

LA POLÍTICA SOCIAL EN COLOMBIA Y SU IMPACTO EN LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN ESCENARIOS RURALES

Autora: Adriana Patricia Lozano Daza,
Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, México.
Correo: nanalozano2006@yahoo.es

Introducción

El eje de discusión del presente trabajo es el impacto de la política social en las prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, en seis municipios del departamento de Boyacá, Colombia en el año 2009. Lo anterior dentro del proceso de investigación de mi tesis de Maestría en Medicina Social¹.

Es preciso mencionar que bajo el entendido de política social, encontramos un conjunto de sucesivas tomas de posición de diferentes agentes sociales y estatales, frente a cuestiones consideradas como socialmente problemáticas; donde en su formulación puede evidenciarse [pero jamás de manera armónica] la materialización de un proyecto político, esto en la medida que se actúe dentro de la estructura burocrática del Estado.

Así revisamos la política social del régimen derechista que encabeza el presidente Álvaro Uribe Vélez desde el año 2002 hasta la actualidad, donde se destaca para la población que habita las áreas rurales el programa de transferencias condicionadas denominado “Familias en Acción” creado en el 2001 y financiado con los préstamos contraídos con el Banco Mundial –BM- y con el Banco Interamericano de Desarrollo –BID-.

Respecto al tema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, se realizó una revisión normativa y conceptual relacionada de las prácticas institucionales en este campo. Posteriormente se exploró -sobre dichas prácticas- las percepciones del personal de enfermería a cargo de los programas conocidos como de PyP (promoción y prevención).

La política social

El SISBEN

Antes de entrar en materia, es importante mencionar que en Colombia desde 1995 existe una herramienta para la focalización del gasto social, un *sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales*, popularmente conocido *SISBEN*, el cual se creó como herramienta de identificación de la población objeto de programas sociales.

A través de una encuesta aplicada a los hogares supone medir su estándar de vida y de acuerdo a los resultados (entre 0 y 100) se asigna un puntaje y se clasifica a la población en diferentes niveles de 1 a 6. Entre el nivel 1 y el nivel 3 la persona podía acceder a los subsidios que otorgaba el Estado, los cuales a su vez, estaban sujetos a los criterios de las diferentes entidades ejecutoras de los programas sociales a nivel nacional y territorial. De acuerdo a

¹ Titulado: “Percepciones y prácticas institucionales de salud en escenarios rurales: el caso de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad en municipios de la provincia del Lengupá del departamento de Boyacá, Colombia, durante los años 2008 y 2009.”

cifras DANE a marzo de 2008 había identificadas 26´338,060 personas en los niveles 1 y 2, y 4´813,210 en el nivel 3, un 70% de la población total proyectada para ese año.

Pese a que el *SISBEN* suponía un “mecanismo técnico, objetivo, equitativo y uniforme” para dicha identificación, ha sido motivo de críticas debido por un lado, al cuestionamiento sobre las variables que utiliza para medir los niveles de pobreza e insatisfacción de las necesidades básicas insatisfechas –NBI-, y por otro lado, porque ha sido utilizado como ‘favor’ o ‘premio’ por algunos políticos regionales (Lozano, 2007).

En el 2008, se aprobó una nueva versión del instrumento del *SISBEN* denominada *SISBEN III* (CONPES, 2008), las razones de la modificación nada tienen que ver con las críticas antes mencionadas, es más se sustentan principalmente en razones de tipo técnico, sin embargo, es importante tener en cuenta que esos cambios impactarán el espectro de la población actualmente beneficiaria de los programas. Según los lineamientos del gobierno actual (DNP, 2003) sólo se focalizarán los subsidios en los niveles 1 y 2, y se mantendrá la asignación de puntaje a partir de los bienes y servicios con que cuentan los hogares e incluyendo algunas variables dentro de dimensiones nominadas como: salud, educación, vivienda y vulnerabilidad. Actualmente los municipios están en el proceso de implantación del *SISBEN III*.

