

POLÍTICAS PÚBLICAS CON PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS:
CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES
EN LA ZONA TIOS, COMUNA 3 DE CALI.

DIANA MARCELA PÉREZ BOLAÑOS



UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE EDUCACION Y PEDAGOGIA
PROGRAMA DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
SEMESTRE I DE 2016
SANTIAGO DE CALI

POLITICAS PÚBLICAS CON PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS:
CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES
EN LA ZONA TIOS, COMUNA 3 DE CALI.

DIANA MARCELA PEREZ BOLAÑOS

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE POLITÓLOGO

TUTOR
JULIO CESAR ALVEAR
POLITÓLOGO

UNIVERSIDAD DEL VALLE
INSTITUTO DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
PROGRAMA DE ESTUDIOS POLÍTICOS Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS
SEMESTRE I DE 2016
SANTIAGO DE CALI.

Inicialmente deseo dedicar este trabajo a todas las personas que con su amor, apoyo, guía e incondicionalidad permitieron la realización de este trabajo... a esas grandes personas que creyeron en mí cada instante.

A mis padres, (Victoria, Ranulfo y Luis Alfredo) por ser un gran tesoro en mi proceso de vida y grandes logros. No hay un día en el que no agradezca a Dios y a la vida por tenerlos conmigo. Son lo más importante y valioso, pues su apoyo e incondicionalidad ha sido el impulso para ser lo que soy hoy... Gracias por tanto amor y apoyo.

Al ejemplo más grande de vida que tengo, a esa persona que hace que mis sueños y aspiraciones sean más grandes, a esa persona que es incondicional en cada momento y me da el más profundo amor. A ti Andrés por tus enseñanzas y consejos valiosos y constantes en cada situación de mi vida.

Y a mí tutor Julio Cesar por inculcar desde su pedagogía una gran pasión por los Derechos Humanos y un gran conocimiento de la política.

Resumen:

Las políticas públicas tienen como objetivo crear en los Estados principios democráticos y de cumplimiento de los derechos humanos civiles, políticos, culturales, sociales y económicos. En relación con el enfoque de derechos humanos, este contempla unos medios dispuestos a exigir el cumplimiento y la satisfacción de los derechos fundamentales, principalmente el derecho a la salud, con base a unas obligaciones de promover, garantizar, respetar y proteger, y no violarlos. En este sentido las políticas públicas con enfoque de derechos humanos deben considerarse como un puente entre los valores y principios de los derechos y las obligaciones del Estado enmarcadas en la democracia y en un marco legal de obligatorio cumplimiento, más aun cuando se refiriere al grupo poblacional de los niños, jóvenes y adolescentes.

Palabras Clave: Infancia, Políticas Públicas, Derechos Humanos, Derecho a la Salud.

CONTENIDO	Página
Introducción	11
CAPÍTULO I	
Marco teórico conceptual	22
1.1 Políticas públicas.	22
1.2 Derechos humanos	24
1.3 Políticas públicas con perspectiva de derechos humanos	26
1.4 Derecho a la salud	32
1.5 Interdependencia de los derechos humanos	34
1.6 Interdependencia institucional	36
1.7 La Infancia	38
CAPÍTULO II	
Política pública de salud para NNAJ de Santiago de Cali, su contexto internacional, nacional y local.	44
2.1 Antecedentes internacionales sobre los derechos de los NNAJ y el derecho a la salud.	45
2.2 Contexto jurídico-político de los derechos a la salud en de los NNAJ de Colombia.	53
2.3 Políticas públicas para la realización del derecho humano a la salud de NNAJ de la ciudad de Cali entre 2008 y 2015.	60
CAPITULO III	
La política pública de salud para NNAJ de Rodrigo Guerrero a la luz de las exigencias de Naciones Unidas.	75

CAPITULO IV	91
Análisis cualitativo sobre el cumplimiento del derecho a la salud en la ciudad de Cali, comuna 3.	
4.1. Pobreza, exclusión y escasez de oportunidades como determinantes sociales para el cumplimiento del derecho a la salud.	92
4.2. Interdependencia institucional y administrativa en el cumplimiento del derecho a la salud.	101
4.3. Indiferencia del tutelar de derechos en la comuna tres frente a los derechos humanos: la salud.	109
Conclusiones	116
Referencias	118

Lista de tablas

	Página
Tabla 1. Modelo analítico.	41
Tabla 2. Política pública de salud para NNAJ de Santiago de Cali	77

Lista de figuras	Página
Figura 1	
Resumen programas Salud y NNAJ Alcaldía de Jorge Iván Ospina	62
Figura 2	
Resumen programas Salud y NNAJ Alcaldía de Rodrigo Guerrero	67
Figura 3	
Geo-referenciación de la delincuencia organizada en Cali entre 2008 y 2013	100
Figura 4	
Territorios de Inclusión y Oportunidades – TIOS	106

Lista de anexos

	Página
Anexo 1	
Carta de Fundación RH + para realizar observación participante en el marco de proyecto de intervención social en la comuna 3	128
Anexo 2	
Consentimientos informados de los entrevistados	129

ÍNDICE DE SIGLAS

AIEPI Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ASIS Análisis Situacional Integrado de Salud de Cali
BCG Bacillus Calmette-Guérin
CIMDER Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo
CPC constitución política de Colombia
ESCENNA Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes
ESE LADERA Empresa social del estado ladera
GESOC gestión social y cooperación.
HB Hepatitis B
ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IPS instituto prestador de salud
I.T.S. Infecciones de transmisión sexual
JAC Junta de Acción Comunal
NGP nueva gestión publica
NAJ niños, adolescentes y jóvenes
NNAJ niños, niñas, adolescentes y jóvenes
OMS Organización mundial de la salud.
OACNUDH Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos
ONG Organización no gubernamental.
ONU organización de naciones unidas.
PAI Programa Ampliado de Inmunizaciones
PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SENA Servicio Nacional de Aprendizaje
SPA sustancias psicoactivas
SIEDCO Sistema. Estadístico Delincuencial Contravencional Y Operativo
TIOS territorios de inclusión y oportunidades.
UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas

INTRODUCCIÓN

El municipio de Santiago de Cali enfrenta, de forma permanente, un sin número de problemáticas sociales que deterioran el tejido social de su ciudadanía; la desigualdad, la escasa cobertura de los servicios del Estado y la violación de los derechos fundamentales hacia una sector significativo de la población, afecta el desarrollo íntegro de las personas, sus libertades, capacidades y el goce pleno y digno de su vida.

Estas problemáticas sociales y estructurales se evidencian con mayor fuerza en los territorios denominados TIOS¹, constituido por las comunas 1, 3, 6, 7, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21 de Cali, en los cuales se registra un incremento de indicadores críticos relacionados con pobreza, violencia e inseguridad, vinculándose estrechamente al deficiente cumplimiento de los derechos básicos y escasez de oportunidades. Esta situación se extiende a derechos fundamentales como el de la salud, estas comunas se caracterizan por evidenciar un alto porcentaje de factores que atentan con el logro de una buena salud para la población

En el caso de la comuna 3, la cual es objeto de análisis, se presentan problemas sociales que afectan en gran medida al grupo poblacional juvenil, convirtiéndolos en protagonistas de un presente conflictivo y en mensajeros de un futuro incierto y hostil. Tanto es así, que en el último informe de la Personería Municipal de Santiago de Cali (2014), se señala a la comuna 3 como uno de los sectores más inseguros de la ciudad, al ser ejemplo de una correlación funesta entre pobreza, desigualdad y exclusión social, en el informe se define que este es uno de los territorios más pobres de la ciudad, con el mayor número de habitantes de la calle y desplazados por la violencia, constituyendo lo que

¹Territorios de Inclusión y de Oportunidades. Los cuales evidencian pobreza, la desigualdad y exclusión social, lo que permite afirmar que en los territorios más pobres, es donde se concentran los mayores índices de desigualdad, violencia, exclusión e inseguridad

despectivamente los caleños llaman: “La Olla”².

Los habitantes de esta comuna a pesar de ser parte de estratos medios como el estrato 3, evidencian una contundente limitación económica y de oportunidades laborales, recreativas, educativas, culturales-artísticas, de acceso a la salud, pues en el caso de muchos NNAJ no hacen parte de ningún sistema de salud que les proporcione seguridad social, o en otros casos, evidencian grandes limitaciones para un desarrollo integro en su formación escolar y académica, debido a que muchas familias no tienen los recursos necesarios para mandar a sus hijos a las escuelas en condiciones favorables relacionadas con la alimentación, el transporte y materiales necesarios.

Para enfrentar esta situación, la administración municipal ideó una estrategia de intervención focalizada denominada TIOS, Territorios de Inclusión y Oportunidades, con la que espera direccionar entre 2012 y 2015 los esfuerzos del Estado y la Alcaldía de Cali a la superación de las formas de exclusión social en once comunas, entre las que se encuentra la Comuna 3. Como parte de su Plan de desarrollo, el Alcalde Rodrigo Guerrero incluyó en los TIOS una línea de ataque frontal a la exclusión denominada: “Equidad para todos”, en la se destacan 21 metas dirigidas específicamente a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de esas once comunas, a través de un programa de “Promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades de niñas, niños adolescentes y jóvenes”. Este programa tiene como objetivo principal crear una inclusión, una promoción y generación de oportunidades en el derecho a la salud, logrando así la prevención del consumo de SPA, tratamiento psicosocial para estos casos de consumo, atención integral médica, una sana y consiente salud sexual, y disminución en casos de mortalidad infantil por enfermedades prevalentes con base a coberturas de salud pública, atendiendo de forma prioritaria y especial a este grupo poblacional vulnerable de Cali (Departamento Administrativo De Planeación Municipal, 2012).

²

“La Olla” es el pronombre del sector centro de Cali en la comuna 3. El cual abarca barrios como: San Bosco, El Piloto, El Calvario, San Pascual, Santa Rosa, San Nicolás. Este término alude a las situaciones críticas que enfrenta la comunidad y que se evidencia en este sector, dichas situaciones como población indigente, desplazados, micro tráfico, consumo de sustancias psicoactivas, prostitución, etc. Generan que el sector se considere como uno de los más críticos y marginados de Cali.

Ahora bien, aunque no exista una mención directa a los derechos humanos en el planteamiento de las metas de este programa de “Promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades de niñas, niños adolescentes y jóvenes”, una lectura profunda de sus principales indicadores deja ver que están encaminados a la realización del derecho la vida y a la salud, lo que convierte a la estrategia en un foco de análisis del cumplimiento de compromisos del Estado colombiano con los organismos internacionales asociados a la ONU, entorno al cumplimiento de este derecho fundamental encaminado a la atención médica prioritaria de la población .

Luego de tres años de implementación la Alcaldía de Cali, ha publicado resultados de esta política en sus informes de rendición de cuentas y ha dicho a la sociedad que el programa ha sido un éxito, alcanzando un cumplimiento cercano al 100% de sus indicadores. No obstante, las problemáticas sociales en el caso de la comuna 3 siguen manifestándose.

La presente investigación formativa se propuso responder a la pregunta ¿Cuál fue el impacto del programa de promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades con niños, niñas, adolescentes y jóvenes, NNAJ, formulado por la administración de Rodrigo Guerrero en la realización del derecho humano a la salud en la zona TIOS, comuna 3 de Cali? es decir que tuvo como objetivo principal, describir cualitativamente el impacto del programa bandera de la anterior Alcaldía de Cali dirigido a NNAJ, tomando como caso la zona TIOS, comuna 3. Lo que se buscó fundamentalmente con este ejercicio fue visibilizar los descriptores cualitativos del cumplimiento de esta política, más allá de la información de orden cuantitativo que ya ofrecían los informes de gestión de la administración Guerrero.

En esta investigación formativa se implementaron técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa mediante la descripción y explicación. En cuanto a lo cualitativo, fue necesario elaborar y recolectar datos descriptivos y la observación de conductas, analizar la información recolectada por fuentes primarias (informes y entrevistas) y contrastar esa información con un marco teórico sobre las categorías de la pregunta

problema, logrando que la investigación formativa tuviera un camino de la descripción a la explicación del tema de estudio. Con base en lo anterior, el enfoque metodológico de esta investigación se denomina cualitativo porque recoge información sobre categorías no numérica de diversas fuentes a través de entrevistas, entre otras técnicas cualitativas. Es así como se crean medios investigativos para poder analizar y evidenciar una realidad crítica sobre el derecho a la salud en la comuna 3 de Cali.

Ahora bien, esta investigación formativa también incluye técnicas cuantitativas, empleadas como indicadores internacionales, cumplimiento de metas en porcentajes a nivel local, datos demográficos sobre las condiciones de la población Caleña frente a la salud, y estadísticas de salud pública sobre los recursos que se implementan para disminuir el número de casos críticos de salud en la comuna 3 de Cali, etc. Pues a partir de las cifras, la clasificación de características y fuentes estadísticas, se puede realizar una explicación de lo observado, y posteriormente establecer unos análisis de la realidad del cumplimiento del derecho a la salud.

El diseño metodológico de la investigación se dividió en cuatro etapas, en correspondencia con los objetivos específicos de la investigación. La primera de ellas consistió en una síntesis del marco teórico-conceptual de las políticas públicas para el derecho a la salud. En este apartado se condensaron los referentes teóricos que explicaron el marco analítico en el que se inscribió la investigación. Particularmente, se explicaron los referentes conceptuales de la investigación social de políticas públicas con enfoque de derechos humanos, como categoría principal.

En la segunda se realizó una revisión documental de los informes de rendición de cuentas de la alcaldía de Rodrigo Guerrero de los años 2012, 2013, y 2014; esa revisión permitió caracterizar el modo en que se valoró cuantitativamente el cumplimiento de los indicadores de la política pública de NNAJ. El eje de la revisión fue el derecho a la salud, cuyos indicadores se encuentran estandarizados a nivel internacional y su evaluación exige un diseño preminentemente cuantitativo. Quedó excluido el estudio de otros derechos a los que también apuntaba la política pública, como el derecho a la educación y a la recreación,

pues la misma alcaldía reconoció en sus informes que el eje Salud fue uno de los más críticos en su cumplimiento.

En una tercera etapa se revisó teóricamente el problema de la valoración cualitativa de políticas públicas que verifican el cumplimiento o no del derecho a la salud. Preguntas como ¿Qué se queda por fuera de las tasas y cifras que indican el cumplimiento del derecho a la salud?, ¿Por qué hay una preeminencia del diseño cuantitativo para evaluar el cumplimiento del derecho a la salud?, ¿Puede un nivel cuantitativo de cumplimiento del 100% momentáneo, ocultar aspectos de orden cualitativo que afectan la sostenibilidad misma del cumplimiento de las políticas hacia el futuro? fueron indagadas en manuscritos y obras de autores como Amartya Sen, Hilda Santos Padrón, Carmen Bel, Silvia Duschatzky, Graciela Cardarelli y el profesor Javier Duque, lo que condujo a una delimitación conceptual y a la formulación de dos categorías de análisis, con las que se dio un direccionamiento a la investigación formativa; desde el diseño de instrumentos para las salidas de campo de observación participante y la estructuración de la guía de preguntas para las entrevistas individuales y grupales, hasta la revisión de documentos de investigación aplicada en esos ejes. Las categorías de análisis fueron: 1) interinstitucionalidad en la administración, 2) pobreza, marginalidad y exclusión.

Una vez identificadas estas categorías como ejes de análisis, se dio curso a la cuarta fase de la investigación; la etapa empírica o de aplicación de instrumentos. Esta fase fue determinante para la validación de los supuestos teóricos de cada una de las categorías de análisis. En esta fase se realizó una serie de entrevistas semi-estructuradas orientadas a distintos *stakeholder*³ de la política en cuestión. La triangulación de datos entre lo obtenido en los informes de rendición de cuentas, los aportes teóricos sobre el tema y la información surtida en campo, permitió realizar el análisis cualitativo de esta política y cumplir el objetivo central de la investigación.

3

El término contiene a funcionarios, organizaciones sociales, líderes e instituciones, entre muchos otros actores determinantes e involucrados frente a las situaciones sociales y políticas de una administración o institución referente a la salud en Cali.

En esta etapa se realizaron cinco entrevistas semi-estructuradas a funcionarios de la Secretaría de salud que ocupaban los cargos de coordinadores de cada indicador de la política pública; dos coordinadores del programa de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI, uno de monitoreo rápidos de vacunación, otro de salud mental, y al coordinador de salud sexual y reproductiva. Para contraponer las posiciones de los funcionarios, se entrevistó grupalmente a seis líderes de junta de acción comunal de la comuna 3 bajo la técnica del *focus group* ⁴ y la observación participante con apoyo de la Fundación RH positivo, lo que permitió contrastar o validar la información obtenida en las entrevistas individuales, hasta que se llegó a niveles de saturación en cada categoría.

En este nivel surgió la necesidad de revisar fuentes exclusivas de la Secretaría de salud y de la coordinación de la ESE LADERA, donde se llevó a cabo la presentación del proyecto de investigación para la autorización de acceso a información clasificada de los programas. Esta nueva información reveló la necesidad de incluir en el modelo analítico una cuarta categoría de análisis denominada “Indiferencia social del titular de derechos”. Se pudo ampliar información sobre algunos determinantes sociales de la población objetivo que juegan un papel limitante para el cumplimiento del derecho a la salud.

En cuarta fase de la metodología, se sistematizó la información del proyecto investigativo con apoyo del software para proyectos con diseño cualitativo Atlas Ti V7, con el cual se realizó el cruce de información entre las fuentes oficiales, la teoría asociada al tema y la información del trabajo de campo. Adicionalmente se diseñó una matriz de análisis para las tres categorías de análisis y la cuarta categoría emergente.

En esta etapa se contrastó la información obtenida empíricamente con el marco teórico del trabajo de investigación dando lugar a los resultados de la investigación, que se compilaron en tres acápites de este informe en los que se determina cualitativamente el impacto de esta política de promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades en la comuna 3. Para la realización tres análisis, se puso en contraste la información recolectada por medio de las entrevistas estructuradas e informes de rendición

4

Los focus group son una herramienta de investigación utilizada en las ciencias sociales, la cual reúne un grupo de personas con características determinadas en función de intereses o de otro tipo, y se las indaga en sus actitudes y reacciones frente a un concepto, tema o situación.

de cuentas, con una serie de teorías que sustentan cada una de las categorías y su determinación en el cumplimiento al derecho a la salud. El eje común es la descripción cualitativa de la situación actual del derecho a la salud en Cali, comuna 3, a partir de las limitaciones externas que sobrepasan el cumplimiento de los indicadores que establece Naciones Unidas. Se logra explicar que los determinantes de cumplimiento del derecho a la salud, no solo responden a paradigmas biológicos ligados a “evitar la enfermedad”, sino que atienden a variables relacionadas con condiciones y factores sociales como la pobreza, exclusión, escasez de oportunidades y la gobernabilidad.

Conforme al cumplimiento de los indicadores de la política pública, desde un análisis cuantitativo, se evidenció un logro del 100%, sin embargo, mediante la descripción cualitativa de ese cumplimiento se pudo establecer un análisis de contraposición, pues se logró establecer que el logro del 100% de cumplimiento de los indicadores de las Naciones Unidas por parte de la política pública, según datos cuantitativos, no determinó realmente un cambio de la realidad de salud pública en Cali, comuna 3, desde datos cualitativos.

En síntesis, este diseño permitió el cumplimiento del siguiente objetivo general el cual consistió en determinar el impacto del programa de promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades con niños, niñas, adolescentes y jóvenes, NNAJ implementado por la administración de Rodrigo Guerrero en el periodo 2012-2014, en la realización de los derechos humanos a la vida y la salud de los niños, niñas y jóvenes en la zona TIOS, comuna 3. Y el cumplimiento de los tres objetivos específicos de la investigación. Los cuales eran: en primer lugar, describir los antecedentes internacionales y las políticas públicas, los programas y proyectos implementados por el gobierno nacional y local en el periodo 2012-2014 conforme a la realización del derecho a la salud de los niños, niñas y jóvenes de Cali. En segundo lugar, determinar si la política pública, los programas y proyectos implementados por la Alcaldía de Cali en el periodo 2012-2014, que apuntan a la realización del derecho humano a la salud de los niños, niñas y jóvenes en la zona TIOS Comuna 3, tienen perspectiva de derechos humanos con base en el análisis de indicadores de Naciones Unidas y por último describir los determinantes sociales que inciden en el impacto de la política pública, los programas y proyectos implementados por la Alcaldía de

Cali en el periodo 2012-2015, que apuntan a la realización del derecho humano a la salud de los niños, niñas y jóvenes en la zona TIOS, Comuna 3.

El presente documento, escrito en formato monográfico, reúne los resultados de cada fase metodológica. El primero de ellos presenta la discusión teórica que algunos autores han desarrollado para dar forma al enfoque de derechos humanos. Se ofrece al lector una fundamentación respecto las políticas públicas, el enfoque de derechos humanos, la conceptualización del derecho a la salud y la interdependencia de los derechos y de las instituciones.

El segundo de ellos describe el recorrido histórico internacional que permitió el reconocimiento del derecho a la salud y los derechos de los niños. Presenta además los avances y logros de las políticas públicas, los programas, acciones y estrategias que se implementaron para el cumplimiento del derecho a la salud hacia la población de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, bajo la administración del gobierno nacional de Juan Manuel Santos 2010-2014. En ese capítulo se realiza un balance sobre los cambios, las mejoras y las reformas que se han realizado entorno al cumplimiento de este derecho en los niños y jóvenes, teniendo en cuenta la gran inversión para el sector, ampliación de cobertura y atención preferencial a la población infantil.

Ese capítulo ubica en el contexto de la política pública nacional el objeto de estudio de la investigación y permite determinar que si existe una relación e incidencia directa del gobierno nacional en la administración local, frente al diseño de políticas para cumplimiento del derecho a la salud y las variables que le constituyen (ampliación de cobertura, acceso, inversión, atención preferencial, calidad, promoción, prevención y oportunidades). En consecuencia, se describe la política pública, los programas y acciones que se implementaron para el cumplimiento del derecho a la salud a los niños y jóvenes de la ciudad de Cali en la alcaldía de Rodrigo Guerrero (2012-2015). Para ello, inicialmente se detallan los antecedentes de la política pública, programas y acciones de las alcaldías de Cali que apuntan al cumplimiento de este derecho, desde 2008. Se describen los programas, los proyectos y los presupuestos para el acceso a la salud de esta población en la

administración de Jorge Iván Ospina (2008-2011). En este capítulo se destaca la secuencia o tendencia incrementalista entre ambas alcaldías en virtud de la solución de problemas alarmantes de salud pública como la cobertura de vacunación, la salud sexual y reproductiva y el consumo de sustancias psicoactivas. En el caso de la administración de Rodrigo Guerrero se puntualiza la implementación de un enfoque diferencial y territorializado formulado, en gran medida, en la alcaldía de Jorge Iván Ospina.

Ese segundo capítulo permite ver los resultados preliminares de la aplicación de la política pública de la administración de Rodrigo Guerrero, ofrece un análisis de los informes de rendición de cuentas, haciendo énfasis en el cumplimiento de metas del 100% en periodos determinados, según sus propios informes.

El tercer capítulo consiste en analizar el impacto que genera el cumplimiento del derecho a la salud en relación a los indicadores estructurales, de proceso y de resultado de Naciones Unidas por parte de la política pública de Promoción, Prevención, Inclusión y Generación de Oportunidades de NNAJ de Cali del Plan Municipal de Rodrigo Guerrero. En este capítulo se presenta una descripción y análisis cuantitativo del derecho a la salud, tratando de responder si se cumple o no con los indicadores que establece Naciones Unidas, y qué tipo de indicadores son omitidos y cuales son cumplidos frente a lo que abarca el derecho a la salud. Culmina con un análisis de las limitaciones de la evaluación basada en el paradigma biológico del cumplimiento del derecho a la salud, exaltando la necesidad de aplicar diseños cualitativos de investigación social, a los proceso de evaluación de políticas públicas de salud.

En el cuarto y último capítulo se presenta el análisis cualitativo de la política pública, poniéndola en contraste con los datos cuantitativos analizados anteriormente. Este último capítulo pone en evidencia la realidad “vedada por la cifra” en materia de salud, tomando como caso emblemático la problemática la comuna 3 de Cali. El centro de la evaluación consiste en que el cumplimiento del derecho a la salud está íntimamente ligado a una serie de factores y determinantes sociales que en gran medida son ignorados en la medición cuantitativa. Esto se explica en tres análisis que presentan los resultados de la investigación.

En un primer análisis se destaca que la pobreza es una condición social que limita al individuo al acceso a los recursos, a las oportunidades, a disfrutar de la vida de una forma adecuada y a gozar de derechos fundamentales. En el caso de la salud, la pobreza es un causante estructural de altos índices de mortalidad, infecciones y un determinante de situaciones indignas de vida que devienen en problemas de salud. Se explica por qué la pobreza es un factor que determina el acceso, la calidad y niveles de servicios de salud a una población, y se cuestiona por qué la misma no hace parte de las variables e indicadores que miden el cumplimiento del derecho a la salud.

Un segundo análisis pone en evidencia el papel de la interdependencia institucional frente al cumplimiento u omisión del derecho a la salud. La coordinación entre las instituciones que velan por resolver una problemática social que demanda la comunidad tiene como propósito evitar la regresión mediante metas e indicadores de forma asociada y colaborativa entre las instancias. En este análisis se explica las dinámicas de exclusión social hacia los territorios denominados TIOS y al interior de los mismos, por parte de quienes les representan en las Juntas de Acción Local. Se pone en evidencia lo que se podría denominar como una crisis de representación, que culmina en paradójicas evidencias de exclusión de los representantes hacia sus representados.⁵

Finalmente, el tercer análisis pone en evidencia que la indiferencia social del titular de derechos es un limitante para el cumplimiento del derecho a la salud. Se explica que la pasividad, el abandono, la desconfianza en las instituciones y los bajos niveles de educación van en contravía al proyecto municipal de salud pública, de tal manera que, sin importar los esfuerzos de la secretaría de salud, la poca o nula respuesta de la población a los llamados de la alcaldía, tiende a generar fracasos en los esfuerzos institucionales.

⁵ En la comuna 3 de Cali, esta brecha se presenta entre el sector oeste (san Antonio, San Cayetano, Libertadores, El peñón) que se considera como uno de los sectores con mejor en calidad de vida en la comuna y los barrios del centro, denominado despectivamente como “La Olla” (El Calvario, El Hoyo, El Piloto, San Nicolás, San Pascual, San Pedro, Santa Rosa, San Bosco) sector que se constituye como uno de los más problemáticos y con críticos índices de calidad de vida de la ciudad, causando en esa misma comuna una serie de situaciones de exclusión, indiferencia y distanciamiento entre los usuarios del sistema y sus instancias administrativas.

Esta investigación permitió demostrar que existe una relación de interdependencia entre el cumplimiento u omisión del derecho a la salud con factores sociales como la pobreza, la escasez de oportunidades, la exclusión social por determinadas condiciones de vida, la interdependencia institucional entre las instancias administrativas y la indiferencia social del titular de derechos. Estos aspectos surgen de una evaluación cualitativa de la política pública y dan cuenta de las limitaciones del diseño cuantitativo de evaluación de las políticas de salud, que recomienda las Naciones Unidas y que ha asumido, para el caso de estudio, la Alcaldía de Cali.

