

**CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL MARCO DE LA
PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA GENERACIÓN DE ESTILOS DE VIDA
SALUDABLES EN EL AMBIENTE LABORAL COLOMBIANO.
"TENDENCIAS HISPANO - AMERICANAS."
PRELIMINARES**

WILMANN ALEXANDER HERRERA ZAPATA
GUSTAVO HERNÁN RODRÍGUEZ VALLEJO

UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN - MBA.
MEDELLÍN
2010

**CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN EL MARCO DE LA
PROTECCIÓN SOCIAL PARA LA GENERACIÓN DE ESTILOS DE VIDA
SALUDABLES EN EL AMBIENTE LABORAL COLOMBIANO.
"TENDENCIAS HISPANO - AMERICANAS."
PRELIMINARES**

WILMANN ALEXANDER HERRERA ZAPATA
GUSTAVO HERNÁN RODRÍGUEZ VALLEJO

Trabajo de grado como requisito para optar al título de
Magíster en Administración – MBA

Asesor temático:
FELIPE AGUIRRE ARIAS

Asesor metodológico:
ELVIA MARÍA GONZÁLEZ AGUDELO.

UNIVERSIDAD DE MEDELLÍN
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN - MBA.
MEDELLÍN
2010

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 PREGUNTA GENERAL	15
1.2 PREGUNTAS ESPECÍFICAS	15
2. MARCO DE REFERENCIA	20
2.1 QUÉ SON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS?	20
2.2 PROTECCIÓN SOCIAL	21
2.3 IMPLICACIÓN DE LOS MODELOS DE DESARROLLO EN LAS RELACIONES LABORALES	24
2.4 LOS ENFOQUES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y SU INFLUENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES LABORALES	27
2.4.1 Primer Componente: Aseguramiento	35
2.4.2 Segundo Componente: Asistencia Social	40
2.4.3 Segundo Componente: Asistencia Social	42
2.5 LA PROMOCIÓN EN SALUD Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES COMO BASE PARA EL DESARROLLO ARMÓNICO DE LA SOCIEDAD	45
2.6 ACREDITACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EPICENTRO DE LA GESTION ADMINISTRATIVA PARA LA GENERACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	48
2.7 PROCESO DE INDUCCIÓN	50
2.8 PROCESO DE DIAGNÓSTICO	52
2.9 ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA	55
2.10 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES	57
2.11 INGRESO AL PROCESO DE ACREDITACIÓN	57
2.12 LOS DERECHOS DEL PACIENTE COMO ESCENARIO PARA EL AMBIENTE LABORAL	60

2.13	LA EMPRESA Y EL CAPITAL DE TRABAJO COMO PILARES FUNDAMENTALES PARA LA GENERACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LOS LUGARES DE TRABAJO	64
3.	METODOLOGÍA	76
3.1	HIPÓTESIS	78
3.2	OBJETO DE ESTUDIO	78
3.3	OBJETIVOS	78
3.4	TÉCNICAS PARA EL ACOPIO DE INFORMACIÓN	79
3.4.1	Gestión del dato, obtención del dato y Recolección del dato	79
3.4.2	El momento I Acercamiento Hermenéutico a los textos	80
3.4.3	Momento II Análisis	86
3.4.4	Momento III Juicios y Conversaciones	92
3.4.5	Momento IV Diseño del Modelo	100
4.	NUEVOS CONOCIMIENTOS	101
4.1	FUNDAMENTOS PARA LA CREACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA QUE PROMUEVA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LOS AMBIENTES LABORALES	101
4.2	APORTES Y ESTADO DEL ARTE	101
4.3	PRINCIPIOS FUNDAMENTALES PARA LA PROMOCION DE POLITICAS PÚBLICAS SALUDABLES EN EL LUGAR DE TRABAJO	105
4.4	FORMULACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA, CAMINO A LA CONSTRUCCION DE UNA POLITICA PUBLICA QUE PROMOCIONE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LOS LUGARES DE TRABAJO COLOMBIANOS	107
4.5	NOCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE UN LUGAR DE TRABAJO SALUDABLE	109
4.5.1	Ambiente físico saludable y seguro	109
4.5.2	Ambiente social	110
4.5.3	Recursos personales	110
4.5.4	Prácticas saludables	111
4.6	PROMOCIÓN Y REGLAS DE ACTUACION	111
4.6.1	Desarrollar políticas dirigidas a mejorar la salud y bienestar del trabajador	112
4.6.2	Crear entornos y ambientes saludables	112

4.6.3	Desarrollar destrezas y habilidades	113
4.7	MOTIVOS E INCENTIVOS	113
4.8	PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO	115
4.9	FACTORES DE ÉXITO METODOLÓGICOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN UNA POLITICA PÚBLICA EN PROMOCION DE ESTILOS SALUDABLES EN EL LUGAR DE TRABAJO	118
4.10	LINEAMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA APLICACIÓN DE LA POLITICA PÚBLICA EN LA PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LOS LUGARES DE TRABAJO	119
4.11	OBSERVACIONES FINALES Y HERRAMIENTAS CONSIDERADAS DE APOYO	121
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	123
	BIBLIOGRAFÍA	132
	ANEXO. FICHA TÉCNICA	139

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Algunas Definiciones de Protección Social	33
Tabla 2. El mapa de stakeholders: la matriz de interés/poder	70
Tabla 3. Planes nacionales de promoción de salud	91
Tabla 4. Aportes y estado del arte.	101

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Mapa de Colombia	13
Figura 2. Componentes del Sistema de Protección Social	35
Figura 3. Acreditación	50

RESUMEN

Los países Hispanoamericanos aspiran dentro del marco de sus políticas públicas a un crecimiento que incluya a todos sus ciudadanos. Con esta investigación de corte hermenéutico nos hemos propuesto contribuir al desarrollo de un sólido sistema de protección social. Este sistema es un mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales para reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, creando condiciones de mayor igualdad y de oportunidades de progreso.

Motivados por el requerimiento continuo de proveer información adecuada para la toma de decisiones, como resultado de esta investigación hemos formulado un modelo de gestión y/o política pública para Colombia que permita la generación de estilos de vida saludables en los lugares de trabajo bajo el marco conceptual de la Protección Social Hispano – Americana.

Reconociendo que la salud presenta múltiples dimensiones y la necesidad de incorporar diversas miradas, ponemos a disposición de ustedes nuestra propuesta de modelo.

Esperamos que este documento, y los que se entregarán a futuro, incentiven la participación de todos ustedes en el desarrollo e implementación de intervenciones que vayan en beneficio de mejorar la salud y calidad de vida de la población Hispano- Americana, en especial la Colombiana.

ABSTRACT

The Hispanic countries inspire within their frame of their public politics a development where all the citizens are included. With this investigation of hermeneutic court we are proposing to contribute to a development of a solid system of Social Protection. This system is a mechanism that permits to generate conditions to give security to the people during all their lives, guarantying social rights to reduce the risks of jobs, health, education and forecast, creating conditions of mayor equality and opportunities to progress.

Motivated by the continued requirement to provide adequate information to take decisions, like result of this investigation we formulated a model of gestation and or public politic for Colombia that permits the generation of healthy styles of life in places of work under the conceptual frame of The Social Protection Hispanic-American.

Recognizing that the health presents multiple dimensions and the need to incorporate diverse ways of looking at it, putting to your disposition our proposal this model.

We hope that this document, and the ones that will be given in the future, incentive The participation of all of us in the development and implementation of interventions that benefits the improvements of health and quality of life in the Hispanic-American population especially the Colombian.

INTRODUCCIÓN

Fue nuestro interés desde el ámbito pragmático abordar el contexto de la prevención y la promoción de estilos de vida saludables, como el eslabón fundamental que nos permita estudiar la posibilidad de aportar desde la compilación, estudios de casos y experiencias exitosas en América latina y Europa la formulación de una política pública como proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad.

Nuestro aporte desde este escenario con el más humilde pero bien intencionado esfuerzo científico, intenta interpretar y proponer fundamentalmente la formulación de una política pública, que en su aplicación si es que deciden hacerlo, genere la creación de ambientes favorables a la salud en los espacios laborales, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud, la promoción y la prevención de la salud en su componente integral en el Sistema General de Seguridad Social, bajo el marco del Modelo de la Protección Social, como una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud en todos los hogares Colombianos.

Para conocer las nuevas iniciativas en este campo y aportar a la construcción de políticas públicas, decidimos realizar un estudio de carácter cualitativo, consistente en la sistematización e interpretación de experiencias que por su contenido y en algunos casos por su pragmatismo nos permitieron acercarnos a nuestra intención de formular una política pública coherente con el contexto Colombiano.

Por esta razón el presente texto contiene cuatro capítulos que se distribuyeron en el orden aconsejado por la asesora metodológica para su entendimiento. En el

primer capítulo encontraran planteamiento del problema, seguidamente en el capítulo II en donde se presentara el marco de referencia como piedra angular del desarrollo del escenario temático comparado y propuesto como política pública, así mismo el capítulo III recoge en forma organizada la experiencia metodológica en la que se soporta nuestro estudio y que contiene las bases técnicas y metodológicas que nos permitieron en último lugar formular una propuesta lógicamente estructurada y argumentada.

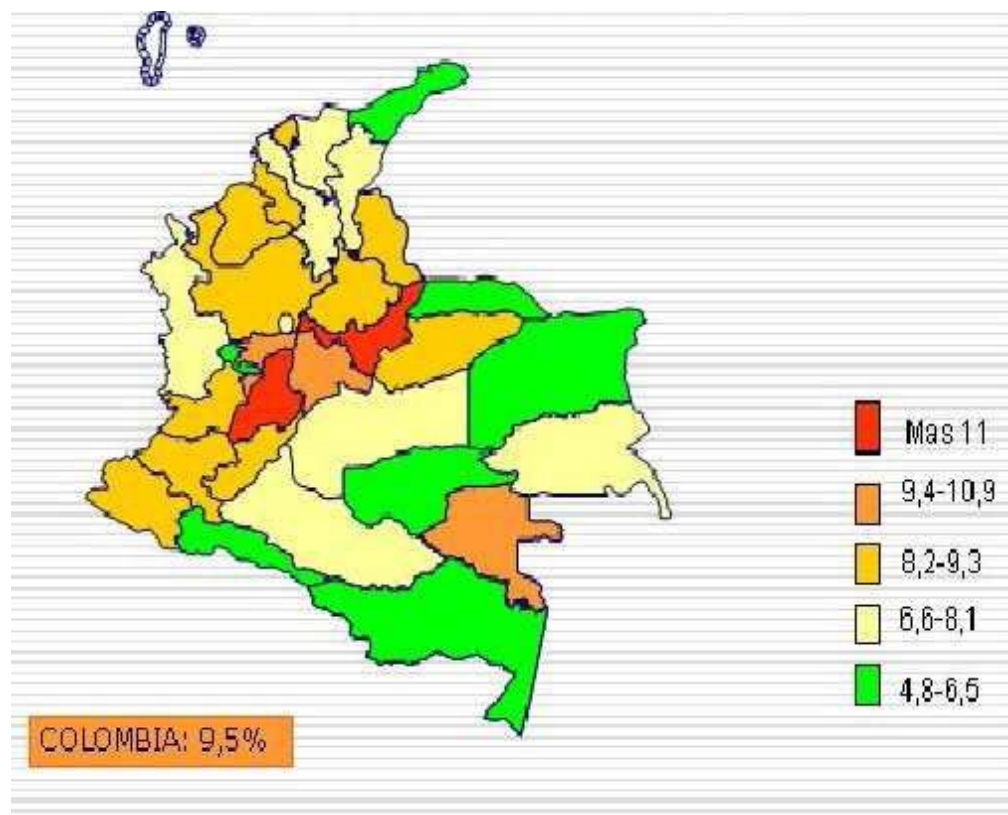
Finalmente en el capítulo cuarto se describe nuestra propuesta donde formulamos una guía planificada para la generación de una política pública y realizamos la validación con un experto en una entrevista que nos lleva directamente a las conclusiones finales en donde damos respuesta directa a nuestra pregunta científica y dejamos abierta la posibilidad del debate en este escenario de los estilos de vida saludable en los lugares de trabajo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas, América Latina ha experimentado notables logros en salud y un importante crecimiento económico que, sin embargo, no se ha traducido, en mejor calidad de vida para todos. La actual situación de salud - en la que predominan los estilos de vida y ambientes poco saludables - se ha caracterizado por el aumento explosivo de la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, los distintos tipos de cáncer, accidentes y problemas de salud mental. Que según informes recientes de la organización mundial de Salud son las principales causas de morbi - mortalidad en el planeta incrementando con relación al siglo pasado su incidencia en un 17% en América Latina., ello demanda una decidida acción del conjunto de sectores de la sociedad. (Organización Mundial de la Salud 2008)

El aumento progresivo de la población colombiana, especialmente del grupo de los adultos en edad productiva, representa un desafío para las políticas y los recursos en lo concerniente al desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social. En sólo un siglo el país pasó de 4'355.470, personas a un total de 41.468.384 habitantes, de los cuales el 6.3% (2'612.508), es mayor de 65 años y que en la actualidad todavía se encuentra vinculado a la vida productiva de nuestro país; el 54.6% pertenece al sexo femenino y el 45.4% de las personas mayores son hombres. El 75% de la población general, vive en las cabeceras municipales, a pesar que en áreas rurales hay mayores tasas de fecundidad, lo que se traduciría en un incremento natural de la población allí ubicada, pero el efecto es contrarrestado por las altas tasas de migración (DANE, Censos 1905 y 2005). Del total de la población adulta mayor el 63.12% se concentra en Boyacá, Tolima, Bogotá, Cundinamarca, Caldas, Antioquia, Valle del Cauca, Quindío, Santander, Atlántico y Bolívar. Adicionalmente, el 28.8% se encuentra en las principales ciudades: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla.

Figura 1. Mapa de Colombia



Para enfrentar este desafío, los países de habla hispana han intercambiado conceptos en diferentes foros internacionales donde se han comprometido a generar políticas públicas intersectoriales que contribuyan a la formulación e implementación de las estrategias de promoción en salud en los distintos espacios de la vida cotidiana de las personas.

Las políticas de promoción de salud en el espacio laboral tienen como propósito la atención y mejoramiento de la salud y bienestar de los trabajadores, a través de la protección de riesgos del ambiente físico y social, estimulando su autoestima y el control de la propia salud y del medio ambiente. Esta situación en la práctica no se vislumbra en el contexto colombiano pues son cada día más las enfermedades que posiblemente obedezcan a hábitos o estilos de vida laborales, que se tratan

de procedencia general. Lo anterior, aporta significativamente al déficit económico que hoy tiene el sistema para la atención de la población más vulnerable que, en la mayoría de los casos, es empleada ocasionalmente.

El Modelo de Protección Social Hispano – Americano y los sistemas generales de seguridad social integrales no se ocupan de fomentar ni promover estilos de vida saludables en el ámbito laboral, porque Las políticas públicas, en su acepción tradicional, se asocian al ejercicio del poder por parte de las autoridades públicas. Debido a la importancia creciente de la noción de corresponsabilidad de los diferentes actores sociales, según el chileno Eugenio Lahera, (2006) la definición moderna señala que las políticas públicas son flujos de información y cursos de acción relacionados con un objetivo público definido en forma democrática. Una definición que compromete al ciudadano como protagonista en la consecución de los objetivos políticos definidos en las esferas de decisión social. Bajo esta realidad, incorporar a los espacios o lugares de trabajo en la implementación de políticas de promoción de salud se hace imprescindible.

Vale rescatar los grandes avances logrados en las últimas décadas en materias de seguridad e higiene laboral y el desarrollo de la medicina del trabajo; expresado en un amplio marco regulatorio y normativo en Colombia. Sin embargo, existen pocos adelantos en los factores que están determinando la salud y la conducta de las personas en este escenario, los cuales son de suma importancia para su análisis y toma de decisiones.

Los procesos de transición demográfica y epidemiológica que involucran a nuestra sociedad, sin duda han marcado las transformaciones necesarias en la comprensión del concepto de salud y las formas o medios para lograr que ésta efectivamente sea equivalente al bienestar de individuos, familias, grupos y comunidades en los espacios que habitan y se desarrollan socialmente.

En los últimos 30 años se han ido superando las enfermedades infectocontagiosas y la desnutrición infantil; hoy los latinoamericanos se enferman y mueren por enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares, diabetes, diversos tipos de cáncer, como también accidentes y problemas de salud mental.

De esta forma, ya adentrado al tercer milenio, la modernización y los cambios tecnológicos y culturales, así como la presencia de determinantes sociales, económicos y políticos que mantienen las situaciones de inequidad (y, por tanto, brechas importantes en el bienestar y calidad de vida de la población) alertan a que debemos entender la salud desde una perspectiva positiva y no sólo como la ausencia de enfermedad o daño.

1.1 PREGUNTA GENERAL

¿Cuáles son los factores que deben influir en el desarrollo de políticas públicas y de gestión empresarial para la construcción de escenarios de estilos de vida saludables en los empleados que redunden en el mejoramiento de su calidad de vida en el ámbito laboral, social y familiar?

1.2 PREGUNTAS ESPECÍFICAS

¿Cuáles son las bases técnicas y metodológicas para la implementación de la promoción de políticas públicas en promoción y prevención para los estilos de vida saludables en el lugar de trabajo?

¿De qué forma deben plantearse las políticas públicas en promoción y prevención para los estilos de vida saludables en el lugar de trabajo, para el ámbito laboral, fundamentadas en los factores epidemiológicos, demográficos, socioculturales, de acceso y oportunidad en la atención, que determinen las prioridades en salud para el país?

¿Es el modelo de la Protección Social Hispano – Americano un escenario propicio para la generación de políticas públicas de promoción y prevención para los estilos de vida saludables en el lugar de trabajo para el contexto laboral colombiano?

Pero también es importante resaltar que los países han generado espacios de concertación políticos y pedagógicos que hacen por momentos evidenciar que El Modelo de Protección Social Hispano – Americano y los sistemas generales de seguridad social integrales vienen paulatinamente incluyendo en el marco de sus políticas sociales la promoción de estilos de vida saludables en el ámbito laboral, pues la promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas mejorar su salud, elevando el control de las condiciones que la determinan. Y aunque se piense lo contrario, la promoción de la salud no es un concepto nuevo. En sentido amplio, se puede decir que la humanidad ha realizado durante muchos siglos prácticas que hoy se podrían reconocer como promoción de la salud. Al comienzo de la década de 1940 surge una figura relevante llamada Henry Sigerist, quien es uno de los primeros a los que se le adjudica el uso del término promoción de la salud. Este historiador médico argumentó que "la salud se promueve fomentando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios para el descanso y la recreación". Al mismo tiempo, señalaba que "se necesitan los esfuerzos coordinados de muchos grupos para alcanzar esta meta, tales como la de los políticos, los trabajadores, los industriales, los educadores y los médicos, quienes, como expertos en los asuntos de salud, deben definir las normas y establecer patrones". Varios años más tarde, en 1974, el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá retoma esta idea y argumenta que el campo de la salud está relacionado con cuatro grandes componentes: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización para la prestación de servicios de salud. En los años siguientes se produjeron varios informes en Estados Unidos, Canadá y Suecia, entre otros, con un abordaje enfocado en el individuo para modificar sus conductas, por ejemplo, dejar de fumar, hacer ejercicios, disminuir el consumo de alcohol, etc. Sin embargo, este

enfoque entró en crisis en 1980 por su carácter de "culpar a la víctima" y, por lo tanto, se comienza a dar más importancia al ambiente físico y social, que es parte del Campo de Salud descrito por Lalonde en años anteriores en Canadá. En este sentido, se puede mencionar un documento producido por la Oficina Europea de la OMS en 1982, que incorpora la existencia de factores fuera del individuo que necesitan estar presentes para ayudarles a tomar las acciones para mejorar su salud. Posteriormente, en 1986, se refuerza esta idea y se declara a través de la Carta de Ottawa que los prerequisites de salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. De ahí se deduce que salud también es un producto social, con responsabilidades compartidas entre el individuo, la familia, los grupos, todos los sectores de la sociedad, las autoridades y el Estado. La Carta de Ottawa sienta las bases para futuros análisis y cursos de acción de la estrategia en las distintas regiones, cuyo contexto es muy particular, tales como América Latina y el Caribe. En 1992 se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Colombia cuyo escenario era el latinoamericano; en 1993 se redacta la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud en el Caribe y en el 2002 se suscribe el Compromiso de Chile con la Promoción de Salud, planteando la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud. En dichos documentos se apoyan y acuerdan las acciones internacionales y estrategias de Promoción de la Salud propuestas en las Conferencias mundiales realizadas hasta el momento, estableciendo la necesidad de adaptar cada una de ellas a las características propias de la Región. Al mismo tiempo, destacan la importancia de que la Promoción de Salud se realice considerando realidades específicas y que en esencia significa un esfuerzo colectivo por llevar la salud y la vida a un plano de dignidad. Desde esa comprensión de salud se ubica al trabajador y al empresario en conjunto con su habitat, reconociendo su cultura, usos, costumbres, tradiciones, gustos, inquietudes, en todo lo que significa su ciclo vital, en sus relaciones socioculturales, económicas, civiles. Estas evidencias y los nuevos desafíos epidemiológicos y demográficos señalan la urgente necesidad de innovar

y aprovechar mejor el potencial para el fomento de la salud de la población, tanto en individuos, familias, comunidades, grupos laborales, es decir, en todos los ambientes donde se desarrolla la vida humana. Surgen así las acciones de promoción de la salud como un recurso para el desarrollo de la sociedad, como una clara forma de eliminar las barreras tradicionales convocando al mundo privado y público a complementarse en la tarea de construcción de la salud.

Los países que promueven El Modelo de Protección Social Hispano – Americano y los sistemas generales de seguridad social integrales en sus ciudadanos, construyen escenarios productivos con mayor responsabilidad social generando con ellos valores agregados en el contexto social y de responsabilidad empresarial porque logran crear en sus asociados la conciencia de estilos de vida saludables en el lugar de trabajo y sus demás contextos existenciales. El Ministerio de la Protección Social Colombiano, en el año 2006 elabora una definición y objetivos operacionales de Promoción de la Salud, a partir de las recomendaciones internacionales y considerando la propia experiencia del país. El Plan Nacional de Salud Publica señala que la "Promoción de la Salud es un bien social de carácter universal. Proporciona a la población los medios para ejercer el mayor control sobre su propia salud e impulsa la creación de nuevas políticas públicas que otorguen mayor protección y bienestar". Este mayor control conlleva a la idea de empoderamiento, en el sentido de asumir poder sobre las condiciones que afectan la vida. Esta estrategia puede estar presente en los diversos ámbitos de la vida humana; en la familia en el hogar, en el establecimiento educacional, en los espacios públicos y también en el lugar de trabajo. Este último es de alta importancia, dado que para la población económicamente activa este escenario se convierte en su hábitat por a lo menos un tercio de las horas cotidianas.

La implementación de políticas de promoción de la salud en los lugares de trabajo tiene como propósito la mantención y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los trabajadores, contribuyendo al mejoramiento de la imagen de la empresa y a la

productividad, a su vez a la disminución de factores como gastos de salud, ausentismo laboral, entre otros. De ese mismo modo, desarrolla el potencial en la identificación de aspiraciones y favorece la ideación de mecanismos para el cumplimiento de esas expectativas.

La estrategia puede ser aplicada en los diversos niveles jerárquicos, con lo cual se posibilita el acercamiento entre éstos, generando o mejorando los mecanismos de comunicación y de interacción. Por lo tanto, contribuye a la generación de climas laborales favorables. En el mismo sentido, al entregar a todos los integrantes las herramientas para lograr una cultura promocional y preventiva, hará que en conjunto se definan las políticas que favorezcan el bienestar colectivo e individual.

En síntesis, la promoción de la salud en la empresa tiene como finalidad mantener o mejorar las variadas dimensiones de salud, tanto por razones humanitarias (bienestar humano de las personas) como por razones empresariales (mejorar productividad y/o servicios). Además, sin lugar a dudas, la salud de la fuerza laboral de un país es fundamental para el bienestar socioeconómico de la Nación.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 QUÉ SON LAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

Las políticas públicas, en su acepción tradicional, se asocian al ejercicio del poder por parte de las autoridades públicas. Debido a la importancia creciente de la noción de corresponsabilidad de los diferentes actores sociales, según el chileno Eugenio Lahera, la definición moderna señala que las políticas públicas son flujos de información y cursos de acción relacionados con un objetivo público definido en forma democrática. Una definición que compromete al ciudadano como protagonista en la consecución de los objetivos políticos definidos en las esferas de decisión social.

Desde el contexto colombiano, algunos autores han propuesto definiciones que destacan el aspecto político como factor clave para comprender las políticas. Alejo Vargas define las políticas públicas como el conjunto de sucesivas decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas que pretenden la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables. Roth asegura que la definición de Vargas es limitada porque sugiere un papel reactivo del Estado. Además, plantea el profesor suizo, es preciso considerar la implicación del gobierno, la percepción de los problemas, la definición de objetivos y el proceso como elementos constitutivos de las políticas públicas entendidas como una construcción social en donde el Estado orienta el comportamiento de los actores.

Reconociendo el desafortunado pero evidente predominio del interés particular sobre el bien común puede plantearse una definición desde el análisis neo institucional como sigue: las políticas públicas son instituciones creadas por estructuras de poder y se imponen como directrices para abordar las prioridades de la agenda pública. Es decir, son instituciones que limitan o facilitan el

comportamiento individual y social con base en los escenarios de deliberación y decisión que construye el poder (de jure o de facto); se trata de actores que dan forma al cambio institucional por medio de procesos de toma de decisión pública. En términos normativos, las políticas deben garantizar la traducción de las ideas individuales de todos los actores en acciones siempre que exista una discusión participativa e informada alrededor de las prioridades sociales. No obstante, existen desbalances de poder que convierten los referentes normativos en retórica y las decisiones importantes terminan reflejando la búsqueda de un interés particular antes que las preferencias ciudadanas.

2.2 PROTECCIÓN SOCIAL

Los sistemas de protección social están estrechamente relacionados con los modelos de desarrollo que históricamente se han consolidado en cada nación: Estos de manera implícita o explícita han determinado la política social. La presente compilación se relaciona con los modelos de desarrollo y los sistemas de protección social implementados en América Latina, como respuesta a las necesidades de salud y bienestar de la población.

Metodológicamente, considera el rol del Estado y los aspectos básicos de la política social como eje de análisis que permite interrelacionar los modelos de desarrollo con los enfoques de protección social en este sub continente. En América Latina, durante el último siglo, los modelos de desarrollo se han fundamentado principalmente en la teoría Keynesiana del Estado de Bienestar (sin llegar a desarrollarse realmente), en industrialización basada en la sustitución de importaciones, en la planificación central, para el caso específico de Cuba, y en la concepción liberal después de los 80. Estos modelos han dado lugar, en cada caso, a sistemas de protección social que han fluctuado entre los enfoques de la seguridad social, el seguro social y la asistencia social, pasando por las redes

mínimas de protección social y el manejo social del riesgo. Estos dos últimos impulsados por organismos internacionales en cabeza del Banco Mundial.¹

La protección social (PS) se ha expresado en programas y sistemas de seguridad social y en políticas sociales para disminuir la pobreza y la inequidad, dependiendo de la trayectoria de cada país. En América durante las últimas décadas se han implementado propuestas y modelos teóricos para construir sistemas de protección social, entre las cuales sobresale la iniciativa del Banco Mundial (BM) sobre "El manejo social del riesgo" encaminada a la prevención, reducción, mitigación y superación del riesgo en grupos poblaciones vulnerables². Diversos análisis han señalado que la PS está determinada por los modelos de desarrollo y por las reformas del Estado y sus posibilidades de financiación. Asimismo, está condicionada por decisiones supranacionales y factores exógenos coyunturales que llevan a implementar determinadas políticas económicas y sociales.

