

Volumen 23
Número 2

Julio-diciembre de 2021
e-ISSN 2027-7970

REVISTA

INVESTIGACIONES

EN SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD



Alcaldía de Bogotá

Contenido

Editorial	3
------------------------	---

Artículo de investigación original

Caracterización de los determinantes sociales de la salud, en la mortalidad materna de Cundinamarca, 2016-2019	4
--	---

Artículo de reflexión

Reflexiones alrededor de las políticas públicas	14
---	----

Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Gestión del programa en Bogotá 2017 a 2021	26
--	----

Investigaciones en Seguridad Social y Salud

Investig.seg.soc.salud
Volumen 23 (2)
Julio-diciembre de 2021
e- ISSN 2027-7970

Claudia Nayibe López Hernández
Alcaldesa Mayor de Bogotá

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Carlos Bolívar López
Subsecretario de Planeación Sectorial

Cristina de los Ángeles Losada
Directora de Planeación Sectorial

Solángel García-Ruiz TO. MSc
Editora

Rosa Nubia Malambo Martínez. OD MSc
Luisa Fernanda Beltrán Enciso. COM.
Jenniffer Sirley Palacio Mateus. Tnlg.
Coordinación Editorial

Comité Editorial

Alexandra Pava Cárdenas. Nutricionista PhD
(Universidad Javeriana Cali)
Luis Jorge Hernández. Médico PhD
(Universidad de los Andes)
Israel Cruz Velandia. Fisioterapeuta PhD
(Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario) †
Fátima Corrêa Oliver. Terapeuta Ocupacional PhD.
(Universidad de São Paulo - Brasil)

Comité Científico

Carlos Alberto Marín Correa. Médico PhD
(Instituto Nacional de Salud)
Sara Yaneth Fernández Moreno. Trabajadora Social PhD
(Universidad de Antioquía)
Yazmín Adriana Puerto Mojica. Terapeuta Ocupacional MSc.PhD en curso
(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá)
Álvaro Valbuena Barrera. Médico. Anestesiólogo. Phd en curso
(Subred Integrada de Servicios de Salud Sur)
Luis Antonio Morales Muñoz. Médico. Ing de Sistemas. Msc. Phd en curso
(Universidad El Bosque)
Alejandro Guajardo Córdoba. Terapeuta Ocupacional Msc.
(Universidad Santiago de Chile)

Editores Asociados

Erwin Hernando Hernández-Rincón. Docente e investigador en salud pública.
Universidad de la Sabana.
Sara Ramos Jaraba. Administradora en Salud. Mag. en Salud Colectiva.
Coordinadora de Proyecto. Universidad CES. Medellín.
Yazmin Adriana Puerto Mojica. TO. MSc. Phd en curso. Profesional Especializada.
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
Luz Mery Vargas Gómez. Nut. Esp. Profesional Especializada.
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
Roodley Katherine Parada. Fga. Mag. en Bioética.
Hospital San Ignacio. Bogotá D.C.
Óscar Orlando Soler. Antr. Mag. en Salud Pública. UNAD.
Lina Rocío Venegas Páez. Mag. en Salud Pública. Docente MT. UNAD.
Camilo Alejandro Correal Muñoz. Dr. Msc. en Salud Pública.
Universidad de la Sabana.

Corrección de estilo y diagramación: Biteca S.A.S

Diseño de cubierta: Biteca S.A.S.

Foto: imagen tomada del banco de imágenes Freepick.

Web máster: Jairo Quiroga Monroy

Sitio web: <https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/invsegsocial>

Secretaría Distrital de Salud

Carrera 32 # 12-81
Teléfono: 364 9090, ext. 9070 y 9796
Bogotá, Colombia
www.saludcapital.gov.co

Editorial

En la Secretaría Distrital de Salud se inició la implementación, desde el año 2020, del Modelo de Salud Territorial: “Salud a mi barrio- Salud a mi vereda”, cuyo núcleo es el territorio; este modelo promueve el bienestar, mediante equipos interdisciplinarios que acercan el sistema de salud al barrio, la vereda y el hogar; a través de trabajo en entornos cuidadores, atención en casa, inspección, vigilancia y control, gobierno con la ciudadanía, prestación de servicios de salud y políticas públicas.

Sin embargo, en el año 2020 los esfuerzos se direccionaron al manejo de la pandemia para el control de la morbilidad y mortalidad por el Covid 19, enfocándose en el cuidado de urgencias y cuidados intensivos. Para el año 2021, y sin disminuir el empeño en la atención a la pandemia, se lanza el Plan Rescate por la Salud de Bogotá para priorizar acciones que se direccionan hacia la salud materno infantil (mortalidad materna, morbilidad materna extrema y sífilis gestacional); la salud sexual y reproductiva (VIH, sífilis, embarazo subsecuente en migrantes); la seguridad alimentaria y nutricional (déficit y exceso); las enfermedades crónicas no transmisibles (abordaje integral de la población expuesta a factores de riesgo o afectada); el Programa Ampliado de Vacunación (programa regular y campaña sarampión rubeola) y la salud mental (temor asociado a Covid, suicidio – depresión).

En Bogotá, en cuanto a la prioridad para prevenir la mortalidad materna y controlar el número de casos de enfermedades crónicas presentes en algunas gestantes, como la diabetes, la hipertensión y las afecciones renales, el plan de rescate busca identificar la ubicación geográfica donde viven las mujeres gestantes y, con los servicios complementarios integrales, realizar la atención a los eventos crónicos identificados. Es sabido que la mortalidad materna es un evento sensible y es un indicador trazador de una sociedad por las consecuencias que conlleva en diferentes esferas.

En este volumen de la revista, Cundinamarca presenta los resultados de la investigación: “*Caracterización de los determinantes sociales de la salud en la mortalidad materna de Cundinamarca, 2016-2019*” cuyas conclusiones permiten que tanto Bogotá como Cundinamarca conozcan los esfuerzos realizados para disminuir y controlar los eventos de mortalidad materna y morbilidad materna extrema.

De otra parte, se presentan los resultados del artículo de reflexión: “*Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Gestión del programa en Bogotá 2017 a 2021*”, donde se señala que es indispensable conocer cómo las (ETV) surgen de forma creciente y cómo Bogotá ha estado a la vanguardia en la respuesta a esta situación, realizando acciones clave, enmarcadas en la formulación de lineamientos que permiten perfilar respuestas frente a situaciones relacionadas con (ETV).

Finalmente, se presentan los resultados del artículo “*Reflexiones alrededor de las políticas públicas*” donde la autora propone que se empodere a los hacedores de política para un abordaje y toma de decisiones más consciente en procura del bienestar público, a propósito del Modelo de Salud Territorial de la línea de Políticas Públicas.

Gracias a los autores institucionales y de la Secretaría de Salud de Cundinamarca, por la publicación de resultados de los artículos incluidos en el presente volumen de la Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud de la Secretaría de Salud de Bogotá, Colombia.

Juan Carlos Bolívar-López
Subsecretario de Planeación y Gestión Sectorial
Secretaría Distrital de Salud, Bogotá (Colombia).

Caracterización de los determinantes sociales de la salud en la mortalidad materna de Cundinamarca, 2016-2019

Characterization of social determinants of health in maternal mortality in Cundinamarca, 2016-2019

Caracterização dos determinantes sociais da saúde na mortalidade materna em Cundinamarca, 2016-2019

Karol Tatiana Colorado-Barrios¹
Tatiana Eugenia Díaz-Hernández²
Richard Andrés Cabrera-Narvaez³

Resumen

Introducción: la mortalidad materna es un indicador sensible del grado de desarrollo de un país. Por ello fue incluido en los objetivos de desarrollo sostenible, pues su presencia mide la importancia que un país le da a la salud materna-perinatal y a la salud pública. **Objetivo:** describir las variables que caracterizan la mortalidad materna en Cundinamarca durante el periodo 2016-2019 y los determinantes sociales que pudieron influenciar en la ocurrencia del evento mortalidad materna, con el fin de orientar las políticas y programas que permitan el logro de metas relacionadas con la disminución de la ocurrencia de la mortalidad materna en el departamento. **Métodos:** se establecieron frecuencias absolutas y relativas que caracterizaron la muerte materna entre el 2016 y 2019, basados en datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna en la Web (SVEMMBW). Se realizó un análisis bivariado a través del cálculo de las diferencias relativas de las razones a partir de un grupo de referencia dentro de cada variable, con el fin de determinar el impacto de los determinantes sociales en salud en la mortalidad materna. **Resultados:** para el año 2019 la razón más alta de muerte materna, teniendo en cuenta la edad, se representa en mujeres mayores de 40 años. Se observó que en el 2016 las mujeres con nivel de educación primaria tuvieron un mayor riesgo de mortalidad materna (RR: 1,56 IC: 95 %: 1,27-1,92); así mismo, la mujer dada de alta de manera inadecuada es un indicador que está presente en casi una cuarta parte de los casos 2016-2019; sin embargo, debe ser resuelto mediante estrategias apoyadas en educación efectiva del talento humano asistencial. El indicador de muerte materna es altamente sensible a condiciones de inequidad.

Palabras clave: mortalidad materna, determinantes sociales de la salud.

1. Gobernación de Risaralda, Pereira (Colombia). IDEAD, Universidad del Tolima, sede Pereira (Colombia).
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá (Colombia).
3. Residente de Radiología Universidad El Salvador, CABA (Argentina).

Abstract

Introduction: Maternal mortality is a sensitive indicator of a country's level of development. For this reason, it was included in the Sustainable Development Goals, because its presence measures the importance a country gives to maternal and perinatal health and public health. **Objective:** To describe the variables that characterized maternal mortality in Cundinamarca during the 2016-2019 period and the social determinants that could have influenced the occurrence of maternal mortality. This is in order to guide policies and programs that facilitate achieving goals related to reducing the occurrence of maternal mortality in the department. **Methods:** Absolute and relative frequencies that characterized maternal mortality between 2016 and 2019 were established, based on data from the Web-based Maternal Mortality Epidemiological Surveillance System (SVEMMBW, for the Spanish original). A bivariate analysis was carried out by calculating the relative differences of the reasons based on a reference group within each variable, in order to determine the impact of social determinants on health in maternal mortality. **Results:** For 2019, the most common reason for maternal mortality, taking age into account, was represented in women over the age of 40. It was observed that, in 2016, women with a lower level of primary education had a greater risk of maternal mortality (RR: 1.56 CI: 95%: 1.27-1.92). Furthermore, women inappropriately discharged from the hospital is an indicator present in almost a quarter of the cases from 2016-2019. However, this must be resolved through strategies supported by effective education for human resources in healthcare. The indicator of maternal mortality is extremely sensitive to conditions of inequality.

Keywords: Maternal mortality, social determinants of health.

Resumo

Introdução: a mortalidade materna é um indicador sensível do grau de desenvolvimento de um país. Por isso, foi incluída nos objetivos de desenvolvimento sustentável, pois sua presença mede a importância que um país dá à saúde materno-perinatal e à saúde pública. **Objetivo:** descrever as variáveis que caracterizam a mortalidade materna em Cundinamarca durante o período 2016-2019 e os determinantes sociais que podem influenciar a ocorrência do evento de mortalidade materna, a fim de orientar políticas e programas que permitam alcançar metas relacionadas à redução na ocorrência de mortalidade materna no departamento. **Métodos:** foram estabelecidas as frequências absolutas e relativas que caracterizaram a morte materna entre 2016 e 2019, com base nos dados do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna na Web (SVEMMBW). Foi realizada análise bivariada por meio do cálculo das diferenças relativas das razões de um grupo de referência dentro de cada variável, a fim de determinar o impacto dos determinantes sociais da saúde na mortalidade materna. **Resultados:** para o ano de 2019, a maior taxa de morte materna, tendo em conta a idade, está representada nas mulheres com mais de 40 anos. Observou-se que em 2016 mulheres com ensino fundamental apresentaram maior risco de mortalidade materna (RR: 1,56 IC: 95%: 1,27-1,92); da mesma forma, a mulher que recebeu alta inadequadamente é um indicador que está presente em quase um quarto dos casos 2016-2019; no entanto, deve ser resolvido por meio de estratégias apoiadas na educação efetiva dos recursos humanos nos cuidados de saúde. O indicador de morte materna é altamente sensível a condições de iniquidade.

Palavras chave: mortalidade materna, determinantes sociais da saúde.

Introducción

Colombia se comprometió con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), donde fijó la meta universal de reducir la mortalidad materna a tres cuartas partes en el periodo 1990-2015 (1), así mismo, a través del Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) 140 de 2011, Colombia definió como propósito reducir a 45 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (2). Para el 2015, estas metas fueron evaluadas, y alrededor del mundo se encontró una reducción importante en mortalidad materna que cayó casi en un 50 % desde 1990, pero la tasa de mortalidad materna –la proporción de madres que no sobreviven al parto en comparación con aquellas que lo hacen– “en las regiones en desarrollo es aún 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas y sólo la mitad de las mujeres en las regiones en desarrollo reciben la cantidad recomendada de atención médica que necesitan” (3).

Por lo anterior, entre otras condiciones, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha establecido lo que se denomina *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ODS), que buscan que los países que se adhieran a estos puedan disminuir esas brechas de inequidad que existen entre la población (3). De ese modo, los ODS refieren como meta definida a nivel mundial reducir “para 2030 la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos” (4).

Por otro lado, el departamento de Cundinamarca incluyó en su plan de desarrollo y plan territorial, *Unidos podemos más 2016-2020*, reducir la mortalidad materna a 38 por cada cien mil nacidos vivos como una de las metas (5).