Los planes nacionales de desarrollo del 2002 al 2010

Ya entrando al tema de la política social, a inicios de la presente década el gobierno dentro del *Plan Nacional de Desarrollo –PND-* de la vigencia 2002-2006 definió como prioridades: aumentar la eficiencia del gasto social, mejorar la focalización del gasto y consolidar un *sistema de protección social –SPS-*, para lo cual formuló un plan denominado de “reactivación social” (DNP, 2003:165), del cual podemos identificar dos herramientas que guían la política social para el sector rural: la protección y la seguridad social, y el manejo social del campo.

El balance de resultados del PND 2002-2006, hecho por el Departamento Nacional de Planeación, plantea que en el rubro de aseguramiento en salud se aumentó la cobertura del régimen subsidiado. Los cupos para población clasificada dentro de los niveles 1 y 2 del *SISBEN*, pasaron de una cobertura del 55% en el 2002 a una del 71% en el 2006 (DNP, 2009a:4).

Vale la pena mencionar que dichas metas se lograron a partir de la aplicación de estrategias como el cambio de subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, la reestructuración de las instituciones de salud públicas y el ajuste en las fuentes de financiamiento, entre otras. Adicionalmente el PND se planteó ampliar la demanda de servicios de promoción y prevención a nivel de acciones que seguían siendo organizadas a través del Plan de Atención Básica (PAB).

En otros rubros se planteó como objetivo central la ampliación de cobertura de los programas de “cuidado, protección y nutrición para los niños, los adolescentes y los adultos mayores” (DNP, 2009a:4), así se plantearon los siguientes indicadores de cumplimiento:

- 927.000 niñ@s en *hogares de bienestar*
- Más de 1 millón de niñ@s entre 6 meses y 5 años en *desayunos infantiles*

- Más de 3 millones de niñ@s entre 5 y 17 años en *restaurantes escolares*
- Más de 680.000 familias en el programa de transferencias condicionadas programa *Familias en acción*
- 600.000 subsidios monetarios y alimentarios para adultos mayores.

En el tema de manejo social del campo, se reconoció como parte del diagnóstico del sector el que un alto porcentaje de la población rural (de los 12 millones) enfrentaba “precarias condiciones de vida” (DNP, 2009a:4), y para ello definió como estrategias: aumentar las hectáreas sembradas (en 370.000 mil), vincular a la población de las zonas de cultivo de coca, marihuana y amapola a programas como el de *familias guardabosques* (40.000 familias del 2002 al 2006), y vincular a 1.8 millones de campesinos a una *red nacional de seguridad alimentaria-RESA*-(DNP, 2009a).

Así que encontramos el despliegue de una política social focalizada, con iniciativas de corte asistencial y con programas que -al menos estadísticamente- impactarían los índices de pobreza, y que se sustentan en la máxima “crecimiento incluyente y desarrollo para todos” o en palabras del propio plan se trata de “políticas mejor focalizadas...que prioricen los más pobres y vulnerables para reducir los altos niveles de pobreza y las disparidades económicas y sociales entre grupos poblacionales y regiones del país” (DNP, 2009a:3).

Además muchos de estos programas se establecieron como programas pilotos basados en una estrategia “anticíclica” de protección social, es decir como mecanismos de protección social complementarios y focalizados, para – en teoría- mitigar la caída transitoria de los ingresos de la población en situación de pobreza. Así nacieron los programas: *empleos en acción*, *familias en acción* y *jóvenes en acción* los cuales se integraron a partir de una idea de Red de Apoyo Social –RAS- (DNP, 2003), la cual luego se transformó en el *sistema de protección social –SPS*; el cual fue creado por la ley 789 de 2002 y complementado con mecanismos denominados de “manejo social del riesgo” (DNP, 2009a:8).

Respecto a las actuales líneas de gobierno, el *PND 2006-2010* da continuidad a un modelo económico y político que se pretende consolidar hacia el 2015 (Visión Colombia II centenario 2015). En cuanto al enfoque en política social se establece como objetivo “...*la promoción de la igualdad de oportunidades en el acceso a un conjunto básico de servicios sociales así como el tema de la calidad de los mismos...*”, razón por la que ubica como una necesidad “*la institucionalidad en el suministro de servicios sociales*”. (DNP, 2009a).