Históricamente la PS se ha implementado en los países latinoamericanos bajo esquemas asistenciales, de seguros y seguridad social³, encontrándose allí "algunos de los más antiguos, fuertes y complejos mecanismos de ingeniería

¹ Revista salud pública. 9 (3):471-483, 2007. Cobertura de Citología. Ensayo/Essay. Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. Latin-American social protection and development models Luz M. Mejía-Ortega y Álvaro Franco-Giraldo. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia. Recibido 2 Enero 2007/Enviado para Modificación 15 Julio 2007/Aceptado 15 Agosto 2007

² HOLZMANN R, JORGENSEN S. Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá. Disponible en: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/79020/Fall%202001/elearning/fall2001/readings/pdfpapers/manejo.pdf>.

³ FRANCO A. El Auge de la Protección Social. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2005; 23(1):135-47.

política en el campo de la protección social (...) comparables a los sistemas europeos..."⁴.

La Organización Internacional del Trabajo OIT, la Organización de los Estados Americanos OEA, la Organización Panamericana de la Salud OPS y la Asociación Internacional de la Seguridad Social AISS, la han impulsado a durante el siglo XX, valorando la cooperación nacional e internacional para lograr sus fines, como fue la creación de institutos de seguros sociales, siguiendo el original modelo Bismarckiano (1883-1989). La PS se renovó en el marco de la seguridad social, después del replanteamiento de los conceptos clásicos de los Seguros Sociales. Este cambio obedeció a las ideas de Beveridge a finales de 1942, posterior a la II Guerra Mundial. Así, la seguridad social, inspirada en principios universales de solidaridad, equidad y justicia social, rescata la responsabilidad estatal y de la sociedad en la PS y se erige como derecho fundamental. La PS debe entenderse de manera amplia e integral, no sólo limitada al enfoque de riesgo y aseguramiento como actualmente ocurre para ajustarse al rezago económico de los países. Debe incluir todas aquellas variables de orden económico, político y social que garanticen la salvaguardia en eventos adversos que pudieran causar detrimento a la salud, al empleo, al bienestar y a la calidad de vida de las personas, y basarse en criterios de equidad y justicia social.

Así, la OPS y la OIT propusieron la estrategia de la Extensión de la PS para las Américas (EPSS) como una "poderosa herramienta destinada a combatir la exclusión en salud" ⁵, la cual, aunque se supone ha ocupado espacios en las agendas de los gobiernos y de los organismos internacionales, no ha logrado su carácter prioritario en la política social⁶

⁴ FLEURY S. Estado sin ciudadanos. Seguridad Social en América Latina. Buenos Aires: Lugar Editorial S A; 1997. p. 212.

⁵ OPS-OIT. Ampliación de la protección social en salud: una iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Internacional del Trabajo. Washington DC; 2002

⁶ OPS, OMS, ASDI. Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No 1 Extensión de la Protección Social en Salud. Washington, D.C.: La Organización; 2003.

2.3 IMPLICACIÓN DE LOS MODELOS DE DESARROLLO EN LAS RELACIONES LABORALES

Los modelos de desarrollo se originan en la forma como una sociedad organiza sus recursos materiales y sus instituciones para buscar el progreso y la satisfacción de necesidades de todos sus miembros, articulado con su historia, su cultura, su producción económica, su tradición jurídico política y sus posibilidades de adelanto científico y tecnológico⁷. Considera la extensión de capacidades y complejidades de la sociedad y de los individuos, para ofrecerles mejores posibilidades de satisfacer sus necesidades y aspiraciones⁸. Franco⁹, destaca tres modelos que vivió AL en el siglo XX como: a) crecimiento hacia fuera, b) sustitución de importaciones y c) modelo postajuste. Estos modelos estuvieron separados por fechas importantes para el desarrollo económico: la crisis económica de 1929 y la crisis de la deuda externa en los años 80.

Con la aparición del modelo Keynesiano, centrado en la teoría general de la ocupación, el interés financiero, y el dinero, se ocupa de agregados como ingreso, consumo, ahorro e inversión, más que de la determinación de precios, que hace parte principal de la teoría económica¹⁰. Señala la importancia de las variaciones en el nivel de producción y empleo como movimientos equilibradores de la economía para igualar la inversión y el ahorro, determinándose así el nivel de equilibrio de la renta nacional total y de la producción nacional. Reconoce que las tasas de ocupación son indicadores de prosperidad en las naciones y que la falta

⁷ CARDONA A. Economía, salud-enfermedad y modelos de desarrollo. En: Carlos E, Rosa S, Gloria G (compiladores). Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología y Cultura; 1993. p. 156

⁸ AGUDELO C. Desarrollo y Salud. Revista de Salud Pública 1999; 1(1): 18.

⁹ FRANCO R. Los paradigmas de la política social en América Latina. En: Alcaldía de Medellín (compiladora). Políticas Públicas y Gestión Social: Una Mirada desde la Gerencia Social. Medellín: Municipio de Medellín; 1997. p. 19-34

¹⁰ SCHWARTZ P. El comercio internacional en la historia del pensamiento económico. IUDEM Documento de Trabajo 2001-3. p 35-40 [Internet]: Disponible en: <http://www.ucm.es/info/iudem/2001-3.pdf>.

de ingresos compromete seriamente la conservación de la vida y el desarrollo humano¹¹.

El Estado de Bienestar surge como la forma de un Estado Social de garantizar estándares mínimos de ingreso, alimentación, salud, vivienda educación y seguridad social a cada ciudadano, sin discriminación alguna, como derecho político "fruto de las luchas sociales que acompañaron los procesos de industrialización y modernización en las sociedades modernas" ¹². Fleury y Molina¹³ lo reconocen como respuesta al proceso de desarrollo de sociedades capitalistas industrializadas y a sus consecuencias, con el fin de lograr estabilidad y seguridad en un nuevo contexto de solidaridad social.

El Modelo basado en la Sustitución de Importaciones en su momento fue muy promisorio para la modernización y el progreso de los países de la región y surtió sus efectos sobre altas tasas de crecimiento, mejores oportunidades de empleo y la posibilidad de que muchos pudieran superar sus niveles de pobreza. Sin embargo, el modelo mostró sus primeras señales de postración en la década de los 70 y la región comenzó a perder competitividad en el mundo, generando pérdida de oportunidades para exportar, altos índices de inflación y la consecuente "crisis de la deuda" de los 80 ¹⁴, caracterizada por la caída de las tasas de crecimiento, aumento del desempleo, deterioro de salarios, crecimiento de la pobreza y la desigualdad.

¹¹ MUSGROVE P. Relaciones entre la salud y el desarrollo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1993; 114(2):118-9

¹² Sarmiento L. La política social en dos escenarios futuros. En: Rojas MC, Delgado A (compiladoras). Política social, desafíos y utopías. Memorias del Seminario internacional nuevas tendencias en política social. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1997. p. 289-313

¹³ FLEURY S, MOLINA C. Modelos de Protección social. En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES; 2002. p. 3-6.

¹⁴ REY DE MARULANDA N. América Latina: pobreza y desigualdad durante 50 años de reformas económicas y sociales. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo/ Instituto Interamericano para el Desarrollo Social; 2000. p. 6-7

De otro lado, el Modelo Neoliberal, se caracteriza por las diversas formas de interacción de los individuos (ciudadanos que automáticamente adquieren la connotación de clientes) en amplios mercados donde los bienes, servicios y valores sociales se convierten en mercancías, con vendedores privados cuyo único interés es la rentabilidad económica bajo el principio de la libre competencia. En este modelo, el consumidor tiene la opción de elegir de acuerdo con su capacidad de compra, pues parte del supuesto de que todos los individuos tienen ingresos suficientes para satisfacer sus necesidades en un mercado que les ofrece una variada gama de bienes y servicios. Hayek y Friedman, fundan sus principios en la libertad individual y la desigualdad en una franca crítica al Estado benefactor ¹⁵por considerar que "la desigualdad es el motor de la iniciativa personal y la competencia de los individuos en el mercado que corrige todos los males económicos y sociales". El carácter del neoliberalismo es el individualismo en tanto que el individuo liberal es considerado una isla fundamentada en sí misma, centrado en la defensa de sus derechos como individuo a la vida, a la libertad y a la propiedad ¹¹.

Para sus defensores, "el sistema de precios permite que los individuos cooperen pacíficamente durante breves momentos, mientras que el resto del tiempo cada quien se ocupa de sus propios asuntos"¹⁶, y en consecuencia, según Hayek "en la sociedad moderna y compleja es preciso recurrir al mercado y a la iniciativa individual" ¹¹. En AL, su expansión se dio en los años 80 a partir de la aplicación de reformas de ajuste económico promovidas por el BM y el Fondo Monetario Internacional, convertidas en recetas para superar el déficit público y estabilizar las economías en esta región (Consenso de Washington) ^{17 18 19} Modelo Económico

¹⁵ Laurell AC. La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades sociopolíticas. Cuadernos Médico Sociales 1992; 60: p 3-8

¹⁶ Friedman M. Libertad de elegir. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1980. p. 61.

¹⁷ CLAD - Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo-. Una Nueva Gestión Pública para América Latina. Documento preparado por el Consejo Científico del CLAD [Internet] Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN000161> Consultado 1/05/2004.

de Planificación Central Ha sido propio de la antigua Unión Soviética, Europa Occidental y China y experimentado por iniciativas socialistas en AL ²⁰ como Cuba y Nicaragua, donde el Estado propietario de los recursos disponibles en la economía decide cómo organizar la producción, tipo de industrias y asignación de recursos, así como la combinación de tecnología con los recursos disponibles. Sus logros en la primera mitad del siglo XX fueron muy significativos tanto en lo ambiental como en la seguridad y el progreso social: aumento de producción e industrialización, garantía de acceso a servicios de educación, salud, vivienda y empleo para grandes poblaciones, y distribución equitativa de ingresos y de servicios sociales. No obstante, por los años 70 comenzó un proceso de estancamiento, obligando al Estado a emprender reformas de economía de mercado ²¹. Se han planteado otros modelos alternativos y estrategias de desarrollo tales como el desarrollo sustentable impulsado por la ONU, la teoría del Desarrollo a Escala Humana propuesta por Max Neef y el modelo de transformación productiva con equidad de la CEPAL, pero no logran su aplicación de manera consistente.

2.4 LOS ENFOQUES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y SU INFLUENCIA PARA LA TOMA DE DECISIONES LABORALES

Aquí se exponen algunos de los enfoques que desde distintas perspectivas se han aplicado en América Latina durante más de medio siglo. Entre ellos, se identifican tres modelos de Protección Social para la región: seguridad social, seguro social y

¹⁸ Williamson J. Latin American Adjustment: how much has happened? WashingtonDC: Institute for International Economics; 1990. p. 738

¹⁹ Gentili P. El Consenso de Washington y la Crisis de la Educación en América Latina. En: Álvarez F, Santesmases AJ, Muguerza J, Pastor J, Rendueles G, Varela J (compiladores). Neoliberalismo Vs. Democracia. Madrid: La Piqueta; 1998. p.122

²⁰ Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1996. De la planificación centralizada a la economía de mercado. Washington, DC: 1996. p. 133-148

²¹ Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1996. De la planificación centralizada a la economía de mercado. Washington, DC: 1996. p. 133-148

asistencia social, relacionados por algunos con Estado de Bienestar, Estado Liberal- Sustitución de Importaciones y modelo Neoliberal, respectivamente ¹³.

La Seguridad Social, se entiende como el conjunto de medidas previsivas dirigidas a garantizar a los habitantes de un país los medios económicos para lograr condiciones mínimas de comodidad, salud, educación y recreación, así como las providencias contra riesgos inherentes a la vida humana, como desempleo, enfermedad, invalidez parcial o total, vejez, oportunidad de educación y problemas de salud mental²². Debe pactarse en una política redistributiva. ¹³ En los países europeos incluye además: el pleno empleo, acceso universal a educación, redistribución del ingreso, regulación de relaciones laborales y de condiciones de trabajo, fomento de organizaciones de autoayuda y de negociación entre empresarios y trabajadores. Otras regiones del mundo apenas han alcanzado parcialmente, y más tarde, algunos de estos mecanismos de protección ^{23 24}

El Seguro Social, resulta de la aplicación estratégica de una política de seguridad social al amparo de los principios de solidaridad y universalidad ²⁵ y no como un proceso aislado. Entre sus estrategias está el aseguramiento, definido como "el conjunto de transacciones mediante las cuales el pago de un monto determinado permite recibir otro pago si ocurren ciertos eventos" ²⁶. Por ello, sólo cubre una parte de los riesgos naturales de la vida. No alcanzan a mantener las condiciones mínimas del bienestar, se limitan a cubrir la enfermedad y algunos riesgos económicos, sin garantizar los derechos sociales, pues sólo responden a las demandas surgidas de la industrialización. La Asistencia Social Mecanismo

²² ZÚÑIGA M. Seguridad Social y su Historia. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 1963. p.19

²³ MESA-LAGO C. Desarrollo social, Reforma del Estado y de la seguridad social al umbral del siglo XXI. Serie Políticas Sociales Nº 36 CEPAL/ELAC. Santiago de Chile: 2000

²⁴ MARTÍNEZ D, VEGA ML. La globalización gobernada. Estado, sociedad y mercado en el siglo XXI. Madrid: Editorial Tecnos (Grupo Anaya); 2001

²⁵ TITELMAN D, UTHOFF A. El papel del aseguramiento en la protección social. Revista de la CEPAL. 2003; 81: 103-122

²⁶ SOJO A. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. Revista CEPAL 2003; 80: 121-140

mediante el cual las provisiones financieras corren a cargo del tesoro público. Dirigidas a la porción económicamente más débil de la sociedad, a personas que no pueden contribuir a una caja de previsión, o que, pudiéndolo hacer, todavía no han sido incorporadas a ellas ²². Adicionalmente, otras dos formas de PS aplicados en AL se han basado en la asistencia social: las Redes Mínimas de PS y el Manejo Social del Riesgo ³ propias del post ajuste estructural.

La Asistencia Social, surgen como programas asistenciales para los más pobres y vulnerables en respuesta a "la crisis económica y los programas de ajuste estructural que agravaron la pobreza y provocaron protestas en algunas ciudades" ²³ viéndose amenazada la estrategia neoliberal. Hacia la década del 80, la mayoría de países latinoamericanos entraron en la tónica de las RMPS, con un enfoque descentralizador y participativo, y algunos con énfasis en inversión social. Su finalidad no era más que viabilizar políticamente el ajuste estructural ³ para mejorar la eficiencia de algunos ministerios. De acuerdo con Mesa Lago ²³, en AL surgieron varios tipos de RMPS tales como los programas de acción social (PAS), en Costa Rica y México; los Fondos de Emergencia Social (FES) en Argentina, Bolivia, Colombia, El Salvador, Perú y Uruguay; los Fondos de Inversión Social (FIS) en Bolivia y Chile. Su financiación ha sido con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), del BM y de la Agencia Interamericana de Desarrollo (AID), entre otros.

Tales Redes, caracterizadas por su ánimo mitigador y paliativo, no logran la protección amplia de la seguridad social integral ²⁷ ni alcanzan a enfrentar todas las dimensiones del riesgo. Según Ana Sojo ²⁶, surgen como una propuesta global de política social con una combinación público-privada, en la cual las responsabilidades estatales en materia de bienestar social se circunscriben al combate contra la pobreza y el aseguramiento contra los riesgos adquiere una dimensión individual, desvirtuando el carácter solidario de la seguridad social.

²⁷ BEVERIDGE W. Las bases de la seguridad social. México: Fondo de Cultura Económica; 1987

La Protección Social en América Latina ha estado condicionada de manera diversa no sólo por el modelo de desarrollo sino también por el régimen político, los aspectos financieros y las falencias administrativas que han afectado los mecanismos de seguridad social. Esto se ilustra con los casos de Brasil y Colombia donde el determinante principal es la búsqueda de legitimidad política. La PS hace parte de los sistemas de mediación y articulación entre lo político y lo económico ²⁸ De ahí la diversidad entre países y las tipificaciones de PS. Mesa Lago²⁹ clasifica los países de la región en pioneros, intermedios y tardíos de acuerdo con el momento en que se establece la seguridad social y su desarrollo posterior (siglo XX, hasta los años 80). Diferencia mecanismos financieros, de gestión y de equidad social dentro de la misma clasificación, según antigüedad de programas, cobertura poblacional, carga salarial y económica, equilibrio financiero y aspectos demográficos, etc.

Esta variabilidad trae distorsiones, de orden micro y macroeconómicas, en los modelos y tipificaciones descritas en la PS dependiendo de las relaciones del Estado con la sociedad en cada caso, y de su conflictividad interna. Su desarrollo tampoco fue armónico en los países y hacia los años 80 el 90% del gasto se concentraba en programas de pensiones, enfermedad-maternidad y el 10 % restante en riesgos profesionales, desempleo y asignaciones familiares.

En los últimos 30 años, América Latina ha entrado en procesos de reforma variando los mecanismos de PS en pensiones, salud y otros servicios sociales ³⁰pero a pesar de las especificidades de los distintos modelos se da una tendencia única de reforma neoliberal. Otros análisis ³¹ demuestran diferencias en las

²⁸ LE BONNIEC Y. Sistemas de protección social comparados: Colombia, Brasil y México. Revista Salud Pública 2002; 4(3): 203-239.

²⁹ MESA-LAGO C. Desarrollo de la Seguridad Social en América Latina. CEPAL. 1985.

³⁰ FRANCO A. Sistemas Previsionales, Salud y Reformas en América Latina. Revista Salud Pública. 2001; 3(3): 223-244.

³¹ GÓMEZ-CAMELO D. Análisis comparativos de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. Revista Salud Pública 2005; 7(3):305-316.

configuraciones de sistemas de salud en AL, dependientes del modelo de Estado y del modelo de desarrollo: así, se da el sistema nacional de salud de Cuba, donde prevalece un modelo de desarrollo basado en la planificación centralizada; en contraste, sistemas basados en el aseguramiento individual en Colombia y República Dominicana, países en los cuales se impone el Modelo Neoliberal; y como casos intermedios, los sistemas segmentados en Bolivia, Ecuador y Venezuela, países que arrastran el rezago de modelos desarrollistas de la época previa a la reforma del Estado

En América Latina, de acuerdo con Franco, "cada modelo de desarrollo tiene implícito o explícito una concepción de la cuestión social" ⁹. Estos modelos han sido considerados como simplificaciones estilizadas de los rasgos que caracterizan las diferentes etapas del desarrollo y no logran representar totalmente la situación social, ni responder a la conflictividad interna de cada país. Cada modelo de desarrollo se acompaña de su propia política social y a su vez condiciona el sistema de PS imperante en cada país y aunque históricamente se dieron las singularidades descritas atrás, también se fueron configurando generalidades (modelos o tipificaciones ideales de PS). En el análisis de AL en el siglo XX ^{9, 13}, la etapa previa a la crisis del capitalismo del 29, corresponde al Estado Liberal clásico; la de sustitución de importaciones, al Estado social, planificador e interventor; y la etapa posterior al ajuste, corresponde al Estado Neoliberal.

El primero, se basa en un modelo de desarrollo de mercado externo y su política social se basa en la iniciativa privada, en el auto proteccionismo como forma de PS y en prácticas privadas de mutualismo. El segundo, basado en el mercado interno, fundamenta la política social en la protección de los trabajadores asalariados y en el seguro social que cubre la relación capital trabajo. Finalmente, el Estado Neoliberal, vuelve con la apertura económica y la confianza en el mercado externo y auspicia una política neosocial atomizada y selectiva,

manteniendo su énfasis en la generación de capital humano. En este último, el modelo de PS se basa en las Redes Mínimas de PS (RMPS), en la focalización y en los seguros privados.

Otros consideran que las políticas sociales son "expresiones fragmentadas de las relaciones de clase" ³², denotando su aparición en áreas separadas del Estado, aparentemente autónomas: política económica, política laboral y política social. En este sentido, Fleury ¹³ sostiene que el ciudadano es sujeto principal en el modelo de seguridad social integral, donde las prestaciones universales son un verdadero derecho ciudadano (ciudadanía universal). No obstante, en el nunca lo fue y más bien aparece un nuevo sujeto: el trabajador ligado al contrato de trabajo (ciudadanía regulada), lo que efectivamente corresponde al aseguramiento (seguros sociales) basado en la relación capital-trabajo y en la contribución (PS). De otro lado, el asistencialismo, mantiene en los pobres un nuevo sujeto legítimo y único sobre el cual recae la política: el pobre y el desempleado quienes, mediante la focalización de la política social, se convierten en "sujetos del asistencialismo" (ciudadanía invertida).

En general, la PS está condicionada por el modelo de desarrollo imperante y por la forma como éste se articula con las estructuras del Estado en la mediación Estado-Sociedad. Surgen, así, modelos ideales de seguridad social, aseguramiento y asistencia social. Sin embargo, la experiencia latinoamericana muestra un mapa abigarrado de configuraciones de PS condicionadas por otros determinantes históricos y políticos los cuales moldean el modelo de desarrollo. Idealmente, los modelos de desarrollo deberían orientarse a superar los problemas de pobreza, desempleo y deuda social acumulada con iniciativas propias de PS y no basadas en formulaciones externas que no reconocen las diferencias económicas, políticas y sociales de los países.

³² GRASSI E, HINTZE S, NEUFELD MR. Políticas Sociales y Sujetos de Derecho. Una Comparación entre las políticas educativas a nivel primario, el subsector de obras sociales y las políticas de asistencia alimentaria. Cuadernos Médico Sociales 1995; 72: 62 (62-76).

Diversos autores han postulado múltiples definiciones del concepto de protección social³³. A continuación se presenta, a manera de resumen, un cuadro que contiene algunas de ellas. Todas estas definiciones tienen dos elementos en común. Se refieren, de alguna u otra manera, a la idea de reducir la vulnerabilidad de los hogares frente a eventuales caídas de ingresos, a través de un mejor manejo del riesgo. También hacen alusión al apoyo que requieren las personas y comunidades que se encuentran en situación de pobreza.

Algunas Definiciones de Protección Social ³⁴

Tabla 1. Algunas Definiciones de Protección Social

Autor	Definición
Banco de Desarrollo Asiático (2001)	“Conjunto de políticas y programas diseñados para <i>reducir la pobreza y la vulnerabilidad</i> , promoviendo la eficiencia de los mercados laborales, disminuyendo la exposición de las personas a <i>riesgos</i> y fortaleciendo su <i>capacidad para protegerse</i> de interrupciones o pérdidas de ingreso” (p. 1).
Marcus, R (2004)	“Conjunto de medidas encaminadas a: (i) proteger a las personas de choques que los puedan llevar a la pobreza, (ii) hacer a la gente menos vulnerable a estos choques, (iii) proteger a la gente contra la pobreza extrema y sus efectos sobre el bienestar y iv) proteger el bienestar durante períodos de vulnerabilidad del ciclo de vida” (p. 1).
Hagemejer, K.	“La protección social abarca todas las intervenciones públicas o privadas que buscan mitigar (relieve) la carga de un conjunto de riesgos y necesidades de los hogares y de los individuos”. Esta protección se brinda “sin que exista un acuerdo recíproco simultáneo o un acuerdo individual”.
Banco Mundial (2001)	Conjunto de intervenciones que buscan disminuir la vulnerabilidad de los individuos pobres, las familias o las comunidades, a través de un mejor manejo del riesgo (p. 4).
Acosta, O y Ramírez, J (2004).	“Las intervenciones del estado para prevenir, mitigar y enfrentar los riesgos constituyen su política de protección social, con la cual se buscan dos objetivos principales. El primero, la reducción de la vulnerabilidad de los hogares con ingresos muy bajos ante caídas del consumo y de su acceso a servicios básicos. El segundo, suavizar el consumo a lo largo del ciclo de vida para

³³ Ministerio de la Protección Social. Viceministerio Técnico Cuadernos de PROTECCIÓN SOCIAL. El Concepto de la Protección Social. Ramiro Guerrero. Cuaderno No. 3. Junio de 2006.

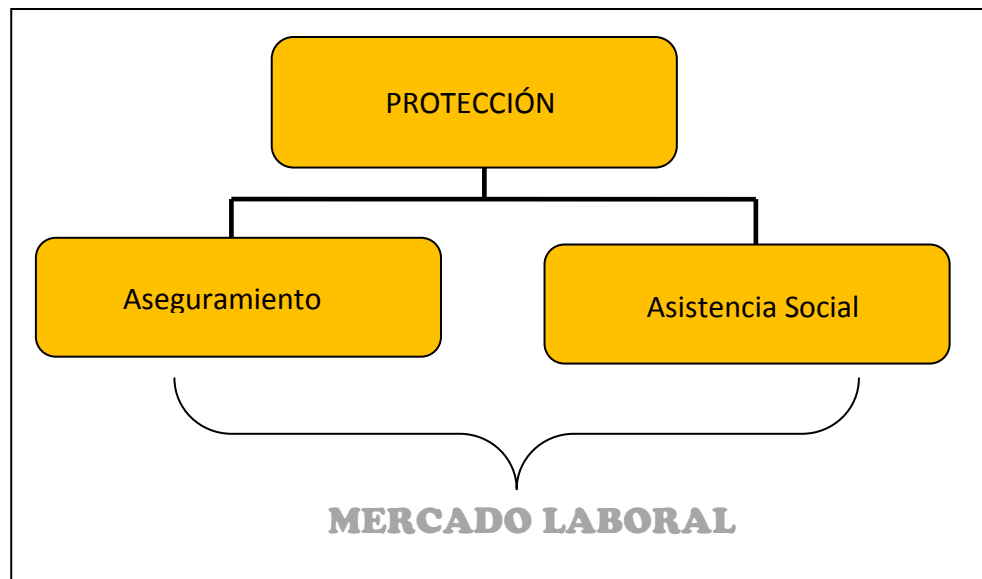
³⁴ Esta tabla es tomada del documento “Estrategia de financiamiento de un sistema de protección social en Colombia”, de Olga Lucía Acosta y Luis Fernando Gamboa (2004). Es subrayado es de los autores.

Autor	Definición
	todos los hogares y, por tanto, una distribución más equitativa del bienestar” (p. 25).
Ley 789 de 2002	El sistema de protección social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. El sistema debe crear las condiciones para que los trabajadores puedan asumir las nuevas formas de trabajo, organización y jornada laboral y simultáneamente se socialicen los riesgos que implican los cambios económicos y sociales.
Ayala(2001)	La protección social responde por la formación de capital humano necesario para superar la pobreza, pero la acción estatal no se debe agotar en ello.
Holzmann y Jorgensen (2000)	Parten de la definición de protección social entendida como las “medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas” para proponer ver “la protección social como intervenciones públicas para (i) asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y (ii) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza” (p. 3).

A partir de los elementos comunes que se pueden evidenciar en cada una de las definiciones, podemos aproximarnos a una definición común por interpretación así: la Protección Social, son una serie de intervenciones públicas para: a) ayudar a las personas, familias y comunidades a manejar mejor el riesgo b) apoyar a los más pobres en situación crítica. Se observa que en esta definición hay dos componentes. El primero, que busca un mejor manejo del riesgo, corresponde al concepto de aseguramiento. El segundo, que procura prestar ayuda a los más pobres, se refiere a una intervención de carácter asistencial.