De ese modo, se realizó una investigación con el objetivo de identificar los aspectos que caracterizan la mortalidad materna en Cundinamarca, así como los determinantes sociales que pueden estar influenciando la ocurrencia del evento mortalidad materna que orienta las políticas y programas que permitan el logro de metas relacionadas con la disminución de la ocurrencia de la mortalidad materna en el departamento.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo longitudinal, con base en series de tiempo del 2016 al 2019, el cual recurrió a diversas fuentes de información,

tales como el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), el SVEMMBW, y el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) (6); boletines e informes de eventos del Instituto Nacional de Salud (INS), y de nacimientos y defunciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de los casos reportados de mortalidad materna al SIVIGILA entre el 2016 y 2019. Para el análisis de la información se establecieron frecuencias absolutas y relativas que caracterizaron el evento durante los años revisados. Para el cálculo de indicadores se siguieron los lineamientos del INS y las variables basadas en determinantes extraídos del SVEMMBW. No obstante, las limitantes del SVEMMBW para descargue de base de datos limitó a análisis más avanzados (7).

Se ejecutó un análisis bivariado para las variables sociodemográficas (edad, área de residencia y nivel de escolaridad) calculando las diferencias relativas de las razones (riesgo relativo) a partir de un grupo de referencia dentro de cada variable, con el fin de determinar el impacto de los determinantes sociales en salud en la mortalidad materna. Así mismo, se calcularon los intervalos de confianza del 95 % para determinar la significancia estadística. Se utilizó el programa Microsoft Excel.

La investigación se considera de bajo riesgo, ya que recurre a fuentes secundarias de información.

Los resultados se presentan según la situación de mortalidad materna del departamento y sus determinantes sociales.

Resultados

Situación de mortalidad materna

La tendencia de la razón de mortalidad materna de Cundinamarca en los últimos nueve años ha presentado un comportamiento variable; para el 2012 se presentó la razón más alta de la cohorte con 81,78 casos por 100.000 nacidos vivos, con un posterior y continuo descenso hasta 2017, lo que le permitió estar por debajo del indicador nacional, y a partir del 2015 cumplir con los ODM. No obstante, los dos últimos años el comportamiento ha sido adverso a los esfuerzos realizados y el indicador aumentó (n=44,3), superando

el indicador nacional ($n=42,8$); en lo corrido del 2019 presentó una leve disminución para una razón de 39 casos por 100.000 nacidos vivos, cifra que no alcanza aún a estar nuevamente cercana a la meta trazada en el plan territorial de salud departamental: 38,2 casos por cada 100.000 nacidos vivos en los últimos dos años.

Entre el 2016 y 2019p (preliminar), 22 municipios del departamento han registrado mortalidad materna, de ellos, el municipio de Soacha ha presentado casos durante todos los años revisados, seguido por el municipio de Zipaquirá con casos durante tres de los cuatro años revisados, el resto de los municipios han presentado casos en uno o dos años (tabla 1).

Tabla 1. Razón de mortalidad materna por cada 10.000 habitantes, por municipios de Cundinamarca, años 2016-2019p*.

MUNICIPIOS	2016	2017	2018	2019
Arbeláez	0	0	1000	0
Caparrapí	0	1176,47	0	0
Chía	0	0	124,38	0
Cogua	0	0	423,73	0
Facatativá	0	0	101,16	0
Funza	165,7	92,25	0	0
Gachancipá	943,4	448,43	0	0
Girardot	0	0	0	153,37
Guaduas	454,55	0	0	0
Guatavita	1587,3	0	0	0
La Calera	0	0	338,98	0
Madrid	0	0	64,43	0
Mosquera	0	56,12	0	111,11
Paratebueno	0	917,43	0	0
Pasca	0	0	0	1923,08
Soacha	47,61	23,28	36,83	73,15
Suesca	0	0	490,2	0
Tocancipá	0	177,62	0	371,75
Vianí	0	2702,7	0	0
Viotá	869,57	0	0	0
Zipaquirá	54,02	53,11	52,66	0
Chocontá	0	0	0	588,2
Fusagasugá	0	0	0	125,8
Cundinamarca	33,71	33,55	40,26	47,12

*p: preliminar.

Fuente: RUAF-SIVIGILA Cundinamarca 2019.

Para el año 2019 se presentaron casos de muerte materna en siete municipios del departamento de Cundinamarca, tales como Soacha, Pasca, Fusagasugá, Girardot, Mosquera, Tocancipá y Chocontá (un caso en cada municipio) donde la razón de mortalidad más alta corresponde a el municipio de Pasca con 1.923,1 casos de muerte materna por cada 100.000 nacidos vivos, y la más baja para Soacha con 73,2 casos de muerte materna por cada 100.000 nacidos vivos; sin embargo, todas las razones municipales sobrepasan la departamental al año 2019.

Mortalidad por área

El área de residencia es un determinante sociodemográfico relacionado a la categoría mujer; para el departamento de Cundinamarca se observó descenso de este indicador en el centro poblado a partir del año 2012; a diferencia existe variabilidad constante sin mostrar picos en el área rural dispersa, la cual superó a la cabecera en los periodos 2016 y 2018. El área de cabecera municipal, por el contrario, siempre ha estado presente durante la cohorte revisada, presentando para 2019 35,9 casos de muerte materna por cada 100.000 nacidos vivos.

La razón de mortalidad materna estratificada por área de residencia de la mujer muestra que para el año 2016 y 2017 la Razón de Muerte Materna (RMM) fue mayor en el área urbana en comparación con el área rural. Al tomar como referencia el área urbana, en estos dos años se observó que las mujeres que murieron y residían en el área rural tuvieron menos riesgo. Para el año 2018, dicho patrón cambia, y la razón de mortalidad materna aumenta en las mujeres residentes en el área rural dispersa, la cual al comparar con el área urbana no es estadísticamente significativa (ver tabla 2).

Tabla 2. Razón de mortalidad materna según área de residencia de la mujer 2016-2018.

Categoría	2016				2017				2018			
	RMM	RR (Diferencia relativa)	LI IC 95 %	LS IC 95 %	RMM	RR (Diferencia relativa)	LI IC 95 %	LS IC 95 %	RMM	RR (Diferencia relativa)	LI IC 95 %	LS IC 95 %
Cabecera*	42,3	1,00	0,74	1,35	42,7	1	0,74	1,35	39,7	1,0	0,7	1,4
Centro poblado	0,0	0,00	0,00	0,00	0,0	0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0	0,0
Rural dispersa	11,4	0,27	0,15	0,48	11,3	0,26	0,15	0,47	46,5	1,2	0,9	1,6

* Categoría de referencia.

Fuente: elaboración propia.

Identificación de los determinantes de la muerte materna en Cundinamarca

El análisis de los determinantes presentado a continuación está basado en la información recolectada a través del SVEMMBEW, apoyado en este subsistema de información y tomando como criterios de inclusión los casos analizados de muerte materna con residencia departamental; se realizó un estudio descriptivo retrospectivo donde se descargan los módulos 4, 5, 6 y 7: entrevista familiar, resumen de la atención clínica de la mujer fallecida, resumen de caso e informe técnico y planes de mejoramiento.

Se realizó una matriz de recolección de datos la cual se organiza por dispersión de datos en razones POISSON y proporciones, las cuales fueron priorizadas de acuerdo con el peso de cada una de las variables revisadas en el periodo 2016-2019.

Edad

En términos de proporción de los casos de mortalidad por edad, las muertes maternas predominan en mujeres jóvenes con edades mínimas del grupo

adolescentes a partir de los 15 años. Sin embargo, en términos de razón de mortalidad materna temprana, en el departamento de Cundinamarca la más alta corresponde a las mujeres mayores de 40 años, que para el 2019 aumentó en este grupo en un 36 % (393,7 casos por cada 100.000 nacidos vivos), dicha razón contrasta con el número de casos en mujeres jóvenes entre los 20 y 29 años; es llamativo observar cómo en 2017 y 2018 las razones de muerte materna en mujeres entre 15 y 19 oscilan entre los 32,8 y 44,8 casos por cada 100.000 nacidos vivos.

Al realizar un análisis bivariado de la razón de mortalidad materna por grupos de edad, tomando como categoría de referencia el grupo de mujeres de 20 a 24 años, se puede observar que existen diferencias relativas estadísticamente significativas entre los grupos, donde la razón de mortalidad materna aumenta con la edad, siendo la más alta el grupo de mujeres de 40 años o más; para el 2018 el riesgo fue 12 veces mayor en comparación con las mujeres del grupo de 20 a 24 años.

Tabla 3. Razón de mortalidad materna según grupos de edad 2016-2018.

Categoría	2016				2017				2018			
	RMM	RR	LI IC 95 %	LS IC 95 %	RMM	RR	LI IC 95 %	LS IC 95 %	RMM	RR	LI IC 95 %	LS IC 95 %
10 a 14 años	0,0	0,00	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0
15 a 19 años	14,3	0,77	0,46	1,29	44,8	4,73	3,53	6,34	32,8	1,7	1,2	2,4
20 a 24 años*	18,6	1,00	0,64	1,57	9,5	1,00	0,53	1,89	19,3	1,0	0,6	1,6
25 a 29 años	36,2	1,94	1,40	2,69	23,2	2,45	1,63	3,68	34,7	1,8	1,3	2,5
30 a 34 años	53,0	2,84	2,17	3,72	34,8	3,67	2,63	5,12	70,3	3,6	2,9	4,6
35-39 años	67,8	3,64	2,87	4,62	94,6	9,98	8,16	12,21	32,9	1,7	1,2	2,4
>40 años	128,7	6,91	5,81	8,21	128,0	13,52	11,37	16,07	251,9	13,0	11,5	14,7

* Categoría de referencia.

Fuente: elaboración propia.

Nivel educativo

El nivel educativo predominante es el nivel de educación básica primaria, las cuales presentan entre 64 a 142 casos de muerte materna por cada 100.000 nacidos vivos en el periodo 2016-2019, para los años 2018 y 2019 se presentaron casos en mujeres con niveles de escolaridad altos, como universitario y posgrado. Este comportamiento sigue la tendencia nacional relacionada con niveles bajos de educación como uno de los determinantes sociales predominantes en la

mortalidad materna (8). En términos de calidad del dato, para el año 2017 los datos sin información de esta variable son considerables.

Al revisar el comportamiento de la razón de mortalidad materna según el nivel de educación de la mujer tomando como grupo de referencia el nivel técnico, se pudo observar que para el 2016 las mujeres con nivel de educación primaria tuvieron un mayor riesgo de mortalidad materna (RR: 1,56 IC: 95 %: 1,27-1,92); así

mismo, en el 2017 se evidenció que el riesgo de que una mujer con educación primaria muriera por una causa relacionada con la gestación fue 5,8 veces mayor en comparación con las mujeres con nivel educativo

técnico. Para el 2018 dicho riesgo descendió, pero siguió siendo estadísticamente significativo (80 % más riesgo).

Tabla 4. Razón de mortalidad materna según escolaridad 2016-2018.

Categoría	2016				2017				2018			
	RMM	RR	LI IC 95 %	LS IC 95 %	RMM	RR	LI IC 95 %	LS IC 95 %	RMM	RR	LI IC 95 %	LS IC 95 %
Ninguno	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Preescolar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Primaria	88,3	1,56	1,27	1,92	122,9	6,87	5,75	8,19	64,1	1,8	1,4	2,3
Secundaria	26,7	0,47	0,32	0,69	22,3	1,24	0,82	1,88	41,7	1,1	0,8	1,6
Técnica*	56,6	1	0,77	1,3	17,9	1	0,63	1,59	36,3	1	0,7	1,4
Profesional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Especialista	0	0	0	0	0	0	0	0	243,9	6,7	5,9	7,6
Sin Información	0	0	0	0	732,6	40,92	38,06	43,99	0	0	0	0

* Categoría de referencia.

Fuente: elaboración propia.

Trabajo

En más del 50 % de los casos ocurridos por año revisados, se registra que la mujer no estaba vinculada laboralmente, aspecto que puede estar relacionado con el bajo nivel educativo como se veía anteriormente, así como también con la autonomía en toma de decisiones.

Autonomía

La autonomía en la decisión de la mujer, la cual está relacionada directamente a la inasistencia a controles prenatales, planificación familiar y demás derechos sexuales y reproductivos derivados de la idea que la mujer no toma decisiones por sí misma sino que depende de terceros, muestra una disminución que pasó de un 33 % de los casos en el 2016 a un 12,5 % en el 2019. La condición de vulnerabilidad de la mujer está relacionada con su edad adolescente, desplazada, migrante o con un nivel socioeconómico bajo; llama la atención que durante el año 2017 el 50 % de las mujeres fallecidas tenían esta condición.

Determinantes comunidad y economía

Teniendo en cuenta las variables derivadas del determinante relaciones sociales y comunidad, es relevante la lejanía del sitio de atención y la falta de recursos económicos, ya que para los cuatro años observados no se presentan problemas de desplazamiento forzado; este indicador iba en aumento desde el año 2016 con 8,3 % de los casos hasta el 2018 con 37,5 %; para el año 2019 solo un caso presenta esta dificultad.

Determinante sistema de salud

De todos los determinantes en salud pública los más representativos fueron los relacionados con:

- Número de controles prenatales: 2019: 35,6.
- Percepción negativa de servicios de salud.
- Inadecuado funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia.
- Deficiencia en la inducción a la demanda de servicios preventivos.
- La mujer fallecida no realizó consulta preconcepcional.
- La mujer fue dada de alta de manera inadecuada.
- No se realizó vigilancia adecuada del puerperio.
- No se identificó oportunamente la severidad de las complicaciones por parte del equipo de salud.
- La mujer durante el proceso de atención de la enfermedad que la llevó a la muerte fue atendida en un sitio de complejidad inferior a la requerida.
- Diagnóstico inoportuno.

