

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS Y LAS JOVENES EN BOGOTA: UN  
ANALISIS SOBRE SU MATERIALIZACION EN LA OFERTA PÚBLICA DE LA  
CIUDAD.

ESMILY YUSMARY RUIZ VARON

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
MAESTRIA EN POLÍTICA SOCIAL  
BOGOTÁ  
2012

EL DERECHO A LA SALUD DE LOS Y LAS JOVENES EN BOGOTA: UN  
ANALISIS SOBRE SU MATERIALIZACION EN LA OFERTA PÚBLICA DE LA  
CIUDAD.

ESMILY YUSMARY RUIZ VARON

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Política Social

Directora: Martha Lucia Gutiérrez Bonilla.  
Enfermera Magister en Desarrollo rural

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
MAESTRIA EN POLÍTICA SOCIAL  
BOGOTÁ  
2012

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Bogotá, 12 de enero de 2012

A la vida...por una meta más cumplida...

A Mi Ángel, por su incondicional apoyo e impulso, su gran comprensión y su extraordinario amor.

A mi familia que siempre motiva y acompaña cada pasó en mi vida.

Agradecimiento especial a la profesora Martha lucia Gutiérrez, por aceptar la dirección de este trabajo. Su experiencia, apoyo y conocimiento enriquecieron uno a uno los desarrollos aquí planteados.

A los jóvenes que participaron de esta investigación y a todas las personas funcionarios de la Secretaria Distrital de Salud, que con sus aportes y participación hicieron posible el desarrollo de este trabajo.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. MOMENTO LOGICO.....	3
1.1. Planteamiento del problema de la investigación.....	3
1.1.1. Objetivos.....	10
1.1.2. Justificación.....	11
1.2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	12
1.2.1. Población.....	12
1.2.2. Muestra.....	12
1.2.3. Fuentes y técnicas de recolección de información.....	13
1.2.4. Categorías de investigación .....	14
1.2.5. Proceso de recolección y análisis de datos.....	15
2. MARCO CONCEPTUAL.....	17
2.1. Comprensión del sujeto joven contemporáneo.....	17

2.2. Algunos debates frente a los Derechos Humanos.....	24
2.2.1. Concepción de los Derechos Humanos.....	24
2.2.2. Fundamentación de los derechos humanos.....	26
2.2.3. Los Derechos Sociales como Derechos humanos.....	27
2.3. El derecho a la salud como un derecho humano fundamental.....	34
2.4. Aproximaciones al concepto de salud.....	40
2.5. El derecho a la salud en el marco del sistema general de seguridad social colombiano.....	43.
3. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	47
3.1 Caracterización de la muestra.....	47
3.2. El Derecho a la salud a la luz de las normativas internacional y nacional.....	49
3.2.1.Desde el Contexto internacional de los Derechos.....	49
3.2.2. Desde el contexto Nacional.....	55
3.2.3. Desde el contexto Distrital y su acción frente al Derecho a la salud....	57
3.3. ¿Más obligaciones que realizaciones? ¿Más realizaciones que obligaciones? Bogotá titular de deberes frente al Derecho a la Salud de los y las jóvenes.....	60

3.3.1. Congruencia entre las disposiciones internacionales y las políticas y estrategias nacionales y distritales.....	62
3.3.2. Del dicho al hecho hay mucho trecho.....	70
3.3.3. El derecho a la salud desde la disponibilidad de los servicios y programas en salud para las y los jóvenes en Bogotá.....	76
3.4. El Derecho a la salud de los jóvenes desde la accesibilidad y uso de los servicios y programas de salud: Ejercicio y disfrute.....	85
3.4.1. El derecho a la salud desde la calidad y aceptabilidad de los servicios y de los programas en salud para las y los jóvenes en Bogotá.....	94

#### 4. CONCLUSIONES

#### BIBLIOGRAFIA

#### ANEXOS

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Encuesta

Anexo B. Guía de entrevista grupal con jóvenes de las localidades

Anexo C. Guía de entrevista para funcionarios de la Secretaria Distrital de Salud.

Anexo D. Cuadro adaptación metodología Enfoque Basado en Derechos Humanos. Anexo E. Categorías de análisis del Derecho a la salud.

Anexo E. Contenidos de los instrumentos internacionales frente al Derecho a la salud

Anexo F. Distribución de frecuencias. Resultados de la encuesta.

Anexo G. Fichas de revisión bibliográfica.

Anexo I. Anexo I. Indicadores de gestión relacionada con coberturas en las acciones de salud en Bogotá, desde el sector público.



## LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Afiliación al régimen de salud según estrato	48
Grafica 2. Problemas de salud durante los últimos 30 días	85
Grafica 3. Problemas de salud en los últimos 30 días según consulta a servicio de salud	86
Grafica 4. Consulta por problemas de salud según edad	87
Grafica 5. Consulta por problemas de salud según estrato	87
Grafica 6. Consulta por problemas de salud según sexo	88
Grafica 7. Servicios de salud consultados por prevención según rango de edad.	88
Grafica 8. Afiliación al régimen de salud	90
Grafico 9. Forma de verificar afiliación según nivel educativo	91
Grafica 10. Conocimiento de los servicios según régimen al que está afiliado.	92
Grafica 11. Aspecto que más influyó en la mala percepción del servicio de salud.	94
Grafica 12. Problemas encontrado en los servicios de salud según edad	96

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Enfoques en el abordaje sobre juventud.	17
Tabla 2. Estrategias desarrolladas por el Estado para la materialización del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá	62
Tabla 3. Acciones disponibles para las y los jóvenes en Bogotá desde el sector	77
Tabla 4. Coberturas en las acciones de salud en Bogotá, desde el sector público	81
Tabla 5. Razón para no estar afiliado actualmente	93
Tabla No 6. Problemas encontrados en los centros de atención	95

## INTRODUCCIÓN

El enfoque de Derechos Humanos ha sido desde hace más de una década el derrotero que fundamenta y orienta muchas de las estrategias que las distintas naciones implementan para garantizar calidad de vida en sus ciudadanos. Soportadas en los lineamientos de carácter internacional muchas de las políticas públicas buscan materializar y cumplir con lo expresado en los instrumentos existentes en función de los DESC <sup>(\*)</sup> En este marco, el Derecho a la salud de las y los jóvenes se encuentra incluido, y los Estados deben implementar acciones para respetar, proteger y cumplir las orientaciones que frente a este se realizan.

Bogotá no ha sido ajena a estos procesos, y en el marco del enfoque de Derechos las distintas administraciones han desarrollado una serie de estrategias enfocados a la población del Distrito, entre ellos las y los jóvenes. Para ciudades como Bogotá cobra importancia el crecimiento de la población joven, como una oportunidad de desarrollo para la ciudad; esto requiere la construcción e implementación de políticas públicas que permitan a las y los jóvenes oportunidades para hacer de ésta una ciudad productiva, así como el acceso y disfrute de sus Derechos, entre ellos el Derecho a la salud.

En este contexto, la presente investigación se compromete con la mirada del Derecho a la salud en los y las jóvenes, a la luz del enfoque de Derechos desde un estudio descriptivo exploratorio, dado que la revisión de estudios previos reportó una muy baja existencia de estudios específicos sobre el tema, los encontrados están orientados en especial al estudios de los Derechos sexuales y reproductivos (Moreno 1997; Schutt 2002; Vélez *sf*; madd 2003) y otros centrados en acceso y uso de a servicios de salud de poblaciones en general o poblaciones

---

(\*) Derechos Sociales Económicos y culturales.

en condiciones de vulnerabilidad (parra 2003; Molina 2008; Defensoría del pueblo 2004).

La investigación desarrollada pretendió aproximarse al tema de la materialización del Derecho a la salud en los y las jóvenes mediante la revisión sistemática de cómo se han implementado en Bogotá las obligaciones del Estado frente al Derecho a la salud de las y los jóvenes, y cómo los jóvenes viven, conciben y disfrutan este Derecho. Dado que para el desarrollo de esta investigación se utilizó el enfoque de Derechos como modelo de exploración y análisis, fue necesario contrastar dos caras de la misma moneda, las obligaciones del Estado puestas en práctica desde las políticas, estrategias y programas de salud a jóvenes en Bogotá y por otro lado la vivencia de los y las jóvenes del Derecho a la salud desde su necesidad de servicios de salud y las barreras de acceso y uso que relatan en su vida cotidiana.

El documento está estructurado en cuatro capítulos. En el primero, se describe el momento lógico y metodológico (Sabino. 1980) de este estudio; en el segundo se presenta el encuadre teórico- conceptual que da piso a este estudio abordando allí una revisión de los consensos y disensos existentes en la conceptualización de los Derechos humanos y el abordaje del sujeto joven. En el tercer capítulo se da paso a los resultados de la investigación con base en la implementación del modelo de análisis denominado Enfoque Basado en Derechos Humanos (\*).

Para finalizar se presentan las conclusiones de la investigación, y algunas recomendaciones de toma de decisión pública.

---

(\*) Este modelo de análisis fue diseñado por el Instituto pensar de la Pontificia Universidad Javeriana

## CAPITULO I. EL DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La Organización Mundial de la Salud OMS define el concepto de salud como "un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad", en este sentido, "el concepto de salud se sitúa mucho más allá del territorio biológico y natural, tiene implícito una conceptualización sanitaria pero también una nueva dinámica, una responsabilidad social, una apropiación de recursos físicos, económicos y humanos, es decir, un acuerdo social acerca de cuáles son los recursos que el Estado y la sociedad deben destinar al propósito de garantizar a los ciudadanos unas condiciones de salud, y como resultado unas condiciones de vida digna"(Vélez 2007,p. 66).

Es necesario reconocer que la salud de los y las jóvenes además de ir más allá de las condiciones de tipo biológico y de la carga de enfermedad, es el resultado de la interrelación que existe entre un conjunto de aspectos, por un lado, lo biológico, y genético, y por otro, aspectos de tipo social, cultural, político y económico, que se conjugan y favorecen las potencialidades de los y las jóvenes para insertarse en la vida social en condiciones de equidad y dignidad humana. Por tanto, la salud debe ser entendida como el producto de complejas valoraciones sociales y biológicas, pero a la vez como dotaciones y condiciones que favorecen una vida con bienestar y equidad y por tanto un conjunto de condiciones y recursos que debilitan las desigualdades sociales existentes.

Sin embargo, la realidad social de los y las jóvenes muestran serias inequidades que no favorecen el desarrollo de sus proyectos vitales y que afectan la salud de los jóvenes, una serie de factores adversos, de carácter social, político o de

políticas públicas, económicos y culturales a los cuales han estado expuestos los jóvenes dificultan la exigibilidad de sus Derechos y afectan la calidad de vida para este grupo poblacional. Mayor educación y acceso a las comunicaciones contrasta con menores posibilidades de acceso a bienes básicos, dicho de otra manera, con amplias dificultades para acceder a servicios básicos de vida digna, empleo y seguridad social integral, entre ellos la salud.

La realidad social de los jóvenes hoy en Bogotá, muestra que quienes cumplen la mayoría de edad (18 años) no cuentan con las oportunidades para insertarse a procesos sociales como trabajo formal, educación superior y acceso a los servicios sanitarios, todas estas condiciones para lograr mejores procesos de desarrollo. Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2007<sup>(\*)</sup> en Bogotá los jóvenes trabajadores están prioritariamente en la informalidad 59%; tan solo el 25% de los que asisten al sistema educativo (grupo de 18 a 24 años) llegan al nivel de estudios universitarios y técnicos; unos 450.000 bachilleres no ha podido ingresar a la educación superior, los jóvenes se ven en la necesidad de entrar rápidamente al mercado laboral, porque carecen de acceso a la educación técnica y universitaria, y la poca oferta educativa existente no satisface las expectativas de este grupo poblacional, ni son coherentes con las necesidades laborales de la ciudad (Informe de desarrollo humano de Bogotá, 2008: 136).

De acuerdo a la ECV 2007 198.691 jóvenes no estudian, no trabajan y no buscaron empleo en la última semana; 457.958 jóvenes se encontraban solo trabajando y 46.442 jóvenes estudian y trabajan. Estas cifras refuerzan la idea de que solo quienes tienen menos de 18 años cuentan con mayores oportunidades, amparadas no solo por la voluntad política, sino por la normatividad existente que refuerza el vínculo educativo, a veces difícil de mantener por las condiciones de

---

(\*) ECV. Encuesta de calidad de vida – 2007 Última Encuesta procesada, si bien existe la Encuesta de calidad de vida nacional 2010 es necesario solicitar permiso o comparar la base para obtener datos más actualizados.

las familias, pero que de una u otra forma retiene al joven al máximo en el sistema y con ello lo vincula a otros servicios sociales como el de salud.

En cuanto a salud las cifras no son tan dramáticas, del total de la población joven en Bogotá, es decir 1.635.102 jóvenes; de estos el 68,5% (1.116.244 jóvenes) se encuentran afiliados al régimen subsidiado y el 20% (337.521 jóvenes) al régimen contributivo, lo que significa que el 88% de los jóvenes se encuentran vinculados al SGSSS (1.453.765 jóvenes). Esto evidencia que existe una proporción de jóvenes (181.337 jóvenes) que por distintas razones no hacen parte del sistema y que por ende sus oportunidades de acceder y disfrutar del Derecho a la salud se ven obstaculizada.

Vale la pena decir también que cifras sobre pobreza e indigencia juvenil en Bogotá no existen pero se puede derivar que la población por debajo de la línea de pobreza se encuentra en el 22% y la de indigencia es de 4.1%. (MESEP<sup>(\*)</sup>, 2009) de igual forma, la situación laboral de los jóvenes cuyas actividades laborales se encuentran en peores y difíciles condiciones para los y las jóvenes que comparten con frecuencia la subsistencia y sostenimiento de sus familias, esto impone sin duda en el contexto de situación de vida de los jóvenes una determinante importante de subsistencia.

En este panorama la administración distrital, ha liderado una serie de procesos de implementación de la política pública de juventud, la cual fue estructurada bajo el enfoque de Derechos, (siendo la salud uno de ellos). Es así como en el marco de los Derechos el Plan Distrital de Juventud 2008-2011, estableció que la salud de las y los jóvenes es un Derecho que permite que los seres humanos dispongan de las condiciones que garanticen un óptimo estado físico, mental y emocional (Constitución Política de Colombia 1991: Artículo 49); ello significa que el sentido que se le da a la salud como Derecho es el detonante de un conjunto de

---

(\*) Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad – DNP DANE.

oportunidades que posibilitan su existencia en tanto la calidad de vida y el goce pleno de la vida ofrece el camino necesario para el desarrollo del proyecto vital humano, de personas y comunidades, de la sociedad en su conjunto.

El comité de los Derechos Económicos Sociales y Culturales (DESC) en la observación No 14, diferencia y da contenido a lo que se considera el Derecho a la salud cuando advierte que el contenido mínimo del Derecho a la Salud contempla por un lado el Derecho a la atención sanitaria con aspectos como el aseguramiento en salud y el acceso a servicios de asistenciales y por otro, el Derecho a la salubridad pública con acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Cabe aclarar que el Derecho a la salud como un Derecho Humano Fundamental, también es definido por los DESC como un Derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud.

Se debe insistir entonces que la salud es mucho más que el conjunto de servicios del sector que así se denomina y actúa, es un conjunto de condiciones de vida que favorecen la existencia y el desarrollo con dignidad y equidad de las personas de una sociedad. En este sentido, las acciones que desde el sector salud se realizan con jóvenes están enmarcadas en acciones de atención en salud y salud pública, con un fuerte componente de gestión intersectorial para afectar determinantes sociales e impactar positivamente en las condiciones de vida de los jóvenes.

Pese a los esfuerzos de la administración distrital, los programas de atención sanitaria y salud pública, que se dirigen a los jóvenes en el marco de la política de salud en Bogotá, evidencian algunos aspectos que ponen en cuestión el tipo de relación que se teje entre la política de salud y los planteamientos que se hacen respecto al Derecho a la salud, me refiero a su contenido filosófico y fáctico, asociado con la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del Derecho



a la salud de los jóvenes, lo cual , configura desfases importantes en primer lugar en el ejercicio y disfrute del Derecho y en segundo lugar en la manera como los jóvenes asumen este Derecho. Observaciones sistemáticas sobre el modelo de salud y el ejercicio del Derecho a la salud permiten explicitar hechos que ilustran los desajustes entre el deber ser y la realidad, a saber:

a. En el actual modelo del sistema de salud colombiano, el uso de los servicios según necesidad depende del aseguramiento y éste a su vez del ingreso de las personas y de la voluntad política de los gobiernos en cuanto a invertir en la salud de los pobres ( Vega 2001, p.51) que en contextos sociales como los de la ciudad de Bogotá, donde las condiciones laborales de las y los jóvenes se caracterizan por la informalidad y la contratación en periodos cortos; así como las pocas oportunidades de acceso a la educación técnica y superior, hacen del uso de los servicios sanitarios para esta población un Derecho no realizable. En este sentido las y los jóvenes de Bogotá en su mayoría no cumplen con las condiciones que el Sistema de Salud requiere para poder hacer uso de este en forma plena.

b. Aunque la salud de los jóvenes es un elemento esencial para el progreso social, económico y político de todos los países, con frecuencia las necesidades y los Derechos de los jóvenes se limitan a la comprensión de conductas que puedan ser inadecuadas, y a la vinculación de metas y programas que se enfocan solo desde la enfermedad y no desde la calidad de vida. Es por esta razón que se priorizan acciones en salud relacionadas con temáticas como el uso inadecuado de sustancias psicoactivas, y problemas asociados con la salud sexual y reproductiva. Al respecto el Departamento de Investigaciones de la Universidad Central (2002), plantea que “La Política Pública de Juventud, como la investigación social, se han focalizado en un tipo de joven – el de sector popular- y de él, el que se encuentra en situaciones trasgresoras, como la violencia, la delincuencia, el consumo de drogas; los temas del embarazo adolescente y la atención materno-infantil; acercamiento que en todo caso las sigue mirando desde

su efecto en otros –como madres prematuras, además - y no desde su singularidad”.

c. Algunos programas de salud pública que favorecen la promoción de la salud y la calidad de vida (\*); que no requieren un nivel de aseguramiento en salud, han contado con una escasa participación real y efectiva por parte de los y las jóvenes. La información proporcionada en el informe de rendición de cuentas de la procuraduría general de la nación 2010 “Nuestra niñez, adolescencia y Juventud cuenta contigo”, plantea que de los 1.635.102 jóvenes que viven en la ciudad de Bogotá para el año 2010 solo 1.100 jóvenes (0.06%) han hecho parte del programa fortalecimiento a organizaciones juveniles; 1.394 jóvenes (0.07%) han participado de las acciones del programa salud al trabajo y 629 jóvenes (0.03%) han participado de la intervención jóvenes padrinos de jóvenes con discapacidad.

Lo anterior puede explicarse en que acceder al servicio sanitario y de promoción de la salud no resulta lo suficientemente atractivo para los jóvenes por tanto su vínculo a proyectos de promoción de la salud individual y colectiva es muy limitada, podría significar también que existe una incoherencia entre las necesidades y expectativas de los jóvenes y la oferta en salud (desde lo promocional hasta la atención sanitaria).

d. Existen factores de carácter social, económico y cultural que se convierten en obstáculos para que los jóvenes vivan y realicen su Derecho a la salud, entre los más importantes, los roles de adultos que muchos desempeñan (abandonar el sistema educativo para trabajar, ser padres de familia a edad temprana y generar ingresos para el hogar); adicionalmente la tendencia generalizada de los jóvenes a pensar que en esta etapa de la vida no existen posibilidades de enfermar, la

---

(\*) El Distrito cuenta con programas como : el fortalecimiento a organizaciones juveniles, el trabajo con barras futboleras, la construcción de territorios afectivos, jóvenes padrinos de jóvenes con discapacidad, entre otros

mirada del presente que desdibuja la perspectiva de envejecimiento; y la tendencia de los prestadores de servicios a ver la salud como un servicio y a los jóvenes como clientes.

En este contexto, se hace necesario identificar las distintas estrategias (normas, políticas, planes y proyectos) que el Estado pone en práctica para materializar el Derecho a la salud y los fundamentos y realizaciones que adelanta la política de salud del Distrito en vía a materializar el Derecho a la salud de los y las jóvenes. A su vez es de singular importancia identificar la relación y congruencia que guardan estas acciones con los propósitos y fines de los Derechos Humanos, en tanto que “la interrelación teórica entre los Derechos Humanos y las políticas públicas está guiada por un enfoque filosófico social, que permite llegar a los fundamentos, la naturaleza, el sentido, la dirección y las formas cómo interactúan los procesos de poder, de emancipación o dominación en el seno de la sociedad globalizada”. (Restrepo 2006, p. 15).

Esta investigación, asume un concepto de salud amplio, relacionado directamente con calidad de vida, dignidad humana y justicia sanitaria, por tanto elemento indispensable para el disfrute de los demás Derechos. Sin embargo, para la medición que comporta esta investigación centrada en la materialización del Derecho a la salud de los y las jóvenes en Bogotá, fue preciso suscribir un concepto de salud más acotado basado en los Derechos sociales y los atributos propios del Derecho a la salud tales como acceso, aceptabilidad, calidad y disponibilidad que desde la comisión de Derechos sociales se definen como elementos esenciales del Derecho a la Salud. Estos atributos serán analizados desde los servicios de atención sanitaria, enmarcadas en las acciones de salud pública, participación en salud, desarrollo de servicios y aseguramiento, en tanto son competencias directas del sector. En suma, esta investigación pretende responder los siguientes cuestionamientos:

¿Cómo se materializa el Derecho a la Salud de los-as jóvenes en Bogotá a la luz de la Política Pública de Salud en la ciudad, en el marco del Enfoque Basado en Derechos Humanos EBDH?. En este sentido ¿qué relación y congruencia existe entre la política de salud en Bogotá y las disposiciones internacionales y nacionales de garantía, obligación y ejercicio del Derecho a la salud de jóvenes en la ciudad? ¿Qué estrategias ha desarrollado Bogotá para cumplir las obligaciones del Estado como titular de deberes frente al Derecho a la Salud de los y las jóvenes? ¿Cómo conciben los-as jóvenes el Derecho a la salud? ¿Cómo se hace uso del Derecho a la salud en las y los jóvenes de Bogotá, a la luz del acceso y uso a los servicios de salud? Y ¿cuáles son las barreras o factores condicionantes del ejercicio pleno de este Derecho?

## 2. OBJETIVOS:

### General.

Analizar la relación y congruencia existente entre los marcos de fundamentación del Derecho a la salud, y los propósitos y acciones de la política pública de salud plasmadas en los programas que se derivan de ellos para las y los jóvenes de Bogotá en el marco del Enfoque Basado en Derechos Humanos.

### Específicos:

- 1- Definir las obligaciones del Estado como titular de deberes frente al Derecho a la Salud de los y las jóvenes.
- 2- Describir el uso al Derecho a la salud que hacen las y los jóvenes en Bogotá desde la perspectiva de acceso y uso de servicios de salud.
- 3- Identificar las barreras (político, social, económico y cultural) que obstaculizan en los-as jóvenes la vivencia del Derecho a la salud, a partir del contexto actual en Bogotá.

### 3. JUSTIFICACIÓN

“El enfoque de Derechos se nutre de un importante corpus de principios, reglas y estándares que componen el ámbito de los Derechos humanos, y que en el último tiempo se ha preocupado por definir con mayor precisión no sólo aquello que el Estado no debe hacer, a fin de evitar violaciones, sino también aquello que debe hacer para lograr la plena realización de los Derechos civiles, políticos y también económicos, sociales y culturales” (Abramovich, 2006),

El desarrollo de estrategias para la materialización de los Derechos debe lograr que en su implementación se trascienda estos principios a la operación. En este contexto los aportes que desde esta investigación se derivan pretenden que quienes implementan las acciones de política pública, reflexionen frente a la necesidad de lograr plasmar en la operación los marcos de fundamentación de los Derechos humanos, ya que este es un vacío latente.

De igual forma, aportar a la toma de decisiones para materializar el Derecho a la salud de las y los jóvenes, de manera tal que se continúe avanzando en el desarrollo de acciones en el marco de los Derechos humanos que favorezcan las potencialidades de las y los jóvenes y que permitan ampliar el espectro frente a las necesidades y realidades de estos, entendiendo que el Derecho a la salud si bien implica acciones de atención sanitaria y de calidad de vida, pone de relieve el eje en las condiciones de vida para poder contar con salud. Para los jóvenes esta investigación es una invitación para emprender procesos de movilización social fuertes que repercutan en las instancias de carácter nacional e internacional, logrando que el Derecho a la salud sea asumido como un tema trascendental en la vida de los jóvenes, desde un marco de la calidad de vida, que logre romper la visión estigmatizante del joven en relación con problemas de salud como lo es el embarazo en adolescentes y el consumo de sustancias psicoactivas.

#### 4. DISEÑO METODOLOGICO

La presente investigación, es un estudio descriptivo exploratorio, ya que a partir de la revisión biográfica no se encontró evidencias específicas y amplias frente a la materialización del Derecho a la Salud de las y los jóvenes de Bogotá. La bibliografía existente aporta en estemas específicos de a las políticas de salud y jóvenes centrados en el acceso a la salud desde la prestación del servicio que hace un énfasis en los servicios en los temas de salud sexual y reproductiva y psicoactivos, encontrándose dentro de ellos a autores como Moreno, E.; Serrano, C y García, T. (1993). Bernal, M. *et al.* (2010). Martínez-González, M A. (2008) y los estudios que el Fondo de Poblaciones ha realizado hacia esta población centrados en la implementación del modelo de servicios amigables en salud cuyo énfasis esta en los Derechos Sexuales y reproductivos. Estos aspectos que son sin duda importantes más no suficiente para comprender el tema de estudio. Lo que exigió que dicha investigación tuviera tan solo un alcance descriptivo exploratorio. En suma, el estudio que se presenta aborda elementos de comprensión del derecho a la salud, sin que ello pueda entenderse como un estudio exhaustivo sobre el tema.

4.1. Población La población de estudio estuvo centrado en dos poblaciones diferentes:

- Jóvenes hombres y mujeres de 14 a 26 años subdivididos en dos segmentos: 14 a 17 años- Adolescentes y 18 a 26 años jóvenes, residentes de Bogotá, que han estado vinculados o no a los programas de salud del distrito de las diferentes localidades.
- Funcionarios públicos de la Secretaria Distrital de Juventud encargados de los programas dirigidos a los jóvenes en la ciudad. Es importante resaltar que al considerar que la materialización del derecho a la salud, de las y los jóvenes en Bogotá se implementa a partir de las políticas y programas que

se diseñan desde el nivel Distrital y se operativicen en lo local, se decidió que se entrevistarían solo a los profesionales del nivel Distrital o central, pues estos son quienes proyectan, planean y orientan las acciones a la luz de las políticas definidas.

Es importante resaltar, que en los jóvenes hombres y mujeres habitantes de Bogotá, dado que son ampliamente heterogéneos, se intentó acercar dichas diversidades en la configuración de la muestra, para tal fin se utilizó el muestreo no probabilístico de orientación cualitativa de máxima diversidad y por cuotas. Por tanto la muestra se configuro en razón a las siguientes diferencias:

4.2. La muestra: el tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico de orientación cualitativa, en esta categoría se utilizaron tres tipos de muestra cualitativa: A. para los jóvenes el muestreo de máxima variación (buscando incluir de la heterogeneidad de los grupos de jóvenes) y el muestreo de cuotas (Hernández Sampieri, et al, 2008:566). Para los funcionarios de los servicios de salud el muestreo seleccionado fue tipo expertos y muestreo a conveniencia. “el proceso en el cual el investigador selecciona directa e intencionadamente los individuos de la población. El caso más frecuente de este procedimiento el utilizar como muestra los individuos a los que se tiene fácil acceso” (salamanca 2007) No se utilizó el muestreo probabilístico representativo debido a que el trabajo tiene un alcance exploratorio y a que se enfrentaban limitaciones de orden financiera para lograr una muestra dicha muestra en todo Bogotá.