Abordamos entonces el concepto de protección social a través de sus dos componentes: el aseguramiento y la asistencia social. Deberá quedar claro más adelante en el documento que existe una relación de complementariedad entre ambos componentes, que sustenta la noción de sistema de protección social. Así mismo, se explicará cómo el mercado laboral juega un papel central como articulador de los dos componentes del sistema, lo cual se ilustra en la Figura 2.

Figura 2. Componentes del Sistema de Protección Social



2.4.1 Primer Componente: Aseguramiento. El punto de partida es la siguiente pregunta: ¿Cuál es la función que cumplen, desde un punto de vista económico, los tradicionales sistemas de Seguridad Social? En otras palabras, ¿para qué sirven dichos sistemas, que existen en el mundo desde hace muchas décadas? La respuesta es sencilla: sirven para proteger a los trabajadores frente a eventuales caídas de ingresos. En efecto, protegen a la gente frente a posibles pérdidas de ingresos originadas por una de tres causas: salud, desempleo o vejez. La mala salud puede lesionar la capacidad económica de una persona porque pierde capacidad de trabajo (incapacidad) y/o porque le toca pagar una suma desproporcionada de dinero en un tratamiento, como ocurre con las llamadas enfermedades catastróficas. Un empobrecimiento similar puede resultar de una situación de desempleo prolongado. Así mismo, la vejez está asociada a una pérdida de capacidad de trabajo y por lo tanto de generación de ingresos.

Lo que hace la seguridad social, entonces, no es más que proteger a los trabajadores frente a las consecuencias económicas adversas de eventos asociados a la salud ³⁵, el empleo y la vejez. Esto no es nuevo. Incluso antes de la Ley 100 todo trabajador, al afiliarse al Instituto de Seguros Sociales, recibía un seguro de vejez (pensión)³⁶ y uno de salud. En Colombia el seguro de desempleo, que corresponde en principio al auxilio de cesantía, se administra separadamente, pero en muchos países es la misma institución la que administra los tres seguros: salud, vejez y desempleo. De manera que no es una novedad que los asuntos relacionados con salud y trabajo estén juntos, pues siempre han estado unidos alrededor del concepto de seguridad social. De otro lado, se observa que el común denominador de tres temas tan aparentemente distintos como la salud, la vejez y el desempleo, es la pérdida de ingresos. Así, la lógica que hay detrás del concepto de seguridad social es eminentemente económica.

Ahora bien, si se trata de proteger a las personas frente a caídas de ingresos, cabe preguntarse por qué interviene el Estado. En otras palabras, ¿no sería mejor dejar que cada cual acuda al mercado y adquiera los seguros que prefiera para protegerse frente a los riesgos asociados a la salud, la vejez y el desempleo? La respuesta es no. Hay varias y poderosas razones para que el Estado intervenga en la organización institucional de la seguridad social.

En primer lugar, existen las denominadas fallas del mercado. Sería concebible que el Estado se abstuviera de intervenir, si el mercado de los seguros funcionara perfectamente; es decir, de manera abierta, transparente y eficiente. Pero este no suele ser el caso. Los textos de economía normalmente citan la industria

³⁵ El término salud debe entenderse en un sentido amplio para cobijar la discapacidad (invalidez), que disminuye la capacidad de trabajo, y la maternidad. Esta última no habrá de considerarse una enfermedad, pero sí es un evento de salud que implica la suspensión temporal de la actividad laboral.

³⁶ Este se denomina seguro de invalidez, vejez y muerte (IVM). La invalidez se asegura en cuanto conlleva una pérdida de capacidad de trabajo. El seguro de muerte busca proteger el ingreso de la familia del trabajador en caso de que éste fallezca en el transcurso de su vida laboral.

aseguradora como ejemplo de fallas de mercado asociadas a defectos de información. Por ejemplo, la selección adversa y el riesgo moral hacen que en ausencia de regulación estatal la industria aseguradora funcione defectuosamente, que discrimine entre grupos de la población, que no ofrezca sus servicios a quienes más los necesitan o que cobre a los usuarios primas excesivamente altas.

Una segunda justificación para que el Estado intervenga es la obligatoriedad del aseguramiento. La mayoría de países del mundo no se conforma con que se ofrezcan los seguros sociales, sino que obliga a trabajadores y empleadores a tomarlos y financiarlos. Las personas que no se aseguran frente a los riesgos salud, vejez y desempleo, tarde o temprano terminan por convertirse en una carga para el Estado, que debe asistirlos con el dinero de todos los contribuyentes (incluidos aquellos que sí tuvieron la previsión de asegurarse). Por esta razón la seguridad social, por mandato legal, suele ser obligatoria.

Una tercera razón para la intervención estatal en la seguridad social es que puede haber muchas personas que quisieran asegurarse, pero no tienen la capacidad de pago suficiente para hacerlo. Por lo tanto, los esquemas de financiamiento de los seguros sociales deben prever mecanismos especiales para quienes se encuentran en dicha situación.

La seguridad social tiene su origen en una serie de obligaciones de los patronos incluidas en los contratos de trabajo. Por razones históricas, jurídicas y prácticas, los sistemas de seguridad social se construyeron alrededor del contrato laboral.

Dicho contrato tiene dos ventajas. La primera es que le otorga al trabajador ciertas garantías de estabilidad y de calidad de vida. Le genera además unos ingresos estables, predecibles y, muy importante, observables. Esto último quiere decir que para el Estado es relativamente fácil conocer los ingresos de todos los trabajadores a través de las nóminas de las empresas. Por eso es posible

construir complejos esquemas de financiamiento de los seguros sociales, sobre la información y los pagos asociados a las nóminas de las empresas.

La desventaja que tiene el contrato de trabajo es que no cubre a toda la población. Hay personas que no participan del mercado laboral y hay otras que sí quisieran trabajar pero están desempleadas. También hay quienes trabajan por su cuenta y, por ser independientes, no tienen una relación de dependencia con ningún patrono. Por último, hay personas que realizan sus actividades en el sector informal, sin cumplir con las obligaciones tributarias ni las asociadas a la seguridad social.

¿Cómo lograr que todas estas personas, que son mayoría en los países en desarrollo, se aseguren frente a los riesgos asociados a la salud, la vejez y el desempleo? El concepto de seguridad social ha evolucionado y ahora tiende a desligarse del contrato de trabajo. El objetivo de la política pública es lograr que toda la población –y no sólo los trabajadores activos–, tenga acceso a instrumentos adecuados de aseguramiento.

El concepto de seguridad social también ha evolucionado en otros sentidos. En su origen tenía una lógica indemnizatoria, que buscaba compensar al trabajador a posteriori frente a eventos adversos relacionados con la salud y el trabajo. Sin embargo, un óptimo manejo del riesgo aconseja no sólo compensar el daño, sino también prevenirlo. Así, en los sistemas de seguridad social cobra cada vez mayor importancia la prevención. Por ejemplo, el sistema general de seguridad social en salud, creado en Colombia en 1993, establece un mecanismo explícito de financiación para las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La organización institucional de la seguridad social también ha cambiado. En un principio los seguros sociales se ofrecían a través de instituciones públicas que

actuaban en condiciones de monopolio, como el caso del Instituto de los Seguros Sociales (ISS) en Colombia hasta 1993. Con el tiempo, se ha evolucionado hacia esquemas en los que se separa más claramente la función de regular (siempre a cargo del Estado), de la de administrar los seguros. Tanto en salud como en pensiones empieza a abrirse un espacio para que instituciones privadas presten los servicios de aseguramiento bajo un esquema de competencia regulada.

Tomando como base las anteriores reflexiones podemos entender el primer componente del Sistema de Protección Social, el aseguramiento, como una versión del concepto tradicional de seguridad social, actualizada en tres sentidos. Primero, busca cubrir no sólo a los trabajadores formales sino a toda la población. Segundo, combina el seguro con una estrategia explícita de prevención. Y tercero, permite la competencia de actores públicos y privados en la provisión de los seguros, bajo la regulación del Estado.

Así, podemos enunciar la siguiente definición del primer componente del Sistema de Protección Social:

ASEGURAMIENTO: Es un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones de trabajadores y empleadores, que protegen a las personas frente a los riesgos económicos asociados a la salud, la vejez y el desempleo. Estos seguros: a) Buscan cubrir a toda la población, y no solamente a quienes tienen un contrato de trabajo formal. b) Incorporan mecanismos de prevención. c) Pueden ser provistos por instituciones públicas o privadas, bajo la coordinación y regulación del Estado.

Este concepto del aseguramiento se empieza a desarrollar en Colombia con la Ley 100 de 1993, y se hace más explícito a partir de la creación del Ministerio de la Protección Social en 2003. De hecho, una de las principales misiones de esta nueva institución, según el decreto que establece sus funciones, es la siguiente:

“Definir, desarrollar y coordinar políticas en materia de trabajo, empleo seguridad y protección social para el sector informal de la economía, el sector no dependiente y el sector rural, y promover la ampliación de la cobertura de la seguridad y la protección social en los mismos” (...) “las políticas públicas del Sistema de la Protección Social se concretan mediante la identificación e implementación, de ser necesario, de estrategias de reducción, mitigación y superación de los riesgos.”³⁷ Es evidente el énfasis en la necesidad de asegurar a todos los colombianos y no sólo a los que tienen empleo formal. También lo es la importancia de las estrategias de prevención. Ya la Ley 100 de 1993 había hecho una reforma institucional que permitió la competencia de actores públicos y privados en la provisión de los seguros bajo un esquema de competencia regulada.

2.4.2 Segundo Componente: Asistencia Social. Hay dos maneras de enfrentar la tarea de reducir la pobreza y mejorar la distribución del ingreso. Una de ellas está orientada a eliminar las causas estructurales de la pobreza, y la otra a remediar sus consecuencias. La causa fundamental de la pobreza de una persona o una familia es que no está suficientemente dotada de capital físico (e.g. vivienda, activos financieros) y de capital humano (educación, preparación), de manera que no tiene cómo generar un ingreso aceptable. En otras palabras, no tiene propiedades que le renten ni la preparación y productividad suficiente para participar del mercado laboral y derivar de él un ingreso suficiente³⁸.

Cuando hay una alta proporción de personas y familias insuficientemente dotadas de capital físico y humano en una sociedad, la pobreza tiende ser alta y también la inequidad en la distribución del ingreso, puesto que el ingreso nacional se concentra en las pocas personas que sí tienen la capacidad de generarlo.

³⁷ Tomado del decreto 205 de 2003.

³⁸ El salario de las personas está asociado a su productividad. Las personas con bajos niveles de educación suelen ocuparse, cuando lo logran, en empleos de baja productividad y por ende baja remuneración, como el servicio doméstico o la construcción.

Por lo tanto, la primera estrategia para enfrentar la pobreza y mejorar la distribución del ingreso consiste en redistribuir las dotaciones de capital (físico y humano), de manera que toda la población esté en condiciones de generar un ingreso aceptable. Sobre esta estrategia, que podemos denominar estrategia estructural, cabe hacer las siguientes precisiones: a) Es una política cuyos resultados sólo se ven en el largo plazo. Aún si se lograra educación universal de buena calidad en un horizonte de tiempo corto, los resultados sólo se mostrarán a partir de la siguiente generación. b) Es una política transversal a todo el Estado. No es misión de un sector de la administración pública, sino que los involucra a todos (incluido educación, vivienda, entre otros).

La segunda estrategia para enfrentar la pobreza busca remediar sus consecuencias. Dado que en el horizonte de tiempo previsible seguirá habiendo amplios sectores de la población en situación de pobreza estructural, es preciso que el Estado intervenga para extraer recursos de las personas con altos ingresos (vía tributación, por ejemplo), para redistribuirlos entre los más necesitados. Esta se puede denominar como la estrategia asistencial, que consiste en otorgar subsidios (en dinero o en especie) a los sectores de la población que no tienen suficiente capacidad de generar ingresos. Esta estrategia se lleva a cabo en Colombia a través de diversos programas como “Familias en Acción”, los desayunos infantiles del ICBF, o los auxilios de subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, entre muchos otros del orden nacional o local.

Los beneficiarios de la política asistencial pueden ser los denominados pobres crónicos, que son personas insuficientemente dotadas de capital humano o físico. Otros grupos de la población que son típicamente objeto de la política asistencial son los niños abandonados, los discapacitados, los ancianos indigentes y los desplazados por la violencia.

Así, podemos enunciar la siguiente definición para el segundo componente del Sistema de Protección Social: **ASISTENCIA SOCIAL:** Es un conjunto de intervenciones estatales orientadas a reducir la pobreza a través de dos estrategias: a) Estructural. Busca dotar a toda la población de un nivel suficiente de capital humano y físico, de manera que todas las personas puedan generar un ingreso aceptable. b) Asistencial. Le otorga subsidios, en especie o en dinero, a aquellas personas con insuficiente capacidad de generación de ingresos.

2.4.3 Segundo Componente: Asistencia Social. La principal fuente de ingresos de las personas es el mercado laboral. En Colombia, como en todo el mundo, la gran mayoría de los hogares deriva su ingreso principalmente del mercado laboral.

Empezamos por observar que no todas las personas en edad de trabajar están dispuestas a hacerlo. Hay quienes se abstienen de participar en el mercado laboral porque prefieren otras actividades (como estudiar o permanecer en el hogar), y en todo caso porque tienen fuentes alternativas de ingresos (otro miembro del hogar trabaja o reciben otras rentas). De 34 millones de colombianos en edad de trabajar, sólo 20 millones y medio optaron por hacerlo durante 2005.

Ahora bien, no todos aquellos que deciden participar en el mercado laboral efectivamente encuentran trabajo. De hecho, en 2005 en Colombia 18 millones de personas reportaron estar ocupadas, lo que quiere decir que en promedio a lo largo del año hubo cerca de 2 millones y medio de desempleados.

También hay que recordar que no todos los que están ocupados tienen un contrato de trabajo formal. De los 18 millones de colombianos que reportaron estar ocupados en 2005, sólo 51% se clasificaron como asalariados, y el resto como independientes (trabajadores por cuenta propia, patrones o trabajadores familiares sin remuneración). Muchos de los independientes, y aún de los asalariados, se encuentran en el sector informal de la economía. Por eso, aunque generan

ingresos, no tienen pleno acceso a los mecanismos de aseguramiento y asistencia asociados al contrato laboral.

La composición y la dinámica del mercado de trabajo determinan los grupos objetivo que deben ser atendidos por los diferentes componentes del sistema de la protección social. Para ilustrar cómo se da esto en la práctica empezamos por aquellos que tienen un contrato laboral.

Este tipo de contrato establece para los trabajadores el derecho de asociación y de negociación colectiva, que es una potencial herramienta para lograr prestaciones adicionales a las de ley, y para incrementar la participación de los empleados en los excedentes generados por las empresas. Dicho contrato también incluye para los patronos obligaciones como la indemnización por despido sin justa causa, que sirve para los empleados como seguro de desempleo y en todo caso disminuye la probabilidad de despido³⁹. De otro lado, establece los descansos remunerados y las restricciones a los horarios de trabajo.

Además el contrato laboral incluye la obligación de afiliar al trabajador a los seguros de salud y riesgos profesionales, al sistema de pensiones, a un fondo de cesantías y a una caja de compensación familiar. Esta última le da al trabajador acceso, entre otras cosas, a subsidios para adquirir vivienda (capital físico), así como un subsidio por cada hijo que se encuentre estudiando⁴⁰(capital humano).

Así, los trabajadores formales –y sus grupos familiares- cuentan con todos los instrumentos de protección frente a eventuales caídas de ingresos por salud,

³⁹ La teoría económica también predice un efecto contrario en este punto: unos excesivos costos de despido pueden llevar a los empleadores, por precaución, a abstenerse de contratar nuevos empleados.

⁴⁰ De acuerdo con el artículo 3º de la Ley 789 de 2002 tendrán derecho a la cuota monetaria (el subsidio por cada hijo), los trabajadores que ganen menos 4 salarios mínimos, o las parejas que en su conjunto ganen menos de 6 salarios mínimos. Los hijos mayores de 12 años deberán acreditar escolaridad en un establecimiento docente.

desempleo o vejez, así como apoyos asociados a vivienda y educación, que mejoran la capacidad de generar ingresos en el futuro. Los trabajadores por cuentas propias o independientes tienen una protección similar. Están obligados a cotizar a salud y pensiones, y su afiliación al sistema de riesgos profesionales, a las cajas de compensación y a los fondos de cesantías es opcional.

La situación de los trabajadores formales contrasta con la de los desempleados y los informales, que no tienen acceso a los instrumentos de aseguramiento y asistencia que ofrece la seguridad social. Por lo tanto, su protección se tiene que lograr a través de programas asistenciales, como por ejemplo el régimen subsidiado de salud, “Familias en Acción”, o los subsidios alimentarios del ICBF.

Es evidente el papel articulador que juega el mercado laboral en el sistema de protección social. Cuanto más empleo hay, es mayor el número de personas que generan ingresos y por lo tanto menor el número de las que se deben atender mediante programas asistenciales. Si hay mayor formalidad, hay más personas cubiertas por los instrumentos formales de aseguramiento y asistencia que ofrece la seguridad social.

En una situación de pleno empleo y absoluta formalidad, todos los trabajadores y sus familias estarían protegidos integralmente por los instrumentos de aseguramiento y las prestaciones asociadas al contrato laboral. No habría, por lo tanto, necesidad de establecer programas asistenciales. El otro extremo es el punto donde nadie tiene empleo y toda la población debe ser protegida mediante programas asistenciales.

Los puntos expuestos son extremos que nunca se observan en la realidad. Además, por mucho empleo formal que haya siempre habrá grupos de población que requerirán de asistencia, como los niños abandonados, por ejemplo. Lo que sí se observa en la realidad es que a mayor empleo formal, hay menor necesidad de

asistencia, y a mayor desempleo e informalidad, mayor necesidad hay de la misma. Esta es la dinámica esencial del Sistema de Protección Social que busca ilustrar.

2.5 LA PROMOCIÓN EN SALUD Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES COMO BASE PARA EL DESARROLLO ARMÓNICO DE LA SOCIEDAD

En las últimas décadas, Colombia y en general los países de América latina, en especial los estados Chilenos, Brasileños y Argentinos, base de nuestro modelo actual, ha experimentado notables logros en salud y un importante crecimiento económico que no se ha traducido, sin embargo, en mejor calidad de vida para todos. La actual situación de salud - en la que predominan los estilos de vida y ambientes poco saludables - se ha caracterizado por el aumento explosivo de la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, los distintos tipos de cáncer, accidentes y problemas de salud mental. Ello demanda una decidida acción del conjunto de sectores de la sociedad. Para enfrentar este desafío, el Ministerio de la protección social presento ante el congreso de la republica distintas iniciativas que han generado reglamentaciones legislativas que contribuyen a la formulación e implementación de las políticas de promoción de salud en los distintos espacios de la vida cotidiana de las personas. En una primera fase, se ha priorizado su quehacer en los establecimientos de educación y en el ambiente comunitario y familiar, estando la expectativa de su desarrollo en los lugares de trabajo. Consideramos que se hace fundamental comenzar con la generación de las políticas de promoción de salud en el espacio laboral, pues tienen como propósito la mantención y mejoramiento de la salud y bienestar de los trabajadores, "a través de la protección de riesgos del ambiente físico y social, estimulando su autoestima y el control de la propia salud y del medio ambiente". Para conocer las nuevas iniciativas en este campo y aportar a la construcción de políticas públicas.

Partiendo de esta perspectiva, la promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas mejorar su salud, elevando el control de las condiciones que la determinan. Y aunque se piense lo contrario, la promoción de la salud no es un concepto nuevo. En sentido amplio, se puede decir que la humanidad ha realizado durante muchos siglos prácticas que hoy se podrían reconocer como promoción de la salud. Al comienzo de la década de 1940 surge una figura relevante llamada Henry Sigerist, quien es uno de los primeros a los que se le adjudica el uso del término promoción de la salud. Este historiador médico argumentó que "la salud se promueve fomentando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios para el descanso y la recreación". Al mismo tiempo, señalaba que "se necesitan los esfuerzos coordinados de muchos grupos para alcanzar esta meta, tales como la de los políticos, los trabajadores, los industriales, los educadores y los médicos, quienes, como expertos en los asuntos de salud, deben definir las normas y establecer patrones".

Varios años más tarde, en 1974, el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá retoma esta idea y argumenta que el campo de la salud está relacionado con cuatro grandes componentes: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización para la prestación de servicios de salud.

En los años siguientes se produjeron varios informes en Estados Unidos, Canadá y Suecia, entre otros, con un abordaje enfocado en el individuo para modificar sus conductas, por ejemplo, dejar de fumar, hacer ejercicios, disminuir el consumo de alcohol, etc. Sin embargo, este enfoque entró en crisis en 1980 por su carácter de "culpar a la víctima" y, por lo tanto, se comienza a dar más importancia al ambiente físico y social, que es parte del Campo de Salud descrito por Lalonde en años anteriores en Canadá. En este sentido, se puede mencionar un documento producido por la Oficina Europea de la OMS en 1982, que incorpora la existencia de factores fuera del individuo que necesitan estar presentes para ayudarles a

tomar las acciones para mejorar su salud. Posteriormente, en 1986, se refuerza esta idea y se declara a través de la Carta de Ottawa que los prerequisites de salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

De ahí se deduce que salud también es un producto social, con responsabilidades compartidas entre el individuo, la familia, los grupos, todos los sectores de la sociedad, las autoridades y el Estado. La Carta de Ottawa sienta las bases para futuros análisis y cursos de acción de la estrategia en las distintas regiones, cuyo contexto es muy particular, tales como América Latina y el Caribe. En 1992 se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Colombia cuyo escenario era el latinoamericano; en 1993 se redacta la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud en el Caribe y en el 2002 se suscribe el Compromiso de los países latinoamericanos con la Promoción de Salud, planteando la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud.

En dichos documentos se apoyan y acuerdan las acciones internacionales y estrategias de Promoción de la Salud propuestas en las Conferencias mundiales realizadas hasta el momento, estableciendo la necesidad de adaptar cada una de ellas a las características propias de la Región. Al mismo tiempo, destacan la importancia de que la Promoción de Salud se realice considerando realidades específicas y que en esencia significa un esfuerzo colectivo por llevar la salud y la vida a un plano de dignidad. Desde esa comprensión de salud se ubica al trabajador y al empresario en conjunto con su habitat, reconociendo su cultura, usos, costumbres, tradiciones, gustos, inquietudes, en todo lo que significa su ciclo vital, en sus relaciones socioculturales, económicas, civiles. Estas evidencias y los nuevos desafíos epidemiológicos y demográficos señalan la urgente necesidad de innovar y aprovechar mejor el potencial para el fomento de la salud de la población, tanto en individuos, familias, comunidades, grupos laborales, es decir, en todos los ambientes donde se desarrolla la vida humana. Surgen así las

acciones de promoción de la salud como un recurso para el desarrollo de la sociedad, como una clara forma de eliminar las barreras tradicionales convocando al mundo privado y público a complementarse en la tarea de construcción de la salud.

2.6 ACREDITACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD EPICENTRO DE LA GESTION ADMINISTRATIVA PARA LA GENERACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

El proceso de Acreditación es el primer peldaño en la gestión de la calidad, cuya instalación debe ser gradual y permanente en el tiempo. Para desplegar la gestión a la cual apuntamos debemos tener en cuenta algunos factores críticos⁴¹:

- Instalación de una política de calidad institucional, que sea una definición explícita de los lineamientos medulares de la institución, incorporados a su Misión y Visión, la cual en consecuencia lleve a un cambio cultural.
- Priorización de los temas de calidad sobre otros, de manera de reorganizar las estructuras institucionales, derivando recursos humanos y económicos para el desarrollo del plan a ejecutar.
- La Dirección de la institución debe liderar la instalación de una cultura de calidad basada en el mejoramiento de los procesos.
- Involucrar a todos los funcionarios del establecimiento “La calidad no es responsabilidad de los jefes, ES DE TODOS.

⁴¹ Guía de implementación para la Acreditación. Dpto de Calidad y Seguridad del Paciente. Ministerio de Salud.

- “**Formación** de una estructura de calidad formal con resolución de horas y funciones.

Asimismo, el sistema incorpora incentivos de prestigio que generan competencia entre las entidades para ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios, quienes se manifestaran más satisfechos en aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.

Institucionalmente cuando una entidad desarrolla procesos de mejoramiento que apuntan a lograr el cumplimiento de los estándares de acreditación obtienen un Incremento de la probabilidad de que el paciente/cliente sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos.

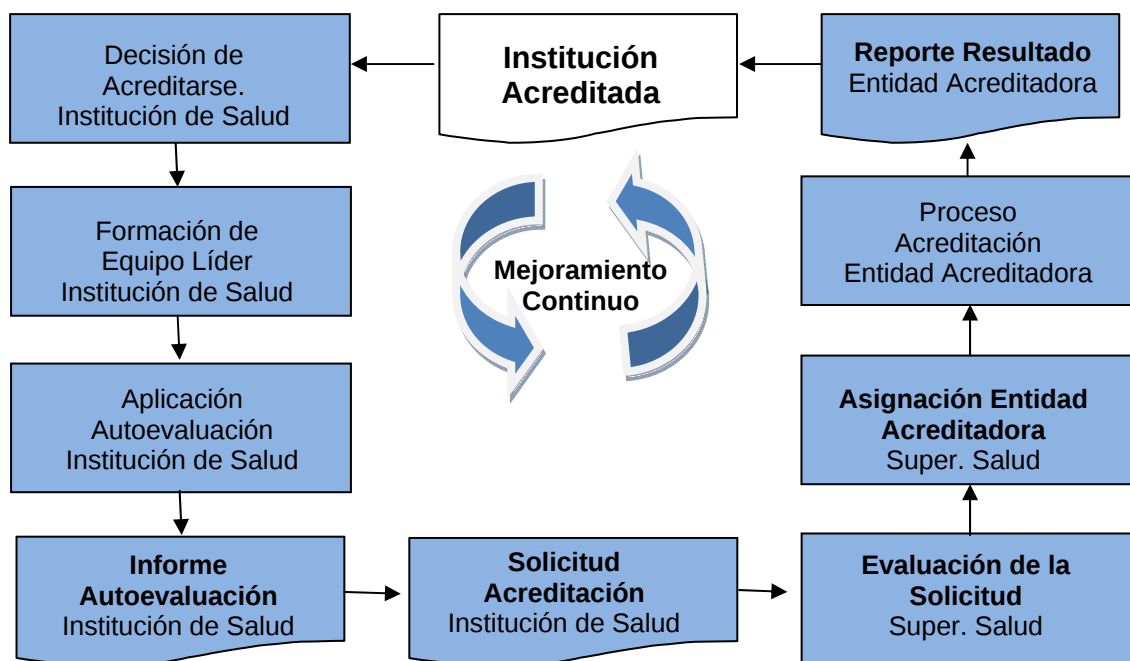
- Incremento en la efectividad clínica de los servicios que se prestan
- Disminución en el riesgo derivados de las atenciones de salud al paciente
- Incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales
- Incremento en la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.

Todo lo anterior impacta claramente en la contención de costos de no calidad y genera una tasa de retorno. Por lo tanto, el alcance de esta estrategia va más allá de una sola exigencia de la nueva Reforma de Salud, los estándares de acreditación representan la concreción en la operación de la política de calidad del sistema de Salud y los estándares definen el modelo de excelencia y óptimo rendimiento hacia el cual se debe mover la atención de Salud en Latinoamérica y especialmente en Colombia.