CAPÍTULO I

MARCO TÉORICO CONCEPTUAL

1.1. Políticas públicas

Según Lahera (2004), las políticas públicas se refieren al hacer del gobierno, y esto encierra el diseño, la gestión y la evaluación de las acciones planificadas de administración de lo público. Una buena política pública, según este autor es aquella que considera cursos de acción y circulación de información relacionados con un objetivo político superior, el cual es elegido de forma democrática, constituido por parte del sector público, y en algunos casos, resultante de la participación de la sociedad y el sector privado.

Bajo una óptica similar el profesor Andre Noël Roth (2006) explica que el objetivo tácito de las políticas públicas se encuentra en responder a las necesidades de las complejas sociedades democráticas contemporáneas. Desde esa perspectiva, Roth propone que las políticas públicas son herramientas emergentes del Estado, creadas con fin de beneficiar el cumplimiento y el respeto de los derechos considerados como bienes públicos, así como el acceso a los recursos que hacen parte de una sociedad democrática. Es por eso que el diseño, la implementación de las políticas públicas deben ser ejecutadas con el fin de crear un vínculo entre la sociedad y los objetivos de satisfacción de necesidades.

Desde la perspectiva de Roth y precisando la definición de Lahera (2004), las políticas públicas emergen sobre criterios de libertad, igualdad, justicia y dignidad, es decir que son un fenómeno que responde a la complejidad de las sociedades democráticas. Entonces, para Roth (2006) el desarrollo de las políticas públicas es histórico y corresponde

con la evolución del Estado en la edad contemporánea. Así que, si el programa político del Estado de derecho tuvo como meta el respeto y la garantía de los derechos civiles y políticos, posteriormente, el programa político del Estado de bienestar tuvo como objetivo complementar los anteriores derechos, incluyendo la defensa y garantía de los demás derechos denominados como económicos, sociales y culturales; a esa evolución correspondió un tipo concreto de política pública. En la misma medida, el Estado en las últimas décadas ha tenido que responder a la necesidad de incluir otros derechos; como los relacionados con el medio ambiente y la defensa de las minorías étnicas. Conforme a este proceso histórico, el Estado se ha visto compelido a responder, por iniciativa o por la presión de los ciudadanos, con estrategias de intervención en los múltiples problemas sociales en los cuales la población demanda soluciones y garantías. Es en ese escenario que tienen lugar objetivo político y las políticas públicas.

Las políticas públicas tienen como objetivo aplicar la racionalidad en los procesos de toma de decisiones de los actores estatales. La racionalidad se comprende como un conjunto de elementos que se espera que las políticas públicas tengan, y son: la eficiencia, la eficacia, la economía, la productividad y oportunidad. Las políticas públicas remiten a aquellos procedimientos que integran la asignación de insumos por parte del gobierno, como son los recursos financieros, humanos y de información y la obtención de resultados efectivos, razón por la cual una buena política pública debe maximizar los recursos conforme a acciones racionales y la ejecución de principios que se estructuran bajo la lógica de la productividad y el logro de resultados. La disposición de insumos y resultados constituye, en consecuencia, un panorama de eficiencia. Este proceso debe observarse a partir de la relación costo-efectividad, insumos consumidos, procesos desatados e impactos de desarrollo en una política pública (GESOC, 2010).

Cuando se habla de políticas públicas, se alude a la Nueva Gestión Pública, NGP, la cual tiene como finalidad mejorar la eficiencia de la administración pública, evaluar los procesos y resultados y prestar servicios públicos de calidad; su consigna ha sido: “Todo se logra con menos Estado y más mercado”. Conforme a esto desde los años setenta, según Vasquez & Delaplace (2011), la NGP se ha relacionado con los proceso de liberalización

del mercado y ha coincidido con la aplicación de principios y regulaciones tendientes a la reducción del Estado; como la cancelación de programas gubernamentales, privatización de empresas y organismos públicos, suspensión y recortes del gasto público, la apertura económica a través de bajos o inexistentes aranceles y a partir de los procesos de desregulación, la constitución de nuevas instituciones autónomas, la innovación en la asignación de recursos públicos y la descentralización (Vasquez & Delaplace, 2011).

La instauración del modelo neoliberal y sus premisas de supremacía del mercado frente al Estado, evidenciaron resultados negativos a finales del siglo XX (Vazquez & Delaplace, 2011). Este proceso crítico, llevó a los especialistas de la NGP interesados en salvaguardar los derechos económicos, sociales y culturales, a encontrar motivos para distanciarse y rechazar el modelo neoliberal, posibilitando la planificación y efectividad de estos derechos. Conforme a este hecho, la GESOC (2009), se cuestionó la posibilidad de desarmar la fusión creada entre las reformas neoliberales y la NGP, bajo un precepto, el interés principal de la NGP es que la administración pública funcione de forma eficiente, no que desaparezca con la extinción del Estado (Vazquez & Delaplace, 2011).

Para Vazquez & Delaplace (2011), las políticas públicas tienen como objetivo dar racionalidad al uso de los recursos que son limitados y dar cumplimiento a las actividades que son estatales en cada una de las fases del ciclo de vida. Lo que realmente importa es que el Estado haga bien su papel, es decir que actúe de forma eficiente. La perspectiva de derechos humanos, brinda orientación en cuanto a las obligaciones internacionales que ha asumido el Estado y que deben quedar establecidas en las políticas públicas, sin importar cómo se haga. Desde esta visión, los fines los pone la perspectiva de derechos humanos y los medios los pone una nueva gestión pública, post-neoliberal.

1.2. Derechos humanos:

Según Naciones Unidas, los Derechos Humanos son garantías jurídicas universales

que protegen a los humanos y los grupos poblacionales contra acciones y omisiones que interfieren en las libertades y los derechos fundamentales y con la dignidad humana. Los derechos humanos son inherentes a la persona y están fundados en el respeto a la dignidad y el valor de cada ser humano pues, se parte del presupuesto que el sentido de los derechos humanos corresponden con los valores apreciados y aceptados por todas las culturas y civilizaciones.

Según Naciones Unidas (2012) los derechos humanos, como instrumentos jurídicos, se encuentran plasmados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, y están consagrados en una serie de tratados internacionales ratificados por los Estados y otros instrumentos legales. Existen instrumentos de derechos humanos de ámbito regional, y la mayoría de Estados les han adoptado en sus Constituciones y leyes, a través de los cuales se protegen formalmente los derechos y libertades humanos básicos. Por un lado, los tratados internacionales, el derecho consuetudinario y la práctica interpretativa de los órganos creadas en virtud de tratados y, por otro lado, los instrumentos sin fuerza jurídica obligatoria como las declaraciones, directrices y principios adoptados en el nivel internacional que contribuyen a la aplicación, desarrollo y comprensión de los Derechos Humanos, conforman el sostén de la legislación internacional de derechos humanos.

Los derechos humanos son universales e inalienables, están interconectados y son interdependientes e indivisibles. Estas características garantizan que los derechos humanos deban hacerse efectivos, tanto los derechos civiles y políticos, como los derechos económicos. Se debe tener en cuenta que el grado de disfrute de un derecho depende de la realización de otro derecho. La característica básica de los derechos humanos es la identificación de los titulares de derechos, que en virtud de su condiciones de seres humanos, tienen derechos a ciertas cosas, y los garantes de estos derechos que están legalmente obligados a respetar, proteger y hacer efectivos los derechos de las personas. Existen derechos individuales y colectivos y las consiguientes obligaciones de los Estados, a título individual y colectivo. La legislación de derechos humanos obliga al Estado y otros garantes de derechos a no vulnerar o poner en peligro las libertades fundamentales y los derechos de las personas y adoptar las medidas que sean necesarias para que se realicen

(Naciones Unidas, 2012).

1.3. Políticas públicas con perspectiva de derechos humanos:

Las políticas públicas tienen como objetivo crear en los Estados principios democráticos y de cumplimiento de los derechos humanos civiles, políticos, culturales, sociales y económicos. En relación con el enfoque de derechos humanos, este contempla unos medios dispuestos a exigir el cumplimiento y la satisfacción de los derechos fundamentales, con base a unas obligaciones de promover, garantizar, respetar y proteger, y no violarlos. En este sentido las políticas públicas con enfoque de derechos humanos deben considerarse como un puente entre los valores y principios de los derechos y las obligaciones del Estado enmarcadas en la democracia y en un marco legal de obligatorio cumplimiento (Observatorio de Políticas Públicas de Derechos Humanos en el Mercosur., 2004).

En este sentido, Palacios (2006) establece que los derechos humanos son aquellos instrumentos que hacen parte de la vida de la humanidad, son un gran conjunto de principios que guían a los Estados para una buena administración política, son aquellos principios que orientan una democracia, que le dan sentido de poder constituido a un Estado, pues otorgan legitimidad a los Estados de derecho. Son los derechos humanos las directrices necesarias del diseño e implementación de las políticas públicas, en los Estados democráticos.

Los derechos humanos alcanzan su estatus cuando estos se institucionalizan, es decir, constituyéndose como normas y leyes, logrando ser inspiraciones y obligaciones.

“Los derechos humanos no son negociables, son aquellos que representan un producto social e histórico de las luchas sociales al interior de los Estados; han ampliado su concepción de

derecho clásico como los civiles y políticos, a una más amplia variedad, donde se integran otros como derechos económicos, sociales, culturales y ambientales” (Giménez & Valente, 2010, p. 54).

Actualmente, se ha desarrollado una relación entre la ley y los derechos humanos, las leyes son aceptadas solo en el ámbito de los derechos, creándose herramientas jurídicas en el marco de los derechos humanos (Combella, 1982). Es así como las políticas públicas son vistas como una solución a un problema público por parte del Estado, y deben ser orientadas bajo un marco normativo que promueva y beneficie el ejercicio integral y progresivo de los derechos humanos. En este sentido, las políticas públicas son entendidas como las decisiones y soluciones donde actúan y hacen parte diversos actores frente a un problema social.

Según Guendel (2002), la positivización de los derechos humanos ha permitido la apertura de espacios institucionales generando la posibilidad de que los ciudadanos se conviertan en sujetos de derechos. Los derechos humanos positivizados, otorgan mecanismos para su exigibilidad y vigencia. Es por esto, que los marcos jurídicos hacen parte de los instrumentos que permiten el cumplimiento para cambiar una realidad desigual. El derecho es visto como un instrumento de integración social, que promueve la consolidación de leyes de convivencia, aportando al desarrollo de una cultura democrática.

En este sentido, los derechos humanos se pueden entender como mecanismos de protección inherentes al sujeto, del cual se deriva la dignidad humana, requiriendo de una protección jurídica; es así como los derechos son reconocidos y protegidos desde un ámbito internacional, donde el Estado debe proporcionar el respeto, la protección y el cumplimiento de los mismos.

Los derechos humanos están divididos en Derechos de primera generación; aquellos referidos a los derechos civiles y políticos, reconocidos por algunos países mucho antes que por la comunidad internacional. Los de segunda generación; son aquellos derechos económicos, sociales y culturales que se originan en las constantes luchas y movimiento sociales del siglo XIX. Y los de tercera generación, que corresponden con el derecho a la

paz, la autodeterminación y la protección ambiental (Provea, 2005).

Según Jiménez (2007), los derechos de segunda generación y tercera generación son considerados actualmente como la garantía que permite el cumplimiento pleno de los derechos de primera generación, pues suponen la creación de unas condiciones materiales mínimas, como la salud, educación, trabajo y seguridad, para que se pueda gozar de los derechos civiles y políticos como la participación política, acceso a la propiedad y libre expresión. De igual forma, los derechos de primera generación han permitido ampliar procesos políticos y sociales, con el fin de sustentar los derechos económicos, sociales y colectivos.

Existen múltiples definiciones de los derechos humanos, una de las afirmaciones comunes indica que los derechos humanos son innatos a las personas y que universales, razón por la cual benefician a todas las personas, sin importar su condición u origen. También se les considera inalienables e intransferibles, ya que nadie puede privar o renunciar a los derechos humanos. Se han definido como acumulativos, imprescriptibles o irreversibles, pues no se pueden ampliar conforme al tiempo. Finalmente, se les considera inviolables y obligatorios, al imponerse como deberes declarados al Estado y las personas. Para los Estados miembros de la ONU; los Derechos Humanos son indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizados, debido a que todos son propios de la dignidad humana y no tienen distinción ni comparación (Jiménez, 2007).

Según Vazquez y Delaplace (2011), el cumplimiento de los derechos humanos requiere de acciones de cumplimiento y omisión por parte de los entes gubernamentales, de presupuesto y de procesos de planificación pública. Es por ello, que se debe optar por la creación de una política pública con perspectiva de derechos humanos, con mecanismos de evaluación en su implementación, gestión, resultados e impacto.

“El enfoque basado en derechos humanos surge a finales de la década de los 90 cuando se empieza a hablar de un desarrollo cuyo objetivo es lograr el ejercicio de los derechos humanos. Incorpora los principios, valores y normas de los derechos humanos, con el fin de transformar las relaciones de poder existentes, corrigiendo las desigualdades, las prácticas discriminatorias

y el injusto reparto de poder, por ser estos los principales problemas que dificultan el desarrollo” (Red de derechos, 2010, p. 1).

Los principios de universalidad, igualdad, no discriminación, interdependencia, indivisibilidad e inalienabilidad sugieren valores democráticos liberales como la libertad, la paz, la solidaridad y el respeto, que constituyen la base fundamental para conseguir un desarrollo pleno de los derechos humanos. Según Red de Derechos (2010), los derechos humanos promueven la construcción de una ciudadanía activa, participativa y consciente de sus derechos, así como la construcción de voluntad política, mediante la transparencia, la consulta y la rendición de cuentas.

“Las obligaciones generales de los Estados, respecto a los derechos parten de dos principios fundamentales, los cuales consisten en respetar y proteger. En lo referido a respetar, se parte de que Estado no debe interferir con el disfrute del derecho. En el caso de proteger, el Estado debe tomar medidas para prevenir que terceros interfieran en el ejercicio del derecho. Es en este sentido, como los Estados adquieren la obligación de cumplir los derechos humanos, pues deben tomar medidas legales, administrativas y de otras índoles adecuadas para proporcionar, promover y facilitar la óptima realización del derecho” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2011), p. 16).

Ahora bien, este enfoque debe buscar mecanismos que brinden herramientas para lograr el bienestar social. La desigualdad y la exclusión son parte de la realidad evidente de la sociedad, la cual puede ser tratada por medio de políticas públicas que sean incluyentes e integrales, dándole poder y promoción a la población, vista como la intervención en el momento de tomar decisiones (Rodríguez & Lerner, 2007).

El llamado enfoque de derechos humanos en las políticas públicas y estrategias de desarrollo, tiene como principal marco conceptual el derecho internacional sobre derechos humanos, el cual es aprobado por la comunidad internacional, permitiendo adquirir un sistema de principios y reglas referentes al desarrollo. Los autores de este enfoque, pretenden construir una guía extensa sobre los procesos de cooperación y asistencia en derechos humanos; sobre la participación social en ese proceso; las obligaciones de los gobiernos donantes y receptores; la manera de evaluar la asistencia en materia de derechos

humanos, y los mecanismos de rendición de cuentas y responsabilidad que deben ser establecidos a nivel local e internacional (Abramovich, 2006).

Abramovich (2006), afirma que cuando se refiere a este enfoque basado en derechos, se habla de un primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos, se trata de reconocer que ellos son quienes poseen el derecho que obliga al Estado a cumplirlo, al introducir este concepto, se pretende cambiar la lógica, donde el punto de inicio sean los sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas. Estas acciones que se llevan a cabo en esta área, son una vía para hacer efectivas las obligaciones jurídicas, exigibles e imperativas, las cuales son respaldadas por los tratados de derechos humanos.

Diversos autores que promueven una perspectiva de derechos humanos, entienden que las obligaciones que imponen los tratados de derechos humanos no son imposibles de lograr, pues no son mecanismos que le quitan importancia a otro tipo de políticas públicas, sino que instaura en las acciones del Estado, una importancia y determinación en las obligaciones de cumplimiento. (Abramovich, 2006).

Para un claro entendimiento de la perspectiva de derechos humanos, Jiménez (2007) establece la necesidad de precisar la función y objetivo de los derechos humanos, pues en muchas ocasiones, estos se interpretan como un Resultado-Fin, es decir, como la pretensión y la exigencia para obtener el bien que es jurídicamente identificado; pero en lo que respecta al enfoque de derechos humanos, se debe entender como un Proceso-Medio, es decir como la forma de ver y la manera de hacer a fin de lograr establecer de forma sólida esos derechos fundamentales necesarios para responder con las problemáticas y demandas sociales.

Uno de los principales objetivos de este enfoque, es contribuir en la construcción de las políticas que generen progreso en el cumplimiento de los derechos humanos, consolidándose como perspectiva en todas las actividades sociales, programas y políticas nacionales (Gimenez & Valente, 2010). A partir de esto los derechos humanos surgen como guías para las políticas públicas, facilitando el proceso de cumplimiento de los derechos y

fortaleciendo el funcionamiento de las instituciones del Estado, por medio de la participación de la ciudadanía (Abramovich, 2006).

Por su parte, Palacios (2006) propone que las políticas con enfoque de derechos humanos se pueden catalogar como parte del enfoque social, debido a que comprende al Estado como un agente al servicio del individuo, su realización y plena satisfacción. Las políticas públicas permiten evidenciar las necesidades de la sociedad en un determinado tiempo, estableciéndose como un rasgo gubernamental y político en los países desde una visión de derechos humanos, dando respuesta a un problema social que debe ser de inmediata solución.

Existen diversos marcos conceptuales sobre el enfoque de derechos, los cuales en ocasiones difieren en definiciones, como sucede en el caso de la pobreza, sin embargo comparten la idea de que las situaciones de pobreza evidencian una privación de libertades básicas negativas y positivas, como lo es la libertad de evitar el hambre, la enfermedad y en analfabetismo, por un lado; el acceso a recursos económicos, culturales, legales, sociales y políticos, por otro lado (Abramovich, 2006).

Con base a lo anterior, el enfoque que se le dé al diseño e implementación de las políticas públicas evidencia las intenciones de los gobiernos y sus objetivos respecto a la población afectada.

Ahora bien, es imprescindible tener en cuenta el vínculo que existe entre los derechos humanos y el desarrollo. Según Jiménez (2007), actualmente existe un acercamiento entre estos dos conceptos, partiendo del hecho de que el enfoque derechos humanos teniendo en cuenta sus principios de integralidad e interdependencia, se puede construir una relación en cuanto a los planteamientos de desarrollo, introduciendo los temas referentes a los derechos humanos en las diversas concepciones del desarrollo, como lo son el desarrollo alternativo y el desarrollo humano sostenible, etc.

El desarrollo según Jiménez (2007), se puede comprender como la plena despliegue

de las fortalezas del ser. En lo que respecta al individuo, significa más la realización material de capacidades, talentos y desarrollo humano (virtudes); en lo social significa el mejoramiento de las condiciones y calidad de vida con base a un desarrollo socioeconómico. Amartya Sen (2000), argumenta que el desarrollo es un proceso de ampliación de libertades concretas de las cuales disfruta el individuo. Dicha libertad se refiere a las capacidades individuales en la realización de aquellos aspectos que la persona cree relevante valorar. Y es en este sentido, que se presenta un desarrollo humano, cuando cada individuo tiene la posibilidad de efectuar sus libertades y derechos, los cuales también se constituyen como un fin y un medio. Un fin porque se deben pensar como parte del proceso de desarrollo; y como un medio porque forman parte de un mecanismo esencial en la mejoría de las posibilidades de los individuos para expresar y defender sus necesidades sociales- económicas. La perspectiva de derechos humanos permite que el desarrollo se muestre como una visión de integralidad de múltiples dimensiones como lo económico, político, social y jurídico (Jiménez, 2007).

En este sentido, el enfoque de derechos humanos no es considerado actualmente como un límite a la opresión y al autoritarismo, sino más bien como un programa que brinda orientación a las políticas públicas de los Estados, contribuyendo al fortalecimiento de las instituciones democráticas. En Latinoamérica, muchas organizaciones de derechos humanos han incidido en gobiernos con el fin de brindar orientaciones en sus políticas públicas, logrando un mejor funcionamiento de las instituciones del Estado. Por un lado, se debe tener en cuenta, que este cambio de perspectiva acerca de los derechos apunta a la labor de denunciar violaciones masivas, sistémicas de derechos, acciones preventivas y promoción de los derechos. Por otro lado, el enfoque de derechos humanos, pretende establecer un conjunto de principios y estándares con el fin de poder incidir en la calidad de los procesos democráticos y en los esfuerzos para lograr sociedades más integradas e igualitarias.

1.4. Derecho a la salud

Según la ONG internacional HUMANIUM, el derecho a la salud es el más importante de los derechos humanos. Pues un ser humano sin salud no podrá tener disfrute pleno de su vida y no podrá ejercer los demás derechos. Es por ello, que el derecho a la salud forma parte de los derechos fundamentales en prácticamente todas las Constituciones en el mundo.

El gozar de buena salud remite a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedad o discapacidad. El derecho a la salud está ligado a otros derechos humanos fundamentales y su consolidación está sujeta a la realización de los otros derechos (OMS, 1946).

Naciones Unidas (2008) plantea que el derecho a la salud se concreta en el disfrute por parte de todas las personas, del más alto nivel posible de salud física y mental. Sin embargo, el disfrute de este derecho está relacionado con el goce de otros derechos humanos no biológicos, como lo son el derecho a la alimentación, a condiciones de vida adecuadas, a la privacidad y al acceso a la información, el derecho al control de enfermedades por parte del Estado, a un ambiente sano y al disfrute de bienes y servicios de seguridad social. Se debe precisar que los componentes de la No discriminación y la igualdad, también son fundamentales en el cumplimiento del derecho a la salud; los Estados tienen la obligación de prohibir las discriminaciones y de garantizar la igualdad para todos los habitantes en el acceso a la atención médica y a un tratamiento desde la salud pública de los factores determinantes básicos de la salud. Así mismo, se debe reconocer y atender las diferencias y necesidades específicas de diversos grupos poblacionales, como los niños, las mujeres, los discapacitados los cuales enfrenten mayor vulnerabilidad en determinadas enfermedades.

Según la OMS (2010) para garantizar el derecho a la salud los Estados deben enfocar sus esfuerzos en torno a una atención prioritaria de los grupos poblacionales desposeídos. La atención no es un sinónimo de acceso a la salud, pues no basta ofrecer un acceso universal a la atención, si una porción de la población no logra responder a esa oferta a

causa de determinantes sociales como la pobreza, la vulnerabilidad geográfica y la exclusión. El cumplimiento del derecho a la salud está ligado a la reducción de niveles de fracaso escolar, reducción de la inseguridad y del desempleo, la mejora de las condiciones de la vivienda y el entorno social y ambiental.

El derecho a la salud contiene determinantes asociados a las condiciones de vida de las personas desde su nacimiento, esto son conocidos como factores sociales del derecho a la salud. Se debe reconocer que existen dos dimensiones relacionadas con el derecho a la salud y su relación con factores sociales. La primera se refiere a la estratificación social y las condiciones de vida, en términos de Necesidades Básicas Insatisfechas, las cuales afectan diferencialmente a las personas desde su nacimiento en todo el proceso vital. La otra segunda dimensión está relacionada con el acceso y calidad de los servicios a los que acceden las personas. Los Estados, en respuesta a estas determinantes sociales deben atacar los factores generadores de pobreza y exclusión social (Secretaría De Salud Pública Municipal, 2012).

1.5. Interdependencia de los derechos humanos

Jack Donnelly (2011) sostiene que la propuesta de la Declaración Universal reconoce a los derechos humanos como una estructura indivisible, en la cual el nivel de satisfacción de cada derecho se incrementa o disminuye, según el cumplimiento de otros. La indivisibilidad e interdependencia de los derechos es también un principio de actuación para los Estados, el cual consiste en abstenerse de cualquier separación o jerarquía, pues todos los derechos requieren de una misma atención y urgencia (Vázquez & Serrano, 2013).

Cuando diseñan, gestionan y evalúan las políticas públicas, se debe tener en consideración la interdependencia e indivisibilidad de los derechos. Los Estados deben omitir el hecho de aislar y desvincular los derechos de sus relaciones condicionantes. Esta

lógica se basa en que la interdependencia de los derechos de primera y segunda generación comparten una misma naturaleza, y contienen unas obligaciones de igual exigencia (Vázquez & Serrano, 2013).

El principio de indivisibilidad implica una construcción conjunta de los derechos humanos. Es por ello que Vázquez & Serrano (2013) proponen que si se cumple o se viola un derecho, esto generará, inevitablemente, un impacto en los otros derechos, más allá de la dependencia que existe entre ellos. La idea se centra en que el cumplimiento de los derechos humanos solo se puede alcanzar con la realización conjunta de todos ellos.

La interdependencia de los derechos humanos busca no solo asegurar los derechos que dependen de otros, sino encontrar una unión de los mismos; sin jerarquías. Según Vázquez & Serrano (2013) la indivisibilidad no solo corresponde a la realización de los derechos, sino a la violación que enfrentan, creando la necesidad de identificar los derechos violados en relación con los derechos de los que dependen, lo cual indica una interdependencia, y con los derechos violados que genero un gran agravio último, es decir la indivisibilidad.

Para Vázquez & Serrano (2013), cuando se habla de políticas públicas y derechos humanos, en materia de desarrollo surge la cuestión de que si el Estado debe diseñar programas o planes, donde se pretenda incidir de forma directa en todos los derechos. En este caso, la indivisibilidad supone que debería ser así, pues cuando existe una planificación con perspectiva de derechos humanos, lo que se debe implementar es un enfoque de derechos humanos a toda la política pública, debido a que no existen jerarquías entre ellos, y son todos indivisibles.

Abramovich (2006) sostiene que los diversos marcos conceptuales no abordan todos los derechos, sino que apuntan a identificar aquellos que son fundamentales para la estrategia de desarrollo o de reducción de la pobreza, por el hecho de tener una realización constitutiva o instrumental con la pobreza.

Para lograr el fortalecimiento de los derechos humanos, se debe empezar por fortalecer aquellos que no resultan fáciles cumplir, generando un gran fortalecimiento para todo el grupo de derecho humanos, pues debe ser una cadena donde se empiecen por los más complejos para poder crear una estructura fortificada de derechos humanos. Su interdependencia e indivisibilidad crea en ellos un cumplimiento conjunto y una estructura de unidad (Vázquez & Serrano, 2013).

1.6. Interdependencia institucional

La interdependencia es entendida como:

“La coordinación de actores, a la interacción de instituciones a través de mecanismos de acción conjunta en torno a proyectos comunes, a la formulación, construcción y ejecución colectiva de programas, proyectos y acciones que involucran iniciativas, recursos, potencialidades e intereses compartidos. La interinstitucionalidad constituye una alternativa de gestión relacional e interconectada de agentes interrelacionados, frente a modelos auto- centrados e individuales”.