Teniendo en cuenta el porcentaje de número de controles prenatales por nacidos vivos arrojado por el DANE y el presente análisis, es evidente la disminución de adherencia a contar con más de 4 controles prenatales en las gestantes o púerperas que mueren en Cundinamarca, resultados que a pesar de mostrar un aumento del 25 al 42,9 % entre los años 2017 a 2018, en el preliminar del 2019 baja una cuarta parte con relación al 2018 (ver figura 1).

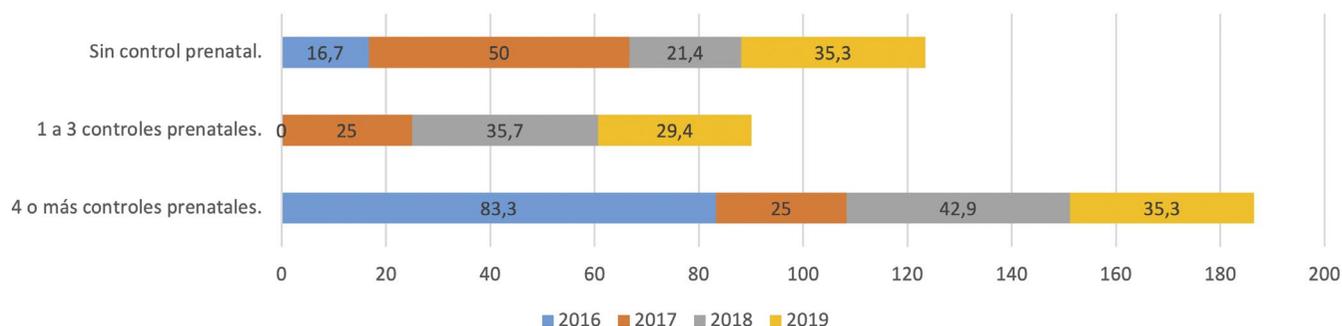


Figura 1. Proporción de número de controles prenatales en muerte materna, Cundinamarca 2016-2019.

Fuente: elaboración propia.

Otro determinante del sistema de salud es *la falta de consulta preconcepcional*, reflejada en los casos de muertes maternas de Cundinamarca, que expresa un buen comportamiento para los dos últimos años en los cuales desciende casi unas tres cuartas partes con relación al año 2016. A diferencia, *la deficiencia de inducción a la demanda en servicios preventivos*, a pesar de tener tendencia a la disminución, está presente en la mitad de los casos y refleja una debilidad en la oferta y demanda por parte de las EAPB e IPS de atención primaria. *La mujer dada de alta de manera inadecuada* es un indicador que está presente en casi una cuarta parte de los casos; sin embargo, debe ser resuelto mediante estrategias apoyadas en educación efectiva del talento humano asistencial.

El diagnóstico inoportuno evita un tratamiento oportuno y es una falla en el conocimiento de guías de atención en emergencias obstétricas; para las muertes materna

analizadas dicho hallazgo ha estado presente en más del 25 % de los casos en los últimos cuatro años, así como *la atención en sitios no acordes a la complejidad requerida*, lo cual está conforme a la falta de red de atención y número de camas en servicios de tercer y cuarto nivel; la vigilancia del puerperio es crucial para una oportuna atención en complicaciones obstétricas, se ha evidenciado esta falla en tres de los años observados.

La humanización de servicios, además de ser un indicador de calidad, refleja nuestra empatía con los usuarios, así como el uso de esta para mejorar la adherencia a consultas, ya sean de promoción y prevención como servicios de urgencia en casos de signos de alarma; por ende, este indicador al estar presente en muerte materna refleja una necesidad de educar al personal que tiene contacto con la mujer y su familia en servicio humanizado y manejo del duelo.

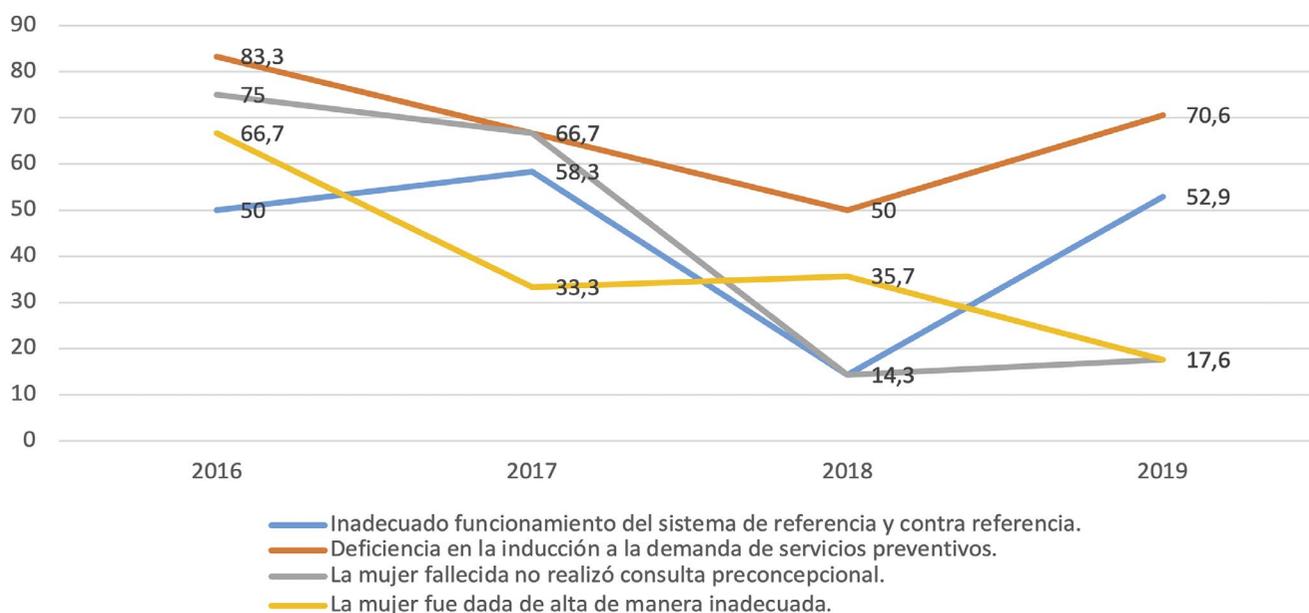


Figura 2. Determinantes más significativos del sistema de salud en la muerte materna, Cundinamarca 2016-2019.

Fuente: elaboración propia.

Los determinantes sociales de la salud asociados al acceso y calidad de los servicios de salud donde se evidencian desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades, y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad fueron evidenciadas en todas las muertes maternas ocurridas así:

- Una cuarta parte de los casos de mortalidad materna ocurridos en el departamento no tuvieron un diagnóstico oportuno.
- En 2019 la mitad de los casos mostraron deficiencias en la inducción a la demanda de servicios preventivos, aspecto relacionado

directamente con el hecho de que en el año 2018 menos de la mitad de las mujeres fallecidas tuvieron 4 o más controles prenatales y en el último año solo una cuarta parte de ellas.

- Más de una cuarta parte de los casos relacionan problemas con el sistema de referencia y contrarreferencia.
- Prevalece, durante los años revisados, que la mujer durante su proceso de atención de la enfermedad que la llevó a la muerte fue atendida en un sitio de complejidad inferior a la requerida.

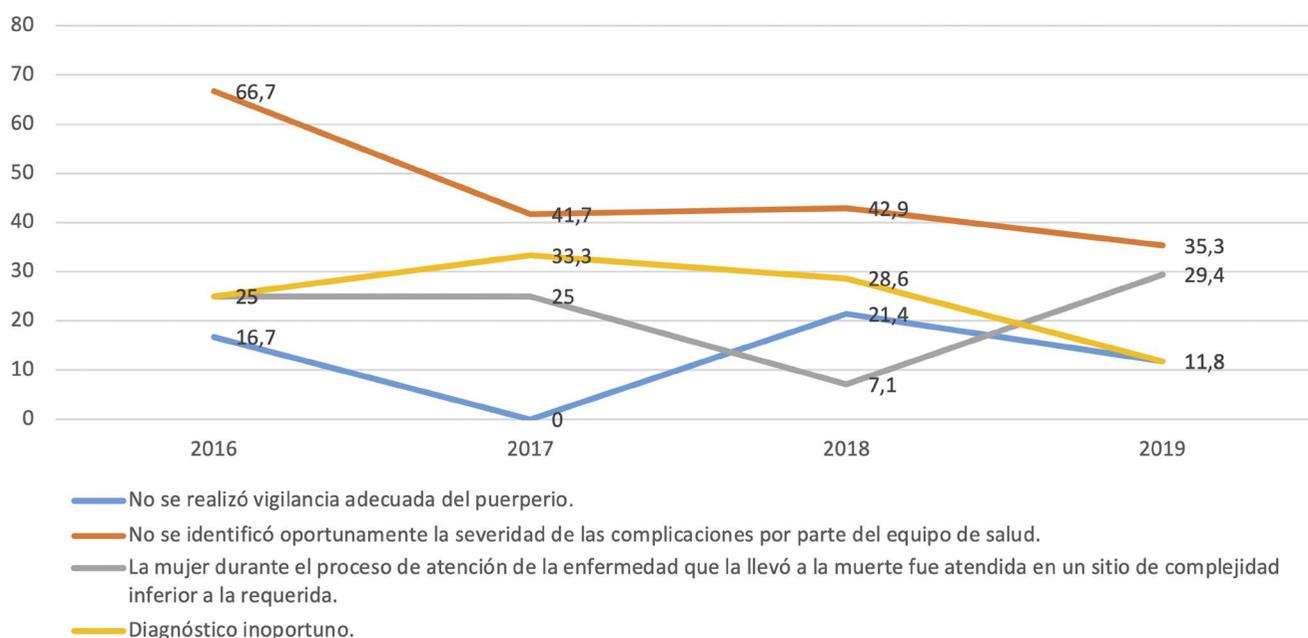


Figura 3. Determinantes de calidad de atención en muerte materna, Cundinamarca 2016-2019.

Fuente: elaboración propia.

Discusión

El indicador de muerte materna es altamente sensible a condiciones de inequidad, como se evidencia en lo relacionado al acceso a los servicios de salud (9).

Así mismo, estos datos pueden correlacionarse con lo encontrado en las unidades de análisis de mortalidad donde los determinantes asociados con la autonomía de la mujer tales como la falta de toma de decisiones por parte de ella y las condiciones de autonomía fueron factores influyentes en la mortalidad (10).

En los factores conductuales se puede ver que la mayoría de las gestantes ingresaron a los controles prenatales, pero la adherencia a este no se evidencia, lo anterior muestra debilidad en la implementación y desarrollo de la Ruta Integral de Atención materno perinatal que se brindan en el primer nivel de atención, con un pobre seguimiento de las gestantes, se percibe una debilidad en quienes brindan actividades de educación para la salud, ya que las mujeres gestantes no identifican la relevancia de realizar los controles prenatales en la frecuencia y tiempos establecidos (11).

Conclusiones

El resultado de los análisis realizados a la razón mortalidad materna en Cundinamarca con algunas variables sociodemográficas como la edad, área de residencia y nivel de escolaridad, evidencia que los grupos de edad menores de 18 años y un bajo nivel de escolaridad son determinantes sociales de la salud que inciden directamente en una mayor mortalidad materna, lo cual coincide con lo descrito en el análisis de mortalidad materna realizado en el país, poniendo de manifiesto la influencia de estos factores estructurales que constituyen esas brechas de desigualdad hacia las cuales se debe continuar orientando las intervenciones desde los distintos sectores.

Este panorama de la mortalidad materna en Cundinamarca permite inferir que se requiere estudiar con más profundidad aquellos determinantes relacionados con la calidad de la atención en salud, que de acuerdo con la unidad de análisis tienen un peso importante en el desenlace de aquellas condiciones clínicas que condujeron a la muerte de la mujer; así mismo, se requiere estudiar cómo se comporta la morbilidad materna extrema para establecer qué factores y/o determinantes son susceptibles de intervención y puedan mitigar o prevenir la muerte materna, vinculando a todos los actores del sistema general de seguridad social en salud, actores sociales y demás entidades a trabajar; y hacer seguimiento serio a las acciones definidas por competencia en procura de reducir el número de muertes maternas en el departamento a través de la capacitación y retroalimentación en humanización al personal del sector salud que brinde calidez, información y comunicación asertiva a los usuarios y sus familiares, que les permita manifestar sus necesidades y deseos, de tal manera que se sientan en confianza de expresarse de manera clara, lo cual permite tomar decisiones para el manejo y autocuidado de la salud de las gestantes en el departamento.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, es primordial reducir las desigualdades en la calidad y acceso de los servicios de atención de la salud reproductiva y materna-perinatal a través de la garantía de la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal (RIAMP), aunada a la prestación de servicios en red que permitan la accesibilidad a servicios especializados y camas de ginecoobstetricia, en pro de la integralidad de la atención con la completitud de esta. Así mismo, es necesario fortalecer la adherencia a guías y protocolos integrales de atención en todos los

niveles de atención y con todos los actores del sistema general de seguridad social en salud encargados de la atención materno perinatal en el departamento de Cundinamarca.

Se hace necesario fortalecer la red de prestación de servicios de salud con la ciudad de Bogotá (Red regional) con participación de los centros reguladores de emergencias, de tal manera que se minimicen las limitantes para la complementariedad en la atención de las gestantes que requieran servicios de salud que por temas administrativos deban ser prestados en la ciudad de Bogotá.

Contribución de los autores: todos los autores participaron en la planificación, diseño y elaboración del proyecto de investigación, así como en la recolección de datos, el análisis y presentación de resultados y la redacción del manuscrito.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación: este estudio no recibió fondos específicos de agencias públicas o privadas u organizaciones sin fines de lucro.