La Acreditación es una estrategia de mejoramiento, donde la preparación para esta, es el inicio del proceso. Los procesos constituyen la unidad del cambio, el elemento principal “las instituciones no cambian, si no cambian sus procesos”

Todo proceso de acreditación debe dar respuesta a un plan de trabajo definido por la normatividad colombiana, que continuación se resume:

Figura 3. Acreditación



2.7 PROCESO DE INDUCCIÓN

Las instituciones de salud deberán en esta etapa adquirir las competencias necesarias para dar inicio a la instalación de un modelo de gestión de la calidad, que los conduzca inicialmente al cumplimiento de los estándares de acreditación que se solicitan en los respectivos manuales de acreditación, para luego continuar con un mejoramiento continuo que los lleve en forma progresiva a la excelencia hospitalaria, donde el foco central de este proceso sea generar prestaciones de salud seguras para los pacientes o usuarios del sistema público . La Dirección del Establecimiento debe decidir cómo se ajusta este proceso con sus metas

generales, su misión y su plan estratégico, con el fin de alinear todos sus procesos hacia un mismo fin.

En este sentido hay estrategias a considerar para el logro del objetivo de esta etapa, las cuales pasan a ser requisitos necesarios, los que se detallan a continuación:

- **Motivación y difusión**, desarrollo de un Plan de Comunicaciones al interior de la institución para fomentar el logro de los objetivos y disminuir la incertidumbre de los funcionarios, dirigido a generar la necesidad de iniciar un proceso de gestión de calidad. Para esto se deberán desarrollar actividades como charlas, talleres, seminarios, cartillas informativas, afiches y un sistema de comunicación expedito y accesible a todos los trabajadores, una revista de calidad, un espacio en la intranet de la institución, un mail de información y consultas o cualquier sistema de difusión masiva que genere participación e involucramiento de los funcionarios, de esta manera se envía un mensaje claro a todo el personal a fin de solicitar su compromiso y colaboración en el proceso.

En esta sub-etapa se deberá dar a conocer los alcances de la Reforma de Salud, como motor imperativo para generar el cambio, como así mismo priorizar el tema reasignando recursos para la conformación de una estructura organizacional, que se detalla a continuación.

- **Estructura organizacional**, generar un departamento o unidad de calidad con un encargado institucional en los establecimientos de alta complejidad, dependiente directamente de la dirección, como asesor directo del nivel gerencial, con asignación de horas y funciones. Se requiere de manera clara de un líder organizacional que debe tener claras atribuciones y roles dentro de la organización quien además debe contar con todo el respaldo de la dirección o gerencia de la institución. Además en cada servicio clínico, de apoyo y administrativo se requiere

de un encargado, el cuál será el responsable de la gestión de la calidad en su área y se coordinará directamente con el encargado institucional. Se deberá definir claramente cuáles serán los roles y las responsabilidades del grupo de encargados, funciones específicas, actividades diarias, establecimientos de equipos de cooperación. En los establecimientos de Atención Primaria se deberá designar un encargado de la gestión de la calidad, con designación de horas y funciones, que se coordinará con la Dirección del Servicio de Salud respectivo.

- **Capacitación en los manuales de acreditación**, con el objetivo que la estructura organizacional de la calidad (encargados), conozcan los estándares exigidos en el proceso de acreditación y se puedan interiorizar de sus contenidos.
- **Capacitación en el instrumento de autoevaluación**, para adquirir las competencias necesarias para el uso de esta herramienta, que simplifica y facilita la realización de un diagnóstico de situación actual en relación a los estándares exigidos en la acreditación.

2.8 PROCESO DE DIAGNÓSTICO

Este se realizará con la aplicación del instrumento de autoevaluación por parte de las instituciones públicas de salud, con el acompañamiento del departamento de calidad y seguridad del paciente del Ministerio de Salud a nivel central y las oficinas de calidad y seguridad del paciente de los establecimientos a nivel local. El punto de partida de este proceso es la Autoevaluación, que permite que la dirección del establecimiento se formen un juicio objetivo de su estado de situación actual relacionado a los estándares exigidos en el proceso de acreditación.

La Autoevaluación ayuda a la organización a direccionar su intervención, definiendo planes de mejora a cumplir, con un enfoque sistemático y disciplinado.

La Autoevaluación se convierte entonces en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, aciertos, desviaciones, eficiencia, eficacia y mejoras de los sistemas de la institución.

En esta etapa se deberá definir:

- El tiempo destinado a realizar la Autoevaluación.
- El tiempo destinado a la consolidación de los resultados.
- El N° total de evaluadores para la recolección de la información
- La distribución de los evaluadores por lugares de verificación
- Determinación de quien realizará la función de consolidación de resultados.
- Definición de cronograma y lugar de reunión de los evaluadores

Estos puntos se desarrollarán más ampliamente a continuación.

Equipo de trabajo: Un aspecto clave para la realización del diagnóstico es la conformación de equipos y el trabajo en equipo. La aproximación a la acreditación centrada en la seguridad del paciente enfatiza la importancia de hacer que todos los niveles del personal, profesionales y técnicos, se involucren en este proceso.

Los responsables de áreas son quienes entienden el proceso en detalle. ¿Quién mejor que ellos para evaluar su propio nivel de cumplimiento con los estándares?

El encargado de calidad del establecimiento será el eje central en el proceso de autoevaluación, será el coordinador general de la actividad. La determinación del número de evaluadores para la recolección de la información en las distintas dependencias del establecimiento, será directamente proporcional al tamaño de la institución. Es apropiado 2 en establecimientos pequeños, 4 en medianos y 6 a 8 en grandes. El equipo de trabajo habrá sido previamente capacitado en el instrumento de autoevaluación.

Tiempo de aplicación: Una semana para la recolección de datos y una semana para la consolidación y elaboración del informe final.

Funcionamiento: Para que el equipo conformado funcione eficientemente deben seguirse algunas reglas básicas:

Organizar aspectos logísticos como lugar de reuniones con equipo de PC, cronograma de trabajo que incluye la distribución de lugares de verificación por evaluador, frecuencia, agendas y tiempos en los que estas se deben llevar a cabo.

- También se debe tener en cuenta el manejo del tiempo para la recolección en terreno.
- Se debe hacer discusión sobre la información recolectada, de manera de unificar criterios de medición y poder aclarar dudas surgidas en terreno (evitar sesgos).
- El equipo debe acordar un proceso para tomar decisiones de grupo, en aquellas situaciones en que se producen dudas con respecto a las evidencias encontradas.

Recolección de información: Esta etapa del proceso debe iniciarse con la reunión del equipo en la cual fijarán el plan de trabajo a desarrollar, se deberán tomar acuerdos relacionados con:

- Distribución de lugares de verificación por evaluador.
- Tamaño de muestra para entrevistas y revisión de documentación.

Elaboración de informe: La elaboración del informe una vez concluido el proceso de autoevaluación, será sencilla si se ha usado el instrumento de autoevaluación

en forma correcta. Bastará agregar a la planilla Excel N° 2 de resultados las observaciones realizadas por los evaluadores en cada elemento medible. Recordar que el instrumento de autoevaluación entrega un informe automático de resultados al llenar los puntajes de las distintas características.

2.9 ELABORACIÓN DEL PLAN DE MEJORA

Las instituciones de salud deberán construir un plan de intervención atinente a las deficiencias encontradas en el diagnóstico.

Para el equipo de los encargados por área, se sugiere que este conformado por los jefes de cada sección, responsables de ejercer el liderazgo sobre su personal subalterno, de manera de conducir su gestión hacia la mejora continua, integrando este concepto al quehacer diario.

Al terminar el ciclo de autoevaluación se deben identificar claramente las acciones de mejoramiento que se adelantarán para alcanzar el pleno cumplimiento de los estándares solicitados en el proceso de acreditación, haciendo énfasis en: El análisis de los procesos y sus respectivas etapas, como elemento infalible para lograr el éxito. Apuntar las acciones hacia los procesos que son la causa raíz del incumplimiento.

Desarrollar, a través de un proceso sistemático y basado en la evidencia científica, el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento. Definir un proceso de monitorización del mejoramiento de los procesos. Comunicar a la organización los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad, con el propósito de incentivar el mejoramiento como cultura organizacional e internalizar y asegurar los procesos mejorados.

La tarea de identificar o dar prioridad a los procesos: Desarrollar el monitoreo y mejoramiento implica tener claro que es posible monitorear y mejorar solo unos cuantos procesos al mismo tiempo. El equipo debe poner los procesos que quiere mejorar en orden de prioridad y debe llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar primero y la forma como lo va a realizar. Las preguntas que pueden guiar esta decisión son las siguientes:

- ¿Cuáles procesos son de alto riesgo e inciden directamente en la seguridad de los pacientes?
- ¿Qué procesos se realizan más frecuentemente o en un alto volumen?
- ¿Qué procesos al mejorarlos reportan más beneficios para el cumplimiento de los estándares?

Existen muchas formas en que las respuestas pueden volverse aparentes. La necesidad de mejorar un proceso puede ser identificada como resultado de los cambios de los objetivos o estructuras de la organización.

La tarea fundamental de esta etapa es el establecimiento de indicadores de evaluación de la calidad del proceso o del resultado del mismo e identificar los puntos débiles.

La ejecución de este plan tendrá una duración de seis meses a un año de duración. En esta etapa las instituciones de salud pública serán acompañadas por el nivel central, teniendo un referente para dicho efecto, quien será responsable de desarrollar actividades de capacitación, asesoría y visitas.

El nivel central además pondrá a disposición de las instituciones documentación exigida en el Manual de Acreditación, relacionada con normas, protocolos e indicadores, que pueden ser usados a modo de referencia por las instituciones.

2.10 EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LAS INTERVENCIONES

Esto se realizará volviendo a efectuar la autoevaluación y tiene como propósito evaluar:

- Despliegue en la institución: Grado en que se han implementado los planes de mejora y son consistentes en las distintas áreas de la organización.
- Despliegue hacia el usuario: Grado en que la mejora es percibida por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del plan.
- Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área deficitaria y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
- Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo.
- Estado actual para acceder a la acreditación.

2.11 INGRESO AL PROCESO DE ACREDITACIÓN

En esta etapa es esperable que las instituciones de salud, hayan subsanado la mayor parte de sus deficiencias y se encuentren en condiciones de solicitar la acreditación.

La institución deberá solicitar la admisión al proceso de acreditación a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud , esta solicitud debe ser acompañada con la información sobre las características del establecimiento, objetivo sanitario y nivel de complejidad de las prestaciones que realiza; asimismo el tipo de estándares de acreditación por los que desea ser evaluado, información necesaria para la selección de la entidad acreditadora y para fijar el monto que deberá pagar a la entidad acreditadora que le será asignada.

La solicitud del prestador es evaluada, verificándose que cumpla con los requisitos para postular a la acreditación. Estos requisitos son: encontrarse con su

autorización sanitaria vigente y haber realizado, durante el año previo a la solicitud, un proceso de auto evaluación de la calidad en la institución.

Verificado que el prestador institucional cumple los requisitos para postular, se procede a la designación de la entidad acreditadora que realizará la acreditación. Este proceso de selección es aleatorio, teniendo todas las entidades acreditadoras, vigentes y elegibles en la Intendencia de Prestadores, la misma probabilidad de ser seleccionadas en el sorteo.

Al momento de inicio del proceso de acreditación, el prestador solicitante paga a la entidad acreditadora seleccionada el 50% del arancel que se le calcule de acuerdo a la estructura de costo arancelario establecido en el reglamento, quedando el 50% restante para materializarse al término del proceso completo.

En síntesis, son elegibles para ser acreditados los prestadores institucionales que han cumplido los siguientes requisitos:

- 1) Han solicitado formalmente, a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, ser sujetos del proceso de acreditación. En la solicitud consta la clasificación del tipo de establecimiento (atención abierta o atención cerrada) y la complejidad de sus prestaciones para efectos de acreditación (alta, mediana o baja complejidad según los criterios establecidos en el reglamento). Según sea el caso, esta solicitud debe contener los problemas de salud GES que atenderá y los estándares específicos por los que solicita ser acreditado.

- 2) Tienen autorización sanitaria vigente, es decir han sido autorizados por la autoridad sanitaria respectiva con su rol asistencial y todas sus dependencias actuales. La revisión del cumplimiento de este requisito considera la identificación del director técnico actual de la institución, la resolución de autorización sanitaria inicial de instalación y funcionamiento del establecimiento, y las resoluciones

complementarias que dan cuenta de modificaciones a la autorización original, sea por ampliación del establecimiento o de prestaciones, cambio de director técnico, cierre de algún servicio o unidad, cambio de representante legal u otras.

3) Documentan que durante el año previo a la solicitud han realizado un proceso de auto evaluación de la calidad asistencial. El instrumento utilizado para realizar la autoevaluación debe contener como mínimo la evaluación de los mismos ámbitos que considera el Manual de Acreditación. Los resultados de la autoevaluación deben estar consignados en un documento oficial de la institución que registre los ámbitos evaluados, las fechas entre las cuales se efectuó la evaluación y sus responsables. Una vez designada la entidad acreditadora que se hará cargo de la evaluación, ésta deberá fijar la fecha de inicio de la evaluación, siendo recomendable que consensue con el prestador institucional un plan de trabajo y un cronograma de ejecución del proceso de acreditación, que permita completarlo dentro del plazo reglamentario máximo de 30 días hábiles. Con el fin que el prestador se prepare para el proceso de acreditación, es recomendable que la entidad acreditadora informe al prestador interesado los detalles del trabajo que realizará en terreno. Se espera que el prestador disponga oportunamente de los documentos que le serán solicitados y coordine con sus profesionales las visitas a terreno del equipo acreditador.

Posteriormente en terreno, los profesionales de la entidad acreditadora deberán revisar documentos, visitar las diferentes dependencias, analizar datos de los sistemas de información disponibles, entrevistar a personas –funcionarios, alumnos y realizar otras actividades de verificación según lo indicado en este manual de acreditación.

Es necesario señalar que el proceso de acreditación puede ser fiscalizado, en cualquier etapa o momento, por la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, o por el Instituto de Salud Pública, según la naturaleza

del prestador. Estas instituciones también podrán fiscalizar el proceso una vez terminado y recabar las opiniones, percepciones, y sugerencias de parte del prestador recién sometido al proceso de acreditación.

2.12 LOS DERECHOS DEL PACIENTE COMO ESCENARIO PARA EL AMBIENTE LABORAL

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Ya desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, organizaciones como Naciones Unidas, UNESCO o la Organización Mundial de la Salud, o, más recientemente, la Unión Europea o el Consejo de Europa, entre muchas otras, han impulsado declaraciones o, en algún caso, han promulgado normas jurídicas sobre aspectos genéricos o específicos relacionados con esta cuestión. En este sentido, es necesario mencionar la trascendencia de la Declaración universal de derechos humanos, del año 1948, que ha sido el punto de referencia obligado para todos los textos constitucionales promulgados posteriormente o, en el ámbito más estrictamente sanitario, la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, promovida el año 1994 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, aparte de múltiples declaraciones internacionales de mayor o menor alcance e influencia que se han referido a dichas cuestiones⁴².

Últimamente, cabe subrayar la relevancia especial del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina), suscrito el día 4 de abril de 1997, el cual

⁴² LEY 41/2002. Madrid, 14 noviembre de 2002. España El Presidente del Gobierno, JOSÉ MARÍA AZNAR LÓPEZ

ha entrado en vigor en el Reino de España el 1 de enero de 2000. Dicho Convenio es una iniciativa capital: en efecto, a diferencia de las distintas declaraciones internacionales que lo han precedido, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben. Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, persiguiendo el alcance de una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias; en este sentido, es absolutamente conveniente tener en cuenta el Convenio en el momento de abordar el reto de regular cuestiones tan importantes.

Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 48 de la Constitución Política Colombiana de 1991, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley 100/1993, reformada por la ley 1122/2006,(Ley General de seguridad social integral). Y sus decretos reglamentarios.

De otra parte, esta Ley, a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema de salud desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como

derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.

A partir de dichas premisas, la presente Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales. En este sentido, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente.

En particular, merece mención especial la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en la reglamentación existen, con relación de los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado. Asimismo, la Ley trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios en este aspecto.

En septiembre de 1997, en España en desarrollo de un convenio de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo, tuvo lugar un seminario conjunto sobre información y documentación clínica, en el que se debatieron los principales aspectos normativos y judiciales en la materia. Al mismo tiempo, se constituyó un grupo de expertos a quienes se encargó la elaboración de unas directrices para el desarrollo futuro de este tema. Este grupo suscribió un dictamen el 26 de noviembre de 1997, que ha sido tenido en cuenta en la elaboración de los principios fundamentales de las mayorías de reglamentaciones en América latina.

La atención que a estas materias otorgó en su día la Ley General de seguridad social supuso un notable avance como reflejan, entre otros, sus artículos. Sin

embargo, el derecho a la información, como derecho del ciudadano cuando demanda la atención sanitaria, ha sido objeto en los últimos años de diversas matizaciones ampliaciones por Leyes y disposiciones de distinto tipo y rango, que ponen de manifiesto la necesidad de una reforma y actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad. Así, el decreto de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión.

Esta defensa de la confidencialidad había sido ya defendida por la misma Constitución Colombina, además de reafirmarse la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud, se apunta la presencia de otros intereses generales como los estudios epidemiológicos, las situaciones de riesgo grave para la salud de la colectividad, la investigación y los ensayos clínicos que, cuando estén incluidos en normas de rango de Ley, pueden justificar una excepción motivada a los derechos del paciente. Se manifiesta así una concepción comunitaria del derecho a la salud, en la que, junto al interés singular de cada individuo, como destinatario por excelencia de la información relativa a la salud, aparecen también otros agentes y bienes jurídicos referidos a la salud pública, que deben ser considerados, con la relevancia necesaria, en una sociedad democrática avanzada.

En esta línea, el Congreso de Colombia generó los instrumentos jurídicos relativos a la protección de los datos médicos, después de afirmar que deben recogerse y procesarse con el consentimiento del afectado, indica que la información puede restringirse si así lo dispone una Ley y constituye una medida necesaria por razones de interés general.

Todas estas circunstancias aconsejan una adaptación de la Ley General de Sanidad con el objetivo de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias. Se trata de ofrecer en el terreno de la información y la documentación clínicas las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución.

2.13 LA EMPRESA Y EL CAPITAL DE TRABAJO COMO PILARES FUNDAMENTALES PARA LA GENERACIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LOS LUGARES DE TRABAJO

El Estado colombiano como máxima institución de organización de la sociedad colombiana, tiene la obligación de generar políticas públicas que garanticen la seguridad, la protección y el desarrollo de los ciudadanos que ejercen labores productivas para su subsistencia. La empresa, como unidad generadora de esfuerzos colectivos, no escapa a la responsabilidad de aplicar las políticas públicas antes mencionadas. Ésta se entiende como una organización de personas, recursos y actividades con fines económicos. Es una unidad económica de producción y servicios en la cual, se organizan los factores humanos, materiales y financieros de manera eficiente, se busca obtener beneficios o ganancias. La empresa puede asumir múltiples formas organizativas. Otra definición puede ser: Entidad jurídica que realiza actividades económicas gracias a las aportaciones de capital de personas ajenas a la actividad de la empresa, los accionistas. La palabra empresa viene del término emprender, y emprender quiere decir comenzar y desarrollar un plan, es decir, es una combinación de recursos que se organizan en una serie de actividades para lograr unos resultados los cuales dependan de la satisfacción de los clientes.

El economista austriaco-estadounidense Joseph Alois Schumpeter destacó el papel del empresario como agente innovador que crea y desarrolla un nuevo producto, un nuevo mercado, o nuevas técnicas de producción. Las primeras referencias al estudio de la acción empresarial son de carácter teórico y se encuentran en los trabajos que desde la economía realizara Schumpeter (1934) y Weber (1930) desde la sociología.

No obstante que Schumpeter y Weber en los años 40 establecieron las bases para el estudio del empresario y su entorno, los trabajos empíricos sobre esta temática son relativamente recientes, se iniciaron prácticamente en los años 90 y se inscriben dentro del núcleo temático de Cultura y Entrepreneurship.

Las actividades empresariales, influenciadas por la cultura organizacional, y el entorno influyen en los procesos de cambio. A medida que suceden circunstancias al interior de la organización, debido a variables endógenas o exógenas, los directivos reaccionan ante los cambios y en algunos casos, muy pocos, asumen una actitud proactiva, de forma que puedan anticiparse a situaciones que pueden afectar la empresa y colocarla en riesgo de desaparecer. La acumulación de hechos llega a alcanzar un punto en que no se puede ignorar la existencia de un problema. Sin embargo, en esta etapa el problema no está bien definido.

Gerry Johnson y Kevan Scholes (1999) explican que existe el peligro de pensar que el cambio consiste en una secuencia ordenada de etapas, a través de procesos de planificación formal, con una estructura de pasos secuenciales que implican el establecimiento de objetivos y el análisis de las tendencias del entorno y de los recursos disponibles, con una cuidadosa planificación de la implantación del cambio y un análisis cuidadoso de los objetivos del mismo con lo que los directivos son capaces de tomar decisiones que definen el futuro de su organización. Dada la complejidad de las organizaciones y sus entornos, muchas veces es imposible tener un plan detallado con todas las alternativas de acción, es

más la dirección de la empresa aprende a gestionarlo “sobre la marcha”, con base en la planeación contingente. “La planeación adaptativa o contingente se identifica como planeación innovativa, según Russell Ackoff (1970), es más una aspiración que una realización, aunque afirma que la adaptación puede llevarse a cabo en una organización de una forma más completa que la que pudiera imaginarse”.

La necesidad de cambio fue expuesta por D. Nadler y M.S. Gertein (1999) que lo denominaron como capacidad insuficiente para actuar. El éxito o el fracaso de cualquier organización depende de la capacidad de sus integrantes para identificar y solucionar situaciones problemáticas. Una organización pierde su flexibilidad cuando los inconvenientes persisten, cuando los conflictos deben ser trasladados hasta los niveles directivos para ser resueltos y cuando las soluciones no se aplican a tiempo y con eficiencia. Cuando un directivo actúa “apagando incendios”, pierde el contacto con el entorno y consecuentemente su capacidad estratégica, surge la necesidad de cambio, y esta realidad muchas veces debe ser racionalmente explicada.

Diversos autores señalan que para iniciar un cambio es necesario poseer una visión del estado futuro de la organización. Las resistencias a los cambios y la inercia de la organización se deben a que esta se encuentra atrapada en sus propios paradigmas y rutinas, por lo que es necesario “descongelar” el paradigma, según expresa E. Schein (1985); y este descongelamiento debe ser un requisito de cualquier proyecto de cambio.

Si un director determina que su empresa exporte, esa decisión conlleva un largo y difícil camino, interno y externo. Un ejemplo de la trayectoria interna: debe convencer a sus directores más allegados para que apoyen su decisión, ofreciéndoles razones claras, precisas, contundentes, al menos en apariencia, para realizar la exportación. Luego, al lograr este consentimiento, deberá obtener los medios humanos y materiales capaces de tal acción. Una vez conseguidos,

necesitará coordinarlos con los demás recursos de la empresa para que su desenvolvimiento sea armónico, «sinérgico» diríamos ahora. Aun si logra el éxito en todo lo anterior, se levantarán dificultades o imprevistos que requerirá sortear hasta alcanzar el objetivo deseado y asumir “riesgos calculados” que le permitirán transformar la organización, sin dejar de actuar por temor al fracaso.

Existe un largo camino entre pensar las cosas, decidir las y realizarlas. Se trata, al menos, de tres pasos que el profesor Carlos Llano, en el prólogo de su libro, “Análisis de la acción directiva”, explica: diagnóstico, toma de decisiones y mando de hombres.

El diagnóstico es la parte más intelectual del proceso directivo. Está orientado a la acción y debe cumplir los objetivos genéricos de la empresa: obtener lucro, desarrollar el factor humano, ofrecer un bien útil a sus clientes y dar continuidad a la propia empresa. Esto supone deliberación, análisis sobre las distintas alternativas para alcanzar esos objetivos y, finalmente, optar por una de ellas con sus riesgos inherentes. El diagnóstico tiene que ver con la visión de futuro, ya que el director debe analizar la situación de la empresa hoy para tratar de vislumbrar los distintos factores que influirán en el entorno y en la propia empresa hasta obtener, sintéticamente, el futuro deseado.

No sólo hay que decidir sino, sobre todo, tratar que otros realicen —quieran— lo querido: esto es el mando de hombres o dirección del factor humano. Es claro que la acción política tiene relación con el mando de hombres ya que al pedirle a otros, mediante razones objetivas, que hagan determinada acción debe procurarse su propio perfeccionamiento y esto es eminentemente político. Por eso, sólo la persona prudente puede ser realmente política; sólo quien es ético, quien hace el bien, puede ser político.

El hombre de vértice, el político de empresa, el director es, ante todo, aquel que obra el bien (para sí mismo y para los demás). Por eso puede pedir que otros realicen el bien para la comunidad. El político es esencialmente alguien capaz de hacer el bien a los demás, sumar esfuerzos, unir voluntades hacia ese objetivo que llevará al éxito. Al «visualizarlo», ve los medios que deben aplicarse (no cualquier medio sino los necesarios y factibles); motiva a su gente para que a pesar del esfuerzo arduo que deben librar, se realice el trabajo necesario para lograr esa visión de futuro, ese objetivo exitoso. De allí que el fracaso puede surgir cuando el directivo selecciona los medios (estrategias) para alcanzar los objetivos, de forma errónea o no contribuye a crear una visión compartida de la organización.

Según Richard Allen (1.997), la visión está precisamente destinada a comprometer la participación y el espíritu de cada uno de los miembros de la organización. El diccionario Webster define la visión como la capacidad para percibir algo que no es realmente visible a través de la agudeza mental y una actividad de previsión. Para definir la visión con términos más formales, sería útil examinar qué es lo que ésta puede hacer por una organización. Una visión puede brindar un mapa de ruta para el rumbo futuro y generar emoción sobre ese camino futuro. También puede traer orden al caos y, por último y no por ello menos importante, puede ofrecer un criterio para medir el éxito.

Otro momento importante en la dirección de empresas es distribuir adecuadamente el trabajo: diseñar la estructura. Toda visión de futuro conlleva una estructura que puede contar con la existente, modificarla, crear una nueva. Proyectar a futuro es, al menos, detenerse a reflexionar sobre la estructura que se posee y si será suficiente o adecuada para el nuevo proyecto de empresa que se vislumbra. La mejor idea futura de empresa puede fracasar rotundamente por falta de visión con respecto a la estructura; es como querer construir un puente sobre

un río sin los cálculos necesarios para evitar su derrumbe y, por otro lado, que soporte el peso que sostendrá.

Peter Drucker en su libro: *Desafíos de la Gerencia para el siglo XXI*, dice: “Seis factores principales determinan la productividad de quien trabaja con el conocimiento: ¿Cuál es la tarea?, autodirección y autonomía, innovación continuada, aprendizaje continuo, calidad y mirar al trabajador como una inversión y no como un costo”.⁴³ Esta reflexión de este “gurú” de la administración, se enmarca dentro del contexto de la sociedad del conocimiento, donde la productividad de los administradores se expresa no sólo en términos de rentabilidad, sino en la capacidad de generar ventajas competitivas que le permitan a una organización sobrevivir a lo largo del tiempo.

El análisis político de la organización es un factor importante para iniciar un proceso de cambio. Gerry Johnson y Kevan Scholes describen el mapa de los stakeholders o grupos de interés, definiendo a los mismos como aquellos individuos o grupos cuyos objetivos dependen de lo que haga la organización y de quienes, a su vez, depende la organización.