(Duque, 2011, p. 3).

En este sentido, Se puede analizar que los conceptos que establece esta definición se acoplan a las necesidades y objetivos de las instituciones del Estado. Pues cuando analizamos el principio de interdependencia de los derechos humanos se puede establecer que el cumplimiento u omisión de un derecho fundamental equivale a la omisión o cumplimiento efectivo de una serie de derechos que dependen de un derecho.

Con base a la definición de la interdependencia y su papel dentro de las funciones de las instituciones del Estado, se puede afirmar que este principio de interinstitucionalidad y cooperación es fundamental y determinante para el cumplimiento efectivo de políticas que mitiguen las condiciones indignas de la población, y cumplan con las demandas sociales basadas en la inclusión de los derechos fundamentales. Pues si una población no puede acceder al derecho a la salud o la educación, es muy probable que se restrinjan una serie de

derechos fundamentales como la Vida, el trabajo, la recreación, etc. En este sentido, es necesaria la implementación de estrategias de cooperación, unión de fuerzas, comunicación y trabajo conjunto de las instituciones encargadas de solucionar y responder ante los problemas y demandas de la población en situaciones críticas de forma conjunta.

Es así como la interdependencia institucional se refiere a la coordinación de instituciones complementarias que se articulan para responder a problemas sociales, políticos y económicos que afectan los intereses y beneficios básicos de una población. En este sentido Aguilar (2012), propone que la interdependencia es un principio que dirige las principales labores de las instituciones del Estado y las administraciones locales, pues implica un trabajo conjunto de colaboración y coordinación entre diversas áreas que responden a un propósito de cumplimiento de objetivos.

Castellano (2012) establece que la interinstitucionalidad es el establecimiento de conexiones de cooperación y coordinación entre distintas instancias administrativas, lo cual genera la necesidad de realizar nuevas prácticas de innovación en la gestión pública. Lo anterior exige espacios donde se articulen las instituciones con base a una gestión racional de los actores involucrados, con el objetivo de unir esfuerzos y acciones entorno a una transformación de las problemáticas y desafíos que las instituciones enfrentan. Es así como la interinstitucionalidad requiere principios de cooperación, solidaridad, ayuda mutua y un constante aprendizaje en las labores y gestión.

No obstante, en los procesos interinstitucionales se desarrollan una serie de limitaciones y problemáticas que limitan el cumplimiento de los objetivos. Según Fajardo (2002) estas limitaciones se desarrollan debido a que las instituciones toman una serie de actitudes relacionadas con temores, intereses particulares, celos institucionales, prestigio, competitividad por recursos, y un desconocimiento sobre la importancia del trabajo articulado y en conjunto con otras instituciones.

Al hablar de una interdependencia institucional Socoy (2014) propone que las múltiples instituciones que les corresponden funciones, objetivos, ejecución, diseño y

cumplimiento de indicadores de derechos humanos se deben encaminar en sus labores y metas hacia una articulación de esfuerzos con el fin de obtener mejores resultados en el impacto social que se pretende lograr. Es así como la interinstitucionalidad permite el desarrollo de prácticas de colaboración entre las instituciones, basándose en las actitudes, habilidades y competencias de cada uno de los actores, donde se incentiva el liderazgo institucional y las capacidades de comunicación.

La coordinación interinstitucional permite un reconocimiento de las labores y metas de los actores involucrados, configurándose una serie de vínculos y redes de apoyo; adopción de metas similares por medio de la participación y consensos institucionales; logro de actividades y programas que promueven la obtención de metas de corto plazo en beneficio de la comunidad; y el aumento de la comunicación y conocimiento mutuo en medio de esa coordinación (Socoy, 2014).

En relación con lo anterior, la interinstitucionalidad incluye un ambiente organizativo donde hay un orden de valores colectivos, posibilidades de superación y desarrollo, ambiente físico y recursos materiales, estilos de direcciones, sentido de pertenencia, motivación, compromiso, relaciones humanas y un programa de trabajo (Alvarez, 1992). Es como en este plano, las relaciones interinstitucionales aseguran los vínculos con la comunidad para enfocarse en las demandas sociales.

El trabajo conjunto entre las instituciones es un proceso de coordinación, según Socoy (2014) se intercambia información y se actualiza; se analizan las necesidades de los grupos con el fin de generar mejor respuestas de intervención ante las necesidades de una población. La interdependencia institucional permite unas alianzas entre los actores e instituciones involucradas, un intercambio de las experiencias institucionales, una unión de los esfuerzos y recursos para generar el cumplimiento de unas metas comunes. El logro de la interinstitucionalidad es el mayor impacto y el logro de cobertura, donde se evidencie el compromiso conjunto de los actores, espacios de diálogo y diseño de estrategias para el desarrollo.

Las transformaciones sociales requieren de una buena comunicación entre las instituciones, pues la coordinación permite la participación de diversos actores y propuestas constructivas que generan un mejor impacto y el logro de los objetivos propuestos. Con base en esto, Chandler (1962) establece que la estrategia de asignar metas, establecerse objetivos básicos, adoptar acciones, y asignar recursos requiere de la implementación de una coordinación interinstitucional, desde un espacio interno y externo.

Para las instituciones administrativas estatales y privadas, el proceso de coordinación interinstitucional brinda facilidades en el funcionamiento y logro del éxito en los procesos de gestión, negociación y beneficio mutuo. Pues la coordinación interinstitucional busca el máximo de los recursos generando el mayor impacto. La clave para una efectiva implementación de la coordinación interinstitucional es la acción conjunta en el cumplimiento de funciones donde se identifica la unión de esfuerzos, planeaciones, operación e influencia en el proceso, pues los actores establecen los intereses y el proceso de transformación (Socoy, 2014).

1.7. Infancia.

La noción de infancia según Aires (1993) es una construcción histórica que termina siendo construida en la modernidad. En la Edad media la infancia se consideraba como una representación de adultos pequeños, sin los rasgos ni características apropiadas de un infante; ejemplo de ello es que este no era tenido en cuenta dentro de las representaciones artísticas. Aries establece que comienza una evolución frente a la infancia, donde se refleja un cambio en la mentalidad colectiva con base a las pariciones de imágenes representativas de niños, ángeles e imágenes cristianas. Ya en el siglo XVII se comienza genera una nueva sensibilidad social por la infancia, donde se ve la expresión del arte en imágenes y figuras de niños que se desconocían en el medioevo, comenzando a retomar un rol fuerte en la esfera social.

La noción de primera infancia, según Jaramillo (2007) parte de:

“diversas apreciaciones que dependen de un contexto cultural en una época determinada. Esta noción

es entendida como el periodo de vida donde el individuo experimenta crecimiento, desarrollo y cambios evolutivos en sus dimensiones motoras, socioafectivas, psicológicas y comunicativas” (Pág.04).

Según Jaramillo (2007) el concepto de infancia debe ser reconocido como una conciencia social, teniendo en cuenta que este periodo se desarrolló en medio de contextos sociales, donde se inicia las primeras socializaciones en la familia y en la escuela. En este sentido, existen unas necesidades correspondientes a los niños pequeños y son las condiciones donde puedan relacionarse con otros individuos, donde experimenten oportunidades, sentimientos y situaciones que le den sentido a su existencia, logrando así la construcción de un sentido por medio de sus experiencias de vida y de las condiciones adecuadas en la sociedad.

Cuando se desea comprender la evolución del concepto de infancia en la historia, Puerto (2002) explica cómo puede ser entendida desde una etapa donde se concibe al niño como un ser indefenso, dependiente, inocente, como un infante con una bondad innata, como un ser primitivo, con características especiales, y finalmente en el siglo XX como un sujeto social de derecho.

A partir de la elaboración del marco conceptual, surgió un modelo analítico que direcciona el estudio y el enfoque de la presente investigación formativa. La categoría principal del modelo analítico es la Perspectivas de derechos humanos, pues es preciso aclarar que la perspectiva de derechos humanos incluye una serie de atributos y enfoques, pero la presente investigación formativa pretende dar énfasis en los siguientes:

Tabla. 1
Modelo analítico

CATEGORIA ANALÍTICA	ATRIBUTOS
Perspectiva de Derechos Humanos	-INDICADORES DE LA ONU: Indicadores estructurales: Determinan si existen estructuras, sistemas y mecanismos relacionados con determinada cuestión o, dicho de otra manera, sistemas y mecanismos considerados necesarios para la realización o la promoción de un derecho. Estos indicadores tienen que concentrarse en la naturaleza de las leyes nacionales relacionadas con el derecho y en las estrategias que el Estado indica que son pertinentes para ese derecho. Indicadores de proceso: Los indicadores de proceso proporcionan información sobre los procesos mediante los cuales se aplican las políticas. Miden el grado de realización de las actividades necesarias para alcanzar algunos objetivos y los progresos realizados en el transcurso del tiempo; determinan el esfuerzo hecho, no el resultado logrado. Indicadores de resultado: Miden los resultados de las políticas, reflejan los logros que indican el estado de realización de un derecho humano. Son indicadores que revelan hechos; además, reflejan múltiples procesos interconectados que determinan un resultado. Este atributo permite hacer un contraste entre lo que demuestra el cumplimiento de los indicadores de Naciones Unidas por la política pública local de Guerrero 2012-2015 que muestra un cumplimiento y logro del 100%, en comparación con una realidad crítica y evidente sobre la crisis del incumplimiento del derecho a la salud

	en la población de Cali, comuna 3, exaltando la necesidad de aplicar diseños cualitativos de investigación social, a los proceso de evaluación de políticas públicas de salud. -INTERDEPENDENCIA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LAS INSTITUCIONES: este atributo surge a partir del análisis de la perspectiva de derechos humanos y su contenido teórico. Cuando se habla de interdependencia de los derechos, se establece que si se cumple o se viola un derecho, esto generará, inevitablemente, un impacto en los otros derechos, más allá de la dependencia que existe entre ellos. La idea se centra en que el cumplimiento de los derechos humanos solo se puede alcanzar con la realización conjunta de todos ellos. En este sentido sucede lo mismo con la interdependencia de las instituciones del Estado que buscan un fin común basado en el logro del bienestar y solución de los problemas de una población (Vázquez & Serrano, 2013). La interdependencia institucional contiene unos mismos principios que la interdependencia de los derechos basada en la cooperación, comunicación, acción conjunta, recursos e intereses compartidos, y velan por resolver una problemática social que demanda la comunidad y tiene como propósito evitar la regresión mediante metas e indicadores de forma asociada y colaborativa entre las instancias, los cuales apuntan a obtener mejores resultados en el impacto social de forma conjunta por medio del cumplimiento de metas, de acciones, programas y planes (Castellano, 2012). -POBREZA Y EXCLUSIÓN: Este atributo de la Perspectiva de Derechos Humanos, permite un análisis donde se evidencia que partir de una situación de pobreza, exclusión y marginalidad de la población se genera una violación y omisión del derecho a la salud y de otros derechos dependientes de este. La pobreza es una condición social que limita al individuo al acceso a los recursos, a las oportunidades, a disfrutar de la vida de una forma adecuada y a
--	--

	gozar de derechos fundamentales. En el caso de la salud, la pobreza es un causante estructural de altos índices de mortalidad, infecciones y un determinante de situaciones indignas de vida que devienen en problemas de salud. -INDIFERENCIA SOCIAL POR PARTE DEL TITULAR: (Atributo emergente del trabajo de campo) este atributo es un limitante para el cumplimiento del derecho a la salud. Se explica que la pasividad, el abandono, la desconfianza en las instituciones y los bajos niveles de educación van en contravía al proyecto municipal de salud pública, de tal manera que, sin importar los esfuerzos de la secretaría de salud, la poca o nula respuesta de la población a los llamados de la alcaldía, tiendes a generar fracasos en los esfuerzos institucionales.
--	--

Fuente: Elaboración propia resultante del marco teórico conceptual.

CAPITULO II

DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA NNAJ DE SANTIAGO DE CALI, SU CONTEXTO INTERNACIONAL, NACIONAL Y LOCAL.

En este apartado se presentará el contexto histórico internacional que permitió la formalización de los niños como tutelares del derecho a la salud. Esa explicación permite ubicar en un panorama universal, la política pública local que ha sido objeto de investigación. En una segunda instancia, se explica cuál es el contexto jurídico-político en el cual tienen lugar las políticas públicas de salud para la infancia y la adolescencia en Colombia. En ese apartado se realiza una breve descripción de las del actual gobierno nacional en esa materia. Consecuentemente, se describe cómo ha sido el desarrollo del tema a nivel local. En el tercer y último acápite se presentan al detalle, las apuestas y los logros de las dos últimas alcaldías en Santiago de Cali, específicamente en lo que concierne a la promoción y cumplimiento del derecho a la salud de los niños y jóvenes de las zonas más marginadas de la ciudad. Finalizado este capítulo se podrá realizar un balance en contexto del éxito o fracaso del programa de promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades de NNAJ de la alcaldía de Rodrigo Guerrero.

2.1. Antecedentes internacionales sobre los derechos de los NNAJ y el derecho a la salud.

El primer antecedente importante sobre los derechos de los niños, tuvo lugar el 24 de septiembre de 1924 y se conoce como la Declaración de Ginebra. Esta declaración fue adoptada por la V asamblea de la Sociedad de Naciones Unidas, reconoce y ratifica la existencia de los derechos fundamentales de los niños y niñas, principalmente la responsabilidad que los padres o tutores tienen frente a ellos. Cinco de sus artículos reconocen las necesidades fundamentales de los niños y niñas. El fin del texto es reconocer el bienestar de los niños, los derechos de su desarrollo, asistencia, protección y auxilio especial.

“1. El niño debe ser puesto en condiciones de desarrollarse normalmente desde el punto de vista material y espiritual. 2. El niño hambriento debe ser alimentado; el niño enfermo debe ser atendido; el niño deficiente debe ser ayudado; el niño desadaptado debe ser reeducado; el huérfano y abandonado deben ser recogidos y ayudados. 3. El niño debe ser el primero en recibir socorro en caso de calamidad. 4. El niño debe ser puesto en condiciones de ganarse la vida y debe ser protegido de cualquier explotación. 5. El niño debe ser educado inculcándole el sentimiento del deber que tiene de poner sus mejores cualidades al servicio del prójimo”. (Declaración de Ginebra, 1924)

Más allá de su significado histórico, los derechos reconocidos con la declaración no obligan a los Estados a cumplirlos, simplemente son considerados como pautas y guías frente a la protección y derechos de los niños.

Finalizada la segunda guerra mundial en la Carta de las Naciones Unidas del 26 de junio de 1945 en San Francisco, los estados miembro se comprometen a preservar las generaciones próximas frente al perjuicio de la guerra que ha causado sufrimientos a la humanidad en dos ocasiones. Con base en esta carta, se reafirma la fe en los derechos fundamentales del hombre, la dignidad y el valor de la persona humana, conforme a la igualdad de derechos de hombres, mujeres de las naciones grandes y pequeñas. Se crean mecanismos que preservan la justicia y el respeto a las obligaciones que establecen los

tratados y las otras fuentes del derecho internacional.

Dos años y medio después, el 7 de abril de 1948, se crea la Organización Mundial de la Salud, OMS, estableciéndose como un organismo ligado a la ONU. Sus principales fines consisten en la creación de políticas para el control y prevención de enfermedades infecciosas y de epidemias a nivel general. Para la OMS, la salud se definía como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades.

En junio de 1948 se celebró la primera Asamblea Mundial de la salud, la cual tuvo como objetivo el planteamiento de los campos de acciones prioritarios para niños; entre ellos se establecieron: la lucha contra la desnutrición, el paludismo, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual. Además, se propuso la creación de programas y estrategias para mejorar la salud de las mujeres en estado de embarazo y el saneamiento ambiental.

Ese mismo año se proclama la Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común de todos los pueblos y naciones, los cuales deben esforzarse para que los individuos, las instituciones promuevan, por medio de la enseñanza y educación, el respeto de sus derechos, libertades de forma progresiva y de carácter nacional e internacional, creando un reconocimiento y aplicación universal y efectiva en todos los Estados miembros y territorios bajo su jurisdicción.

La Declaración considera que la libertad, la justicia y la paz tiene como principal eje el reconocimiento y respeto de la dignidad y de los derechos iguales e inalienables de los seres humanos. Es esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, con el fin de que el hombre se oponga a la tiranía y opresión como máximo recurso de manifestación.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es la proclamación que los Estados Miembros han hecho para comprometerse a asegurar en cooperación con la

organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo de los derechos y libertades fundamentales del ser humano, siendo su pleno cumplimiento la mayor importancia de este compromiso: la salud.

La declaración define el derecho a la salud como:

“Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

Entre 1950 y 1970 la OMS amplió su campo de acción e intervención en problemas relacionados con lo sanitario, enfermedades relativamente nuevas como el VIH/SIDA. Asumió responsabilidades de crear una serie de clasificación internacional de enfermedades, convirtiéndose en un mecanismo estadístico indispensable para el control de enfermedades generales.

En adelante los propósitos de la OMS han consistido en la implementación de políticas de atención primaria para la lucha directa de enfermedades generales. Se crearon múltiples programas contra enfermedades y epidemias que acusaban altos números de mortalidad y morbilidad. La OMS, ha fomentado la creación de programas dirigidos a la ejecución de políticas para la atención integral, con el fin de fortalecer el acceso a los servicios de salud por medio de estrategias de promoción, prevención y atención, especialmente en los países más pobres.

Se debe destacar que la OMS establece una serie de indicadores y políticas que responden a las problemáticas de salud pública en Colombia. Las estrategias, acciones y políticas que se implementan en los programas de gobierno, tanto nacionales como locales, responden y están íntimamente ligadas con los planteamientos obligatorios de la Organización Mundial de la Salud, los que a su vez están articulados con los Objetivos del

Milenio de 2015. Estos no deben ser limitados, cambiados o ignorados por las administraciones locales ni nacionales, pues el cumplimiento de estas políticas e indicadores de Salud que impone la OMS deben ser implementados y ejecutados de forma permanente y continua, sin importar el gobierno de turno.

Luego de la creación de la OMS, y su mención a los niños y jóvenes, La Declaración Universal De Derechos Humanos fue seguida por la Declaración de los Derechos del Niño en 1959. La declaración tiene unos principios fundamentales que orientan a las naciones a hacer cumplir, proteger y promover las libertades y los derechos de los niños, por parte de los padres, organizaciones, instituciones estatales, con el fin de luchar y crear medidas legislativas que garanticen dichos derechos de forma progresiva.

Por otro lado, esta declaración es reconocida por la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el pacto internacional de derechos civiles y políticos, (artículos 23 y 24), y en el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (artículo 10):

“ARTICULO 24: 1. Todo niño tiene derecho, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado. 2. Todo niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y deberá tener un nombre. 3. Todo niño tiene derecho a adquirir una nacionalidad.

ARTÍCULO 10: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, Los Estados partes en el presente Pacto reconocen que: 1. Se debe conceder a la familia, que es el elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de los futuros cónyuges. 2. Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social. 3. Se deben adoptar

medidas especiales de protección y asistencia en favor de todos los niños y adolescentes, sin discriminación alguna por razón de filiación o cualquier otra condición. Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social. Su empleo en trabajos nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley. Los Estados deben establecer también límites de edad por debajo de los cuales quede prohibido y sancionado por la ley el empleo a sueldo de mano de obra infantil” (Declaración de los Derechos del Niño, 1959).

En 1998 Colombia firma el acuerdo sobre la asistencia a la niñez con la República de Chile. Ese acuerdo internacional sobre la asistencia a la niñez, se originó en Santa Fe de Bogotá, D.C el 16 de julio de 1996. Estableciendo las prioridades de ambos gobiernos por brindar la mejor asistencia a la niñez, con el fin de lograr condiciones favorables para su desarrollo integral y garantizando los medios necesarios para el goce pleno de los derechos que le son propios.

Ambos gobiernos reconocen y garantizan los derechos de los niños respecto del cuidado familiar, la filiación, el estado civil, la identidad, la salud, la educación, la recreación, la cultura y el deporte, la prevención y la protección contra la explotación, el maltrato y el abandono físico, afectivo y material, la rehabilitación del niño infractor y su reinserción en la sociedad, la igualdad y no discriminación. Estos Estados han ratificado la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y han realizado acciones concretas tendientes a la consecución de los principios en ella consagrados y ven en este ámbito una excelente oportunidad para estrechar lazos mediante el intercambio, el estudio compartido y la realización conjunta de proyectos en beneficio de la infancia colombiana y chilena.

En 1969 la República de Colombia firma la Convención Americana sobre Derechos Humanos celebrada en Costa Rica, y la aprueba con la Ley 16 de 1972. En ella, los Estados Americanos se comprometen a fortalecer las instituciones democráticas, el régimen de libertad personal y de justicia social fundamentado en el respeto de los derechos esenciales del hombre, entre ellos la salud. Se reconoce que los derechos esenciales del

hombre tienen como principio los atributos de la persona humana, lo cual ratifica su protección internacional, de naturaleza convencional, la cual le ofrece el derecho interno de los Estados americanos.

En la Convención se ha establecido los deberes de los Estados partes y los derechos de los protegidos, con el fin de respetar los derechos de los hombres, los derechos civiles y políticos, el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, la prohibición de la esclavitud y servidumbre, derecho a la libertad personal, a las garantías judiciales, protección de la honra y la dignidad, derecho a la indemnización, libertad de la conciencia y religión, libertad de pensamiento y expresión, derecho al nombre, derecho del niño, derechos políticos, derechos económicos, sociales y culturales.

Finalmente en 1989 se realiza la Convención sobre los Derechos del Niño, entrando en vigor en 1990. Todos los derechos de la infancia (niños) se encuentran plasmados en la Convención sobre los Derechos del Niño. Creada en un tiempo de 10 años con los aportes de diversas sociedades, culturas y religiones. La convención se aprobó como un tratado internacional de derechos humanos el 20 de noviembre de 1989.

En 54 artículos se reconoce que los niños son seres humanos menores de los 18 años, sujetos titulares de derechos de pleno desarrollo físico, mental y social, con derecho a expresarse de forma libre. La convención brinda principios para la salud, la supervivencia y el progreso de toda la sociedad humana.

La convención es considerada como primera norma internacional sobre los derechos de los niños y niñas, siendo de carácter obligatorio para los Estados firmantes. Los Estados partes informan al comité de los Derechos del Niño sobre las medidas y avances que han logrado para aplicar lo que se establece en la Convención. Es obligación de los Estados partes adoptar las medidas que sean necesarias para dar cumplimiento a todos los derechos reconocidos en la Convención.

La Convención de los Derechos de los Niños, reconoce que el niño, para un pleno y

óptimo desarrollo de su personalidad, debe tener condiciones óptimas en el núcleo familiar y un ambiente sano y de felicidad, constituido por protección y comprensión. Conforme a esto, la presente Convención establece derechos relacionados con el cumplimiento, por parte de los Estados partes, de asegurar al niño instituciones, servicios y establecimientos encargados para el bienestar social (encaminados al cumplimiento del derecho a la salud, la educación, la recreación, y las labores de la justicia entorno a los derechos y deberes tanto del niño como de su tutor responsable o padres), atendiéndolo con un interés superior. También se menciona obligaciones de los Estados partes, relacionadas con el respeto de las responsabilidades, derechos y deberes de los padres con el fin de brindarle el mejor cuidado y bienestar al niño; la creación y eficacia de una legislación nacional y de obligaciones generales para la aplicación de todos los derechos fundamentales de los niños.

En lo relacionado con el derecho a la salud y los servicios médicos, la presente convención establece que:

“Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquéllos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño”. (p. 19)

“Artículo 24. 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio

ambiente; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo” (Convención De Los Derechos De Los Niños, 1990).

Este histórico texto internacional legal impone una serie de obligaciones a los Estados partes que lo ratifican. Establece cómo los Estados deben respetar y cumplir con los derechos de los niños, creando instituciones de especial protección y cuidado de la niñez, esto conforme a la creación de una frontera de seguridad y atención especial a todos los niños dentro de su territorio, con el fin de respetar sus derechos fundamentales para el logro máximo de esfuerzos y cumplimiento, acatando cada una de las obligaciones frente a los derechos de los niños en los países, según sea su situación de vulnerabilidad.

El siglo XX fue protagonista de los procesos de reconocimiento y protección de los derechos humanos, principalmente de los derechos de los niños y niñas, donde su máxima expresión fue la aprobación de La Convención De Los Derechos Del Niño por parte de las Naciones Unidas en el año 1989, lo cual tuvo una gran importancia jurídica, valorándose, en gran medida, los principales ejes fundamentales. Dicha convención fue el primer código universal de los derechos de la niñez legalmente obligatorio en la historia, con el fin de que los Estados partes cumplieran cada uno de sus artículos. La protección de los derechos del niño es un asunto de gran actualidad internacional, debido a las nuevas visiones frente a la problemática de la niñez y adolescencia, los cuales resultan ser claves y de gran trabajo global para el siglo XXI, adquiriendo una visión que se basa en la Doctrina De La

Protección Integral, paradigmática de la convención.

En lo mencionado, se debe tener en cuenta, que son los niños, niñas, adolescentes y jóvenes una de las prioridades principales para la ejecución y logro de las agendas globales de desarrollo, acatadas por las agendas nacionales y locales, donde las acciones y estrategias que se toman para erradicar con la pobreza extrema están relacionadas con el progreso del estado de la infancia en el mundo. La población infantil, no puede, ni tiene porque sobrevivir en una situación donde sus principales factores de desarrollo y derechos se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

2.2. Contexto jurídico-político de los derechos a la salud en de los NNAJ de Colombia.

En la Constitución Política de Colombia, CPC, el artículo 11 establece el derecho a la vida como inviolable, el mismo se constituye como un derecho fundamental ligado al cumplimiento del derecho a la salud, teniendo cuenta que sin salud, sin atención, protección y cobertura médica no existe el goce pleno al derecho fundamental de la vida.

De manera similar en el artículo 44 de la CPC, se establecen los derechos fundamentales de los niños, estos son: la vida, la integridad física, la salud y seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, el derecho a tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Se especifica que los niños serán especialmente protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos y que gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y el los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado se definen constitucionalmente como responsables de la asistencia y la protección del niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y

el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores, teniendo en cuenta que la carta constitucional colombiana establece que los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.

En cuanto a la salud de los colombianos también se declara la responsabilidad directa del Estado. En el artículo 47 de la CPC se establece que el Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestara la atención especializada que requieran, con prioridad para los niños. Así mismo en el artículo 49 se establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y que el mismo debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Desde el punto de vista administrativo los servicios de salud en Colombia se organizan de forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad, distinguiendo el régimen común, del subsidiado. Este y los demás aspectos del sistema de salud Colombiano, se definen en la Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral en Colombia.

Esta ley es producto de una profunda reforma de la salud en el país, la cual se basó en los siguientes aspectos: la desmonopolización de la seguridad social en la salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud. Lo que implicó la presencia del sector privado como operador o prestador de los servicios de salud, instancia adicional al Instituto de Seguros Sociales que terminó desapareciendo, y cuya población pasó a conformar un vasto sector subsidiado, el cual se sustenta a través de un fondo de solidaridades y garantías, que brinda aseguramiento a la población pobre del país.