En suma, la muestra de jóvenes (hombres y mujeres) estuvo conformada por

- Jóvenes que hacen parte de los programas de salud pública del Distrito
- Jóvenes universitarios (Javeriana, Bosque y Rosario)
- Jóvenes que no han sido usuarios de los servicios de salud.

Con base en estos tres subgrupos se intentó intencionalmente incluir las siguientes condiciones de diversidad conformando a su vez nuevos subgrupos:

- Jóvenes de diferentes estratos socioeconómico: ( 3 subgrupos)
  - 1-3: Bajo y medio bajo;
  - 4-5: Medio y medio alto;
  - 6: Alto.
- Jóvenes en condiciones y situaciones sociales de máxima vulnerabilidad:
  - Jóvenes habitantes de calle.
  - Jóvenes en situación de desplazamiento forzado por la violencia.
- Jóvenes de diversidad identitaria:
  - LGBT;
  - Pertenecientes a grupos étnicos: indígenas y afro-descendientes
  - Vinculados a culturas (subculturas urbanas <sup>(\*)</sup>) juveniles.
- De diferente sexo:
  - femenino
  - masculino.

#### 4.1.2. Totales de la muestra

- Funcionarios de la Secretaria Distrital de Salud: 5 - Profesionales del ámbito distrital a cargo que los programas dirigidos a los y las jóvenes en Bogotá en el tema de salud.
- 100 jóvenes usuarios de los servicios de salud y 109 jóvenes que no han sido usuarios de estos servicios, para un total de una muestra de 209 jóvenes. Es importante resaltar que estos jóvenes también

---

(\*) Las subculturas nacen como construcciones teóricas elaboradas por quienes usan el concepto. Para los estudios culturales, dichas sub-culturas serían 'completos modos de vida' o 'mapas de significación' que hacen inteligible el mundo a sus miembros, desde la distinción o diferencia que los caracteriza frente al colectivo supuestamente 'normal'. Una auténtica subcultura se definiría a partir de sus opuestos, al menos así lo ha hecho la producción mediática en la cultura dominante; en otras palabras, disfrutan de una conciencia de 'otredad'. (Muñoz s.d: 8)



hicieron parte del proceso de aplicación de las encuestas y de los grupos focales para el desarrollo de la investigación.

4.3. Fuentes y técnicas de recolección de datos: Las fuentes y técnicas de recolección de datos utilizadas fueron:

FUENTES CONSULTADAS	TECNICAS
<b>PRIMARIAS</b>	
Jóvenes residentes en diferentes localidades de Bogotá (209)	Encuesta descriptiva, cerrada e individual (ver anexo A. Formulario de Encuesta)
Jóvenes vinculados a los proyectos de salud pública (20 jóvenes)	Entrevista colectiva – Grupo focal.( ver anexo B- Guía de entrevista abierta a grupo focal)
Funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud (5)	Matriz de proceso. Entrevista semiestructurada (ver anexo C)
<b>SECUNDARIAS</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</li> <li>2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966. PIDESC</li> <li>3. Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador.</li> <li>4. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.</li> <li>5. Convenios de la OIT en relación con la salud en el trabajo.</li> <li>6. Declaraciones y Resoluciones de Naciones Unidas (no son obligatorias pero establecen líneas de acción).</li> <li>7. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud</li> <li>8. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, en 1994.</li> <li>9. Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993).</li> <li>10. Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing 1995.</li> <li>11. Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Copenhague, 1995.</li> <li>12. Convención iberoamericana de juventud.</li> <li>13. Programa Mundial de Acciones para la Juventud para el año 2000.</li> <li>14. Plan Nacional de salud</li> <li>15. Plan distrital de Salud.</li> <li>16. Plan de intervenciones colectivas.</li> <li>17. Modelo de atención servicios amigables en salud para</li> </ol>	Revisión documental

4.4. Las categorías de investigación: La investigación trabajará con dos tipos de categorías que se intersectan en su exploración y análisis, el primer grupo de categorías fueron llamadas (por la autora) como *operativas* en tanto se asocian con obligaciones y acciones del Estado para asegurar el disfrute y uso del al Derecho, y las segundas categorías de *cualidad del Derecho* o atributos del Derecho en tanto se relacionan con sus contenido y profundidad de aplicación, ejercicio y disfrute del mismo. En el esquema siguiente se intenta esquematizar la intersección de dichas categorías queriendo mostrar que las categorías de cualidad deben cruzar en forma permanente las operacionales. En este sentido se explorará la intersección permanente.

Esquema 1. Categorías de investigación

Categorías operativas		categorias de cualidades (atributos de los derechos)					
Obligaciones del Estado: Respetar Proteger Hacer efectivo	Nacional y distrital	Políticas	Aceptabilidad	Accesibilidad	Calidad	Disponición	→
		Leyes					
		Normas					
Acceso, uso y vivencia del derecho a la salud desde los jóvenes							→
Nociones sobre el derecho a la salud.							→

Fuente: Elaboración propia

4.5. El proceso de recolección y análisis de los datos: La investigación realizó las siguientes etapas:

- I. Revisión bibliográfica.
- II. Apropriación y adaptación del modelo metodológico Enfoque Basado en Derechos EBD. (ver tabla de adaptación del modelo EBD “Dispositivo investigativo” Anexo D )
- III. Diseño de técnicas e instrumentos de recolección de datos.
- IV. Recolección de los datos.

## V. Redacción del informe final.

En cuanto al análisis de los datos, las entrevistas individuales a funcionarios y las entrevistas colectivas a grupos focales se procesaron mediante análisis cualitativo de contenido a la luz de las categorías. En cuanto a las Encuestas la información recolectada se procesó a la luz de categorías y variables de interés ya señaladas mediante la herramienta SPSS. Para la presentación de datos y su interpretación fueron ejes ordenadores de la información:

- I. El contexto del Derecho a la salud de los jóvenes.
- II. Las obligaciones del Estado frente al Derecho a la salud.
- III. La vivencia del Derecho a la salud por parte de los jóvenes.

Es importante resaltar que a la luz de estos ejes se entrelazaron las categorías de investigación definidas anteriormente, así mismo que el análisis de los datos se realizó a partir de lo propuesto en el modelo metodológico de Enfoque Basado en Derechos, el cual se “constituye como un modelo de análisis que se fundamenta en la normativa, principios y lineamientos del sistema internacional de los Derechos humanos, bajo los cuales se argumenta su legitimidad” (Hoyos, V.G; Aldecoa, L.F “y” Sañudo P. M (s, f)) permitiendo evidenciar y caracterizar la forma cómo se materializan dichos principios, lineamientos y normatividades internacionales en los diferentes ámbitos y que plantea el desarrollo de los siguientes pasos:

- Diagnóstico de situación desde un EBDH: Análisis de contextos Situación de los Derechos Situación de los Derechos.
- Conceptualización del Derecho según estándares internacionales y definición y contenido de las categorías o dimensiones del Derecho.
- Situación del Derecho con respecto a las obligaciones.
- Situación del Derecho en relación al ejercicio.

## 2. MARCO CONCEPTUAL.

Para el desarrollo de esta investigación se propone el abordaje de cuatro categorías conceptuales: Juventud, salud, Derecho a la salud, Derechos Humanos y Derechos sociales, ciudadanía y participación, las cuales se desarrollan a continuación:

### 2.1. COMPRENSIÓN DEL SUJETO JOVEN CONTEMPORÁNEO.

Son múltiples las concepciones que se han establecido en torno al concepto de juventud, algunas aproximaciones se han dado desde el punto de vista biológico o fisiológico, otras apuestas permiten entenderla como una categoría referida a una generación de personas, generalmente delimitada por márgenes de edad biológica, y por un conjunto de expectativas y representaciones sociales, que según el contexto y la época pueden variar.

Distintos enfoques se han utilizado para el análisis, abordaje y comprensión de los y las jóvenes, los más representativos se sintetizan en la siguiente tabla:

Tabla No 1. Enfoques en el abordaje sobre juventud.

ENFOQUE Y DISCIPLINAS QUE HAN APORTADO AL ENFOQUE	CARACTERÍSTICAS DE LA JUVENTUD
<b>Enfoque conservador y adulto – céntrico.</b>  Psicología evolutiva o psicología del desarrollo, la medicina biologicista y la sociología funcionalista.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Prima el enfoque psicobiológico sobre los sujetos jóvenes y juventud.</li><li>- Elaboración de imágenes del joven como un individuo en preparación para el mundo adulto.</li><li>- Etapa caracterizada por la preparación para asumir algunos roles como la inserción en el mundo laboral, la conformación de familias.</li><li>- Etapa caracterizada por una serie de crisis de diverso tipo que vuelven al joven una persona vulnerable e inestable.</li></ul>
<b>Enfoque de construcción social de juventudes.</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Proceso cuyas características más significativas están dadas por el contexto social, político, cultural y económico.</li></ul>

	- Tienen un peso significativo en la construcción de juventud aspectos identitarios como la clase social, el género, el origen racial, la localización territorial etc.
<b>Enfoque culturalista</b>	- La construcción del sujeto juvenil enmarcado por la cultura. - Se observa lo juvenil a partir de las producciones culturales propias de este grupo.
<b>Enfoque generacional desde lo juvenil.</b>	- Lo juvenil deviene de una construcción social, sin embargo, lo social es visto desde la existencia o ausencia de relaciones entre generaciones. - Comprende lo juvenil como relaciones sociales en permanente construcción ( dinámicas, diferenciadas e infinitas)

Fuente: Elaboración propia basada en el artículo Duarte Quapper, Klaudio. ( 2009) *Desafíos a los procesos investigativos en juventudes que plantean las condiciones juveniles de América Latina y el Caribe En: ¿Qué sabemos y que no sabemos de los jóvenes?*. Bogotá

Si bien el enfoque adulto-centrista es el que ha primado en la forma tradicional del cómo se orientan y planifican las acciones con los y las jóvenes, a partir de las creencias e imaginarios frente a estos sujetos, como personas que están en formación y por tanto requieren acciones que les permitan insertarse al mundo laboral, educativo, familiar, etc, y que ve al joven como rebelde; el enfoque culturalista y el enfoque de construcción social del sujeto joven, han permitido transformar progresivamente estos imaginarios y comprensiones de los jóvenes, imprimiendo a los programas y proyectos una visión más amplia para el abordaje de las personas jóvenes. Germán Muñoz afirma que “se empiezan a romper ciertos mitos acerca de estilos de vida juvenil que han sido descalificados, sin conocer su potencialidad, al reducirlos a etiquetas tales como: "imitadores de lo foráneo", "satánicos", "modas pasajeras", "violentos", "drogadictos”. (ca. 2006: 2)

En este sentido, el enfoque culturalista, permite construir discursos para la comprensión de los y las jóvenes, a partir del reconocimiento de las expresiones artísticas, simbólicas entre otras, de los jóvenes, “desde una mirada transdisciplinaria, dinámica, capaz de acercarse a la cotidianidad de los jóvenes y de dar cuenta de los nuevos sentidos que ellos están creando para proponer "nuevos modos de existencia" acordes con el "espíritu del tiempo””. Muñoz (2002: 7). Se inician con este enfoque, aproximaciones a la comprensión de grupos de jóvenes que con su cuerpo y actuación envían mensajes de crítica, rechazo o búsqueda de formas distintas de habitar la sociedad, me refiero a las llamadas

culturas juveniles, (o tribus urbanas como las nombra Mafesoili) convirtiéndose en una oportunidad para la comprensión de nuevas formas de construcción de lo juvenil, donde los proceso identitarios, las estéticas, las concepciones ideológicas, las expresiones simbólicas, entre otros, son elementos que se incorporan en los distintos discursos.

Héctor Fouce (2004: 12) afirma que en la cultura juvenil como fenómeno dialógico, el ejercicio político del poder o “la dominación no se logra por la fuerza, sino a través de la construcción de un espacio simbólico. Éste, productor de consenso, se construye a través de instituciones como los medios de comunicación, la escuela, la familia, y también a través de prácticas culturales como la música, la arquitectura, el diseño, la televisión o la moda. Así pues, lo que está en juego con las prácticas culturales juveniles, es deconstruir la mirada oficial/dominante para indagar en otras discursividades que develen nuevas miradas de lo juvenil”.

De igual forma, es importante tener en cuenta que el reconocimiento sobre las diversas “condiciones juveniles: jóvenes y culturas juveniles; jóvenes, territorios y sensibilidades; jóvenes y consumos culturales; jóvenes y religiosidades” (Serrano 2009: 121) en los contextos urbanos y rurales, permiten comprender las significaciones que en ellas se expresan, y facilita establecer estrategias o acciones que sean llamativas para los jóvenes. Las prácticas culturales juveniles pueden aportar elementos para abrir espacios de trabajo con los mismos jóvenes, ya que en las culturas juveniles hay un mundo simbólico que crece constantemente.

Por otro lado, el enfoque de construcción social de las juventudes, argumenta que “la juventud es un concepto cambiante que se reconstruye permanentemente y se reproduce en lo cotidiano. Sus ámbitos de referencia son íntimos, cercanos y familiares, barrios, escuela, trabajo y otros; también se puede reproducir en lo

imaginario, donde las comunidades y grupos de referencia marcan formas valorativas de lo juvenil” (Lozano 2003: 7).

Desde este enfoque, se muestra una visión de la juventud como grupo social capaz de crearse a sí mismo, en relación con los otros, con la naturaleza, con la sociedad, con sus espacios de desarrollo cotidiano y que puede construir signos, símbolos y toda una visión del mundo. En la juventud no solo se presentan cambios biológicos y psicológicos sino también un conjunto de condiciones propias del desarrollo y del entorno que hacen diferente la asunción de roles y comportamientos, Alpizar (2003) manifiesta que “la juventud permanentemente se está construyendo y re-construyendo, históricamente. Cada sociedad define a la «juventud» a partir de sus propios parámetros culturales, sociales, políticos y económicos, por lo que no hay una definición única. Por tanto, las perspectivas tradicionales sobre la juventud se pueden transformar, de-construir y re-construir.” (Alpizar y Bernal 2003: 17).

Los aportes dados por los enfoques culturalista y de construcción social de la juventud, pueden ser complementarios entre sí, permitiendo ampliar las comprensiones sobre los jóvenes y como fortaleza ambos enfoques rompen la estructura tradicional y adulto centrista desde la cual se comprende a los jóvenes e incorporan elementos enriquecedores para la comprensión de las personas jóvenes; sin embargo, este trabajo asume una conceptualización de la juventud a partir del enfoque generacional, al considerar que recoge elementos de los dos enfoques anteriores, y permite un acercamiento desde el reconocimiento del contexto socio histórico actual.

Es importante anotar que el abordaje de la juventud desde lo generacional, incorpora una mirada de los jóvenes a partir de elementos como las transformaciones culturales, tecnológicas y mediáticas; los roles y expresiones de los jóvenes; las oportunidades e inequidades de los mismos marcado en aspectos

como la clase social, la vinculación al sistema educativo y laboral; las relaciones sociales que se construyen entre una y otra generación; las relaciones que construyen entre los mismos jóvenes, entre otros; todos estos aspectos mediados por el contexto en determinados momentos históricos. En suma “ser integrante de una generación implica haber nacido y crecido en un determinado período histórico, con su particular configuración política, sensibilidad y conflictos (Margullis 2005, p. 6).

Frente al enfoque generacional, tres elementos importantes deben ser considerados: “1. El hecho de que las personas están expuesto a ciertos fenómenos socioculturales similares, es decir, que existe la posibilidad de ser incidido por determinadas cosmovisiones de la época; 2. La existencia de sujetos que asumen tendencias o modas emergentes en el contexto de la producción y construcción cultural; 3. La existencia de un grupo de personas concreto que se apropia de manera reflexiva de la situación de generación, tejen relaciones sociales construidas en la producción cultural”. (Mannheim, citado en Alvarado, 2009: 99).

En este sentido, recogiendo los elementos que permiten el abordaje de la juventud a partir del enfoque generacional, se concibe en este trabajo a la juventud como una generación cuyas características son fruto de construcciones y significaciones sociales y culturales a través del tiempo en contextos históricos y sociedades determinadas; en interacción con otros pares y otras generaciones, en un proceso de permanente cambio y resignificación, manifiesta en expresiones culturales y simbólicas; la diversidad de formas y expresiones de lo juvenil, hace necesario hablar de juventudes en un amplio sentido de las heterogeneidades que se pueden presentar y visualizar entre unos y otros jóvenes.

En término de lo generacional, “los jóvenes son nativos del presente, cada una de las generaciones coexistentes (divididas a su vez por otras variables sociales) es



resultante de la época en que se han socializado. Cada generación es portadora de una sensibilidad distinta, de una nueva episteme, de diferentes recuerdos; es expresión de otra experiencia histórica”. (Margullis 2005: 2).

El contexto económico, político, social y cultural, imprimen características a la generación actual de los jóvenes: los jóvenes viven, se desarrollan y realizan sus procesos de socialización en un mundo globalizado, en el cual (sobre todo en las zonas urbanas) el acceso continuo que ellos tienen a la información y el conocimiento, como son la tecnología, el internet, el TV Cable permiten nuevos lenguajes y la construcción de nuevos espacios de socialización; cuentan más años de escolaridad y menos acceso a empleo formal; pertenecen a o grupos u organizaciones sociales en diversos temas, construyen etc.

“La condición de juventud indica, en la sociedad actual, una manera particular de estar en la vida: potencialidades, aspiraciones, requisitos, modalidades éticas y estéticas, lenguajes” (Marguillis 2005: 7), muchos jóvenes, han adoptado formas de expresión y de organización que se proyectan hacia el exterior, es decir, en su relación con los otros y que les permite interactuar con sus pares.

De igual forma, han venido operando en espacios de pertenencia y adscripción identitaria, y a partir de esto han construido un mundo en común, que en cierta medida se convierte en una salida ante los fenómenos de exclusión y falta de oportunidades que les afecta directamente. Algunos jóvenes ven en el pertenecer a grupos como Punk, Emo, Dark, Gótico, Hippie, Skinhead,, Heavies, Raperos, Rockeros, Skatos, Hoppers, entre otros, un mundo de aceptación, pertenencia, inclusión y protesta en colectivo que se constituyen en un espacio de confrontación, comunicación y construcción de saberes.

Los jóvenes, hoy se consideran con la posibilidad de ejercer un rol protagónico a través de la familia, la escuela, el barrio, las instituciones y el estado, y reclaman a

gritos el reconocimiento de su diversidad y el ejercicio de sus Derechos; estos son expresados en diversos lenguajes como los graffitis urbanos, los ritmos triviales, su forma de vestir, el lenguaje (verbal, artístico, musical, entre otros) utilizado y la apropiación de los escenarios urbanos (Parques, Calles, bajo los puentes, paredes), con prácticas como el Parkour, graffitis, Skate, bicicrós, entre otros, debe ser leídos como una forma de entender el mundo, de identificarse con los mismos y de diferenciarse de los otros en especial de los adultos.

Es importante resaltar que en el mundo se pone de relieve el debate no solo sobre la actual generación de jóvenes, sino que plantea la necesidad de incluir en las políticas sociales actuales, temáticas y estrategias que pongan de manifiesto la importancia de las relaciones intergeneracionales, pues los problemas que enfrentan los jóvenes de hoy no son solo retos de las sociedades actuales, sino también de las generaciones venideras, por tanto debe preverse que la política de juventud debe pensar en los adultos de mañana y en el legado que se dejara a nuestros niños para garantizar el ejercicio de sus Derechos cuando sean jóvenes

Aunque no es considerado un enfoque la noción de juventud tiene una íntima relación con la edad. En la Política Distrital de Juventud 2006-2016: joven es toda persona entre 14 y 26 años; desde la Organización Mundial de la Salud- OMS- se considera como población juvenil las personas entre 10 y 24 años, sin embargo, para efectos de la presente investigación se asumirá el rango etareo que se presenta en la ley nacional de juventud y en la actual política pública de juventud para Bogotá, donde se especifica que joven es toda aquella persona entre los 14 y 26 años.

De igual forma, se asume al joven como un sujeto con múltiples potencialidades, expresiones, teniendo en cuenta que los procesos de la sociedad moderna ha permitido a los jóvenes asumir roles distintos, como son el de ser estudiantes hasta edades más tardías (Distinta a la generación de los adultos de hoy, cuando

estos eran jóvenes, tuvieron que asumir a edades muy tempranas roles de trabajadores y los niveles educativos no superaban la básica primaria); pertenecer a culturas juveniles; ser deportistas; tener expresiones de identidad sexual diversas; entre otras. Por su puesto se reconoce de igual forma, que el contexto social y económico actual, ocasiona que muchos jóvenes han tenido que asumir roles de adultos: Son padres a edades tempranas, deben laborar y no pueden estudiar etc. Esto significa que se debe hablar no de juventud sino de juventudes.

## 2.2. ALGUNOS DEBATES FRENTE A LOS DERECHOS HUMANOS.

Para iniciar la argumentación frente a los Derechos Humanos, es necesario hacer un reconocimiento a los debates que existen con relación a las posturas en la fundamentación de los Derechos Humanos. Los debates que presentará este aparte son: 1. Concepción de los Derechos Humanos. 2. Fundamentación de los Derechos humanos. 3 los Derechos sociales como Derechos humanos.

2.2.1. Concepción de los Derechos Humanos. Este debate, está relacionado con la forma en que se entienden los Derechos Humanos: a). Como un instrumento jurídico y normativo, o b) como una ley moral. Los primeros consideran que para que un Derecho sea autentico Derecho tiene que estar escrito en la norma, de lo contrario no existe. Además deben estar consagrados en un sistema de nivel internacional que de alguna manera impulse, promueva y obligue a que los Estados generen leyes que den reconocimiento y acciones de garantía de las mismas.

En este sentido los Derechos Humanos como medios jurídicos permiten satisfacer las necesidades básicas (aquellas que precisamos colmar para existir y coexistir), “el enfoque de Derechos Humanos propicia el reconocimiento jurídico de los

Derechos por medio del Derecho positivo y el reconocimiento social y cultural” (Guendel 2002: 5).

Los segundos, plantean que un Derecho es un Derecho sencillamente porque está fundamentado en principios moral, bajo preceptos de una vida digna. Niño (2009:10) establece que “los principios morales se caracterizan por su aceptabilidad y que tienen tres principios morales validados: La dignidad, la autonomía y la inviolabilidad”.

Esto implica que tienen de fondo una connotación de tipo ético - moral y filosófico, como afirma Habermas “los Derechos se refieren a una toma de posición moral sobre las relaciones de las personas y colectivamente entre los grupos sociales, el Derecho a pesar de estar respaldado moralmente no es una norma moral porque en este caso se transformaría en religión y se constituiría en un instrumento de aplicación autoritaria de valores, la diferencia consiste en que la moral “sólo” es un sistema de símbolos, en cambio el Derecho un sistema institucionalizado de acción”. (1998: 317)

Sin embargo, como lo explica De Currea (2003: 27), “hacer explícita la convicción frente a los Derechos Humanos tanto en el plano moral como jurídico, implica la aceptación de carácter ético y también jurídico de los Derechos Humanos con las implicaciones que esto conlleva: aceptar al sujeto como titular de Derechos Humanos, la necesidad de un marco de exigibilidad jurídica y ante todo la definición de un bien jurídico que busca proteger”.

Por tanto en el marco de la fundamentación de los Derechos Humanos, tanto lo ético – moral y filosófico, como lo jurídico son elementos necesarios a tener en cuenta en el análisis y exigibilidad de los Derechos Humanos. Ya que La desigualdad en el acceso a bienes o servicios (u oportunidades) constituye desigualdad social. Tal desigualdad se mide ineludiblemente en la sociedad sobre

una escala ética. “Si la sensibilidad ética sobrepasa ciertos límites, se hace un llamado en términos de Derechos, es decir se modifica el valor normativo por vía de una nueva norma legal y se erige un nuevo Derecho”. (Martínez 2007: 5).

2.2.2. Fundamentación de los Derechos humanos. El segundo debate que se presenta, tiene que ver con la fundamentación de los Derechos Humanos, es decir, la base o estructura sobre la cual se construye el discurso de los Derechos Humanos; (Almoguera sa: 6), plantea la existencia de cuatro posturas centrales frente a los Derechos Humanos, es importante resaltar que cada una de estas concepciones o corrientes le ha dado una fundamentación distinta al tema de los Derechos Humanos, estas reflejan en el fondo un carácter histórico, lo que significa que de acuerdo a la época se le asigna el sentido y el significado a los fundamentos sobre los cuales se concibe los Derechos Humanos; entre las principales corrientes tenemos:

- a) Fundamentación Iusnaturalista, que plantea la existencia de los Derechos desde el Derecho natural, es decir que los Derechos son innatos al hombre.
- b) Fundamentación historicista que considera que “los Derechos Humanos son producto de una conjunción de condiciones, económicas, sociales, culturales y políticas, dicha conjunción se produce en un momento histórico determinado, y en un espacio igualmente concreto.
- c) Fundamentación humanista que se presenta como un paso delante de las dos posturas anteriores, en la cual el centro de atención frente a los Derechos Humanos es la persona humana como ciudadano.

Caldani (s.a: 56) argumenta al respecto que la “fundamentación de los Derechos Humanos tiene tres dimensiones: 1. Desde el punto de vista sociológico, la fundamentación puede desarrollarse, con significados muy distintos, según la ubicación social y la clase a las que pertenezcan quienes la hacen las estrategias para materializar los Derechos Humanos y a la que pertenecen quienes las

reciben. 2. Desde el punto de vista nomológico, los Derechos Humanos en las normas abarca tareas de reconocimiento, interpretación, determinación, elaboración, argumentación y aplicación, la fundamentación de los Derechos humanos puede tener más afinidades institucionales o negócias, pero en general abre caminos negócias. 3. Desde el punto de vista axiológico la fundamentación de los Derechos humanos puede referirse más a consideraciones de justicia o de otros valores”.

De estas dos posturas, se puede concluir que en el fondo el discurso de los Derechos Humanos se basa en principios morales básicos como son la dignidad de la persona y la noción de justicia, lo que significa que los Derechos son reivindicaciones de los seres humanos, frente a las distintas inequidades presentes en el transcurrir de la historia, asignándole a los Derechos Humanos un valor social común a todas las sociedades y culturas, relacionados directamente con las necesidades humanas; el resultado de este proceso de reivindicación se ha venido plasmando en las distintas normas de tipo jurídico y que sobre todo en el ámbito internacional han tenido gran fuerza, vinculando de alguna manera a todos los países en el requerimiento de crear estrategias para cumplir con lo que conocemos instrumentos internacionales en el tema de Derechos Humanos.

2.2.3. Los Derechos Sociales como Derechos humanos. El tercer debate que se encuentra frente a los Derechos Humanos se refiere a la relación entre los Derechos políticos y civiles y los Derechos sociales, económicos y culturales. Algunos autores plantean que solo son Derechos los Derechos civiles y políticos, y que los Derechos sociales no lo son, sino están reconocidos por la norma; otros autores, le dan la connotación de Derechos a los Derechos sociales, económicos y culturales, al estar estos vinculados con aspectos de tipo ético y moral y por su parte respaldados por instrumentos de tipo internacional que hacen parte de los Derechos Humanos, esta es una postura que ha tomado bastante fuerza y que en alguna medida esto ha dado origen a una serie de sentencias y tutelas en

Colombia que han mostrado la conexidad existente entre todos los Derechos como Derechos fundamentales.