A la hora de identificar a los stakeholders existe el peligro de concentrarse demasiado en la estructura formal de la organización como punto de partida para tal identificación. Otros problemas inherentes a este análisis es que los individuos suelen pertenecer a más de un grupo y, además, los grupos de stakeholders se alinean de forma distinta en función de la estrategia que se discuta.

El mapa de los stakeholders identifica el poder y expectativas de estos, y permite establecer cuáles son las prioridades políticas. Se trata de valorar dos aspectos:

⁴³ DRUCKER, Peter. *Desafíos de la Gerencia para el siglo XXI*. Editorial Norma. Bogotá. 1999. p. 145

Hasta qué punto está interesado cada grupo de stakeholders en influir con sus expectativas en la elección de estrategias de la organización.

Si tienen los medios para conseguirlo. Este segundo aspecto está relacionado con el poder de cada grupo.

Tabla 2. El mapa de stakeholders: la matriz de interés/poder

	Nivel de	interés	
		Bajo	Alto
Poder	Bajo	A ESFUERZO MINIMO	B MANTENER INFORMADOS
	Alto	C MANTENER SATISFECHO	D JUGADORES CLAVES

Esta matriz es una útil herramienta analítica, tanto para valorar la facilidad o dificultad política de aplicar determinadas estrategias, como para planificar la dimensión política de un proyecto. Es evidente que la aceptabilidad de las estrategias para cada jugador clave (segmento d), debe ser una de las principales cuestiones a tener en cuenta cuando se formulan y valoran nuevas estrategias. A menudo, la relación más difícil de planear es con los stakeholders del cuadrante C. Aunque estos stakeholders suelen, por lo general, ser relativamente pasivos, se puede producir una situación desastrosa si se subestima su grado de interés y, súbitamente, se sitúan en el segmento D.

Es parte de la responsabilidad del directivo establecer cuál es el nivel exacto de interés que muestran los stakeholders más poderosos, de forma que puedan cumplir mejor con su papel dentro del marco de gobierno corporativo establecido. Esto también puede estar relacionado con cómo se apoya a los directivos no ejecutivos a cumplir con su papel mediante, por ejemplo, una buena información.

El valor de los mapas de stakeholders depende de la valoración de los siguientes puntos:

- Si el nivel de interés y poder de los stakeholders refleja de forma adecuada el marco del gobierno corporativo en el que opera la organización.
- Si es necesario seguir determinadas estrategias para volver a ubicar a algunos stakeholders. Esto puede deberse a la necesidad de reducir la influencia de un jugador clave o, en algunos casos, de garantizar que hay más jugadores.
- Quiénes son los principales obstrutores y promotores del proyecto cambios, y cómo se responderá ante estos, por ejemplo, en términos de educación o persuasión.
- El grado en el que los stakeholders deben ser apoyados o hasta qué punto se les debe motivar para mantener su nivel de interés o poder con el fin de garantizar una aplicación con éxito.

Luego todo directivo debe necesariamente: 1) apoyarse en la necesidad de cambio, evaluando el problema o la oportunidad y transmitirla racionalmente a los demás miembros de la organización, 2) comunicar claramente la visión de futuro, 3) diseñar la estructura organizacional en coherencia con su visión, 4) construir su liderazgo y 5) comprender las distintas fuerzas políticas de los stakeholders o grupos de interés internos y externos, que influyen en el desarrollo de la organización.

Cuando en una empresa ya constituida o en una unidad productiva nueva, existe un manejo inadecuado de las variables calidad, tiempo, costos y dirección, pueden ocurrir demoras en la producción de un bien o en la prestación de un servicio, teniendo como consecuencia la insatisfacción del cliente, costos adicionales,

calidad defectuosa y desde luego decisiones equivocadas en los aspectos estratégico y táctico de una empresa.

Pero también es importante resaltar que los países han generado espacios de concertación políticos y pedagógicos que hacen por momentos evidenciar que El Modelo de Protección Social Hispano – Americano y los sistemas generales de seguridad social integrales vienen paulatinamente incluyendo en el marco de sus políticas sociales la promoción de estilos de vida saludables en el ámbito laboral, pues la promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas mejorar su salud, elevando el control de las condiciones que la determinan. Y aunque se piense lo contrario, la promoción de la salud no es un concepto nuevo. En sentido amplio, se puede decir que la humanidad ha realizado durante muchos siglos prácticas que hoy se podrían reconocer como promoción de la salud. Al comienzo de la década de 1940 surge una figura relevante llamada Henry Sigerist, quien es uno de los primeros a los que se le adjudica el uso del término promoción de la salud. Este historiador médico argumentó que "la salud se promueve fomentando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios para el descanso y la recreación". Al mismo tiempo, señalaba que "se necesitan los esfuerzos coordinados de muchos grupos para alcanzar esta meta, tales como la de los políticos, los trabajadores, los industriales, los educadores y los médicos, quienes, como expertos en los asuntos de salud, deben definir las normas y establecer patrones". Varios años más tarde, en 1974, el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá retoma esta idea y argumenta que el campo de la salud está relacionado con cuatro grandes componentes: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización para la prestación de servicios de salud. En los años siguientes se produjeron varios informes en Estados Unidos, Canadá y Suecia, entre otros, con un abordaje enfocado en el individuo para modificar sus conductas, por ejemplo, dejar de fumar, hacer ejercicios, disminuir el consumo de alcohol, etc. Sin embargo, este enfoque entró en crisis en 1980 por su carácter de "culpar a la víctima" y, por lo

tanto, se comienza a dar más importancia al ambiente físico y social, que es parte del Campo de Salud descrito por Lalonde en años anteriores en Canadá. En este sentido, se puede mencionar un documento producido por la Oficina Europea de la OMS en 1982, que incorpora la existencia de factores fuera del individuo que necesitan estar presentes para ayudarles a tomar las acciones para mejorar su salud. Posteriormente, en 1986, se refuerza esta idea y se declara a través de la Carta de Ottawa que los prerequisites de salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. De ahí se deduce que salud también es un producto social, con responsabilidades compartidas entre el individuo, la familia, los grupos, todos los sectores de la sociedad, las autoridades y el Estado. La Carta de Ottawa sienta las bases para futuros análisis y cursos de acción de la estrategia en las distintas regiones, cuyo contexto es muy particular, tales como América Latina y el Caribe. En 1992 se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Colombia cuyo escenario era el latinoamericano; en 1993 se redacta la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud en el Caribe y en el 2002 se suscribe el Compromiso de Chile con la Promoción de Salud, planteando la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud. En dichos documentos se apoyan y acuerdan las acciones internacionales y estrategias de Promoción de la Salud propuestas en las Conferencias mundiales realizadas hasta el momento, estableciendo la necesidad de adaptar cada una de ellas a las características propias de la Región. Al mismo tiempo, destacan la importancia de que la Promoción de Salud se realice considerando realidades específicas y que en esencia significa un esfuerzo colectivo por llevar la salud y la vida a un plano de dignidad. Desde esa comprensión de salud se ubica al trabajador y al empresario en conjunto con su habitat, reconociendo su cultura, usos, costumbres, tradiciones, gustos, inquietudes, en todo lo que significa su ciclo vital, en sus relaciones socioculturales, económicas, civiles. Estas evidencias y los nuevos desafíos epidemiológicos y demográficos señalan la urgente necesidad de innovar y aprovechar mejor el potencial para el fomento de la salud de la población, tanto

en individuos, familias, comunidades, grupos laborales, es decir, en todos los ambientes donde se desarrolla la vida humana. Surgen así las acciones de promoción de la salud como un recurso para el desarrollo de la sociedad, como una clara forma de eliminar las barreras tradicionales convocando al mundo privado y público a complementarse en la tarea de construcción de la salud.

Los países que promueven El Modelo de Protección Social Hispano – Americano y los sistemas generales de seguridad social integrales en sus ciudadanos, construyen escenarios productivos con mayor responsabilidad social generando con ellos valores agregados en el contexto social y de responsabilidad empresarial porque logran crear en sus asociados la conciencia de estilos de vida saludables en el lugar de trabajo y sus demás contextos existenciales. El Ministerio de la Protección Social Colombiano, en el año 2006 elabora una definición y objetivos operacionales de Promoción de la Salud, a partir de las recomendaciones internacionales y considerando la propia experiencia del país. El Plan Nacional de Salud Publica señala que la "Promoción de la Salud es un bien social de carácter universal. Proporciona a la población los medios para ejercer el mayor control sobre su propia salud e impulsa la creación de nuevas políticas públicas que otorguen mayor protección y bienestar". Este mayor control conlleva a la idea de empoderamiento, en el sentido de asumir poder sobre las condiciones que afectan la vida. Esta estrategia puede estar presente en los diversos ámbitos de la vida humana; en la familia en el hogar, en el establecimiento educacional, en los espacios públicos y también en el lugar de trabajo. Este último es de alta importancia, dado que para la población económicamente activa este escenario se convierte en su hábitat por a lo menos un tercio de las horas cotidianas.

La implementación de políticas de promoción de la salud en los lugares de trabajo tiene como propósito la mantención y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los trabajadores, contribuyendo al mejoramiento de la imagen de la empresa y a la productividad, a su vez a la disminución de factores como gastos de salud,

ausentismo laboral, entre otros. De ese mismo modo, desarrolla el potencial en la identificación de aspiraciones y favorece la ideación de mecanismos para el cumplimiento de esas expectativas.

La estrategia puede ser aplicada en los diversos niveles jerárquicos, con lo cual se posibilita el acercamiento entre éstos, generando o mejorando los mecanismos de comunicación y de interacción. Por lo tanto, contribuye a la generación de climas laborales favorables. En el mismo sentido, al entregar a todos los integrantes las herramientas para lograr una cultura promocional y preventiva, hará que en conjunto se definan las políticas que favorezcan el bienestar colectivo e individual.

En síntesis, la promoción de la salud en la empresa tiene como finalidad mantener o mejorar las variadas dimensiones de salud, tanto por razones humanitarias (bienestar humano de las personas) como por razones empresariales (mejorar productividad y/o servicios). Además, sin lugar a dudas, la salud de la fuerza laboral de un país es fundamental para el bienestar socioeconómico de la Nación.

3. METODOLOGÍA

Se desarrollará una metodología de investigación cualitativa, que pretende comparar e interpretar textos para formular una política pública en salud, para la promoción de estilos de vida saludables en el ámbito laboral. Por ello, el presente estudio se enmarca dentro del paradigma de investigación hermenéutico.

Esta investigación fue determinada bajo el enfoque hermenéutico, pues el estudio partió de la identificación de los modelos y políticas públicas existentes en el ámbito hispano hablante que nos permitieron realizar una interpretación para la formulación de un modelo o política pública para Colombia. Se realizaron lecturas y diálogos con los diferentes actores gubernamentales, la revisión de documentación histórica privada y pública y una entrevista que arrojó como resultado la formulación de una política pública, conservando los aspectos más relevantes después de la depuración, interpretación y análisis utilizando los principios de razonamiento institucional comparativo propuestos por Aoki (2001).

Los resultados llevaron a identificar las variables causantes de la implementación de políticas públicas de incentivos de estilos de vida saludables en países de habla hispana, no sin antes resaltar que en términos generales, las acciones implementadas en prevención de riesgos y enfermedades han sido concebidas como un grupo de programas verticales, que buscaban -y aún lo hacen- reducir factores de riesgo de enfermedades específicas y sus consecuencias, o bien realizar acciones que permitan la detección temprana de las patologías. A pesar de que estos programas han tenido poca relación con el contexto social en que se aplicaron, no han tomado en cuenta el sistema de salud en su conjunto, y muchas veces incluso no llegaron a sus destinatarios, las actividades preventivas alcanzaron logros importantes, sobre todo en cobertura de vacunación y control de epidemias como el cólera y el sarampión, por ser direccionados desde los espacios laborales como epicentro de estilos de vida saludables.

La promoción de la salud, entendida como política activa y sistemática del Estado, tuvo menos desarrollo que la prevención. Si bien podrían mencionarse avances en la creación de entornos saludables, mediante acciones generales de gobierno, y un significativo incremento de la participación popular, no se alcanzó un éxito similar en otros ámbitos.

Así, por ejemplo, no se han instalado en la sociedad cambios de hábitos que involucren una conducta positiva frente al tabaquismo, las adicciones, el sedentarismo o la dieta rica en grasas. Y si bien ha habido un avance cualitativo en la reorientación de los servicios de salud, privilegiando el primer nivel de atención y las actividades comunitarias mediante la promoción de médicos generales o de familia, muy lejos ha estado esta política de fortalecer los conceptos centrales de promoción de la salud, ya que fue instrumentada para la atención de la enfermedad y haciendo hincapié en la reducción de costos que implica para los servicios de salud.

Coherentes con esta realidad decidimos que este estudio se enmarcara dentro de los denominados por la literatura metodológica como exploratorio – descriptivo, de corte cualitativo. En primera instancia, se realizó una fase relacionada con la compilación de material bibliográfico producido en países de habla hispana sobre las políticas públicas generadas por los Estados Hispano – americanos y el Estado colombiano, tendientes a la promoción para el mejoramiento de la calidad de vida de los empleados, a través de estilos de vida saludables, en el desarrollo de sus actividades laborales. Su naturaleza metodológica fue esencialmente exploratoria. Una segunda fase considero la interpretación desde el contexto cultural y económico en el que nacen y se desarrollan las políticas públicas en Hispano América y en Colombia. Esta fase fue esencialmente descriptiva, en la medida que se pretendió construir una caracterización de las condiciones culturales de las políticas públicas. Una tercera y última fase fue la descripción y

formulación de un modelo de gestión o política pública que es posible que permita la generación de estilos de vida saludables en los lugares de trabajo.

3.1 HIPÓTESIS

Nuestra **HIPÓTESIS** fue planteada de la siguiente manera:

El Sistema General de Seguridad Social integral en Colombia no propicia escenarios sistemáticos para la construcción de políticas públicas en promoción y prevención para los estilos de vida saludables en los lugares de trabajo.

3.2 OBJETO DE ESTUDIO

EI OBJETO DE ESTUDIO se encuadro dentro del Sistema General de Seguridad Social como marco normativo y filosófico que media la relación y el aseguramiento entre el Estado y los Asociados.

3.3 OBJETIVOS

Los **OBJETIVOS** propuestos fueron los siguientes:

OBJETIVO GENERAL. Formular un modelo de gestión y/o política pública para Colombia que permita la generación de estilos de vida saludables en los lugares de trabajo bajo el marco conceptual de la Protección Social Hispano – Americana.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar cuáles son los principales presupuestos teóricos en los países de habla hispana para el fomento de los estilos de vida saludable en los lugares de trabajo..

- Interpretar a través de lecturas especializadas cual es la prevalencia de los factores de riesgo y condicionantes de la salud en los ambientes laborales y su forma práctica para intervenirlos.
- Identificar cuáles son los modelos y políticas públicas existentes de carácter vinculante para las empresas colombianas.
- Identificar las variables causantes de la implementación de políticas públicas de incentivos de estilos saludables en los empleados a cargo de las diferentes empresas.

3.4 TÉCNICAS PARA EL ACOPIO DE INFORMACIÓN

3.4.1 Gestión Del Dato, obtención del dato y Recolección del dato. Los datos fueron obtenidos en los archivos documentales disponibles en los diferentes Ministerios de la Protección Social de los países antes relacionados que su orden fueron el chileno, argentino, colombiano y español, las Direcciones Seccionales de Salud de las diferentes regiones mencionadas hispano parlantes, lecturas seleccionadas por recomendación de nuestro asesor temático y que se relacionan mas adelante en el estado del arte, así como por la dinámica de los diálogos con los expertos que en la actualidad laboran en instituciones gubernamentales de los empresarios que son directivos de estas organizaciones que nos aportaron en gran proporción la información necesaria que interpretamos y que presentaremos en cada uno de nuestros momentos de la experiencia hermenéutica, la revisión documental y visitas a los entes de dirección y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, hispano parlante se realizo vía internet, no obstante contábamos con material suficiente por recientes visitas académicas en la participación de foros y pasantías de estudio que nos brindaban la suficiente claridad temática y conceptual para iniciar el proceso de depuración e interpretación de los datos, para el desarrollo de la investigación, se compilaron documentos con información

a través de fichas bibliográficas, se realizaron diálogos a partir de una única pregunta la cual expresamos a continuación ¿cuáles son los principales factores que deben influir en el desarrollo de políticas públicas y/o de gestión empresarial para la reconstrucción de estilos de vida saludables en los empleados que redunden en el mejoramiento de su calidad de vida en el ámbito laboral, social y familiar? y finalmente se realizó una entrevista con un experto al cual se le realizó una sola pregunta que fue ¿A la luz de las tendencias internacionales en lo relacionado con estilos de vida saludables en los lugares de trabajo considera usted que nuestra propuesta teórica para la formulación de una política pública cumple con los requisitos técnicos para poder ser presentada en nuestro contexto Colombiano?.

A partir de este momento nos adentramos en la presentación de los **MOMENTOS DE LA EXPERIENCIA HERMENÉUTICA**, los cuales fueron enunciados en las primeras páginas de esta tesis y que a continuación serán narrados con base en el material alcanzado en esta juiciosa y dedicada realización para que se observe como evidencia ilustrativa por parte de quienes interactúen con este texto:

3.4.2 El momento I Acercamiento Hermenéutico a los textos. En esta instancia desarrollamos lecturas de textos internacionales y nacionales para interpretar, comparar y caracterizar los procesos de planeación para la ejecución de políticas públicas que promuevan estilos de vida saludables en los ambientes laborales, llevándonos a la caracterización de los procesos de planeación para la formulación de políticas públicas que promuevan estilos de vida saludables en los ambientes laborales.

Fue nuestro interés desde el ámbito pragmático abordar el contexto de la prevención y la promoción de estilos de vida saludables, como el eslabón fundamental que nos permita estudiar la posibilidad de aportar desde la compilación, estudios de casos y experiencias exitosas en América latina y Europa

la implementación de políticas públicas como proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad.

Nuestro aporte desde este escenario del trabajo de grado con el más humilde pero bien intencionado esfuerzo científico, se intenta desarrollar fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud en los espacios laborales, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud, la promoción y la prevención de la salud en su componente integral en el Sistema General de Seguridad Social, bajo el marco del Modelo de la Protección Social, como una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud en todos los hogares Colombianos.

Las políticas públicas, en su acepción tradicional, se asocian al ejercicio del poder por parte de las autoridades públicas. Debido a la importancia creciente de la noción de corresponsabilidad de los diferentes actores sociales, según el chileno Eugenio Lahera, la definición moderna señala que las políticas públicas son flujos de información y cursos de acción relacionados con un objetivo público definido en forma democrática. Una definición que compromete al ciudadano como protagonista en la consecución de los objetivos políticos definidos en las esferas de decisión social.

Desde el contexto Colombiano, algunos autores han propuesto definiciones que destacan el aspecto político como factor clave para comprender las políticas. Alejo Vargas define las políticas públicas como el conjunto de sucesivas decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas que pretenden la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables. Roth

asegura que la definición de Vargas es limitada porque sugiere un papel reactivo del Estado. Además, plantea el profesor suizo, es preciso considerar la implicación del gobierno, la percepción de los problemas, la definición de objetivos y el proceso como elementos constitutivos de las políticas públicas entendidas como una construcción social en donde el Estado orienta el comportamiento de los actores.

Reconociendo el desafortunado pero evidente predominio del interés particular sobre el bien común puede plantearse una definición desde el análisis neo-institucional como sigue: "las políticas públicas son instituciones creadas por estructuras de poder y se imponen como directrices para abordar las prioridades de la agenda pública." Es decir, son instituciones que limitan o facilitan el comportamiento individual y social con base en los escenarios de deliberación y decisión que construye el poder (de jure o de facto); se trata de actores que dan forma al cambio institucional por medio de procesos de toma de decisión pública. En términos normativos, las políticas deben garantizar la traducción de las ideas individuales de todos los actores en acciones siempre que exista una discusión participativa e informada alrededor de las prioridades sociales. No obstante, existen desbalances de poder que convierten los referentes normativos en retórica y las decisiones importantes terminan reflejando la búsqueda de un interés particular antes que las preferencias ciudadanas.

Dada la importancia que dentro de la estrategia de Escuelas Saludables, se ha dado al fomento de una cultura de la salud en toda Iberoamérica, a partir del fomento de hábitos y estilos de vida saludables, se desarrolla el siguiente dialogo hermenéutico en el marco de la Promoción y la prevención de la Salud, como escenario propicio para la acepción de políticas integrales que den respuesta a las actuales situaciones que viven los asociados al Estado colombiano.

Las normas colombianas y en general las de Iberoamérica establecen un marco de referencia y quizás en algunos casos trazan de manera tajante los lineamientos para la implementación de Estilos de vida saludables; no obstante queda a la creatividad de los administradores desentrañar y desarrollar las formas y bases para la inclusión de la temática de Estilos de vida dentro del marco constitucional y social de manera integral, partiendo de la intersectorialidad y la solidaridad en la planeación y ejecución de los recursos destinados para la promoción y prevención en todos los escenarios del desempeño del ser humano en su vida cotidiana.

Intentaremos sugerir con base en el análisis comparativo y vivencial algunas actividades a realizar en coordinación con otros sectores para que aseguradores, empleadores, empleados, prestadores y comunidad contribuyan a la construcción de una cultura de la salud y faciliten desde temprana edad, la formación de estilos de vida saludables, que garanticen la permanencia de la obra de mano calificada y sana por generaciones en Colombia, como aporte al desarrollo económico y la expansión global a la que nos invitan las tendencias internacionales.

Estamos convencidos en que a través de los estilos de vida saludables, podemos retomar el concepto de Promoción de la Salud definida como "la estrategia para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". El estilo de vida saludable, es la forma como cada uno decide vivir, son las cosas que decidimos hacer. Es la hora de levantarnos, la hora en que descansamos, el tipo de alimentos que consumimos, la clase de actividad física que practicamos, la forma de relacionarnos con los demás y la actitud que asumimos frente a los problemas. Todo esto hace que tengamos o no un estilo de vida saludable. Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud... "La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana,

en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud."

La promoción de la salud, se refiere principalmente al desarrollo de los patrones de vida sanos y como lo describió Sigerest (1945) la salud se promueve dando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física y mecanismos para el descanso y la recreación.

Los estilos de vida que se adquieren, están condicionados a través de experiencias de aprendizaje, las cuales se adaptan, se adquieren o modifican de acuerdo a los comportamientos deseados. En este sentido a través de la enseñanza se producen cambios favorables en el comportamiento del que aprende. El saber se obtiene con el conocimiento, lo que le da la opción de desarrollar su personalidad que es el saber ser; siendo para esto necesario que la persona que aprende, además comprenda, analice, reflexione y adquiera competencias o habilidades practicas (saber hacer).

El proceso educativo se propone afectar el comportamiento; entendido éste como la manera en que actuamos frente a un estímulo o situación determinada, el cual se deriva de la herencia, la educación familiar y escolar, las relaciones humanas, la situación socioeconómica y nivel intelectual. También tiene que ver con nuestro sentir, pensar, y nuestras creencias.

Entendido como la capacidad de decidir, de optar, de elegir, no únicamente como actos de la razón, o como tareas o deberes derivados de los roles funcionales o desencadenados por las instituciones de salud, sino también como actos que atraviesan la corporalidad.

Para Max- Neef las necesidades humanas se pueden desagregar en: Categorías existenciales: Ser, tener, hacer y estar. Segundo en categorías axiológicas referidas a las necesidades de subsistencia tales como: Protección, afecto, entendimiento, participación, recreación, identidad y libertad. Los satisfactores de estas necesidades deben reconocerse y diferenciarse de las propias necesidades.

Uno de los aspectos que define una cultura son sus satisfactores, siendo estas necesidades vistas desde tres contextos: En relación con la persona misma, en relación con el grupo social y en relación con el medio ambiente.

El auto cuidado parte entonces, de una racionalidad y de una subjetividad que atraviesa diversas esferas del ser humano. No desconoce la compleja historia de vida que acompaña a cada persona a través de la cual ha socializado sus afectos, desafectos, intereses, opciones dentro de relaciones en donde el conflicto y la contradicción hacen parte de la cotidianidad de la vida en que ella transcurre.

Lograr impactar a través de políticas públicas sobre el estilo de vida, creemos nosotros implica la toma de conciencia por parte de quienes orientan el Estado y las personas sobre el compromiso y responsabilidad que se tiene en el cuidado de su propia salud, permitiendo el desbloqueo de nuestras corazas corporales, depresión, neurosis, malos hábitos alimentarios que afectan la salud de los trabajadores, sus familias y el desarrollo de nuestro potencial como seres humanos que cada vez se enrarece mas por la falta de conciencia colectiva y acciones coordinadas y solidarias por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), que por su soberbia administrativa y temerariamente financieras terminan siendo inocuas, pues no resisten el mayor análisis cuando se cruzan con escenarios productivos, perfiles de morbilidad y mortalidad en nuestras regiones.

3.4.3 Momento II Análisis. Luego de la revisión y análisis de los documentos que dieron cuenta de información sobre los procesos de formulación y aplicación de políticas públicas en salud, que promuevan estilos de vida saludables en los ambientes laborales, en los países de América latina que por sus consideraciones puedan ser adaptadas y aplicadas en Colombia, realizamos un marco de referencia interpretativo que presentamos a continuación:

Uno de los desafíos políticos de la década en los países de habla hispana es desarrollar una Política de Estado en Promoción de la Salud intersectorial y participativa, destinada a lograr estilos de vida y ambientes saludables, junto con motivar un compromiso activo de la sociedad latinoamericana con su salud y calidad de vida. Se trata de desarrollar un modelo de política pública que beneficie a todos los ciudadanos sin distinción, cuente con legislación y financiamiento adecuados y trascienda los gobiernos a partir de metas consensuadas en la búsqueda del bien común.

Los Ministerios de Salud han planteado la Promoción de la Salud como una de las respuestas a las necesidades de la población y a las demandas del actual perfil epidemiológico social de los países de habla hispana. Para ello, a partir del 2005 en forma participativa ha puesto en marcha un Plan Internacional, mediante un modelo de gestión descentralizado e intersectorial, basado en la participación social y en el fortalecimiento de los Gobiernos Regionales y Locales, cuyos objetivos se han trazado en el marco de foros internacionales y podrían resumirse de la siguiente manera: a) Detener la explosión de los factores de riesgo, b) Desarrollar los factores protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental, c) Fortalecer los procesos participación ciudadana y consolidación de redes sociales, d) Reforzar el rol regulador del Estado sobre los condicionantes de la salud y e) Aportar a una nueva política pública de salud y calidad de vida.

Los Ministerios de Salud en conjunto con la organización mundial de la salud y la organización panamericana de la salud, han formulado prioridades sanitarias y condicionantes de salud a intervenir desde la promoción, comprometiéndose en noviembre del año 2008, con metas de impacto sobre los condicionantes de la salud (alimentación, actividad física, tabaco) y los factores protectores psicosociales y ambientales de la salud. Cabe mencionar que estas metas intersectoriales, han sido incorporadas por cada Ministerio de país miembro en los objetivos sanitarios de las Reformas de Salud que se promulgan en cada región y que generalmente constituyen las metas de los Planes Nacionales de Promoción de la Salud.

El derecho a la protección de la salud es garantía constitucional en las Constituciones Políticas de la gran mayoría de los Estados consultados. En términos generales este derecho señala en las cartas solemnes de cada país que “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”. Desde el sector salud, los Códigos Sanitarios regulan en forma global los aspectos y materias relacionadas con la salud pública. Dichos Códigos rigen todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes. Los distintos libros de dichos Códigos contienen los títulos de protección materno infantil, divulgación y educación sanitaria, higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo y de los productos alimenticios.