La ley 100 de 1993 establece que la seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad en

general, con el fin de gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el objetivo de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

En sus artículos sobre el derecho a la salud expone que el sistema de seguridad social integral tiene como objetivo garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad, con el fin de obtener una calidad de vida y una dignidad humana. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos para garantizar la cobertura de prestaciones de salud y servicios complementarios. El fin de la presente ley es brindar a todos los colombianos el derecho a la seguridad social, el derecho a la salud, como un servicio público obligatorio, controlado por el Estado pero con la posibilidad de ser operado por entidades privadas.

Luego de veintidós años de entrada en vigencia la Ley 100, la realidad nos muestra un sistema de salud colapsado. En la actualidad millones de personas viven una realidad de extrema pobreza y sin acceso a la salud, las deudas de las Empresas Prestadoras de Salud, EPS, de carácter privado a los Hospitales y clínicas del Estado impiden la atención al de los beneficiarios del régimen subsidiado, lo que se traduce en la constante violación a sus derechos humanos y en una gran vulnerabilidad en cuanto a sus condiciones de vida, no en vano Colombia es uno de los países de Latinoamérica, con los índices más bajos de calidad de la salud. Los más afectados y las principales víctimas son la población infantil, los cuales enfrentan, de forma constante y cercana, la falta de oportunidades y la constante violación de sus derechos fundamentales como el derecho a la salud y la atención prioritaria.

En lo que concierne a la infancia, esta no parece una situación exclusiva de Colombia, en general los niños en el mundo viven una situación crítica, inhumana y preocupante, estrechamente relacionada con problemas de nutrición, obstrucción al acceso a la salud, a la educación y recreación, lo cual no es atendido de forma inmediata por parte

de los Estados. Sin embargo UNICEF, en sus informes anuales, establece que a nivel mundial, hay mejoras en lo referido a aspectos claves para la sobrevivencia infantil y la cobertura del derecho a la salud, lo cual se puede interpretar como una disminución de la mortalidad de niños menores de cinco años durante los próximos años, entre ellas, las enfermedades que han sido tratadas mediante la vacunación. No obstante, siguen patentes situaciones como accidentes, ambientes malsanos en los hogares, enfermedades diarreicas, limitaciones en el acceso a la salud en muchos rincones del mundo y la alta tasa desnutrición infantil siguen siendo el motivo de pérdida de muchas vidas infantiles.

Conforme a esta crítica situación, los jefes de Estado y los gobiernos del mundo han priorizado en sus Agendas estatales convenios, declaraciones y tratados sobre el cumplimiento de los derechos humanos. En el caso colombiano, el gobierno nacional, las gobernaciones y alcaldías, implementan estos objetivos, principios rectores, indicadores y bases normativas en sus planes de desarrollo, con el fin de adquirir compromisos basados en la erradicación de la pobreza, cumplimiento de los derechos humanos brindando especial atención a la situación de vulnerabilidad y escasez de oportunidades, ejerciendo protección de los derechos humanos y adquiriendo compromisos de paz y seguridad.

En el caso Colombiano, las políticas nacionales, han pretendido responder con los objetivos, indicadores y principios rectores de los mencionados convenios y declaraciones, los cuales conforman una agenda global del desarrollo, con el fin de reducir la pobreza en un corto plazo. El cumplimiento de estos objetivos significan para millones de personas que viven en extrema pobreza, parte de su capital humano, infraestructura, sostenibilidad, capital natural, y un crecimiento económico general, teniendo en cuenta, que las condiciones de vulnerabilidad, carencia de ingresos, pueden significar su vida o muerte, ante situaciones limitadas y acceso a mínimos bienes de sobrevivencia, los cuales pueden fácilmente afectar la vida y generar retrasos en cuanto al desarrollo humano de millones de personas.

Desde 2010 el gobierno nacional de Juan Manuel Santos ha asumido el reto de superar los problemas de salud en la población más joven. Finalizado su primer periodo, en

el año 2014, el gobierno nacional presenta sus principales logros y avances, identificando las acciones gubernamentales alrededor de los pilares contenidos en Plan Nacional de Desarrollo “Prosperidad para Todos”. El informe muestra un balance positivo al Congreso de la República, bajo un concepto de la Unidad Nacional, el cual se alude como potenciador y promotor de cambios. La Unidad Nacional pretendió y pretende actuar en torno a las necesidades más urgentes del país, dar los máximos esfuerzos para tomar nuevos rumbos y generar prosperidad para todos.

No obstante el aparente éxito del Gobierno nacional, son muchos los desafíos que quedan por cumplir, pues, por ejemplo, aún son muchos los desempleados que hacen parte de las cifras nacionales. En lo referido a la pobreza extrema, se ha sacado a millones de esta situación inhumana, pero el país sigue figurando en la lista de naciones con el mayor número de ciudadanos que siguen en situación de miseria total. Lo mismo sucede con el cumplimiento de los derechos esenciales como la salud, pues a pesar de incrementar las cifras de cobertura y cumplimiento, son muchos los ciudadanos, principalmente los NNAJ del país, que están por fuera del cumplimiento de este derecho, pues las cifras de mortalidad infantil, desnutrición, carencia de bienes básicos, son desastrosas.

Para el año 2010, el gobierno nacional de Santos decidió enfrentar el reto de consolidar un país entorno al Plan “Prosperidad para Todos”, enfocándose a la generación de más empleo, menos pobreza y mayor seguridad. Fue así como por medio de la Ley 1450 de 2011, se aprobó el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, el cual se orienta a “propiciar una gran competitividad, un crecimiento económico, garantizar la igualdad de oportunidades para la prosperidad social, consolidar la paz y fortalecer la seguridad del Estado y los colombianos” (Informe al congreso Juan Manuel Santos, 2014).

En lo relacionado con la reducción de las desigualdades sociales, las garantías de condiciones para la inclusión y la justicia social, y la labor de los diversos sectores sociales, el gobierno de Santos logró:

“Reducir los niveles de pobreza en 6,6 puntos porcentuales, p.p. y de pobreza extrema

en un 3,2 p.p. con base a esto se puede decir, que cerca de 2,4 millones de personas salieron de la pobreza, logrando así una reducción de la desigualdad y de la distribución de los ingresos” (Informe al congreso Juan Manuel Santos, 2014).

Conforme al propósito de consolidar una igualdad de oportunidades para el logro de la prosperidad social en Colombia, el gobierno implementó una serie de acciones encaminadas a 1- brindar atención integral a la primera infancia. 2- atender, reparar y garantizar justicia y no repetición de hechos violentos a las víctimas del conflicto armado interno, por medio de la promulgación de ley de víctimas del conflicto armado interno (Ley 1448 de 2011). 3- garantizar el acceso de la población a derechos fundamentales como la educación, la salud, la recreación y el deporte (Informe al congreso Juan Manuel Santos, 2014).

Ahora bien, en lo relacionado con los derechos de los niños de primera infancia, el gobierno de Juan Manuel Santos crea una política integral de desarrollo y protección social la cual apunta a la primera infancia, con el fin de asegurar una condiciones dignas y humanas, basadas en lo material y en lo social, con el fin de crear un desarrollo de las niñas y niños desde su momento de gestación hasta sus primeros años de vida, cumpliendo de los derechos por medio de una oferta de servicios de calidad. Por tal razón, el gobierno:

“Garantizó una atención integral en salud, nutrición, cuidado, protección de los niños y niñas de primera infancia, con base a la estrategia “de cero a siempre”. Mediante las responsabilidades y competencias operativas, técnicas y financieras de las entidades que hacen parte de la Comisión Intersectorial de la Primera Infancia, se brindó una atención integral durante el cuatrienio a 1.023.100 niños y niñas menores de seis años, de 1.200.000 beneficiarios previstos” (Informe al congreso Juan Manuel Santos, 2014).

Consecutivamente, se creó un proceso fundamental para el desarrollo de la primera infancia en cuanto a la cualificación del talento humano encargado de su atención, con programas de formación para que los profesionales se apropiaran y transformaran sus conocimientos en políticas de atención integral a la primera infancia, procesos y rutas de atención integral diferenciada y mayor perspectiva de inclusión social. Con base a los

resultados de esta estrategia, “se cualificaron cerca de 44.084 agentes educativos por medio de actividades del MinEducación, y 41.568 con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), y el SENA, cumpliendo con un 95.8% y 83% aproximadamente” (Informe al Congreso Juan Manuel Santos, 2014).

En lo referido a los temas de salud para los niños de primera infancia, a fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles en la población menor de seis años, el gobierno nacional invirtió en lo corrido del periodo de 2010-2014 más de \$771.883 millones en el programa de inmunizaciones, logrando así, completas jornadas y coberturas de vacunación para la protección de 19 enfermedades, incluyendo, la hepatitis A y neumococo. Conforme a esto, se evidenció una amplia cobertura de vacunación que condujo al logro del 90.9% de la meta en 2013 (Informe al Congreso Juan Manuel Santos, 2014).

En lo que respecta a la nutrición, en el 2014 el ICBF benefició a 595.157 niños y niñas menores de seis años, con complementos alimentarios, a través de la estrategia “desayunos infantiles con amor”, lo cual significó un cumplimiento de 86,8% en los cuatro años de gobierno” (Informe al Congreso Juan Manuel Santos, 2014).

Del mismo modo, el gobierno de Santos implementa acciones y estrategias entorno a la promoción, garantía y restablecimiento de los derechos de los niños, adolescentes y jóvenes, por medio de mecanismos para la protección de la vida, la supervivencia, el desarrollo físico, intelectual y afectivo, así mismo, como el reconocimiento de su identidad y opinión sin discriminación alguna.

“El gobierno se enfoca en eliminar y prevenir cualquier forma de violencia, abandono, explotación y situaciones de riesgo que puedan afectarlos, como lo es el consumo de sustancias psicoactivas, el embarazo no deseado, la explotación laboral, el trabajo infantil y la desescolarización” (Informe al Congreso Juan Manuel Santos, 2014).

A través del programa “Familias con Bienestar” el gobierno nacional creó unos procesos de formación y acompañamiento a las familias, brindando unos cuidados a los

NAAJ y fortaleciendo su vínculo afectivo.

“El avance de este programa tuvo un 52% de logro, con 398.117 beneficiados en los cuatro años de mandato. Por otro lado, se implementó el programa “Generaciones con Bienestar”, con el fin de incluir la formación de NAJ en derechos y restablecimiento de los mismos, cuando estos han sido violados, vulnerados e incumplidos. Los beneficiados fueron 603.001 NAJ en total. Por su parte, el ICBF ejecuto el programa de “Alimentación escolar” con un total de 4.135.340 NNAJ, con desayunos y almuerzos escolares, teniendo así un cumplimiento del 102%” (Informe al congreso Juan Manuel Santos, 2014).

Conforme a lo anterior, se ha recobrado un reconocimiento por diversos instrumentos internacionales y legislativos nacionales, los cuales pretenden generar protección de los derechos humanos y el desarrollo de los NNAJ por parte del gobierno de Juan Manuel Santos. Su rendición de cuentas 2010-2014, muestra que su gobierno estuvo encaminado a la erradicación de la pobreza, la desigualdad y a la atención de la ejecución de políticas integrales de desarrollo y protección social, que apuntan a la atención prioritaria y especial de los niños de primera infancia, y los NNAJ del país. Sin embargo, a pesar de evidenciar un progreso en lo referido al cumplimiento, cobertura y accesibilidad de los derechos garantes a una vida digna como lo son la salud, para el gobierno de Santos, es mucho lo que queda por ejecutar en lo que respecta a políticas, programas y estrategias que apuntan al cumplimiento de este derecho humano, puesto que todavía existe una patente realidad de desigualdad socio-económica en todo el país.

2.3. Políticas públicas para la realización del derecho humano a la salud de NNAJ de la ciudad de Cali entre 2008 y 2015.

En coherencia con los esfuerzos del orden nacional, las anteriores administraciones de la alcaldía de Cali han implementado y ejecutado una serie de políticas y estrategias con las que dan prioridad a puntos críticos de la intervención social en salud. El principal

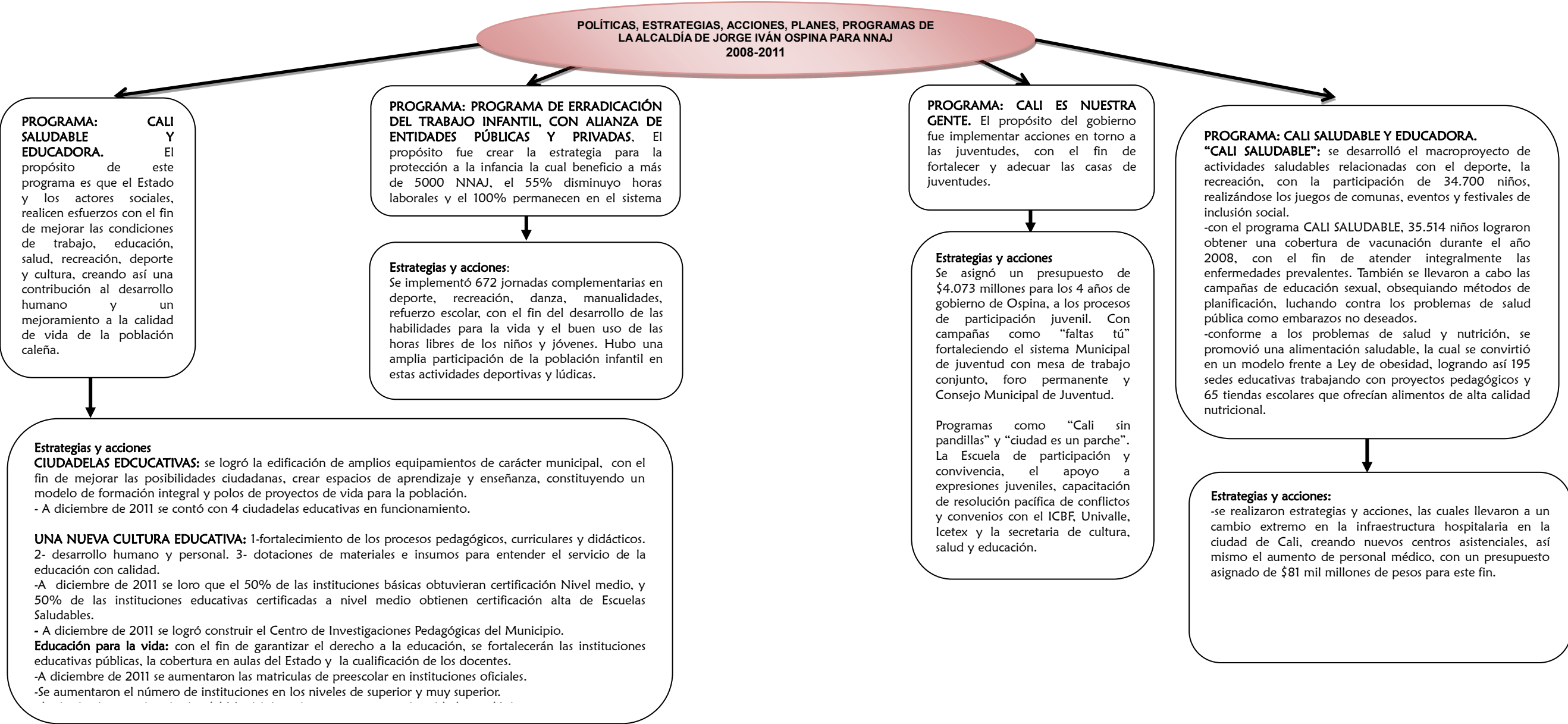
antecedente para esos esfuerzos se encuentra en la alcaldía de Jorge Iván Ospina. En la administración del médico Ospina, la atención en salud fue un tema de intervención especial, debido a los alarmantes índices de salud pública, relacionados con problemas de cobertura de vacunación en la población, problemas de salud sexual y reproductiva (embarazos no deseados), problemas y aumento de consumo de sustancias psicoactivas y creación de organizaciones o centros con mecanismos de atención integral, que reportaba Cali (Alcaldía de Santiago de Cali, 2010).

Para el cumplimiento del derecho a la salud de la población caleña, en la alcaldía de Jorge Iván Ospina se implementaron estrategias y acciones encaminadas, principalmente, a la ampliación del acceso y cobertura en zonas de la ciudad más vulnerables y excluidas. Se realizó una amplia intervención social, con énfasis en la aplicación de prácticas claves de salud infantil en centros hospitalarios de territorios especiales de intervención focalizada, a los que esa administración denominó; Territorios de Inclusión y Oportunidades, TIOS, capacitando tanto a los administrativos como al personal médico de las instituciones de esas zonas.

Además de apuntar al acceso, cobertura y atención, en la administración Ospina se incrementó la infraestructura de centros de salud a fin de brindar mayor cobertura de salud, atención integral y prioritaria a toda la ciudad (Informe de Rendición de Cuentas 2010).

En la siguiente figura se resume la estrategia y política pública de salud de Jorge Iván Ospina en el periodo 2008 -2011.

Figura 1. Resumen programas Salud y NNAJ Alcaldía de Jorge Iván Ospina



Fuente: Elaboración propia adaptado del informe de rendición de cuentas de 2010.

En torno a la cobertura y cumplimiento del derecho a la salud en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de las zonas TIOS, se brindó una buena asistencia médica con jornadas de vacunación, atención Integrada a las enfermedades prevalentes y centros de escucha para desarrollar acciones de promoción de la salud mental, prevención y mitigación de los riesgos en el consumo de sustancias psicoactivas, y servicios amigables para el apoyo y cuidado de la salud sexual y reproductiva, obteniendo un logro contundente en las cifras críticas de embarazos no deseados, muertes de infantes, y un cobertura del 100% de los niños proveyéndoles 7 vacunas esenciales para su desarrollo biológico (Alcaldía de Santiago de Cali, 2010).

Sin embargo, en lo que respecta al cumplimiento de este derecho fundamental de la salud, también se encontraron retrocesos en cuanto a las principales prioridades a nivel nacional y a los Objetivos del Milenio,⁶ teniendo en cuenta los indicadores de productos que hicieron parte de la política pública de salud en la administración de Ospina. Por ejemplo, en el caso de la mortalidad infantil, las enfermedades relacionadas con cardiovascular y el cáncer tuvieron gran incidencia en los niños. La participación de NNAJ en las muertes violentas en el periodo Ospina, también representaron un retroceso; las defunciones de personas entre los 15 a 44 años comprendieron el 66% de las muertes, la mayoría de ellas se debieron a suicidios, accidentes y homicidios (Informe de Rendición de Cuentas 2010) en los que participan NNAJ. Entre ese gran número de accidentes registrados, suicidios, homicidios, una buena parte se encontraron relacionados con consumo de sustancias psicoactivas en el momento de la muerte, en la ciudad de Cali entre 2008 y 2011, 1 de cada 3 homicidios, 1 de cada 2 suicidios y 1 de cada 5 muertes en accidentes de tránsito tienen relación con el consumo de alcohol, el 43% de cigarrillo y el 15% de una sustancia ilegal (Alcaldía de Santiago de Cali, 2010).

El consumo de SPA en niños y jóvenes arrojó una cifra alarmante durante el periodo

6 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, constituyen la principal agenda global del desarrollo al proponerse reducir, para el 2015, por lo menos a la mitad la pobreza, sus causas y manifestaciones. Estas metas mundiales fueron acordadas por los Jefes de Estado y de Gobierno de todo el mundo en la Cumbre del Milenio (septiembre 2000). Diario Oficial No 43.738, del 10 de octubre de 1999 disponible en <http://www.pnud.org.co/sitio.shtml?apc=a-c020101--&m=a&e=A#.VMaZyflVKIM>

Ospina, pues según la encuesta del programa presidencial Rumbos,⁷ el 85% de los estudiantes de secundaria en Cali ha consumido estas sustancias, alcohol, cigarrillo (Alcaldía de Santiago de Cali, 2010).

No obstante, según el diario El País (2011) de Cali, el alcalde Iván Ospina logró en su periodo de administración el reconocimiento por parte de la ONU ante la reducción de embarazos en adolescentes, lo cual fue reiterado por Alejandro Varela, su Secretario de salud pública durante la alcaldía. En el año 2010 se registraron 5900 casos de mujeres gestantes, lo cual fue una reducción máxima ante el registro de 7411 en 2007. La administración Ospina, logró una contundente reducción de muertes en menores de cinco años, en los últimos diez años se registraron más 200, debido a las pésimas condiciones sanitarias y de salud, y en el 2010 se registraron solo 5 casos de muerte de niños menores de 5 años. Ya en lo referido a la cobertura de vacunación, la administración de Iván Ospina obtuvo un reconocimiento de la Organización Panamericana de Salud, debido a las campañas de inmunización contra siete enfermedades, pioneras en Colombia.

En ese contexto inicia la administración municipal Rodrigo Guerrero, para el periodo 2012-2015. Su administración pretendió garantizar, mediante acciones, programas y proyectos, una atención con enfoque diferencial y de derechos a los niños, niñas adolescentes y jóvenes, donde se lograra la inclusión, la protección y la atención de los niños en desigualdad de condiciones con el fin de emprenderse hacia un desarrollo de capacidades y oportunidades como sujetos responsables de derechos.

Diseñó una política pública con la que pretendió seguir una línea estratégica multidimensional y diferenciada en los territorios y población con índices de pobreza extrema, vulnerabilidad y exclusión social, dio continuidad a la intervención focalizada en los territorios, conocida como estrategia TIOS. Su foco estaría en el desarrollo integral en los grupos poblacionales más vulnerables y consolidar una más justa, más equitativa, más incluyente, diferencial a fin de ampliar las oportunidades sociales, económicas y políticas para que dicha población en condiciones críticas pueda acceder a una vida digna.

⁷ Programa presidencial para afrontar el consumo de sustancias psicoactivas en NNAJ.

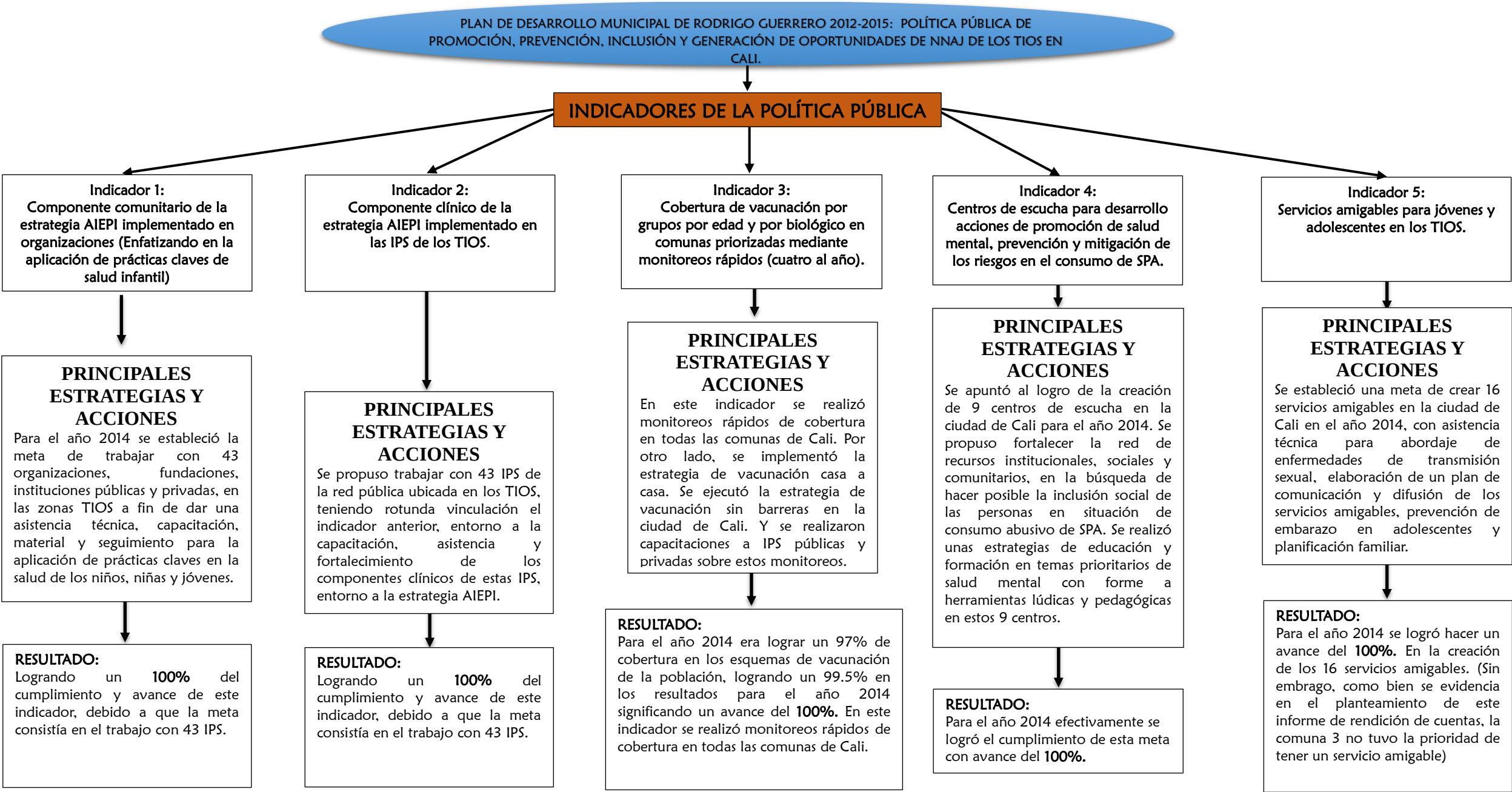
El plan municipal de desarrollo 2012-2015 pretende responder ante un compromiso y cumplimiento de los Objetivos del Milenio los cuales fueron adquiridos por el Estado Colombiano a fin de crear y encaminar una estrategia nacional para la superación de la pobreza extrema. Conforme a esta acción encaminada en la ciudad de Cali, se pretende asumir una serie de estrategias y acciones con enfoque de derechos humanos en población vulnerable.

En lo referido con el problema de salud en la ciudad de Cali, el cual es el principal objeto de esta investigación, los sectores que hacen parte de los TIOS se concentran el mayor índice de mortalidad infantil y embarazos en adolescentes. En el 2010 unos 363 niños menores de 5 años fallecieron en la ciudad. Se registraron 5963 casos de embarazos en adolescentes menores de 20 años. Se evidenció una grave problemática en lo relacionado con violencia intra-familiar en hogares de Cali. Con base al documento de “análisis estadístico del SISBEN III en el municipio de Santiago de Cali” del Departamento Administrativo de Planeación Municipal, se evidenció que los hogares carecen de ciertos bienes y servicios fundamentales para la subsistencia, lo cual incluye una vivienda en condiciones inadecuadas, servicios inadecuados, inasistencia escolar, hacinamiento crítico y una dependencia económica realmente mínima.