En cuanto a los ejes que involucran temas de política social específicamente para el sector rural, está el de equidad en el campo (DNP, 2007a:223, 224) dentro del que se contemplan programas de promoción social en temas de:

- Vivienda de interés social rural y saneamiento básico.
- Seguridad alimentaria y nutricional
- Focalización de esfuerzos para atender a la población desplazada y reincorporada

Así el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 ratifica por un lado, la concreción de un *SPS* como parte de la “nueva” concepción de la política social en Colombia (DNP, 2009a) y por otro lado, la creación de la *red de promoción social para la superación de la pobreza extrema “JUNTOS”* esta última con población objeto clasificada como nivel I en el *SISBEN* y en situación de desplazamiento.

En el plan además se precisan como metas y estrategias en materia social: para 2010 alcanzar cobertura universal en el régimen subsidiado del *sistema general de seguridad social en salud –SGSSS-* para los niveles 1 y 2 del *SISBEN* (llegar a los 25.4 millones de personas), lograr la cobertura a 1.5 millones familias en el programa *Familias en Acción* e igual número de familias en la *Red JUNTOS*, y en relación con la salud pública cumplir también en el 2010 con los *ODM* así como con las metas del *plan nacional de salud pública - PNSP-* (MPS, 2007).

Los ODM

Además de las líneas del *PND* el gobierno colombiano en cumplimiento de los acuerdos hacia la consecución de los *objetivos de desarrollo del milenio -ODM²-* acordados por 189 naciones en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas en el mes de septiembre del año 2000; definió las metas y estrategias nacionales para alcanzar los *ODM* en el 2015 (CONPES, 2005), las cuales fueron incluidas en los posteriores planes de desarrollo tanto en el nivel nacional como en el territorial.

Familias en Acción

Como ya se ha mencionado, el programa de transferencias condicionadas denominado *Familias en Acción*, ha sido clave en las zonas rurales desde su creación en el 2001 y se ha posicionado como el programa eje de la política social del gobierno. Está financiado con los préstamos contraídos con el *Banco Mundial –BM-* y con el *Banco Interamericano de Desarrollo –BID-*.

Se trata de la entrega de subsidios monetarios para población clasificada dentro del nivel 1 del *SISBEN* y que habita municipios de menos de 100.000 habitantes. Se focalizó en un inicio en 622 de los 1060 municipios existentes, y en 26 de los 32 departamentos de Colombia. En el 2002 tenía una cobertura de 362,403 familias la cual pasó a 680,000 en 2006 y en el 2010 se propone integrar a 1.5 millones de familias al programa.

Respecto a los criterios para la entrega de subsidios, el subsidio nutricional y de salud se asigna a familias con uno o más niños entre 0 y 7 años cubriendo los 12 meses del año, está sujeto a que los padres presenten un comprobante de control de crecimiento y desarrollo de los niños; el valor del subsidio por mes entre los años 2002 y 2006 fue de 46,500 pesos colombianos. En relación al subsidio escolar se asigna a niños y jóvenes entre 7 y 17 años cubriendo 10 meses del año y está sujeto a la asistencia escolar en un 80%; el valor del subsidio por mes entre los años 2002 y 2007 por niño entre 7 a 11

² Los 8 objetivos de los ODM son: erradicar la pobreza extrema, lograr la educación primaria universal, promover la equidad de género y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad en menores de 5 años, mejorar la salud sexual y reproductiva, combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue, garantizar la sostenibilidad ambiental y fomentar una sociedad mundial para el desarrollo (CONPES SOCIAL 91).

años fue de 14,000 pesos colombianos; y para la franja de 12 a 17 años fue de 28,000 pesos colombianos (DNP, 2008).

La promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad dentro del Sistema de Salud Colombiano

Pese a que una de las metas centrales de la Ley 100 fue lograr para el año 2000 la afiliación universal al SGSSS, no se ha logrado el aseguramiento de toda la población.