En relación con las prioridades de los Planes Nacionales de Promoción de Salud, se mencionan las principales leyes en tabaco, actividad física, alimentación, ambiente y participación, que regiran en cada estado nación y que se compilan en acciones comunes como:

- Tabaco: Las Leyes básicamente regulan la venta de productos a menores de edad y señala advertencias sobre el daño en envases y publicidad. Además

incluye restricciones para fumar en determinados lugares de uso y transporte público e incorporación en planes del sector educación.

- Actividad Física: en todas las naciones consultadas existe una Ley del Deporte, que consagra el deber del Estado de crear las condiciones para desarrollar la actividad física y deportiva proveyendo medios y dictando políticas. Incluyen disposiciones especiales para el fomento del deporte, a través de subsidios, exenciones tributarias a donaciones, infraestructura deportiva y regulación de las organizaciones deportivas.

- Alimentación: Los Reglamentos Sanitarios de los Alimentos, aprobados por Decretos de los Ministerios de Salud, enfocan su acción a garantizar productos sanos e inocuos, y regulan el etiquetado de los productos que declaran propiedades saludables o nutricionales que faciliten la información al consumidor.

- Ambiente: Las Leyes Bases Generales del Medio ambiente, dan cumplimiento a la garantía constitucional relativa al derecho a vivir en un ambiente libre de contaminación e impone a los Estados el deber de velar para que este derecho no sea afectado. Las Bases establecen que deberán favorecerse la participación ciudadana y promover campañas educativas destinadas a la protección del medio ambiente. Además establecen instrumentos de gestión ambiental, que favorecen la educación ambiental, la participación ciudadana y planes de manejo orientados a la prevención o descontaminación ambiental.

- Participación: Las Leyes aprobadas por los Ministerios del Interior sobre Juntas de Vecinos y demás organizaciones comunitarias, facilitan el derecho de asociación e impulsan el desarrollo de organizaciones. Las Leyes Orgánicas Constitucionales de Municipalidades obligan a constituir un Fondo de Desarrollo Vecinal dedicado a colaborar con el financiamiento de estas organizaciones. La

gran mayoría de los países cuentan además con un Instructivo Presidencial de Participación Ciudadana.

De otro lado estos países coinciden en que la Comunicación Social en promoción tiene el papel de sensibilizar, dar información, aumentar la motivación al cambio de comportamiento en relación al estilo de vida y ambiente. Para su eficacia, requiere mensajes claros, continuos, accesibles, con significado y recursos suficientes, reconociendo las oportunidades del marketing social y la diversidad de medios que hoy día existen: masivos, locales, directos, indirectos e interactivos.

Así mismo, La formación de recursos humanos ha sido incorporada por diferentes instituciones académicas. Entre 1998 y 2008 se han diseñado e implementado modelos de capacitación para directivos, personal de salud, equipos intersectoriales y organizaciones sociales; realizando una serie de programas de capacitación que llegaron a más de 12.000 profesionales en cada país. Este proceso, unido a los aportes del Convenio de transferencia tecnológica entre los países, ha permitido crear Centros de Recursos para la Promoción, en las Universidades de cada país. Estos Centros han prestado importante apoyo al desarrollo de la Promoción de la Salud en los niveles regionales y Comunes. Cabe mencionar, la educación en promoción de salud a la población requiere ser actualizada e implementada a través de los diferentes programas y servicios públicos y privados. Es necesario contar con programas educativos con metodologías adecuadas, de carácter general y diferenciados por grupos objetivos, que permitan acceder a información sobre los condicionantes y el cuidado de la salud en oficinas públicas, supermercados, farmacias, escuelas, consultorios y lugares de trabajo; junto con generar más oportunidades de aprendizaje social. También se requiere ampliar las acciones educativas sistemáticas en la red de salud, mediante su incorporación en el modelo de atención, a través de consejerías, talleres e intervenciones grupales y familiares. La participación social y la organización comunitaria es uno de los ejes

fundamentales en promoción de la salud. Desde la Promoción de Salud se impulsa la creación de relaciones de cooperación, el ejercicio de la responsabilidad social en salud, la constitución de distintos espacios y canales de participación, razones que han llevado a estos países a la reorientación de servicios con fines de promoción de salud, lo que ha implicado un cambio profundo en la concepción y práctica de salud. Se busca entonces que los Servicios de Salud respondan al actual perfil epidemiológico, incorporando acciones de Promoción a nivel individual, familiar y comunitario. Esto significa readecuar el modelo de atención de salud, especialmente en el primer nivel, transformando los actuales consultorios de atención primaria organizados en torno a lo materno infantil y a lo curativo en centros promocionales y preventivos con acciones específicas sobre los condicionantes, como son las consejerías, talleres grupales y otras actividades educativas y comunitarias en alimentación, actividad física, tabaco, factores psicosociales y ambientales, situación que ha llevado a todos los países a generar estrategias conducentes enmarcadas en políticas públicas donde se promulgan los estilos de vida saludables en los lugares de trabajo, que en países como argentina y chile se conocen como, Lugares de Trabajo Saludables y reciben este nombre porque según su definición son aquellos lugares donde existen actividades sistemáticas de promoción en alimentación, actividad física, ambiente libre del humo de tabaco y donde se promueve el bienestar familiar y social de los trabajadores, a través de la protección de riesgos mecánicos, físicos, ambientales y psicológicos, estimulando su autoestima y control de su propia salud y del medio ambiente.

A modo de síntesis se puede señalar que todos los países tienen en común los Planes Nacionales de Promoción de la Salud y que están comprometidos con continuar implementando mediante la ejecución de Líneas de Acción Nacional, de Planes Regionales y de Planes Comunales de Promoción de la Salud estilos de vida saludables para sus asociados en todas las latitudes del desarrollo humano

sostenible, elementos evidenciados en la normatividad chilena y mexicana que se enuncia a continuación:

Tabla 3. Planes nacionales de promoción de salud

NCh19.Of1979	NCh122.Of1962
NCh123.Of1962	NCh124.Of1962
NCh125.Of1962	NCh126.Of1962
NCh127.Of1959	NCh128.Of1953
NCh129.Of1953	NCh130.Of1953
NCh131.Of1953	NCh135.Of1997
NCh135/1.Of1998	NCh135/2.Of1997
NCh135/3.Of1997	NCh135/4.Of1997
NCh135/5.Of1998	NCh135/6.Of1998
NCh135/7.Of1997	NCh135/8.Of1997
NCh391.Of1960	NCh392.Of1960
NCh411/1.Of1996	NCh411/2.
NCh1115.Of1996	NCh1180.aR1994
NCh2545.Of2000	NCh2567.Of2001
NCh2569.Of2001	NCh2570.n2000
NCh2572.n2000	NCh2573/1.n2000 ISO 8253-1
NCh2573/2.n2000	NCh2573/3.n2000 ISO 8253-3
NCh2576.n2000	NCh2585.n2000
NCh2595.n2000	NCh2600.n2000
NCh2601.n2000	NCh2618.c2001
NCh2632.c2001	NCh2633.c2001 ISO 1503
NCh2634.c2001	NCh2639.c2001 ISO 7250
NCh2643/1.c2001	NCh2643/2.c2001 ISO 9355-2
NCh2644.c2001	NCh2647/1.c2001 ISO 9241-1
NCh2647/2.c2001	NCh2647/3.c2001 ISO 9241-3
NCh2663.c2001	NCh-ISO14001.Of1997
NCh-ISO14004.Of1997	NCh-ISO14010.Of1997
NCh-ISO14011.Of1997	NCh-ISO14012.Of1997
NCh-ISO14020.Of2000	NCh-ISO14024.Of2000
NCh-ISO14040.Of1999	NOM-EM-001-SSA2-1999
NOM-173-SSA1-1998	NOM-001-SSA2-1993
NOM-174-SSA1-1998	NOM-002-SSA2-1999
NOM-190-SSA1-1999	NOM-003-SSA2-1993
NOM-197-SSA1-2000	NOM-005-SSA2-1993
NOM-234-SSA1-2003	NOM-006-SSA2-1993
NOM-169-SSA1-1998	NOM-012-SSA1-1993
NOM-173-SSA1-1998	NOM-014-SSA2-1994
NOM-174-SSA1-1998	NOM-026-SSA2-1998
NOM-190-SSA1-1999	NOM-167-SSA1-1997
NOM-197-SSA1-2000	NOM-169-SSA1-1998
NOM-234-SSA1-2003	NOM-173-SSA1-1998
NOM-174-SSA1-1998	NOM-174-SSA1-1998
NOM-190-SSA1-1999	NOM-190-SSA1-1999
NOM-197-SSA1-2000	NOM-197-SSA1-2000

3.4.4 MOMENTO III Juicios y Conversaciones. Realizamos diálogos conversacionales con directivos del Ministerio de la Protección Social Colombiana y de la Dirección Seccional de Salud de Antioquia, así como con el experto para conversar. Lo anterior, para la validación de la conceptualización planteada, partiendo de las siguientes preguntas: para los funcionarios: **¿cuáles son los principales factores que deben influir en el desarrollo de políticas públicas y/o de gestión empresarial para la construcción de estilos de vida saludables en los empleados que redunden en el mejoramiento de su calidad de vida en el ámbito laboral, social y familiar?** y para el experto asesor **¿A la luz de las tendencias internacionales en lo relacionado con estilos de vida saludables en los lugares de trabajo considera usted que nuestra propuesta teórica para la formulación de una política pública cumple con los requisitos técnicos para poder ser presentada en nuestro contexto Colombiano?.**

A continuación presentamos la interpretación realizada de los diálogos que se sostuvieron en las entrevistas realizadas en formato de texto que luego de ser analizadas, interpretadas y clasificadas enmarcan las consideraciones y hechos comunes entre los actores involucrados en la pregunta a funcionarios que vale advertir no autorizaron la publicación de sus nombres:

Según nuestros entrevistados en las últimas décadas, Colombia y en general los países de América latina, en especial los estados Chilenos, Brasileños y Argentinos, base de nuestro modelo actual, han experimentado notables logros en salud y un importante crecimiento económico que no se ha traducido, sin embargo, en mejor calidad de vida para todos. La actual situación de salud - en la que predominan los estilos de vida y ambientes poco saludables - se ha caracterizado según fuentes estadísticas de nuestros estudios en perfiles epidemiológicos, tasas de incidencia y estadísticas vitales, por el aumento explosivo de la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, los distintos tipos de cáncer, accidentes y problemas de salud mental.

Advirtieron en sus apreciaciones que lo anterior demanda una decidida acción del conjunto de sectores de la sociedad. Para enfrentar este desafío, el Ministerio de la protección social presentó ante el congreso de la república distintas iniciativas que han generado reglamentaciones legislativas que contribuyen a la formulación e implementación de las políticas de promoción de salud en los distintos espacios de la vida cotidiana de las personas. En una primera fase, se ha priorizado su quehacer en los establecimientos de educación y en el ambiente comunitario y familiar, estando la expectativa de su desarrollo en los lugares de trabajo. Consideramos que se hace fundamental comenzar con la generación de las políticas de promoción de salud en el espacio laboral, pues tienen como propósito la mantención y mejoramiento de la salud y bienestar de los trabajadores, "a través de la protección de riesgos del ambiente físico y social, estimulando su autoestima y el control de la propia salud y del medio ambiente". Para conocer las nuevas iniciativas en este campo y aportar a la construcción de políticas públicas.

Para nuestros interlocutores es evidente que partiendo de esta perspectiva, la promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas mejorar su salud, elevando el control de las condiciones que la determinan. Y aunque se piense lo contrario, la promoción de la salud no es un concepto nuevo. En sentido amplio, se puede decir que la humanidad ha realizado durante muchos siglos prácticas que hoy se podrían reconocer como promoción de la salud.

Ahora bien en el contexto de la retórica histórica nuestros entrevistados coincidieron en que al comienzo de la década de 1940 surge una figura relevante llamada Henry Sigerist, quien es uno de los primeros a los que se le adjudica el uso del término promoción de la salud. Este historiador médico argumentó que "la salud se promueve fomentando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios para el descanso y la recreación". Al mismo tiempo, señalaba que "se necesitan los esfuerzos coordinados de muchos grupos para alcanzar esta meta, tales como la de los políticos, los

trabajadores, los industriales, los educadores y los médicos, quienes, como expertos en los asuntos de salud, deben definir las normas y establecer patrones". Varios años más tarde, en 1974, el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá retoma esta idea y argumenta que el campo de la salud está relacionado con cuatro grandes componentes: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización para la prestación de servicios de salud. En los años siguientes se produjeron varios informes en Estados Unidos, Canadá y Suecia, entre otros, con un abordaje enfocado en el individuo para modificar sus conductas, por ejemplo, dejar de fumar, hacer ejercicios, disminuir el consumo de alcohol, etc. Sin embargo, este enfoque entró en crisis en 1980 por su carácter de "culpar a la víctima" y, por lo tanto, se comienza a dar más importancia al ambiente físico y social, que es parte del Campo de Salud descrito por Lalonde en años anteriores en Canadá. En este sentido, se puede mencionar un documento producido por la Oficina Europea de la OMS en 1982, que incorpora la existencia de factores fuera del individuo que necesitan estar presentes para ayudarles a tomar las acciones para mejorar su salud. Posteriormente, en 1986, se refuerza esta idea y se declara a través de la Carta de Ottawa que los prerequisites de salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Por esta razón se atrevieron a advertir que la salud también es un producto social, con responsabilidades compartidas entre el individuo, la familia, los grupos, todos los sectores de la sociedad, las autoridades y el Estado. La Carta de Ottawa sienta las bases para futuros análisis y cursos de acción de la estrategia en las distintas regiones, cuyo contexto es muy particular, tales como América Latina y el Caribe. En 1992 se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Colombia cuyo escenario era el latinoamericano; en 1993 se redacta la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud en el Caribe y en el 2002 se suscribe el Compromiso de los países latinoamericanos con la Promoción de Salud, planteando la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud. En

dichos documentos se apoyan y acuerdan las acciones internacionales y estrategias de Promoción de la Salud propuestas en las Conferencias mundiales realizadas hasta el momento, estableciendo la necesidad de adaptar cada una de ellas a las características propias de la Región. Al mismo tiempo, destacan la importancia de que la Promoción de Salud se realice considerando realidades específicas y que en esencia significa un esfuerzo colectivo por llevar la salud y la vida a un plano de dignidad.

Finalmente interpretamos y validamos con ellos que desde esa comprensión de salud se ubica al trabajador y al empresario en conjunto con su hábitat, reconociendo su cultura, usos, costumbres, tradiciones, gustos, inquietudes, en todo lo que significa su ciclo vital, en sus relaciones socioculturales, económicas, civiles. Estas evidencias y los nuevos desafíos epidemiológicos y demográficos señalan la urgente necesidad de innovar y aprovechar mejor el potencial para el fomento de la salud de la población, tanto en individuos, familias, comunidades, grupos laborales, es decir, en todos los ambientes donde se desarrolla la vida humana. Surgen así las acciones de promoción de la salud como un recurso para el desarrollo de la sociedad, como una clara forma de eliminar las barreras tradicionales convocando al mundo privado y público a complementarse en la tarea de construcción de la salud.

En este mismo recorrido de las evidencias enunciadas en cada uno de nuestros momentos de la experiencia hermenéutica, el experto consultado valida nuestra propuesta en los siguientes términos:

La promoción de la salud apoya el desarrollo personal y social mediante la información, la educación para la salud y el aumento de las habilidades para la vida. Al hacerlo, aumentan las opciones de que disponen las personas para ejercer mayor control sobre su propia salud, sobre sus ambientes y para tomar decisiones ordenadas que los lleven a la salud. Para ello la literatura ha elegido

tres áreas de la vida de las personas que actúan como factores que promueven el desarrollo de hábitos de vida saludable en su orden la autoestima, los vínculos afectivos y las redes sociales, fundamentos que se aprecian claramente en el desarrollo de la temática y propuesta final, lo que indica que las bases conceptuales son firmes y se afianzan en hechos demostrables y plenamente vigentes.

Esta formulación de política de carácter público se fundamenta en los factores epidemiológicos, demográficos, socioculturales, de acceso y oportunidad en la atención de salud que determinan las prioridades en salud para el país. Algunos de los elementos que intervienen en la formulación y fundamentación de esta política y que se ven dispuestos en la presentación son entre otros el aumento en la expectativa de vida de la población, con un evidente envejecimiento de la población; la disminución de la mortalidad y natalidad; la migración del campo a la ciudad, como, a su vez, los cambios acerca de la morbi - mortalidad. En este sentido, la dinámica de población (mortalidad, fecundidad, migración) implica cambios para la sociedad, los cuales tienen directa relación con el ciclo de vida de la población, vale decir, con la etapa o edad de las personas y su entorno laboral.

Ahora bien una de estas etapas es la denominada “edad económicamente activa”, definida como el espacio de la vida en que los individuos participan en la producción de bienes y servicios mediante el desarrollo de la fuerza laboral.

Esta etapa ocupa alrededor de la mitad del periodo de vida humana, lo que la transforma en una de las más relevantes del ciclo vital. Al mismo tiempo, por la forma en que se organiza la producción, el trabajo es una de las actividades que ocupa alrededor de dos tercios de la vida diaria de las personas.

Bajo esta realidad, incorporar a los espacios o lugares de trabajo en la implementación de políticas de promoción de salud se hace imprescindible.

Vale rescatar los grandes avances logrados en las últimas décadas en materias de seguridad e higiene laboral y el desarrollo de la medicina del trabajo; expresado en un amplio marco regulatorio y normativo. Sin embargo, existen pocos adelantos en los factores que están determinando la salud y la conducta de las personas en este escenario, los cuales son de suma importancia para su análisis y toma de decisiones.

Los procesos de transición demográfica y epidemiológica que involucran a nuestra sociedad, sin duda han marcado las transformaciones necesarias en la comprensión del concepto de salud y las formas o medios para lograr que ésta efectivamente sea equivalente al bienestar de individuos, familias, grupos y comunidades en los espacios que habitan y se desarrollan socialmente.

En los últimos 30 años se han ido superando las enfermedades infectocontagiosas y la desnutrición infantil; hoy los chilenos enferman y mueren por enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares, diabetes, diversos tipos de cáncer, como también accidentes y problemas de salud mental.

De esta forma, ya adentrado al tercer milenio, la modernización y los cambios tecnológicos y culturales, así como la presencia de determinantes sociales, económicos y políticos que mantienen las situaciones de inequidad (y, por tanto, brechas importantes en el bienestar y calidad de vida de la población) alertan a que debemos entender la salud desde una perspectiva positiva y no sólo como la ausencia de enfermedad o daño.

Partiendo de esta perspectiva, la promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas mejorar su salud, elevando el control de las condiciones que la determinan. Y aunque se piense lo contrario, la promoción de la salud no es un concepto nuevo. En sentido amplio, se puede decir que la

humanidad ha realizado durante muchos siglos prácticas que hoy se podrían reconocer como promoción de la salud.

Desde esa comprensión de salud se ubica al trabajador y al empresario en conjunto con su hábitat, reconociendo su cultura, usos, costumbres, tradiciones, gustos, inquietudes, en todo lo que significa su ciclo vital, en sus relaciones socioculturales, económicas, civiles.

Estas evidencias y los nuevos desafíos epidemiológicos y demográficos señalan la urgente necesidad de innovar y aprovechar mejor el potencial para el fomento de la salud de la población, tanto en individuos, familias, comunidades, grupos laborales, es decir, en todos los ambientes donde se desarrolla la vida humana.

Surgen así las acciones de promoción de la salud como un recurso para el desarrollo de la sociedad, como una clara forma de eliminar las barreras tradicionales convocando al mundo privado y público a complementarse en la tarea de construcción de la salud.

El Ministerio de Salud hoy de la protección social en el año 1998 elabora una definición y objetivos operacionales de Promoción de la Salud, a partir de las recomendaciones internacionales y considerando la propia experiencia del país. El Plan Nacional de Promoción señala que la “Promoción de la Salud es un bien social de carácter universal. Proporciona a la población los medios para ejercer el mayor control sobre su propia salud e impulsa la creación de nuevas políticas públicas que otorguen mayor protección y bienestar”. Este mayor control conlleva a la idea de empoderamiento, en el sentido de asumir poder sobre las condiciones que afectan la vida.

Esta estrategia puede estar presente en los diversos ámbitos de la vida humana; en la familia en el hogar, en el establecimiento educacional, en los espacios

públicos y también en el lugar de trabajo. Este último es de alta importancia, dado que para la población económicamente activa este escenario se convierte en su hábitat por a lo menos un tercio de las horas cotidianas.

La formulación como en este caso y la implementación de políticas publicas que a través de la promoción de la salud promuevan estilos de vidas saludables en los lugares de trabajo tiene plena vigencia y se reviste de innovación en la forma que se ha estructurado por ustedes sobre las bases conceptuales y la compilación e interpretación de la realidad internacional, pues se mantiene el propósito de la mantención y el mejoramiento de la salud y el bienestar de los trabajadores, contribuyendo al mejoramiento de la imagen de la empresa y a la productividad, a su vez a la disminución de factores como gastos de salud, ausentismo laboral, entre otros. De ese mismo modo, desarrolla el potencial en la identificación de aspiraciones y favorece la ideación de mecanismos para el cumplimiento de esas expectativas.

La estrategia puede ser presentada y deberá ser estudiada por las organizaciones públicas y privadas para ser aplicadas de acuerdo con sus contextos y vivencias sectoriales en los diversos niveles jerárquicos, con lo cual se posibilita el acercamiento entre éstos, generando o mejorando los mecanismos de comunicación y de interacción.

Por lo tanto, contribuye a la generación de climas laborales favorables. En el mismo sentido, al entregar a todos los integrantes las herramientas para lograr una cultura promocional y preventiva, hará que en conjunto se definan las políticas que favorezcan el bienestar colectivo e individual.

En síntesis, la propuesta por ustedes finamente presentada se enmarca dentro de los estándares internacionales en los cuales se encuentra inscritos Colombia, pues la promoción de la salud en la empresa tiene como finalidad mantener o

mejorar las variadas dimensiones de salud, tanto por razones humanitarias (bienestar humano de las personas) como por razones empresariales (mejorar productividad y/o servicios). Además, sin lugar a dudas, la salud de la fuerza laboral de un país es fundamental para el bienestar socioeconómico de la Nación.

3.4.5 MOMENTO IV Diseño del Modelo: Con base en la interpretación de los textos leídos, las apreciaciones temáticas de los entrevistados y la orientación de nuestro tutor temático presentamos a ustedes en el próximo capítulo nuestra propuesta en relación con la formulación de una política pública para la promoción de estilos de vida saludables en los lugares de trabajo, se presenta una propuesta de política pública que promueva la implementación de estilos de vida saludables en los ambientes laborales para Colombia con base en experiencias y conceptualizaciones en América Latina.

4. NUEVOS CONOCIMIENTOS

4.1 FUNDAMENTOS PARA LA CREACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA QUE PROMUEVA ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LOS AMBIENTES LABORALES⁴⁴

La salud concebida como un bien social involucra al conjunto de la vida de las Personas y su entorno. Desde esa perspectiva, la salud en el lugar de trabajo es un bien muy importante para los trabajadores, por lo tanto, también lo es la necesidad de contar con lugares de trabajo saludables.

Un lugar de trabajo saludable no sólo aporta a la salud individual del trabajador, sino que contiene las condiciones necesarias para la productividad y, por lo tanto, para el desarrollo del país. No obstante lopreciado de este bien social en el ámbito laboral, aún dista de constituir una realidad, por lo tanto, se convierte en un desafío para las políticas públicas del Estado.

4.2 APORTES Y ESTADO DEL ARTE

Tabla 4. Aportes y estado del arte.

TITULO	AUTOR	AÑO
Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de 60 años. Una aproximación teórica	Beatriz Eugenia Botero de Mejía, María Eugenia Pico Merchán	2006
Una aproximación contextual del desarrollo humano en Colombia como insumo para promover la salud y prevenir la enfermedad	Zoila Rosa Franco Peláez	2007
Tres concepciones históricas del proceso Salud-Enfermedad	María del Carmen Vergara Quintero	2005

⁴⁴ “Políticas Saludables en el Lugar de Trabajo”. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción y el Consejo VIDA CHILE, Ministerio de Salud, Chile 2005. Editora: Judith Salinas C. Jefa Depto. Coordinación de Políticas Públicas Saludables. Ministerio de Salud. Diseño e Impresión: Andros Impresores. Santiago, julio 2005.

TÍTULO	AUTOR	AÑO
Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho	Alba Lucía Vélez Arango	
Factores laborales y personales frente a la ocurrencia de accidentes de trabajo biológicos en el personal de enfermería de la Clínica Villa pilar ESE Rita Arango Álvarez del Pino Manizales (Caldas) 2005-2006	Jacqueline Franco Patiño, Alexandra Marín Sánchez, Lina María Ocampo Restrepo, Tania Judith Quiroz Buchely, Paula Andrea Díaz Obando, Miriam Gonzales Ramírez, María Eugenia Pico Merchán	2006
Modelo para la identificación de competencias laborales y definición de criterios de desempeño en Salud Pública de los profesionales de Enfermería y Medicina en el departamento de Caldas, 2005-2006	Martha Cecilia Arroyave Búritica, María Eugenia Giraldo Prieto, Miryan González Ramírez	2006
De la homogeneidad familiar a la construcción de identidades individuales. Sistematización de una experiencia de intervención en relaciones familiares.	<i>Gloria Mercedes Escobar Velásquez, Angélica Liliana Rodríguez Ospina</i>	2007
XIX Conferencia Mundial de Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Canadá, 2007.	Ministerio De Salud Canadiense	2007
Gestión de políticas públicas y salud	Rubén Darío Gómez Arias, Fabio León Rodríguez Ospina, Orfilia Martínez Ruíz, Nelson Armando Agudelo Vanegas, Luis Emilio Zea, Edwin Rolando González	2007
Manual de ambientes laborales libres de humo de tabaco	Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación DE ARGENTINA	2005
Educando en la promoción de la salud laboral Ecuador México y Argentina	Wanda E. Soto Vázquez	2006
Promoción de la salud en Chile	Ministerio de Salud de Chile	2005

La globalización y la naturaleza cambiante del trabajo esencialmente ligada a condiciones de temporalidad y parcialidad y la aparición de nuevos riesgos para la salud de los trabajadores tienen un impacto dramático sobre la fuerza laboral y la salud del trabajador. En ese sentido, la salud de los trabajadores ha sido una preocupación importante para organismos internacionales como la OIT y la OPS/

OMS, entre otros. La OPS ha destacado que en América Latina los problemas relacionados con el trabajo y la salud son comunes, variados y múltiples. Así lo muestran algunos hechos y cifras:

- En algunos países las pérdidas económicas provocadas por las lesiones y enfermedades ocupacionales llegan a equivaler hasta el 11% del Producto Interno Bruto (PIB).
- La salud de los grupos de población más pobres y vulnerables se ve afectada en forma desproporcionada, debido a que son los que tienen trabajos más peligrosos, peor remunerados y con menor seguimiento.
- Las mujeres se encuentran entre las personas más vulnerables, ya que suelen trabajar en condiciones más precarias que los hombres. Enfrentadas a una carga laboral doble (trabajo remunerado sumando a las labores o tareas del hogar), ellas están expuestas a más riesgos para la salud.
- La interacción entre el trabajo y el estilo de vida personal también contribuye a la salud y la calidad de vida del trabajador. Por ejemplo, el trabajo por turnos y la necesidad de tener varias ocupaciones atentan contra las actividades recreativas y la vida en familia. El incremento del estrés en el trabajo (presión en materias de tiempo, trabajo a destajo, exposiciones peligrosas) puede conducir a mecanismos de compensación a hábitos poco saludables, tales como el tabaquismo, el alcoholismo, los excesos alimenticios y el consumo de sustancias psicoactivas.
- Las limitadas oportunidades de capacitación y falta de conocimiento acerca de los riesgos potenciales inciden en la mala calidad del ámbito laboral.