Referencias

1. CEPAL. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet]. CEPAL; 2017. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/objetivos-de-desarrollo-del-milenio-odm/objetivos-metas-indicadores-odm>
2. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
3. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. [Internet]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
4. Organización Mundial de la Salud. Según un informe de las Naciones Unidas, las cifras de supervivencia maternoinfantil son más elevadas que nunca. [Internet]; 2011. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>

5. Gobernación de Cundinamarca. Plan de Desarrollo Cundinamarca. Unidos podemos más 2016 - 2020. 2016. [Internet]. Disponible en: <https://www.cundinamarca.gov.co/wcm/connect/2a9dd7d1-d693-414a-94cd-37fe5f901e7d/PLAN+DE+DESARROLLO+VERSION+FINAL.pdf?MOD=AJPERES&CVID=IDIW39U>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema Integral de Información SISPRO. [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.aspx>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema de notificación y vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna basado en la web. [Internet]. sf. Disponible en: https://apps.ins.gov.co/SVEMMBW_PRO/
8. DANE. Nacimientos y defunciones. [Internet]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-ydefunciones>
9. López AP, Zuñiga BG, Ocampo SM. Determinantes sociales en salud en mortalidad materna. [Tesis de especialización]. Cali, Valle (Colombia): Universidad Católica de Manizales. 2015 Disponible en: <https://repositorio.ucm.edu.co/jspui/handle/10839/1161>
10. Sandoval Y, Eslava J. Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años 2000-2001, 2005-2006 y 2008-2009. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n4/v15n4a04.pdf>
11. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna [Internet]. 2011; 33(1):7-11.

Fecha de recepción: 26 de mayo de 2022

Aceptado para publicación: 19 de octubre de 2022

Correspondencia:

Karol Tatiana Colorado-Barrios

Correo electrónico: karol.colorado@risaralda.gov.co

Risaralda, Colombia.

Reflexiones alrededor de las políticas públicas

Reflections around public policy

Reflexões em torno de políticas públicas

Ángela Andrea Portela-Dussán¹

Resumen

Objetivo: reflexionar acerca de algunos de los vicios o fallas que existen en los procesos abocados a las políticas públicas en el Distrito Capital. **Fechas y lugares de la experiencia:** según el trabajo de asesoría y asistencia técnica realizado desde la Dirección de Planeación Sectorial de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de 2013 a 2019. **Método:** confrontación entre la perspectiva idealizada y abstracta de las políticas públicas en relación con el ejercicio práctico de estas, con base en la gestión y resultados obtenidos en el proceso de acompañamiento para el análisis, implementación y actualización de políticas públicas de la SDS. **Resultados:** los hallazgos se relacionan con la identificación conceptual alrededor de las políticas, que determina las formas y maneras en los instrumentos producidos; las dinámicas relacionales de poder, influencia, comunicación y empatía, que afectan el posicionamiento, la coordinación, la continuidad y los contextos organizacionales y políticos, que aseguran o no la estructura y recursos para actuar. **Conclusiones:** lo aprendido muestra que el andamiaje para las políticas públicas aún está en construcción y es necesario fortalecerse desde la innovación, la mejora continua, la investigación, la creación y la gestión de conocimiento.

Palabras clave: política pública, administración pública, participación de la comunidad.

Abstract

Objective: To reflect on some of the vices or flaws that exist in the public policy processes in the Capital District. **Dates and places of the experience:** According to the advisory and technical assistance work carried out by the Sectoral Planning Department of the District Health Secretariat (SDS, for the Spanish original) from 2013 to 2019. **Method:** Confrontation between the idealized and abstract perspective of public policies in relation to their practical exercise, based on the management and results obtained in the accompaniment process for the analysis, implementation, and updating of the SDS public policies. **Results:** The findings are related to the conceptual identification around policies, which determines the forms and ways in which instruments are produced; the relational dynamics of power, influence, communication, and empathy, which affect positioning, coordination, and continuity; and the organizational and political contexts, which may or may not ensure the structure and resources

1. Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, Bogotá (Colombia).

to act. **Conclusions:** The lessons learned show that the scaffolding for public policies is still under construction and needs to be strengthened through innovation, continuous improvement, research, creation, and knowledge management.

Keywords: Public policy, public administration, community participation.

Resumo

Objetivo: refletir sobre alguns dos vícios ou falhas existentes nos processos dedicados às políticas públicas no Distrito Capital. **Datas e locais da experiência:** de acordo com o trabalho de assessoria e assistência técnica realizado pela Direção Setorial de Planejamento da Secretaria Distrital de Saúde (SDS) de 2013 a 2019. **Método:** confronto entre a perspectiva idealizada e abstrata das políticas públicas em relação ao exercício prático destas, com base na gestão e resultados obtidos no processo de acompanhamento para análise, implementação e atualização das políticas públicas da SDS. **Resultados:** os achados referem-se à identificação conceitual em torno das políticas, que determina as formas e modos nos instrumentos produzidos; as dinâmicas relacionais de poder, influência, comunicação e empatia, que afetam o posicionamento, a coordenação, a continuidade e os contextos organizacionais e políticos, que garantem ou não estrutura e recursos para agir. **Conclusões:** o que foi aprendido mostra que a estrutura para as políticas públicas ainda está em construção e é necessário fortalecê-la a partir da inovação, melhoria contínua, pesquisa, criação e gestão do conhecimento.

Palavras chave: política pública, administração pública, participação comunitária.

Introducción

La administración distrital, a través del sector Planeación, ha desarrollado el concepto de política pública para aplicar en la ciudad, de manera que todos los sectores se acojan a este. Así las cosas, se trata de “un proceso de planeación que define una visión de largo plazo que sobrepasa los periodos de administración de los gobiernos y orienta el proceso de cambio frente a realidades sociales relevantes. Es un instrumento de planeación orientado a la acción para lograr objetivos prioritarios, fruto de un proceso de concertación intersectorial y co-creación, en el que participa la administración distrital, la ciudadanía, la sociedad civil, los gremios, la academia, etc.” (1). No se trata, por tanto, de normas y acciones ni de instrumentos de otro alcance, como planes y programas, pues estos son mecanismos a través de los cuales se operativiza la política pública.

La política pública, “establece las prioridades, los objetos de acción, los roles y responsabilidades de los actores, los alcances y mecanismos que se desplegarán durante la implementación” (2). Su formulación parte de la identificación de la situación social o ambiental que se constituye en un “problema público”, es decir, que tiene relevancia social y cuya solución corresponde a las autoridades.

Como herramienta para entender la realidad de las políticas públicas, se cuenta con el modelo de ciclo, el cual ha sido adoptado por Planeación Distrital teniendo en cuenta una fase preparatoria como ejercicio inicial, y una fase de evaluación y retroalimentación que puede llevar de nuevo a la fase de inicio. El uso de este modelo no implica el desconocimiento acerca del atributo iterativo de las políticas públicas, que se traduce en la propensión de repetir “fases” o elementos de esas fases, con lo que se elimina el aspecto lineal y acartonado que puede sugerir la forma de este modelo.

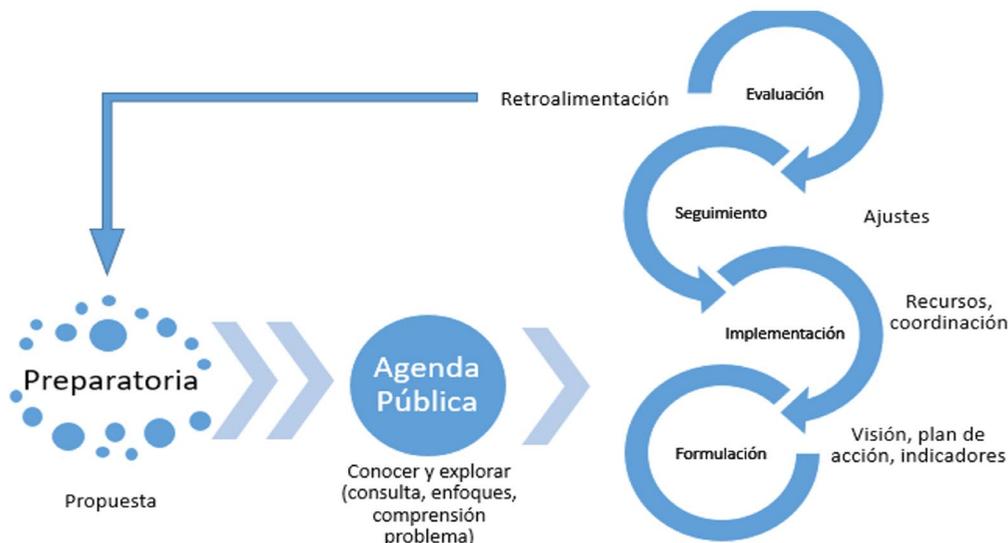


Figura 1. Ciclo de las políticas públicas.

Fuente: adaptado de la “Guía de formulación e implementación de políticas públicas en el Distrito Capital”. Secretaría Distrital de Planeación (1).

En Bogotá, se han formulado políticas públicas desde el año 2002, con abordajes particulares dependiendo del sector y la temática objeto de la política, algunas por recomendación del Concejo de Bogotá, otras por decisión del sector Líder en razón a asuntos de interés para este, según análisis situacionales propios. En vista de este panorama, en 2011, el Decreto Distrital 689 adopta la “Guía para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas distritales”, con el objeto de estandarizar el proceso y asegurar su calidad y buen desempeño. Por otra parte, en el 2013 se emite el Decreto 171 para estandarizar definiciones y unificar

plazos en relación con formulación y seguimiento a los planes de acción de las políticas públicas poblacionales y los planes de acciones afirmativas. Posteriormente, en 2017 se expide el Decreto 668 que pone en funcionamiento el Conpes distrital y establece su procedimiento con un marco de transición actualizado por el Decreto 703 de 2018. Igualmente, en 2017, la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) emite la Resolución 2045 a partir de la cual se adopta la nueva “Guía para la formulación e implementación de las políticas públicas del Distrito Capital”, y en 2018, la Resolución 1809 de esta misma entidad adopta la

“Guía para el seguimiento y evaluación de las políticas públicas del Distrito Capital”.

En la actualidad, el Distrito Capital cuenta con un aproximado de 48 políticas públicas, de las cuales el sector Salud se involucra como actor en 25, ejerce secretaría técnica en 2 y lidera 4, para un total de

participación del sector en 31 políticas públicas distritales (ver tabla 1) y una nacional. Para cada una de ellas, la SDS dispone de un referente, y en algunos casos, de grupos funcionales integrados por representantes de dependencias misionales y estratégicas, según las acciones previstas.

Tabla 1. Políticas Públicas en las que se involucra la SDS.

Política	Sector	Entidad líder
Política de Humedales del Distrito Capital 2007 – 2024	Ambiente	Secretaría Distrital de Ambiente
Política Pública Distrital de Educación Ambiental 2019 – 2030	Ambiente	Secretaría Distrital de Ambien
Política Pública de Ruralidad del Distrito Capital 2007 – 2027	Ambiente	Secretaría Distrital de Ambiente
Política Pública Distrital de Protección y Bienestar Animal 2015 - 2038	Ambiente	Secretaría Distrital de Ambiente
Política Pública Distrital de Servicio a la Ciudadanía en la ciudad de Bogotá, D.C. 2019 - 2028	Gestión Pública	Secretaría General
Política Pública de Transparencia, Integridad y No Tolerancia con la Corrupción en Bogotá 2018 - 2028	Gestión Pública	Secretaría General
Política Pública de la Bicicleta para el Distrito Capital 2021 - 2039	Movilidad	Secretaría Distrital de Movilidad
Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en el Distrito Capital 2020 - 2030	Mujeres	Secretaría Distrital de la Mujer
Política Distrital de Actividades Sexuales Pagadas de Bogotá, D.C. 2020 - 2029	Mujeres	Secretaría Distrital de la Mujer
Política Pública de Prevención y Atención del Consumo y la Prevención de la Vinculación a la Oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá, D.C. 2011 - 2021	Seguridad	Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia
Política Pública de Seguridad Alimentaria y Nutricional – Construyendo Ciudadanía Alimentaria 2019 - 2031	Desarrollo Económico	Secretaría Distrital de Desarrollo Económico
Política Distrital de Ciencia, Tecnología e Innovación 2019 – 2038	Desarrollo Económico	Secretaría Distrital de Desarrollo Económico
Política Distrital de Salud Mental 2015 - 2025	Salud	Secretaría Distrital de Salud
Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá, D.C., 2011 - 2023	Salud	Secretaría Distrital de Salud
Política Pública de Salud Oral de Bogotá, D.C., con Participación Social para el Decenio 2011 - 2021	Salud	Secretaría Distrital de Salud
Política de Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras de Bogotá, 2006	Salud	Secretaría Distrital de Salud
Política Pública de Libertades Fundamentales de Religión, Culto y Conciencia 2018 – 2028	Gobierno	Secretaría Distrital de Gobierno
Política Pública Integral de Derechos Humanos 2019 - 2034	Gobierno	Secretaría Distrital de Gobierno
Política Pública de Cultura Ciudadana 2019 - 2038	Cultura	Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte
Lineamientos de la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas -LGBT- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones	Planeación	Secretaría Distrital de Planeación
Política Pública para los Pueblos Indígenas de Bogotá, D.C., 2011 - 2020	Gobierno	Secretaría Distrital de Gobierno
Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural y la Garantía de los Derechos de los Afrodescendientes 2011 – 2020	Gobierno	Secretaría Distrital de Gobierno
Política Pública Distrital para el Reconocimiento de la Diversidad Cultural, Garantía, Protección y el Restablecimiento de los Derechos de la Población Raizal en Bogotá, 2011 - 2020	Gobierno	Secretaría Distrital de Gobierno
Política Pública Distrital para el Grupo Étnico Rom o Gitano en el Distrito Capital 2011 - 2020	Gobierno	Secretaría Distrital de Gobierno
Política Pública de Juventud para Bogotá, D.C., 2018 - 2030	Integración Social	Secretaría Distrital de Integración Social
Política Pública para las Familias de Bogotá, D.C., 2011 - 2025	Integración Social	Secretaría Distrital de Integración Social
Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez en el D.C. 2010 – 2025	Integración Social	Secretaría Distrital de Integración Social
Política Pública de Discapacidad para el Distrito Capital 2007 – 2020	Educación	Secretaría de Educación del Distrito
Política Pública Distrital para el Fenómeno de la Habitabilidad en Calle 2015 - 2025	Integración Social	Secretaría Distrital de Integración Social
Política Pública para la Adulterez en el D.C., 2011 - 2044	Integración Social	Secretaría Distrital de Integración Social
Política de Atención a Víctimas del Conflicto Armado - Ley 1448 de 2011	Presidencia	Departamento para la Prosperidad Social / Alta Consejería para los Derechos de las Víctimas, la Paz y la Reconciliación, Bogotá, D.C.