Los Derechos Humanos también, han sido clasificados según algunos autores en “Generaciones de Derechos”, como una tipología que permite identificar sus características: los Derechos Humanos han venido evolucionando desde la primera puesta de los Derechos Humanos que se enmarcó en los Derechos civiles y políticos, originados por contextos históricos de importantes acontecimientos, como la revolución francesa y la revolución inglesa, cuyo eje principal fue el establecer libertades formales para la autonomía individual, a estos fueron llamados Derechos de primera generación.

Posteriormente con la revolución socialista y el auge de los movimientos obreros se da paso a los Derechos de la segunda generación (Derechos económicos, sociales y culturales), representados en el Estado Social de Derecho, en el cual toma fuerza el sujeto colectivo, reconociéndose de esta forma, que existe una deuda social frente a grupos poblacionales específicos cuyos Derechos han sido vulnerados históricamente como es el caso de las mujeres, los niños y los grupos étnicos, entre otros.

Sin embargo, es importante aclarar que esta tipología no significa una jerarquización en los mismos, ya que de acuerdo con la conferencia de Viena sobre los Derechos Humanos de 1993, en el artículo 5 se exigió que todos los Derechos Humanos tenían el mismo peso y debían ser tratados en pie de igualdad. Por tanto no es necesario realizar diferenciación alguna, ya que no existe diferencia jerárquica entre los Derechos civiles y políticos y los Derechos sociales, económicos y culturales.

Actualmente tanto los Derechos civiles y políticos, como los Derechos económicos, sociales y culturales y el Derecho al medio ambiente, hacen parte de

los Derechos Humanos y tiene un carácter de Derechos positivos y negativos y por lo tanto representan al Estado una serie de obligaciones para garantizar que los sujetos como titulares de Derechos puedan disfrutar y hacer uso de estos Derechos.

Tienen entonces los Derechos Humanos características de tipo moral, jurídico y político; lo moral se pone en juego en los procesos de socialización de los individuos; las características de tipo jurídico y prestacional se ponen en juego en el cumplimiento, por parte del Estado, de los acuerdos y tratados de tipo internacional y de la constitución política; y lo político se refleja en las diferentes políticas públicas y de gobierno que se construyen para la garantía del Derecho. De igual forma los Derechos, “tienen un carácter universal en cuanto los Derechos del hombre y el ciudadano son un corolario de la dignidad humana, afincados en supuestos básicos sobre el significado del ser humano, y se aplican a todas las personas y en todas las edades” (Giraldo F 2010: 51)

Los Derechos Humanos están directamente relacionados con las demandas y exigencias que realizan los grupos sociales frente a unas necesidades y realidades sociales. Sin embargo, históricamente se ha visto que muchos Derechos han sido ejercidos en mayor medida por las clases sociales que tienen mejores condiciones económicas, y es por ello, que con las nuevas demandas sociales se amplía la apuesta de los Derechos incursionando en Derechos que implican la responsabilidad del Estado de No hacer, si no por el contrario de garantizar condiciones que den oportunidades de igualdad a todas las personas.

En este sentido se distingue la postura del constitucionalismo social y el Estado Social de Derecho, que argumenta “que los Derechos sociales implican al Estado obligaciones de carácter positivo, es decir una obligación del Estado de garantizar, obligar, otorgar, regular, y proveer los recursos, que garanticen a los sujetos y colectivos un bienestar y calidad de vida”. (Abramovich C, 2002: 19).



Al respecto Pérez M (2007: 73) manifiesta que “para promover el ejercicio de los Derechos sociales, económicos y culturales, se requiere la protección, la garantía y la reparación de tales Derechos, supone la inversión de recursos para el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas respetuosas y garantes de los Derechos Humanos”.

Lo anterior permite sustentar la afirmación de que no existen diferencias como tal entre los Derechos civiles y políticos, y entre los Derechos sociales, económicos y culturales, por tanto, se hace necesario, avanzar en el reconocimiento frente a que ambos tipos de Derechos, son Derechos prestacionales, porque implican al Estado una obligación de construir políticas sociales que favorezcan la realización de proyectos de inversión social con fines de permitir a las personas hacer uso de sus Derechos, en síntesis, significa que el Estado “provee las condiciones que se requieran, para que todas las personas tengan salud, educación, empleo entre otros”, como lo argumenta De Currea (2003: 30).

En este sentido, algunas necesidades humanas y sociales han sido concebidas como Derechos sociales al estar relacionados con bienes y servicios básicos y por comprometer una carga importante para proveer y garantizar el disfrute de una calidad de vida adecuada y digna, es el caso de la salud, la educación, la vivienda, un ambiente sano, la participación, la libre expresión etc. El Estado aparece como garante para el disfrute de los mismos, materializando sus obligaciones en las normas y en las políticas públicas construidas desde un enfoque de Derechos Humanos.

De igual forma, los Derechos Humanos están estrechamente relacionados con el Derecho subjetivo, “El Derecho subjetivo se entiende generalmente como el poder legal reconocido a un sujeto por medio de la norma legal, para la perspectiva de intereses propios mediante la exigencia a otro de hacer, permitir u

omitir algo. Según esta definición, es posible distinguir tres características del Derecho subjetivo: (i) una norma Jurídica, (ii) una obligación jurídica de otra derivada de esta norma, y (iii) un poder jurídico para la consecución de intereses propios reconocidos al sujeto, es decir, una posesión jurídica”. (Arango 2005: 9).

Pensar los Derechos Humanos, implica asumir que existen sujetos que son portadores de Derechos, es decir, que las personas o individuos tienen Derecho frente a una acción y respecto a una obligación del Estado, al estar relacionadas con las necesidades de las personas, lo que le imprime un carácter de subjetividad a los Derechos sociales; esto nos conduce de igual forma, al principio de universalidad e igualdad, lo que significa, que sin excepción “toda persona” es portador de dichos Derechos como miembros de un colectivo. Giraldo (2003: 64) afirma que es necesario entender que la salud, el trabajo, la educación y demás Derechos Humanos, económicos, sociales y culturales son eso, Derechos, y no mercancías, ni privilegios, ni caridad Estatal.

Esta información pone de relieve nuevamente las características de tipo éticas y morales como fundamentos de los Derechos Humanos. Al ser Derechos Humanos trascienden a la esfera de la dignidad humana y al reconocimiento y ejercicio jurídico de valores como la igualdad, la solidaridad y la justicia social, este es un argumento que aplica para todos los países, en especial para el caso colombiano cuya realidad social amerita el rescate de estos valores; Murcia (2009: 10) plantea que “los Derechos deben ser protegidos en igual forma, no solo por el carácter normativo de la constitución colombiana y la obligatoriedad interna de los mandatos de progresividad consagrados en los tratados internacionales de Derechos Humanos, sino también porque la realidad social colombiana debe hacernos reflexionar sobre la ausencia de remedios que hasta ahora ha dado la ciencia jurídica para que la carta de Derechos llegue a ser reflejo de lo que ocurre en nuestra sociedad, es decir para que existe un principio de igualdad y equidad”.

De igual forma, es necesario entender y asumir de igual forma que, no basta con la protección de dichos Derechos para lograr que las personas hagan uso de los mismos, y tengan unos niveles bienestar social y de calidad de vida adecuados, es necesario que se ponga en juego por parte del Estado los recursos y las oportunidades para el disfrute de los mismos. “El reconocimiento formal de un Derecho no es entonces suficiente, si la persona no tiene asegurados los medios materiales para su ejercicio” (Pérez 2007: 11)

Al respecto Beetham y Boyle (citado en Hoyos, V.G; Aldecoa, L.F; Sañudo P. M (s, f): 16) argumentan que “es necesario considerar que los Derechos solo pueden realizarse cuando existe un deber aceptado por parte de un agente o institución responsable de su respeto y protección. Sin embargo, no debemos olvidar de que el individuo en cuanto sujeto de Derechos es, también, sujeto de obligaciones. Los Derechos demandan obligaciones, y las obligaciones requieren de mecanismos de exigibilidad y cumplimiento”.

En cuanto al debate frente a los Derechos sociales y los Derechos políticos y civiles, en el contexto Colombiano, cabe resaltar que en la Constitución Política de Colombia de 1991 se establece que, Colombia es un Estado social de Derecho y que como tal “son fines del Estado servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, Derechos y deberes consagrados en la Constitución”, establece de igual forma, los Derechos fundamentales colocando allí a los Derechos civiles y políticos, y distinguiendo de ellos a los Derechos sociales, económicos y culturales, tal vez dando mayor concesión a los primeros sobre los segundos. Sin embargo, ha sido la corte constitucional quien ha dado la pauta frente a que ambos tipos de Derechos, son Derechos fundamentales.

En este contexto, el enfoque de Derechos Humanos debe ser ampliado más allá de la garantía de unos mínimos para que los sujetos puedan lograr un bienestar, e incorporar algunos fundamentos que desde el desarrollo humano ayuden a

potenciar el enfoque de Derechos Humanos. Parte entonces del reconocimiento de “la necesidad de formular un enfoque del bien humano en términos de realizaciones y capacidades o libertades fundamentales para elegir la vida que tenemos razones para valorar, los Derechos de las personas son definidos como resultados, como estados de cosas deseables o en otras palabras como Derecho-objetivo” (Hernández 2006: 103), implica por tanto, la responsabilidad del Estado de propiciar las oportunidades que permitan vivir los Derechos Humanos.

Es importante reconocer que en contextos como el de Colombia donde la salud está inmersa en lógicas de mercado, no se debe desconocer que la empresa privada también tiene entonces responsabilidades frente al Derecho a la salud De Currea (2003: 50) expresa al respecto que “en términos generales se acepta que las empresas privadas también están sujetas al Derecho, no solo son instituciones jurídicas, y no podrían ser antijurídicas, sino que se deben también a unos principios de justicia social; el ingreso del sector privado en la oferta de los servicios de salud, no es ajeno al Derecho a la salud”. Sin embargo, el análisis que se realizará en esta investigación, centra su atención en la materialización del Derecho a la salud desde el Estado como sujeto de deberes ante este Derecho.

En conclusión, se asume, en la presente investigación, por tanto, que: a) Los Derechos Humanos tienen características de universalidad, integralidad y conexidad. b). Estos Derechos implican una obligación del Estado frente a las personas, materializada en las normas y leyes, otras como obligaciones de tipo ético moral respaldado por los movimientos sociales, que buscan la equidad y la justicia social. c). Todas y todos los ciudadanos son sujetos de Derechos, por tanto la materialización de los Derechos debe realizarse en condiciones de equidad e igualdad. d). El análisis que se realizará en esta investigación, centra su atención en la materialización del Derecho a la salud desde el Estado como sujeto de deberes ante este Derecho.

### 2.3. EL DERECHO A LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL.

El Derecho a la salud se consagró por primera vez en el Congreso de Constitución de la Organización Mundial para la Salud - OMS que se realizó el 7 de abril de 1948, en el cual se expresó frente al Derecho a la salud que “la aspiración de todos los pueblos es el goce máximo de salud para todos los ciudadanos. Todo hombre tiene Derecho a conservar su salud y en caso de que enferme, a poseer los medios para curarse. Esta protección debe abarcar no solo a él, sino también a sus familiares” (OPS 1948). Así mismo, en la declaración universal de los Derechos Humanos de 1948, se plantea frente al Derecho a la salud, que “Toda persona tiene Derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar”.

Posteriormente este Derecho ha sido ratificado en varias convenciones de carácter internacional entre ellas, la Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial de 1965; la convención de los Derechos del niño en 1989 en la cual se define el Derecho del niño a la salud como “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”, y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud realizada en mayo de 1998.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC 2000) en la observación general No 14 (artículo 12) realiza una definición de los alcances del Derecho a la salud y lo define como “el Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, y como un Derecho humano fundamental, indispensable para el ejercicio de los demás Derechos Humanos”, dentro de las características que se le otorga al Derecho a la salud, en estas observaciones, el comité de los DESC

explicita la interdependencia e indivisibilidad con los demás Derechos Humanos; y la universalidad, la integralidad en su concepción al manifestar que este no se limita a la atención de la salud, y que debe entenderse como un Derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. “Tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado”.

De igual forma establece que el Derecho a la salud no puede entenderse como el Derecho a estar sano, “si no a contar con decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles y de calidad que permitan obtener el máximo de salud posible” (De Currea 2003, p. 26), esto implica que “los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible” (OMS 2002: 9).

En Colombia, el Derecho a la salud es incorporado en la Constitución Política de 1991 dentro de los Derechos sociales, económicos y culturales relacionados con la infancia y la vejez, en sus artículos 44 y 46 respectivamente, de igual forma, en el artículo 49 presenta el Derecho a la salud relacionado con un servicio público<sup>(\*)</sup>. Sin embargo, “la Constitución vigente no emplea expresamente el término Derecho a la salud. No obstante, tanto la doctrina como la jurisprudencia constitucional emplean tal expresión para cobijar el acceso a los servicios de promoción, protección, recuperación de la salud y la seguridad social en salud” (Defensoría del Pueblo 2004: 31).

---

(\*) La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Constitución Política de Colombia 1991. Artículo 49.

Cabe resaltar que aunque no se mencione a la salud como Derecho sino como servicio, los debates en los ámbitos académicos, sociales y jurídicos que se han desarrollado en los últimos años han dado la connotación de Derecho a la salud. Esto puede verse desarrollado en sentencias como la T 209 de 1999 y la sentencia T 760 de 2008, a saber:

a. En la sentencia T -209 de 1999 se argumenta que “la salud es un concepto que guarda íntima relación con el bienestar del ser humano y que dentro del marco del Estado social, al convertirse en Derecho, se constituye en un postulado fundamental del bienestar ciudadano al que se propende en el nuevo orden social justo, a fin de garantizar un mínimo de dignidad a las personas”.

b. En la Sentencia T 760 de 2008, El Derecho a la salud “es un Derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías, la primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el Derecho a la vida, el Derecho a la integridad personal y el Derecho a la dignidad humana; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del Derecho a la salud con las extensiones necesarias para proteger una vida digna”.

Ambas sentencias amplían el concepto de salud plasmado en la actual constitución colombiana, y ratifica a la salud como Derecho humano fundamental y universal, expresando que el Derecho a la salud más allá de la prestación de un servicio público, y aunque se reconoce las limitaciones de este Derecho, se hace referencia a que debe existir un acceso a los servicios de salud de manera oportuna y que estos deben ser de calidad y eficaces.

Sin embargo, al no ser clara (en la Constitución colombiana) la forma en que el Estado debe realizar la garantía de los Derechos sociales, se pone de manifiesto que los Derechos sociales pueden sufrir “una laguna de garantías, imperfecciones o

incluso aún su conculcación. La ciencia jurídica no ha elaborado aún formas de garantías en eficacia y sencillez a las previstas para los demás Derechos fundamentales, como los de libertad y autonomía” (Aguilera 2006: 14)”. En un marco de Estado Social de Derecho “los poderes públicos asumen la responsabilidad de proporcionar a la generalidad de los ciudadanos las prestaciones y servicios públicos adecuados para subvenir sus necesidades vitales” (Aguilera 2006: 1).

En el análisis de la salud como Derecho Álvarez (2009: 137) propone tener en cuenta y lograr diferenciar dos enfoques para lograr analizar la salud en el actual sistema de salud colombiano: El neoliberal – utilitarista y el enfoque de Derecho. El primero privilegia el respeto a los Derechos civiles y políticos y por tanto la salud no es un Derecho que aparezca como un Derecho fundamental desde la perspectiva neoliberal, si no por el contrario como un servicio del mercado; y el segundo se sustenta en la convicción de que la garantía del Derecho a la salud tiene que ver con la resolución de las inequidades en salud. (Moreno 2008: 137).

Como Derecho humano fundamental, el Derecho a la salud presenta una triple connotación: a). es un Derecho fundamental, por su conexidad con la vida, b) es un Derecho asistencial, basado en el acceso a servicios, y c) es un Derecho de índole colectivo, en su acepción de salud pública, que involucra otros aspectos (Gaviria citado en Giraldo 2010: 57), en este último aspecto juegan las acciones que se realizan en el marco de la promoción de la calidad de vida, en la prevención de la enfermedad y no solo en las acciones de carácter asistencial de servicios curativos.

De igual forma, la salud al asumirse como un Derecho humano fundamental, implica el reconocimiento de la complementariedad entre los diferentes Derechos, esto significa que: a). las violaciones o la falta de cumplimiento de alguno o de todos los Derechos Humanos tienen efectos negativos en la salud y el bienestar físico, mental y social del individuo; b). la promoción y la protección de la salud



requiere esfuerzos explícitos y concretos para promover y proteger los Derechos Humanos y la dignidad, y una realización completa de los Derechos Humanos necesita poner gran atención a la salud y a sus determinantes sociales (CIES 2002: 17).

En este contexto el Derecho a la salud como un Derecho humano fundamental, se materializa no solo desde la jurisprudencia. La política pública de salud se presenta como un instrumento que permite a las personas el goce del Derecho a la salud, ya que “las políticas públicas son, en últimas, un instrumento de los Estados para avanzar en el cumplimiento de sus obligaciones. Desde el punto de vista del titular de los Derechos, las políticas públicas se muestran como una alternativa extrajudicial para exigir del Estado el respeto, la protección y la satisfacción de los Derechos Humanos en general, y de los Derechos económicos, sociales y culturales en particular”( Pérez 2007: 17).

En este sentido, “el Derecho a la salud tiene su materialización en la exigencia de medios que garanticen y restablezcan unas condiciones adecuadas de la naturaleza biológica de las personas, así como de los elementos sociales que generan un impacto en la salud de las personas e implica una distribución justa de los recursos disponibles de acuerdo a las necesidades del sector (De Currea 2003: 31) pero sobre todo a las necesidades de las personas para mejorar sus condiciones de salud.

Es importante también tener en cuenta la relación que explicita el comité de los DESC (observación No 14) entre el Derecho a la salud y las políticas de salud, cuando expresa que la efectividad del Derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud (Comité DESC: 1989: No 14): se ponen aquí de manifiesto características o atributos como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad que deben ser elementos claros en el diseño de las políticas de salud, en el marco del Derecho a la salud. Cabe aclarar que los cuatro

se encuentran interrelacionados y por tanto el cumplimiento del Derecho a la salud, implica contar con estas cuatro características, frente a esto la defensoría del pueblo de Bogotá plantea:

*“**La disponibilidad** es el establecimiento de bienes y servicios de salud. Este aspecto se relaciona con la dotación e infraestructura necesaria para darle un soporte concreto a la materialización del Derecho a la salud. Ahora bien, no es suficiente que exista una red de hospitales, personal de la salud y medicamentos lo suficientemente amplia. El siguiente paso consiste en **la accesibilidad** a los servicios que se pretenden disponibles. Con todo, los establecimientos, bienes y servicios a los que es posible acceder, deben también ser **aceptados** por los beneficiarios, en ejercicio de su autonomía, y, si es del caso, como desarrollo de condiciones especiales en cuanto a género, ciclo de vida, situación de discapacidad y/o diversidad cultural. Finalmente, aun cuando se disponga de una infraestructura adecuada y el acceso al mismo y se alcance la mayor cobertura, no se logra mayor cosa si los servicios que se prestan no están sujetos a estándares básicos de **calidad**. (Defensoría del pueblo 2003, p. 19).*

Estos elementos plasmados en una política de salud, permite la materialización del Derecho a la salud, que refleja además de los marcos jurídicos para su exigibilidad, el accionar político y la responsabilidad del Estado frente a este.

En este sentido, A. Sen (2008: s.p ) plantea que el mejoramiento de la salud es una parte constitutiva del desarrollo, por ello los recursos que se destinen a la asistencia sanitaria no tienen que estar basados en criterios economicistas de costo beneficio que se expresa en el aumento del crecimiento económico; es necesario crear políticas que favorezcan el mejoramiento de la salud, pero políticas abiertas a la participación de todos, en la búsqueda de mejores formas para la satisfacción de las necesidades básicas para vivir bien, es así como las personas no pueden considerarse solamente como clientes o usuarios, sino que juegan un rol decisorio como actores de cambio capaces de exigir sus Derechos.

El Derecho a la salud también significa generar las condiciones favorables para que el equipo encargado de prestar este servicio cuente con las herramientas y condiciones laborales necesarias para poner todo su esfuerzo y capacidad clínica y social en la atención a planes y programas, y que esas condiciones promuevan

un incremento en la calidad del servicio. Por ello “hablar de la salud significa de manera clara hablar de un Derecho y no de una mercancía o negocio” (De Currea 2003: 43).

La Organización Mundial para la Salud - OMS (2002: 8) argumenta que “las políticas y los programas sanitarios pueden promover los Derechos Humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o se apliquen; la condición de vulnerabilidad frente a problemas de salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los Derechos Humanos”; al respecto Daniels (citado por Álvarez 2005: 8) plantea “que la política de salud como parte de la estructura básica de la sociedad también se debe regir por principios de justicia, ya que genera condiciones que afectan a la realización de los proyectos de vida de las personas”.

Los planteamientos anteriores, permiten argumentar que la política sanitaria no se puede fundamentar en los preceptos del mercado, porque esto originaría que las personas que no logren participar de él, es decir que no cuenten con los medios económico, no tendrían acceso a la satisfacción de las necesidades de salud y podrían sufrir daños, lo que significaría que se vería obstaculizado su Derecho a la salud; de aquí la importancia de contar con políticas de salud que sean equitativas y orientadas a la satisfacción de las necesidades de las personas, como centro del accionar de la política.

De aquí la importancia de las políticas públicas basadas en Derechos Humanos, ya que estas están orientadas por principios de equidad y justicia como se pretende con la fundamentación de estos y que se plasman en los lineamientos de carácter internacional de los distintos tratados, declaraciones y conferencia, ya que “los instrumentos internacionales fijan estándares encaminados a orientar las políticas públicas, los que luego van a ser la norma en que se basarán las intervenciones de los mecanismos de supervisión —o posiblemente del poder

judicial— para verificar si las políticas y medidas adoptadas se ajustan o no a ellos (Abramovich 2006: 43).

#### 2.4. APROXIMACIONES AL CONCEPTO DE SALUD.

El concepto de salud ha tenido una serie de comprensiones, que se han transformado con la historia y que han ido incorporando elementos que han permitido pasar de la comprensión de la salud como ausencia de enfermedad, a entenderla como el resultado la interacción entre los aspectos biológicos, sociales, culturales, políticos y económicos que en marcan los contextos donde se desenvuelven las personas reluciéndolos directamente con su calidad de vida, bienestar y felicidad.

La Organización Mundial de la Salud OMS define el concepto de salud como "un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad", por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone "un nuevo marco conceptual centrado en el desarrollo humano y en la promoción de la salud dentro del contexto de la familia, la comunidad y el desarrollo social, político y económico"

En este contexto, "el concepto de salud se sitúa mucho más allá del territorio biológico y natural, tiene implícito una conceptualización sanitaria, una nueva dinámica, una responsabilidad social, una apropiación de recursos físicos, económicos y Humanos, es decir, un acuerdo social acerca de cuáles son los recursos que el Estado y la sociedad deben destinar al propósito de garantizar a los ciudadanos unas condiciones de salud, y como resultado unas condiciones de vida digna" ( Vélez 2007: 66).

Concebir la salud como un proceso social, significa pasar de una perspectiva, que entiende el proceso salud- enfermedad desde las construcciones biologicistas y ampliar la mira frente a las construcciones sociales y de contexto que favorecen o limitan la salud. En este sentido el concepto de salud, está directamente relacionado con la forma en que las personas viven, pero sobre todo con que las personas lleven una vida con criterios de dignidad humana, relacionados con el desarrollo de su autonomía: Vivir de la forma que se quiera, acceder a los servicios sociales que necesiten y requieran, contar con las oportunidades para la realización de las habilidades y capacidades, lograr un bienestar y felicidad.

Vélez (2007: 66) plantea también que “la salud es un proceso de adaptación, como respuesta a unas condiciones dadas no por el azar o la culpa, sino por la forma en que cada individuo participa del proceso social, económico y político, con lo cual la enfermedad no es solamente un error, sino que pasa a ser considerada como parte de la vida, y las condiciones biológicas individuales, como una especie de registro histórico de la forma como se ha vivido”.

En este sentido, puede afirmarse que la salud como proceso social, va más allá de la oferta de los servicios en atención sanitaria e implica la construcción de políticas que aborden lo poblacional, es decir, “que centren su accionar en el ser humano desde su integralidad, teniendo en cuenta cada una de las etapas del ciclo vital, las condiciones y situaciones de las personas, la generación en que se desarrollan así como aquellos elementos inherentes del ser como son la etnia, la identidad y orientación sexual y el género” (García *et al.* 2010: 7) siendo estas un elemento importante para la formulación y desarrollo de acciones en torno al mejoramiento de la calidad de vida y salud de las personas, en donde se incluyen temas específicos relacionados con sus necesidades.

La equidad en salud no solo debe ser entendida como acceso a los servicios sanitarios, sino como una de las condiciones más importantes de la vida humana,

por tanto las oportunidades de las personas para lograr una calidad de vida adecuada, tienen implicaciones directas en la Salud, que muchas veces se expresan en problemáticas de salud o enfermedades; cuando una persona no logra tener una buena salud debido a los acuerdos sociales (normas, leyes, entre otras) y no por una decisión personal, se evidencia un escenario de inequidad.

En este sentido el Estado debe realizar acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como Derecho humano inalienable, así como a consolidar una cultura de la salud que involucre individuos, familias y comunidades y sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en el proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva (PNSP 2007).

## 2.5. EL DERECHO A LA SALUD EN EL MARCO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO.

Moreno (2008: 135) plantea que actualmente “las condiciones sociales, específicamente de salud, tanto en Colombia como en América Latina son críticas: sistemas de atención fragmentados según la capacidad de pago de los usuarios y anclados en el desarrollo económico o el funcionamiento de los mercados; retrocesos en salud pública, con la eliminación de avances en programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; inequidad en el acceso a la atención, siendo significativo el peso que para ello tienen las diferencias de ingreso entre otras”, todos estos aspectos, dan cuenta de una realidad que impiden en Colombia se materialice el Derecho a la Salud, el Estado ha delegado muchas de sus responsabilidades a los agentes privados y ni siquiera realiza a plenitud su papel de vigilancia y rectoría frente a la prestación de los servicios de atención sanitaria.

Antes de la Reforma de 1993, “una de las preocupaciones más importantes sobre la seguridad social en Colombia, era la escasa capacidad de generar los suficientes recursos para solventar los crecientes gastos que acarreaba un sistema altamente ineficiente, sistema que el Estado no podía controlar debido a su insuficiente capacidad para cumplir sus funciones básicas”. Arévalo y Rodríguez (2003: 20). Esta problemática trato de subsanarse con la implementación de la ley 100 de 1993, con la cual se implementó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que lastimosamente agravó la situación al incorporar evidentemente aspectos centrales de la lógica del mercado, como son la privatización, la competencia, la libre elección del usuario, y los mecanismos de regulación y de solidaridad financiera entre ricos y pobres.

