTO 2. "RE-CREANDO EL CAMINO ANDADO"

Caracterizado por la interacción permanente entre gestores, mesas, organizaciones de base y asesores acompañantes del proceso, alrededor de la elaboración de los mapas. Las interacciones se dan a través de conversatorios, entrevistas, recorridos, socialización y discusión en las mesas.

Conversatorios:

Estos se constituyen en un elemento enriquecedor donde se recuperan historias, se intercambian



impresiones sobre las diferentes percepciones del territorio, sobre las problemáticas identificadas, sus orígenes, causas y los contenidos de los mapas

Entrevistas con agentes comunitarios

El trabajo en cada una de las comunas/cuencas, promovió la participación de los diferentes actores



sociales, así como el conocer sus miradas e interpretaciones de las situaciones encontradas.

Recorridos por las comunas.

A pesar de vivir durante años en la comuna, este ejercicio colectivo, conlleva una relectura de la realidad cotidiana. Es caminar mirando con otros ojos, una realidad en ocasiones desconocida o aparentemente inexistente.



MOMENTO 3. "COMPARTIENDO NUESTROS SABERES"

Socialización y discusión de hallazgos en reuniones de mesa

Los participantes vivencian este momento como un espacio de



riguroso análisis de los hallazgos encontrados, propiciando la reflexión y discusión de los determinantes de las problemáticas particulares por comuna o sector.

Ubicación de la información en los mapas e Identificación de la situación problema.

A partir de un mapa base de la comuna, se especifican los mapas⁽⁸⁾ que intentan a manera de pliegos dar cuenta



de las diferentes situaciones identificadas en los recorridos. La interrelación de estos mapas ofrece una mirada general del territorio, en sus diferentes complejidades sociales, económicas ambientales y políticas.

(8) Los mapas o pliegos de la realidad correspondían a :
Mapa Base, donde se ubican límites y división administrativa de la comuna y cuenca. Mapas de red de relaciones: entendidos como la representación de grupos, organizaciones, instituciones, etc.- presentes en el territorio. Mapa de situación problema que recoge los indicadores que hacen visible la problemática. Mapa ambiental ecológica- indica los escenarios naturales de la comuna y cuenca. Mapa económico, donde se trabajan las principales actividades productivas y fuentes de ingreso de las personas.

MOMENTO 4. VALIDACIÓN DE LA CARTOGRAFÍA ANTE OTROS SECTORES SOCIALES E INSTITUCIONALES

Cada una de las mesas, socializó y retroalimentó ante instituciones públicas y privadas, líderes, organizaciones comunitarias y demás sectores de la sociedad civil, los resultados del proceso de cartografía social desarrollado por comuna.

MOMENTO 5. CONSTRUCCION DE INICIATIVAS

En este momento se priorizan y definen las acciones estratégicas. Los productos finales de la cartografía social van más allá de la presentación de escenarios y de mapas.

A través de la cartografía social se hizo una identificación amplia de problemáticas que abarcaban desde las estructurales como el desempleo y la pobreza comprendidas como determinantes de las condiciones de salud de los colectivos, pasando por temas medioambientales, de los servicios de salud, la inseguridad, el embarazo en adolescentes, el consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

Era sin embargo necesario definir ciertas prioridades de las mesas, pues se trataba de hacer un ejercicio que diera ciertas garantías para consolidar el trabajo que se venía desarrollando, es decir, que fueran viables, por ello se pensó en propuestas que estuviera bajo la responsabilidad de salud y que la mesa tuviera cierta posibilidad de manejo de las misma.

Es así como en la zona rural se eligió impulsar una iniciativa para la protección de las fuentes de agua, problemática que no afecta sólo esta zona sino que representa un problema de ciudad; de esta forma se plantea que “no existe un adecuado uso del agua con tecnologías apropiadas a los terrenos y a la cultura de la comunidad y hacia alternativas económicas auto sostenible”.

En la zona urbana del municipio de Cali se viene trabajando en la formulación de iniciativas relacionadas también con el medio ambiente, definiendo que el centro del problema es el “inadecuado manejo de basuras al interior de las viviendas y en el espacio público” y la ausencia de una mirada de este problema como un asunto de salud pública, que involucra a las instituciones privadas y públicas, y a la comunidad.



Continuando en la misma área temática se está trabajando sobre el problema de la sobrepoblación de mascotas, esta iniciativa promueve los derechos de los animales (perros y gatos) a través del trabajo con las comunidades y las instituciones competentes en este tema.

Y finalmente se proyecta trabajar con jóvenes y sus familias la promoción de la salud sexual y reproductiva en la vía de afectar a largo plazo en el fenómeno de embarazo no deseado en adolescente.

Y qué sigue ahora?.