En general, se establece que la carencia más significativa y contundente para el desarrollo humano e integral es el problema de servicios inadecuados, escasez de oportunidades, así como la marginalidad de sectores sociales. Por ello la administración de Guerrero 2012-2015 pretende realizar estrategias de intervención y focalización territorial, logrando actividades de prevención, inclusión, promoción y generación de oportunidades con el fin de prevenir factores generadores de violencia, inseguridad, mejorar las condiciones sociales con base a la amplia participación de la población. Pues ante el aumento de factores sociales críticos los cuales son determinantes en las condiciones de vida de la población, es contundente el hecho de que el derecho a la salud sea violado y omitido de forma permanente, pues una población en extrema pobreza no puede acceder ni sostener servicios de salud integrales para su desarrollo humano integral.

La política pública de atención a NNAJ respecto al derecho a la salud, de Rodrigo Guerrero puede sintetizarse en el siguiente gráfico:

Figura 2. Resumen programas Salud y NNAJ Alcaldía de Rodrigo Guerrero



Fuente: Elaboración Propia adaptado del informe de rendición de cuentas 2015.

Esta política pública ha sido evaluada continuamente y sus resultados fueron socializados en diferentes escenarios como la rendición de cuentas, las entrevistas en medios de comunicación y los informes internos de avances.

Según el informe de rendición de cuentas de la Alcaldía de Santiago de Cali (2015) en lo que respecta a la salud pública, principalmente en problemáticas relacionadas con atención integral, cobertura de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, en la ciudad de Cali, la política pública del alcalde Rodrigo Guerrero, fue un éxito, al mostrar indicadores de producto del 100% en la mayoría de sus ejes.

En primer lugar, en lo que respecta al cumplimiento del indicador 1: Componente Comunitario De La Estrategia AIEPI Implementado en organizaciones (Enfatizando en la aplicación de prácticas claves de salud infantil), para el año 2014 se estableció la meta de trabajar con 43 organizaciones, fundaciones, instituciones públicas y privadas, en las zonas TIOS a fin de dar una asistencia técnica, capacitación, material y seguimiento para la aplicación de prácticas claves en la salud de los niños, niñas y jóvenes. Igualmente se capacito en estándares de calidad relacionados con el estructuramiento de salud, alimentación y nutrición de la estrategia “De Cero a Siempre” obteniendo un logro de cumplimiento de 100% de la meta para este año (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

En segundo lugar, en cuanto al cumplimiento del indicador 2: Componente clínico de la estrategia AIEPI implementado en las IPS de los TIOS, en ese mismo año se trabajó con 43 IPS de la red pública ubicada en los TIOS, teniendo una articulación con el indicador anterior, entorno a la capacitación, asistencia y fortalecimiento de los componentes clínicos de estas IPS, entorno a la estrategia AIEPI, logrando un 100% del cumplimiento y avance de este indicador, debido a que la meta consistía en el trabajo con 43 IPS.⁸

⁸ A) ESE Ladera 14 IPS: H. Cañaveralejo, CS Meléndez, Siloé, Terrón Colorado y PS Vistahermosa, La Paz, San Pascual, Polvorines, Alto Polvorines, Alto Nápoles, Nápoles, Brisas de Mayo, La Sultana y La Estrella.

En tercer lugar se encuentra el indicador: “Cobertura de vacunación por grupos por edad y por biológico en comunas priorizadas mediante monitoreos rápidos (cuatro al año)”. Con base al cumplimiento de este indicador, la meta para el año 2014 era lograr un 97% de cobertura en los esquemas de vacunación de la población, logrando un 99.5% en los resultados para el año 2014 significando un avance del 100%. En este indicador se realizó monitoreos rápidos de cobertura en todas las comunas de Cali, se implementó la estrategia de vacunación casa a casa, se ejecutó la estrategia de vacunación sin barreras en la ciudad de Cali y se realizaron capacitaciones a IPS públicas y privadas sobre estos monitoreos (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

Los monitoreos rápidos de cobertura en el año 2014 abarcaron 6.949 niños de los cuales encontraron vacunados 6915 para una cobertura total de esquema adecuado del 99.5%, y sin vacunar solo se encontraron 34 niños. En este indicador las coberturas de vacunación encontradas en los monitoreos rápidos de todas las comunas para los niños menores de 6 años en la ciudad de Cali se consideran como útiles y efectivas cuando están por encima del 95%. Por otro lado, los monitoreos rápidos de cobertura de vacunación permitieron encontrar que de 13.771 niños solo uno se hallaba sin carnet de vacunación, es decir que la tendencia fue el 100%. Igualmente se encontraron coberturas efectivas de vacunación en todos los grupos de edad con BCG y HB en recién nacidos por encima del 95%. (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015)

Respecto al indicador 4 denominado “Centros de escucha para desarrollo acciones de promoción de salud mental, prevención y mitigación de los riesgos en el consumo de SPA”. Se puede buscar la creación de 9 Centros de escucha en la ciudad de Cali para el año 2014, meta que efectivamente se logró con el cumplimiento representando un avance del 100% en los barrios: Vistahermosa (Comuna 1), Orquídeas (Comuna 15), Comuneros (Comuna 14), El Calvario (Comuna 3), Santa Elena, sector Galería El Planchón (Comuna 10), San

B) ESE Norte 11 IPS: H. Joaquín Paz Borrero, CS San Luis II, Floralia y PS Alfonso López III, Las Ceibas-San Marino, Siete de Agosto, San Luis I, Floralia, Petecuy II, Petecuy III y Puerto Mallarino. C) -ESE Sur-Oriente 4 IPS: H. Carlos Carmona, CS Antonio Nariño, PS Unión de Vivienda Popular y Mariano Ramos. D) ESE Oriente 14 IPS (H. Carlos H. Trujillo, CS Diamante, Manuela Beltrán, Marroquín, Potrero Grande y Decepaz y PS Comuneros II, Charco Azul, Ricardo Balcázar, Alfonso Bonilla, Alirio Mora, Los Naranjos, Vallado y El Retiro) (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

Judas (Comuna 10), Potrero Grande (Comuna 21), El Retiro, (Comuna 15) y La Sultana (Comuna 20), de los cuales dos nuevos se implementaron en el barrio Comuneros y San Judas. “Los otros seis Centros tenían funcionando en 2013 y se han fortalecido durante el desarrollo del proyecto en 2014, logrando conformar y/o fortalecer la red de recursos institucionales, sociales y comunitarios, asociados a los nueve centros de escucha, en la búsqueda de respuestas que hagan posible la inclusión social de las personas en situación de consumo abusivo de SPA, así como para la prevención y mitigación de los riesgos asociados a dicho consumo” (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

Para la realización de este indicador se implementaron estrategias de educación y formación en temas prioritarios de salud mental conforme a herramientas lúdicas y pedagógicas en estos 9 centros. Cada coordinador, representante y líder de estos centros elaboró anteproyectos sobre las actividades que se pretendían realizar y promocionar entorno a los grupos en estado de vulnerabilidad.

Finalmente en lo que respecta al indicador 5 “Servicios amigables para jóvenes y adolescentes en los TIOS”. Se estableció la meta de crear 16 servicios amigables en la ciudad de Cali en el año 2014, lo cual se logró hacer con un avance del 100%. Los 16 servicios amigables se ubicaron en los barrios: Floralia, Petecuy 2, Petecuy 3, Puerto Mallarino, Charco Azul, Marroquín Cauquita, Ulpiano Lloreda, Diamante, Puesto de Salud El Vallado, Antonio Nariño, Unión de Vivienda Popular, Mariano Ramos, Centro Salud Potrero Grande, Centro de Salud Siloé, Centro de Salud Meléndez, Centro de Salud Terrón Colorado, con asistencia técnica para abordaje de enfermedades de transmisión sexual, elaboración de un plan de comunicación y difusión de los servicios amigables, prevención de embarazo en adolescentes y planificación familiar.

Como bien se evidencia en el planteamiento de este informe de rendición de cuentas de 2015, la comuna 3 no tuvo la prioridad de tener un servicio amigable, teniendo en cuenta que esta comuna abarca sectores y barrios con cifras alarmantes de embarazos en edades tempranas, y casos de enfermedades de transmisión sexual, asuntos a los que se les dio prioridad.

Las acciones que se realizaron en estos servicios amigables fueron, fundamentalmente una serie de visitas técnicas a las ESE, para implementar capacitaciones en temas de enfermedades de transmisión sexual, derechos sexuales y reproductivos, promoción y divulgación de los Servicios Amigables, consejería y prevención de embarazos en adolescentes. Así mismo se logró un vínculo de los servicios amigables con el sector educativo a fin promulgar, prevenir y promocionar, aún más los temas de salud sexual y reproductiva (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

Como se puede observar conforme al informe de rendición de cuentas del año 2014 y el cumplimiento de cada uno de los indicadores de la política pública del Plan Municipal de Desarrollo 2012- 2015, se evidencian avances significativos de un 100% al cumplimiento de los indicadores de producto que fueron priorizados en esta política pública de niñez y juventud, relacionados con problemas críticos de cobertura de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas y el área de atención integral a los niños y jóvenes (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

El “Informe de Primera Infancia Cómo Vamos 2015” establece los logros y el cumplimiento de los temas relacionadas con el programa de promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades de NNAJ de Cali, en temas de salud pública. En él se destaca el logro de una amplia cobertura en el sistema de vacunación en la población de primera infancia y adolescencia además de la disminución de la mortalidad infantil y el incremento del acceso a vivienda y servicios públicos.

El avance en los indicadores de producto, según los informes de rendición de cuentas, ha ido en aumento durante los años (2012, 2013 y 2014), evidenciándose que en cada año los indicadores de producto y los resultados obtenidos van en aumento a fin de brindar a la población una mejor atención, una amplia cobertura, una inclusión en temas y derechos de la salud, una generación de oportunidades a poblaciones más vulnerables y excluidas de los derechos fundamentales. Sin embargo, es fundamental aclarar que una cosa es lo que establezca los informes de rendición de cuentas de la alcaldía de Cali con informes

estadísticos y de carácter cuantitativo, donde solo se evidencia un número logrado. Y otra, es el logro significativo de esas estrategias, en beneficio de la población caleña, teniendo en cuenta que muchas de las problemáticas de salud pública de la ciudad e incluso del país, se reducen a factores sociales determinantes en las condiciones de vida lamentables de las personas (Alcaldía de Santiago de Cali, 2015).

Las estadísticas de cumplimiento que contienen los Informes de Rendición de Cuentas de la Alcaldía, no deben ser consideradas como la única base sustentable para establecer si se solucionaron a fondo los problemas de salud pública de la ciudad. Los factores sociales determinantes que causan los problemas de la condición de vida la población, principalmente relacionado con la salud, limitan su acceso, su cumplimiento, la permanencia y la continuidad en el sistema, por eso es importante explorarlos, a fin de determinar si lo que cuantitativamente es un éxito, lo es también bajo la lupa de la investigación social cualitativa.

En efecto, los mecanismos de rendición de cuentas y en general los mecanismos de control son objeto de fuertes cuestionamientos cuando se reducen al nivel de simples instrumentos formales de la democracia que, si bien se configuran como un ideal normativo de participación en la práctica social de las democracias contemporáneas dejan muchos vacíos en cuanto a la legitimidad de las políticas y la virtud de una buena reputación del gobernante. En ese sentido, Pierre Rosanvallon hace un análisis sobre cómo algunos instrumentos de control formal que hacen parte de la democracia, pero que en su trasfondo funcional no tienen un funcionamiento eficaz o de confianza.

Para este autor, en el siglo XX el problema de la desconfianza ha tenido un desarrollo agudo como fuerza estructurante de las democracias en la actualidad. Si la confianza era el fundamento de un orden basado en la legitimidad de los procesos electorales representativos, la desconfianza se manifiesta en prácticas de control, de obstrucción y de enjuiciamiento como un nuevo medio en el cual se ejerce el poder popular en términos de presión y corrección al gobernante. Los escándalos y denuncias, las manifestaciones y la exigencia social de un comportamiento honorable son rasgos de una nueva forma de

entender la soberanía popular, aquella que rescata Rosanvallon en el concepto de Contrademocracia.

El argumento de Rosanvallon en una rendición de cuentas, no solo juega la evaluación de una política en términos de eficacia y eficiencia, sino que se configura la necesidad por promocionar una imagen del gobierno en términos de honestidad y cercanía con la población.

En este ejercicio de control, Rosanvallon (2006) plantea que más allá del formalismo normativo, se exponen los atributos virtuosos que constituyen un capital simbólico en la reputación e imagen política del gobernante o se deja en evidencia la ausencia de estos. Se esperaría que la relación entre gobernantes y gobernados deba producirse a partir de la confianza y de las garantías que se brinden a ella, sin embargo el enfoque realista de Rosanvallon permite ver que: “En la práctica es la desconfianza la fuerza edificante de un ejercicio soberano de control y censura pública. La nueva política se configura a partir de la reputación más que de la legitimidad en el sentido clásico, el honor se ha convertido en la garantía del hombre político”. (pág. 62-63)

En este sentido, según Rosanvallon (2006):

“La reputación se configura como una virtud frágil, que puede colapsar de forma rápida, pero al mismo tiempo se acrecienta y se acumula de forma temporal, permitiendo aglomerar informaciones para la toma de decisiones en situaciones donde la información es imperfecta. Sin embargo, la reputación puede enfrentar una disminución o incluso una destrucción a partir de denuncias que ponen a prueba esta virtud política. Por ello la reputación se considera como un instrumento político poderoso, donde la norma social se transforma en el verdadero juez de las acciones, configurándose así como un elemento representativo de la soberanía. Es así como la destrucción de la reputación tiene mayor peso que una derrota electoral” (pág. 64-65)

Cuando se habla de poder de vigilancia y de control, la evaluación toma gran importancia. Rosanvallon (2006) considera que un gobernante resulta bien evaluado si ofrece información argumentada, documentada, que expresa acciones particulares que permiten valorar la calidad y la eficacia de su gestión. Es así como un ejercicio de rendición de cuentas se relaciona con el principio de reputación, la cual se examina y establece las capacidades de un gobernante, contribuyendo a cambiar o establecer una crítica política

cuestionable. Este tipo de mecanismos permiten una vigilancia profesional y un posterior cuestionamiento de las funciones políticas, lo cual genera una apropiación social de las evaluaciones de la acción política.

Hoy por hoy, una rendición de cuentas dice mucho más que los resultados de un plan, programa o proyecto. La calificación ha trascendido de una técnica de gestión a un objeto de discusión pública para legitimar o desacreditar las acciones políticas. Los ciudadanos que se apropian de estas evaluaciones para introducir sus posturas críticas frente a las capacidades de los gobernantes, sus resultados y acciones, y finalmente afectar su reputación. Los ciudadanos han logrado apropiarse de la calificación y evaluación como un nuevo poder directo, como un “hacerse a la democracia” sin requerir de representantes (Rosanvallon, 2006).

Sería importante en este estudio ahondar en el trasfondo “Contrademocrático” de la rendición de cuentas que ha sido objeto de análisis, por ejemplo, valdría la pena analizar cómo se configura un poder político en Cali a partir del descredito destructivo y de la vergüenza que se asocian como resultado de una evaluación de políticas públicas. Sin embargo, esta pretensión desbordaría el objetivo mismo de la investigación formativa que aquí se propone, lo que no significa que este tema deba descartarse como una posible variable de estudio para futuras ampliaciones.

Antes de eso habría que analizar, cuál es el origen de esta forma de medición del cumplimiento al derecho a la salud, para ello será necesario valorar las recomendaciones que las Naciones Unidas realizan a los gobiernos locales y nacionales en virtud del diseño de indicadores para el derecho humano a la salud. En el siguiente capítulo se determina si la política pública municipal de Rodrigo Guerrero, comprendida en los cinco anteriores ejes, corresponde o no con las exigencias de Naciones Unidas y si esta forma de medir la realización del derecho a la salud es satisfactoria desde el punto de vista de los factores sociales que determinan el cumplimiento de este derecho.

CAPITULO III

LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD PARA NNAJ DE RODRIGO GUERRERO A LA LUZ DE LAS EXIGENCIAS DE NACIONES UNIDAS.

En la actualidad, el compromiso de los Estados con los derechos humanos de las poblaciones ha promovido un mayor consenso entre el ámbito internacional y el nacional, para el cumplimiento de los indicadores específicos de cada derecho humano, principalmente el derecho a la salud. Los indicadores de derechos humanos propuestos por Naciones Unidas se consideran herramientas indispensables para la creación de políticas públicas, programas y estrategias nacionales y locales que faciliten el cumplimiento efectivo de los derechos humanos de una población. La implementación de los indicadores de Naciones Unidas permite a los gobiernos evaluar los avances, los logros, las garantías y resultados de los derechos humanos en una comunidad, principalmente en lo que respecta al derecho a la salud (Naciones Unidas, 2013).

La ONU ha creado un conjunto básico de indicadores de salud que definen lo elemental para la creación de un análisis sobre la situación de salud pública, de una ciudad. Dichos indicadores constituyen una herramienta indispensable para el desarrollo de un análisis e información sobre la salud y son un eje fundamental en los casos de epidemiología.

Según Naciones Unidas (2013), los indicadores de derechos humanos tienen dos características fundamentales: 1- tienen la capacidad de medir a través del tiempo la realización progresiva, los avances sobre los estándares y la no regresión de los derechos humanos. Y 2- la capacidad de desagregación. Pues es pertinente que los datos más relevantes se desglosen de una forma específica, con el fin de identificar y vigilar la situación de los grupos en condiciones de vulnerabilidad.

De igual forma, Naciones Unidas (2012) estableció tres tipos de indicadores, los cuales hacen posible el cumplimiento del derecho humano al que apunta: 1- los indicadores estructurales, que muestran el compromiso o la intención del Estado en la adopción de medidas necesarias para cumplir con sus obligaciones y hacer cumplimiento efectivo del derecho. Este indicador brinda información sobre la ratificación y adopción de instrumentos jurídicos y la existencia de mecanismos institucionales para el cumplimiento de los derechos humanos. 2- los indicadores de proceso, que muestran la calidad y dimensión del esfuerzo realizado por el Estado para hacer efectivos los derechos a través de la medición del alcance, la cobertura y el contenido de las estrategias, planes, programas o políticas de intervención y 3- indicadores de resultado, los cuales reflejan los logros que indican el estado de realización de un derecho humano, midiendo los resultados y el impacto de las estrategias o programas implementados que resultan de las políticas.

Conforme a lo anterior, el presente capítulo tiene como objetivo medir el impacto y cumplimiento del derecho a la salud por parte de la política pública de promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades de NNAJ de la administración de Guerrero 2012- 2015, teniendo en cuenta si esta cumple o no con los indicadores de derechos humanos que establecen las Naciones Unidas para el goce pleno del derecho a la salud. Lo que se pretende es analizar si efectivamente se logró la garantía de este derecho fundamental en la población de la comuna 3 de Cali, o si no se cumplió por omisión de algunos indicadores que establece la ONU. Esa información se resume en la siguiente tabla.

Tabla 2. Indicadores de derechos humanos ¿cumplimiento u omisión en la política local?

Indicadores que apuntan al derecho a la salud en el programa de promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades de NNAJ de la alcaldía de Rodrigo Guerrero 2012-2015	Indicadores de las Naciones Unidas que se cumplen dentro del programa del plan municipal de Cali 2012-2015			Cumple/no cumple con indicadores ONU
	Indicadores estructurales	Indicadores de proceso	Indicadores de resultado	
Componente comunitario de la estrategia atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia- AIEPI, implementado en organizaciones (enfaticando en la aplicación de prácticas claves de salud infantil).	-Plazo y cobertura de la política nacional sobre medicamentos, incluida la lista de medicamentos esenciales. Medidas para la sustitución por genéricos.	-Proporción de niños cubiertos por el programa de revisión médica periódica en el periodo de referencia. -Proporción de niños inmunizados contra enfermedades prevenibles mediante vacunas. -Proporción de la población inmunizada contra enfermedades prevenibles mediante vacunas. -Proporción de la población que aplica medidas preventivas eficaces contra las enfermedades como VIH/ sida y Paludismo. -Gasto público <i>per cápita</i> en atención	-Tasa de defunción y prevalencia de enfermedades transmisibles y nos transmisibles como VIH/Sida, paludismo y tuberculosis. - Esperanza de vida al nacer o al año de edad y esperanza de vida ajustada en función de la salud.	Si cumple.

		primaria de la salud y medicamentos. -Proporción de escolares que han recibido educación sobre cuestiones de salud y nutrición. -Proporción de niños cubiertos por programas públicos de administración de suplementos nutricionales (se evidencia el cumplimiento de este indicador pero en el sector de salud, donde la administración proporciona una cantidad de refrigerios o suplementos con el objetivo que los niños de las instituciones se alimenten adecuadamente en el desarrollo de su vida escolar).		
2- Componente clínico de la estrategia AIEPI implementando en IPS de los TIOS.	-Plazo y cobertura de la política nacional sobre salud infantil y nutrición. -plazo y cobertura de la política nacional sobre medicamentos, incluida la lista de medicamentos esenciales. Medidas para la sustitución por genéricos.	-Proporción de niños cubiertos por el programa de revisión médica periódica en el periodo de referencia. -Proporción de la población que aplica medidas preventivas eficaces contra las enfermedades como VIH/ sida y Paludismo. -Proporción de casos de enfermedades detectadas y curados como tuberculosis. -Gasto público per capita en atención primaria de la salud y medicamentos.	-Proporción de nacidos vivos con bajo peso. -Tasa de mortalidad perinatal. -tasas de mortalidad de lactantes y menores de cinco años. -Proporción de niños menores de cinco años con bajo peso. -Prevalencia de muertes, lesiones, enfermedades y discapacidades provocadas por un entorno natural y	Si cumple.

		-Mejora de densidad de personal médico y paramédico, camas hospitalarias y otros establecimientos de atención primaria. -Proporción de la población a la que se dio acceso a una atención de salud asequible, incluidos medicamentos esenciales de forma sostenible. -Disponibilidad media y mediana del cociente del precio del consumidor de 30 medicamentos esenciales seleccionados en establecimientos sanitarios públicos y privados -Proporción de personas cubiertas por un seguro de salud.	ocupacional inseguro. -Tasa de defunción y prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles como VIH/Sida, paludismo y tuberculosis.	
3-Cobertura de vacunación por grupos de edad y por biológico en comunas priorizadas mediante monitoreo rápido (cuatro al año)	Este indicador de la política pública no contiene indicadores estructurales de Naciones Unidas.	-Proporción de niños inmunizados contra enfermedades prevenibles mediante vacunas. -Proporción de la población inmunizada contra enfermedades prevenibles mediante vacunas. -Disponibilidad media y mediana del cociente del precio del consumidor de 30 medicamentos esenciales seleccionados en establecimientos sanitarios públicos y privados	Este indicador de la política pública no contiene indicadores de resultado de Naciones Unidas.	Cumple parcialmente.
4-Centros de escucha	-Plazo y cobertura de la	-Proporción de la población que abusa de	-Proporción de personas que	Si cumple.

para desarrollar acciones de promoción de la salud mental, prevención y mitigación de los riesgos en el consumo de SPA.	política nacional sobre salud física y mental.	sustancias psicoactivas, que se ha sometido a tratamiento especializado. -Proporción de establecimientos de salud mental inspeccionados en el periodo de referencia. -mejora de densidad de personal médico y paramédico, camas hospitalarias y otros establecimientos de atención primaria.	abusan de sustancias nocivas.	
5- Servicios amigables para jóvenes y adolescentes en los TIOs	-Plazo y cobertura de la política nacional sobre salud sexual y reproductiva. -Plazo y cobertura de la política nacional sobre aborto y determinación del sexo del feto. -Plazo y cobertura de la política nacional sobre medicamentos, incluida la lista de medicamentos esenciales. Medidas para la sustitución por genéricos.	Tienen que ver con la meta pero no apuntan al indicador del programa: -Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado. -Cobertura de la atención prenatal (al menos una visita y al menos cuatro visitas). -Aumento de la proporción de mujeres en edad reproductiva que utilizan métodos anticonceptivos. -Demanda insatisfecha de planificación familiar. Indicadores a los que apunta el programa:	Este indicador de la política pública no contiene indicadores de resultado de Naciones Unidas.	Si cumple.

		-Proporción de la población cubierta por programas de concienciación sobre transmisión de enfermedades (VIH/SIDA) -Proporción de la población que aplica medidas preventivas eficaces contra las enfermedades como VIH/ sida y Paludismo. -Gasto público <i>per capita</i> en atención primaria de la salud y medicamentos. -Mejora de densidad de personal médico y paramédico, camas hospitalarias y otros establecimientos de atención primaria.		
--	--	---	--	--

Fuente: Elaboración propia adaptado de los indicadores de derechos humanos de Naciones Unidas.

Al analizar los indicadores de Naciones Unidas⁹ y contraponerlos con los indicadores de la política pública de promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades de NNAJ 2012-2015, se evidencia que efectivamente la política local que formula e implementa Rodrigo Guerreño, cumple con los indicadores internacionales del derecho a la salud en la ejecución de estrategias y acciones para la solución de problemas de salud pública en la ciudad de Cali. La salud sexual y reproductiva, salud mental, Atención Integral, inversión y mejoramiento del personal médico y centros de salud, cobertura de vacunación, y atención a enfermedades prevalentes en infantes, se configuran, dentro de los indicadores de Naciones Unidas, como las principales áreas de atención y cumplimiento prioritario del derecho a la salud. El cumplimiento de los indicadores del derecho a la salud de la ONU por parte de la administración local responde a las necesidades sociales e indicadores críticos de salud pública en Cali.

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, este indicador se torna relevante tanto para las Naciones Unidas como en la política pública local, configurándose como un indicador fundamental para el goce pleno de la Salud. Los indicadores de la ONU y de la política pública apuntan a la realización de este derecho por medio de atención integral en centros de salud en temas de sexualidad, promoción y entrega de medicamentos que promuevan una óptima salud reproductiva, prevención de enfermedades de transmisión sexual, y una atención periódica sobre el estado del paciente prenatal, planificación y prevención. El indicador de la política pública local pretende crear mecanismos de prevención, promoción, inclusión y mitigación de problemas de salud sexual y reproductiva con la creación de centros de salud llamados Servicios Amigables, los cuales deben brindar a la población una serie de promociones, atención y servicios que respondan a problemas de salud sexual y reproductiva, implementando atención médica, educación sexual, el suministro de medicamentos anticonceptivos, revisiones periódicas para la prevención de

⁹ La ONU también plantea unos indicadores que respectan al medio ambiente y al entorno natural, pero la política pública de Cali los deja por fuera. Son: -proporción de la población destinataria a la que se amplió el acceso a una fuente mejorada de agua potable. -proporción de la población destinataria a la que se dio acceso a un saneamiento mejorado. Emisiones de CO2 *per capita*. - número de casos de deterioro de fuentes de agua llevados a los tribunales. -proporción de la población u hogares que viven o trabajan en o cerca de condiciones peligrosas que han sido rehabilitados. -número de casos bajo la legislación nacional sobre entorno natural u ocupacional. -proporción de permisos de conducir retirados por infracciones del código de tráfico.

enfermedades o embarazos no deseados. Efectivamente el indicador de la política pública local de Cali cumple, garantiza y respeta los indicadores establecidos por las Naciones Unidas.