En el 2005 había 34.1 millones de afiliados al sistema del cual el 43.3% estaba en el régimen subsidiado y el 36.2% en el régimen contributivo, para una cobertura de afiliación del 79.6% y un 20.4% de no afiliados, es decir, 8.7 millones de personas. Además es importante mencionar que no todas las personas del régimen subsidiado gozan de subsidios totales, pues este incluye las personas con subsidios parciales.

Para el año 2008, según el balance de resultados del PND (DNP, 2009b) el porcentaje de afiliaciones al SGSSS creció, aunque no alcanzó a cubrir al total de la población (Ver cuadro 1).

	No. de personas	%
afiliados al régimen contributivo año 2008	17.476.025	39,3
afiliados al régimen subsidiado año 2008	23.601.000	53,1
Total de afiliados año 2008	41.077.025	92,4
Total de población no afiliada	3.373.235	8
Total de población año 2008	44.450.260	100,0

Cuadro 1. Población afiliada según regímenes año 2008. Elaborado a partir de datos del Balance de resultados del año 2008, y con porcentajes ajustados según proyecciones de población DANE para el mismo año.

Sin embargo, es evidente el impacto que tuvo la reforma en la prestación de servicios de curación, rehabilitación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y relacionadas con éste se han desarrollado varias discusiones sobre el contenido y aplicación de la reforma, una de éstas es la que tiene que ver con la estratificación de los servicios de salud a través de *planes obligatorios de salud-POS-*, es decir paquetes básicos de servicios diferenciados según nivel de complejidad de la atención y según régimen de afiliación (POS- contributivo, POS-subsidiado) y que para el caso de la población “vinculada” se limitó a algunas acciones costo-efectivas de prevención de enfermedades (p.e. acciones del PAB) pero que en ningún momento garantizó la asistencia gratuita.

Ya entrando al tema de Promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia, algunos autores coinciden en la existencia de ambigüedades y equivocaciones en su definición y en su práctica (Eslava, 2006). Además de reconocer que pese a la “abundancia de normas con relación a la promoción y prevención....hay inconsistencias entre ellas que crean ambigüedades y generan confusión, lo que sirve de excusa para el incumplimiento por parte de las aseguradoras...” (Chávez, 2001:11).

Además la promoción de la salud no escapó a lógica mercantil, de hecho paradójicamente luego de ser definida en la Carta de Ottawa (1986) y de manera especial impulsada en la conferencia internacional de promoción de la

salud (Bogotá, 1992) se insertó en un escenario adverso con “un esquema organizativo que dividió tajantemente las acciones colectivas de las acciones individuales” (Eslava, 2006:111) y que definió la atención básica desde la ley 100 como un paquete complementario al POS.

Aunque en el tema de financiamiento la ley 100 definió un rublo específico -por medio de una subcuenta de promoción de la Salud- para “...las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad” (Art. 222). En su normatividad no aparece una definición clara sobre la promoción de la salud, por ejemplo en el POS algunas veces se hace alusión a acciones de información, en otras de educación en salud, en otros apartes se refiere al fomento y a la promoción como sinónimos y a la prevención la incluyen dentro de la promoción. Dentro del PAB, se alude a intervenciones de tipo colectivo y algunas individuales con “altas externalidades” como acciones de promoción de la salud, así lo expresa el decreto 1891 de 1994 cuando afirma que “las acciones de salud pública y los servicios básicos, forman parte de la promoción de la salud y constituye el objeto del PAB”.

En una revisión de la normatividad relacionada con este tema, podemos verificar que desde la expedición misma de la ley 100 en el año de 1993 hasta la actualidad (incluyendo con la expedición del Plan Nacional de Salud Pública) ha habido múltiples ajustes a los servicios agrupados dentro de la “promoción de la salud”.

Otro aspecto a resaltar es la expedición de normas técnicas y guías de atención para las acciones de prevención primaria y secundaria (acuerdo 117 de 1998 y resolución 412 de 2000), las cuales modifican la orientación de la promoción y la prevención centrandose en el tema de la prevención costo-efectiva. En el marco de esta protocolización de las acciones denominadas de demanda inducida de la protección específica y detección temprana, se logró posicionar la discusión sobre la calidad de los servicios de atención primaria, sin embargo, no se solucionó la grave fragmentación de los servicios de salud por un lado encargados del aspecto de la curación-rehabilitación, respecto a los de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública.