Las principales proyecciones que deja este ejercicio de participación social le apuntan a consolidar la escuela de autoformación para la vida recogiendo el aprendizaje ganado en el proceso de formación a los gestores. Un segundo elemento es la gestión e implementación de las iniciativas de trabajo de las mesas que trazan un derrotero de acciones propias, de las mesas perfilándose como estrategias concretas de promoción de la salud en la ciudad. Estas iniciativas retoman el trabajo desde la familia-comunidad como los sujetos centrales del proceso.

El trabajo de las mesas ha tomado forma como un escenario desde donde se impulsan procesos de promoción de la salud, entendida esta tal y como lo propone el Plan Nacional de Salud 2007 -2010, como un proceso social y político; el potencial de las mesas para movilizar propuestas e iniciativas, y para impulsar el diálogo con la institucionalidad a partir del cual surjan las políticas públicas que mejoran la calidad de vida de los diferentes colectivos sociales que habitan el municipio de Cali.

INTERVENCIONES EN ZONAS PRIORIZADAS

Durante el periodo 2004-2005, el grupo de técnicos de salud realizaron acciones de identificación de familias, condiciones de riesgo de viviendas, promoción de la salud, educación en derechos y deberes en salud, y, demanda inducida a la red prestadora de servicios de salud. Mediante esta metodología

de trabajo se identificaron 39.805 familias, con un promedio de 4 personas por familia, para una población total de aproximadamente 164.966 personas, lo que correspondía al 7.1% de la población de la ciudad, según planeación 2004.

Se trabajó en los siguientes barrios:

Equipo operativo de Oriente	Charco Azul, Pizamos I, Mojica I y II, Suerte 90, Mariano Ramos, Brisas del Limonar, Orquídeas, Villa Mercedes.
Equipo operativo de Ladera	Terrón colorado, Brisas de Mayo, Pueblo Joven, parte de Tierra Blanca.
Equipo operativo de Norte	Jarillón del Río Cauca Comuna 6, Petecuy I, II y III, la Isla, Guillermo Valencia, Popular, Chiminangos, Bajo Salomia.
Equipo operativo de Centro	El Rodeo, Primavera, Primitivo Crespo, San Pedro, Sucre, León XIII y Obrero.
Equipo Operativo Rural	Buitrera, Montebello y Golondrinas.

ESTRATEGIA DE EQUIPOS
OPERATIVOS DE SALUD PÚBLICA

A partir del año 2006 se reorganizan las acciones de los equipos extramurales, especialmente precisando y/o transformando los roles de algunos de los técnicos, así:

***Auxiliares de enfermería:** no harían una única visita domiciliaria a las familias, sino que trabajarían en zonas prioritarias preestablecidas. En estas zonas se realizan visitas de primera vez y visitas de seguimiento a las familias encontradas con situaciones de salud que lo requieren. Para tal fin fueron definidas como prioridades las mujeres gestantes sin control prenatal, las mujeres gestantes con embarazo de alto riesgo, los niños y niñas menores de cinco años con esquema de vacunación incompleto, los niños y niñas menores de dos años sin control de crecimiento y desarrollo, las personas con diagnóstico de tuberculosis, personas con enfermedades potencialmente inmunoprevenibles y las personas sintomáticas respiratorias.

***Higienistas orales:** se reorientó su trabajo, además de la educación en salud oral en las zonas prioritizadas, hacia la realización de actividades

educativas a los niños y niñas de los hogares de bienestar familiar.

***Técnicos de saneamiento:** diagnóstico de la situación de saneamiento de las viviendas por muestreo y mecanismos de remisión entre auxiliares de enfermería y técnicos de saneamiento para precisar las viviendas que requerían apoyo de saneamiento.

*Se incorporaron, a los equipos de zonas priorizadas, **enfermeras profesionales** cuyo rol es la orientación, acompañamiento, monitoreo y análisis de los procesos desarrollados a nivel de dichas zonas con el personal técnico.

Durante este periodo de tiempo se identificaron 54.700 familias, para una cobertura estimada de 229.600 ciudadanos/as en los barrios priorizados de la ciudad, detectando riesgos según prioridades y desarrollando acciones de educación en derechos y deberes en salud, intervención en factores de riesgo e inducción a la demanda de servicios de salud, así como el seguimiento a la familia.

Equipo operativo de Oriente	Manuela Beltrán, Omar Torrijos, Rodrigo Lara Bonilla, Poblado I, Poblado II, los Lagos y Marroquín I.
Equipo operativo de Ladera	Brisas de Mayo, Pueblo Joven, Lleras Camargo, Tierra Blanca, Belén, Cañaveralejo, Cortijo, San Francisco, la Estrella, Siloe Alto y Bajo.
Equipo operativo de Norte	Floralia, Petecuy I, II y III
Equipo operativo de Centro	La Nueva Floresta, Villanueva
Equipo operativo zona rural	Hormiguero, Montebello, la Buitrera y Campoalegre

QUÉ SE HA ENCONTRADO Y LOGRADO EN ESTOS BARRIOS?