- Existen escasos programas eficaces de promoción de la salud en los lugares de trabajo. Esta preocupación ha contribuido a plantear un Compromiso internacional a favor de los lugares de trabajo saludables.

La comunidad internacional, incluidas la OMS y la OIT, los sindicatos y otras entidades, ha asumido el compromiso de promover y apoyar las acciones y medidas que tomen los países para lograr implementar lugares de trabajo saludables.

La OPS elaboró el Plan Regional de Salud de los Trabajadores para las Américas, que se implementará en coordinación con otras iniciativas internacionales. La promoción de la salud de los trabajadores es una de las cuatro áreas programáticas prioritarias definidas en dicho plan y está concebida para complementar y apoyar a las otras tres áreas: calidad del ambiente de trabajo, políticas y legislación, y servicios integrales de salud para el trabajador.

Cabe señalar otros aportes internacionales en este ámbito.

En 1995 la Comunidad Europea adoptó un programa de Acción en Promoción de la Salud, Información y Formación en el Campo de la Salud Pública, en el que se incluye el establecimiento, en 1996, de una Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo (PSLT).

Entre las actividades realizadas en PSLT, está la publicación de dos encuestas, de las que se extrae lo siguiente:

- Inventario de Acciones de Promoción de la Salud en la Empresa, realizado por la ONC de la Red Europea en España en 1996, que recoge las respuestas de 928 empresas a un cuestionario. Los resultados reflejan acciones y programas orientados fundamentalmente a la educación sanitaria para la reducción de

conductas de riesgo (consumo de tabaco, alcohol y otras drogas) y a la promoción de hábitos saludables (higiénicos, de alimentación y de ejercicio físico), prevención de enfermedades y accidentes y sobre la organización de los equipamientos y la organización del trabajo.

- Encuesta de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, para establecer las prioridades y estrategias de la política en materia de seguridad y salud en el trabajo en los estados miembros de la Unión Europea (1997). Aunque el objetivo de esta encuesta no era específico para identificar actividades de Promoción de la Salud, entre sus resultados se señala la atención otorgada en los últimos diez años al área de “Riesgo Psicosocial”, la que incluye aspectos psicosociales generales, acoso sexual, estrés, agotamiento, violencia en el trabajo e intimidación psicosocial.

En América Latina también existen algunas experiencias como es la Red de Salud de los Trabajadores de Nicaragua. El tema de la Salud Ocupacional es de interés común para muchas personas, y diferentes partes están trabajando con diferentes potencialidades en este sector. El fin de la Red de la Salud de los Trabajadores es coordinarse, trabajar juntos para unir las fuerzas, las diferentes capacidades y profesiones y buscar las posibles maneras de cooperar.

4.3 PRINCIPIOS FUNDAMENTALES PARA LA PROMOCION DE POLITICAS PÚBLICAS SALUDABLES EN EL LUGAR DE TRABAJO

Según la OPS, la aplicación de un Programa de Promoción de la salud en el lugar de trabajo se fundamenta en los siguientes principios:

Carácter integral: La combinación de factores personales, ambientales, organizacionales, comunitarios, sociales e informativos sobre el bienestar del

trabajador. Para ello y sobre la base de la Carta de Ottawa puede desarrollar las siguientes iniciativas:

- Construir políticas públicas de trabajo saludables para todos los sectores de la vida productiva. Esto es, definiciones políticas, normas, reglamentos, planes y programas que conduzcan a ello.
- Crear ambientes favorables en el sitio de trabajo, identificando necesidades, orientando las soluciones para el adecuado control y manejo de los riesgos del trabajo.
- Fortalecimiento de la organización y participación de la comunidad trabajadora para abordar materias de condiciones del ambiente general de trabajo, de vivienda, de educación y de vida, entre otros.
- Desarrollo de habilidades y responsabilidades personales y colectivas, relacionadas con la gestión de la salud, la seguridad, el autocuidado y el desarrollo personal de los trabajadores.
- Reorientar los servicios de salud ocupacional y otros servicios de salud, para incluir la promoción de la salud y todos sus aspectos relacionados dentro de sus agendas y lograr un mayor acceso del trabajador a los servicios de salud primaria, preventiva y ocupacional.

Carácter participativo y empoderador: Se promueve la participación de los trabajadores y directivos, a menudo a través de la organización de comités de salud, seguridad e higiene ocupacional.

Cooperación multisectorial y multidisciplinaria: Se da la oportunidad de participar a todos los actores sociales interesados de los diferentes sectores, tales como

gobierno, las empresas y lugares de trabajo, los sindicatos, el sector de la salud, las instituciones de enseñanza superior, las organizaciones no gubernamentales, la comunidad y otras entidades.

Justicia social: Los programas de promoción de la salud en el trabajo se ofrecen a todos los miembros del lugar de trabajo, independientemente de su cargo, sexo o grupo étnico. Esto también debiera incluir a trabajadores por contrato permanente o temporales y trabajadores por turnos.

Sostenibilidad: Para lograr su sostenibilidad, la promoción y la protección de la salud en los lugares de trabajo debe convertirse en parte integral de la gestión y organización de la empresa o lugar de trabajo y de la organización comunitaria que la rodea.

4.4 FORMULACIÓN DE UNA POLÍTICA PÚBLICA, CAMINO A LA CONSTRUCCION DE UNA POLITICA PUBLICA QUE PROMOCIONE LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN LOS LUGARES DE TRABAJO COLOMBIANOS

En Colombia al igual que en muchos países de Hispano América es compartida la visión de elevar el nivel de salud de la población, en su acepción más amplia, rescatando el involucramiento de las instituciones del Estado, de las familias, comunidades e individuos en su logro. Durante la década de los noventa, países como Chile inician diversas experiencias de promoción de salud en el lugar de trabajo, cada una con énfasis también diversos y que unidos a Políticas de Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional lograron incorporar la atención a las condicionantes de la salud.

En Colombia al igual que en los demás países de Latino América, en especial la cita región los Planes Nacional de Promoción y prevención de los años de 1996

hasta la fecha han incluido de manera timorata dentro de sus orientaciones el desarrollo de la promoción en el trabajo con recomendaciones para su desarrollo en los Planes de Atención Básica de Promoción y prevención de la enfermedad y la generación de estrategias de estilos de vida saludables en los lugares de trabajo, la estrategia, como tal, es impulsada en forma aislada por algunas oficinas de salud ocupacional de las empresas privadas ya en vía de extinción por el surgimiento de las aseguradoras de riesgos profesionales que pocas veces son vistas por los trabajadores colombianos en la promoción de estilos de vida saludables en sus lugares de trabajo de manera intersectorial o con estrategias o lanzamientos de Guías de Vida Sana en los lugares de trabajo como si ocurre en otras latitudes hispano americanas.

De hecho el Consejo VIDA CHILE, en el año 2003, luego de haber incorporado entre sus miembros a representantes del sector privado (Cámara Nacional de Comercio) suscribe un convenio entre el Ministerio de Salud, el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA de la Universidad de Chile) y la Fundación Acción Empresarial (entidad destinada a impulsar la responsabilidad social corporativa), para el diseño y producción de una Guía Práctica de apoyo a la elaboración de Programas de Promoción de Salud. Resultado de esta iniciativa fue la producción de la Guía de Vida Sana en la Empresa, material educativo destinado principalmente a directivos, gerentes de recursos humanos y tomadores de decisión en materias de personal, salud, bienestar y calidad de vida en la empresa.

La Guía de Vida Sana fue elaborada en forma participativa, siguiendo una metodología que incluyó: preparación de una versión preliminar en base a revisiones bibliográficas; validación a través de dos seminarios de consultas a expertos de empresas públicas, privadas, mutuales y de sectores académicos y, posteriormente, encuesta de opinión a equipos de promoción de salud. Este fue el insumo básico para la preparación de la Guía definitiva, la que contiene aspectos

conceptuales, metodológicos y recomendaciones de intervención para la promoción de estilos de vida saludable en el lugar de trabajo.

4.5 NOCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE UN LUGAR DE TRABAJO SALUDABLE

Los Ministerios de Protección Social y los comités internacionales de Salud laboral en los diferentes foros internacionales en su gran mayoría han definido un lugar de trabajo saludable como: "un lugar que promueve el bienestar familiar y social de los trabajadores, a través de la protección de riesgos del ambiente físico y social, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del medio ambiente". Definiendo sus objetivos fundamentales en:

- Promover capacidades en empresarios y trabajadores para adoptar políticas favorables a la salud.
- Fortalecer el acercamiento entre el sector salud, empresas y trabajadores.
- Crear redes de apoyo entre empresas, comunidades y otros sectores.
- Fomentar el espacio laboral como fuente de salud.
- Impactar en la prevalencia de los factores de riesgo y condicionantes de la salud.

A partir de la revisión de la experiencia y de la literatura, un lugar de trabajo saludable debe contar con las siguientes características:

4.5.1 Ambiente físico saludable y seguro: Este aspecto ha sido el más tradicional y se refiere a condiciones de limpieza, adecuada luz, ventilación, alejamiento de ruidos molestos, equipos de protección y los riesgos físicos,

químicos y biológicos, entre otros. A lo anterior suele agregarse el proporcionar oportunidades para que los empleados puedan asumir otro tipo de trabajo cuando tienen restricciones relacionadas con salud. Estos han sido el campo principal de los Departamentos de Salud Ocupacional y Prevención de Riesgos. Si bien se han logrado importantes avances en estos aspectos y en muchas empresas se ha ampliado el concepto, se ha llegado a la conclusión que se requiere una filosofía amplia que permita ir más allá y, junto con prevenir riesgos, accidentes y enfermedades laborales, se deben tomar en cuenta todos los factores que inciden en la salud y el bienestar del trabajador con un enfoque promocional.

4.5.2 Ambiente social: El ambiente social es la cultura organizacional tal como lo sienten sus trabajadores. Se crea, se refuerza y se sostiene por pautas continuas de relaciones humanas y comunicación, las que a su vez influyen en forma importante en la salud física y mental. Estas pautas reciben la influencia de las decisiones gerenciales sobre la organización y el diseño del trabajo y se transforman en la implementación de políticas y prácticas de la forma como se abordan las necesidades humanas. Estas necesidades son: respeto, sensación de pertenencia, finalidad y misión, control sobre su propio trabajo, libertad de expresión y protección de cualquier discriminación y acoso. También se producen efectos por relaciones interpersonales como la comunicación efectiva entre pares y con supervisores. El desarrollo organizacional del lugar de trabajo que efectivamente contribuye a mantener y mejorar la salud de sus empleados se refiere, entre otros, al estilo de gestión, políticas y procedimientos, división del trabajo, cadena de órdenes, la carga de trabajo y la participación en las decisiones. El ambiente social permite que las personas utilicen plenamente sus talentos y recursos y experimenten agrado, placer y satisfacción en el trabajo.

4.5.3 Recursos personales: Se refiere a cómo los individuos manejan las diversas situaciones estresantes de su medio ambiente y el sentido de control sobre su trabajo. Otro aspecto tiene que ver con la percepción de las personas, el

apoyo que exista en los momentos de infelicidad o angustia. Esta estructura puede incluir familia, amigos, profesionales o colegas consejeros. La habilidad para comunicarse bien con los demás, manejar el estrés y una sensación de poder para controlar las circunstancias son factores importantes para prevenir o resistir enfermedades.

4.5.4 Prácticas saludables: Tiene relación con la creación en el lugar de trabajo de ambientes que facilitan y apoyan estilos de vida y conductas saludables. Las organizaciones con un enfoque sobre el bienestar de sus empleados van más allá de entregar información. Apoyan la capacitación en habilidades y cambios de conducta para abordar las necesidades que pueden referirse a: tabaco, nutrición, alcohol y drogas, prácticas sexuales, actividad física y otras.

4.6 PROMOCIÓN Y REGLAS DE ACTUACION

En nuestra opinión si Colombia desea generar un verdadero impacto al interior de sus políticas de seguridad democrática y protección social de sus ciudadanos deberá en el corto plazo reglamentar de manera decidida líneas de acción que posibiliten lograr una Vida más Saludable en el lugar de trabajo, cualquiera sea la modalidad de contratación que se tenga por parte del trabajador, pues es inaceptable que las aseguradoras de riesgos profesionales hoy tengan poderes discrecionales para aceptar o no a los trabajadores independientes, cuando la crisis y la expansión neoliberal cada vez mas direcciona las contrataciones de los trabajadores a la prestación de servicios personales incluso desde oficinas virtuales o ubicadas desde sus propias residencias, abandonando el concepto de la vivienda de habitación por la vivienda laboral.

Por esta razón fieles a nuestro convencimiento logrado a través de la interpretación de textos y la experiencia en el campo de la seguridad social por más de dieciséis años nos arriesgamos a proponer la formulación de una políticas

pública para aportar a la posibilidad de lograr una Vida más Saludable en el lugar de trabajo, que a pesar de que son de conocimiento e implementación mundial, en Colombia al parecer no se conocen o por lo menos se restringe su implementación sin mayor justificación que el mercantilismo utilitarista en que se convirtió la salud y la vida de las personas que habitan el Estado Colombiano; si los vientos de libertad que vaticinan nuestros gobernantes, pues manos a la obra con la necesidad de desarrollar las siguientes líneas de acción que internacionalmente hoy tienen plena validez y se eligen como necesarias para la construcción de estilos de vida saludables para los lugares de trabajo, estas son:

4.6.1 Desarrollar políticas dirigidas a mejorar la salud y bienestar del trabajador

- Aquellas destinadas a disminuir los riesgos relacionados con el tipo de trabajo.
- Las que abren nuevas opciones institucionales para recuperar la salud y mantenerse sano, con regulaciones y normativas de apoyo al mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores.
- La formulación de estas políticas debe ser explícita e incorporada a la política institucional y contar con un compromiso de sus autoridades.

4.6.2 Crear entornos y ambientes saludables

- Facilitar, apoyar y fomentar elecciones saludables para la vida, en relación a la alimentación, actividad física, consumo de tabaco, relaciones interpersonales y otras. Esto puede lograrse ya sea:

- Creando las oportunidades para generar, mantener y reforzar cambios de comportamiento a través y en función de su actividad laboral.
- Removiendo obstáculos que interfieren, a través de cambios en la cultura organizacional.

4.6.3 Desarrollar destrezas y habilidades

- Desarrollar procesos educativos y participativos que aumenten o cambien conocimientos, actitudes, intenciones y motivaciones en los trabajadores.
- Incorporación de la familia en procesos educativos, recreativos y de relaciones humanas en los espacios laborales.

4.7 MOTIVOS E INCENTIVOS

De acuerdo con las experiencias evidenciadas a través del discurrir temático y conversacionales con expertos y pragmáticos de este tema en particular a parecieron consignadas algunas razones que en la nación Chilena hoy ya son toda una realidad y que por su puesto pueden ser perfectamente adaptadas a nuestra cultura organizacional, situación que nos lleva a expresar que entre las razones para implementar una estrategia de promoción de salud destinada a que los trabajadores tengan mayores oportunidades para llevar una vida más saludable están:

- El tiempo que ocupa en la vida de las personas el trabajo, sean éstos trabajadores y empresarios o empleadores, es de al menos un tercio de sus vidas.

- Las transformaciones ocurridas en el campo del trabajo (incorporación de conceptos como importancia del capital social y calidad de vida en el mundo laboral; nuevas tecnologías; cambios en matrices productivas y otras).
- El riesgo que implica la actividad laboral y su relación con las condiciones laborales.
- El impacto directo del trabajo en la salud y bienestar de sus actores.

Consideramos que una estrategia de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo tiene beneficios para la propia empresa, como para los trabajadores, y en forma directa o indirecta para sus familias e incluso para los clientes que pueden percibir un ambiente laboral acogedor y agradable. Se puede decir que toda inversión en este sentido resulta altamente rentable. En forma resumida se pueden señalar por los diferentes estudios realizados que la aplicación de la estrategia de promoción de salud en la empresa trae en términos generales los siguientes beneficios:

- Mantener y mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores.
- Mejoramiento de la imagen del lugar de trabajo y de su prestigio.
- Aumento de la productividad. Herramienta que agrega valor competitivo a la empresa, potenciando el factor humano.
- Disminución de factores negativos como gastos de salud, ausentismo laboral, entre otros.
- Posibilidades de rebajas tributarias (a través de cursos de capacitación y entrega beneficios de alimentación).

- Clima laboral visiblemente mejorado.
- Trabajadores conscientes de su salud, que conlleva motivación y compromiso consigo mismo y con la institución. En síntesis, un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida en general. La salud de la fuerza laboral de un país es fundamental para el bienestar socioeconómico de la Nación

4.8 PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO

El hecho de que los lugares de trabajo cuenten con programas de prevención de accidentes y enfermedades y de autocuidado responde al cumplimiento de la legislación laboral. No obstante, cabe señalar que cuando estas acciones se realizan con un enfoque participativo y de promoción de salud, se pone la atención en intervenciones generadoras de aprendizajes y conductas sociales que implican el desarrollo de hábitos preventivos, de autocuidado de la salud y del entorno.

El énfasis debe estar puesto en crear conductas de autocuidado con responsabilidad colectiva, lo que implica crear conciencia respecto de los riesgos y efectos negativos que puedan tener determinadas conductas individuales en la salud de los compañeros de trabajo. Al mismo tiempo, se requiere instalar capacidades colectivas de cuidado personal y del entorno laboral, junto con contribuir activamente al establecimiento de políticas institucionales y programas especiales de estilos de vida saludables apoyados por los niveles superiores.

El autocuidado es un fenómeno activo, requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y decidir un curso de acción apropiado para su beneficio. Para desarrollar conductas de autocuidado en el

trabajador y su familia es necesario que la empresa realice actividades que ejecuten voluntariamente y motivadas para mantener su salud y bienestar.

Entre los elementos que favorecen el desarrollo de conductas de autocuidado están:

- Información y comunicación permanente: Acciones que permitan llegar con información expedita permanente y sistemática al conjunto de la comunidad laboral, sobre aspectos de cuidado de la salud corporal, psicológica, emocional, ambiental.
- Desarrollo de habilidades para la vida: Si bien se piensa más bien en niños y jóvenes, para los adultos también existe una serie de herramientas que facilitan la toma de decisiones adecuadas para la salud, para enfrentar dificultades y mejorar el autoestima.
- El Examen de Salud Preventivo del Adulto es una actividad dirigida a detectar precozmente factores de riesgo o condiciones de enfermedad, con el propósito de intervenir evitando enfermar, detener su progreso y evitar o posponer las complicaciones asociadas. Sus contenidos corresponden al perfil epidemiológico actual del país (enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes, accidentes, problemas de salud mental) y contiene una consejería educativa pertinente. También es importante incentivar el adecuado control de las enfermedades crónicas, el control del embarazo y los chequeos periódicos de salud, incluyendo las vacunaciones y otras actividades preventivas cuando corresponda.
- Educación para el autocuidado personal y familiar: En este aspecto, se puede planificar un proceso educativo individual y/o grupal dentro de la empresa, basado en una relación de concordancia y respeto en que se han explorado

los puntos de vista de los trabajadores. De esta manera, pueden abordarse mitos y creencias de los empleados frente a asuntos de salud-enfermedad, y avanzar paulatinamente hacia nuevas actitudes y comportamientos favorables a la salud. Es importante que el desarrollo de estas acciones vayan acompañadas de un refuerzo a las actividades específicas de prevención de accidentes y enfermedades ocupacionales según el tipo de actividad laboral que desempeñen.

Así mismo el desarrollo de factores protectores ambientales o promoción de la salud ambiental está destinado a que el entorno laboral sea seguro y saludable, incorporando la educación y participación de los trabajadores, así como un control y manejo de los riesgos ocupacionales y ambientales asociados a la actividad de la empresa.

Además de la directa responsabilidad de la empresa, se trata de relevar el rol que les compete a los trabajadores, desarrollando programas educativos que los habilite en el cuidado colectivo de su ambiente laboral y en el efectivo control de los riesgos. Entre otras se incluyen prácticas de salud ambiental relacionadas con el saneamiento básico (baños y cocinas), limpieza e higiene en el ambiente laboral, control de vectores, residuos y de otros agentes de contaminación. En ese ámbito, es fundamental mantener un conocimiento actualizado de la legislación y normativa sanitaria vigente, incorporarla a los programas educativos y de difusión y asegurar los mecanismos de control social para su cumplimiento por parte de los trabajadores y de la empresa.

4.9 FACTORES DE ÉXITO METODOLÓGICOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN UNA POLITICA PÚBLICA EN PROMOCION DE ESTILOS SALUDABLES EN EL LUGAR DE TRABAJO

- Es de gran importancia contar con el compromiso de los altos mandos o directivos, pues serán ellos quienes darán parte del sustento a la estrategia, tal como la provisión de recursos necesarios en su desarrollo, sean estos humanos, de infraestructura, materiales, etc. También serán indispensables al momento de responder a las necesidades identificadas.
- La familia tiene influencia directa en la vida del trabajador; por lo tanto, puede influir positiva o negativamente. La familia es la que provee el apoyo, refuerza las capacidades, facilita las elecciones al momento del cambio de conducta o hábito. Está demostrado que contar con el apoyo de la familia tiene mayor éxito cualquier intervención en salud.
- Que los trabajadores se identifiquen con el programa de promoción de la salud asegura su participación, motiva la integración más permanente y constante. Lo sienten como propio, pues fue creado con ellos.
- Los incentivos son mecanismos de reconocimiento, de apoyo, de motivación para las personas individualmente y en grupo. Son muy importantes para el éxito de la intervención.
- Contar con personas que son ejemplos o modelos facilita a que otros se motiven a integrarse, ya que, por lo general, estos modelos son personas respetadas por sus pares.
- Es muy importante utilizar al máximo los recursos existentes, dentro de esto, por ejemplo, el tiempo de las personas, las habilidades y potencialidades,

como también los recursos de índole material y la existencia de otras instituciones o grupos de trabajo que llevan una experiencia aprendida.

- El compromiso activo de los trabajadores es fundamental, tanto en el plano personal como a través de sus instancias de participación u organización laboral. Resulta muy importante contar con espacios de participación para que las diferentes expresiones asociativas de los empleados o trabajadores tomen parte en el diseño, implementación y evaluación de las acciones.

4.10 LINEAMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA LA APLICACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA EN LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LOS LUGARES DE TRABAJO

- **ASEGURAR EL APOYO DE LA GERENCIA Y/O DE LA DIRECCIÓN.** Es importante buscar el apoyo, por parte de la gerencia o dirección, lo que incluye el patrocinio de la iniciativa, y en la medida de lo posible también un compromiso para llevar a cabo los cambios recomendados.
- **ESTABLECER UN ENCARGADO(A) RESPONSABLE Y/O UN COMITÉ COORDINADOR.** Debería definirse un encargado(a) y establecer un comité coordinador para administrar el proyecto o programa, que si bien podrá ser el comité de salud y seguridad existente, deberá incluir representantes de los diferentes niveles del lugar de trabajo (por ej., supervisores y trabajadores), del sindicato u organización laboral que corresponda.
- **REALIZAR UN DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN DE NECESIDADES.** La entidad encargada de la tarea deberá realizar un diagnóstico y evaluación de necesidades, lo que incluye la recopilación de información pertinente sobre las necesidades y preocupaciones en materia de salud, ambiente y seguridad, estilos y condiciones de vida, las políticas sanitarias y las prácticas de cuidado

de la salud, prevención y protección existentes. La meta de la evaluación de necesidades es tanto la de identificar los principales problemas o inquietudes que, según los perciben empleados y empleadores, afectan a su salud en el trabajo, como la de suscitar interés en el programa entre el personal. La evaluación de necesidades puede incluir una encuesta escrita que deberá ser llenada por todos los empleados. También se puede realizar mediante reuniones grupales, o encuestas estructurales de calidad de vida laboral

- **ORDENAR LAS NECESIDADES EN FUNCIÓN DE UNA ESCALA DE PRIORIDADES.** Se elaborará un perfil de las necesidades de salud en el sitio de trabajo, en base a las condicionantes de la salud, lo que le permitirá al comité coordinador ordenar los problemas identificados según una escala de prioridades articulada en función del interés y la necesidad, los posibles riesgos para la salud y los recursos disponibles.
- **ELABORAR UN PLAN DE ACCIÓN.** Sobre la base de las necesidades y problemas ordenados en función de una escala de prioridades, el comité coordinador elaborará un plan de acción. Se recomienda tener un plan anual con objetivos alcanzables, evaluación, presupuesto, cronograma, asignación de funciones y responsabilidades para su ejecución. Dependiendo de las condiciones institucionales es deseable que este plan tenga una proyección al trienio con metas claras y precisas.
- **EJECUTAR EL PLAN.** La puesta en práctica del plan requiere de la participación activa de los trabajadores, con un adecuado sistema de gestión y control.
- **EVALUACIÓN.** La evaluación es esencial para constatar si el programa avanza bien, identificar logros y problemas y obtener retroalimentación para mejorarlo. La evaluación se puede realizar mediante protocolo, como es la

pauta de acreditación y otras, mediante la cual se verificará el nivel de desarrollo alcanzado. También es importante considerar la evaluación de impacto en salud, la que se debe realizar sobre la comparación de una línea base de medición, para lo cual se sugiere aplicar una encuesta de calidad de vida junto a la medición de parámetros de salud que sea posible obtener, según la realidad de la institución. Es importante hacer un permanente seguimiento del programa de trabajo para realizar las modificaciones necesarias. De esta forma se asegura el éxito en el cumplimiento de las metas y objetivos.

- **REVISAR Y ACTUALIZAR EL PROGRAMA.** Es importante hacer un permanente seguimiento del programa de trabajo para realizar las modificaciones necesarias. De esta forma se asegura el éxito en el cumplimiento de las metas y objetivos.

4.11 OBSERVACIONES FINALES Y HERRAMIENTAS CONSIDERADAS DE APOYO

- Un plan de acción integral y transversal de promoción de salud en la actividad laboral debe estar basado en la realidad particular de cada empresa o lugar de trabajo, considerando las siguientes premisas:
- Es de construcción colectiva, procurando la más amplia participación de los trabajadores.
- Considera la diversidad de los participantes, vale decir, sexo, edad, escolaridad, procedencia (urbana o rural), etnia y aspectos culturales, tipo de trabajo, entre otros.