Y aunque algunos autores reconocen que los objetivos de la Reforma eran lograr la cobertura universal, la equidad en los servicios y la mejora en el tiempo de la calidad del servicio prestado, estos no han sido los resultados logrados actualmente. “Para cumplir estos objetivos la Ley 100: (i) creó los regímenes Contributivo y Subsidiado para proveer el aseguramiento a toda la población, (ii) estableció la solidaridad en el financiamiento del Régimen Subsidiado con recursos del Régimen Contributivo, así como la solidaridad en riesgo e ingresos dentro de los afiliados al Régimen Contributivo, (iii) introdujo la competencia en el sector salud y por último, (iv) realizó una separación entre el aseguramiento, los hospitales y la salud pública. Con estos instrumentos se pretendía que la Reforma afectará de forma generalizada la salud y el bienestar de la población del país, especialmente la más pobre” (Santa María s. a: 11)

La implementación de la ley 100 de 1993 mostro otra realidad, sobre la base de una racionalidad en la que se fundamenta el actual sistema de salud colombiano, soportado en la financiarización; es decir, se ha convertido a la política social y, en particular, a la política de salud en un aspecto más del mercado que permite la especulación financiera, con la implementación de un modelo de salud que

pretendió articularse a las dinámicas del mercado mundial. En este contexto se ha entendido y asumido al Derecho a la salud como servicios de salud y a las personas, no como sujetos de Derechos, sino como usuarios o clientes.

Este sistema de salud, se constituyó a partir del aseguramiento en salud, que consistió en la afiliación de la población colombiana a dos regímenes en salud: El contributivo y el subsidiado; el primero bajo la responsabilidad de prestación de servicios en las EPS o Entidades Promotoras de Salud, a las cuales se accede con la cotización mensual que realizan los trabajadores formales, o independientes que tengan capacidad de realizar los pagos, pensionados y servidores públicos. Los segundos bajo la responsabilidad del Estado que por medio de los entes territoriales otorga subsidios en salud, a quienes no tienen capacidad de pago, y cuyos recursos son administrados por las empresas llamadas anteriormente ARS, hoy EPS subsidiadas.

Es importante tener en cuenta que adicionalmente, existe un tercer grupo, compuesto principalmente por la población más pobre del país, que no está afiliada a ninguno de los dos regímenes, denominado los “vinculados”, estos son atendidos por la red pública de cada ente territorial, a través de los estudios o encuestas socioeconómicas, cabe aclarar que la actual normatividad, promueve que todas las personas estén incluidas ya sea en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, lo que claramente desaparece al grupo de los vinculados. En los tres grupos de personas participantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS el criterio de inserción y beneficios está marcado por la capacidad adquisitiva de las personas, que es en último el requisito que los ubica en uno u otro régimen del SSGSSS.

Con la sanción de esta ley se instaura una serie de beneficios para las personas que hacen parte del SSGSS, los cuales están establecidos en Plan Obligatorio de Salud POS y el Plan Obligatorio de Salud subsidiado; en los dos regímenes del



sistema, estos planes de beneficios varían de acuerdo al régimen de seguridad social en salud al que se pertenezca, y aunque la ley establece que progresivamente se tendrá que unificar estos planes de beneficio, es marcada la diferencia frente a los servicios otorgados en cada uno. “El único plan de beneficios que parece no tener una configuración contractual es el Plan de Atención Básica (PAB), porque supuestamente está a cargo del Estado, es gratuito y de acceso universal. El problema está en que cada vez más se reduce a acciones estrictamente colectivas, con altas externalidades y de alta prioridad social y económica” (Hernández 2002: 991 - 1001)

Sin embargo, es importante resaltar que al finalizar 2008, la Corte Constitucional de Colombia ordenó, en un trascendental fallo, que “el Estado igualara los planes de beneficios de todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con el mandato establecido en la Constitución y la Ley, pues tras 15 años de operación del mismo se había consolidado la inequitativa situación de que los servicios otorgados a los afiliados no contribuyentes (Régimen Subsidiado) eran mucho más limitados que los de los contribuyentes y sus familiares (Régimen Contributivo)”. (Martínez 2007: 18)

En este contexto la realización del Derecho a la salud con la reforma o Ley 100/93 “se redujo al aseguramiento, universal en teoría, con un plan de beneficios elaborado con base en el criterio de intervenciones costo-eficientes; la prestación de servicios curativos se rige por criterios de mercado, con múltiples agentes en competencia y se estructura en torno al aseguramiento y las acciones de salud pública que son responsabilidad del Estado” (Echeverri 2006: 9)

Es importante resaltar de igual forma, que la Ley 100 de 1993 se soporta en principios como la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación; y plantea de igual forma, elementos que complementan estos principios como son: Calidad, libre escogencia, autonomía de las instituciones,

protección integral, obligatoriedad, descentralización administrativa; y busco proveer cobertura universal de los servicios de salud a la población colombiana. Estos principios en la realidad de los colombianos han sido de difícil cumplimiento y el sistema de salud, muestra grandes inequidades y problemáticas al interior del sistema.

La ley 100 acentuó las inequidades en salud, al colocar como pre-requisito para acceder al SGSSS contar con capacidad adquisitiva y abrió la puerta a los servicios diferenciales mediados por los regímenes de afiliación y permitiendo que quienes tuviesen mayor capacidad monetaria accedan a servicios especiales como son la medicina prepagada, en el contexto del Derecho a la salud de los jóvenes, la ley 100 no favorece a los jóvenes el disfrute al Derecho a la salud, ya que los jóvenes en su mayoría cuando superan los 18 años no cumplen los requisitos para acceder al sistema.

### 3. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presentará los hallazgos de la investigación fruto del trabajo con jóvenes y funcionarios de los servicios de salud del ámbito distrital (rector). Para tal efecto, este capítulo contará con cuatro secciones. En primer lugar se presentará en forma agregada las características relevantes del grupo de jóvenes que conformó las muestras de este estudio. Luego se presentará una síntesis crítica de los instrumentos normativos del orden internacional, nacional y distrital que abordan el Derecho a la salud en general y en particular el de los jóvenes, como marco necesario e ineludible para el análisis del mismo. Como contraste, desde lo propuesto en el ámbito normativo, vinculante o no vinculante, se dará una mirada a las acciones que desde Bogotá se realizan para implementar el Derecho a la salud y su relación con las disposiciones que obligan al Estado a dicha garantía, para cerrar con la descripción del uso del Derecho a la salud que dan los jóvenes en Bogotá y sus factores condicionantes a la luz del enfoque de barreras de acceso y uso de los servicios de salud.

#### 3.1. CARACTERIZACIÓN DE LAS MUESTRAS DE JÓVENES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

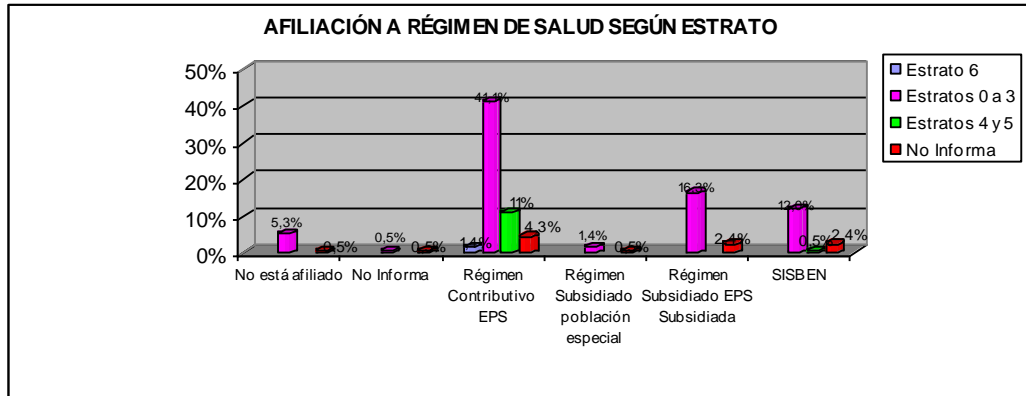
3.1.1. Los jóvenes de los grupos focales. Estos grupos contaron con la participación de 20 jóvenes. De los cuales 9 son hombres y 11 mujeres; 14 de estos se encuentran en edades entre los 14 a 17 años y los restantes 6 jóvenes entre los 18 y 26 años. Son jóvenes de niveles socioeconómicos bajo y medio. Son jóvenes estudiantes de los grados 10 de colegios públicos de las localidades de Suba, San Cristóbal, Fontibón, Chapinero, Rafael Uribe, Candelaria, Engativá y Bosa (para el grupo de menores que oscila entre los 14 y 17 años) y jóvenes de organizaciones juveniles que hacen parte de los programas de salud pública del distrito (para los jóvenes que tienen entre 18 y 26 años).

3.1.2. Jóvenes de las localidades que contestaron la Encuesta, son jóvenes que hacen parte de los programas de salud del Distrito, pero también jóvenes que no han tenido participación en este tipo de programas. De los 209 que accedieron a participar en el Estudio mediante sus repuestas a la encuesta diseñada, se puede decir que 82 de ellos están en el rango de edad de 14 a 17 años y 127 jóvenes en el 18 a 26 años. De ellos, el 77% pertenecen a estratos socioeconómicos bajo y medio bajo (estratos del 0 al 3); 11% al medio y medio alto (estratos 4 y 5) y tan solo el 2% estaba en el nivel socioeconómico alto (estrato 6). Importante anotar que el 10% no informó su nivel socioeconómico. Del total de los encuestados el 50% fueron mujeres y el 45% hombres (un 5% no contestó este ítem).

En cuanto a jóvenes de la muestra en condiciones de máxima vulnerabilidad social (desplazados por la violencia 3% y habitantes de calle- 4%) la muestra captó a un total de 3.3% de ellos, y 15.3% de jóvenes pertenecientes a etnias o al grupo LGBTI. De igual forma en lo que respecta a la diversidad identitaria se exploró la vinculación a procesos organizativos y a sub-culturas juveniles. De la muestra, entonces, el 8% estaba vinculado a organizaciones juveniles ambientalistas; el 6% a barras futboleras; el 35% a organizaciones estudiantiles y el 6% al consejo local de juventud. El 45% restante contestó no pertenecer a ninguna organización juvenil o comunitaria. Respecto a la adscripción o autoidentificación con subculturas juveniles, el 14% declaró ser parte de alguna de ellas y el 77% manifestó no pertenecer a estos grupos.

En el tipo de aseguramiento que se contó en esta muestra el mayor peso porcentual se encuentra en el régimen contributivo (58%). Del total de los encuestados que se encuentran en régimen contributivo el 41% se encuentran en los niveles socioeconómicos medio y medio alto; el 11% en los niveles bajo y medio bajo y el 1% en el nivel alto. En el régimen subsidiado solo se encuentran jóvenes de nivel bajo y medio bajo, como se muestra en la gráfica No 1.

Gráfica No 1.



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios

Frente al nivel educativo, el 68% de los encuestados relataron como último nivel aprobado el nivel de secundaria, técnico o tecnológico; el 24% universitario, el 5% en primaria y el 2% en posgrado. El 1% informa no haber cursado y aprobado ningún nivel. De igual forma, el 78% de los jóvenes encuestados se encuentran actualmente vinculados al sistema educativo. De los jóvenes que respondieron que se encuentran estudiando actualmente el 54% asisten a un establecimiento educativo público y el 46% a un establecimiento privado.

El 21% de los jóvenes se encuentra actualmente desvinculado del sistema educativo, las razones más importantes son dificultades económicas 43%, necesidad de trabajar 16%, quedo embarazada o se casó 4.2% y no encontró cupo 4.2%.

### 3.2. EL DERECHO A LA SALUD A LA LUZ DE LAS NORMATIVAS INTERNACIONAL, NACIONAL Y DISTRITAL.

3.2.1. El Derecho a la salud visto desde el Contexto internacional de los Derechos. Los diversos instrumentos internacionales de los Derechos Humanos establecen, una serie de compromisos ineludibles para los Estados que deben ser aplicados al

momento de diseñar, ejecutar y efectuar el seguimiento de políticas públicas (Defensoría del pueblo 2003, p. 10); en el marco de los distintos instrumentos de carácter internacional el Derecho a la salud aparece evidenciado en instrumentos de carácter universal, como lo son la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – PIDESC; las observaciones No 14 a estos Derechos; el Protocolo de San Salvador; La convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación, entre otras.( Ver anexo E).

Desde estos instrumentos aparecen tres aspectos de necesaria consideración en el estudio del Derecho a la salud de las y los jóvenes: el primero que el Derecho a la salud de las y los jóvenes no es definido de forma explícita hacia la población joven y con las claridades necesarias para que desde los distintos países se creen las estrategias que permitan la materialización de los mismo, los aspectos que son de interés frente a los Derechos de las y los jóvenes están relacionados con aspectos de características universales que aplican a todas las personas independientemente de su edad.

Cabe reconocer sin embargo, que existe una diferenciación en el ámbito de aplicación de los Derechos de los jóvenes, y que desde el ordenamiento jurídico se obliga a tener en cuenta, esta diferenciación radica en el énfasis que se realiza frente a los Derechos de los jóvenes que se encuentran entre los 14 y 17 años o adolescentes. Al respecto (Rodríguez *et al.* Citado por Rodríguez 2006: 95 ) plantea que “se puede afirmar que existe un consenso general en los instrumentos internacionales, en los Códigos de Niñez y Adolescencia y las políticas de infancia, en cuanto que el ámbito de aplicación de aquellas son las personas que tiene menos de 18 años. Sin embargo, cuando se trata de legislación respecto a la juventud o jóvenes mayores de 18 años, el ámbito de aplicación puede abarcar edades muy variadas”

Este es un elemento que puede verse evidenciado en instrumentos como la Convención por los Derechos de los Niños; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros, en los cuales se puede leer:

*...“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”... Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966.*

El segundo aspecto a resaltar es la prioridad que se da a temas como el de la Salud Sexual y reproductiva, y el consumo de sustancias psicoactivas. Esta prioridad se ve plasmada en dichos instrumentos en forma tal que muchas veces los Estados limitan su accionar a estas temáticas, dejando a un lado otros aspectos de la calidad de vida relacionados directamente con la salud de las y los jóvenes, y que en un sistema de salud como el colombiano, son factores que acentúan las brechas de inequidad en este grupo poblacional, ponen en riesgo la salud y se constituyen en barreras o determinantes sociales al limitar la posibilidad de goce pleno frente al Derecho a la salud.

Como ejemplo de lo anterior se puede ver lo que se plantea en algunos instrumentos de carácter internacional como en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la cual se plantea:

*“El ejercicio del Derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva”.*

De igual forma en la convención iberoamericana de juventud y en el Programa Mundial de Acciones para la Juventud se refleja la importancia y prioridad del tema de salud sexual y reproductiva al afirmar que:

*“la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como la confidencialidad y el respeto del personal de los servicios de salud, en particular, en lo relativo a su salud sexual y reproductiva, son aspectos centrales en el tema de salud para los jóvenes” (convención iberoamericana de juventud); Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación... (Programa Mundial de Acciones para la Juventud para el año 2000).*

Es importante de anotar que aun cuando en la conferencia de el Cairo, se realiza un abordaje integral sobre la salud de los jóvenes, no se deja a un lado la priorización que se realiza frente al tema de salud sexual y reproductiva, evidenciado en planteamientos como los siguientes:

*“Las cuestiones relativas a la salud reproductiva y sexual en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones (según la definición de la Organización Mundial de la Salud) y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, se abordan mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, sin olvidar la abstinencia voluntaria, y la prestación de los servicios y la orientación apropiados para ese grupo de edad concretamente. También se intenta reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes... (Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, en 1994)*

Al respecto (Maddaleno, *et al.* 2003: 137) plantea que “tradicionalmente, los programas de salud de adolescentes en Latinoamérica han centrado sus esfuerzos en jóvenes que ya demuestran comportamientos indeseados por la sociedad; por ejemplo, deserción escolar, violencia juvenil, abuso de drogas ilícitas, delincuencia o embarazos a edades tempranas”. Por su parte (Krauskopf 2006: 362) afirma que “fueron los problemas de salud sexual y reproductiva los primeros en poner a la adolescencia en el tapete como sujeto prioritario de la salud. Así las mujeres adolescentes entraron en las políticas de salud a partir de sus embarazos”. Este es un elemento que aún se encuentra latente y presente en las prioridades de los diferentes países relacionados con juventud.

El tercer elemento, deducido de los instrumentos internacionales, está relacionado con que quienes asumen la mayoría de edad, (en Colombia 18 años) adquieren



Derechos en un escenario de universalización con los adultos, este aspecto disminuye la prioridad política y esfuma la acción afirmativa hacia los-las jóvenes, por tanto desvincula a los jóvenes del foco o centro de las políticas, y dificulta a los jóvenes el vivir plenamente sus Derechos, sobre todo en escenarios donde muchos Derechos han sido asumidos como servicios, como es el caso del Derecho a la salud en Colombia. “El sujeto juvenil comparte la condición socio-jurídica con la población menor de 18 años, pero, a partir de este límite, generalmente, ha adquirido el estatus de la ciudadanía formal. Desde los 18 años (por alcanzar, legalmente, la mayoría de edad), las personas son juzgadas como adultas, reflejando la ambigüedad del sujeto juvenil y favoreciéndose su invisibilización en la programación social, las particularidades de este grupo tienden a diluirse en un diseño de política social, económica y laboral dirigida al conjunto de la población adulta sin distingo alguno”. (Pasqualini, Llorens 2010:92)

Sin embargo, no se debe desconocer que la perspectiva de los Derechos Humanos, ubica el reconocimiento de los jóvenes como sujetos de Derechos, lo que compromete una obligación del Estado de crear estrategias para respetar, proteger y garantizar el uso y disfrute de los mismos.

En este marco, en la década de los 90 surge la necesidad de hacer visible las condiciones adversas que viven los jóvenes y sus tensiones con el medio socio económico. Es así como debido a los factores sociales, económicos y políticos de América latina, las condiciones de vida de las y los jóvenes no permite la vivencia plena de sus Derechos, y en función de esto, algunos procesos de reivindicación permitieron contar con instrumentos internacionales, que si bien no tienen carácter vinculante y de obligatoriedad a los Estados, orientan técnicamente el que hacer de los mismos, en el tema de juventud, a continuación se mencionan algunos de ellos.

Para el año 1995, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó el Programa Mundial de Acción para la Juventud, “cuyo objeto principal es el de proveer un marco para las políticas y una guía práctica para la acción nacional y el apoyo internacional, con el fin de mejorar la situación de la juventud. En el tema del Derecho a la Salud de las y los jóvenes, se destaca que la juventud debe tener acceso a los servicios básicos de salud y se deben lograr los objetivos de salud para todos, basados en la equidad y la justicia social, de acuerdo a lo establecido en la Declaración de Alma–Ata”. (...)

Así mismo, en la Conferencia Poblacional el Cairo, 1994, en el tema de juventud se señala “la necesidad de atender los enormes problemas creados por las elevadísimas proporciones de niños y jóvenes en las poblaciones de muchos países en desarrollo y cuyas condiciones de vida no son favorecedoras para ellos, esto lleva a que se plante como objetivos, promover la salud, el bienestar y el potencial de todos los niños, adolescentes y jóvenes; satisfacer sus necesidades especiales, comprometiéndose el apoyo de la sociedad, la familia y la comunidad, al igual que el acceso a la educación, el empleo, la salud, la orientación y los servicios de salud reproductiva de alta calidad”.

En 1998, en la IX Conferencia Iberoamericana de Ministros de Juventud, realizada en Lisboa, se expresó la posibilidad de elaborar una “Carta Iberoamericana de Derechos de Juventud, que consagrara en el ámbito Iberoamericano el reconocimiento a la especificidad de la condición juvenil y reconocimiento como sujetos de Derechos”. (Rodríguez 2006: 98). Posteriormente, en la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Juventud (Panamá, 2002), se acordó la posibilidad de convertir la Carta de Derechos de Juventud en un Tratado Internacional de obligatorio cumplimiento.

En este sentido, en la Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes, 2005, se promulgo una carta de Derechos para los y las jóvenes, aun no

ratificada por Colombia, en la cual se explicita frene al Derecho a la Salud de las y los jóvenes lo siguiente:

1. *“Los Estados que hacen parte reconocen el Derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad.*
2. *Este Derecho incluye la atención primaria gratuita, la educación preventiva, la nutrición, la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la investigación de los problemas de salud que se presentan en la edad juvenil, la información y prevención contra el alcoholismo, el tabaquismo y el uso indebido de drogas.*
3. *Tienen igualmente Derecho a la confidencialidad y al respeto del personal de los servicios de salud, en particular, en lo relativo a su salud sexual y reproductiva.*

De igual forma, en el foro mundial de juventud realizado en el año 2010 en México, se planteó que los gobiernos también deben “establecer políticas públicas que garanticen el acceso de las personas jóvenes a la salud sin discriminación, e incrementar la calidad y cobertura de los sistemas de salud y servicios de atención a la salud, incluidos aquellos para la sexualidad y salud reproductiva y adoptar medidas para frenar y contrarrestar la propagación del VIH y el SIDA y otras enfermedades entre los jóvenes”. (UNPFA 2011, p 30)

Lo anterior permite evidenciar que el debate está abierto, que los instrumentos existentes son declaraciones de buenos propósitos, no de obligatorio cumplimiento, y que el tema de lo juvenil hasta ahora adquiere fuerza desde dichos acuerdos internacionales. En este marco parece una idea fuerza, la necesidad de adelantar políticas públicas que consideren el Derecho a la salud de los jóvenes y que estas vinculen el compromiso de diferentes actores sociales. Sin embargo, queda un tonillo de tímida postura frente a la realidad juvenil y sus dificultades para acceder al Derecho a la salud, y un fuerte enfoque morbicentrista en los postulados de los instrumentos internacionales respecto al Derecho a la salud. La salud como condición de vida, la vida como proceso humano intergeneracional parece no tener aun fuerza en la declaración y contenido del Derecho a la salud.

Queda de igual forma, el reto desde el nivel internacional de avanzar hacia un abordaje en las políticas en salud para jóvenes como potenciadoras del desarrollo humano, un planteamiento que pretende hacer frente a las necesidades de promover y proteger la salud Integral de los adolescentes y jóvenes, cuyo centro de accionar va más allá de algunos eventos de salud pública (salud sexual y reproductiva y psicoactivos) y pone de relieve la lucha contra la exclusión, como foco orientador para definir las prioridades de acción, lo que implica un accionar intersectorial, sin perder la especificidad que le compete al sector.

3.2.2. Desde el contexto Nacional. Colombia es un estado social de Derecho y en la Constitución de 1991 se reconoce a los jóvenes como sujetos de Derechos, el artículo 45 establece: “El adolescente tiene Derecho a la protección y a la formación integral. El Estado y la sociedad garantizan la participación activa de los jóvenes en los organismos públicos y privados que tengan a cargo la protección, educación y progreso de la juventud.”

Este reconocimiento de los jóvenes como sujetos de Derechos se plasma en dos documentos CONPES sobre juventud en 1992 y en 1995; en el primero se dio lugar a la creación de estructuras administrativas encargadas de la gestión municipal y departamental de la política pública de juventud, conocidas como “Oficinas de Juventud”. Y en el segundo, se plantearon los fundamentos para la política nacional de juventud, enmarcada en los lineamientos de tipo internacional buscando orientar las acciones del Estado frente a “garantizar el respeto de estos Derechos y generar condiciones propicias para el cumplimiento de los deberes correspondientes”. (Conpes de Juventud No. 2794, de 1995).

Como desarrollo de lo anterior, en 1997 se expide la Ley de Juventud (Ley 375), que pasa a consolidarse como una política de Estado, que tiene como finalidad la formación integral del joven, su vinculación a la vida nacional como joven y ciudadano, y la garantía del respeto de sus Derechos; sin embargo, esta Ley

actualmente se encuentra en proceso de reformulación y ajuste, mediante el proyecto de Ley Estatutaria de Ciudadanía juvenil en discusión en el Congreso, proceso que ha contado con amplia participación de los jóvenes del distrito y del país.

En 1999, “por medio de la Resolución 846 de la Defensoría del Pueblo, y dando cumplimiento al artículo 28 de la Ley 375, se creó la Defensoría Delegada para los Derechos de la Niñez, la Juventud, la Mujer y los Ancianos, llamada a desempeñar un importante papel en relación a los Derechos de estas poblaciones”. (Conpes 1995). Finalmente para el año 2000 se crea el programa presidencial Colombia Joven, como un programa adscrito al departamento administrativo de la presidencia de la república, el cual sustituyó el viceministerio de la juventud que estuvo adscrito en su corta vida al ministerio de educación.

Actualmente, el programa Colombia joven, hace parte de la presidencia de la república y cuenta con funciones como “fijar políticas, planes y programas que contribuyan a la promoción social, económica y política de juventud”. Es importante anotar que frente al tema del Derecho a la salud de las y los jóvenes, el programa Colombia joven cuenta con un eje temático misional llamado “Derecho y generación de oportunidades”, y dentro de este se encuentra el Derecho a la salud. De igual forma, es importante resaltar que la implementación de este programa y el funcionamiento de la oficina de la defensoría del pueblo en el tema de juventud, ha permitido contar con una arquitectura institucional a nivel nacional en el tema de juventud.

En este marco el Derecho a la salud de los y las jóvenes es plasmado en las estrategias que desde el nivel nacional se establecen, y que se expresan en la Ley nacional de juventud y en la política nacional de juventud, que a su vez es adoptada en los diferentes departamentos y municipios con estrategias como políticas públicas o planes de acción en el tema de jóvenes.

Sin embargo, en la ley nacional de juventud, el tema del Derecho a la salud de las y los jóvenes, no aparece reflejado dentro de los Derechos que se plantean en la misma; en esta ley, se priorizan Derechos como el Derecho al Tiempo libre, a la educación, a la cultura y al desarrollo de la personalidad. Caso contrario ocurre en la política nacional de juventud, en la cual se hace alusión al tema del Derecho a la salud de los jóvenes, vinculado directamente con aspectos como el acceso a los servicios de salud, colocando de relieve un aspecto relacionado con una de las falencias del SGSSS, frente a la afiliación de los mayores de 18 años, al respecto se plantea que se requiere “impulsar la afiliación de los jóvenes a la seguridad social (ampliar la cobertura del aseguramiento en salud para la población joven entre 18 y 26 años que no estudia y está en condiciones de desempleo o subempleo, especialmente las mujeres) ” Política Nacional de Juventud 2005 .

3.2.3 Desde el contexto Distrital y su acción frente al Derecho a la salud. Con la apuesta que realiza la nación frente a las políticas públicas de juventud planteadas en la ley 375/97, Bogotá se ve inmersa en un proceso que permitiera ver de forma más explícita el tema de juventud, de manera tal que en la primera administración de Antanas Mokus (1995-1997) se crea la “Consejería para asuntos Sociales” (Muñoz Gaviria 2007: 6), y se construye el documento marco para la política pública de juventud, titulado *Joven es Bogotá*, sin embargo, este documento no tuvo la incidencia esperada en la toma de decisiones, ni en la agenda política del Distrito.

Posteriormente, en la administración de Enrique Peñalosa, en su plan de desarrollo “Por la Bogotá que queremos”, se planteó en uno de sus artículos el compromiso frente a la construcción de una política de juventud para el distrito, este proceso arrojó que en 1999 Bogotá contara con lineamientos enfocados a los y las jóvenes, cuyos ejes temáticos fueron (Sarmiento 2006: s.p):

- Formación del talento juvenil.
- Reconocimiento y promoción de la participación e identidad juvenil
- Salud y bienestar para la juventud
- Prevención para jóvenes en riesgo.

Estos lineamientos se materializaron en programas como *Jóvenes tejedores de sociedad*, acciones para la convivencia, eventos culturales y deportivos dirigidos en gran medida hacia la población joven.