Fuente: adaptado del Inventario Distrital de Políticas Públicas, Secretaría Distrital de Planeación (3).

A pesar de los avances normativos, aún persisten algunos de los vicios que acompañaban la formulación e implementación de políticas públicas en Bogotá. Este artículo presenta reflexiones generadas a partir del acompañamiento a los procesos de política pública en los que participa la SDS, desde la perspectiva como referente de políticas públicas en la Dirección de Planeación Sectorial de la SDS, en ejercicio de su función de asesorar y dar asistencia técnica para el fortalecimiento de esta gestión.

La palabra “política”, usos, entenderes y manifestaciones

La palabra “política” a la que se refiere este artículo, alude al vocablo inglés *policy*, que hace referencia a “plan o curso de acción”. Sin embargo, esta breve definición genera ambigüedad, en tanto puede aplicarse a cualquier elemento, lo que no permite su estandarización y claridad, de modo que ha llegado a convertirse en una palabra comodín, que, según la explicación de Cassany, consiste en “aquel nombre, verbo o adjetivo, de sentido bastante genérico, que utilizamos cuando no se nos ocurre otra palabra más específica. Son palabras comodín las que sirven para todo, que se pueden utilizar siempre, pero que precisan poco o nada el significado de la frase. Si se abusa de ellas, empobrecen la prosa y la vacían de contenido” (4).

Dentro de las opciones de uso más comunes de la palabra política se encuentran: a) declaraciones sobre los valores y principios estratégicos que deberían orientar acciones posteriores; b) cursos de acción sobre temas específicos, y c) decisiones y medidas a implementar. En este sentido, puede verse en ámbitos como la institucionalidad, pública y privada, la ética personal, las relaciones comerciales, los programas de gobierno, las directrices y mandatos, entre otros. Esta falta de especificidad ha llevado a obviar los contextos en donde se presenta y a asumir como marco referencial lo que cada quien interpreta, sin apropiarse el significado particular y tampoco su manifestación en acto, acorde con las necesidades que presentan las circunstancias asociadas.

En lo que atañe concretamente a políticas públicas, esta situación se complejiza, más aún al tratarse de un concepto compuesto, para el cual es necesario hacer claridad en cada una de las palabras que lo componen, así como aquellas que se le asocian, o con las que la confunden sin serlo, como por ejemplo gobernanza,

governabilidad, planeación, sistema, sinergia, incidencia. De manera que, asimilar una noción con tantos factores subyacentes, se torna en un reto para los planeadores, ejecutores y evaluadores.

Esto ha derivado en respuestas equivocadas a solicitudes de actores sociales, de control y regulación, institucionales y de la administración distrital, en tanto se pretenden imputar, por ejemplo, requisitos distritales de política pública a políticas organizacionales o al revés. Así mismo, esta confusión ha llevado a que las personas crean que no hay manera de abordar una temática si esta no se convierte en política pública, desconociendo que es un instrumento más de planeación y que, de acuerdo con el alcance del estado futuro deseado y el análisis de factores condicionantes y causales, se escoge el instrumento más adecuado para intervenir.

A pesar de la predilección por las políticas públicas como instrumento, los conflictos de lenguaje y conocimiento que se tejen a su alrededor han llevado a desarrollos prematuros, que en muchas ocasiones no se pueden defender o traducir en la práctica. Cobra entonces sentido la apreciación de Cassany (4) respecto a la relación abuso-empobrecimiento o vacío de contenido, cuando se pierden las intenciones iniciales de la política pública y se reemplazan por unas pocas acciones incorporadas en proyectos de inversión, muchas veces como actividad o parte de ella, no como meta.

Por esta misma vía, se observan políticas públicas escritas, pero no divulgadas, ni acordadas, ni aterrizadas para su puesta en marcha; con solo una persona o un grupo pequeño de personas que las impulsan, como un equipo élite sin posición, porque no tienen visibilidad en otros espacios más allá del propio, si aplica, de lo contrario se limita a los escritorios de los dolientes. Se les dice dolientes porque son a quienes les duele, los que ven la importancia de la política pública, los que se apasionan al trabajar por ella, así nadie más le da valor.

Quizá, esta fue una de las razones por las cuales desde el 2011, la administración distrital consideró la validez de la “divulgación” e “instrumentalización” para la adopción de políticas públicas. Desde esa fecha se ha exigido la expedición de un acto administrativo y un plan de acción que indique específicamente lo que se ha priorizado para desarrollar, más allá de la retórica. Pero esto no solo llegó tarde (ya la mayoría de las políticas que existen hoy en día en Bogotá se habían formulado), sino que además no contó con la aceptación de los

formuladores, quienes, una vez más, tenían una acepción distinta del concepto de política pública, en el cual no se involucraban estos dos mecanismos. Fue necesario reforzar la idea con un componente asimilado de la Nación, el Consejo de Política Económica y Social del Distrito Capital (Conpes D.C.), que los incorpora con una nueva imagen. Aunque debe reconocerse el aporte de esta apuesta a la organización de los asuntos de política pública, el interés que ha generado en alinear nociones y acomodarse a requisitos estandarizados, aún se perciben inconvenientes para adaptar lo complejo a lo simple, y es que no basta con un acto administrativo y un plan de acción para pasar del comportamiento escrito al actuado; no basta con dilucidar los objetivos, resultados, productos e indicadores para entender cómo deben abordarse para garantizar el éxito y resolver el problema público.

Una aproximación a la solución, entonces, sería seguir desenmarañando el concepto de política pública para disipar las zonas grises, a partir de la disposición de procesos de gestión del conocimiento metacognitivos, de forma que se siga perfilando con los saberes de cada una de las personas que de una u otra manera han estado involucradas en la materia, ya sea desde lo teórico o lo experiencial, y así encontrar puntos en común que constructivamente permitan generar una necesaria conciencia colectiva que se traduzca en nuevas prácticas compartidas.

Los actores y los actos

Las políticas públicas se sostienen desde el campo relacional, en el que tienen especial cabida el poder, la influencia, la comunicación y la empatía. A menudo, el obstáculo más grande se sustenta en estas piezas. Como ejemplo se encuentra el hecho de no identificar los responsables (personas, entidades o dependencias) de la gerencia de la política pública, cuyo rol es el de movilizar todo lo que a ella se refiere, así como tampoco se identifica la corresponsabilidad para involucrarse en cada una de las fases del ciclo de esta, de acuerdo con una actuación impulsada por los intereses y competencias particulares, desde una perspectiva de interés común.

En referencia al poder, conforme a la postura de Foucault (5), este designa los ‘relacionamientos entre compañeros’ en un entramado de acciones que inducen a otras acciones y que se concatenan entre sí, tanto si consisten en “tareas obligatorias, en gestos impuestos por tradición o por aprendizaje, en subdivisiones y en la

distribución más o menos obligatoria del trabajo”, como si radican en la jerarquía de las tareas con miras a producir un cierto número de efectos. En otras palabras, el poder, como terminología, nos transporta al actuar, y son estos actos los que llaman a otros actos, deseados o previstos, para modificar situaciones y comportamientos, a favor o en contra de; todo dentro de un sistema regulado o consensuado, tácita o expresamente, pues a través del poder se guía y se ordena. Aun así, es la regulación la que en ocasiones limita la asunción de responsabilidades en torno a las necesidades de las políticas públicas desde la perspectiva de la gestión pública, puesto que las competencias de cada sector, en cada nivel y figura, son establecidas por norma y es mandatorio “ejercer con exclusividad las potestades y atribuciones inherentes de manera directa e inmediata, respecto de los asuntos que les hayan sido asignados expresamente por la ley, la ordenanza, el acuerdo o el reglamento ejecutivo” (6).

Esto último, en la práctica es preeminente en relación con los principios de coordinación, concurrencia y subsidiariedad, cuyo efecto vinculante no es suficiente para derivar en acciones conjuntas con resultados visibles. Se vuelve necesario crear normas complementarias que establezcan los roles, pero paradójicamente, en tanto no se naturalicen las conductas, el problema persiste.

Entra entonces en juego la influencia, que se remite a la posibilidad de cambiar la opinión, actitudes, sentimientos o acciones de otros sobre algo en particular, o, al contrario, de mantenerlas, y que, además, cualquiera de estas dos opciones pueda permanecer, si se quiere, en el tiempo. Kelman (7) plantea tres procesos de influencia: aquellos dados por cumplimiento, a partir de los cuales se acepta la influencia por aprobación social y no por creer en ella; aquellos dados por identificación, que ocurren cuando existe la necesidad de consolidar una relación satisfactoria mediante el despliegue de respuestas deseadas, a modo de reciprocidad, pero sin que interese su trasfondo; por último, aquellos dados por internalización, en las cuales los comportamientos inducidos se aceptan porque son congruentes con el sistema de valores propio y se consideran adecuados para la solución de un problema (lo que importa aquí es el contenido). Independientemente del nivel, se deben combinar tres factores para conseguir influenciar a los demás: 1) la anticipación del efecto, 2) el poder del agente influenciador (medios de control, atracción o credibilidad) y 3) la potencia de la respuesta inducida. La manera como se den uno y otro, determina el proceso de influencia a desarrollar.

Cuando se trata de los dos primeros procesos de influencia, lo más probable es que las acciones no perduren y se olviden con los cambios en los modelos de gerencia o administración, los intereses de los supervisores o en las características de la relación creada con otros. Es mejor apuntar al tercer proceso, de modo que, aunque los tratantes sean personas, la asociación con los sistemas de valores de las entidades que representan y sus objetivos, permita que, a pesar de la

ausencia de estas, los compromisos persistan, mientras sigan siendo relevantes en relación con el problema a resolver. En el ámbito de la articulación intersectorial, el proceso de influencia aplicado se refleja en el grado de intensidad que se logre (figura 2). Lo que se espera es llegar al nivel de “consolidación”, en el que se adopte una identidad común a partir de la legitimación de las ideas y comportamientos influenciados, de modo que ya no sean opcionales sino inexcusables (8).

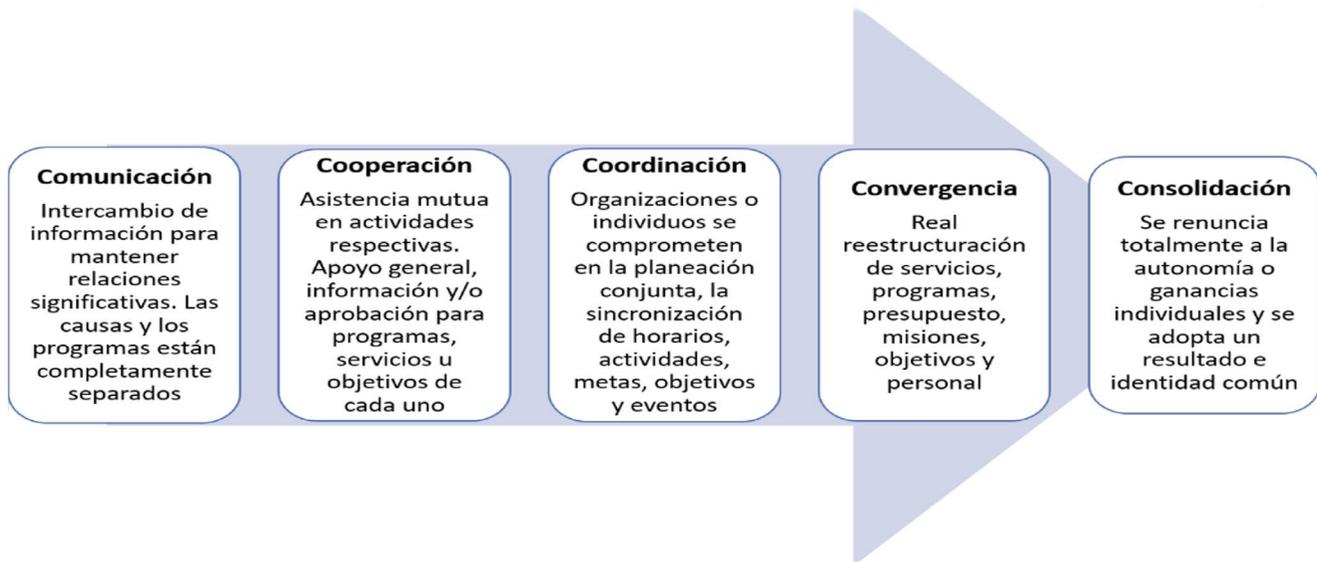


Figura 2. Continuum de intensidad de relacionamiento.

Fuente: elaboración propia basada en Corbett y Noyes (9) para el documento “Propuesta de lineamiento de articulación intersectorial para la resolución de asuntos problemáticos de ciudad”, Secretaría Distrital de Salud (10).