- Tiene en cuenta los recursos disponibles, de orden económico, materiales, infraestructura y, por sobre todo, humanos.
- Identifica y prioriza necesidades e intereses de todos los participantes, por lo tanto, contempla un periodo para recabar información y realizar un diagnóstico de necesidades sentidas y reales con la participación de los trabajadores.
- Por lo general, se implementa paulatinamente; se trata de modificaciones a las rutinas habituales de las personas y, por lo tanto, hay que definir etapas y respetar el ritmo de los participantes. Es recomendable comenzar por no más de dos condicionantes o tipo de intervenciones, para luego incorporar las restantes.
- Una modalidad puede ser la combinación de varios programas, utilizando una variedad de opciones en cada uno, permitiendo a las personas elegir de acuerdo a sus necesidades y preferencias.
- Se insiste en la interrelación de los diversos temas y acciones realizadas. Por ejemplo, en actividad física: el estímulo y logro de una vida activa ayuda a sentirse mejor y participar con otros (la asociatividad, factor psicosocial protector), contribuye a bajar de peso a través de una alimentación saludable y facilita evitar el consumo de alcohol, drogas y tabaco.
- Para la evaluación diagnóstica se recomienda usar instrumentos e indicadores validados.
- En el desarrollo de actividades de difusión educativa es necesario usar mensajes actualizados y materiales adecuados a la cultura y realidad del lugar de trabajo.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En las últimas décadas, Colombia y en general los países de América latina, en especial los estados Chilenos, Brasileños y Argentinos, base de nuestro modelo actual, ha experimentado notables logros en salud y un importante crecimiento económico que no se ha traducido, sin embargo, en mejor calidad de vida para todos. La actual situación de salud - en la que predominan los estilos de vida y ambientes poco saludables - se ha caracterizado por el aumento explosivo de la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, los distintos tipos de cáncer, accidentes y problemas de salud mental. Ello demanda una decidida acción del conjunto de sectores de la sociedad. Para enfrentar este desafío, el Ministerio de la protección social presento ante el congreso de la república distintas iniciativas que han generado reglamentaciones legislativas que contribuyen a la formulación e implementación de las políticas de promoción de salud en los distintos espacios de la vida cotidiana de las personas. En una primera fase, se ha priorizado su quehacer en los establecimientos de educación y en el ambiente comunitario y familiar, estando la expectativa de su desarrollo en los lugares de trabajo. Consideramos que se hace fundamental comenzar con la generación de las políticas de promoción de salud en el espacio laboral, pues tienen como propósito la mantención y mejoramiento de la salud y bienestar de los trabajadores, "a través de la protección de riesgos del ambiente físico y social, estimulando su autoestima y el control de la propia salud y del medio ambiente". Para conocer las nuevas iniciativas en este campo y aportar a la construcción de políticas públicas. Partiendo de esta perspectiva, la promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas mejorar su salud, elevando el control de las condiciones que la determinan. Y aunque se piense lo contrario, la promoción de la salud no es un concepto nuevo. En sentido amplio, se puede decir que la humanidad ha realizado durante muchos siglos prácticas que hoy se podrían reconocer como promoción de la salud. Al comienzo de la década de 1940 surge una figura relevante llamada Henry Sigerist, quien es uno de los primeros a los

que se le adjudica el uso del término promoción de la salud. Este historiador médico argumentó que "la salud se promueve fomentando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios para el descanso y la recreación". Al mismo tiempo, señalaba que "se necesitan los esfuerzos coordinados de muchos grupos para alcanzar esta meta, tales como la de los políticos, los trabajadores, los industriales, los educadores y los médicos, quienes, como expertos en los asuntos de salud, deben definir las normas y establecer patrones". Varios años más tarde, en 1974, el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá retoma esta idea y argumenta que el campo de la salud está relacionado con cuatro grandes componentes: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización para la prestación de servicios de salud. En los años siguientes se produjeron varios informes en Estados Unidos, Canadá y Suecia, entre otros, con un abordaje enfocado en el individuo para modificar sus conductas, por ejemplo, dejar de fumar, hacer ejercicios, disminuir el consumo de alcohol, etc. Sin embargo, este enfoque entró en crisis en 1980 por su carácter de "culpar a la víctima" y, por lo tanto, se comienza a dar más importancia al ambiente físico y social, que es parte del Campo de Salud descrito por Lalonde en años anteriores en Canadá. En este sentido, se puede mencionar un documento producido por la Oficina Europea de la OMS en 1982, que incorpora la existencia de factores fuera del individuo que necesitan estar presentes para ayudarles a tomar las acciones para mejorar su salud. Posteriormente, en 1986, se refuerza esta idea y se declara a través de la Carta de Ottawa que los prerequisites de salud son la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. De ahí se deduce que salud también es un producto social, con responsabilidades compartidas entre el individuo, la familia, los grupos, todos los sectores de la sociedad, las autoridades y el Estado. La Carta de Ottawa sienta las bases para futuros análisis y cursos de acción de la estrategia en las distintas regiones, cuyo contexto es muy particular, tales como América Latina y el Caribe. En 1992 se realiza la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Colombia cuyo escenario era el latinoamericano; en

1993 se redacta la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud en el Caribe y en el 2002 se suscribe el Compromiso de los países latinoamericanos con la Promoción de Salud, planteando la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud. En dichos documentos se apoyan y acuerdan las acciones internacionales y estrategias de Promoción de la Salud propuestas en las Conferencias mundiales realizadas hasta el momento, estableciendo la necesidad de adaptar cada una de ellas a las características propias de la Región. Al mismo tiempo, destacan la importancia de que la Promoción de Salud se realice considerando realidades específicas y que en esencia significa un esfuerzo colectivo por llevar la salud y la vida a un plano de dignidad. Desde esa comprensión de salud se ubica al trabajador y al empresario en conjunto con su habitat, reconociendo su cultura, usos, costumbres, tradiciones, gustos, inquietudes, en todo lo que significa su ciclo vital, en sus relaciones socioculturales, económicas, civiles. Estas evidencias y los nuevos desafíos epidemiológicos y demográficos señalan la urgente necesidad de innovar y aprovechar mejor el potencial para el fomento de la salud de la población, tanto en individuos, familias, comunidades, grupos laborales, es decir, en todos los ambientes donde se desarrolla la vida humana. Surgen así las acciones de promoción de la salud como un recurso para el desarrollo de la sociedad, como una clara forma de eliminar las barreras tradicionales convocando al mundo privado y público a complementarse en la tarea de construcción de la salud.

Es preciso decir, sin embargo, que la regulación del derecho a la protección de la salud, recogido por el artículo 48 de la Constitución Política Colombiana de 1991, desde el punto de vista de las cuestiones más estrechamente vinculadas a la condición de sujetos de derechos de las personas potencialmente usuarias de los servicios de salud, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud integral, ha sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado, a través de la Ley 100/1993, reformada por la ley 1122/2006,(Ley General de

seguridad social integral) y sus decretos reglamentarios, pero aun no alcanza la dimensión de sistema de información integral para garantizar el manejo en condiciones críticas del paciente, pues las acciones de su vida laboral y cotidiana quedan por fuera del contexto de información relevante, llevándose desarticuladamente información por las instituciones que de vez en cuando prestan asistencia de promoción o prevención al paciente en las etapas que según la interpretación de la ley están obligados a cumplir, sean ellos Administradores De Riesgos Profesionales (ARP), Empresas Promotoras De Salud (EPS) o Instituciones Prestadoras De Servicios En Salud (IPS).

De otra parte, las Leyes, a pesar de que fijan en Colombia básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema de salud desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema General de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación, pero ha dejado en el olvido la integralidad que profesa en el sistema al no generar estrategias o políticas de salud pública que garanticen la integración de las acciones de promoción, prevención y asistencia en todos los entornos del ciudadano y su familia sin límites de vinculaciones laborales o preexistencias patológicas generadas por la no implementación de políticas saludables en la administración de la vida cotidiana por parte del paciente crítico y el Estado al que se debe como máxima entidad de regulación y administración de su vida en sociedad.

Es por esto que nos atrevemos a plantear a modo de síntesis que de la información que hemos compilado y analizado con relación a nuestro contexto las experiencias, se presentan en marcos y/o aspectos comunes observados en su desarrollo que consideramos deberán ser observados por nuestro legisladores y administradores para el bien del servicio público, ya que las experiencias tienen un desarrollo superior a los tres años y han logrado su institucionalización. La expuesta se ha formulado explícitamente como Política Institucional, que da lugar a una Organización Social que asume la continuidad de las tareas. Se destaca el liderazgo de profesionales claves en su conducción y el hecho de contar con el respaldo de los directivos o gerencia superior.

Otro factor de éxito común ha sido la participación de los trabajadores a través del Sindicato, Asociación Gremial, Comités Paritarios u otras instancias. Todas incluyen intervenciones múltiples, las que se fueron incorporando en forma secuencial con gradualidad, según la realidad de cada lugar de trabajo. Algunas comienzan con acciones en alimentación, actividad física o tabaco y otras perfeccionando el programa preventivo cardiovascular.

La instalación del Programa, en algunos casos, se realiza a partir de la integración de acciones previas bajo una concepción más amplia de salud y calidad de vida. También cabe destacar que todos los equipos han elaborado una serie de materiales educativos y de comunicación.

Respecto a las dificultades se señalan la falta de integración de los trabajadores y los obstáculos para lograr coberturas más amplias. La mayoría de ellas, a pesar de llevar varios años con estas acciones, funcionan gracias a participaciones voluntarias de grupos reducidos que sí tienen un potencial de expansión vía incentivos laborales; ya que han tenido momentos o actividades particulares de mayor alcance. Otra dificultad importante se relaciona con las visiones, prejuicios o resistencias frente a los cambios y actividades innovadoras, como, por ejemplo: las pausas activas suelen percibirse como “pérdida de tiempo”, la alimentación “ya

no se puede modificar porque es recibida como beneficio adquirido”. Por otra parte, el reducido equipo humano que dirige las tareas es otra limitación importante, unida a la falta de espacios de intercambio o formación en esta área. Las evaluaciones principalmente son de proceso, de participación y satisfacción de los usuarios. Coinciden en reconocer un mejoramiento del clima organizacional y aumento del trabajo en equipo. Las evaluaciones de impacto, son más escasas; algunas realizan seguimiento de indicadores de algún factor de riesgo según las intervenciones específicas realizadas.

Los mecanismos de gestión son diversos y varían, observando la presencia de un Comité Ejecutivo (integrado por los Gerentes de Salud, Seguridad, Medio Ambiente y Comunidad; Recursos Humanos; Comunicaciones y Equipo Técnico); un Comité de Salud (ubicado en la División de Recursos Humanos e integrado por Recursos Humanos, Prevención de Riesgos y Comités Paritarios); un Comité de Líderes en Estilos de Vida Saludables (integrado por los propios sujetos de la experiencia) y un Equipo de Promoción y Trabajo Comunitario (integrado por Promoción de Salud, Comité Paritario, Asociación Gremial y un psicólogo).

El financiamiento también es diverso, utilizan diferentes fuentes (institucionales y postulación a fondos externos). Cabe señalar que en dos de ellas es importante el aporte mensual de los propios trabajadores.

Las experiencias del sector salud se vinculan en sus orígenes a los Proyectos de Mejoramiento de Entornos Laborales y a las orientaciones técnicas de los Planes Nacional de Promoción de Salud de cada país. En los que coinciden en que el construir una conceptualización colectiva de los trabajadores es un factor altamente positivo. El relato de la experiencia refleja la existencia de procesos similares, a pesar de las diferencias entre los tipos de lugares y el tamaño, que en este caso varía entre cerca de 100 y 6.000 trabajadores. También es común a

todas ellas la valoración positiva por parte de los trabajadores, los directivos, las familias y el propio Estado.

De lo anterior se desprende entonces que el éxito de la importación y contextualización de cualquier modelo propuesto requiere de tres estrategias que deben funcionar simultáneamente: primero, el diseño de una política coherente que funcione bajo los incentivos adecuados y tenga en cuenta los problemas de selección adversa, riesgo moral, incertidumbre y las fallas de mercado; segundo, un soporte político amplio, profundo y durable, pues la mayor parte de las transferencias de los ricos pueden ser capturadas por la clase media, a través de su poder electoral o actuando a través de grupos de interés con poder político. Por último, esta propuesta requiere de instituciones eficientes que trabajen bien, que tengan sistemas de información confiables, buenos instrumentos de focalización, sistemas de recaudo y pagos a nivel nacional, una extensa red de administradores y proveedores, y el desarrollo de acciones concretas en inspección, vigilancia y control. Sin estas condiciones, es imposible implementar adecuadamente la reforma del sistema preventivo en seguridad social que Colombia necesita.

En el componente de salud queda evidenciado que sí hay un papel muy importante para las entidades territoriales, de acuerdo con las funciones que les asignan la Ley 100 y la Ley 715 de 2002 con sus reformas. Salvo algunas pocas instituciones prestadoras de servicios de salud del orden nacional (como las clínicas escindidas del ISS), la red pública para la prestación de estos servicios es responsabilidad de los gobiernos departamentales, distritales y municipales. Estos últimos también tienen responsabilidades en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y en la financiación y afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado de salud.

En asistencia social, promoción y prevención en los lugares de trabajo las competencias y funciones de los gobiernos nacional y local no están tan

claramente delimitadas. El nivel nacional aparentemente participa de estos programas principalmente a través de Acción Social, el ICBF y el Fondo de Solidaridad Pensional. Por su parte las entidades territoriales suelen contar con secretarías o departamentos administrativos que tienen a cargo programas de asistencia, pero no hay un cuerpo normativo que los integre en su funcionamiento y organización con los del orden nacional. De otro lado están las Cajas de Compensación, que tienen jurisdicción regional, aunque sus consejos de dirección están compuestos de manera paritaria por trabajadores y empresarios, y dependen para su vigilancia y regulación del gobierno nacional no se evidencian sus obligaciones o acciones directas para con estas actividades.

Finalmente queremos dejar planteado el debate en la conceptualización pragmática, bajo la premisa que la promoción de hábitos de vida saludable en Colombia deberá poner su mirada sobre el bienestar de las personas en edad productiva, más que en el daño, las carencias o la enfermedad de las personas.

Lograr impactar a través de políticas públicas sobre el estilo de vida, creemos nosotros implica la toma de conciencia por parte de quienes orientan el Estado y las personas sobre el compromiso y responsabilidad que se tiene en el cuidado de su propia salud, permitiendo el desbloqueo de nuestras corazas corporales, depresión, neurosis, malos hábitos alimentarios que afectan la salud de los trabajadores, sus familias y el desarrollo de nuestro potencial como seres humanos que cada vez se enrarece mas por la falta de conciencia colectiva y acciones coordinadas y solidarias por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), que por su soberbia administrativa y temerariamente financieras terminan siendo inocuas, pues no resisten el mayor análisis cuando se cruzan con escenarios productivos, perfiles de morbilidad y mortalidad en nuestras regiones.

La labor y el debate recién comienzan, esperamos que sean muchos más los ciudadanos del común como nosotros, compañías multinacionales, directivos de servicios públicos, comités paritarios de salud, especialistas, docentes, estudiante sindicatos, agrupaciones de empleados, profesionales y trabajadores, quienes junto a las diversas instituciones de salud, bienestar y trabajo del país se apropien de este tipo de iniciativas de sólidas influencias, para el ámbito productivo y la salud de la población Colombiana.

En ese orden de ideas las entidades gubernamentales, agentes privados con delegación de prestación de servicios públicos deberán entender que la promoción de hábitos de vida saludable requiere del aporte responsable de niños/as, jóvenes, mujeres y hombres para mejorar la salud de las personas y hacer de la vida familiar y comunitaria entornos más saludables y gratificantes, pues como lo hemos intentado demostrar la promoción de hábitos de vida saludable es un proceso de aprendizaje que dura toda la vida, por lo que es importante partir en la transmisión de los adultos en edad productiva a sus dependientes, transmitiendo mensajes y estimulando actitudes y conductas saludables que perduren en el tiempo y lleguen con asertividad y afectividad a todos los rincones del territorio Colombiano.

BIBLIOGRAFÍA

ALBALA C., OLIVARES S., SALINAS J., Vio F. Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud. Santiago, Chile 2004.

ARIAS P., BARNA R. Promoción de Salud y Ambiente Laboral. En: Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de Salud. Capit. 21, 2004, pp 253-268.

ACCIÓN RSE, INTA, MINSAL. Vida Sana en la Empresa. Guía para la elaboración de un programa de promoción de salud en la empresa. Santiago 2004.

ACCIÓN RSE. El ABC de la Responsabilidad Social Empresarial en Chile y en el Mundo. Santiago 2003

Asociación Chilena de Seguridad. Programa de Promoción de la Salud: Primera Escuela de Verano de Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo. Santiago Chile 1998.

BARCELÓ P. Técnicas de Gestión Preventiva del Estrés Laboral en Organizaciones. Rev. Prevención de Riesgos Nº 67. Enero-Abril 2004.

CIFUENTES M. Condiciones Laborales Psicosociales Decentes: como pasar de los valóricos a lo operacional. Ciencia & Trabajo Año 6 Nº 14, Oct - Dic 2004. pp 162-173.

Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE. Plan Estratégico 2001 – 2006. Metas intersectoriales al 2006. Santiago de Chile; 2000.

Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE. Cuentas Públicas años 2001, 2002 y 2003. Santiago de Chile.

ECHEVERRÍA M., LÓPEZ D., SANTIBÁÑEZ I., VEGA H. Flexibilidad Laboral en Chile: La Empresas y las Personas. Cuadernos de Investigación 22 Dpto. de Estudios, Dirección del Trabajo, Diciembre 2004.

ESPINOSA M., Morris P. Calidad de Vida en el Trabajo. Percepciones de los Trabajadores. Cuadernos de Investigación 16. Dpto. de Estudios, Dirección del Trabajo, Diciembre 2004.

Ministerio de Salud. Plan Nacional de Promoción de la Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1999.

OMS Healthy Work Approach Geneva. Document WHO/HPR/HEP 97.2. 1997.

PARRA M., Promoción y Protección de la Salud Mental en el Trabajo: Análisis Conceptual y Sugerencias de Acción. Ciencia & Trabajo, Año 6 N° 14 Oct- Dic 2004

Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud – UIPES, La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa, Madrid, España, 2002.

ACOSTA, O. y Bird, R. (2003) “El dilema de la Descentralización” *mimeo*

ACOSTA, O. Y GAMBOA, L. (2005) “Estrategia de Financiamiento de un Sistema de Protección Social en Colombia” Informe final Programa Montaje de un Sistema de Protección Social, Ministerio de la Protección Social – Viceministerio Técnico.

BARRERA, F Y CORCHUELO, A. (2003) "SENA's returns: A re-evaluation", Working Paper, Fedesarrollo, Julio

CASTAÑEDA, T. (2005) "Social Protection in Colombia: Recent Advances and Issues for the Future"

CRAWFORD, P.I. (2001). "Child Protection: Theoretical Background", en: Social Protection in Asia and the Pacific" Asian Development Bank. Editora: Isabel D. Ortíz

Conpes 3187 de 2002. "Desarrollo Institucional del Sistema Social de Riesgo y del Fondo de Equilibrio y Protección Social"

Conpes 3318 de 2004. "Autorización a la Nación para contratar un crédito hasta por US\$260 millones para financiar el Programa de Reducción de la Vulnerabilidad Fiscal del Estado frente a los Desastres Naturales"

Conpes 081 de 2004. "Consolidación del Sistema Nacional de Formación para el Trabajo en Colombia"

Decreto 1137 de 1999. "Por el cual se organiza el Sistema Administrativo de Bienestar Familiar, se reestructura el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y se dictan otras disposiciones"

ECHEVERRY, J. (2002) "La recesión de fin de siglo", en: Ensayos sobre Colombia y América Latina, Libro en memoria de Nicolás Botero, Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, Madrid, España.

Econometría y Marulanda, B. (2003) "Finanzas rurales en Colombia"

Econometría, DNP. Consultoría para la Evaluación de Impacto del Subprograma Empleo en Acción, Volumen VII. Bogotá, Colombia.

Fedesarrollo (2001). "ICBF", Informe presentado al Banco Mundial y al Banco Interamericano de Desarrollo, junio. 88

Fedesarrollo (2002). Misión del Ingreso Público (2002). Informe Final.

FLOREZ, C.E. y Soto, V. "Fecundidad adolescente y pobreza. Diagnóstico y lineamientos de política" MERPD

GAVIRIA, A. Y NÚÑEZ, J. (2002) "Evaluating the Impact of SENA on Earnings and Employment", Planeación y Desarrollo, Vol XXXIII, No. 3 y 4, Julio-Diciembre

GÓMEZ, R. (2005) "Documento técnico y propuesta normativa para enfrentar la pérdida de cobertura en salud para la población con movilidad entre regímenes en el SGSSS" *mimeo*

HELMSDORFF, L. (2005). "Ampliación de cobertura del Sistema Pensional Colombiano y Atención al Adulto Mayor" MERPD

HOLZMANN, R. Y JORGENSEN, S. (2000) "Manejo Social del Riesgo: Un nuevo marco conceptual para la Protección Social y más allá". Documento de trabajo No. 0006 sobre protección social, Departamento de Protección Social, Red de Desarrollo Humano, Banco Mundial.

HUNT, J.M., (2001). Investing in Children: Child Protection and Economic Growth. En "Social Protection in Asia and the Pacific" Asian Development Bank. Editora: Isabel D. Ortíz

Inter-American Development Bank - IDB (2000) "Social Protection for Equity and Growth".

Inter-American Development Bank - IDB (2001) "Shielding the Poor. Social Protection in the Developing World"

KATSURA, H. y ROMANIK, C. (2002) "Ensuring Access to Essential Services: Demand-Side Housing Subsidies" Social Protection Discussion Paper Series No. 0232, Social

Protection Unit, Human Development Network. The World Bank. Lampis, A. (2005) "Riesgo medio ambiental y pobreza" MERPD

LASSO, F. (2004) "Incidencia del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza en Colombia" MERPD.

Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"

Ley 789 de 2002. "Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo" 89

Ley 797 de 2003. "Por la cual se reforman algunas disposiciones del sistema general de pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se adoptan disposiciones sobre los Regímenes Pensionales exceptuados y especiales"

LÓPEZ, H. (2003) "Contribuciones e impuestos sobre la nómina en Colombia"

Estudio realizado para la Misión de Ingreso Público. Medellín, enero Marulanda, B.
(2005) “La pobreza y las microfinanzas” MERPD

MEDINA, C. Y NÚÑEZ, J. (2001) “The Impact of Job Training in Colombia”, Red de Centros de Investigación-OCE-BID.

MORDUCH, J. (1990) “Risk, Production and Saving: Theory and Evidence from Indian Households” *mimeo*, Harvard University

NÚÑEZ, J. (2002). “Empleo Informal y Evasión Fiscal en Colombia”, Archivos de Macroeconomía, Documento No. 210, Unidad de Análisis Macroeconómico, Departamento Nacional de Planeación, Octubre.

NÚÑEZ, J. (2005). “Éxitos y fracasos de la Reforma Laboral en Colombia” Documento CEDE. 43-2004. Universidad de los Andes, Facultad de Economía. Bogotá, D.C.

Ensayos sobre Política Económica, Santafé de Bogotá (32) Banco de la Republica

PEROTI, R. (2002) “Public Spending on Social Protection in Colombia: Analysis and Proposals”, Fedesarrollo, argots. 90

POSADA, C. (1999) “Los ciclos económicos colombianos en el siglo XX” *mimeo*

PROFAMILIA. (2000) “Encuesta Nacional de Demografía y Salud”.

PROFAMILIA. (2005) “Encuesta Nacional de Demografía y Salud”.

REYES, A. (2005). “Viabilidad de un seguro de desempleo para Colombia: algunas reflexiones y cálculos preliminares”. MERPD

SÁNCHEZ, F. y NÚÑEZ, J. (1999) “Descentralización, Pobreza y Acceso a los Servicios Sociales. ¿Quién se benefició del gasto público social en los noventa?, Coyuntura Social, Fedesarrollo, mayo

TORRES, J. (2005) “Diagnóstico y propuestas sobre la problemática del sector de la vivienda en Colombia” MERPD

World Bank (2002) “Colombia Poverty Report” Volume I

ANEXO. FICHA TÉCNICA

PREGUNTA	¿Identificar cuáles son los factores que deben influir en el desarrollo de políticas públicas y/o de gestión empresarial para la reconstrucción de estilos de vida saludables en los empleados que redunden en el mejoramiento de su calidad de vida en el ámbito laboral, social y familiar?
OBJETO DE ESTUDIO	El Sistema General de Seguridad Social como marco normativo que media la relación y el aseguramiento entre el Estado y los Asociados.
CAMPO DE ACCIÓN	Las políticas públicas en promoción y prevención para los estilos de vida saludables en el lugar de trabajo,
OBJETIVO GENERAL	Formular un modelo de gestión y/o política pública para Colombia que permita la generación de estilos de vida saludables en los lugares de trabajo bajo el marco conceptual de la Protección Social Hispano – Americana.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	• Identificar cuáles son los principales presupuestos teóricos en los países de habla hispana para el fomento de los estilos de vida saludable en los lugares de trabajo.. • Interpretar a través de lecturas especializadas cual es la prevalencia de los factores de riesgo y condicionantes de la salud en los ambientes laborales y su forma práctica para intervenirlos. • identificar cuáles son los modelos y políticas públicas existentes de carácter vinculante para las empresas colombianas. • identificar las variables causantes de la implementación de políticas públicas de incentivos de estilos saludables en los empleados a cargo de las diferentes empresas.
	METODOLOGÍA
DISEÑO	Se desarrollará una metodología de investigación cualitativa, que pretende comparar e interpretar textos para formular una política pública en salud, para la promoción de estilos de vida saludables en el ámbito laboral. Por ello, el presente estudio se enmarca dentro del paradigma de investigación hermenéutico.
ENFOQUE	La investigación se determina bajo el enfoque hermenéutico. El estudio partirá de la identificación de los modelos y políticas públicas existentes de carácter vinculante para las empresas colombianas. Se realizarán diálogos con profesionales responsables del manejo de este tipo de actividades en la Dirección Seccional de Salud y el Ministerio de la Protección Social Colombiano, revisión de documentación histórica privada y pública y entrevista a un experto para que valide nuestra propuesta teórica de modelo y/o política pública.

TIPO	Este estudio es de corte cualitativo y se estructura bajo la premisa de la comparación a través de la interpretación de textos.. En primera instancia, se realizará una fase relacionada con la compilación de material bibliográfico producido en países de habla hispana sobre las políticas públicas generadas por los Estados Hispano – americanos y el Estado colombiano, tendientes a la promoción para el mejoramiento de la calidad de vida de los empleados, a través de estilos de vida saludables, en el desarrollo de sus actividades laborales. Su naturaleza metodológica es esencialmente exploratoria. Una segunda fase considera la interpretación desde el contexto cultural y económico en el que nacen y se desarrollan las políticas públicas en Hispano América y en Colombia. Esta fase es esencialmente descriptiva, en la medida que se pretende construir una caracterización de las condiciones culturales de las políticas públicas. Una tercera y última fase es la descripción y formulación de un modelo de gestión o política pública que permita la generación de estilos de vida saludables en los lugares de trabajo.
MOMENTOS DE LA EXPERIENCIA HERMENÉUTICA	MOMENTO 1 Acercamiento Hermenéutico a los textos. Lectura de textos internacionales y nacionales para interpretar, comparar y caracterizar los procesos de planeación para la ejecución de políticas públicas que promuevan estilos de vida saludables en los ambientes laborales. MOMENTO II Análisis. Revisión y análisis de los documentos que den cuenta de información sobre los procesos de formulación y aplicación de políticas públicas en salud, que promuevan estilos de vida saludables en los ambientes laborales, en los países de América latina que por sus consideraciones puedan ser adaptadas y aplicadas en Colombia. MOMENTO III Juicios y Conversaciones. Conversaciones con profesionales del Ministerio de la Protección Social colombiana, la dirección Seccional de Salud de Antioquia y un experto, para la validación de la conceptualización planteada. MOMENTO IV Diseño del Modelo Con base en lo leído, el State of the Art, los enfoques teóricos; y teniendo en cuenta además los resultados de la entrevista, se formulara una propuesta de política pública que promueva la implementación de estilos de vida saludables en los ambientes laborales para Colombia con base en experiencias y conceptualizaciones en América Latina.