De igual forma, en la segunda administración de Antanas Mockus (2001-2003), se re-inicia un proceso de construcción de política pública de juventud con un enfoque participativo amplio, en el marco de un proyecto distrital de políticas sociales participativas de enfoque poblacional llamado cartas de navegación. Es así como en el documento de política titulado *Política Pública de Juventud de Bogotá: Escenarios y estrategias para el próximo decenio*, se explicitan lineamientos de acción y compromiso y se compromete como objetivo central “brindar a los y las jóvenes bogotanos, sin exclusión, un conjunto de oportunidades individuales y colectivas que les permita elevar sus capacidades para que, mediante la acción que ellos y ellas mismas realicen, puedan convertir en realidad sus proyectos de vida en beneficio propio y de la sociedad de la que hacen parte” (DACC 2002: 169). En desarrollo de lo anterior se establecen como ejes estratégicos de trabajo con jóvenes los siguientes:

- *Elevar las capacidades de los y las jóvenes mediante un proceso de formación que fortalezca sus elementos racionales, emotivos e imaginarios, para que haciendo uso de ellos pueda amar, discernir, soñar y crear, a fin de elegir, hacer, disfrutar e intervenir adecuadamente en todos los ámbitos de su vida individual y social.*
- *Promover un proceso de inclusión que brinde igualdad de oportunidades a todos los y las jóvenes Bogotanos.*
- *Impulsar una acción sostenida de los y las jóvenes, a través de la cual contribuyan, con sus capacidades y con las oportunidades de las que disponen, a la construcción de un futuro mejor para la ciudad.*

El tema de la atención sanitaria se dejó explícito en el lineamiento octavo identificado como *Énfasis al entorno inmediato*, que incluyó los servicios y la protección integral, estableciéndose aquí las estrategias que desde el sector se debían desarrollar para garantizar el acceso, la calidad y la integralidad de los servicios. Sin embargo, como puede notarse frente a la salud, se conserva la línea de la atención sanitaria como fundamento de la acción de política.

El documento de política de juventud, fue para muchos un proceso poco reconocido, a pesar de su amplia difusión y ratificación por el Consejo distrital de política social creado en esta administración. La ausencia de un acuerdo distrital ratificado por el Concejo, impidió la obligatoriedad de su implementación y la designación de escasos recursos para su implementación no logrando el resultado esperado. Adicionalmente, la política fue entregada a la ciudadanía y su institucionalidad distrital a finales de la administración cuando el cambio de gobierno distrital se avecinaba, sin que ello hubiera quedado fuertemente enraizado en las estructuras programáticas institucionales ni en las bases sociales.

En 2005, con el nuevo gobierno distrital se inicia nuevamente el proceso de construcción de la política pública de juventud, bajo la administración de Luis Eduardo Garzón y gracias a la presión ejercida por jóvenes de organizaciones juveniles y Consejos Locales de Juventud, este proceso dio como resultado el decreto 482 del 2006 “política pública de juventud 2006 – 2016”, en ella se establece como marco de fundamentación enfoque los Derechos Humanos y los ejes estratégicos giran alrededor de 9 Derechos (Participación y Organización; al Trabajo; la Salud, Equidad y No Discriminación; Vida Libertad y Seguridad; Educación y Tecnología; expresiones artísticas, culturales, turísticas y del patrimonio; Recreación y Deporte; ambiente sano y al hábitat digno)



El Derecho a la salud de los y las jóvenes explícito en la actual política pública de juventud del Distrito, plantea que el Derecho a la salud “buscan el desarrollo de una adecuada condición física de las y los jóvenes así como de su evolución personal y mental, a través de la promoción de hábitos de vida saludable y la atención integral en salud a los y las jóvenes”; en ella se establecen nueve líneas de acción que permitirán implementar el Derecho a la salud para los y las jóvenes. Contexto en el cual se deben implementar las acciones que desde el distrito se encaminan al trabajo con jóvenes.

Dado lo anterior, se puede inferir que el Derecho a la salud de los jóvenes en el contexto actual ha tenido mayores desarrollos (por lo menos en términos de los contenidos de la política pública) en el nivel Distrital que en el nivel nacional, centrados en la responsabilidad del sector público; el abordaje que se realiza desde el Distrito en teoría parte del reconocimiento del joven como sujeto de Derechos y potenciador del desarrollo humano, lo que significa una relación de congruencia y desarrollo hacia adelante con los planteamientos descritos y esperados como ideal desde en el ámbito internacional. Ahora bien, pese a estos avances el Sistema actual de salud no facilita los desarrollos de los planteamientos que desde la fundamentación soportan el Derecho a la salud en Bogotá, sobre todo en la prestación de los servicios sanitarios y en las barreras que aún no se han logrado remover como se verá más adelante.

### 3.3. ¿MÁS OBLIGACIONES ESTATALES QUE REALIZACIONES? ¿MÁS REALIZACIONES QUE OBLIGACIONES? BOGOTÁ TITULAR DE DEBERES FRENTE AL DERECHO A LA SALUD DE LOS Y LAS JÓVENES.

“Los actores titulares de obligaciones son todos aquellos que en relación con la normatividad internacional y al sistema tienen una serie de obligaciones y están conminados a reconocer, garantizar y proteger los Derechos humanos”. (Hoyos,

V.G; Aldecoa, L.F “y” Sañudo P. M (s, f: 55) .El Derecho Internacional considera como principales actores de obligaciones a los Estados, al respecto De Currea (2003:49) afirma que se debe mirar el puesto de responsabilidad jurídica que el ordenamiento interno de un país para la oferta de los servicios de salud; para el caso Colombiano en la sentencia de la Corte Constitucional se estableció que la noción de “servicio público” no se refiere únicamente a los servicios prestados directamente por el Estado”.

Sin embargo, si bien en el contexto colombiano otros actores (ONG`s, entidades privadas entre otros) desarrollan algunas de las funciones del Estado en la prestación de los servicios, para el caso de la presente investigación se centrara la atención en identificar las estrategias que desde el sector público estatal se realizan para materializar el Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá.

Es importante recordar que de acuerdo a lo expresado en la Observación No 14 del comité de los DESC, “al igual que todos los Derechos humanos, el Derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de **cumplir** comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover La obligación de **respetar** exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del Derecho a la salud. La obligación de **proteger** requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista para la realización de los Derechos”.

En este contexto las acciones que se establezcan como estrategias de implementación de los instrumentos sobre los Derechos Humanos, deben estar orientadas al desarrollo de estas obligaciones antes descritas y alinearse con las fundamentaciones y líneas de acción allí propuestas.

3.3.1. Congruencia entre las disposiciones internacionales y las políticas y estrategias nacionales y distritales. En el marco de los distintos instrumentos de carácter internacional en función de los Derechos Humanos, en Colombia se han establecido una serie de estrategias, expresadas en leyes, normas, programas y proyectos que permiten materializar el Derecho a la salud, algunos de ellos especifican directamente las acciones a realizar con las y los jóvenes, otros plantean líneas generales con aspectos que involucran a toda la población. En el anexo F se muestra estas estrategias que se realizan a nivel nacional y Distrital, para el caso de esta investigación centraremos la atención en las estrategias de carácter Distrital. Entre las principales estrategias se encuentran las presentadas en la siguiente tabla.

Tabla No 2. Estrategias desarrolladas por el Estado para la materialización del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá.

NIVEL NACIONAL	NIVEL DISTRITAL
Ley 100 de 1994.	Decreto 482 política Distrital de juventud
Ley 1122 del 2007	
Norma 412 del 2000 del Ministerio de salud	Plan Distrital de Salud
Ley de la juventud 375 de 1997.	Plan distrital de salud – Plan de intervenciones colectivas
Plan Nacional de Salud	2010.
Sentencia T 760	Servicios amigables en Salud

Fuente: Elaboración propia.

El distrito cuenta con dos estrategias generales para implementar los lineamientos de los instrumentos internacionales frente al Derecho a la salud de las y los jóvenes: La política de Juventud 2006-2016 y el Plan Territorial de salud, cuyo marco ha permitido la implementación de aproximadamente con 10 acciones en salud pública con jóvenes, y del modelo de servicios amigables en salud. Persisten vacíos en prestación de servicios sanitarios en temas relacionados con la salud mental, específicamente en el tratamiento y rehabilitación de los jóvenes consumidores de sustancias psicoactivas.

Al analizar los contenidos que se plantean tanto en la política como en los planes y estrategias derivadas, se puede observar una coherencia adecuada entre lo planteado en el plano de los instrumentos internacionales y la operacionalización existente, en esencia en la fundamentación de estas estrategias que recaen en el marco de la garantía, protección, promoción, restitución y ejercicio efectivo, de los Derechos de los y las jóvenes en la ciudad, así como la participación y el reconocimiento de la diversidad del sujeto joven.

Las acciones que desde el Distrito se realizan con jóvenes en el tema de salud, recogen los lineamientos que desde el nivel internacional se presentan en función del Derecho a la salud de los jóvenes, en este sentido también se nota que el interés se centra en el tema de la salud sexual y reproductiva, sobre todo en el ámbito de la prestación de los servicios que se enfocan en el tema de la asesoría para la planificación familiar.

Sin embargo, cabe reconocer que las acciones que desde salud pública se realizan avanzan en incorporar no solo los lineamientos de carácter vinculante como los DESC, sino que retoman los lineamientos que a pesar de no ser de obligatorio cumplimiento dan directrices frente al abordaje de los jóvenes (como es el caso de la conferencia del Cairo, el foro mundial de juventud y la conferencia iberoamericana de juventud); esto puede verse reflejado en la fundamentación que soporta el desarrollo de estas acciones y que en sus objetivos se centran en el desarrollo humano y en el reconocimiento del joven como sujeto de Derechos y como potenciador de desarrollo.

Asimismo, estos elementos están presentes en los discursos de quienes direccionan dichas acciones y diseñan mecanismos territoriales para su cumplimiento, es así como los entrevistados expresan:

*Los programas desde el ámbito comunitario, recogen todo lo que está pasando a nivel internacional, lo que está marcando la política de juventud, la convención internacional de los Derechos de las personas con discapacidad y obviamente la política de distrital de discapacidad. Pero también los planteamientos de todo lo que maneja la UNESCO. Nosotros recogemos todo lo de las prácticas inclusivas que van desde los niños para todo lo de inclusión a nivel escolar y obviamente el lineamiento que nos plantea la OMS, con todo lo de rehabilitación basada en comunidad, entonces como ahí se ve la construcción de liderazgo, de movilización social, de ir formando sujetos políticos, recogiendo capacidades y potencialidades...(Entrevistado No 2, Funcionario de la Secretaria Distrital de Salud).*

*Lo que nosotros intentamos a través de estas acciones, es reconocer esos espacios donde se encuentran los jóvenes, fortalecer y apropiar a estos jóvenes para que hagan la exigibilidad de sus Derechos para que comencemos a trabajar en ello como un sujeto político, que le permita pensar, pensar cuál es su razón de estar en comunidad, su razón de hacer una participación dentro de esa comunidad y como hace también uso de los Derechos, en los cuales se le tiene todas las instituciones...(Entrevistado No 1 Secretaria Distrital de Salud).*

Lo anterior muestra que la ciudad se han intentado instaurar un enfoque de Derechos que desde la modernidad de una ciudad que puja hacia adelante busca mecanismos de garantía de los Derechos en general y en particular del de la salud y educación; no es ajeno a los bogotanos que los esfuerzos públicos de la ciudad se han visto fuertemente impulsados en estas dos áreas sin que con ello podamos decir que los problemas estén superados. Añadido a la voluntad política y la acción técnica se ha vislumbrado más tímidamente pero con influencia positiva, las políticas poblacionales elaboradas con participación de los grupos sujeto y objeto de las mismas, lo cual ha permitido en el diseño de la política y en los documentos (no necesariamente en la práctica) una explicitación del Derecho a la salud y de los Derechos en general de los jóvenes como Derechos de obligatoria asunción por el Estado de la ciudad.

3.3.2. Del dicho al hecho hay mucho trecho. Al pasar de la fundamentación a la operación, se centra de nuevo el interés en los aspectos problemáticos de la salud de los-as jóvenes que en los aspectos de calidad de vida; dicho de otra manera, si bien en el marco conceptual las estrategias como el plan nacional de salud, el plan

distrital de salud y los servicios amigables para jóvenes, se proponen desarrollar condiciones que mejoren la calidad de vida, impulsen el desarrollo humano y debiliten o remuevan los determinantes sociales de la salud, las acciones de operación o prioridades de operación de estas estrategias, recaen nuevamente en los problemas de salud que han sido generalizados como problemas de los jóvenes, esta situación se refleja en las metas a cumplir en dichos programas como se ilustra a continuación.

Metas del plan de salud distrital relacionados con la población joven.

- *Reducir en 20% los embarazos/año en adolescentes entre 15 y 19 años.*
- *Canalizar y caracterizar 5.190 jóvenes escolarizados y 3.480 jóvenes desescolarizados para la generación de condiciones de trabajo protegido.*
- *Reducir la tasa de suicidio a 3.0 por cada 100.000 habitantes. (Meta del acuerdo por el cual se aprueba el plan de desarrollo). Esta meta se comparte con los demás grupos poblaciones.*
- *Para el caso de servicios amigables se plantea como una forma de concebir la actividad diaria al interior de las unidades de atención en salud, orientando la organización y prestación de servicios de salud para los y las adolescentes, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva*

Estos aspectos permiten mostrar que las necesidades y los Derechos de los jóvenes se limitan a la comprensión de conductas que puedan ser inadecuadas, y a la vinculación de metas y programas que se enfocan solo desde la enfermedad y no desde la calidad de vida. Ponen entonces el reto frente a que “los formuladores de políticas deben empezar por entender que la vida y la salud de las personas no está en la enfermedad, sino precisamente en su vida, en su concepción de la salud y en las posibilidades y oportunidades que el entorno les da para vivir bien y sentirse bien” (García. *et. al*/2010: 139).

Si bien el plan de salud argumenta que su formulación, en concordancia con el plan distrital de desarrollo se basa en Derechos, las metas muestran claramente que el enfoque basado en problemas y no en el ejercicio pleno de Derechos desvía la formulación hacia situaciones adversas y hechos de expresión negativa del no Derecho o del acceso limitado al mismo.

Rodríguez (2006: 75) afirma que en el fondo, las respuestas en salud no logran resultados relevantes porque no atacan más que las expresiones más visibles del fenómeno. Tal como lo señalan diversos estudios, resulta imprescindible asumir que estamos ante un problema estructural, sumamente complejo y enraizado en la propia cultura de nuestros países, se requiere superar los enfoques simplistas predominantes hasta el momento, que se limitan al despliegue de respuestas de neto corte «represivo», o al desarrollo de campañas «moralistas» o aun a la asimilación mecánica entre «pobreza» y «delincuencia». Contribuye a esta visión morbicentrista del Derecho a la salud y su realización, las concepciones fuertemente arraigadas sobre la salud y su ubicación en la vida cotidiana de los jóvenes y de la población en general.

En los grupos focales, frente a la pregunta ¿qué es para usted la salud?, los jóvenes dieron las siguientes respuestas:

*No pues para mí la salud es como, como mantener bien las defensas vitales, todo el funcionamiento del cuerpo que se encuentre en un buen estado y ya". (Mujer 17 años. Localidad Engativá).*

*Salud es estar excelentemente bien físicamente, como tanto estar bien emocionalmente, que no le esté haciendo nada daño (hombre 20 años. Localidad Suba).*

*Pues por medio de, o sea, por medio de, del cuidado sexual que uno tenga, el cuidado reproductivo a la hora de tener relaciones o a la hora de protegerse así mismo, eso tiene que ver con la parte...eso es cuidado con el cuerpo y el cuerpo bien cuidado y sano es una buena salud. (Hombre 16 años. Localidad Candelaria).*

Las percepciones que tienen los y las jóvenes participantes tienen que ver con el mantenimiento del cuerpo y la mente, en buenas condiciones, esto incluye metabolismo, defensas vitales, el funcionamiento del cuerpo y de las emociones, (estar bien emocionalmente). También fue asociado con la sexualidad, tanto hombres como mujeres y coincidieron en afirmar que la protección a la hora de tener relaciones sexuales es importante para la salud, para no contraer

infecciones de transmisión sexual que pueden deteriorarla, ocasionando enfermedades; ven importante el estar informados acerca de las ITS o de cualquier tipo de enfermedad y conocer los métodos anticonceptivos.

Lo que es claro es que aunque las nociones tratan de acercarse a condiciones de vida y bienestar, en lo cotidiano esta noción de salud se vive como la ausencia de enfermedad y por ello la capacidad de hacer sin alteraciones que lo impida. Es así como frente al Derecho a la salud muchos jóvenes lo asocian a ser atendidos, por los servicios de salud y sus funcionarios, bien ante cualquier eventualidad como un accidente o enfermedad, de igual forma se asocia con tener una EPS\*, para lograr una atención médica oportuna y equitativa para las personas Y sus situaciones requeridas y necesarias.

Algunos testimonios que ilustran la visión de los-as jóvenes respecto a los significados y contenidos del Derecho a la salud, son los siguientes:

*El Derecho a la salud, es una obligación que tiene el estado en proporcionar atención médica a las personas, es para toda la población sin privilegios, de debe atender con la misma calidad y oportunidad, sin discriminación alguna (Mujer 16 años. Localidad Chapinero).*

*Bueno todos tenemos Derecho a la salud seamos pobres o ricos, de acuerdo a nuestras posibilidades económicas, existen muchas propuestas hoy en día de salud, muchas EPS, salud prepagada... El problema es si la mayoría de los seres humanos vivamos donde vivamos tiene acceso a estos servicios, sabemos que contamos también con el apoyo del gobierno para los estratos sociales bajos, pero también existen quejas por parte de ellos, en ese preciso momento ya el Derecho a la salud se ve violado, cuando no hay una atención medica óptima para todas estas personas y lo más importante oportuna. (Hombre 19 años. Localidad Rafael Uribe)*

Este escenario de concepción y vinculación directa por parte de las y los jóvenes de la salud con los temas de morbi- mortalidad y atención sanitaria, es un reflejo de los discursos hegemónicos del sector salud. Si bien se ha logrado avanzar (en

---

(\*) EPS- Empresa prestadora de servicios de salud.



el marco de los instrumentos internacionales y las propuestas de la OPS – OMS y por supuesto en su fundamentación en los planes de salud nacional y distrito), en entender la salud como un conjunto de condiciones de vida y dotaciones que permiten el goce pleno de la vida; aun en el escenario operativo y programático local no ha sido del todo apropiado por los profesionales de la salud.

Esto por su puesto radica en que los programas que se han establecido para los y las jóvenes también se centran en los temas de las metas o prioridades de salud, como se describió anteriormente y en que las acciones de prevención de la enfermedad y atención de la misma son más conocidas y trabajadas por el sector salud, que aquellas que tienen que ver con la promoción de la salud y el desarrollo de la vida. Los esfuerzos internacionales por ofrecer evidencias de que la promoción de la salud genera créditos económicos y de salud más amplios que los servicios de atención a la enfermedad aún no han logrado penetrar los espacios de programación de acciones en salud, presupuestos y diseño de metas, honrosas excepciones en Cánada, Suecia y Cuba.

En un estudio de la universidad del Bosque titulado “Componente de prevención del modelo de atención para la población en condiciones de exposición y con condiciones crónicas en Bogotá” , se plantea que estos aspectos también pueden explicarse a partir de la teoría del fractal, en el cual los hechos que aparecen como repetitivos y que se orientan desde los niveles jerárquicos, ocasionan que quienes están en la base asuman, y repitan los conceptos y aspectos que desde las instituciones se les presenta. “En una jerarquía discursiva determinista y previsible, el vértice, corresponde al lugar desde el cual se enuncian los discursos de los sujetos institucionales. Un lugar que marca el paso, por cuanto, no solamente configuran el marco normativo de la salud pública, sino que además definen las representaciones, los conceptos y por lo tanto las acciones, que a su vez terminan reforzando la representación que las motivó. En el siguiente nivel se encuentran los servicios de salud que imitan las competencias modales del

discurso. En la parte inferior están las personas expuestas a condiciones crónicas y en la base las personas que viven en condiciones crónicas. En la cúspide se hallan aquellos que poseen la verdad, lo epistémico y lo deóntico del objeto del discurso”. Universidad del Bosque (2010: 76).

Significa esto entonces, que el hecho de que desde el sector salud las acciones que se realizan y las metas que se establecen se orientan a mitigar la enfermedad, ha ocasionado que para este caso, los y las jóvenes también centren su interés en la enfermedad y o problemáticas, más que en los aspectos que las causan.

A pesar de la fuerza de las ideas hegemónicas de la enfermedad como conexión o definición de la salud, algunas briznas de esperanza se dejan ver en las comunidades. En las discusiones de los grupos focales, algunos actores articularon en forma magistral la calidad de vida y la conexidad que existe del Derecho a la salud con otros Derechos, un ejemplo de ello lo plantea esta mujer.

*Colombia es un país con muchos problemas como por ejemplo el desempleo, y que sin trabajo es muy seguro que la salud se deteriore rápidamente”. “Se trata por tanto no sólo de curar, se trata de promocionar para que sean personas plenamente desarrolladas. En este sentido el sistema de salud que actualmente existe está dedicado en muchas ocasiones a curar enfermedades más que a promocionar salud, cuando no supone trabas burocráticas que dificultan incluso lo primero. (Mujer 20 años. Localidad san Cristóbal).*

Esta conexión con los demás Derechos se manifiesta por parte de ellos, en que se está violando el Derecho a la vida, porque al negársele la atención a una persona que ha sufrido de alguna eventualidad por no tener dinero para pagar una atención médica se le está vulnerando el Derecho a la vida. Así mismo, Plantean que el Derecho a la salud se viola cuando las personas no tienen acceso a medicamentos porque no los cubre el POS.

Estos aspectos planteados por los jóvenes, están relacionados con dos de los contenidos que se plantean frente al Derecho a la salud: a. “la relación con el

reconocimiento de la vida como el más alto valor del ser humano y b. el Derecho a la asistencia sanitaria que hace referencia a la disponibilidad de instalaciones, bienes y servicios de salud, personal e insumos, que posibiliten el acceso de las personas y garanticen el Derecho a la atención de urgencias y/o de consulta externa, al diagnóstico, al tratamiento, al acceso de medicamentos básicos, a la recuperación, a la continuidad en la atención y al acceso a información en salud”. (Torres 2011: 14).

De igual forma es necesario tener en cuenta que en las respuestas que los jóvenes encuestados dieron a la pregunta ¿qué es para usted salud?, en la cual el 41% de los jóvenes encuestados respondieron que era tener un bienestar físico, mental y social; el 21% respondió que era estar en buena forma física y mental; el 18 % respondió que era sentirse bien y solo el 18% lo relaciono con no tener ningún tipo de enfermedad. El 2% no sabe no responde.

Estas respuestas muestran que existe una relación con el contenido del Derecho a la salud frente a al Derecho a la salubridad pública, es decir a los aspectos que están “relacionados con acciones de tipo colectivo que involucra la garantía del Derecho a disponer de agua potable y servicios de saneamiento básico; Derecho a la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas y epidémicas; Derecho a la higiene y seguridad en el trabajo; Derecho al medio ambiente sano, Derecho a una vivienda saludable, Derecho a una alimentación sana y nutritiva y Derecho a la participación comunitaria en la toma de decisiones públicas en salud” (Torres 2011: 6).

3.3.3. El Derecho a la salud desde la disponibilidad de los servicios y programas en salud para las y los jóvenes en Bogotá.

En la observación No 14 sobre el Derecho a la salud se establece que “cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes

y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS”. (DESC 2000)

En Bogotá para materializar el Derecho a la salud se presenta como estrategia la implementación del Plan de Salud Distrital 2008- 2012, importante resaltar que este plan armoniza el plan de desarrollo y el plan distrital de la política de juventud en el Derecho a la salud; para ello se establecieron cinco ejes estructurantes: a. Eje de prestación y desarrollo de servicios. b. Eje salud publica plan de intervenciones colectivas. c. eje de promoción social. d. Eje de prevención vigilancia y control de riesgos profesionales. e. eje de urgencias, emergencias y desastres. En estos ejes se contemplan una serie de acciones que están dirigidas a toda la población que reside en Bogotá, ente ellos las y los jóvenes.

Estas acciones se han establecido por líneas de intervención: Salud mental, salud sexual y discapacidad, salud oral, crónicas, desplazados, ambiente entre otros; sin embargo, específicamente se definieron acciones para jóvenes en 3 líneas de intervención, la argumentación es que “*en todas las intervenciones se trabajan sin distinción las etapas del ciclo vital y que solo algunas como salud sexual, salud mental y discapacidad se relacionan directamente con los jóvenes*” (Entrevistado No 3 Secretaria Distrital de Salud).

*Bueno en este momento toda la parte que está enfocada a una sexualidad sana, toda la parte, en torno a su atención a nivel de salud mental, todo la parte toda la parte de proyección, de que es lo que se busca del hombre hoy, del joven de hoy y*

*cuáles son los retos que tiene esta sociedad para ellos no? (Entrevistado No 1 de la Secretaria Distrital de Salud?).*

Por supuesto esto también está amparado en que en el nivel internacional estas son las prioridades establecidas para el trabajo con jóvenes. A continuación se describen las acciones disponibles para los jóvenes desde la oferta pública en Bogotá.

Tabla No 3. Acciones disponibles para las y los jóvenes en Bogotá desde el sector público.

Categoría	Línea de intervención	Acciones (*)	Situación real
Disponibilidad	Salud Mental	Barras futboleras: Generar y fortalecer la construcción de procesos organizativos que permitan a los y las jóvenes desarrollar sus habilidades y capacidades como sujetos de Derechos, favoreciendo prácticas saludables que aporten a la calidad de vida de los y las jóvenes.  Capacitación en el Derecho a la salud. Campañas de salud desde y para los y las jóvenes. Promoción de los Derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes. Cuidado del medio ambiente comunitario.	Estas son acciones de salud pública que se realizan únicamente en las localidades de Bosa y Usme, lo que significa que la cobertura es insuficiente para el número de jóvenes que pertenecen a estos grupos. Existen aproximadamente en Bogotá existen y solo se logra desde salud trabajar aproximadamente con 600 jóvenes
	Salud Sexual	Organizaciones juveniles como estrategia de construcción de nuevos sentidos de protección frente a la vida, de emergencia de significados potenciadores de la salud y redefinición de prácticas de cuidado, contribuyendo con el desarrollo de la política pública de juventud, en el marco del enfoque promocional de la calidad de vida y salud.	1100 jóvenes vinculados al proceso de fortalecimiento a organizaciones juveniles en el distrito.  Del total de encuestados en esta investigación el 51% manifestaron no conocer los servicios en salud sexual que se prestan en los hospitales públicos.
	Salud Sexual	Mobilizar conocimientos, relaciones, prácticas y sentidos construidos por preadolescentes y adolescentes en los grupos comunitarios entorno a los Derechos sexuales y reproductivos para generar iniciativas desde un enfoque diferencial y desde la operación en redes sociales que potencien su voz en los servicios de salud	84 Organizaciones juveniles del Distrito vinculadas al proceso de fortalecimiento a organizaciones juveniles
	Salud Sexual	Formación en sexualidad, con énfasis en prevención del embarazo en Adolescentes, vivencia del afecto,	Estas acciones están enfocadas a los jóvenes de 10 a 19 años, en el marco

\* Las acciones corresponden a la información del Plan de Intervenciones Colectivas PIC desde la Secretaria Distrital de Salud para el año 2010. Informe Procuraduría General. Oscilaciones y horizontes de la política de infancia, adolescencia y juventud de Bogotá.