El Ministerio de Salud a través del Consejo Nacional de Seguridad en Salud definió en el acuerdo 117 las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento, pues de acuerdo a sus consideraciones los servicios principalmente de prevención definidos en este acuerdo como servicios de Protección Específica y de Detección temprana “no son demandados por los usuarios en forma espontánea y por lo tanto las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad.” Así que los reorganiza de la siguiente manera:

1. PROTECCIÓN ESPECIFICA	2. DETECCIÓN TEMPRANA	3. ATENCIÓN DE ENFERMEDADES OBJETO DE ERRADICACIÓN, ELIMINACIÓN Y CONTROL
Vacunación según PAI. Atención preventiva en salud bucal. Atención del parto. Atención del recién nacido. Atención en planificación familiar hombres y mujeres.	Alteración del crecimiento y desarrollo (menores de 10 años). Alteración del desarrollo del joven (10 a 29 años). Alteraciones del embarazo Alteraciones en el adulto (mayores de 45 años) Cáncer de cuello uterino. Alteraciones de la agudeza visual.	Bajo peso al nacer. Alteraciones asociadas a la nutrición (Desnutrición proteico calórica y obesidad). Infección Respiratoria Aguda (menores de cinco años) Alta: Otitis media, Faringitis estreptocócica, laringotraqueitis. Baja: Bronconeumonía, bronquiolitis, neumonía. Enfermedad Diarreica Aguda / Cólera. Tuberculosis Pulmonar y extrapulmonar. Meningitis Meningocócica. Asma Bronquial. Síndrome convulsivo. Fiebre reumática. Vicios de refracción. Estrabismo, Cataratas. Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH). Hipertensión arterial. Hipertensión arterial y hemorragias asociadas al embarazo. Menor y Mujer Maltratados. Diabetes Juvenil y del Adulto. Lesiones pre-neoplásicas de cuello uterino. Lepra. Malaria. Dengue. Leishmaniasis cutánea y visceral. Fiebre Amarilla.

Cuadro 2. Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y atención de enfermedades de interés en salud pública.

Elaboración propia (Fuente: acuerdo 117 de 1998 del CNSSS)

Así que las actividades de P y P más que en promoción de la salud se centraron en actividades de prevención primaria y secundaria, además de incluir la atención a enfermedades denominadas como de “interés en salud pública”.

Las Prácticas Institucionales de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad –PIPyP-

En la conceptualización de las prácticas institucionales de salud –PIS- se encuentran algunas dificultades en la literatura médica, pues suele utilizarse de manera indistinta los términos “prácticas de salud o prácticas médicas” para agrupar todo tipo de actividad o conjunto de acciones (de prevención, curación y/o rehabilitación) que pretenden dar respuesta a un estado mórbido o patológico, o tomando como implícito dentro de las prácticas de salud la exclusividad de la respuesta institucional, invisibilizando otro tipo de actores o de respuestas sociales que configuran otras prácticas de salud.

Teniendo en cuenta que nos referiremos a las PIS en materia de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad tomaremos como referencia las definiciones que contempla la legislación en salud en Colombia. En cuanto al concepto de promoción de la salud retomamos el que la define como:

“la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de salud físicas y síquicas de los individuos y las colectividades.”;

y como definición de prevención de la enfermedad:

“...el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasionen daños mayores o genere secuelas evitables...” (MS, 1996).

Sin embargo, como ya hemos anotado existen dificultades en las definiciones, que se desprenden de la “mixtura normativa denominada P y P” pues aunque se alude a acciones de P y P, el giro normativo del Acuerdo 117 de 1998 privilegió las acciones de tipo preventivas; diluyendo las dimensiones y acciones de la promoción de la salud, reduciéndola a estrategias de educación e información. Lo anterior debido a la fragmentación de los planes, el énfasis del modelo de atención en el nivel individual, los criterios de costo-efectividad, entre otros.