Al lado de la influencia, surge la comunicación, que es siempre una cierta forma de actuar sobre otra persona o personas. Los sujetos construyen, intercambian, expresan e infieren concepciones de diversa índole, configuran relaciones o producen ciertas condiciones, se ubican en un campo determinado y toman o no ciertos acuerdos (11). Con esto como premisa, es preciso hacer uso de la comunicación en las políticas públicas no solo para construir acuerdos y nociones, sino también para asegurar que la información que se quiere generalizar supere los límites burocráticos, geográficos y demás. Esto implica hacer uso de diversas herramientas como la tecnología digital, medios masivos, diseño gráfico, así como “procedimientos administrativos y jurídicos” (12), pero también volver a lo básico, es decir, apostarle a la interlocución directa, a la escucha activa y la realimentación asertiva. A veces, los actores se convierten en sepultureros de las políticas públicas, al asumir una postura pasiva, según la cual se olvida generar conversación alrededor del asunto e informar sobre los avances y necesidades que se tienen al respecto.

Se incorpora entonces como ficha maestra la empatía, la cual parte del “reconocimiento del otro como similar” (13), para así tener la capacidad de comprender sus emociones, sentimientos y puntos de vista. Esta característica que tanto falta en lo cotidiano, se ve entorpecida además por los egos, y es que frecuentemente sucede que solo se ve sabiduría en el discurso propio, y se observa al ajeno como detractor de verdades inamovibles. Es así como, ordinariamente se hace imposible entender la trascendencia de los temas que abordan las políticas públicas que otros ponen sobre la mesa, y de igual manera, en el otro caso, descifrar la entrada más certera y cercana al “corazón” de aquellos imprescindibles compañeros de lucha con los que se esperaba hacer realidad los objetivos propuestos.

La dinámica de estos cuatro aspectos repercute en cada uno de los estadios de estructuración de las políticas públicas (macro, meso y micro), en tanto no solo se refleja en instancias de coordinación nacionales, distritales y locales, sino también al interior de las instituciones y dependencias. Ni qué decir de la relación entre lo

privado, lo comunitario y lo público, o más bien la falta de relación entre ellos, ya que, si se logra participación de algunas entidades públicas, no se consigue la participación de organizaciones sociales y comunitarias y de las empresas; al menos no con una contribución claramente definida. Esto deriva, entre otras cosas, en la falta de reconocimiento y posicionamiento de las políticas públicas, con lo que en consecuencia se afecta su ejecución, continuidad y afianzamiento.

Lo metodológico, lo institucional y lo político

Parte del andamiaje de las políticas públicas lo forman también elementos del contexto institucional y político, que van desde la estandarización metodológica, hasta el apoyo organizacional y la voluntad política.

En lo que se refiere a lo metodológico, se constituyen como ventaja, la apropiación del proceso por parte de la SDP, la emisión de sus guías y las jornadas de capacitación realizadas en torno a ellas. Esto ha permitido dar mayor organización a una cuestión antes dispersa, y aunque la complejidad de las políticas públicas hace difícil incorporar todas las aristas que las conforman en una matriz, ficha o documento, la obligatoriedad para hacerlo ha coadyuvado para que se concreten las ideas y se identifiquen los límites, pasando de lo etéreo a lo tangible. La esperanza es poder pasar de logros que se intuyen a resultados que se miden, de forma tal que se pueda mejorar a medida que se avanza, al encontrar con mayor convencimiento lo que se puede potenciar y lo que se debe eliminar definitivamente.

De igual manera, es de esperar que el direccionamiento de Planeación Distrital pueda facilitar la articulación de las políticas públicas con otros instrumentos y modelos de planeación, de modo que sean complementarios antes que contrarios o excluyentes, según sus plazos y alcances. Esto, que ya se contempla de manera generalizada en la “Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del Distrito”, ha de materializarse con la orientación en tiempo real de la mencionada Secretaría, a fin de evitar la libre interpretación que conlleve defectos de procedimiento.

En relación con el aspecto institucional, hace falta mayor involucramiento del grupo directivo de cada una de las entidades de los sectores de la administración, descentralizadas y desconcentradas, puesto que, sin su compromiso, los técnicos no pueden pasar más allá

de su buena disposición y generación de opiniones y propuestas que se enlistan de manera interminable sin que lleguen a ver la luz. De igual manera, los lineamientos deben compartirse en dirección horizontal y vertical, de modo que se impliquen todos los actores esenciales. Suele ocurrir que, dentro de un mismo sector, no se conoce la política o políticas públicas que este lidera y menos aquellas en las que participa. Los objetivos de política pública deben cumplirse, empezando por la institución desde donde se impulsa su formulación.

Del mismo modo, se deben fortalecer los equipos técnicos responsables de las políticas públicas al interior de las entidades, y de las dependencias, ya que a la fecha las personas asignadas poseen diferentes ocupaciones, dentro de las cuales la política pública es una más, lo que no permite ejercer los desarrollos imperiosos para lograr una política eficiente y eficaz y del mismo modo, para generar desarrollos metodológicos, técnicos y teóricos necesarios para la gestión del conocimiento inherente al asunto.

También se debe hacer un esfuerzo por desarrollar plataformas de información que articulen la data generada por los diferentes actores involucrados en una política pública o en varias de ellas, como canales adicionales que soporten el proceder en un esquema de redes de políticas, pero que además faciliten hacer acciones de optimización y ajuste, en la medida en que el monitoreo y el seguimiento tengan la posibilidad de hacer análisis en ambas vías, por el todo y por las partes.

En lo que respecta a la Secretaría Distrital de Salud, se debe revisar y ajustar el Decreto Distrital 507 de 2013, “Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C”, en el que se contemplan funciones de política para todas las dependencias, con tres claras falencias: a) nuevamente el inconveniente de la política como palabra comodín, que llama a la espontánea deducción del lector, pero no define lo que se espera; b) se determina específicamente la “política” que se debe construir, es decir, el tema a abordar, con lo que se elimina el ejercicio de análisis de la situación problemática y definición de las intervenciones más apropiadas, y c) no se asigna el rol de coordinación, orientación y liderazgo a ninguna dependencia en particular, con lo que persiste el problema de muchas voces y ninguna dirección.

Por último, históricamente, para poner en funcionamiento cualquiera de las iniciativas de

política pública, ha sido imperativo que estas estén alineadas con las prioridades del gobierno en curso, a fin de comprometer recursos financieros, técnicos y humanos, es decir, contar con la voluntad política requerida (14). Ahora bien, teniendo esto en cuenta, es forzoso motivar esta voluntad a fin de garantizar la continuidad y cumplimiento teleológico de lo previsto. Es así como ha de apelarse a la organización de la ciudadanía para defender estos intereses y convertirlos en demandas. Para ello, se requiere fortalecer los mecanismos de participación para que dichas demandas sean escuchadas y tenidas en cuenta, es decir, que realmente se trate de una participación incidente. Para lograrlo se debe continuar robusteciendo las instancias de participación actuales y disponer aparatos de transparencia y rendición de cuentas que mantengan informada a la comunidad (15). “Lo esencial es asegurar que el interés público se respete y no sufra deformaciones basadas en provechos particulares” (16).

Discusión

En su disertación sobre la investigación en políticas públicas, Roth (17) describe los criterios más importantes destacados por Lasswell en este asunto, los cuales son aplicables al trabajo en esta área en general: “la racionalidad y la eficiencia”. A lo largo de este escrito, es posible apreciar cómo esto cobra razón, pues se ha hablado de factores como modelo, herramientas, normativa y capacidad instalada; sin embargo, es posible inferir que estos criterios no solo deben emplearse en las políticas públicas, sino en todo el fenómeno de planeación e intervención pública. En otras palabras, se requiere expandir los escenarios de aprendizaje, construcción, retroalimentación y comprensión hacia instrumentos alternativos, de manera que se empodere a los hacedores de política para un abordaje y toma de decisiones más consciente en procura del bienestar público.

Esta conciencia permitiría superar las limitaciones que el actual esquema de planeación ha implicado para la gestión pública y la resolución de los problemas sociales y ambientales que se siguen afianzando en la capital del país, dado que en la actualidad, el análisis de las situaciones es de corto alcance y suele derivar en la replicación de programas, proyectos y acciones con modificaciones mínimas, como por ejemplo el ajuste del nombre, de forma tal que concuerde con el discurso del plan de desarrollo. En cuanto a las políticas públicas,

a pesar de los innegables esfuerzos, los indicadores son generalmente desfavorables en términos de los resultados alcanzados en su progreso, en cuanto a sus objetivos y su horizonte de sentido. Las pocas que han sido evaluadas han mostrado una ruptura en el proceso de la cadena de valor, en el cual se llega solo al desarrollo de actividades pero no a la generación de productos, bienes, resultados e impactos; por tanto, el trabajo se limita a gestión, ordinariamente asociada a capacitación del recurso humano, pero no a cambiar lo que originó la política ni a beneficiar directamente a la población. Esto implica un desgaste administrativo creciente, pues las políticas públicas no tienen un fin, a pesar del plazo temporal planteado, sino que se busca su perpetuidad sin un ejercicio de reconfiguración en consonancia con los cambios del contexto distrital, nacional y mundial.

No obstante lo anterior, este escrito también permite inferir que no solo es necesario trabajar alrededor de la racionalidad y la eficiencia sino además incorporar la razonabilidad, ese juicio que implica una estimación social de aquello que se quiere poner en marcha, de acuerdo con los valores de la sociedad en donde entrará en juego, y así mismo, de los actores que lo ponen a jugar, de forma tal que este conjunto de decisiones y acciones sea aceptable. Este criterio se refleja en la gobernanza, la transparencia, la participación y la apropiación de enfoques como el de derechos y el diferencial, y se articula con un último criterio clave, que es la competencia social, la cual debe ser fortalecida, de modo que sea favorable para ese campo relacional que determina el antes, el durante y el después de las políticas públicas.

Esta apropiación del repertorio de habilidades que hacen parte de la competencia social, se vincula a la misión del servicio público que se asocia con el despliegue de conductas prosociales, lo que necesariamente debe destacarse a la hora de superar la exclusividad de competencias que plantea la norma. En últimas, el objetivo de la gestión pública es la satisfacción y bienestar de la ciudadanía y el camino para lograr una integración intersectorial efectiva es poner esto en primer lugar. Ahora bien, la escasez de recursos para dar cuenta de la visión de los planes de desarrollo y a la vez de aquella estimada en las políticas públicas es un obstáculo importante a superar, pero es posible que al trabajar desde una perspectiva intersectorial se identifiquen acciones duplicadas y no complementarias, que al depurarse facilitarían contar con los recursos precisos para avanzar. Es vital entonces, que los consejos de gobierno y de política social contribuyan a

esta optimización, pues son las instancias estratégicas en donde se analizan las necesidades, articulaciones y soluciones factibles en este sentido.

Las conclusiones estampadas aquí, están puestas desde una de tantas posibles perspectivas. Sería gratificante que sirvieran para convertirse en objeto de estudio de posteriores investigaciones en ciencias sociales que permitan refutarlas o ratificarlas, y si este último fuera el caso, desarrollar técnicas, tecnologías y tendencias, que, con base en estos hallazgos, fortalezcan el campo de las políticas públicas, la planeación y la salud pública en la práctica.

Conclusiones

Frente a lo expuesto, es posible concluir que se cuenta con acciones para la intervención de problemas públicos, pero estas acciones no son políticas y solamente apuntan a un aspecto mínimo de los elementos causales y condicionantes de estos. Las acciones de política pública son válidas y siempre han existido con una presencia preponderante en el quehacer gubernamental, pero esto no equivale a la política pública en sí, ya que, en términos de gobernabilidad, es la suma de acciones y productos lo que lleva a tener efectividad en el resultado de las políticas y el impacto esperado.

La divulgación e instrumentalización que ha impulsado la Secretaría Distrital de Planeación se constituyen en pasos básicos esenciales, pero no suficientes para la apropiación y materialización de las políticas públicas. Siguiendo con la línea planteada en el párrafo anterior, frente a la instrumentalización, el criterio de racionalización de los proyectos de inversión ha llevado a que las políticas públicas (excesivas, además) se circunscriban a una actividad del proyecto, lo cual no es soportado por su plan de acción, que se deja de lado en función del presupuesto avalado. Sumado a esto, los planes de acción se formulan en razón a los recursos actuales y no a las necesidades reales identificadas en el proceso de diagnóstico, de esta forma se mimetizan con aquellas intervenciones que ya se están haciendo, ¿para qué entonces tomarse el trabajo de diseñar una política pública?

En referencia a la divulgación, es necesario que esta asuma los grupos de interés en el universo de la política y plantee su alcance en relación con sus intereses, configuración, formas de operar y roles, en consonancia

con la filosofía e instrumentos de operativización de la política pública. Para el caso de la Secretaría Distrital de Salud, usualmente el alcance se limita a las personas del sector, que trabajan a nivel distrital y a veces local, así como en los grupos organizados de participación social que no tienen relevo generacional, pero las conexiones nacionales y territoriales, así como intersectoriales y comunitarias, se pierden y hacen que estas sean políticas de sector que no son legitimadas por su reconocimiento dentro de la sociedad.

Aún es incipiente el desarrollo de la infraestructura política, jurídica, institucional y material que permita implementar lo que el acto administrativo y el plan de acción apuestan, así como determinar los actores a cargo. De igual forma, se hace imperativo crear una cultura de análisis y desarrollo normativo que dé fuerza de ley a lo estipulado en los lineamientos de política y solvante los vacíos que minan su sostenibilidad; así como incentivar la naturalización de las conductas asociadas al conjunto de leyes, decretos, resoluciones y demás herramientas normativas con que cuentan el Distrito y la Nación, de modo que no se configuren en letra muerta.