		<p>Derechos sexuales y Reproductivos (reconocimiento de los/las Adolescentes como sujetos de Derechos), construcción de Proyecto de vida, utilización del tiempo libre, autoestima y autocuidado, métodos de regulación de la fecundidad, ITS.</p> <p>Desarrollo de iniciativas en SSR que potencien la relación de jóvenes con los servicios de salud en las instituciones educativas de educación superior y en los espacios de articulación intersectorial.</p>	<p>del cumplimiento de la meta de disminución en embarazo adolescente.</p>
	Salud Mental	<p>Construcción de espacios conversacionales que den cuenta de la realidad de los sujetos, sus necesidades, deseos y estilos de vida, con el fin, de resinificar y reconstruir prácticas culturales y sociales limitantes y fortalecer espacios posibilitadores para el desarrollo del Sí mismo y las relaciones significativas del sujeto.</p> <p>Promoción a ruta de acción. Caracterización de la población escolar intervenida. Articulación sectorial e intersectorial. Construcción y difusión de estrategias comunicativas.</p> <p>Promover la salud mental a partir de las voces e iniciativas de niños, niñas y jóvenes a través de la conformación de grupos de líderes que a partir de temas generadores de salud mental se constituyan en red de apoyo para sus pares y multiplicadores de la línea 106 como herramienta de salud mental</p>	<p>39 sedes en las cuales se ha implementado la estrategia en 7 localidades.</p> <p>375 casos de jóvenes a los cuales se les ha realizado el seguimiento y asesoría y consejería</p>
	Discapacidad	<p>Actividades y prácticas sociales con jóvenes con y sin discapacidad y se desarrolla en dos dimensiones: por una parte, se convoca a jóvenes sin discapacidad con sensibilidad social e intereses de participación comunitaria a que se motiven para actuar como acompañantes de jóvenes con discapacidad, cuya participación está restringida, de esta forma, la acción se convierte en una estrategia de prevención y desarrollo del proyecto de vida en estos jóvenes sin discapacidad.</p>	<p>37 grupos de jóvenes padrinos de niños y jóvenes con discapacidad contando con 629 jóvenes que han participaron en el proceso.</p> <p>Del total de los jóvenes encuestados en esta investigación, solo el 7% manifestó conocer la oferta de servicios para jóvenes con discapacidad en el Distrito.</p>
	Aseguramiento	<p>Orientar a los jóvenes con discapacidad severa afiliados al régimen subsidiado y con niveles 1, 2 SISBEN para su ingreso al proyecto de gratuidad en salud.</p>	
	Salud sexual	<p>Servicios amigables: Acompañamiento y asesoría a las Empresas Sociales del Estado que conforman la Red Pública, con el fin de implementar los servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes, como estrategia para impactar los determinantes sociales de la Salud Sexual y Reproductiva de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.</p>	<p>Se cuentan con 30 puntos de servicios amigables, que realmente son implementados bajo la modalidad de atención preferencia, solo en la localidad de Bosa y Kennedy se cuenta como tan con una UPA especializada en servicios para jóvenes y con un trabajo que ha</p>

			contado con la participación de ellos.
Promoción y prevención	Acciones individuales de promoción y prevención incluidas en el POS del régimen subsidiado y contributivo y las definidas para población pobre no asegurada: consulta de detección de alteraciones del joven, consulta de planificación familiar, atención preventiva en salud bucal, acceso a métodos modernos de planificación familiar (temporales y definitivos), tamizaje de agudeza visual (16 años), toma y lectura de citología, paquete de atención para gestante adolescente, promoción de estilos de vida saludable, vacunación. Para población pobre no asegurada se incluyen, entre otras, las siguientes actividades adicionales: asesoría individual en autocuidado, asesoría grupal en salud sexual y reproductiva, consulta de nutrición.		Estas actividades hacen parte del POS y por lo tanto son responsabilidad de aseguradores y de su red de prestadores. La Secretaría Distrital de Salud contrata a las ESE de primer, segundo y tercer nivel para garantizar la prestación de estas acciones.
Salud mental	Intervención de baja y mediana complejidad en la modalidad ambulatoria niños, jóvenes y adultos con problemas de consumo de algún tipo de sustancias psicoactivas.  Intervención terapéutica en consumo de sustancias psicoactivas en niños, jóvenes y adultos - Modalidad Ambulatoria		Estas acciones están limitadas por el número de cupos que se tiene para la atención, que supera la demanda por parte jóvenes con problemas de uso y abuso de sustancias psicotóxicas.  Se realiza hasta atención solamente en la ESE Vista Hermosa (CAD Juvenil Ambulatorio), CAD Despertar ESE San Blas y CAD ESE Santa Clara.
Participación social	Acciones dirigidas al fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía activa y la exigibilidad del Derecho a la salud, en el marco de la política pública en salud de participación social y servicio al ciudadano, mediante la implementación de estrategias de educación, información y sensibilización, con la puesta en marcha de una metodología incluyente, dinámica y socializadora como son los encuentros intergeneracionales.		Se realizan acciones con organizaciones juveniles, sin embargo, la participación no es la esperada, en los COPACOS y asociación de usuarios solo se cuenta con participación de personas mayores

Fuente: Elaboración propia tomando como referencia el Informe Procuraduría General. Oscilaciones y horizontes de la política de infancia, adolescencia y juventud de Bogotá 2010.

Al analizar la tabla anterior, podemos ver que aunque existen programas definidos para los y las jóvenes del Distrito, esta oferta no es suficiente, por razones como:

Las acciones están centradas en jóvenes menores de 19 años, y aunque en temas de salud pública las acciones que se realizan desde la Secretaría de Salud responden a la promoción, prevención, asistencia en salud y le aportan al cumplimiento de los Derechos planteados en la Política Pública de Juventud,

dirigidas a todos los jóvenes en general, sin discriminación de estrato socioeconómico, en la realidad esto no corresponde al propósito dado que se ha dado prioridad a los adolescentes (10 a 19 años).Lo anterior responde a la necesidad de dar cumplimiento a metas y criterios de focalización lo que de alguna manera se convierte en un elemento que excluye a los jóvenes de 20 a 26 frente a la vivencia de su Derecho a la salud .

*Bueno partimos de que nuestra población joven es de 10 a 19 años, entonces una de nuestras acciones es en las instituciones educativas, allí tenemos equipos de salud, donde los equipos aparte de hacer un proceso de información, de educación y de comunicación, también tienen que hacer canalización a nuestros servicios, allí es donde empieza el primer paso. Entonces el profesional de salud le da la información a ese joven para que se acerque a los servicios de salud, pero la idea es que los servicios sean servicios amigables. (Entrevistado No 3 Secretaria Distrital de Salud)*

Las acciones que se realizan a los jóvenes no son suficientes en términos de cobertura, la oferta existente en el distrito no logra cubrir las demandas por parte de los jóvenes, se cuenta con aproximadamente 17 acciones desarrolladas desde el sector salud por medio de las Empresas Sociales del Estado (ESE) de I Nivel.

Otros aspectos que son importantes frente a las acciones que realiza el Estado en la prestación de los servicios para el disfrute del Derecho a la salud, tienen que ver con la prestación de los servicios sanitarios o asistenciales; la entrega de medicamentos y la distancia en que queda el servicio de salud al que asiste.

Frente a la prestación de los servicios sanitarios o asistenciales la resolución 412 del 2000 y la resolución 001973 de 2008 establecen algunos lineamientos que se deben tener en cuenta en las acciones de tipo asistencial que se realizan con las y los jóvenes, entre ellas se encuentran la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años) y los lineamientos para la planificación familiar con el fin de reducir los embarazos no planeados y favorecer la reducción de fecundidad en adolescentes.



En este marco, el Distrito ha desarrollado el proceso de implementación de los servicios amigables en salud para jóvenes con énfasis en salud sexual y reproductiva, actualmente en Bogotá se cuenta con 30 servicios amigables implementados a través de los Hospitales de I Nivel, de los cuales 28 funcionan como consulta diferenciada y solo en la localidad de Bosa y Kennedy se cuenta como tan con una UPA especializada en servicios para jóvenes y con un trabajo que ha contado con la participación de ellos.

#### 3.3.4. El Derecho a la salud desde la Accesibilidad de los servicios y programas en salud para las y los jóvenes en Bogotá.

La accesibilidad en el derecho a la salud de acuerdo a lo establecido en la Observación No 14 de la comisión de derechos sociales, económicos y culturales hace referencia a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, en este sentido, la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: Acceso sin discriminación, accesibilidad física y geográfica, accesibilidad económica y acceso a la información. Acceso a políticas, planes, programas y proyectos de índole colectiva (salud pública) y de atención sanitaria.

En este sentido en la encuesta realizada se preguntó sobre el nivel de conocimiento de las y los jóvenes frente a la oferta institucional existen en el Distrito en los programas de salud tanto en el nivel asistencial como en el nivel de salud pública. Esto con el fin de poder identificar el acceso de los jóvenes a los mismos, ya que de acuerdo con el informe de la procuraduría general de la nación solo se ha contado aproximadamente con la participación de 12.976 jóvenes en los programas de salud pública (Ver anexo I. *Indicadores de gestión relacionados con las coberturas de las acciones de salud para jóvenes en Bogotá*), lo que correspondería a un 1% de la población joven de Bogotá.

La poca participación señala puede estar explicada por la desinformación de los jóvenes frente a la existencia de estos programas y requisitos para acceder a

ellos, del total de jóvenes encuestados (209), el 39% (83 jóvenes) contestaron no conocer estos programas; el 23% (49 jóvenes) expresaron solo conocer el programa de fortalecimiento a organizaciones juveniles y el 10% (22 jóvenes) el programa de territorios afectivos. En cuanto al conocimiento de los requisitos para acceder a estos programas de salud pública, el 47,8% (100 jóvenes) contestaron no conocerlos.

Esta situación es similar frente a sus Derechos como afiliados al sistema de salud. Existe un bajísimo conocimiento respecto a los servicios de salud a que tienen Derecho como afiliados a los diferentes regímenes, En esta materia el 24% respondió no conocer los servicios a que tiene Derecho, el 29% respondió conocerlos parcialmente y el 21% conocerlos escasamente. Frente a la pregunta ¿Conoce usted los requisitos y formas para afiliarse a la seguridad social? el 30% de las y los jóvenes respondió no conocer los requisitos; el 14% conocerlos escasamente; el 21% los conoce parcialmente, tan solo el 21% manifestó si conocerlos. (Un 14% respondió esta pregunta).

El desconocimiento de los requisitos para acceder a los servicios y programas de salud, puede aunarse a la falta de rutas de acceso claras y definidas para cada programa, en las entrevistas realizada se coincidió en que la puerta de entrada a los servicios y programas en salud en el distrito son los hospitales del I Nivel, sin embargo, no se logró definir cómo podrían puntualmente los jóvenes acceder a estos servicios y programas.

*La ruta que se sigue es con comunidades y se trabaja en todas localidades y se entra por los hospitales de primer nivel, que son los que gestionan la estrategia, básicamente por la identificación que se hace por la asesoría a las familias y por la convocatoria e identificación desde el proceso de ámbito comunitario... (Entrevistado No 4 Secretaria Distrital de Salud).*

*Los jóvenes pueden tener acceso a los productos que tiene el distrito para ellos, pues en ese sentido nos enfocamos al trabajo con grupos y organizaciones de base comunitaria, y como también de aunque los jóvenes que tiene algún interés*

*particular en participar, a través de los diferentes programas que tenemos entonces, ...en la comunidad en donde tenemos ubicados estos grupos, nuestros referentes van se acercan ,van a los espacios en donde se encuentran los jóvenes comienzan a interactuar con ellos... los comenzamos a canalizar, bien sea hacia los servicios de salud o bien sea hacia otros servicios... (Entrevistado No 2 Secretaria Distrital de Salud).*

Al preguntarse a los jóvenes frente a si conocen la oferta de servicios de salud en los temas de salud sexual y reproductiva y a los servicios amigables, del total de los jóvenes encuestados, solo el 5,26% de los jóvenes contestaron conocer estos servicios y el 38,28% contestó conocer los servicios en salud sexual y reproductiva del Distrito.

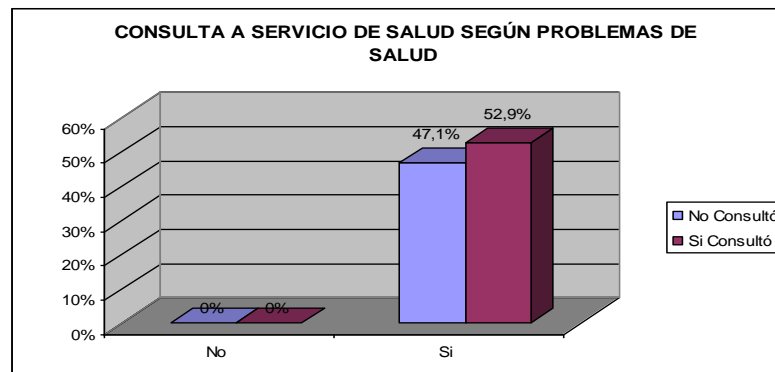
Con respecto a la distancia del servicio de salud al que asiste el 65% de los jóvenes encuestados manifestó que el servicio de salud le quedaba cerca, es decir entre 30 y 45 minutos de desplazamiento. Un 34% de los jóvenes manifestaron que los lugares de atención les quedaban a más de una hora de desplazamiento es decir lejos.

Estos datos muestran un avance importante en Bogotá en términos de las barreras de acceso geográficas; sin embargo, también significan estos datos que aunque en menor proporción, aún persisten fallas en la prestación de los servicios relacionadas con la distancia de desplazamiento para hacer uso de los servicios de salud, constituyéndose como una barrera de tipo geográfico que no facilita a los jóvenes disfrutar su Derecho a la salud. Pero sobre todo muestra una barrera relacionada con la desinformación y poca divulgación de los servicios y programas de salud que hacen que los jóvenes no conozcan el funcionamiento del sistema de salud, los derechos a los que tienen como jóvenes y mucho menos los servicios que se ofrecen desde el Distrito.

### 3.4. ¿EJERCICIO Y DISFRUTE? EL DERECHO A LA SALUD DE LOS JÓVENES DESDE EL USO DE LOS SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD.

La salud es concebida por los y las jóvenes participantes como un estado de bienestar físico, mental y emocional, que tiene cierta tendencia de asociarse con la ausencia de enfermedad; para los jóvenes la salud es un opuesto a la enfermedad y una condición de vida en bienestar. Al indagarse sobre la presencia de algún problema de salud en los últimos 30 días, la respuesta primordial fue negativa, para el 67% de los jóvenes no existió ninguna afección en salud. Tan solo el 32% de los jóvenes tuvo algún problema de salud. De ellos el 47% no acudió a los servicios y el 53% si lo hizo como se muestra en la gráfica siguiente. Del total de los jóvenes encuestados, el 30% no acudió a ningún servicio de salud, porque el caso era leve o no tuvo necesidad, por falta de dinero 6%, porque quedaba lejos el centro de atención para el 4% o por exceso de trámites 4%.

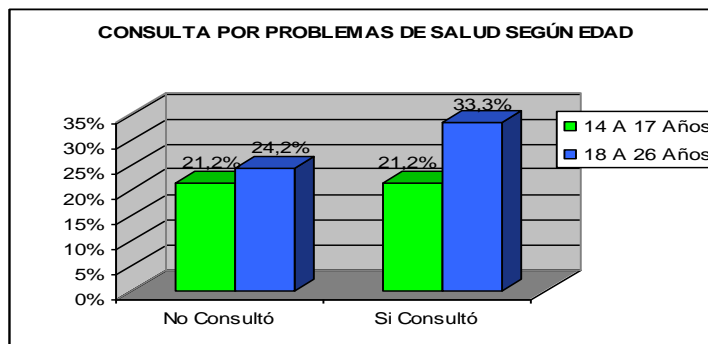
Gráfica 2



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios  
Base: Encuestados que presentaron problemas de salud durante los últimos 30 días

Parece que asisten menos a los servicios de salud los jóvenes de mayor edad, 18 a 26 años, que los del subgrupo de menor edad 14 a 17 años, tal como lo muestra la gráfica siguiente.

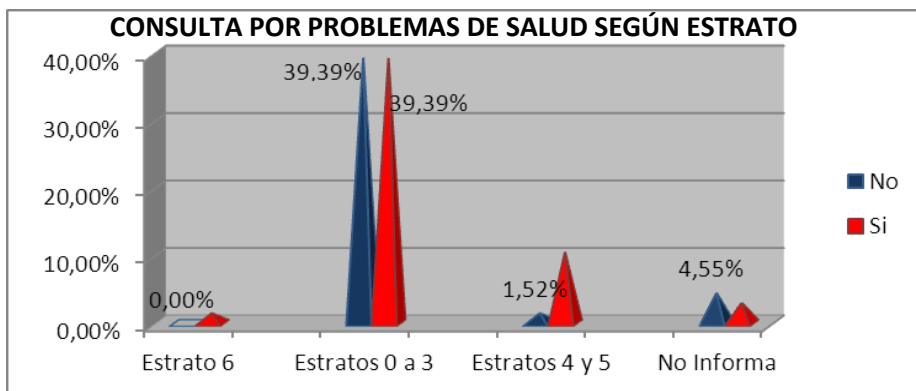
Gráfica No 3



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios  
Base: Encuestados que presentaron problemas de salud durante los últimos 30 días

Frente al uso de los servicios y programas de salud, de acuerdo al nivel socioeconómico, los resultados de la encuesta arrojaron que quienes hacen más uso de los servicios de salud son los jóvenes que se encuentran en el nivel socioeconómico bajo y medio, representado en el 39,4% del total de los encuestados que manifestaron haber tenido algún problema de salud, como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica No 4.

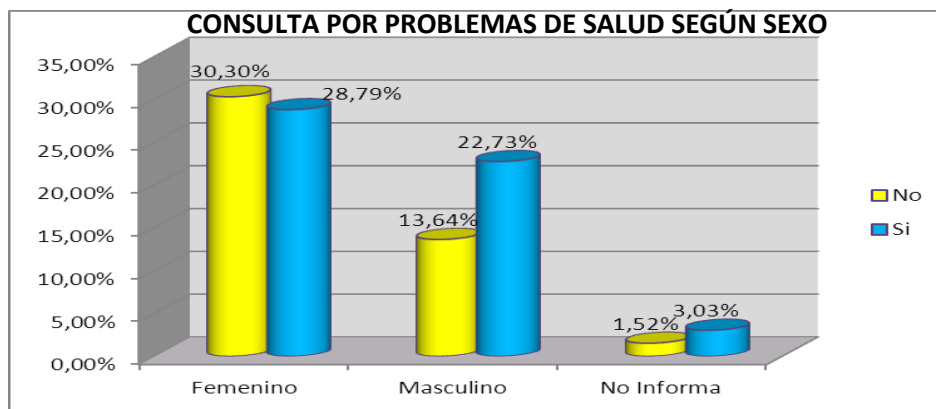


Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios  
Base: Encuestados que presentaron problemas de salud durante los últimos 30 días

El uso de los servicios de salud de acuerdo al sexo muestra diferencias entre hombres y mujeres, aunque estas no son significativas. De los jóvenes que manifestaron haber tenido problemas de salud, resalta que las mujeres son

quienes más asisten a los servicios de salud al compararlas con los hombres (gráfica No 5) 28,8% y 22,7% respectivamente. También llama la atención que es superior la no consulta de los servicios de salud frente a la consulta de los mismos en mujeres que hombres donde esta relación es inversa.

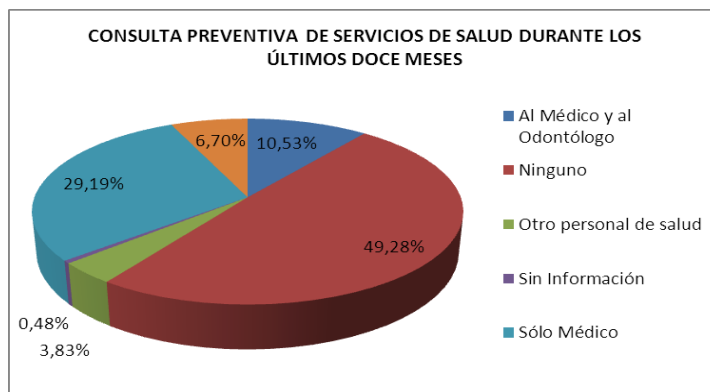
Gráfica No 5



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios

En el uso de los servicios de salud orientados a la prevención o promoción de la salud (Gráfica No. 6), el comportamiento fue similar a la variable de uso de servicios médico-curativos, mayor proporción de no consulta y uso que de uso efectivo. Es así como el 49% de los encuestados manifestó no asistir a ningún tipo de servicio de salud (medico, odontológico, de enfermería); el 29% manifestó asistir solo al médico y el 10% al médico y al odontólogo.

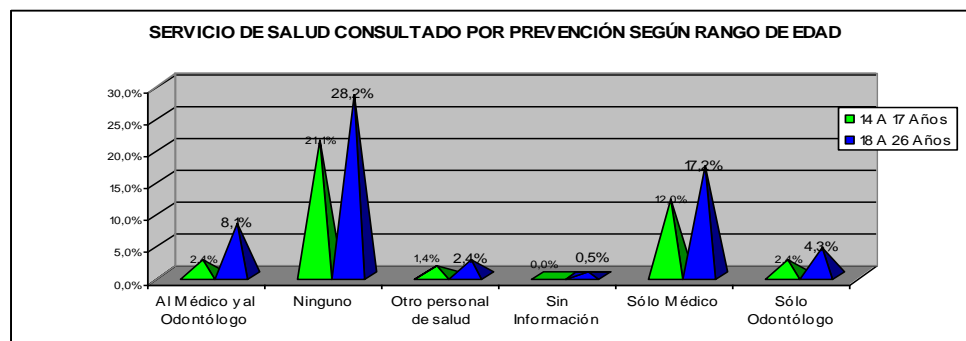
Gráfica 6



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios

Sin duda esto puede mostrara una cultura de la salud fuertemente arraigada en el morbicentrismo, pero también un conjunto de factores que pueden interferir en accesos fáciles, adecuados y de efectiva resolución. Es significativo apreciar que en el caso de servicios preventivos, son los jóvenes del rango de mayor edad (18 a 26 años) quienes más uso hacen de los mismos al compararlos con el rango de menores de 18 años 32% es posible que la mayor atomía de este grupo sea factor protector y movilizador de su mayor uso de servicios preventivos, a pesar de ser quienes menos usen en general los servicios de salud, es posible entonces en esta línea que en el grupo de menor edad estén sujetos a que el uso de los servicios preventivos tenga relación con el acompañamiento de sus padres o acudientes y en este sentido de no prioridad de los mismos en el contexto de necesidades de salud que son percibidos por adultos y jóvenes.

Gráfica No 7



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios

En este campo el bajo uso de los servicios de salud por parte de los y las jóvenes, es reconocido por los profesionales que están a cargo de los programas de salud para los jóvenes en Bogotá, en las entrevistas realizadas se coincidió con que los jóvenes nunca se sienten en riesgo y esta es una de las razones por las cuales no asisten a los servicios de salud, y por supuesto se convierte en una barrera de tipo cultural que no permite a los jóvenes hacer uso de su Derecho a la salud:

*Hay que partir pues que para el joven, él nunca se siente en riesgo, ósea el joven siempre se siente con un bienestar óptimo, entonces ellos muy pocas veces se sienten enfermos (...) pero lo que nosotros hemos encontrado es que los poco*

*jóvenes que llegan a nuestro servicio no se mantienen.* (Entrevistado No 2 Secretaria Distrital de Salud)

Relacionada con las barreras de tipo sociocultural existen algunas estructurales que tienen que ver con las barreras actitudinales y socioculturales, las cuales hacen que las y los jóvenes no hagan uso de los servicios de atención sanitaria, ni de los programas de salud pública. Estas se mueven en dos planos:

a. En el plano institucional, es decir, en los centros de atención en salud y que se reflejan en que los jóvenes que manifiestan haber tenido problemas en el momento de asistir a los servicios de salud las relacionan con su forma de vestir, vocabulario y orientación sexual, (el 25% de los encuestados dieron esta respuesta). Esto puede también constatarse con las respuestas de las entrevistas cuando se manifiesta que...

*...dentro de las barreras está todo el desconocimiento que hay desde los profesionales de salud que atienden a nuestros jóvenes frente a las orientaciones sexuales eso hace que el joven se acerque poco, porque el joven en algún momento hay estigma y discriminación frente algunas orientaciones y eso no permite que el joven tenga un proceso de sus servicios de salud, y los profesionales también imponen en primera instancia su criterio, la moral, sin pensar que cuando yo estoy atendiendo a un joven y a un adolescente tiene que entrar con una ética, con una responsabilidad, un compromiso social y ante todo pues no puede inducir nunca la decisión del joven....* (Entrevistado No 3 Secretaria Distrital de Salud)

b. En el plano personal y familiar, los hallazgos muestran que este es un hecho presente sobre todo para los jóvenes que presentan alguna condición de discapacidad. En las entrevistas a funcionarios de la Secretaría de salud se señaló esta situación.

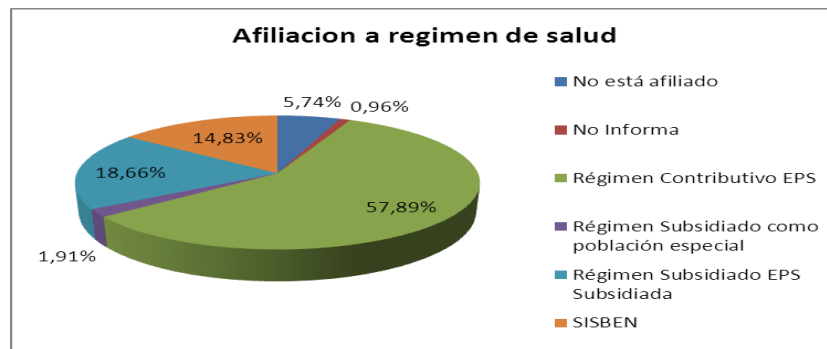
*Si queremos hablar de los jóvenes con discapacidad participando y organizándose hay unas barreras actitudinales, físicas, comunicativas, muy arraigadas y lo que tiene que ver con imaginarios y representaciones sociales, y ahí entra también la familia con el temor a que el joven con discapacidad participe, y salga como de es el núcleo de protección que ellos en muchas ocasiones generan. Entonces, hay una barrera que es el temor a que un joven, alguien de la misma edad salga con*



*su hijo y eso puede tener muchos peligros, entonces es muy difícil que la familia confié en soltar a su hijo...* (Entrevistado No 5 Secretaria Distrital de Salud)

Otro aspecto que obstaculiza a los jóvenes el disfrute de su Derecho a la salud está relacionado con la afiliación al sistema de seguridad social en salud y el bajo conocimiento que los jóvenes tienen de la estructura y funcionamiento del sistema, pues aunque la mayoría de los encuestados (gráfica No 8) manifestaron estar afiliados al régimen contributivo, al realizar la encuesta se tuvo que orientar a los jóvenes frente a cómo sabían ellos que estaban afiliados a este régimen y en muchos casos revisar los carnet de afiliación.

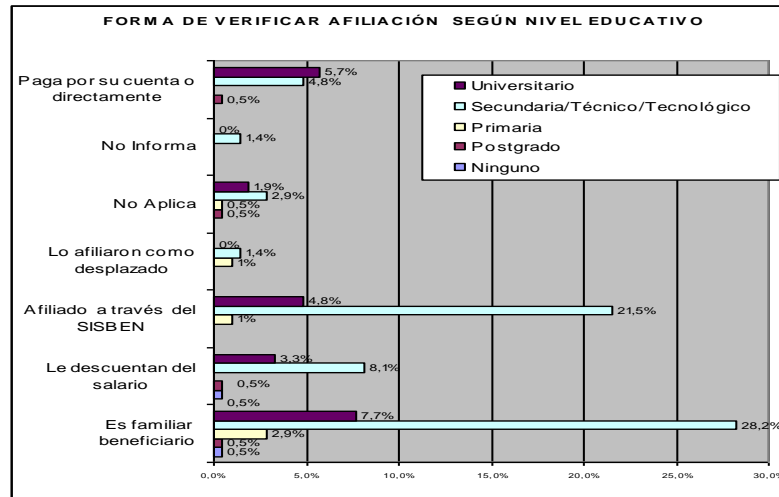
Gráfica No 8.