Así que proponemos como definición de las PIPyP:

“ ...son el conjunto de estructuras organizativas desde donde diferentes actores del campo de la salud insertos en un discurso y a través de un medio institucional, ejercen su quehacer a partir del desarrollo de saberes, actividades, procedimientos e intervenciones³ que –por lo menos en la formulación- tienen por objetivo garantizar mejores condiciones de salud de los individuos y de las colectividades, así como identificar, controlar o reducir los factores de riesgo para la aparición o prolongación de las enfermedades”

Las PIPyP son establecidas dentro de las políticas de salud y se materializan en modelos de atención específicos que cuentan con determinados conceptos, normas, objetivos, criterios de acceso, programas,

³ El CNSSS define “Actividad: es la utilización de un recurso particular, bien sea físico, humano o tecnológico dentro del proceso de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Procedimiento: es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas dentro de un proceso de... La intervención: es la selección de un conjunto de actividades y procedimientos, dentro de un proceso de...”. Acuerdo 008 de 1994.

población objetivo, equipos, técnicas, personal de salud, formación, entre otros.

Sin embargo, las PIPyP -en tanto dimensión que se desarrolla en situaciones concretas- se modifican expresando las relaciones e interacciones de diversos actores así como las distancias y contradicciones en su articulación con la norma.

Percepciones del personal de enfermería respecto a las prácticas institucionales de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad en el medio rural.

Para las enfermeras de la provincia del Lengupá, un elemento común en cuanto a que la población rural esté asistiendo más a las actividades de PyP, es el hecho de cumplir con los requisitos para la entrega de subsidios por parte del gobierno a través de los programas de familias en acción, desayunos infantiles y restaurantes escolares:

E2: “... ¿por qué esta tan con tanto auge que los niños vengan a crecimiento y desarrollo? Gracias a que nosotros tenemos manejamos un certificado de salud de menores, este certificado nos los mandan de la alcaldía porque los niños están inscritos a desayunos infantiles o algún tipo de subsidio, ¿cuál es el requisito para esto? Que los niños estén activos en los programas, es ahí donde uno puede presionar...la población está muy dispersa y es ahí donde también nosotros pensamos que hay problemas de base que todavía no se han podido solucionar que cuando entremos a mirar el estado real de salud de esta población nos vamos a encontrar muchas sorpresas.”

E3: “...algo importante si es el engranar como todos los programas no, porque la gente esta como muy, muy dependiente del paternalismo y pues estas políticas nacionales nos han llevado a eso, a que yo le doy plata por desayunos infantiles, le doy leches por desayunos infantiles, yo le doy plata por familias en acción, yo le doy restaurante escolar si están estudiando, yo le doy mercado por familias dispersas, yo le doy plata por desplazados, acá toda la gente tiene los subsidios que uno se pueda imaginar..”

Así se reconoce que no hay una apropiación por parte de la población de la necesidad de la PyP, lo que se encuentra es que en medio de la “obligación” de demandar los servicios se puede realizar un trabajo de educación y “concientización”, además de cumplir con las metas que colocan las EPS.

Otra evidencia de que los programas sociales han marcado la forma como se desarrollan las PIPyP en los municipios, se encuentran a continuación en algunos de los comentarios de las enfermeras respecto a la relación de los programas sociales con la actitud de la gente hacia los programas de PyP:

E1: “...hay tantos programas y tantos beneficios del gobierno que a la larga yo no estoy de acuerdo, son buenos y tienen muchas ventajas y ayudan mucho a la gente y todos nos beneficiamos de eso porque la gente acude, pero entonces no hay como esa conciencia de la gente...(es) porque me van a pagar **un subsidio**, entonces eso es como ofensivo, como que la gente se vuelve es ahí, eso se vuelve eso es como un **alcalgüeteadero**, la gente se vuelve es conchuda...”