Unos de los componentes de la política pública municipal que más claramente cumplen con los indicadores de la ONU, son los relacionados con la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), los indicadores de producto que contiene la política pública del Plan Municipal en este aspecto se centran en la cobertura de vacunación, la atención a enfermedades prevalentes, la disminución de mortalidad infantil, creación de los centros de salud y personal médico, parámetros obligatorios establecidos por las Naciones Unidas para el derecho a la salud. Se encuentra que la política pública local del Alcalde Guerrero, si responde y cumple con los indicadores internacionales de este derecho. Particularmente se atiende la exigencia de Naciones Unidas a los Estados partes en materia de una mayor cobertura en la atención, el acceso gratuito de medicamentos a la población, la capacitación a los equipos médicos, la ampliación de la cobertura de vacunación, y la atención prioritaria para la prevención de enfermedades, obteniendo indicadores de resultados en las áreas exigidas por Naciones Unidas, estas son la disminución de mortalidad infantil, el mejoramiento de la calidad de vida la población, la ampliación de cobertura de salud y la atención priorizada.

Finalmente, el área de salud mental en la política pública de la administración local propuso un indicador de producto que apunta a la creación de Centros de Escucha, los cuales brindaron servicios de atención especializada a la población que se ve afectada por el consumo de sustancias psicoactivas, SPA, en la ciudad de Cali. Con base al análisis de los indicadores de Naciones Unidas, se halla que estos apuntan a la cobertura de atención prioritaria en temas de consumo de SPA, sugieren crear centros de salud mental especializados, y tratamientos permanentes de promoción y prevención para la población entorno a la salud mental. Se puede concluir que efectivamente la política pública local si cumple con los indicadores de Naciones Unidas al implementar medidas, estrategias y acciones que apuntan a la salud mental de la población y su relación con el consumo de SPA.

Con base a todo lo anterior, es preciso establecer que los indicadores de derechos humanos, según Abramovich (2008), no solo permiten llegar a conclusiones de índole general sobre su progreso, retroceso y cumplimiento. Sino que permiten aplicar un examen en situaciones tanto generales como particulares en relación con el ejercicio de derechos fundamentales como el de la salud. Es decir que allí donde hay indicadores y señales de progreso también se identifican hechos de carácter crítico que vulneran la integridad de un sujeto, lo cual puede obedecer a prácticas o patrones repetitivos, estructurales u omisiones al acceso y cobertura de un derecho fundamental.

Cabe la preguntar ¿El hecho de cumplir con los indicadores de Naciones Unidas es válido para indicar que una política pública tiene un enfoque de derechos humanos? Por un lado, Victor Abramovich (2008) establece que el sistema de indicadores de derechos humanos no solo permite la supervisión del ámbito internacional al ámbito nacional y local, que también, una evaluación rigurosa de los Estados y administraciones nacionales y locales a través de los indicadores de derechos humanos contribuyen al mejoramiento de las acciones, estrategias y políticas que permiten asegurar un enfoque de derechos humanos en las políticas locales. Por otro lado, para la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, es relevante que los Estados y las administraciones locales implementen procesos de participación social y creación de metas de cumplimiento a un determinado periodo, siguiendo los indicadores de la ONU, a fin de mejorar el examen de los informes de rendición de cuentas, logrando así una medición de los avances logrados y en el largo plazo, un balance sobre el cumplimiento de las obligaciones legales que la administración, en este caso local, ha asumido.

La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, OACNUDH (2011), establece que la medición sobre el progreso e impactos de las políticas públicas y acciones toma una gran importancia en nuestro tiempo, debido a que por medio de la construcción de un sistema de indicadores de derechos humanos se puede conocer el grado de protección y de promoción del derecho a la salud en una población. Conforme a esto, se pretende que las políticas públicas con perspectiva de derechos humanos den respuesta a las necesidades sociales, proporcionando mecanismos que

permitan obtener información cuantitativa del cumplimiento de los derechos humanos.

En ese sentido, se puede decir que la política pública local contiene una perspectiva de derechos humanos, y cumple con los indicadores de las Naciones Unidas, los cuales apuntan a la solución de los problemas de atención, inversión y cobertura de la población por medio de las normas universalmente establecidas. Según las estadísticas de los informes de rendición de cuentas se ha cumplido con una meta del 100% teniendo en cuenta un número significativo de cada indicador de producto, permitiendo así que la administración local y sus instituciones cuenten con un reconocimiento de cumplimiento y garantía del derecho a la salud de forma cuantitativa. Sin embargo, vale la pena realizar un análisis crítico sobre el cumplimiento de los indicadores de las Naciones Unidas por parte de la política pública municipal y haciendo énfasis en las limitaciones del enfoque cuantitativo.

El cumplimiento de los indicadores que establece la ONU por parte de la política pública local en Cali determina un avance, cumplimiento y progreso del derecho a la salud en la ciudad teniendo en cuenta el formato numérico, las tasas, el porcentaje de las metas de cumplimiento y las cifras establecen que efectivamente hay un cumplimiento del derecho y que la población sí goza de una salud plena e integral. Sin embargo, es preciso establecer que los datos numéricos que se proporcionan desde las instancias internacionales y que arrojan resultados positivos para administración local dejan por fuera una serie de situaciones sociales alarmantes y problemáticas respecto al derecho a la salud en la comuna 3 de Cali.

El supuesto cumplimiento efectivo y progresivo del derecho a la salud basado en el cumplimiento de indicadores cuantitativos establecidos por instancias internacionales, deja por fuera determinantes sociales que responden a las condiciones de vida de las personas desde su nacimiento hasta su desarrollo. Factores que impactan sobre la salud de las mismas, teniendo en cuenta que no están vinculadas a factores biológicos cuantificables como la vacunación, el número de usuarios de centros de salud, la proporción de medicamentos, o de médicos especialistas, como muchos aseguran, sino a una serie de

factores como la extrema pobreza, escasez de oportunidades (laborales y académicas), aumento de población desplazada, la inseguridad, violencia juvenil, el narcotráfico, deterioro del tejido social y familiar, la deficiencia en el cumplimiento de otros derechos como la educación, la protección social, recreación, la mala ubicación geográfica, las condiciones medio ambientales, y la propia indiferencia y pasividad social del titular del derecho. Estos factores inciden en el acceso y calidad del servicio de salud y se traducen en problemas como la desnutrición infantil, el aumento de mortalidad infantil, enfermedades prevalentes, inseguridad en la vida sexual y reproductiva, aumento del consumo de sustancias psicoactivas y de embarazos no deseados y problemas en salud mental de los jóvenes y adolescentes.

Los determinantes sociales críticos de una población, según Combellas, (1982) deben ser atendidas en las políticas públicas, pues en ellas reside la solución a los problemas públicos, por ejemplo de salud, por parte del Estado y la administración local.

En la ciudad de Cali, según el Análisis Situacional Integrado de Salud de Cali, ASIS, realizado por la Secretaria de Salud Pública Municipal, existen dos dimensiones de inequidad en la Salud, la primera está relacionada con el estrato social y las condiciones de vida que afectan desproporcionadamente a las personas en su proceso vital. Y la otra, se refiere al acceso y calidad de los servicios a las personas relacionados con la Salud pública. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el problema del cumplimiento del derecho a la salud en Cali no se relaciona únicamente con el acceso universal a la atención, sino a la gran problemática de carencia de atención prioritaria a grupos desprotegidos y vulnerables de la ciudad, pues a pesar de la existencia de programas y estrategias por parte de las instituciones y administraciones locales, se evidencian falencias y enormes retos que aumentan las cifras críticas de incumplimiento de este derecho, pues la situación de escasez de oportunidades, de pobreza y exclusión han sido factores que han ido incrementando críticamente la situación de muchos ciudadanos en su salud.

Frente a esta realidad, Roth (2006) propone que las políticas públicas se constituyen como herramientas emergentes del Estado con el fin de beneficiar y garantizar el

cumplimiento y el respeto de los derechos considerados como bienes públicos y el acceso a recursos, los cuales hacen parte de una sociedad democrática. Es por eso que el diseño y la implementación de las políticas públicas de salud deben ser ejecutadas con el fin de crear un vínculo entre la sociedad y los objetivos de satisfacción de necesidades, de manera que apunten más allá de indicadores de supervivencia, hacia la realización de la libertad, igualdad, justicia y dignidad.

La situación de desigualdad e inaccesso al derecho a la salud que muchos ciudadanos enfrentan, se pone en contraposición de la pretensión del enfoque de derechos humanos que aparentemente tendría el Plan de Desarrollo Municipal De Cali de Rodrigo Guerrero, teniendo en cuenta que con base a lo que plantea la Red de Derechos (2010), se transforma las relaciones de poder existentes, corrigiendo inicialmente las desigualdades, las prácticas discriminatorias y el injusto reparto de poder, pues son estos los principales problemas que dificultan el desarrollo del derecho a la salud y los demás derechos humanos.

En este caso, según Jiménez (2007), los derechos de segunda generación y tercera generación son considerados actualmente como la garantía que permite el cumplimiento pleno de los derechos de primera generación, debido a que se crean una condiciones materiales mínimas, como salud, educación, trabajo, seguridad, para que se pueda gozar de los derechos civiles y políticos, como la participación política, acceso a la propiedad, libre expresión, permitiendo la una garantía más extensa de otros derechos individuales.

El cumplimiento de los indicadores, los logros de un 100% en las metas, la reducción de tasas o cifras de problemas de salud pública, no determinan realmente una mejora entorno al derecho a la salud en los habitantes, teniendo en cuenta que es evidente que una realidad en la que la mayoría de las personas se encuentran inmersas en unas condiciones indignas de vida como el desempleo, la desnutrición, pobreza extrema, malas condiciones de higiene, ruptura del núcleo familiar, limitadas oportunidades y una marcada exclusión por situaciones de vidas particulares, no corresponden con el enfoque de derechos humanos. Estas situaciones determinan el incumplimiento de la salud en la población, aun cuando momentáneamente la valoración cuantitativa sea satisfactoria. Si estos factores

sociales no son considerados dentro de los indicadores del derecho a la salud, el resultado positivo sólo puede mostrar una faceta del desarrollo del derecho a la salud en los ciudadanos.

En el caso de la comuna 3 de Cali, se evidencia una realidad contundente; una familia con problemas económicos, es susceptible de vivir situaciones de desnutrición, mala planificación familiar, consumo de sustancias psicoactivas, deficiente comunicación integral entre los miembros de la familia, indiferencia ante los problemas sociales y máxima pasividad ante la injusticias que enfrentan, limitando críticamente el gozo pleno de la salud. Si esto es así ¿Por qué no se reconoce que la pobreza es un factor que afecta el derecho a la salud? ¿Por qué ninguno los indicadores de Naciones Unidas y de la Alcaldía tienen en cuenta los ingresos como una variable que incide en el derecho a la salud?

Las instituciones pueden brindar asistencia y proporcionar medicamentos y suplementos a la población, pero si la familia en esas condiciones indignas no puede acceder ellos por falta de recursos, o porque no le interesa ser atendido por la falta de conocimiento, o simplemente está inmerso en otra realidad, como el de una adicción, se crea una enorme barrera donde este derecho no puede ser efectivo.

El derecho a la salud es un derecho fundamental que se encuentra ligado al cumplimiento de otros derechos, como la educación, la recreación y la cultura que también evidencian falencias en su efectividad. Si hay dificultades en la satisfacción de estos derechos, es probable que se afecte el cumplimiento al derecho a la salud. Razón por la cual este último no debe ser medido de manera independiente al desarrollo educativo, recreacional y cultural de una población. La desigualdad, la pobreza y la exclusión deben ser variables para medir las políticas públicas de salud y propender porque estas sean incluyentes e integrales (Rodríguez & Lerner, 2007).

Cuando se habla de un enfoque basado en derechos, Abramovich (2006) propone que el primer paso sea el otorgar poder a los sectores excluidos, tratando de reconocer que ellos son quienes poseen el derecho que obliga al Estado a cumplirlo. Al introducir este

concepto, se pretende cambiar la lógica, para que el punto de partida sean los sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y servicios del Estado, habría que agregar que esas comunidades son también el punto de llegada en el momento de la evaluación de las políticas, pues el traslado de indicadores bajo un diseño cuantitativo del plano internacional al local, deja por fuera las dimensiones sociales de los sujetos hacia quienes se dirigió la política. Una evaluación coherente con la perspectiva de Abramovich, valoraría los aspectos cualitativos relacionados con la participación, la superación de la pobreza y la exclusión, sin embargo, la postura de este autor es diferente; para él el cumplimiento de los indicadores de la ONU son la garantía que define que una política tiene enfoque de derechos humanos.

Sería recomendable interpretar el informe del PNUD (2013) como una base para la evaluación de las políticas públicas que pretenden garantizar los derechos humanos. Ese informe establece que Colombia es el país con los más alarmantes índices de violencia e inseguridad entre los países latinoamericanos, se explica que esto se debe a: 1- un problema económico y estructural, la desaceleración de la economía y aumento del desempleo; 2- un problema social, derivado de cambios estructurales del núcleo familiar, con la prevalencia de familias que dependen de un solo padre o inclusive de sus hijos, la deserción escolar de los hijos y la concentración urbana, lo que ha llevado a que el tejido social pierda su esencia. 3- el aumento de circulación de armas, el alcohol y las drogas. 4- la deficiente capacidad del Estado y sus funcionarios de control social, frente a las problemáticas de inseguridad sectorial.

Si estos elementos son tenidos en cuenta como determinantes sociales en el cumplimiento del derecho a la salud, es probable que encontremos signos de retroceso y poca efectividad en el cumplimiento de este derecho humano. Frente a los indicadores de derechos humanos de Naciones Unidas, la política pública de Rodrigo Guerrero resulta completamente exitosa, porque precisamente no se está teniendo en cuenta en la evaluación factores sociales críticos que van más allá de las cifras, tasas y proporciones de orden biológico y que responden a fenómenos sociales como la inseguridad, pobreza, violencia estructural, incumplimiento de otros derechos fundamentales, desplazamiento, desempleo,

escasez de oportunidades, exclusión, marginalidad e indiferencia del titular de derechos, que pueden ser estudiados mediante la aplicación de técnicas cualitativas de investigación social.

En el siguiente apartado se presentan los resultados de un ejercicio de investigación empírica con diseño cualitativo, con el cual se pretende valorar el avance del derecho a la salud en la población de Cali, tomando como caso la comuna 3. Estos resultados pretenden develar los aspectos que en los informes de rendición de cuentas permanecen ocultos.

CAPITULO IV

ANÁLISIS CUALITATIVO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD EN LA CIUDAD DE CALI, COMUNA 3.

El presente capítulo contiene un análisis cualitativo sobre el cumplimiento del derecho a la salud en la ciudad de Cali, específicamente en la comuna 3, el cual está íntimamente ligado con factores y determinantes sociales que permiten evidenciar el cumplimiento de este derecho fundamental. El presente análisis cualitativo es producto de una serie de salidas de campo y entrevistas semi-estructuradas individuales y grupales con representantes de las instituciones de la administración local de salud pública, y con la población directamente beneficiada con la política pública en cuestión.

La mayoría de los factores que influyen en la salud de una población se relacionan con el acceso a bienes y servicios básicos, el acceso a otros derechos fundamentales como la educación, a oportunidades sociales que permiten ingresos económicos para la subsistencia, la cobertura de atención del sistema de salud pública y condiciones de vida digna para la población, por lo tanto es indispensable tener en cuenta que la pobreza, la exclusión social y la escasez de oportunidades sociales, económicos y políticas inciden

enormemente con el cumplimiento del derecho a la salud en nuestra ciudad de Cali.

4.1. Pobreza, exclusión y escasez de oportunidades como determinantes sociales para el cumplimiento del derecho a la salud.

Según Naciones Unidas (2008), la pobreza se define como:

“Una condición humana donde se privatiza el acceso a los recursos, a las capacidades, opciones, seguridad y la posibilidad para disfrutar la vida de forma adecuada y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales” (p. 8).

Los derechos humanos son mecanismos que pretenden abolir la pobreza, mediante el cumplimiento del derecho a la salud, la educación, la no violencia y la vida digna. En la ciudad de Cali, específicamente la comuna 3, hay numerosas problemáticas sociales ligadas a problemas de salud pública, escasez de oportunidades, condiciones de pobreza y deficiencia al acceso de bienes y servicios necesarios para el desarrollo de una vida digna. Estos factores sociales generan en la población limitaciones en el cumplimiento a los derechos fundamentales, repercutiendo aún más su situación de vulnerabilidad, exclusión y marginación social y económica.

Lamentablemente, a nivel general, las limitaciones económicas son un factor que incide enormemente en el disfrute de derechos fundamentales para la población. El acceso a la educación, a la salud, a la recreación y a bienes y servicios es un privilegio a los que muchos no pueden acceder o disfrutar debido a los costos que significan para la población. Sin embargo, existen una serie de políticas públicas, estrategias, planes y acciones por parte de la administración pública local para intervenir en los sectores con los índices más críticos para brindar condiciones de vida dignas y servicios para su desarrollo pleno. No

obstante, a pesar de la creación e implementación de políticas, acciones y estrategias para el beneficio de la sociedad caleña y el cumplimiento de sus derechos fundamentales, los problemas relacionados con pobreza, exclusión y escasez de oportunidades siguen siendo factores que determinan unas condiciones de vida indigna, configurándose como problemas estructurales. Situaciones como la desnutrición, mortalidad infantil por problemas ambientales, sociales y políticos se acrecientan en la ciudad de Cali, en zonas de la comuna 3. Según Yuri Gómez médico director del área del AIEPI:

“La secretaria de salud pública solo se provee vacunaciones, no oportunidades sociales como laborales y económicas para garantizar una mejor vida a la población atendida. Principalmente cuando se refiere a la problemática de desnutrición, la cual tiene un trasfondo social y económico complejo, no implica solamente identificarla, en este caso en un niño, sino desde donde viene esta condición inhumana de vida, desde una familia con desnutrición, incrementando aún más el problema relacionado con unas condiciones de vida precarias, unas limitaciones económicas y la escasez de oportunidades en aumento”. (Entrevista Gómez, comunicación personal, mayo 07 de 2015)

Salud y pobreza sugieren una relación de reciprocidad estrecha, como lo sugiere el informante Gómez, la pobreza se convierte en un proceso que se autoreforza por vía de las deficiencias en la salud, generando un círculo perverso del que es muy difícil escapar, debido a que la salud y la nutrición dependen directamente de condiciones de un entorno y medio ambiente digno e impactan en los ingresos familiares. En el caso de la población infantil, la desnutrición determina el nivel de educación, de manera que a futuro la población adulta padece de bajos niveles de ingresos económicos, lo que a su vez afecta, de nuevo, la salud y la nutrición de los niños. Así se origina una sucesión de influencias que crea un círculo infinito de deterioro de las condiciones de vida (Santos, 2006).

Para Naciones Unidas (2008), las condiciones de vida de una población, su acceso y resultados indignos se deben a una situación de exclusión y desigualdad en la distribución y prestación de servicios de salud. Elementos como agua limpia potable y servicios de saneamiento adecuados; personal médico y profesional capacitado y bien remunerado; los medicamentos esenciales definidos por la OMS; alimentos nutritivos; y la vivienda o

albergue adecuados son determinantes para el goce pleno del derecho a la salud, pues unas condiciones de pobreza y marginalidad conducen a la población a presentar índices críticos de salud física y mental.

En la comuna 3 de Cali, según Yuri Gómez coordinador del área AIEPI y Maritza Isaza coordinadora de salud mental “se evidencia una realidad preocupante la pobreza extrema, el aumento de población en condición de desplazamiento, y un gran número de población indigente.”. (Entrevista Gómez & Isaza, 2015). Según un informe del Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo, CIMDER,

“existe una alta concentración de población dedicada a actividades como el reciclaje y las ventas ambulantes, así como población en situación de indigencia en barrios como el Calvario, Sucre, San Nicolás y el Obrero. Este último aspecto, aunado al hecho de que existen problemas relacionados con el consumo y expendio de sustancias psicoactivas y con el ejercicio de la prostitución, generan factores de riesgo para la población de infancia y adolescencia del sector, y específicamente para la ocurrencia de situaciones de ESCNNA. El contexto de socialización al que llegan NNA excluidos de sus familias, en situaciones de calle o habitantes de calle. La actividad de la prostitución y la alta incidencia del consumo y expendio de sustancias psicoactivas. Y los embarazos a temprana edad” (CIMDER, 2011, p. 5).

No obstante, el mismo informe establece que existe una serie de causas desencadenantes de las graves problemáticas a la salud como la prostitución infantil, embarazos no deseados y consumo de SPA:

“La existencia de familias enteras en las que sus integrantes, incluyendo los NNA, viven como habitantes de la calle. La pobreza, la marginalidad y la falta de oportunidades de las que son víctimas las familias de los NNA. La problemática del maltrato o violencia familiar y antecedentes de abuso sexual en los NNA, los cuales causan una serie de problemáticas de salud pública en la población de NNAJ como: El ingreso al consumo de SPA; La vinculación en actividades delictivas como el expendio de SPA; Los embarazos no deseados; La proliferación de las I.T.S. y especialmente del V.I.H/SIDA; Los abortos y el incremento de la marginalidad y la pobreza” (CIMDER, 2011, p. 7).

Ante el análisis de las entrevistas a los coordinadores de la Secretaría de salud de Cali, los informes de rendición de cuentas, las estadísticas que muestran los funcionarios, se puede asegurar que el trabajo es exhaustivo y continuo, por parte de la secretaria y los centros de Salud, para al beneficio de la población de esta comuna, cumpliéndose con los indicadores de la política pública y de Naciones Unidas como Atención Integral a todo tipo de población (incluyendo a los habitantes de calle por la fundación Samaritanos de Calle), cobertura de vacunación, atención y promoción de salud sexual, atención a la población de consumo de sustancias psicoactivas, implementado estrategias de atención personalizada casa a casa y haciendo seguimiento de los casos médicos de los habitantes de este sector, donde se brindan una serie de beneficios y atención focalizada a los casos más críticos.

Es preciso establecer que las desigualdades y la discriminación son factores que conducen a índices críticos de pobreza, también inducidos por factores y decisiones políticas sin una fácil solución. La OMS (2003) ha insistido en que los sectores pobres y excluidos enfrentan frecuentemente casos de mortalidad, morbilidad, infecciones de VIH/SIDA superiores a la media, es decir que si hay una correlación entre pobreza y deficiencias en la salud. Investigaciones de la OMS (2003) establecen que las desigualdades, las condiciones de pobreza de una determinada población generan problemas de salud más críticos y frecuentes que en población con condiciones más dignas y menos limitadas.

Los servicios de salud de una determinada población que evidencia índices críticos de pobreza confirman que las personas no tienen un mismo acceso ni calidad en los niveles de atención sanitaria, tratamientos ni protección. En lo referido a los niños que pertenecen a sectores pobres en muchas ocasiones no reciben una inmunización sistémica contra las enfermedades que padecen, ni medios de protección por el hecho de que no se encuentran disponibles para las comunidades pobres por limitaciones económicas. Los grupos poblacionales identificados como pobres y excluidos evidencian una salud desfavorecida (Naciones Unidas, 2008).

Con base al trabajo de campo, las entrevistas y el análisis de los informes públicos,

existe otra problemática que subyace de las situaciones precarias de una determinada población, pues al momento de ejecutar las acciones y estrategias entorno a los beneficios y cumplimiento de los derechos de la población, en este caso el de la salud, se presentan limitaciones como la violencia, inseguridad, movilidad e indiferencia. Según Felipe Rodríguez director del área de la PAI de la secretaria de salud, donde se cumple con el indicador de monitoreos rápidos de vacunación, en la zona TIOS, comuna 3:

“Existen otros factores limitantes y complejos para el cumplimiento de indicadores que responden al derecho a la salud, pero que esta por fuera de las manos o capacidades de las instituciones encargadas, y es la movilidad, el acceso, el desplazamiento entre los sectores y la promoción de estrategias, debido a que la labor de cumplimiento de vacunación y de otras acciones de salud pública se convierten en un trabajo complejo y difícil por estos factores sociales ya mencionados que se derivan de las condiciones precarias de la población de ese sector. Pues la violencia, inseguridad, distribución geográfica de la población y la indiferencia se han convertido en una realidad común en Cali, limitando enormemente la posibilidad de intervención y cumplimiento de las estrategias y metas de la política pública del derecho a la salud en la población, principalmente en los NNAJ, los cuales constituyen la población más vulnerable”. (Rodríguez, comunicación personal, mayo 09 de 2015)

Teniendo en cuenta el planteamiento de la entrevista, se analiza que existen este tipo de factores sociales y políticos limitantes frente al cumplimiento y evaluación del estado de vacunación de la población, se configura otro limitante que parte de una valoración directa en campo que demuestra que evaluar los programas de vacunación se torna complejo, pues muchas veces las mediciones se toman de la historia clínica de los usuarios y de los registros de las personas vacunadas, lo cual resulta deficiente en el momento de obtención de indicadores, debido a que muchas veces las historias clínicas suelen estar incompletas, o la población vacunada suele ser vacunada en diferentes centros de salud o su registro carece de información válida. Las tasas y cifras del consumo poblacional de vacunas no se obtienen de sectores pequeños, como comunas de la ciudad donde los centros de salud no tienen amplia influencia logrando así que las cifras sean un poco cuestionables o exageradamente altas en cuanto a su cumplimiento o deficiencia, puesto que se toman para

áreas más grandes en este caso para la ciudad en general¹⁰ (Sistema Municipal de Epidemiología Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario, 2004).

Lo anterior se asimila al caso de la comuna 3 de Cali, pues estrategias como Servicios Amigables (atención a la salud sexual y reproductiva) y Monitoreos Rápido de Vacunación no se llevaron a cabo en esta comuna, significando que la población de este sector quedara por fuera del impacto del cumplimiento de los indicadores de la política pública, creando así una omisión, exclusión, retroceso y violación del derecho a la salud de la población que viven en esta comunidad. Es preciso mencionar que la comuna 3, principalmente el sector del centro, constituye uno de los Territorios de Inclusión y Oportunidades de la ciudad, abarcando los más altos índices críticos de salud pública, lo cual no tuvo incidencia ni cuestionamiento, por parte de la administración local, en el momento de establecer un cumplimiento del 100% en todas las metas e indicadores del derecho a la salud de la política pública.