En consideración a lo metodológico, todavía se percibe aprehensión e incertidumbre frente a lo que debería pasar en relación con las políticas públicas y su ciclo. No ha sido suficiente el desarrollo de una propuesta metodológica, pues esta sigue siendo objeto de ensayo y error y de acomodaciones según conveniencia de las administraciones. Los diferentes niveles y aproximaciones que maneja el talento humano responsable hacen que persistan variaciones a la hora de implementar esta metodología, incluso por parte de quienes se encargan de brindar asesoría y asistencia técnica. Es urgente el uso del análisis de política pública como una herramienta que coadyuve a la corrección de las inconsistencias y errores cotidianos en el ejercicio de estos instrumentos y la detección de elementos que blinden y mejoren su presentación frente a las áreas de desarrollo humano y de ciudad.

Es curioso ver cómo después de variadas fallas funcionales, este dispositivo que estuvo tácitamente condenado a la extinción, para dar paso a instrumentos de más fácil manejo, hoy en día vuelve a estar en boga con una renovada dignidad. Es nuestra tarea, por ende, hacer honor a esta restauración con la adopción de prácticas de innovación, de mejora continua, de investigación, de creación y gestión de conocimiento en

las dimensiones organizacionales, políticas, humanas, tecnológicas y conceptuales de este constructo que aún está en formación.

¿Por qué no crear espacios de discusión alrededor de los asuntos que la subyacen? ¿Por qué no atreverse a proponer nuevos caminos, complementarios, más prácticos, más sociales, más científicos? ¿Por qué no expandir los límites actuales? ¿Por qué no retar el statu quo?

En esta materia no hay verdades absolutas, hay aproximaciones, andares y desandares, grandes frustraciones y excelsos descubrimientos. Al fin y al cabo, se trata de un capítulo de las ciencias sociales, tan llenas de matices, en donde las transformaciones se observan con el paso del tiempo y la estabilización del movimiento, ya sea porque llega al reposo, o porque se acompañan los ritmos.

“Se hace camino al andar” (18).

Reconocimiento

Este texto fue construido a partir de la invitación de la Revista de Investigación en Seguridad Social y Salud, para compartir conocimiento adquirido, a partir de mi experiencia de trabajo en políticas públicas.

Agradecimientos

A Solángel y su grupo de investigaciones por su constante esfuerzo en procura de la transferencia de conocimientos y preservación de la memoria institucional. Al equipo Interdependencias de Políticas Públicas de la Secretaría Distrital de Salud, con todos sus miembros pasados y actuales, y los referentes de política, por aceptar abordar los retos que se han presentado a lo largo de estos años de trabajo. A quienes me dieron la oportunidad de desarrollarme en este tema, Azucena, Adriana y Gabriel. A aquellos profesionales de la Secretaría Distrital de Planeación que me han brindado su apoyo ante las dudas, que nunca faltan. A tantos otros que me han enseñado.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación: este estudio no recibió fondos específicos

de agencias públicas o privadas u organizaciones sin fines de lucro.

Referencias

1. Secretaría Distrital de Planeación. Guía para la formulación e implementación de políticas públicas en el Distrito. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2017.
2. Secretaría Distrital de Salud. Equipo Interdependencias de Políticas Públicas. Lineamientos de políticas públicas, orientación técnica y metodológica para la formulación, implementación, seguimiento, evaluación y análisis de políticas públicas en la Secretaría Distrital de Salud. [No publicado].
3. Secretaría Distrital de Planeación. Inventario Distrital de Políticas Públicas [Internet]. Disponible en: <http://www.sdp.gov.co/gestion-socioeconomica/politicas-sectoriales/politicas-publicas-sectoriales>
4. Cassany D. La cocina de la escritura. Barcelona: Anagrama; 1996.
5. Foucault M. El sujeto y el poder. Bogotá: Carpe Diem Ediciones; 1991.
6. Ley 489 de 1998, diciembre 29. Congreso de Colombia; 1998.
7. Kelman H. Compliance, Identification and internalization, three processes of attitude change. *Journal of Conflict Resolution*. 1958;2(1):51-60. <https://doi.org/10.1177/002200275800200106>
8. Kelman HC. Reflections on the social and psychological processes of legitimization and delegitimization. En: Jost JT, Major B, editores. *The psychology of legitimacy: Emerging perspectives on ideology, justice, and intergroup relations*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001. págs. 54-73.
9. Corbett T, Noyes J. Human Services Systems Integration: A Conceptual Framework. En: Institute for Research on Poverty. Discussion Paper n° 1333-08 [Internet]. University of Wisconsin; 2008. Disponible en: <https://www.irlp.wisc.edu/publications/dps/pdfs/dp133308.pdf>

10. Portela A. Secretaría Distrital de Salud – Dirección de Planeación Sectorial. Propuesta de lineamiento de articulación Intersectorial para la resolución de asuntos problemáticos de ciudad. 2017. [No publicado].
11. Ramírez FM. Agentes, comunicación y narrativas de psicólogas clínicas. México D.F.: Editorial Redactum; 2014.
12. Zavariz A. La comunicación gubernamental en la administración pública municipal. Comunicación política y medios. 2014. Perú. Congreso internacional de ciencias de la gestión [Internet]. Disponible en: <http://congreso.pucp.edu.pe/alaic2014/wp-content/uploads/2013/09/GT3-Armando-Zavariz-Vida%C3%B1a.pdf>
13. López MB, Arán V, Richaud MC. Empatía: desde percepción automática hasta los procesos controlados. Avances en Psicología Latinoamericana. 2014;32(1):37-51. <https://doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03>
14. Morgan L. La voluntad política y la participación de la comunidad en la atención de la salud primaria en Costa Rica. Revista Centroamericana de Administración Pública. 1990;(19):5-23.
15. Franco R, Lanzaro J. Política y políticas públicas en los procesos de reforma de América Latina. CEPAL - FLACSO México - Miño y Dávila Editoriales [Internet]; 2006. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2810/1/S301441F825P_es.pdf
16. Secretaría Distrital de Salud. Equipo Interdependencias de Políticas Públicas. Guía para el análisis de la Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011-2023. [No publicado].
17. Roth A. La investigación en políticas públicas: ¿ingeniería social, argumentación o experimentación democrática? Mundos Plurales. Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública [Internet]. 2014;1(1):11-27. Disponible en: <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/mundosplurales/article/view/1901>
18. Machado A. Proverbios y Cantares. Biblioteca Virtual Universal [Internet]. 2003. Disponible en: <https://www.biblioteca.org.ar/libros/656506.pdf>

Fecha de recepción: 14 de enero de 2020

Aceptado para publicación: 07 de noviembre de 2022

Correspondencia:

Ángela Andrea Portela-Dussán

Correo electrónico: aaportelad@hotmail.com

Bogotá, D.C., Colombia

Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV). Gestión del programa en Bogotá 2017 a 2021

Vector-Borne Diseases (VBD). Management of the Program in Bogotá 2017 to 2021

Doenças Transmitidas por Vetores (DTV). Gestão do programa em Bogotá 2017 a 2021

José Alexander Estepa-Becerra¹

Resumen

Introducción: las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) representan más del 17 % de las enfermedades infecciosas, provocan cada año 700.000 muertes a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS); el programa de ETV en Bogotá integra la Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP), y se ejecuta atendiendo lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). **Objetivo:** describir las acciones adelantadas por el programa de ETV entre 2017 y 2021 haciendo énfasis en atención de casos, promoción de la salud y prevención de la transmisión. **Métodos:** análisis descriptivo retrospectivo del comportamiento de las acciones del programa entre 2017 y 2021, con información proveniente de fuente oficial primaria. **Resultados:** entre 2017 y 2021 se captaron 1.102 pacientes con malaria, 1.410 con leishmaniasis, 2.420 con dengue clasificados con signos de alarma y 166 con chagas. Se evidencia un avance en los indicadores: proporción pacientes de malaria con instauración oportuna de tratamiento, pasando de 91 % a 93 %; tratamientos de malaria terminados de 40 % (133 pacientes con resultado de gota gruesa en 2019) a 65 % (113 pacientes en 2021); proporción de pacientes con leishmaniasis que recibieron tratamiento, pasando de 84 % al 96 %, e incremento de la cobertura de tamizaje de chagas en gestantes de 11 % (1.669 tamizadas de 15.636 asignadas) en 2018 a 55 % en 2021 (7.780 tamizadas de 14.021). **Conclusiones:** es necesario fortalecer la asistencia técnica sobre transmisión congénita por chagas, reporte de eventos de interés en salud pública y mantener acciones de información, educación y comunicación enfocada a personas que se desplazan a zonas endémicas.

Palabras clave: enfermedades transmitidas por vectores, programas nacionales de salud, malaria, leishmaniasis, enfermedad de chagas, organización y administración, tratamiento farmacológico.

1. MV., MG. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Bogotá (Colombia).

Abstract

Introduction: Vector-Borne Diseases (VBD) represent over 17 % of infectious diseases, provoke 700,000 deaths worldwide annually according to the World Health Organization (WHO). The VBD program in Bogotá brings incorporates the Management of Programs and Actions of Public Health Interest (GPAISP, for its Spanish original), and is executed following the Ministry of Health and Social Protection (MSPS, for its Spanish original) guidelines. **Objective:** To describe the actions carried out by the VBD program between 2017 and 2021 and emphasizing case care, health promotion, and prevention of transmission. **Methods:** Retrospective descriptive analysis of the behavior of the program's actions between 2017 and 2021, with information from an official primary source. **Results:** Between 2017 and 2021, 1,102 patients with malaria were detected along with 1,410 with leishmaniasis, 2,420 with dengue classified with warning signs, and 166 with Chagas disease. There is evidence of progress in the indicators: proportion of malaria patients with timely treatment, from 91 % to 93 %; completed malaria treatments from 40 % (133 patients with thick smear result in 2019) to 65 % (133 patients in 2021); proportion of patients with leishmaniasis who received treatment, from 84 % to 96 % and an increase in the coverage of Chagas disease screening in expectant mothers from 11 % (1,669 screened out of 15,636 assigned) in 2018 to 55 % in 2021 (7,780 screened out of 14,021). **Conclusions:** We must strengthen technical assistance on congenital transmission of Chagas disease, reports of public health interest events, and maintain information, education, and communication actions focused on people who travel to endemic zones.

Keywords: Vector-borne diseases, national health programs, malaria, leishmaniasis, Chagas disease, organization and administration, pharmacological treatment.

Resumo

Introdução: as Doenças Transmitidas por Vetores (DTV) representam mais de 17% das doenças infecciosas, causam 700.000 mortes em todo o mundo a cada ano, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS); o programa DTV em Bogotá integra a Gestão de Programas e Ações de Interesse em Saúde Pública (GPAISP), e é executado de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e Proteção Social (MSPS). **Objetivo:** descrever as ações realizadas pelo programa DTV entre 2017 e 2021, com ênfase no atendimento de casos, promoção da saúde e prevenção da transmissão. **Métodos:** análise descritiva retrospectiva do comportamento das ações do programa entre 2017 e 2021, com informações de fonte oficial primária. **Resultados:** entre 2017 e 2021, foram registrados 1.102 pacientes com malária; 1.410 com leishmaniose; 2.420 com dengue, classificados com sinais de alerta; e 166 com chagas. Há evidências de progresso nos indicadores: proporção de pacientes com malária com estabelecimento oportuno de tratamento, passando de 91% para 93%; tratamentos concluídos contra a malária de 40% (133 pacientes com resultados de gota espessa em 2019) para 65% (113 pacientes em 2021); proporção de pacientes com leishmaniose que receberam tratamento, de 84% para 96%, e aumento da cobertura da triagem de Chagas em gestantes de 11% (1.669 triadas de 15.636 designadas) em 2018 para 55% em 2021 (7.780 triadas de 14.021). **Conclusões:** é necessário fortalecer a assistência técnica na transmissão congênita por Chagas, notificar eventos de interesse da saúde pública e manter ações de informação, educação e comunicação voltadas às pessoas que se deslocam para áreas endêmicas.

Palavras chave: doenças transmitidas por vetores, programas nacionais de saúde, malária, leishmaniose, doença de Chagas, organização e administração, tratamento farmacológico.

Introducción

Las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) surgen de forma creciente y según la Organización Mundial de la Salud (OMS) representan más del 17 % de las enfermedades infecciosas, provocando cada año más de 700.000 muertes a nivel mundial (1).

La preponderancia de este tipo de enfermedades y su interés se debe, en gran medida, a factores que favorecen su propagación, como la circulación de personas, mercancías, cambios ambientales y prácticas, ocasionados por actividad antrópica, y factores climáticos, entre otros; sobre este asunto “cabe augurar que en los próximos decenios los cambios climáticos planetarios tendrán una notable influencia en la dinámica de estas infecciones, que obviamente no tienen fronteras” (2).

Este tipo de enfermedades surgen cuando el agente etiológico, virus o parásito, es transmitido por especies de insectos hematófagos que, al ingerir los patógenos alojados en la sangre de un portador infectado, pueden transmitirlos a un huésped susceptible, bien sea por mecanismos de transmisión activa o pasiva (3).

La importancia que revisten las ETV en la salud de las comunidades ha sido documentada por organismos rectores, la OMS estima que más de 3.900 millones de personas están en riesgo de contraer enfermedades como el dengue (4), siendo una de las arbovirosis cuyo comportamiento cíclico amerita, además de intervenciones en zonas endémicas para el vector, garantizar la detección y atención oportuna de los pacientes para mitigar la probabilidad de desenlaces fatales (5); igualmente, más del 50 % de la población a nivel mundial está en riesgo de contraer dos o más ETV (6), lo cual sugiere la importancia de abordar este tipo de eventos transmisibles que representan un alto riesgo para la humanidad.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud en Colombia (INS) “cerca del 85 % del territorio está situado por debajo de los 1.600 metros sobre el nivel del mar y presenta condiciones climáticas, geográficas y epidemiológicas aptas para la transmisión de estas patologías” (7). Aunque Bogotá no tiene condiciones eco epidemiológicas para la presencia y transmisión activa de malaria, dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis y chagas -enfermedades incluidas dentro del Programa Nacional- (8), es punto de entrada y

referencia para la prestación de servicios de salud, puesto que situaciones como el ingreso constante de población y productos hace que este tipo de eventos deban fortalecer su diagnóstico y tratamiento, por lo que el trabajo interinstitucional entre agentes y actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) resulta crucial.