E2: “... nosotros tenemos manejamos un certificado de salud de menores, este certificado nos los mandan de la alcaldía porque los niños están inscritos a **desayunos infantiles o algún tipo de subsidio...**”

E3: “...hay una algo muy interesante y hemos cogido de gancho y es los **programas sociales del ministerio de protección social, entonces por ejemplo, familias en acción**, entonces ellos les dan un subsidio ah.. si los niños no los traen a control de crecimiento y

desarrollo o sea no les dan el desprendible de pago, y pues es una forma como presionarlos... es como una forma como arbitraria pero que ha surtido efecto y los hemos mantenido así... el niño va salir con un cuidado integral pues secundario a que toca hacerlo venir a la fuerza pero en últimas quien gana es el niño y nosotros también porque a la vez cumplimos metas y mejoramos la salud de la población.”

E4: “...pero la gente por ejemplo a los controles no viene casi, si es, es por **el subsidio**, por las leches, por la bienestarina, o porque está en tal programa viene sino no...”

E5: “...acá en el municipio también tienen lo **de familias en acción** que también es igual al subsidio que les dan a los padres por los niños menores de 7 años pues les dan un subsidio económico para las familias digamos más pobres que hay...”

E6: “...a controles de crecimiento y desarrollo vienen los niños pero porque les dan el **subsidio de familias en acción**, porque les dan los desayunos infantiles, porque les dan...y el requisito fundamental es tenerlos en el programa de control de crecimiento y desarrollo, si no fuera así nunca en la vida habrían venido, así de sencillo, hay mamás que obviamente son muy juiciosas pero es un pequeño porcentaje realmente de la población que lo hacía sin necesidad de tener de por medio el subsidio..”

BIBLIOGRAFÍA

- Chávez, B.M. (2001). La responsabilidad de las aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. *Revista Facultad Nacional de salud pública*. Vol. 19. No. 002: 89-100.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES-DNP-(2005). *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos del desarrollo del milenio-2015*. CONPES SOCIAL No. 91. 14 de marzo.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social-CONPES-DNP-(2008). *Actualización de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios de programas sociales*. CONPES SOCIAL No.117. 25 de Agosto.
- Departamento Nacional de Planeación –DNP-(2003). *Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 “Hacia un Estado comunitario”*. Bogotá, Colombia: 187-214.
- Departamento Nacional de Planeación –DNP-(2007a). *Plan Nacional de desarrollo 2006-2010 “Estado comunitario desarrollo para todos”*. Bogotá, Colombia: 122-137.
- Departamento Nacional de Planeación –DNP-(2007b). *Aprovechar las potencialidades del campo*. Bogotá, Colombia: 47-52.
- Departamento Nacional de Planeación –DNP- (2008). *Programa Familias en Acción: Impacto en capital humano y evaluación beneficio-costos del programa*. Bogotá, Colombia: Enero de 2008.
- Departamento Nacional de Planeación –DNP-(2009a). *Avances y desafíos de la política social en Colombia*. Bogotá, Colombia: Febrero de 2009.
- Departamento Nacional de Planeación –DNP-(2009b). *Balance de resultados 2008*. Bogotá, Colombia: Abril de 2009.
- Eslava, Juan C. (2006). Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Revista de Salud Pública*. Bogotá, Colombia. 8 (sup 2): 106-115.

- Lozano, A. (2007). *El plan de desarrollo 2006-2010: Salud. Sin perspectivas en Colombia*. Publicado en: Periódico Virtual el Turbión. Disponible en: <http://elturbion.modep.org/drupal/?q=comment/reply/26>
- Ministerio de salud (1996). *Resolución 04288 de 1996, "Por la cual se define el plan de atención básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones"*.
- Ministerio de salud (1998). *Acuerdo 117 de 1998, "Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública"*
- Ministerio de salud (2000). *Resolución 412 de 2000, "Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública."*
- Ministerio de la protección social –MPS-(2007). *Decreto No. 3039 del 10 de agosto de 2007 "por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010"*.
- OPS/OMS (1986). *Carta de Ottawa, I conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud, Ottawa, Canadá. 21/11/1986*. Documento en Internet, fecha de acceso: 05/11/08. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>
- OMS (2005). *Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Bangkok, Tailandia. 11/08/2005*.