En el caso de consumo de sustancias psicoactivas por parte de la población caleña en la comuna 3, se constituye el más grave problema de salud pública del sector. No obstante los factores biológicos, la adicción en este sector trae consigo una fuerte y grave situación de exclusión social hacia la población consumidora o habitante de los barrios en que se presenta el consumo. Desafortunadamente, el consumo de SPA, viene en aumento, según la coordinadora de salud mental de la Secretaria de salud pública; Maritza Isaza, quien establece que no solo se trata de heroína, “bazuco”¹¹ y marihuana; “cuando se habla de sustancias psicoactivas se debe tener claro que son aquellas como el cigarrillo, el alcohol que se conocen como legales, implicando un mayor número y cantidad de consumo, que de igual forma lo son las ilegales como las drogas alucinógenas”. (Entrevista Isaza, comunicación personal, mayo 12 de 2015)

¹⁰ Estos resultados coinciden con otras investigaciones sobre la aplicación de monitoreos rápidos en ciudades Latinoamérica. Véase Sistema Municipal de Epidemiología Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/vacunacion_ninos.PDF

¹¹ Es una droga homóloga al paco. La pasta base de cocaína (llamada también paco, bicha, bazuco o carro) es una droga de bajo costo similar al crack elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno

Es preciso establecer que en la mayoría de los casos de la comuna 3 de Cali, el problema del consumo de SPA, empieza por la inequidad social, la situación de pobreza y el problema de satisfacer las necesidades básicas a través del narcomenudeo. Según la doctora Isaza (2015) coordinadora del área de salud mental- SPA, en los TIOS:

“Existe una realidad crítica en lo que respecta a la gran facilidad de acceso a este tipo de sustancias. Es decir que las causas están muy entramadas dentro de todo un conjunto de determinantes sociales, como vulnerabilidad, exclusión y pobreza, los cuales indican a los NNAJ a que se involucren con el tema del micro-tráfico y situaciones de tipo delictivos, promoviendo el consumo por el fácil acceso de estas sustancias. Es por ello, que esta problemática de salud pública se incrementa debido a que configura como una cadena sin fin dentro de las instituciones primarias del individuo, porque pasa de un problema familiar, relaciones sociales a el mismo colegio, donde quienes trabajan desde esta ilegalidad en lo que es tráfico de sustancias ilegales ofrecen muestras gratis para enganchar a los NNAJ en este tipo de consumos y en casos delictivos, y tráfico en pequeñas dosis. Aprovechándose de las formas de sanción penal diferente a los de los adultos” (Entrevista Isaza, comunicación personal, mayo 12 de 2015).

Con base a esta entrevista, se analiza que uno de los problemas de salud pública de Cali se relaciona con el alto consumo de SPA, los cuales se originan a partir de problemas estructurales como la pobreza, la exclusión social y el poco control del comercio ilegal de sustancias psicoactivas, que no solo hace parte de una realidad en el contexto social del infante, sino de su entorno primario como la escuela y la familia, generando en el individuo un impacto negativo en el desarrollo integral, mental y físico de su ser.

En este sentido, el nivel socioeconómico ha sido un determinante frente al consumo de sustancias psicoactivas, pues en muchas ocasiones el índice de consumo se asocia al estrato social del individuo. Según Ortiz & Galván (1993), se ha caracterizado el problema entre las personas sin recursos económicos, donde las consecuencias son un poco más agravantes que en personas con recursos.

Existen muchos avances a nivel político, económico y social, sin embargo las desigualdades, los indicadores de pobreza y las condiciones indignas humanas presentan una alarmante diferencia en las naciones. Según UNFPA (2002) en muchas regiones el

20% de la población viven el día a día con menos de \$2 dólares, donde un gran número de población se encuentra inmersa en una pobreza extrema. La exclusión social, la inequidad y las escasas oportunidades sociales reflejan resultados negativos en la salud de la población. Estos factores siguen siendo un principal obstáculo para el desarrollo humano, social y político incluyente de una población, por lo tanto se genera una limitación en las estrategias de lucha contra la pobreza, contra la unidad social, contra el mejoramiento de salud, incrementando aún más la exclusión y la inequidad.

Lo anterior no difiere de los datos de la OMS (2011), según esta organización las tasas de mortalidad entre los menores de 5 años guarda correlación con la riqueza del hogar en que viven evidenciando unas tasas de mortalidad elevadas, en las familias más pobres.

En el caso de la educación como un factor social determinante, la OMS (2011) establece que las personas con poca educación, sin acceso a un sistema educativo presentan un riesgo tres veces mayor de mortalidad que aquellas personas con un nivel de educación alta. Con base a la obtención de información primaria de la población beneficiada, entrevistas a los coordinadores responsables del cumplimiento de los indicadores, a funcionarios de los centros de salud y líderes comunales, se puede confirmar que la desigualdad social, la escasez de oportunidades, la pobreza y marginalidad de la población son factores sociales que repercutan en los problemas de la salud de los habitantes de la comuna, pues se generan condiciones inhumanas que afectan a niños, niñas, adolescentes y jóvenes de manera marcada.

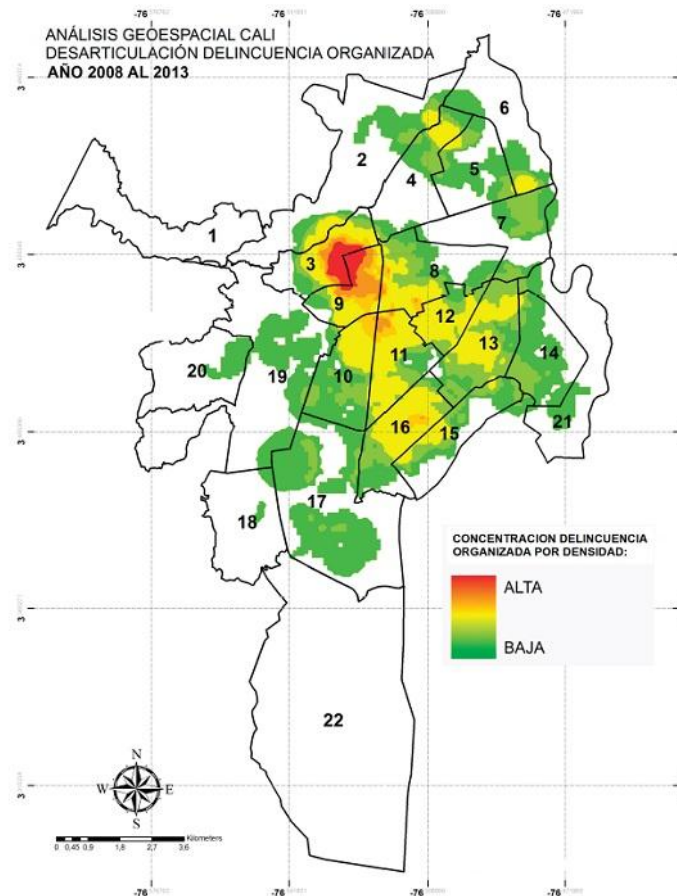
Cuando se habla de los determinantes estructurales de la salud, la OMS (2010) establece que la posición social de una población tiene un origen y diversas circunstancias que lo afectan. Las inequidades en la salud pueden aparecer cuando los sistemas sociales, económicos, políticos y culturales permiten una distribución desigual de los recursos, del poder y el prestigio. El estrato social de una persona determina su inequidad en salud debido a que la exposición a los riesgos aumenta la vulnerabilidad en condiciones de salud y la disponibilidad de recursos que generan una mala salud.

Por lo tanto, aunque se ofrezca una buena atención médica, la cual es fundamental para el derecho a la salud, el bienestar no se logra solo con soluciones biológicas o de cobertura de atención, sino con el abordaje de las causas sociales que determinan la vulnerabilidad de una población, como lo son la inequidad en la distribución desigual del poder, del dinero y las oportunidades.

En consecuencia, el derecho a la salud, implica el desarrollo y ejecución de estrategias, programas y políticas que apunten a la solución de condiciones de pobreza extrema, de escasez de oportunidades y exclusión social de la población en general. Los problemas salud, en el caso de la comuna 3 de Cali, implican considerar y solucionar problemas de mayor dimensión como el desplazamiento y el micro-tráfico. No puede pasar por alto que esta es la zona de la ciudad de Cali con la mayor concentración de delincuencia organizada alrededor del expendio de drogas y piezas de carros robadas. (Ver figura 3).

Figura 3.

Geo-referenciación de la delincuencia organizada en Cali entre 2008 y 2013



Fuente: Información consolidada SIEDCO ¹².

Superar la inaccesibilidad a oportunidades necesarias para el desarrollo pleno del individuo, se sale de las manos de las estrategias de las autoridades en salud pública, y requiere de un trabajo aún más exhaustivo y definitivo entre diferentes secretaría e instituciones, sólo así se podría coadyuvar el goce pleno del derecho fundamental a la salud.

En lo relacionado con el gasto público en salud, las inversiones de la alcaldía no cubren de forma suficiente las necesidades de los sectores más pobres. Es preciso establecer que las agendas gubernamentales y las políticas sociales que apuntan a las poblaciones más

¹²

Proyecto de la Policía Nacional de Colombia; ¿Por qué las personas ingresan a la delincuencia organizada? Análisis del fenómeno en Santiago de Cali

vulnerables se encuentran bien desarrolladas en su enfoque de intervención social, pero se deja a un lado un factor trascendental en lo referido al crecimiento de los ingresos económicos de esta población. En medio de las estrategias, programas y planes se encuentra pendiente la ejecución de políticas y soluciones para los que viven en la pobreza.

En suma, si la mayor parte de personas que viven en condiciones de pobreza extrema, es lógico que se encuentren por fuera de un sistema de protección social formal, enfrentando una serie de riesgos a la salud, que originan empobrecimiento y generan empobrecimiento.

4.2. Interdependencia institucional y administrativa en el cumplimiento del derecho a la salud.

El presente análisis evidencia una realidad política que involucra directamente a las instituciones y administraciones locales encargadas de ejecutar la política pública, principalmente en el nivel de la ejecución de actividades en los que se relacionan los determinantes sociales con el derecho a la salud.

La recolección y análisis de información empírica permite identificar problemática relacionadas con la articulación y el trabajo coordinado entre las instituciones políticas y sociales, principalmente en lo que tiene que ver con salud sexual- reproductiva y salud mental, los cuales se consideran críticos en la ciudad de Cali, particularmente en la comuna 3, donde el consumo de sustancias psicoactivas, embarazos no deseados y la transmisión de enfermedades sexuales ha trascendido a un problema de salud pública alarmante.

Se debe precisar que la interdependencia institucional, se refiere a la coordinación entre instituciones que complementariamente coadyuvan a atacar las

factores sociales que afectan la salud de las personas. Según Aguilar (2012), la interdependencia debe ser un principio que rijan las labores fundamentales de las instituciones del Estado y las administraciones locales. El trabajo en conjunto, la colaboración y la coordinación entre secretarías debe tener como propósito un cumplimiento de objetivos, la no regresión en el proceso de ese cumplimiento, la prevención de los limitantes y el logro de las metas o indicadores de una forma asociada y conjunta entre las instituciones.

El informante Yuri Gómez, comunicación personal (mayo 07 de 2015)

Afirma que:

“El cumplimiento del derecho a la salud, debe ser un compromiso de todas las instituciones públicas y privadas en relación a la administración local y los prestadores del servicio de salud, partiendo desde la secretaria de salud, hasta las pequeñas instituciones de apoyo que abarcan el tema de seguridad social (educación, salud, recreación, bienestar social). Se requiere el apoyo y trabajo conjunto de las instancias dedicadas a la protección y bienestar de la primera infancia y adolescencia, con el fin de lograr un progreso, garantía y acceso a los derechos fundamentales de los NNAJ, donde no solo se les brinde una atención o cobertura, sino una serie de tratamientos y trabajos de seguimiento, promoción y prevención, a fin de garantizar el acceso a sus derechos fundamentales como la salud y un desarrollo pleno de una vida digna”.

Teniendo en cuenta esta afirmación, es preciso establecer que la población de NNAJ presenta una serie de indicadores de vulnerabilidad social, por problemas de pobreza, exclusión y escasez de oportunidades, inaccesso a bienes y servicios, limitación en derechos fundamentales como salud y educación, ellos deben constituir un público objetivo para las diversas secretarías e instituciones de apoyo municipales.

El investigador Javier Duque (2011) (como se citó en Castellano, 2002) establece que la interinstitucionalidad se basa en el establecimiento de redes de cooperación y coordinación entre instancias administrativas, lo que implica prácticas de innovación en la gestión pública. Esto requiere la existencia de espacios donde se articulen las instituciones con base a la gestión relacional de los actores involucrados,

con un fin colectivo de unir esfuerzos y acciones para dar atención y solución a desafíos y problemáticas que enfrentan las mismas instituciones, con base a una serie de exigencias de transformación. Es elemental, para generar interinstitucionalidad una serie de criterios que se basan en la cooperación, la solidaridad, la ayuda mutua y el constante aprendizaje.

Conforme a las entrevistas a líderes comunales Martha Scafidi y Humberto Scafidi, (comunicación personal, julio 07 de 2015) los cuales están involucrados de forma permanente y general de los asuntos sociales y políticos de la comuna 3, al ser directivos de la Junta de Acción Comunal, establecen que:

“Existe una deficiente coordinación, comunicación e información institucional. Pues no se crean mecanismo de promoción, difusión e inclusión de la población por parte de la administración local en actividades, programas o estrategias que garantizan el cumplimiento y acceso al derecho fundamental de la salud en esta comuna 3 de Cali, lo cual debe abarcar una serie de acciones y ejecución de proyectos relacionados con los derechos de recreación, educación, bienestar social, cultura y acceso a bienes y servicios”.

Dichas acciones y estrategias son de obligatorio cumplimiento e implementadas de forma conjunta por parte de instituciones locales como secretarías, fundaciones, organizaciones e instancias públicas que velan por las necesidades y problemáticas de la población teniendo en cuenta las grandes remuneraciones económicas que reciben ante el trabajo en beneficio de la sociedad por parte del Estado.

Gracias a las entrevistas a los líderes comunales, funcionarios y la misma población, se obtuvo que no hay una amplia promoción de las actividades las cuales debe ejecutar la secretaría y sedes hospitalarias de Salud, obteniendo una deficiente participación social en actividades que garantizan el derecho a la salud en la población de la comuna 3 de Cali. Según los testimonios de los líderes comunales: “la población no se entera ni conoce de las estrategias, actividades o proyectos que se establecen en el plan municipal de Cali 2012-2015 y hacen parte de proyectos de intervención social”.

Deduciendo que se debe a una mala coordinación de información, desarticulación institucional, y un desinterés en el trabajo en conjunto de las instituciones locales, por lo que resulta una acción de omisión y violación en la participación de la comunidad y sus líderes, en los procesos políticos y sociales de la comuna 3. Generando aún más una limitación, retroceso e incumplimiento del derecho a la salud.

Según Castañeda, *et al.* (2002), cuando se trabaja en procesos interinstitucionales se destaca una serie de limitaciones producto de la independencia entre las instituciones, donde el mínimo compromiso y los pocos esfuerzos hacen parte de su misión conjunta al enfrentar problemáticas y metas comunes. En la actualidad las instituciones asimilan una serie de actitudes relacionadas con temores, intereses particulares, celos institucionales, prestigio, competitividad por recursos, y un posterior desconocimiento sobre la relevancia de un trabajo articulado y en conjunto con otras instituciones.

Con base en las entrevistas, informes, y evidencias de proyectos sociales de la comuna 3 de Cali, los líderes establecen que “la comuna enfrenta una serie de omisiones e indiferencias por parte de la administración local frente a propuestas de proyectos sociales que proponen de forma constante en beneficio de la población de este sector, donde su contenido pretende enfrentar y mitigar los problemas de violencia juvenil, inseguridad y buen uso del tiempo libre”. (Entrevista a Scafidi, comunicación personal, julio 07 de 2015)

Ante este hecho, es evidente que existe una desarticulación y poca cooperación institucional que no responde al deber de la administración local y sus instituciones, pues su “deber ser” consiste en dar viabilidad a las propuestas y proyectos de carácter social del comité de planeación de una determinada comuna al sistema, gasto, inversión y lineamiento del plan de desarrollo municipal de turno, creando soluciones a las problemáticas y necesidades sociales que los líderes demandan, siempre que correspondan con las metas del Plan de Desarrollo Municipal.

La Junta de Acción Comunal, JAC, al ser la institución más directamente involucrada con la población, no debe ser aislada ni excluida de los procesos políticos de la

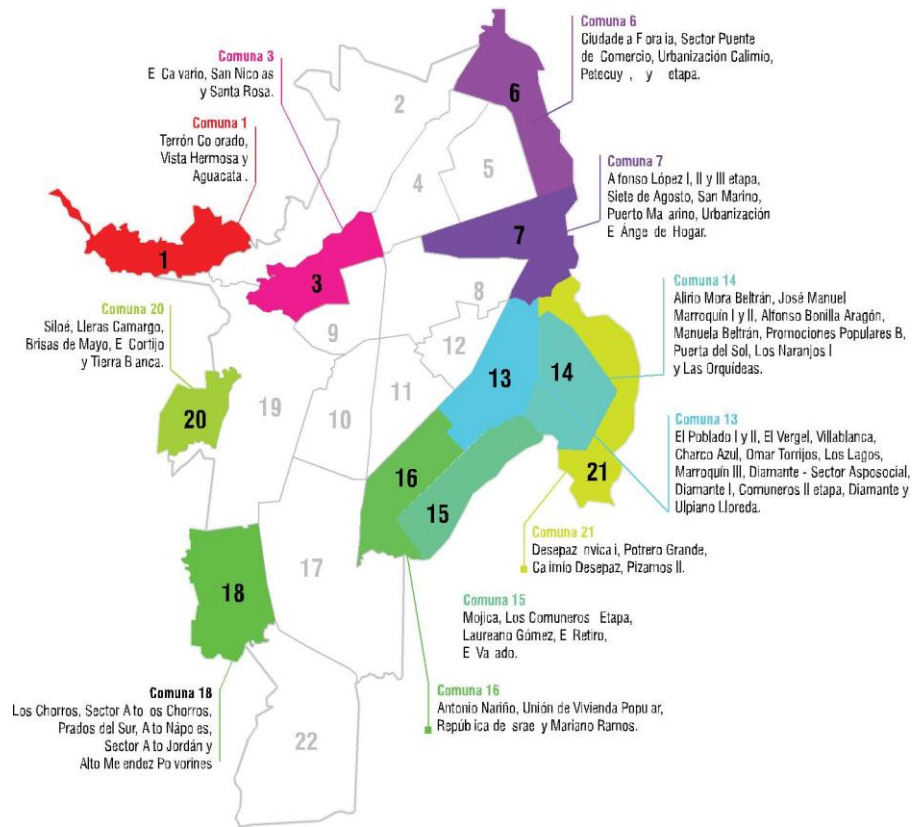
administración local, ni de las instituciones públicas y privadas que participan en la ejecución de la política, pues es ese órgano de representación el puente entre la Alcaldía y población de la comuna 3.

Sin embargo, el aislamiento de la JAC en la implementación de políticas, refuerza posiciones excluyentes de los representantes hacia los representados. En la comuna 3, tras valorar la opinión de los líderes comunales en un grupo focal, se evidencia que:

“... hay una diferenciación marcada entre sus sectores: la zona oeste a la cual se pertenece San Antonio, San Cayetano, Libertadores, Casas Blancas, Nacional, El Peñón y la zona centro que incluye los barrios la Merced, San Bosco, El Calvario, San pascual, San Nicolás, El piloto, El hoyo y Santa Rosa, creando una subdivisión dentro de la misma comuna que limita el trabajo comunitario en pro de la comunidad entera”. (Scafidi & Scafidi, comunicación personal, julio 07 de 2015).

En este sentido, los representantes consideran que la calle quinta de la ciudad es una especie de límite que les impide conocer la realidad de una buena parte de la comuna (Ver ilustración). Entonces los problemas de inseguridad, violencia, marginalidad, drogas, narcomenudeo, consumo de SPA y el marcado deterioro en el tejido social, en el sector de centro de la ciudad, no les competen. Los mismos líderes denominan este sector despectivamente como “La olla”, se nota en su lenguaje que es inevitable estigmatizarlo, afirman que los barrios después de la Calle quinta, son “un epicentro de problemas que se esparcen en el resto de la comunidad” (Scafidi & Scafidi, comunicación personal, julio 07 de 2015).

Figura 4. Territorios de Inclusión y Oportunidades - TIOS



Fuente: (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, 2012)

Este tipo de posiciones no son gratuitas, según (Ziccardi, 2008) al existir un evidente aumento de la pobreza, desigualdad social, inseguridad y violencia en un territorio específico, es común que las divisiones administrativas promuevan agudos procesos de segregación urbana, motivadas en el rechazo a la marginalidad de un determinado sector.

Con la implementación de la estrategia TIOS, la focalización de las políticas ha consolidado históricas posturas de segregación y exclusión. En consecuencia, lo que pretendía abolir o disminuir el flagelo de la exclusión social, dada la dificultad inherente en la selección de los beneficiarios en una región tan compleja, ha terminado por reforzar la segregación de ciertos grupos y una crisis de representatividad. La realización de las salidas de campo y las entrevistas a los líderes comunales y habitantes de la comuna 3, permitió

corroborar la existencia de una subdivisión entre los sectores de la comuna 3, donde explícitamente hay una posición excluyente: “el sector centro es una cosa y el sector oeste es otra” dirían los líderes comunales (Scafidi, comunicación personal, julio 07 de 2015)

Para la JAC, la labor comunal solo se centra en los barrios del oeste, las problemáticas que enfrenta el sector del centro de Cali son responsabilidad de fundaciones como Samaritanos de la Calle y directamente de la alcaldía, ellos establecen que:

“El estado de vulnerabilidad, pobreza y de marginalidad de un sector pequeño de una misma comuna genera en la población un sentido de rechazo social por la implicaciones políticas, económicas y geográficas que los TIOS representan para la comuna en general”. (Scafidi & Scafidi, comunicación personal, julio 07 de 2015)

Lo anterior permite ver como la delimitación por comunas de los TIOS, deja a un lado el hecho de que las fronteras sociales, culturales y socioeconómicas, no coinciden muchas veces con la delimitación político-administrativa del municipio. Y es por ello que no se logra contextualizar al sujeto intervenido. La estrategia de los territorios TIOS implica trabajar contra la exclusión social, no obstante la fractura entre la administración municipal y la JAC, para el caso de la política pública estudiada, tiende a institucionalizar la segregación y la estigmatización hacia los sectores más vulnerables al interior de una comuna. Se puede establecer que las acciones y los recursos propuestos por la administración local y las diversas dependencias hacia los “sujetos intervenidos TIOS”, no es resultado del reconocimiento de la condición de ciudadano, sino de una propuesta de “discriminación positiva” en la que la intervención definida técnicamente, determina a ciertos sujetos como beneficiarios/favorecidos, en lugar de considerarlos como ciudadanos/tutelares de derechos. Es por esa razón que no se hace necesario establecer un puente con las comunidades a través de las JAC, ya que si se considerara a los habitantes de El Calvario, El hoyo, Santa Rosa, etcétera, como tutelares de derechos, los mismos exigirían mejores condiciones a través de sus representantes directos, esos son los líderes comunales, por el contrario, la definición de “favorecidos” o “beneficiarios” implica acciones de asistencia social directa de la alcaldía, presume la pasividad del sujeto

intervenido y por ende de sus representantes comunales a quienes en últimas ofrece la justificación perfecta a sus posiciones excluyentes y segregacionistas.

Cuando existe una problemática de carácter social, la unión de esfuerzos y el trabajo conjunto entre las instituciones e instancias administrativas, se configura un elemento esencial para elevar los factores de eficacia y efectividad, a través de acciones coordinadas. Con base a esto se plantean una serie de aspectos que favorecen la acción conjunta, los cuales se identifican con:

“1-La unión de esfuerzos y recursos en torno a metas comunes logra producir un mayor impacto a un menor costo y/o alcanzar una mayor cobertura. 2-El impacto que generan las acciones conjuntas facilita la visualización de actores comprometidos, lo cual facilita espacios de interlocución, reconocimiento y acceso a recursos. 3-El acceso a espacios de interlocución genera oportunidades para plantear posiciones y dinamizar propuestas sobre la Política Social del Estado a fin de que ésta apunte a soluciones de fondo. 4-El trabajo conjunto redimensiona las experiencias y facilita un enriquecimiento mutuo que a su vez incide en enfoques y estrategias de trabajo más efectivas” (Castañeda et al. 2002).

Al hablar de una interdependencia institucional se pretende que las múltiples instituciones que les corresponden funciones, objetivos, ejecución, diseño y cumplimiento de indicadores de derechos humanos encaminen sus labores y metas hacia una articulación de esfuerzos con el fin de obtener mejores resultados en el impacto social de una determinada población. Tal como lo establece la entrevistada Paula Ruiz:

“En el caso del derecho a la salud, se espera una serie de acciones y proyectos donde las Secretarías de educación, recreación, instituciones privadas (EPS, IPS, Instituciones educativas) trabajen en conjunto por el cumplimiento de este derecho, teniendo en cuenta que su efectividad, acceso, priorización, atención y solución a problemas de salud pública tan críticos en la ciudad de Cali y la comuna 3, pueden tener una disminución en sus tasas por medio de labores conjuntas, de acciones más amplias de prevención, de inclusión de educación saludable, de mitigación de malas costumbres, del buen uso de tiempo libre, de atención priorizada en temas mentales, sociales y de bienestar, logrando unos resultados positivos en la solución de problemáticas de salud pública por medio de una interdependencia

institucional”. (Entrevista Ruiz, comunicación personal, mayo 05 de 2015)

Como se puede analizar a partir de la entrevista, los temas sociales competen a un conjunto de instituciones públicas y privadas, debido a que lo social abarca el todo de la población; su bienestar y el conjunto de sus derechos. La coordinación interinstitucional permite un reconocimiento de las labores y metas de los actores involucrados, configurándose una serie de vínculos y redes de apoyo; adopción de metas similares por medio de la participación y consensos institucionales; logro de actividades y programas que promueven la obtención de metas de corto plazo en beneficio de la comunidad; y el aumento de la comunicación y conocimiento mutuo en medio de esa coordinación.

El trasfondo de la articulación entre las instituciones es la voluntad política y el compromiso con los procesos del gobierno. Con base a este planteamiento, se concluye que es necesario un trabajo conjunto de las instituciones públicas y privadas de la ciudad de Cali, con el fin de crear mecanismos, acciones, metas y resultados más significativos en lo referido al derecho a la salud, pues este derecho no solo contiene componentes biológicos, sino que abarca una serie de factores sociales, necesidades políticas y limitaciones económicas que frenan, violan, omiten y restringen el derecho de la salud a la población de la comuna 3.

4.3. Indiferencia del tutelar de derechos en la comuna tres frente al derecho humano a la salud.

El cumplimiento del derecho a la salud implica, desde el ámbito de lo político, el diseño, la implementación, ejecución y obtención de resultados, traducibles a través de indicadores y metas, para el logro de un impacto social deseado. Sin embargo, así exista un amplio presupuesto, múltiples estrategias, acciones o programas, e incluso una buena administración local del recurso financiero, el cumplimiento efectivo del derecho

fundamental de la salud tiene efectividad siempre y cuando la población muestre un amplio interés y una gran participación en las acciones de promoción, prevención y cumplimiento de sus derechos fundamentales.

¿Qué sucede cuando la misma comunidad ha desarrollado indiferencia hacia sus problemas de salud pública y hacia las soluciones que ofrece el Estado? ¿A qué se debe esa posición?, para algunos teóricos de las políticas públicas, esta situación tiene origen en las condiciones de pobreza, marginación y exclusión a las que se somete, sistemáticamente una población. La marginación es un fenómeno social y un problema político que implica en “poner al margen” del Estado de derecho a una población o un individuo (Bel, 2002).