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios

Al verificar el tipo de afiliación y relacionarlo con el nivel educativo de los jóvenes se pudo constatar que el 28% de los jóvenes encuestados de nivel educativo secundaria, técnico o tecnológico (que es donde se encuentra el mayor porcentaje de los encuestados) son beneficiarios de un familiar, por estar vinculados a la educación y al sistema educativo; al 8% de los jóvenes le descuentan de su salario y el 21% lo afiliaron a través del SISBEN. Como se puede ver en la gráfica siguiente.

Gráfica No 9.



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios

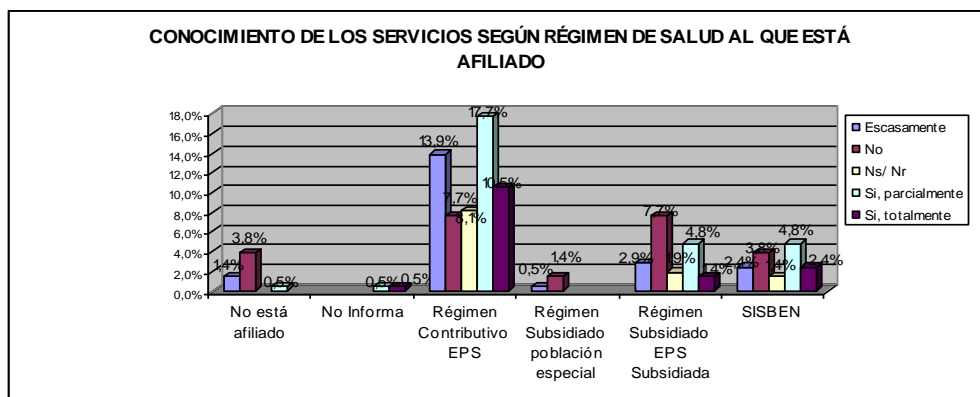
Llama la atención que quienes tienen niveles educativos más altos, y pertenecen a niveles socioeconómicos medio y alto, son quienes mejor conocen el funcionamiento y estructura del SGSSS, esto se pudo evidenciar en el desarrollo de las encuestas, pues con los jóvenes universitarios fue con quienes menores dificultades se tuvo para indagar sobre su afiliación al sistema, requisitos servicios y por tanto para el diligenciamiento de la encuesta en estos ítems.

De alguna manera esto representa primero, que el actual sistema de salud, es un sistema complejo, con bastantes requerimientos para su acceso, y segundo que el contar con mejor nivel educativo permite a los jóvenes conocer sus Derechos y por tanto exigir la garantía y cumplimiento de los mismos. El desconocimiento de los servicios de salud, unido al bajo manejo del sistema, de los requisitos y acciones diferenciales que existen según el régimen y las condiciones de precariedad educativa se unen en una trampa que obstaculiza el ejercicio del Derecho y su exigencia.

También es importante resaltar que la forma en que se encuentra establecido el funcionamiento del SGSSS frente a la atención de los servicios de salud, y frente a

quién debe atender a un joven o a una persona de acuerdo a su régimen de afiliación, obstaculiza sobre todo en los jóvenes acceder a los servicios. Cada régimen en salud tiene establecido una serie de requisitos, rutas de acceso y redes de servicios, que al ser desconocido por los jóvenes acuden erradamente a estos. Tal es el caso de los servicios amigables para jóvenes, pues los jóvenes al no conocer los servicios de salud a los que tiene Derecho, o conocerlos escasamente (como se muestra en la gráfica No 10), ni el lugar al que debe asistir como afiliado al SGSSS, acuden a los servicios más cercanos que muchas veces son las ESE existentes en las localidades y en las cuales, si estos jóvenes están en el régimen contributivo o tienen otra IPS capitada no les pueden prestar la atención.

Gráfica No 10.



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios

La barrera anterior se reconoce desde los gerentes de salud es así como en las entrevistas se hace evidente esta preocupación, que en otros términos constituye una barrera estructural del diseño del sistema de salud que dificulta el acceso a los servicios de salud...

*... Uno de los principales, y que se está estudiado, son las barreras de acceso al sistema, ósea usualmente el joven se acerca a un servicio pero si es contributivo no lo podemos atender en un centro subsidiado para el vinculado, entonces realmente esa es la barrera porque cuando el joven toma la decisión de acercarse a buscar información es porque el necesita esa información en ese momento, ósea el joven está buscando una respuesta oportuna, entonces cuando ese joven no se puede atender o se le da la información pero no se le puede dar un método, por*

*ejemplo en asesoría de anticoncepción porque no es de nuestro sistema, entonces en ese tiempo en que el joven va para volverse acerca a su EPS contributiva, en ese lapso de tiempo es cuando el joven se puede embarazar o la joven se embaraza, entonces digamos que el joven siempre busca una atención oportuna y en el momento, ósea que el joven cuando toma la decisión de acercarse al servicio es un joven que no hay que dejar que se devuelva sin ninguna información o sin haber resuelto su duda (entrevistado No.1 Secretaria Distrital de Salud).*

En la misma línea de las barreras que impone el SGSSS a los jóvenes para hacer uso de su Derecho a la salud, se encuentra los requisitos para hacer parte del sistema. Si bien en los encuestados por estar en edades escolares y encontrarse vinculados al sistema educativo, manifestaron la afiliación al SGSSS ya sea en contributivo o subsidiado, un grupo menor en cantidad pero importante para comprender el fenómeno de estudio muestra la no afiliación. (12 jóvenes 5,74%) (como se muestra en la gráfica No 8). Este hecho también es evidenciado por los funcionarios de la Secretaria Distrital de Salud como una barrera de tipo estructural...

*Una barrera importante en el acceso de salud a los jóvenes es también la parte de afiliación, cuando el joven es beneficiario, si el joven cumplió 18 años entonces ya cambia y debe empezar a tramitar un nuevo servicio, entonces en ese (tramo) el joven empieza a tener barreras de acceso. (Entrevistado No 4 Secretaria Distrital de Salud).*

Las principales razones por la que no están afiliados es porque tienen más de 18 años de edad y no se encuentran trabajando o estudiando, de los 12 jóvenes que no se encuentran afiliados al SGSSS 5 jóvenes dieron esta respuesta.

Tabla No 4.

Razón para no estar afiliado al SGSSS actualmente	Abs.	%
Cumplió 25 años y no puede ser beneficiario	1	8,33%
Tiene más de 18 años /estudia en horario parcial	4	33,34%
Tiene más de 18 años /no estudia	5	41,67%
Tiene más de 18 años/ trabaja pero no lo tienen afiliado	2	16,66%
Total no afiliados	12	100,00%

Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios

Los jóvenes mayores de 18 años que no cuentan con los requisitos o condiciones para ingresar al SGSSS, son un grupo de jóvenes que tiene limitados el disfrute del Derecho a la salud, en términos de la asistencia sanitaria, y por tanto significan un reto para el Estado como garante del Derecho a la salud de las y los jóvenes. Al comparar esta información con los datos proporcionados por la Secretaria Distrital de Salud (\*), Se evidencia que la mayor proporción de los jóvenes de Bogotá se encuentran afiliados al régimen contributivo 1.116.244 jóvenes se encuentran en este régimen de afiliación. 337.521 jóvenes se encuentran afiliados al régimen subsidiado y 30.602 están afiliados como población especial.

Sin embargo, dado que este es un estudio exploratorio y la encuesta no es representativa de la realidad de todos los-as jóvenes en Bogotá, se puede decir que es necesario contar con una Encuesta de salud que permita tener la medición de la no afiliación y las razones de ella.

#### 3.4.1. El Derecho a la salud desde la aceptabilidad y calidad de los servicios y de los programas en salud. Percepciones de los jóvenes.

La aceptabilidad y la calidad, desde el punto de vista del sujeto de Derechos, son dos elementos que están directamente relacionados. Es por ello que un elemento frente la calidad, tiene que ver con la percepción de los jóvenes frente a los servicios de salud, en los grupos focales se pudo evidenciar que existe un descontento por parte de los jóvenes frente a los tramites y procesos que se deben realizar para ser atendidos cuando se requiere...

*Con las EPS mal, muy mal porque por ejemplo yo hace como un año tuve una lesión en el tabique y para que me atendieran fue muy complicado, a más de una persona también, ...es como cuando nosotros planeamos hacer un proyecto, hasta que se dé una autorización exacta no se puede trabajar, cuando a mí me partieron*

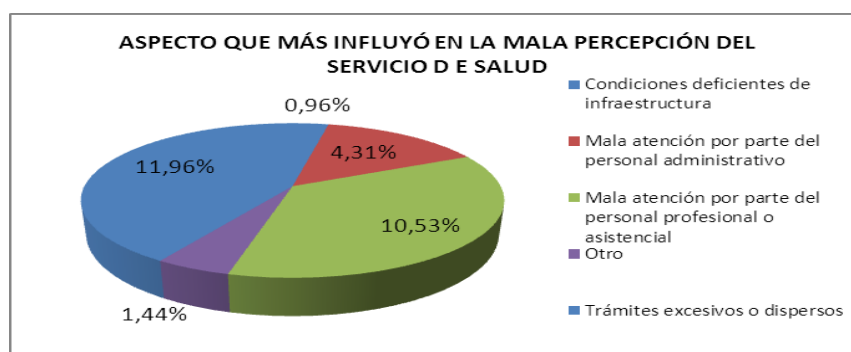
---

(\*) Informe Estadísticas de Población Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 31 de Julio de 2011

*el tabique me toco esperarme hasta que hacer un pocotón de vueltas, ... (Hombre 18 años. Localidad Fontibón).*

Este aspecto también fue expresado en las encuestas, ya que aunque el 66% de los jóvenes encuestados contestaron que la calidad de los servicios era buena; un 29,1% tiene una mala percepción sobre estos mismos. Dentro de los principales aspectos que influyen en esta percepción negativa se encuentran, los trámites excesivos con un peso porcentual del 11,9%, seguido de la mala atención por parte del personal profesional o asistencial y la mala atención por parte del personal administrativo, como se muestra en la siguiente gráfica.

Gráfica No 11



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios

De igual forma frente a la aceptabilidad, en la observación No 14 de los DESC se plantea que “todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida”.

Sin embargo, los jóvenes manifiestan haber tenido problemas en el momento de asistir a los servicios de salud, relacionados con prejuicios del personal de salud frente a su orientación sexual, su estética o su expresividad personal. Es así como el 33% de los jóvenes que han usado los servicios de salud (urgencias, preventivos, médicos, odontológicos entre otros) manifestaron haber tenido problemas relacionados con su orientación sexual, forma de vestir y accesorios, y

vocabulario y expresiones, como se muestra en la siguiente tabla vale la pena anotar que el 50% contestó no haber tenido ningún problemas.

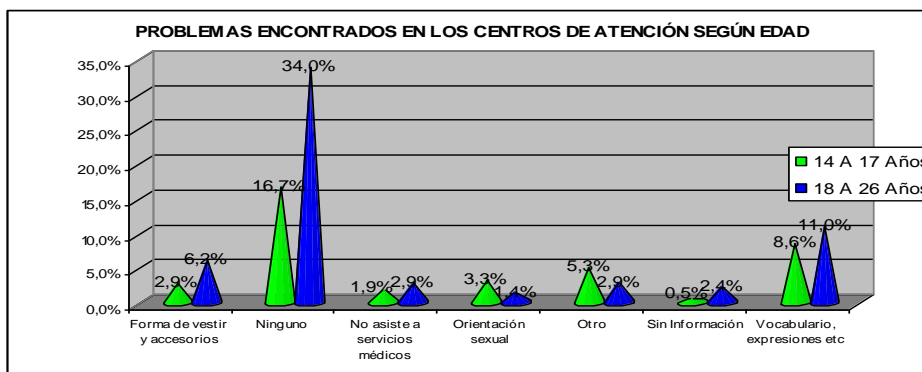
Tabla No 5. Problemas encontrados en los centros de atención.

Aspectos	Abs	%
Forma de vestir y accesorios	19	9,10%
Ninguno	106	50,70%
No asiste a servicios médicos	10	4,80%
Orientación sexual	10	4,80%
Otro	17	8,10%
Sin Información	6	2,90%
Vocabulario, expresiones etc	41	19,60%
Total	209	100%

Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios.

No se encontró diferencias entre los subgrupos de edad estudiados y esta misma variable, persiste entonces como principal problema para ambos grupos de edad la discriminación percibida en los servicios de salud debido al vocabulario que usan los jóvenes del estudio y la forma de vestir y accesorios.

Gráfica No 12



Fuente: Encuesta Análisis del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. Cálculos propios

Tal vez podría pensarse que este hallazgo se relaciona aspectos como los desencuentros generacionales existentes entre los prestadores de servicios de salud y sus usuarios jóvenes, en las cuales también se ponen en juego las representaciones sociales subjetivas tanto de los profesionales de la salud como

de los jóvenes. Al respecto el estudio de la corporación Misaihaa muestra que “en los servicios se pone poca atención a la exploración de la propia subjetividad de quien interviene, siendo que la carga subjetiva (en términos de valoraciones, relaciones afectivas, experiencias personales) está permanentemente inscrita en la relación intersubjetiva que se establece en todo el proceso de consulta de adolescentes y jóvenes”. (Bernal et al 2011: 45)

Los jóvenes de la actual generación tienen expresiones y lenguajes propios que no dialogan con los lenguajes de los profesionales de la salud y profesionales administrativos (portero, facturador etc) que están en los centros de servicios de salud a los cuales asisten los jóvenes, esto explicado en que “quienes prestan sus servicios llevan en su hacer el peso del entorno social simbólico en donde crecieron así como sus experiencias vitales, poniéndose a jugar de manera contundente en la relación intersubjetiva establecida en la consulta con las y los jóvenes usuarios, sobre todo cuando se trata de la sexualidad”. (Bernal et al 2011: 49). El Derecho a la salud se ve obstaculizado cuando “los imaginarios y prejuicios sobre la adolescencia y juventud, identidad de género y orientación sexual, entre otros, afectan las decisiones tomadas por los profesionales de salud a la hora de ofrecer servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva para este grupo etario”. (Comité regional andino para la prevención del embarazo en adolescentes 2010:35)

De igual forma, es manifiesta la debilidad frente al reconocimiento del otro como ser humano, aspecto importante a tener en cuenta en los servicios y programas de salud, por cuanto estos están dirigidos a las personas y deben tener características de humanización. De lo contrario “El desconcierto generacional causa situaciones de agresión, discriminación, exclusión, o estigmatización”. (Salazar *sf*: 56).



#### 4. CONCLUSIONES: DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

El desarrollo del modelo de análisis denominado Enfoque Basado en Derechos Humanos, ha conducido a identificar una serie de elementos que se pueden considerar en el proceso de política pública para las y los jóvenes de la ciudad, en el marco de la implementación del Derecho a la salud.

El primer elemento que surge a la luz de esta investigación, y que no es desconocido en la literatura frente al tema de los Derechos, es el carácter limitado de vinculación con que se cuenta en el ordenamiento jurídico internacional, son pocos los instrumentos internacionales que han sido ratificados por los Estados y para el caso del Derecho a la salud de los jóvenes, la asimetría es mayor. En el marco internacional, es mayor el número de documentos que no tienen carácter vinculante, a pesar de su contenido que avanza en desarrollos significativos frente a su fundamentación y en una mirada integral del Derecho a la salud de los jóvenes. Los DESC con un instrumento importante, base para su garantía pero limitado en su alcance.

Lo anterior significa que las políticas públicas para los y las jóvenes frente al Derecho a la salud, no se pueden limitar a los DESC, se requiere fortalecer los procesos de política que integren los lineamientos existentes que hoy no son de carácter vinculante, para que en las estrategias de implementación de los Derechos amplíen el espectro, su acción y proyecten su desarrollo a nuevos mundos de garantía y ejercicio del derecho a la salud. El Derecho a la salud de las y los jóvenes, hoy se restringe, siendo importante pero no suficiente, a los Derechos sexuales y reproductivos.

Si bien los instrumentos de tipo internacional no definen explícitamente los Derechos de los y las jóvenes, más allá de la salud sexual y reproductiva, y la salud mental, con énfasis en el grupo de adolescentes, estos han abierto un

camino para avanzar en el diseño de estrategias de trabajo con jóvenes, convirtiéndose por un lado en una ventana de oportunidad política para la agenda (Kingdom, 1995) y por otro, en un camino de entrada para que progresivamente se logre materializar el Derecho a la salud en todos los jóvenes.

El segundo tema destacable, es que la fundamentación de los Derechos con elemento base para el accionar político y social junto con la justicia y equidad, reafirman la necesidad de profundizar en políticas públicas de reconocimiento de los jóvenes como sujetos de derechos. Para los contextos actuales la perspectiva de la construcción contemporánea de los jóvenes desde el enfoque generacional puede aportar elementos que orienten su accionar, ya que este enfoque como se planteó en el marco conceptual reconoce que son personas diversas en sus identidades, condiciones, situaciones, y que requieren de un conjunto de capacidades y oportunidades que las potencialicen como agentes de desarrollo.

Es por ello que la política basada en los Derechos, en este caso, de los y las jóvenes debe ser más sensible y específica a sus diversas realidades, marcadas por la identidad, la clase social, la vinculación socioeconómica y la vida en sociedad. Homogenizar un grupo tan diverso en una realidad tan móvil es un error que desvirtúa problemas y esconde realidades.

Con todo ello en el contexto Colombiano, es necesario decir que Bogotá ha logrado que las estrategias de materialización del Derecho a la salud muestren avances significativos, en términos de la fundamentación de los programas que desde la salud pública se establecen para jóvenes, y la forma como estos son comprendidos. Sin embargo, se debe resaltar que en la operación no se logra trascender lo que en esencia se pretende, mayor bienestar, compromiso social y ciudadanía plena, y de nuevo prima el factor morbocentrista; de igual forma, en los modelos de atención sanitaria, existen vacíos en la comprensión de los jóvenes

que continúan siendo abordados desde aspectos problemáticos y bajo miradas adulto-céntricas.

Esto significa que se requiere que las metas que se establezcan en el plan de salud y en los planes de acciones de las políticas para los y las jóvenes deben trascender la dedicación exclusiva a los temas de prevención de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y prevención y tratamiento de drogodependencias, para ello es necesario, como afirma Rodríguez (2002) “el desarrollo de enfoques integrados e integrales en el dominio de las políticas públicas de juventud, superando amplia y decididamente el desarrollo de las políticas puramente sectoriales, que se ocupan solamente de sus prioridades”.

Un tercer punto para enfatizar se relaciona con el ejercicio, de las y los jóvenes, del Derecho a la salud. Es importante anotar que un factor determinante para lograr hacer uso de sus Derechos es el conocimiento que se tengan sobre estos, la conciencia sobre su importancia y la incorporación de lo anterior a su vivencia ciudadana. En la investigación se evidenció la existencia de una brecha entre las estrategias existentes, diseñadas para mayor bienestar y disfrute del Derecho a la salud, y el conocimiento e información de los jóvenes frente a éstas, lo que dificulta el ejercicio del Derecho a la salud, su uso y disfrute.

Los jóvenes no hacen uso de los servicios de salud, por factores importantes como la concepción de salud relacionado con ausencia de enfermedad, y por su condición de no sentirse enfermos además de la ausencia de una cultura de la prevención, lo que hace que los jóvenes no sientan la necesidad de hacer uso de los servicios de atención sanitaria.

El choque generacional (entre los profesionales de los centros de atención y los jóvenes) que se da al momento de hacer uso de los servicios de salud; la estigmatización hacia los jóvenes, sus expresiones y lenguajes, son factores que

pesan a la hora de utilizar los servicios en caso de necesidad, por ello la pregunta que surge es se puede ejercer el Derecho a la salud cuando no se siente merecedor del mismo? Se puede ejercer cuando se encuentran barreras culturales asociadas a la condición juvenil que estigmatizan su libre acceso? No es suficiente que el personal de salud que atiende jóvenes sea joven es necesario sin duda remover estereotipos asociados a la juventud y a ciertas formas culturales contemporáneas.

Otro aspecto relevante en el ejercicio del Derecho a la salud se vincula directamente con la complejidad de la estructura del SGSSS y los múltiples requerimientos para su acceso, lo cual hace que los jóvenes que se encuentran en edades mayores de 18 años y que no cumplen sus requisitos se priven del ejercicio del Derecho a la salud, siendo un reto avanzar al proceso de la universalización para el goce efectivo del derecho a la salud.

Para Bogotá es muy importante continuar consolidando procesos que surjan a partir del reconocimiento de los lenguajes juveniles, de sus procesos de participación en la sociedad y la generación de nuevas formas de relación en escenarios donde los y las jóvenes interactúan alrededor de sus intereses y sentidos compartidos. Propendiendo por procesos que permitan jóvenes informados y con conocimiento de los mecanismos y requisitos del sistema de seguridad social en salud SGSSS y en los Derechos en Salud.

De igual forma, se requiere que los jóvenes se movilicen frente al Derecho a la salud, y logren incorporar, en los instrumentos de tipo internacional, sus necesidades de una atención integral, y colocar en la discusión internacional sus problemáticas relacionadas con las barreras que presenta el SGSSS en su estructura, de manera tal que se rompa con la perspectiva de que solo quienes tienen menos de 18 años cuentan con mayores oportunidades, amparadas no solo por la voluntad política, sino por la normatividad existente.

Para finalizar es importante reconocer que el desarrollo del modelo de análisis Enfoque basado en Derechos EBDH permite un proceso metodológico para dar respuesta a los objetivos de la investigación; sin embargo, el desarrollo del mismo, en algunos momentos presenta dificultades, en términos de poder encontrar y plasmar las interrelaciones existentes en las diferentes categorías que componen el Derecho a la salud de las y los jóvenes.

## BIBLIOGRAFÍA

Alpizar L y Bernal M. (2003, noviembre) “La construcción social de las juventudes”. En revista Última Década N°19 {en línea}, Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/udecada/v11n19/art08.pdf>. Recuperado Enero 2011.

Abramovich, V. y Courtis, CH. (2002) *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid, Trotta,

----- (2003): *Derechos sociales: instrucciones de uso*, México, D.F., Fontamara.

----- (2008, febrero). “Una aproximación al enfoque de Derechos en las estrategias y políticas de desarrollo”. En Revista CEPAL núm. 88. Sp.

Aguilera, P. y Espino T. (2004), “Fundamento, garantías y naturaleza jurídica de los Derechos sociales ante la crisis del estado social de Derecho”, en: Revista Telemática de Filosofía del Derecho, nº 10, 2006

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2002), *Política Pública de Juventud de Bogotá: Escenarios y estrategias para el próximo decenio*.

----- (2006), *Política Distrital de Juventud 2006-2016*.

----- (2008), *Plan territorial de salud 2008 – 2012*.

----- (2009). *Informe de Desarrollo Humano Bogotá*.

----- (2009). *Encuesta de calidad de vida 2007 para Bogotá*.

----- (2011), *Informe Estadísticas de Población Régimen Subsidiado Novedades Avaladas al 31 de Julio de 2011*.

Alvarado S. I.; Martínez J.E; y Muñoz D.A. (2009 enero-junio), “Contextualización teórica al tema de las juventudes: una mirada desde las ciencias sociales a la juventud”, en *Revista latinoamericana de ciencias sociales niñez y juventud* vol. 7 Núm. 1, pp. 83-102.

Almoguera, C. (2011) “Fundamentos de los Derechos Humanos: Naturaleza, historicidad y subjetividad”, {en línea} disponible en: <http://www.redadultosmayores.com.ar/>, recuperado 15 agosto 2011.

Álvarez, LS. (2005 agosto) “El Derecho a la Salud en Colombia: Una propuesta para su fundamentación moral”, en *Revista Panamericana de Salud Publica* vol. XVIII Núm. II.

Arango, R. (2002), *Promoción de los Derechos sociales constitucionales por vía de protección judicial*. Bogotá, ILSA

----- (2005), *El concepto de Derechos sociales fundamentales*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. (s.e)

Arévalo, D. y Rodríguez, O. (2003), *La economía política de la reforma a la seguridad social en Colombia. Entre la protección social y el ajuste económico*. Dallas. (s.e)

Bernal, M. et al. (2010), *Significados, actitudes y comportamientos del personal de servicios de salud acerca de la sexualidad, de adolescentes y jóvenes en las localidades de Ciudad Bolívar, Kennedy, Bosa, San Cristóbal y Suba, Bogotá, Secretaria Distrital de Bogotá*.

Caldani, M.(s.a), "Significados de la fundamentación de los derechos humanos", {en línea}, disponible en: <http://www.centrodefilosofia.org.ar/>, recuperado: 27 de marzo 2011.

Colombia, Departamento Nacional de Planeación – Ministerio de educación (1995), *Conpes de Juventud No. 2794*.

----- (1997), Constitución política de Colombia, Bogotá, Legis

----- Corte Constitucional (1999), *Sentencia (T-209)*, M.P.: Gaviria Díaz, C, Bogotá.

----- 2005 Política Nacional de Juventud

----- Corte Constitucional (2008). *Sentencia (T-760)*, M.P.: Cepeda Espinosa, M. J, Bogotá.

----- Ministerio de Salud. Plan nacional de salud pública 2007.

----- Defensoría del Pueblo. Red Nacional de promotores de Derechos Humanos (2004). *El Derecho a la salud en Colombia*.

----- Defensoría del pueblo (2003). *El derecho a la salud en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*.

----- Departamento Nacional de Planeación – DANE (2010), *Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad. Resultados cifras de pobreza, indigencia y desigualdad*. Bogotá D.C



De currea, L.V. (2003), *El Derecho a la salud en Colombia. Diez años de frustraciones*. Bogotá, Colección textos aquí y ahora.

Universidad Central Departamento de investigaciones–Departamento administrativo de acción comunal del distrito DACC (2002). *Informe Final: Estado del arte de la investigación sobre juventud para la formulación de la política en Bogotá*.

Duarte, K. (2009), “Desafíos a los procesos investigativos en juventudes que plantean las condiciones juveniles de América Latina y el Caribe”, en Gutiérrez M (comps.), *¿Qué sabemos y que no sabemos de los jóvenes?*. Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana.

Fouce, H. (2004, marzo). “El punk en el ojo del Huracán”, en Revista de estudios de juventud {en línea}, Disponible en: <http://www.injuve.es/contenidos.downloadatt.action?id=1619059365>. Recuperado Julio 2011.

Foro mundial de juventud (2010), México

Fonseca, J. (2003, diciembre). “Conociendo la generación “Y”, en Revista COLLEGEBOARD Academia. {en línea}, vol. 17 N° 2. Universidad del Sagrado Corazón. Disponible en: <http://oprla.collegeboard.com/>, Recuperado 8 de septiembre de 2011

García, S. et al (2010, enero-diciembre) “El enfoque poblacional: las personas como centro de las políticas, en Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud”, Núm. 12, 2010.

Giraldo, F. (2010), *Salud global: Política pública, Derechos sociales y globalidad*. Medellín, Editorial Universidad de Antioquia.

Giraldo, C. (2003), *El Rescate de lo público. Centro de Estudio Escuela para el Desarrollo*. Bogotá. (s.e)

González, J.M. (2008), *Para comprender la Juventud actual*. Navarra España, Verbo divino.