Del total de visitas domiciliarias realizadas en 2006, el 74.7% de ellas correspondían a visitas de primera vez y el 25.3% restante, corresponde a visitas de seguimiento para aquellas familias con riesgos importantes detectados.

En los hogares visitados se encontró que el 17.8% de las mujeres gestantes no asistían a control prenatal, la mayor proporción de gestantes sin control prenatal se encuentra en la zona oriente (44.4%), seguido de la zona de ladera (30.5%); en estas dos zonas se encuentra concentrado el mayor número de casos de mortalidad materna. De las mujeres gestantes canalizadas a los servicios de salud se logró la asistencia y atención en el 84% de los casos. Las mayores barreras para el uso de los servicios de control pre-natal - CPN encontradas han sido: falta de documento de identidad para acceder a los servicios de salud y horarios de atención que no se ajustan a las necesidades de las mujeres.

Para la población menor de cinco años se encontraron 1.152 niños sin esquema completo de vacunación, de ellos sólo el 44.62% de los menores completaron esquema de vacunación. La principal barrera para el uso de servicios encontrada en este caso fue la falta de importancia que las madres asignan a la vacunación y en segundo lugar la existencia de horarios no adecuados para que las madres lleven sus hijos a vacunar.



Del grupo de mujeres en edad fértil se encontraron 3.253 mujeres que desde hacía 3 años o más no se realizaban citología cérvico vaginal, de ellas la mayoría viven en las zonas de ladera y oriente (27.8 y 27.5% respectivamente), del total sólo 41.68% se realizaron citología vaginal., la mayor proporción de mujeres remitidas que se hicieron citología fueron del área rural (88.92%).

La última prioridad en eventos de salud pública era mejorar la captación de personas sintomáticas respiratorias en la zona. Se captaron 174 personas sintomáticas, de las cuales al 5% se les diagnóstico tuberculosis e iniciaron tratamiento.

Las situaciones descritas permiten inferir que la población identificada está siendo atendida en los programas de Promoción y Prevención como crecimiento y desarrollo, control prenatal y vacunación, en un promedio de un

50%, debido a las barreras de uso que manifiestan las personas remitidas. La mayoría de ellas están relacionadas con barreras económicas (el cobro de aranceles para los servicios de promoción y prevención), barreras administrativas (horarios inadecuados, oportunidad en la prestación del servicio). Como un resultado de la gestión de los Equipos de Salud Pública en la localidad, se concertó planes de mejoramiento con la Red Prestadora de Servicios de Salud para disminuir estas limitantes para los usuarios. Así mismo, el proceso de contratación adelantado entre la autoridad sanitaria municipal y los prestadores de servicios de salud incluye metas específicas relacionadas con la atención de esta población.

La intervención de los riesgos sanitarios encontrados en vivienda y espacio público, en los barrios seleccionados, se hizo a través de la vigilancia y control, realizando actividades como: destrucción de criaderos de zancudos transmisor del

dengue, control de roedores, monitoreo de la calidad del agua para consumo humano y vacunación antirrábica canina, principalmente.

A través de la coordinación, con instituciones competentes en el tema de ambiente y la comunidad, se realizó la recuperación de espacios públicos como parques, separadores viales, etc. Las actividades educativas colectivas se centraron en los temas de manejo adecuado de desechos sólidos, reciclaje y manipulación de alimentos.

La promoción de la salud oral se orientó hacia los niños en edad preescolar y escolar identificados en las familias visitadas y los que acuden a los Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Se hizo énfasis en la prevención de dos grandes enfermedades en salud oral, la caries y la enfermedad periodontal, por lo que se realizaron actividades educativas en higiene oral y adecuada técnica de cepillado con los niños y los cuidadores.

RETOS:

La estrategia de equipos operativos de salud pública tiene importantes retos que afrontar:

- *Garantizar la continuidad en el tiempo.
- *Optimizar (Mejorar) la articulación con los diferentes actores del desarrollo a nivel de las comunas.
- *Fortalecer los procesos de participación y construcción de alternativas desde y con las comunidades.
- *Evaluarse permanentemente.
- *Aportar a disminuir las inequidades en salud que existen en la ciudad.



EQUIPO DE SALUD PUBLICA LADERA
Calle 1 # 50-51 Tels: 5527907/5527916

EQUIPO DE SALUD PUBLICA CENTRO
Cra 12E Calle 50-18 Tels:4489875/4489899

EQUIPO DE SALUD PUBLICA NORTE
Avda 7N # 46N-30 Tel: 6541378

EQUIPO DE SALUD PUBLICA ORIENTE-SURORIENTE
Cra 29 # 31A-39 Tel: 3368547