En lo referido a la marginalidad, Carmen Bel (2002) explica que se genera ya que algunos sujetos la asumen de forma voluntaria o por situaciones externas el ubicarse al margen de la sociedad. La marginalidad, es un derivado de la pobreza, es una reacción humana de rechazo o descontento frente a un sistema desigual.

Es necesario precisar que determinados factores sociales y condiciones de vida como la exclusión social, la pobreza y la escasez de oportunidades conducen a la población a adquirir una serie de comportamientos de indiferencia social frente a las problemáticas y asuntos públicos, creando una serie de respuestas negativas y de rechazo a las acciones de bienestar social de la administración y sus instituciones públicas. La entrevistada Maritza Isaza (2015), establece que:

“En el caso del consumo de sustancias psicoactivas, se genera en la población una serie de reacciones de exclusión social, lo cual conlleva a que los consumidores se blinden y creen actitudes de indiferencia ante campañas y estrategias que promueven e incluyen soluciones a la población consumidora, aumentando y promoviendo aún más el consumo parte de un determinado grupo poblacional”. (Entrevista Isaza, comunicación personal, mayo 12 de 2015)

Las entrevistas y salidas de campo, permiten evidenciar una problemática respecto a la indiferencia social y política de la comunidad, frente al cumplimiento del derecho a la salud. Las acciones, estrategias, planes y programas que diseñan y

ejecutan las instituciones locales apuntan al cumplimiento de indicadores con el fin de generar progresividad, efectividad y garantía al derecho a la salud. Sin embargo, el cumplimiento de la política pública y el derecho a la salud, no depende únicamente de las instituciones o administraciones que la operan, sino que requieren de la voluntad de la misma población. La población es corresponsable del cumplimiento de las metas establecidas, para dar garantía y efectividad del derecho.

Con base a lo anterior, Bel (2002), establece que la exclusión social es un fruto de sistema capitalista y se ha identificado frecuentemente con la pobreza extrema. La marginación es la característica o síntoma principal de la sociedad enferma.

Según Scafidi & Scafidi, comunicación personal, julio 07 de 2015):

“La participación de la población en las estrategias, actividades y proyectos, muestra una contundente indiferencia y poco interés en las actividades en pro de la población, debido a que los habitantes no asumen esas problemáticas como suyas, a lo que apunta la administración como un problema en general sino como algo que no hace parte de su realidad, sin tener en cuenta que la implementación de estas estrategias tienen un objetivo de prevención, promoción, concientización y mitigación de esos problemas de salud pública, no necesariamente va direccionado a personas que estén involucradas en estas problemáticas, sino en pro de una prevención y bienestar social general”.

Pues a pesar de existir mecanismo de participación, de promoción, prevención, planes de intervención social frente a problemáticas sociales y en este caso de salud pública, se evidencia que, según la doctora Paula Ruiz (comunicación personal, mayo 05 de 2015):

“Los intereses personales, principios y valores culturales de una determinada población no están alineadas a las soluciones, indicadores o metas que la administración e instituciones políticas pretenden solucionar o intervenir. Es decir, que el bienestar social por el que propende el Estado, no es compatible, en muchos casos, con el bienestar que considera una determinada población”. (Entrevista Ruiz, comunicación personal, mayo 05 de 2015)

Pues muchas veces lo que se identifica como indiferencia en el titular de derechos, responde a una faceta de la subjetividad, es decir que la indiferencia social, aun en el beneficiario, lo cual es una manifestación de la personalidad de la población vulnerable, según Bel (2002):

“Existen una serie de situaciones personales de dicha población, relacionadas con una ausencia de afecto, de amor, falta de comunicación, ausencia de expectativas, lo cual genera en ellos una debilidad deteriorando su identidad, su autoestima, su afecto, confianza, significado y sentido de vida, ausencia de expectativas y un futuro incierto” (p. 7)

En consecuencia, la pasividad y abandono de las acciones que propenden por la superación de una condición marginal son la consecuencia de una subjetividad construida a golpes de exclusión. En el caso de estudio, los años de estigmatización, el desarraigo de los pobladores y censura social en torno a la drogadicción, generan el perfil subjetivo del marginado en algunos de los habitantes de la comuna 3. Es por ello que su superación implicaría la recuperación de una dimensión subjetiva incluyente, basada en la construcción de la solidaridad, de creación de mundos vitales, el reconocimiento de aceptación, la generación de nuevas expectativas y significados de vida (Bel, 2002). No obstante, en lo que respecta al problema de salud mental, según la coordinadora de esta área Maritza Isaza (comunicación personal, mayo 12 de 2015):

“Para muchos grupos poblacionales, existen otras actividades y temas aún más interesantes, como redes sociales, fútbol, las narco-novelas, etc. los cuales se configuran como limitantes e intereses primarios frente al acceso o decisión en asuntos políticos, sociales y económicos que se traducen en el desarrollo pleno de su vida, principalmente de su salud”.

En este mismo sentido Paula Ruiz afirma que:

“A pesar de nuestras campañas y acciones contra el embarazo adolescente, el ideal de la mayoría de niñas entre los 12 y 16 años es conseguir un esposo y tener hijos antes de los 18 años” (Entrevista Ruiz, comunicación personal, mayo 05 de 2015).

Lo anterior permite analizar cómo se configura un sentido de indiferencia, de subjetividades pasivas y poco interesadas por hacer parte de unos mecanismos políticos que buscan solucionar problemas de salud pública que afectan enormemente el proyecto de vida de la población infantil y juvenil.

Ahora bien, cuando se habla de acciones entorno a las obligaciones políticas y sociales de la comunidad a nivel general, se evidencia un problema de responsabilidades y de deberes ciudadanos de la población que son correspondientes al cumplimiento de los derechos fundamentales y el logro de un avance social. Según los líderes comunales Martha Scafidi y Humberto Scafidi, en conjunto con los coordinadores de las áreas de salud pública:

“Se evidencia una realidad de insuficiente participación y exigencia en el cumplimiento de los derechos fundamentales, pues no existe una articulación para la garantía de quienes que son titulares, lo cual conlleva a una permanente omisión de los derechos fundamentales, precisamente por la escasez de exigencias sociales y políticas, de las cuales tiene obligación de ejercer la misma población”. (Entrevista Scafidi & Scafidi, comunicación personal, julio 07 de 2015)

Como se puede observar, la indiferencia social es contraria a la responsabilidad y participación social. Los sujetos que se posicionan en una actitud indiferente frente a las patologías sociales y situaciones críticas de poblaciones, lo hacen porque su sentimiento de responsabilidad ante la humanidad en sus mismas condiciones, no le perturban y no le afectan (Velázquez 2008). Es por eso que se asumen como algo “normal”, situaciones como el consumo de SPA y el embarazo a tempranas edades. Sobre este último asunto, en lo que respecta al cumplimiento del indicador de salud sexual y reproductiva, la administración y las instituciones hacen grandes esfuerzos para cumplir con acciones y estrategias de promoción y prevención sexual y reproductiva, por medio de mecanismos de protección y entrega de métodos anticonceptivos en varios sectores, comunas e Instituciones Educativas de la ciudad de Cali. Sin embargo, según la coordinadora de esta área de salud, Paula Ruiz (comunicación personal, mayo 05 2015), nada es suficiente si, por ejemplo, el proyecto de vida del adolescente es quedar en embarazo, finalmente, los problemas de salud pública, se

resuelven en decisiones individuales:

“La decisión de protegerse, prevenir y planificar, es de carácter personal e individual. De alguna manera, la institución se encarga de brindar y crear herramientas de salud, ofreciendo elementos y promocionando los procesos de educación, con el fin de hacer un trabajo más explícito, pero los avances en temas de sexualidad y reproducción evidencian unos logros desde lo personal e íntimo de cada individuo, sucediendo lo mismo con los casos de consumo de sustancias psicoactivas, donde la decisión de gozar de una buena salud, recibir asistencias médica especializada para estos temas parte desde el individuo no dese la presión de las instituciones”. (Entrevistas Ruiz, comunicación personal, mayo 05 de 2015).

Teniendo en cuenta la posición de la informante, se puede analizar que el cumplimiento de las metas de las políticas públicas, como la disminución de problemas públicos de salud depende, en un gran porcentaje, de la participación y conciencia de la población directamente perjudicada, teniendo en cuenta que son el foco de las intervenciones sociales que pretenden responder a sus necesidad más críticas, que solo pueden ser aliviadas por medio de su involucración y propuestas.

Para el Observatorio sobre la violencia y convivencia en la escuela (2012), la indiferencia es un acto inmoral porque parte de una actitud ideológica y cultural de pasividad frente al dolor ajeno y el propio. Es por ello que surgen conductas donde los sujetos omiten acciones de apoyo, solidaridad e indignación frente a una realidad crítica que se traduce en expresiones de violencia e injusticias. El problema de la indiferencia radica en que entre más se cultive en la sociedad, más se convierte en una estrategia del Sistema para someter e inmovilizar la satisfacción social (Observatorio sobre la violencia y convivencia en la escuela, 2012).

En el caso de la salud sexual y reproductiva, para muchos es lamentable que a una temprana edad la población joven y adolescente muestre proyecciones de vida basadas en la conformación de un núcleo familiar, lo mismo sucede con los casos de consumo de SPA. A pesar de que existan mecanismos, acciones y trabajo exhaustivo por parte de las instituciones locales que luchan contra esas proyecciones, la imposición de valoraciones

culturales implicaría violar el derecho individual a la libre expresión, pensamiento y desarrollo de la personalidad; así que las acciones y estrategias de las instituciones y del mismo Estado quedan limitadas. Y es en este punto crítico del problema de salud sexual y reproductiva y de salud mental -consumo de SPA donde debe incrementarse una relación por parte de la misma familia, la escuela, la iglesia, y otras instituciones sociales que pueden incidir en las decisiones del individuo y en consecuencia en el bienestar social de la población.

CONCLUSIONES

Al responder la pregunta problema de la investigación sobre cuál fue el impacto del programa de promoción, prevención, inclusión y generación de oportunidades con niños, niñas, adolescentes y jóvenes, NNAJ, en la realización de los derechos humanos, formulado por la administración de Rodrigo Guerrero en la realización del derecho humano a la salud en la zona TIOS, comuna 3 de Cali, se concluye que la política pública logró el cumplimiento de los indicadores propuestos por la administración en un 100%, logrando las exigencias de Naciones Unidas para el año 2014. Sin embargo, el presente trabajo permitió profundizar en los trasfondos de dicho cumplimiento, evidenciando determinantes sociales que son inherentes al cumplimiento de este derecho, y que no son tenidos en cuenta en la evaluación cuantitativa de la política. Con base al desarrollo de las categorías de análisis se puede establecer que el informe de rendición de cuentas surge de una evaluación con un diseño metodológico cuantitativo que se centró en el paradigma biológico del cumplimiento del derecho a la salud, dejando por fuera las variables sociales que determinan la vida y la salud de la población, Así pues, esta investigación pudo rastrear cómo la pobreza, la exclusión, la marginalidad, la indiferencia social y la deficiente coordinación administrativa ponen en vilo el cumplimiento del derechos fundamental a la salud.

Por estas razones la principal conclusión de esta investigación establece, tomando como caso la comuna 3 de Cali, que el aparente cumplimiento de la política en términos de indicadores locales y de la ONU, esconde un círculo vicioso de determinantes sociales que limitan el derecho a la salud. Ese círculo lo componen la pobreza, la indiferencia del titular de derechos y las fallas de un esquema administrativo al nivel de la interinstitucionalidad. La pobreza, la exclusión y la falta de oportunidades en la población constituyen condiciones de vida indigna que afectan directamente la salud, principalmente en términos de prevención de enfermedades y el acceso a servicios básicos. Sumado a esto, la población

ha desarrollado una posición de indiferencia frente a su realidad social y las ayudas del Estado, que se expresa en la pasividad o negación de las injusticias de su propia vida. Esa posición se alimenta, a su vez, de la displicencia de las figuras de representación democrática, líderes que no consideran estar representando a esta población marginada. La postura desinteresada de los líderes se justifica en su nula injerencia en el proceso de implementación de la política pública, pues la Alcaldía municipal concibe la intervención en esas comunidades desde un enfoque asistencial, a partir del establecimiento de una brecha entre “ellos”; sujetos “favorecidos” o “beneficiados” y “nosotros”; la Secretaría de salud municipal. Lo que deja a un lado el enclave de representación democrática de las JAC. Estas deficiencias, hacen que los esfuerzos sean insuficientes, ante una comunidad que ha construido su subjetividad, al margen de la sociedad, el Estado y sus instancias representativas y que agrava sus condiciones de salud con el paso del tiempo.

De manera que, el derecho a la salud, puede verse cumplido en las cifras, tasas y proporciones, pero amenazado por factores que hacen parte de la dinámica social y que nacen en la inequidad y la pobreza. El derecho a la salud es un derecho fundamental ligado profundamente a las condiciones sociales de la población, el cumplimiento de indicadores biológicos solo constituye una mínima parte de él, los determinantes sociales constituyen los máximos componentes de la salud. Mientras que la superación situación de la pobreza, marginalidad y exclusión, no sea una meta conjunta de las instituciones de gobierno local, la población caleña, principalmente de la comuna 3, estará limitada frente a un óptimo cumplimiento del derecho a la salud.

REFERENCIAS

- Abramovich, V. (2006). Los estándares interamericanos de derechos humanos como marco para la formulación y el control de las políticas sociales. Anuario de Derechos Humanos, Santiago, Centro de Derechos Humanos-Universidad de Chile, pp. 13-51.
- (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL, n° 88, Santiago, abril, pp. 35-50.
- (2008). Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>.
- Aguilar, A. (2012). Hacia un modelo de coordinación interinstitucional e intersectorial para disminuir el trabajo infantil agrícola en México. Cocoli investigación para el desarrollo A.C. México D.F. recuperado de http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_02I-Hacia_un_modelo_de_coordinacion...pdf
- Alcaldía de Santiago de Cali. (30, 01, 2015). Informe de rendición de cuentas 2014. Recuperado de <http://www.cali.gov.co/publico2/documentos/2015/planeacion/InformeGestionMunicipio2014.pdf>
- (2010). Informe de rendición de cuentas 2008- 2011. Recuperado de <http://www.elpais.com.co/elpais/archivos/rendicion.pdf>
- Álvarez, G. (1992): “El constructo clima organizacional: Concepto, teorías e Investigaciones y resultados relevantes”. Interamericana de Psicología Ocupacional, 11.
- Aries, P. (1986). La infancia. Revista de educación. N° 281. Pag. 5- 17.

- Bel, C. (2002). Exclusión social: origen y características. Recuperado de http://enxarxats.intersindical.org/nee/CE_exclusio.pdf
- Cardona, J. (2012). La Convención Sobre Los Derechos Del Niño: significado, alcance y nuevos retos. Universidad de valencia. Educatio Siglo XXI, Vol. 30 no 2 · 2012, pp. 47-68.
- Carmona, R. (2012). Las obligaciones derivadas de la convención sobre los derechos del niño hacia los estados partes: el enfoque de derechos en las políticas de infancia en España. Educatio siglo XXI. Vol. 30 no 2 · 2012, pp. 69-88.
- Castellano, M. (2002). Las redes regionales de cooperación de la educación superior: estrategia para una concertación entre la educación superior y el Estado. Caracas, Mimeo del Ministerio de Educación Superior.
- Castañeda, E. Rojas, G. Gloria Hidalgo. Herrera, J. Orozco, M. Avella, L. Fajardo, G (2002). VIII. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL. ACJ-YMCA Bogotá-Colombia. Recuperado de http://www.ymcabogota.org/publicaciones/libro_prev/programa8.htm
- CE. (1992). Cooperación descentralizada: objetivos y métodos. Dirección General VIII: Desarrollo. Bruselas.
- Chandler, A. (1962). Strategy and structure: chapters in the history of the industrial enterprise. Cambridge: M.I.T. Press.
- CINDER. (2011). Proyecto caracterización de la explotación sexual comercial de NNA en seis municipios del valle del cauca. Resultados y Análisis municipal CALI. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Cali.pdf
- Combellas, R. (1982). Estado de derecho. Crisis y renovación, Caracas, Jurídica.

- Departamento Administrativo De Planeación Municipal. (2012). Plan de desarrollo municipio de Santiago de Cali 2012 – 2015. Cali, Colombia: alcaldía municipal de Cali.
- Diderichsen F, Evans T & Whitehead M. (2011). The social basis of disparities in health. In: Evans T (ed.) Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action. Oxford: Oxford University Press.
- Donnelly, J. (2011). La construcción social de los derechos humanos internacionales. RRelaciones Internacionales, núm. 17. Universidad Autónoma Madrid.
- Duque, J. (2011). El desafío de la interinstitucionalidad como estrategia de gestión En programas de formación avanzada. Unipluriversidad. Vol. 11nº 3, universidad de Antioquia, facultad de educación. Medellin. Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9OkaVR3otesJ:https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/download/12432/11261+&cd=2&hl=es&ct=clnk>
- El País.Com.co. (08, 11, 2011). Rendición de cuentas dejó a Cali bien en salud, pero mal en seguridad. Recuperado de <http://www.elpais.com.co/elpais/cali/rendicion-cuentas-dejo-cali-bien-en-salud-pero-mal-en-seguridad>
- Fajardo, E. & Catañeda, P. (2002). Coordinación Interinstitucional. Recuperado de http://www.ymcabogota.org/publicaciones/libro_prev/programa8.htm.
- Fisas, V. (2010). Anuario de Procesos de Paz. Bogotá: PNUD Colombia.
- Freites, L. (2008). La convención internacional sobre los derechos del niño: apuntes básicos. Redalyc.org. Educere, vol. 12, núm. 42, julio-septiembre. Pp. 431-437, Universidad de los Andes, Venezuela.
- GESOC. (2009). Modelo general para la elaboración del presupuesto del gobierno del Distrito Federal con enfoque de resultados, derechos y género. [s.l.] Mimeo.

- Disponible en: <www.gesoc.org.mx>. Visitado en: marzo de 2011.
- (2010). Programación basada en resultados con perspectiva de derechos humanos en el Distrito Federal. Mimeo. 40 p.
- Gómez, Y. (2015, mayo 07). Entrevista personal.
- Güendel, L. (2000). La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos. La búsqueda de una nueva utopía», en Sergio Reuben, comp., Política social: vínculo entre Estado y sociedad, San José, Costa Rica, UCR, pp. 169-218.
- (2003) Por una gerencia social con enfoque de derechos, disponible en www.iigov.org/documentos/?p=3_0108. Consultado el 2-1-2008.
- Informe de Primera Infancia Cómo Vamos. (2015). Identificando desigualdades para impulsar la equidad en la infancia colombiana. Recuperado de <http://www.fundacioncorona.org.co/>
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2011) .Derechos humanos, seguridad ciudadana y funciones policiales. Policía de Investigaciones Chile. Recuperado de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1556/acceso-justicia-modulo-2011.pdf>
- Isaza, M. (2015, mayo 12). Entrevista personal.
- Jaramillo, L. (2007). Concepción de infancia. Revista del Instituto de Estudios Superiores en Educación Universidad del Norte. No. 8 diciembre, 2007. Colombia.
- Karsz, S. (2004) La exclusión: bordeando sus fronteras. Definiciones y matices. Gedisa: Barcelona.
- Kauffer, E. (2002) Las políticas públicas: algunos apuntes generales, disponible en: www.ecosur.mx/Difusi%F3n/ecofronteras/ecofrontera/ecofront16/pdf/politicasp%C3%BAblicas.pdf. Consultado el 2-1-2008.

Maneu, S. (Marzo, 08, 2011). Conferencia sobre exclusión social. Recuperado de <http://sensellarsjd.com/LinkClick.aspx?fileticket=5hui49SC4DY%3D&tabid=205&language=es-ES>

Massini, C. (2000). El derecho a la vida en la sistemática de los Derechos humanos. En: problemas actuales sobre derechos humanos. Una propuesta filosófica. Coord. Javier Saldaña. Unam mexico. Pag. 161.

Meny, I & Thoring , J (1992). Las políticas públicas. Barcelona: ediciones Ariel ciencia política. p. 45.

Naciones Unidas. (2013). Proceso de construcción de indicadores de derechos humanos en Bolivia. La paz: Instituto nacional de estadística.

(2012). Indicadores de derechos humanos. Naciones unidas

(2008). Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de pobreza. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos OMS. N° 5.

(2005). Decenio de las Naciones Unidas para la Alfabetización: la educación para todos. Recuperado de

<http://www.un.org/es/events/observances/alfabetizacion/youthandeducation.html>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos – OACDH (2006). Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo, disponible en www.ohchr.org/spanish/about/publications/docs/FAQ_sp.pdf. Consultado el 2-1-2008

OACNUDH. (2011). indicadores sobre el derecho a la salud en México. México D.F: OACNUDH México.

Observatorio Sobre La Violencia Y Convivencia En La Escuela. (2012). La Violencia y la indiferencia. Recuperado de

<http://observatorioperu.com/NOTICIAS%20EN%20PDF/VIOLENCIA%20E%20INDIFERENCIA.Observatorio.pdf>

Observatorio de Políticas Públicas de Derechos Humanos en el Mercosur. (2004). Políticas Públicas De Derechos Humanos En El Mercosur Un Compromiso Regional. Recuperado de http://www.observatoriomercosur.org.uy/libro/pdfs/Políticas_Publicas_de_DD_HH.pdf

OMS. (2014). Determinantes e inequidades de Salud, Salud en las Américas. Capítulo 2. Recuperado de http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content
(2010). Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: WHO.
(2008.). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf
(2003). Informe sobre la salud en el Mundo: Forjemos el futuro. Recuperado de http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington, DC: OPS.

Ortiz, A & Galván, J. (1993). Aspectos cualitativos sobre el consumo de cocaína. En: Las Adicciones. Hacia un Enfoque Multidisciplinario. Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, 106-111. México.

Paugan, S. (ed.) (1996): L'Exclusion. L'État des savoirs. París: La Découverte.

Personería Municipal de Santiago de Cali. (2014). Informe sobre la Situación de violencia y seguridad en Santiago de Cali. Recuperado de http://www.personeriacali.gov.co/sites/default/files/informes/archivos/Informe_de_Seguridad_y_violencia.Informe_de_Seguridad_y_violencia.pdf

- PNUD. (2001). Informe sobre desarrollo humano en Venezuela, 2000. Caminos para superar la pobreza, Caracas, OCEI/PNUD.
- (2013). Informe regional de Desarrollo Humano 2013-2014. Recuperado de <http://www.latinamerica.undp.org/content/dam/rblac/img/IDH/IDH-AL%20Informe%20completo.pdf>
- Presidencia. (2014). Informe al congreso, Juan Manuel Santos 2014. Secretaria de prensa. Imprenta nacional. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Publicaciones/Documents/InformePresidente2014.pdf>
- Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos. (2005). Conceptos y características de los derechos humanos, Caracas, Provea.
- Puerto, J. (2002) La práctica psicomotriz. Apuntes para comprender la evolución de la atención de la infancia. Málaga: Ediciones Jaime Aljibe.
- Rawls, J. (1971). A Theory of Justice. Traducido al español por el FCE, en 1979; la 3ra. Edición es del año 2000, y Rawls John (2000), Collected Papers Harvard.
- Red de Derechos. (2010). El enfoque basado en Derechos Humanos: nueva mirada a la cooperación. Recuperado de <http://www.redenderechos.org/webdav/publico/redenderechosjornadasw.pdf>
- Renes, V. (2000). Dimensión territorial de la pobreza e intervención social. *Documentación Social* 119, 259-273.
- Rodríguez, F. (2015, mayo 09). Entrevista personal.
- Rodríguez, J & Josh, L. (2007). ¿Una nación de democracia participativa? Los Consejos Comunales y el Sistema Nacional de Planificación en Venezuela», Revista SIC, n° 693, abril, Caracas, pp. 115-126.

- Rosanvallon, P. (2006). La contrademocracia: la política en la era de la democracia. Editorial manantial SRL. Buenos Aires, Argentina.
- Roth, A. (2004). Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora, 1a edición, 2a reim- presión.
- (2006). Discurso sin compromiso: la política pública de derechos humanos en Colombia. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Ruiz, P. (2015, mayo 05). Entrevista personal.
- Sanahuja, J. A. (2011). Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en América Latina y el Caribe. En: Pensamiento Iberoamericano. Agencia española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y Fundación Carolina. Madrid.
- Santos, H. (2006). Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México. Revista cubana salud pública, edición 32. Secretaria de salud. Tabasco, México.
- Scafidi, M. & Scafidi, H. (2015, julio 07). Entrevista personal.
- Secretaria De Salud Pública Municipal. (2012). Análisis situacional integrado de salud de Cali (ASIS). Santiago de Cali: Secretaria De Salud Pública Municipal De Cali.
- Sen, A. (1998), "The Possibility of Social Choice", The American Economic Review, vol. 89, No 3.
- Sistema Municipal de Epidemiología Secretaría de Salud Pública Municipalidad de Rosario. (2004). Monitoreo Rápido de la Cobertura de Vacunación en Niños Menores de 6 Años en la Ciudad de Rosario. Recuperado de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/vacunacion_ninios.PDF.
- Socoy, D. (2014). Promoción de ciudadanía en el municipio a través de la municipalidad de

san Andrés Itzapa, sistematización de práctica profesional (tesis de pregrado).
Universidad Rafael Landívar, la Antigua Guatemala.

Tomasevski, K. (2004): El asalto a la educación. Barcelona: Intermón Oxfam.

UNFPA. (2002). Informe estado de la población mundial 2002 población, pobreza y oportunidades foro: juventud, pobreza y equidad. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/jovenes/juvenpobreequidad.pdf

UNICEF. (2004). Estado Mundial de la Infancia 2005- infancia amenazada. http://www.unicef.org/spanish/publications/index_24432.html

Velázquez, J. (2008). La indiferencia como síntoma social. Virtualia: revista digital de la escuela de la Orientacion Lacaniana Nª 18.

Vazquez, D. & Delaplace, D. (2011). Revista internacional de derechos humanos. V. 8 n. 14. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/revista-sur-politicas-publicas-con-perspectiva-de-derechos-humanos-un-campo-en-construccion.pdf>

Vázquez, D. & Serrano, S. (2013). Principios y obligaciones de derechos humanos: los derechos en acción. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. México, D. F.

Wacquant, L. (2007). Los condenados de la ciudad. Gueto, periferia y Estado. Buenos Aires: Siglo XXI .

Whelan, D. (2008). Untangling the Indivisibility, Interdependency, and Interrelatedness of Human Rights. The human rights institute, University of Connecticut. USA.

Ziccardi, A. (2008). Procesos de urbanización de la pobreza y nuevas formas de exclusión

social. Los retos de las políticas sociales de las ciudades latinoamericanas del siglo *XXI*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Clacso-Crop.

ANEXOS

Anexo 1

Carta de Fundación RH + para realizar observación participante en el marco de proyecto de intervención social en la comuna 3

Anexo 2

Consentimientos informados de los entrevistados