Guendel, L. (2002) “Políticas públicas y Derechos Humanos”, en *Revista de Ciencias Sociales*. Vol. II, núm. 092 p.p 105 – 125.

Habermas, J. (1998) *Factibilidad y validez*. Madrid, Trotta.

Hernández, A. (2006), *La Teoría Ética de Amartya Sen*. Bogotá, Universidad de los andes, Centro Interdisciplinario de investigaciones sobre desarrollo CIDER.

Hernández, L.J. (2008), *Aproximaciones a la Política Pública en Salud en Bogotá, Distrito Capital*. Bogotá, editorial Organización Mundial para la Salud OPS.

Hernández, M. (2002, julio – agosto), “Reforma Sanitaria, Equidad y Derecho a la Salud en Colombia”, en *revista de Saúde Pública*, vol.18, num.4.

Hernández Sampiere, R. *et al*, (2008) *Metodología de la investigación*, México, McGraw Hill.

Hoyos, V.G; Aldecoa, L.F “y” Sañudo P. M (s, f). *El Enfoque Basado en Derechos Humanos: Guía para su uso e incorporación en proyectos de Cooperación al Desarrollo*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Instituto pensar..

Krauskopf, D. (2006), Políticas de juventud en Centroamérica, {en línea}, disponible en <http://www.codajic.org/>, recuperado: 10 de diciembre del 2011.

Kingdon, J. (1995), *Agendas, Alternativies and Public Policies*. New York: Longman. Traducción Juan Carlos Cortazar.

La Rosa Huertas, L. (2003), “Desarrollo, políticas públicas y salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú” {en línea, disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-politicas.pdf>, recuperado julio 2011.

Lozano Urbineta, M. (2003, Abril), “Nociones de juventud”, en: Revista Última Década, Vol. II Núm. 18, pp. 11-19.

Maddaleno, M.; Morello, P y Espínola F (2003). “Salud y desarrollo de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y El Caribe: desafíos para la próxima década”, en Revista de salud pública de México, vol.45, suplemento 1.

Mafesoili, M. (2004, enero-junio), “Juventud el tiempo de las tribus y el sentido nómada de la existencia”, en Revista de estudios sobre juventud, año 8, núm. 20 2004, pp 28-41

Martínez-González, M A. (2008), “Por qué fracasan las políticas de salud sexual en los jóvenes?”, {en línea}, disponible en: <http://icfnoticias.wordpress.com/>, recuperado: 9 de agosto 2011.

Martínez, F. (2009), “¿Derecho en salud o equidad en salud?”, en: Revista de investigaciones en salud, Núm. 9.

Milloj, N. (1997, Diciembre) “Políticas de salud y políticas públicas. Memorias Seminario Internacional Políticas públicas: salud, equidad y democracia”, en:

Cartilla de Seguridad Social. Medellín. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.

Margulis, M y Urresti, M. (2005), *La construcción social de la condición de juventud. (s.e)*

Molina, M y Alonso, G. (2008), *Políticas públicas en salud: una aproximación a un análisis*. Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad de salud pública “Héctor Abad”.

Moreno, E.; Serrano, C y García, T. (1993), *Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente*, Washington D.C, Organización Panamericana de la Salud.

Moreno, E. (1997), “Servicios de Salud para Adolescentes y Jóvenes los desafíos de Acceso y Calidad”, {en línea}, disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/>, recuperado: 17 de febrero 2011.

Moreno, M y López, M. (2008), *La salud como Derecho en Colombia 1999 – 2007*. En: Revista Universidad de Antioquia.

Moreno, M. (2009, Enero – Junio), “La salud como Derecho en Colombia”, en Revista Gerencia, política y salud, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana.

Muñoz, G. (2002), *ser joven hoy: los discursos significativos. (s.d)*

Muñoz, D. (2007) “Concepciones de niñez y juventud en Colombia”, en Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. Universidad de Manizales. Vol. 2 Núm. 02.

Murcia L, *et al.* (2009), *La garantía de los Derechos sociales. Universidad Javeriana*. Bogotá, (s.e)

Naciones Unidas (1965), *Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial*.

Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), *observación general No 14, Declaración Universal de Los Derechos Humanos*.

----- (1994), *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo*.

----- (1993) *Conferencia mundial sobre Derecho Humanos, Viena*

----- (1989), *Convención internacional de los Derechos del niño*.

----- (2000) *Programa Mundial de Acciones para la Juventud*.

Niño, C. (2009), “Ética y Derechos Humanos. Capítulo I El concepto de Derechos Humanos”, {en línea}, disponible en: <http://w3.ucongreso.edu.ar/>, recuperado: 12 de marzo de 2011.

Organización de las Naciones Unidas – ONU. (2005), *Programa de acción mundial para la juventud*.

Organización mundial de la salud. (2002, Julio), “Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y Derechos Humanos”, en revista serie sobre salud y Derechos Humanos. Núm. 1. (s.v)

Organización Mundial de la Salud. (1989), *Documento Básico para las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes. 42ª. Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra.*

Organización Panamericana de la Salud (1948), *Congreso de Constitución de la OMS*

Organización Panamericana de la Salud. (1991), Marco Conceptual. Programa de Salud Integral del Adolescente. {en línea}, disponible en: <http://www.mex.ops-oms.org/>, recuperado: 15 de abril de 2011.

Organización Panamericana de la Salud OPS. (2000), *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes Con énfasis en salud sexual y reproductiva.* Buenos Aires Argentina. CENEP.

Pasqualini, LI. (2010), *Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud – OPS.

Pérez, L.; Rodríguez, C y Uprimny, R. (2007), *Los Derechos en Serio: Hacia un diálogo entre los Derechos y las políticas públicas*, Bogotá, Centro de estudios de Derecho, justicia y sociedad. instituto para la investigación educativa y el desarrollo pedagógico. IDEP.

Restrepo, M. (2006), *Teoría de los Derechos Humanos y políticas públicas.* Boyaca, Universidad Pedagógica Y Tecnológica De Colombia UPTC.

Organización Panamericana de la Salud. (2008) *Jóvenes opciones y cambios. Promoción de conductas saludables en los adolescentes.* Nueva york.

Organización Iberoamericana de Juventud (2005), *Convención iberoamericana de jóvenes. Propuesta de proyecto de convención iberoamericana de Derechos de los jóvenes*.

Serrano, J. et al. (2009, abril), "Una experiencia de conocimiento de jóvenes y culturas juveniles", en revista *Nómadas*, núm. 30, 2009, pp. 118-131

Rodríguez, E. (2006), *Políticas públicas y marcos legales para la prevención de la violencia relacionada con adolescentes y jóvenes. Estado del arte en América*, Lima, cinco editores.

Roth Deubel, A. (2002), *Políticas Públicas. Formulación, implementación y evaluación*, Bogotá, Aurora.

Sabino, C. (1980), *El proceso de investigación*. Bogotá, el Cid.

Sarmiento, L. (2006), *El infortunio de las políticas públicas de juventud*, Bogotá, Ediciones Desde Abajo.

Santa María, M. (2011), "El sector salud en Colombia: Impactos del SGSSS después de más de una década de reforma", {en línea}, disponible en: <http://www.nip-lac.org/>, recuperado: 22 de marzo del 2011.

Salazar, I. (2011), "Paz y ciudadanía en el proceso de formación básica de los jóvenes de secundaria", {en línea}, disponible en: <http://www.eumed.net/>, recuperado: 27 de mazo 2011.

Sen, A. (2008, 24 mayo),"La salud en el desarrollo" {conferencia}, 61a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra

Sen, A. (2001), "Porque la equidad en salud. II Congreso Internacional de economía de salud" {en línea}, disponible en: <http://dds-dispositivoglobal.ops.org.ar/>, recuperado: 9 de julio de 2011.

Torres, M. (2011), *Derecho a la salud: Derecho humano. Escuela Promocional de Calidad de vida y salud*, Bogotá, Universidad Nacional – Secretaria Distrital de Salud.

UNPFA. (2011), Estado de la población mundial 2011. (s .d)

Universidad del Bosque. (2010), Componente de prevención del modelo de atención para la población en condiciones de exposición y con condiciones crónicas en Bogotá, Convenio de cooperación interinstitucional No. 1300.

Valenzuela, J.M. (2009), *El futuro ya fue. Socio-antropología de los jóvenes en la modernidad*, México, Editorial el colegio de la frontera norte.

Vega Romero, R. (2001), *Dilemas Éticos Contemporáneos en Salud: El caso Colombiano desde la perspectiva de Justicia Social*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana.

Vélez, AL. (2010), "Las políticas públicas: consideraciones de interés para las profesiones de la salud", {en línea}, disponible en: <http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/>, recuperado: 12 de julio 2011.



## Anexos.

### Anexo No A. Categorías de análisis del Derecho a la salud.

Categoría	Parámetros
<b>Disponibilidad</b>	<p>Número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud: Hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud.</p> <p>Personal médico y profesional capacitado.</p> <p>Programas para satisfacer la demanda de necesidades en salud tanto en la oferta pública como en la oferta privada.</p> <p>Estos programas incluyen servicios de asistencia sanitaria y la dimensión colectiva de la salud, es decir la salud pública. Se tiene en cuenta además la continuidad en la prestación de los servicios.</p> <p>Disponibilidad de información: Incluye el diseño de indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos en la realización de este Derecho.</p> <p>Disponibilidad de opciones para acceder a los servicios de salud.</p> <p>Medicamentos esenciales suficientes.</p>
<b>Accesibilidad</b>	<p>Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, la accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Acceso sin discriminación, accesibilidad física y geográfica, accesibilidad económica y acceso a la información.</li></ul> <p>El sistema debe proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago.</p> <p>Acceso a políticas, planes, programas y proyectos de índole colectiva (salud pública) y de atención sanitaria.</p> <p>El acceso a la salud sin discriminación alguna: por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.</p> <p>Horarios flexibles, acordes a las necesidades de los/as adolescentes</p>

<b>Aceptabilidad</b>	<p>Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida.</p> <p>Confidencialidad de los datos personales relativos a la salud. Autonomía en el manejo de la propia salud y la autonomía del paciente.</p> <p>Políticas, programas, planes y proyectos adecuados a las necesidades particulares de las y los jóvenes.</p>
<b>Calidad</b>	<p>Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.</p> <p>personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado.</p>

Fuente: Elaboración propia tomando como referencia las observaciones No 14 del comité de los DESC y el texto de la Defensoría del Pueblo sobre el Derecho a la salud (2003).

### Anexo B. Contenidos de los instrumentos internacionales frente al derecho a la salud.

<b>Tratados o Acuerdos entre los países (son de carácter obligatorio o vinculante)</b>		
<b>Instrumento jurídico</b>	<b>Categoría</b>	<b>parámetros</b>
Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	<b>Disponibilidad</b>	<p>número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.</p> <p>esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.</p> <p>Los Estados Partes deben proporcionar a los</p>

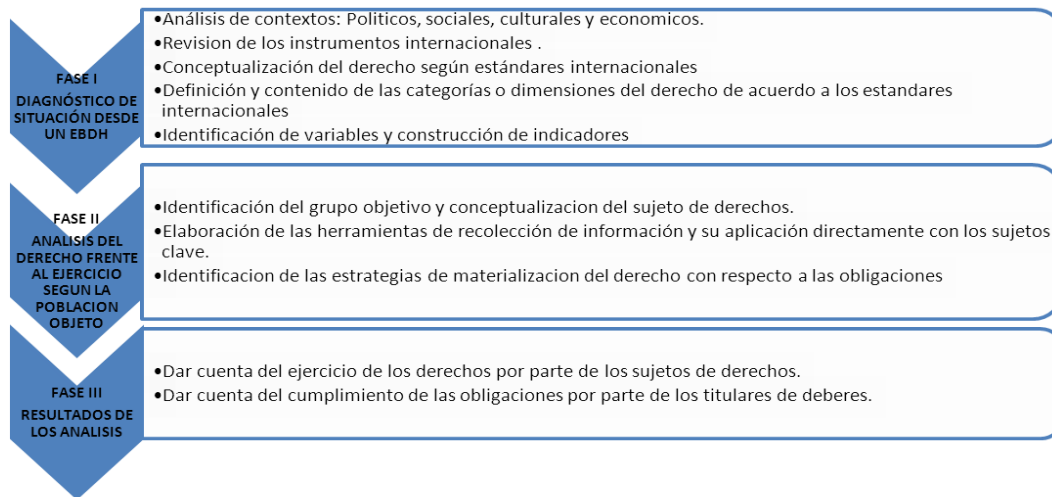
		<p>adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud.</p>
	<p><b>Accesibilidad</b></p>	<p>No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.</p> <p>Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud.</p> <p>ii) <b>Accesibilidad física:</b> los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.</p> <p>iii) <b>Accesibilidad económica (asequibilidad):</b> los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más</p>

		<p>pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.</p> <p>iv) <b>Acceso a la información:</b> ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas<sup>cvi</sup> acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.</p>
	<p><b>Aceptabilidad</b></p>	<p>Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos.</p> <p>El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva</p>
	<p><b>Calidad</b></p>	<p>Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas</p>
<p>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966</p>	<p><b>Disponibilidad</b></p>	<p>Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.</p> <p>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.</p>
	<p><b>Accesibilidad</b></p>	<p>La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.</p> <p>Los Estados deben proteger este derecho, garantizando que todo el mundo dentro de su jurisdicción, tiene acceso a los factores determinantes de la salud, como agua potable, saneamiento, alimentación, nutrición y vivienda, y por medio de un sistema global de atención</p>

		sanitaria, que está a disposición de todos, sin discriminación alguna, y económicamente accesible para todos.
Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador"	<b>Concepto de salud</b>	Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
	<b>Accesibilidad</b>	la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.
	<b>Disponibilidad.</b>	la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables
Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad		Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad.
Convenios de la OIT en relación con la salud en el trabajo		Todo Miembro se compromete a establecer progresivamente servicios de salud en el trabajo para todos los trabajadores, incluidos los del sector público y los miembros de las cooperativas de producción, en todas las ramas de actividad económica y en todas las empresas. Las disposiciones adoptadas deberían ser adecuadas y apropiadas a los riesgos específicos que prevalecen en las empresas.
Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud		Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud.  La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione

		<p>información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud.</p> <p>El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos. Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible y respete las necesidades culturales de los individuos.</p>
Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria en Salud		<p>Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de su pueblo, obligación que sólo puede ser llevada a cabo mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.</p> <p>Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por la población de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países.</p>
Constitución de la Organización Mundial de la Salud. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946		<p>La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.</p> <p>El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.</p> <p>La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.</p>

## Anexo C. Adaptación metodología enfoque basado en derechos humanos EBDH



**Anexo D. Indicadores de gestión relacionados con las coberturas de las acciones de salud para jóvenes en Bogotá.**

INDICADORES DE GESTION		2010	Fuente
PROCESO	INDICADOR	RESULTADO	
<b>PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL TRABAJO INFANTIL Y GARANTIA DE TRABAJO PROTEGIDO PARA ADOLESCENTES Y JOVENES.</b>	Número de jóvenes trabajadores identificados y canalizados a programas y servicios de salud.	1394 jóvenes trabajadores escolarizados y 346 desescolarizados identificados, con diagnóstico de condiciones de salud y trabajo y canalizados a programas y servicios.	Informe Procuraduría General. Oscilaciones y horizontes de la política de infancia, adolescencia y juventud de Bogotá 2010.
	No de personas con sensibilización para la prevención del trabajo infantil en espacios distintos a la escuela	5312 personas sensibilizadas.	
	Número niños, niñas menores de 15 años trabajadores escolarizados y desescolarizados caracterizados.	3941 niños, niñas menores de 15 años trabajadores escolarizados y desescolarizados	
<b>GRUPOS DE JÓVENES PADRINOS DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD</b>	Nº De de jóvenes sin discapacidad empoderados en procesos de inclusión social de niños y jóvenes con discapacidad.	37 grupos de jóvenes padrinos de niños y jóvenes con discapacidad contando con 629 jóvenes que participaron en el proceso. Un encuentro distrital de jóvenes padrinos con la participación de 172 jóvenes con y sin discapacidad	
<b>FORTALECIMIENTO A ORGANIZACIONES JUVENILES</b>	Número de jóvenes vinculados al proceso de fortalecimiento a organizaciones juveniles.	1100 jóvenes vinculados al proceso de fortalecimiento a organizaciones juveniles en el distrito.	
	No de organizaciones juveniles vinculadas al proceso	84 Organizaciones juveniles del Distrito vinculadas al proceso de fortalecimiento a organizaciones juveniles	
<b>ACCIONES PARA EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS EN LOS Y LAS JÓVENES PERTENECIENTES A LAS BARRAS FUTBOLERAS EN LA LOCALIDAD DE BOSA</b>	Número de adolescentes y jóvenes barristas vinculados al proceso en la localidad de Bosa	9 (grupos o parches) con los cuales se ha tenido un acercamiento directo donde aproximadamente participan 600 jóvenes	



<b>IMPLEMENTACION DE SERVICIOS AMIGABLES EN BOGOTA</b>	No de ESE de I Nivel con la estrategia de servicios amigables implementada.	30 servicios amigables, con modalidad de atencion preferencial.	
<b>CONSTRUCCIÓN DE ESPACIOS CONVERSACIONALES QUE DEN CUENTA DE LA REALIDAD DE LOS SUJETOS, ACCIONES DE SALUD MENTAL</b>	No de instituciones educativas con cobertura de estrategia salud mental	39 sedes en las cuales se ha implementado la estrategia en 7 localidades.  375 casos de jóvenes a los cuales se les ha realizado el seguimiento y asesoría y consejería	

Fuente: Elaboración propia tomando como referencia el Informe de la Procuraduría General de la Nación; *Oscilaciones y horizontes de la política de infancia, adolescencia y juventud de Bogotá 2010*.

Anexo F. Estrategias desarrolladas por el Estado para la materialización del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá.

NIVEL NACIONAL			
ESTRATEGIA	OBLIGACION DEL ESTADO CON LA QUE SE RELACIONA	ACTOR QUE FORMULA E IMPLEMENTA LA ESTRATEGIA	OBJETIVOS, METAS, LINEAMIENTOS, FUNDAMENTOS
Ley 100 de 1994	Hacer efectivo el Derecho – cumplir.  Respetar.	Ministerio de salud. Ministerio de trabajo Congreso de la republica	<p>Establece el sistema de seguridad social. plantea como objetivos:</p> <p>Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.</p> <p>Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente Ley.</p> <p>Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.</p> <p>Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad Garantizar la asignación prioritaria del gasto público para el servicio público de Seguridad Social en Salud, como parte fundamental del gasto público social. Creación régimen contributivo y régimen subsidiado.</p>
Ley 1122 del 2007	Cumplir, observar o realizar	Ministerio de la protección social. Presidencia de la república.	Esta ley modifico el SGSSS tratando de establecer mejor las prioridades teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección,

			vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.
Norma 412 del 2000 del Ministerio de salud	Hacer efectivo – cumplir.  Respetar	Ministerio de la protección social.  Presidencia de la República.	El Estado dará trato especial y preferente a los jóvenes que se encuentren en circunstancias de debilidad y vulnerabilidad manifiesta, con el fin de crear condiciones de igualdad real y efectiva para todos. Con tal propósito desarrollará programas que creen condiciones de vida digna para los jóvenes especialmente para los que viven en condiciones de extrema pobreza, centros urbanos, las comunidades afrocolombianas, indígenas y raizales e indigentes y para quienes se encuentren afectados por alguna discapacidad.  El Estado garantizará progresivamente el acceso de los jóvenes a los servicios de salud integral.
Ley de la juventud 375 de 1997	Hacer efectivo el Derecho – cumplir.  Respetar.	Presidencia de la Republica	Establecer el marco institucional y orientar políticas, planes y programas por parte del Estado y la sociedad civil para la juventud. Específicamente en el tema de juventud se establece que el Estado garantizará progresivamente el acceso de los jóvenes a los servicios de salud integral.
Plan Nacional de Salud	Hacer efectivo el Derecho – cumplir.  Respetar.	Ministerio de la protección social y presidencia de la república.	Establece las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.
Sentencia T 760	Hacer efectivo – cumplir.  Respetar y proteger.	Corte constitucional	Unificar los planes de beneficios POS y POSS (*) primero en el caso de los niños y, luego, progresivamente en el caso de los adultos teniendo en cuenta su adecuada financiación. Adoptar las medidas para evitar que se rechace o se demore la prestación de los servicios médicos que sí se encuentran incluidos en el POS.

(\*) POS: Plan Obligatorio de salud. POSS: Plan obligatorio de salud subsidiado.

			Asegurar el flujo de recursos al Sistema de salud, de tal forma que se garantice el goce efectivo del Derecho mediante su financiación sostenible y oportuna: (i) agilizar la ejecución de las sentencias de tutela; (ii) adoptar un plan de contingencia para asegurar los pagos de los recobros atrasados en el FOSYGA; y (iii) corregir las trabas en el sistema de recobros, como la definición del momento de ejecutoria de las sentencias de tutela y las llamadas “glosas”.
NIVEL DISTRITAL			
ESTRATEGIA	OBLIGACION DEL ESTADO CON LA QUE SE RELACIONA	ACTOR QUE FORMULA E IMPLEMENTA LA ESTRATEGIA	OBJETIVOS, METAS, LINEAMIENTOS, FUNDAMENTOS
Decreto 482 política Distrital de juventud	Pretende desarrollar las obligaciones de respetar, proteger y cumplir con los diferentes compromisos para el logro del Derecho a la salud de las y los jóvenes en Bogotá. En este sentido, los lineamientos planteados en la política pretende que en año 2016 “se logre el desarrollo de una adecuada condición física de las y los jóvenes así como de su evolución personal y mental, a través de la promoción de hábitos de vida saludable y la atención integral en salud a los y las	Alcaldía Mayor de Bogotá	<p>Promover el reconocimiento de la salud como Derecho fundamental y garantizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud a la población joven.</p> <p>Garantizar la atención en salud a la población joven independiente del régimen de vinculación al sistema general de seguridad social en salud y de su capacidad de pago, con calidad (oportunidad, ubicación de redes de servicios accesibles, entrega completa de medicamentos, referencia y contrarreferencia efectiva) y calidez.</p> <p>Formular y desarrollar planes, programas y proyectos que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población juvenil, enfocados a la promoción de los procesos que protegen su salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de los principales procesos que la deterioran; garantizando la continuidad de los mismos y el uso de metodologías que permitan llegar a los y las jóvenes en sus propios contextos y lenguajes.</p> <p>Generar convenios entre las Entidades Distritales, las Empresas Promotoras de Salud, las Administradoras del régimen subsidiado y las Instituciones prestadoras de Servicios de salud pública y privada, para la atención de la población joven de los centros educativos de la ciudad.</p> <p>Crear servicios de atención en salud especializados para los y las jóvenes que cuenten con infraestructura física en cantidad y calidad</p>

	jóvenes”		<p>suficiente, con accesibilidad para población en situación de discapacidad y equipos de profesionales de diferentes disciplinas que brinden atención integral.</p> <p>Promoción de los Derechos sexuales y reproductivos de los y las jóvenes y la prevención de los embarazos, la maternidad y la paternidad no deseadas, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, el aborto y demás eventos que afectan la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes.</p> <p>Promoción de la salud mental y prevención, tratamiento y rehabilitación de los principales eventos que alteran la salud mental de los y las jóvenes como: consumo de sustancias psicoactivas, suicidio, violencia intrafamiliar, violencia, abuso y explotación sexual.</p> <p>Fomentar el monitoreo continuo de los indicadores sobre los principales procesos que deterioran la salud de los y las jóvenes como: nutrición, consumo de sustancias psicoactivas, sexualidad, salud mental, entre otros, con el fin de proyectar las acciones que permitan mejorar estilos de vida que impacten positivamente estas situaciones.</p>
Plan Distrital de Salud	El Plan Distrital de Salud, plantea acciones para proteger, respetar y cumplir con el Derecho a la Salud de toda la población que habita y transita en Bogotá. En él, “se expresan las acciones que garantizan la salud como un Derecho, que promuevan el mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de toda la población a través de la generación de oportunidades para	Secretaria Distrital de Salud	<p>Garantizar el acceso Universal al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la gestión del aseguramiento, que reconozca las necesidades diferenciales de la realidad de la población del Distrito Capital.</p> <p>Garantizar la prestación de servicios de salud con atributos de calidad, para responder integralmente a las necesidades de salud por ciclo vital, de la población del Distrito Capital.</p> <p>Contribuir al mejoramiento de las condiciones individuales y colectivas de calidad de vida y salud, de manera integral, diferencial y equitativa con énfasis en la promoción de la salud y con la participación activa de todos los actores Distrito Capital.</p> <p>Generar condiciones para el ejercicio de ciudadanía y garantía de los Derechos de la población, potencializando las capacidades de las</p>

	el desarrollo, tanto individual como colectivo y que aporte a la disminución de las inequidades en salud de la ciudad”.		<p>personas y reconociendo la diversidad para transformar las condiciones de vida.</p> <p>Promocionar condiciones de trabajo digno, así como la prevención, atención, vigilancia y control de los eventos en salud relacionados con el trabajo y las condiciones asociadas a esos eventos con perspectiva de Derechos y criterios de universalidad y equidad.</p> <p>Crear las condiciones para prevenir y mitigar las consecuencias en la salud de la población producto de situaciones de urgencia, emergencia y desastre en el Distrito Capital.</p>
Plan distrital de salud – Plan de intervenciones colectivas 2010.	Presenta acciones para hacer efectivo – cumplir, respetar y proteger el Derecho a la salud de la población Bogotá en la implementación de acciones colectivas.	Secretaría Distrital de salud	<p>Acciones desde promoción de Ciudad Protectora y Prevención de la Conducta Suicida.</p> <p>Acciones de fortalecimiento de habilidades y capacidades en jóvenes pertenecientes a las barras futboleras en las localidades de Usme y Bosa</p> <p>Fortalecimiento a organizaciones juveniles.</p> <p>Promoción de la Salud Mental en la Comunidad</p> <p>Territorios afectivos para la vivencia de la sexualidad</p> <p>Acciones para la promoción de la salud mental y la restitución de la autonomía en el ámbito escolar</p> <p>Promoción a la Salud Mental y Prevención al Consumo de Sustancias psicoactivas en el Ámbito Escolar Acciones desde promoción de Ciudad Protectora y Prevención de la Conducta Suicida.</p> <p>Gestión Local de la salud de los jóvenes</p> <p>Jóvenes padrinos de jóvenes con discapacidad</p> <p>Acciones promocionales de Salud Sexual y Reproductiva para fortalecer la apropiación de los Derechos sexuales y Reproductivos, criterios para la toma de decisiones conscientes respecto a la sexualidad y la procreación.</p>
Servicios amigables en Salud	La estrategia de servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes busca: Realizar acciones para cumplir con los aspectos	Ministerio de protección social- UNHPA – Secretaría Distrital De Salud	<p>Permitir que las personas jóvenes tomen decisiones a partir de información de calidad para que así puedan aumentar el control de su propia salud.</p> <p>Los servicios deben ofrecerse a la medida de cada usuario, ajustándose a sus necesidades y posibilidades. Son los servicios los que se deben</p>

	<p>relacionados con la atención sanitaria como elemento del Derecho a la salud.</p> <p>-</p>		<p>ajustar a jóvenes y adolescentes y no a la inversa. La mejor evaluación es la que tiene que ver con la satisfacción de las necesidades de jóvenes y adolescentes.</p> <p>El resto de procesos internos tienen sentido si contribuyen con dicho objetivo. Se espera que los servicios amigables estén hechos para cada grupo de población y sean tan flexibles que puedan responder a sus distintas necesidades.</p>
--	--	--	--