Al contrastar los boletines epidemiológicos publicados por el INS no se evidencia la presentación de casos endémicos en Bogotá (9-12); no obstante, la base de pacientes del programa de ETV en la ciudad evidencia casos provenientes de departamentos y en ocasiones países considerados como zonas endémicas, los cuales demandan atención integral y gestión de la entidad territorial tanto para el seguimiento como para la entrega de los tratamientos respectivos.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) dicta los lineamientos generales para la gestión y operación del programa de ETV y zoonosis, el citado instrumento de gestión incluye dentro de sus componentes la Inteligencia epidemiológica, la gestión del conocimiento, la promoción de la salud, la prevención de la transmisión, la atención de casos y la gestión y atención de contingencias (13).

En Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) adapta e implementa los lineamientos nacionales centrando su énfasis en la atención de casos, ofreciendo asistencia técnica y coordinando con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) para la identificación, el diagnóstico, la gestión de tratamientos y el seguimiento de los casos notificados; también, coadyuva con la generación de acciones tendientes al abordaje de los componentes de promoción de la salud, la prevención de la transmisión, a través de productos y actividades descritas en el respectivo lineamiento operativo (14); cabe destacar que el programa de ETV hace parte del componente Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública (GPAISP). Tras conocer que el citado programa se implementa en la ciudad y que tiene indicadores que dan cuenta tanto de la gestión como del resultado, se propone el presente manuscrito con el objetivo de describir y comparar las acciones adelantadas entre los años 2017 y 2021.

Métodos

El presente trabajo es descriptivo, retrospectivo, empleó información proveniente de una fuente primaria, consistente en el informe distrital consolidado por la SDS de las acciones ejecutadas por el programa en la ciudad; el informe en formato Excel contiene veintitrés elementos que son reportados de forma cuantitativa mes a mes por las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS): norte, sur, sur occidente y centro oriente en las veinte localidades de Bogotá.

Del total de elementos reportados, para el presente trabajo se tomaron doce de ellos, los cuales, en algunos casos, se constituyen en elementos para la formulación de indicadores a nivel distrital, adicionalmente los tenidos en cuenta para el presente análisis permiten comparar lo realizado en materia de los componentes (atención de casos, promoción de la salud y prevención de la trasmisión).

Tabla 1. Elementos del informe de gestión tomados para el trabajo.

Elemento tomado de informe	Descripción
Número de IPS con visita de asistencia técnica para ETV.	Capta el número de Instituciones IPS que recibieron Asistencia Técnica (AT) por las SISS.
Número de capacitaciones y actualización a equipos de salud de IPS públicas y privadas /sensibilizaciones.	Capta el número de actividades de capacitación y/o actualización a equipos de salud de las IPS realizadas, distinto de AT.
Número de funcionarios de IPS actualizados	Capta el número total de personas (equipos de salud) de las IPS que recibieron la capacitación y/o actualización.
Número de actividades de información para ETV.	Capta el número de actividades de información, educación y comunicación realizadas por las SISS, que están dirigidas hacia la comunidad para entregar información tendiente a prevenir la transmisión a través de medidas de autocuidado y de prevención.
Número de personas que participan en las actividades de información.	Capta el número de personas participantes en las actividades de información, educación y comunicación.
Número de pacientes con malaria.	Capta el número de pacientes que se identifican por el programa producto de cruce con SIVIGILA o por información directa de IPS.
Número de pacientes con malaria e instauración oportuna de tratamiento en las IPS.	Capta el número de pacientes diagnosticados con malaria que son identificados por el programa y que reciben tratamiento sugerido por la guía de manejo clínico colombiana (oportuno antes de 12 horas).
Número de pacientes con malaria y seguimiento al tratamiento por la IPS.	Número de pacientes tratados con seguimiento mínimo al tercer día con resultado de gota gruesa negativo. Si el control es positivo debe tener el control del día 7. Los controles siguen lo establecido por la guía clínica colombiana.
Número de pacientes con leishmaniasis.	Capta el número de pacientes que se identifican por el programa producto de cruce con SIVIGILA o por información directa de IPS.
Número de pacientes con leishmaniasis e indicación de tratamiento sistémico.	Capta el número de pacientes que siendo diagnosticados con leishmaniasis reciben indicación de tratamiento sistémico (antimonio de meglumina, pentamidina, miltefosina, anfotericina B), según criterio médico conforme lo establecido en la guía clínica colombiana.
Número de pacientes leishmaniasis con indicación de tratamiento sistémico que recibieron tratamiento.	Capta el número de pacientes que habiendo tenido la indicación de tratamiento sistémico lo recibieron de forma efectiva por parte de la IPS.
Número de pacientes chagas crónico con atención inicial.	Capta el número de pacientes chagas crónico cuya atención inicial incluye mínimo rayos X (no aplica en gestantes), electrocardiograma y la definición de la indicación de tratamiento etiológico de acuerdo con el riesgo/beneficio. No incluye gestantes en seguimiento, se incluyen mujeres después de los 6 meses de lactancia materna exclusiva.

Fuente: elaboración propia.

Además del informe de gestión, se emplearon variables de la base de pacientes consolidada por la SDS para cada uno de los años objeto del presente análisis, se anota que este trabajo no tuvo alcance de caracterización sociodemográfica; aunque tomó y analizó información concerniente con la variable “procedencia del caso”, prestando especial atención y tomando los que

procedían del exterior con énfasis en Venezuela, y por evento se tomó la variable “especie de *plasmodium*” para el caso de malaria y tipo de leishmania. Para establecer la cobertura de tamizaje chagas en gestantes, se empleó el consolidado de reportes realizados por las EAPB a la SDS.

Tabla 2. Indicadores analizados.

Indicador	Tipo	Fórmula
Proporción de pacientes con malaria e instauración oportuna de tratamiento.	Acceso - calidad - oportunidad.	(Número de pacientes con malaria e instauración oportuna de tratamiento en las IPS/número de pacientes malaria) X 100.
Tratamientos de malaria terminados.	Acceso - calidad.	(Número de pacientes con resultado de gota gruesa negativa al culminar tratamiento/número de pacientes con malaria e instauración de tratamiento) X 100.
Proporción de pacientes con diagnóstico de leishmaniasis e indicación de tratamiento sistémico que recibieron tratamiento.	Acceso - calidad - oportunidad.	(Número de Pacientes leishmaniasis con indicación de tratamiento sistémico que recibieron tratamiento/número de Pacientes leishmaniasis con indicación de tratamiento sistémico) X 100.
Cobertura de tamizaje de chagas en gestantes.	Acceso - calidad - oportunidad.	(Número de gestantes tamizadas por IPS/número de gestantes a tamizar entregada por el MSPS) X 100.

Fuente: elaboración propia.

Las intervenciones descritas y los avances presentados se hicieron tomando como espacio temporal un año calendario (enero - diciembre), para comparar series iguales de tiempo. Con la información recopilada se procedió al análisis del periodo 2017 a 2021 para comparar el comportamiento de indicadores trazadores del programa en la capital del país, la información gestionada se organizó empleando el software Excel® y se hizo análisis descriptivo, presentado por medio de listados, frecuencias, tablas y gráficas.

Resultados

De la información recolectada y analizada se infiere que Bogotá avanza en la formulación de lineamientos que permiten perfilar respuestas frente a situaciones relacionadas con ETV, las acciones objeto de análisis hacen parte de los componentes de atención de casos, promoción de la salud y prevención de la transmisión, recogidos en los lineamientos de orden nacional, reiterando que, aunque en esta ciudad no hay evidencia de transmisión vectorial, se tiene

demanda de atención en servicios de salud por ser la capital de un país endémico para las ETV.

A continuación, se ilustra el avance en la implementación de las intervenciones dentro del programa de ETV de la SDS, comparando de forma descriptiva las realizadas especialmente entre los años 2017 a 2021.

Bogotá recibe casos de ETV que ameritan atención integral del paciente, ya que la ciudad es uno de los centros de mayor densidad poblacional en el país, en el cual confluyen comunidades procedentes de diferentes zonas, donde existe el riesgo de transmisión de ETV. Teniendo en cuenta que el énfasis del programa en Bogotá se enfoca en la gestión para la atención integral de pacientes y la información del riesgo para la prevención cuando la población se desplaza a zonas endémicas, se desarrollan actividades de asistencia técnica y sensibilización a personal de la salud a través de las SISS con el objeto de identificar aspectos a mejorar en las IPS, tanto en materia de diagnóstico como de atención de los casos. La tabla 3 ilustra el comportamiento de estas acciones en la ciudad.

Tabla 3. Actividades adelantadas por las SISS y actividades de información en ETV adelantadas por IPS, Bogotá. Comparado enero – diciembre de 2017 y 2021.

Año	Número de IPS con visita de asistencia técnica para ETV					Número de sensibilizaciones a equipos de salud IPS públicas y privadas					Número de colaboradores actualizados				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Total	234	639	409	315	603	60	181	242	21	244	237	824	1865	103	824

Fuente: Subredes Integradas de Servicios de Salud ESE, informes de gestión años 2017 a 2021.

Al comparar el año 2020 con el año inmediatamente anterior, se aprecia una disminución del 23 %, pasando de 409 IPS con visita de AT a 315, respectivamente; no obstante, la disminución obedeció a la situación de alerta sanitaria que conllevó a la limitación para realizar este tipo de acciones, sumado a la disponibilidad de distintos colaboradores de IPS para atender los casos de COVID-19, lo cual, posiblemente, impactó tanto la identificación a través del diagnóstico clínico como por laboratorio, y por ende la atención de los pacientes conforme establecen las guías de práctica clínica disponibles en el país. Es necesario retomar esta actividad dirigida a las IPS por la importancia que tienen dentro de la identificación y diagnóstico que conlleve a brindar un manejo o tratamiento oportuno de los pacientes; durante el año 2021 se realizaron 603 visitas de AT a nivel distrital, significando un aumento del 91 % al comparar con el 2020 y del 47 % con el 2019.

No menos importante resultan las acciones encaminadas a sensibilizar a colaboradores de las IPS; la situación presentada es similar a la dificultad de las asistencias técnicas; durante el 2019 se llevaron a cabo 242 actividades con la participación de más de

1.865 personas (ver tabla 1), mientras que durante el 2020 se redujo a 20 actividades con 103 participantes; por ello, en 2021 se retomó dicha acción con el objeto de mantener la sensibilización del personal de salud teniendo como resultado 244 sensibilizaciones con un total de 828 colaboradores del área de la salud.

Respecto a acciones dirigidas a la comunidad en general, en el sentido de informar y entregar información tendiente a prevenir la transmisión, desde la SDS se despliegan piezas comunicativas, especialmente, antecediendo a temporadas de eventuales salidas de población a zona endémica (semana santa, mitad de año, semana de receso y diciembre). En cuanto a acciones encaminadas a informar a la ciudadanía sobre medidas de autocuidado y prevención de transmisión, durante el año 2019 se llevaron a cabo 165 actividades con participación de 2.612 personas, mientras que en el año 2020 descendió dramáticamente hasta hacer 38 actividades -solo hasta marzo-; esta situación fue replanteada, y aunque para 2021 se retomaron, alcanzando las 74 con participación de 925 personas, aún se requiere intensificarlas, dado que en el marco actual de una reactivación es claro que las familias y personas regresaron a sus salidas normales.

Tabla 4. Indicadores de gestión programa de ETV, Bogotá, 2017 a 2021.

Año	N(x) Pacientes malaria	N(x) Pacientes malaria con instauración oportuna de tratamiento en las IPS	%	Pacientes de malaria con seguimiento (tratamientos de la malaria terminados)	%	N(x) Pacientes leishmaniasis	N(x) Pacientes leishmaniasis con indicación de tratamiento sistémico	N(x) Pacientes leishmaniasis con indicación de tratamiento sistémico que recibieron tto	%	N(x) Pacientes de dengue con signos de alarma en las IPS visitadas	N(x) Pacientes de dengue con signos de alarma que tiene atención hospitalaria en las IPS visitadas	%	N(x) Pacientes Chagas crónico con atención inicial
2017	222	203	91%	ND		270	235	198	84%	18	9	50%	26
2018	232	206	89%	ND		286	224	208	93%	60	60	100%	32
2019	334	314	94%	133	40%	323	311	273	88%	1263	1027	81%	24
2020	140	136	97%	89	64%	234	200	199	99,5%	856	655	77%	39
2021	174	162	93%	113	65%	297	287	276	96%	223	221	99%	45

Fuente: Subredes Integradas de Servicios de Salud. Base de pacientes e informes de gestión ETV 2017 a 2021.

Dentro del trabajo adelantado en el Distrito Capital se destaca la identificación, el seguimiento y la gestión del tratamiento de los casos notificados por las IPS. A continuación, se ilustra el número de casos de malaria, leishmaniasis y chagas captados por el programa entre el 2017 y 2021; así mismo, la tabla 4 presenta de forma comparada para los años 2017 y 2021 el comportamiento de indicadores de gestión del programa relacionados con los eventos de interés en salud pública sujetos de gestión y seguimiento.

Malaria

La figura 1 ilustra cómo entre los años 2017 y 2020 se produjo una disminución del 37 % (n: 82) en relación con el número de casos de malaria registrados por el programa de ETV, al pasar de 222 a 140, respectivamente; no obstante, se aprecia cómo la distribución por especie se mantiene, donde *P. vivax* es el más frecuente, seguida de *P. Falciparum* y las infecciones mixtas.

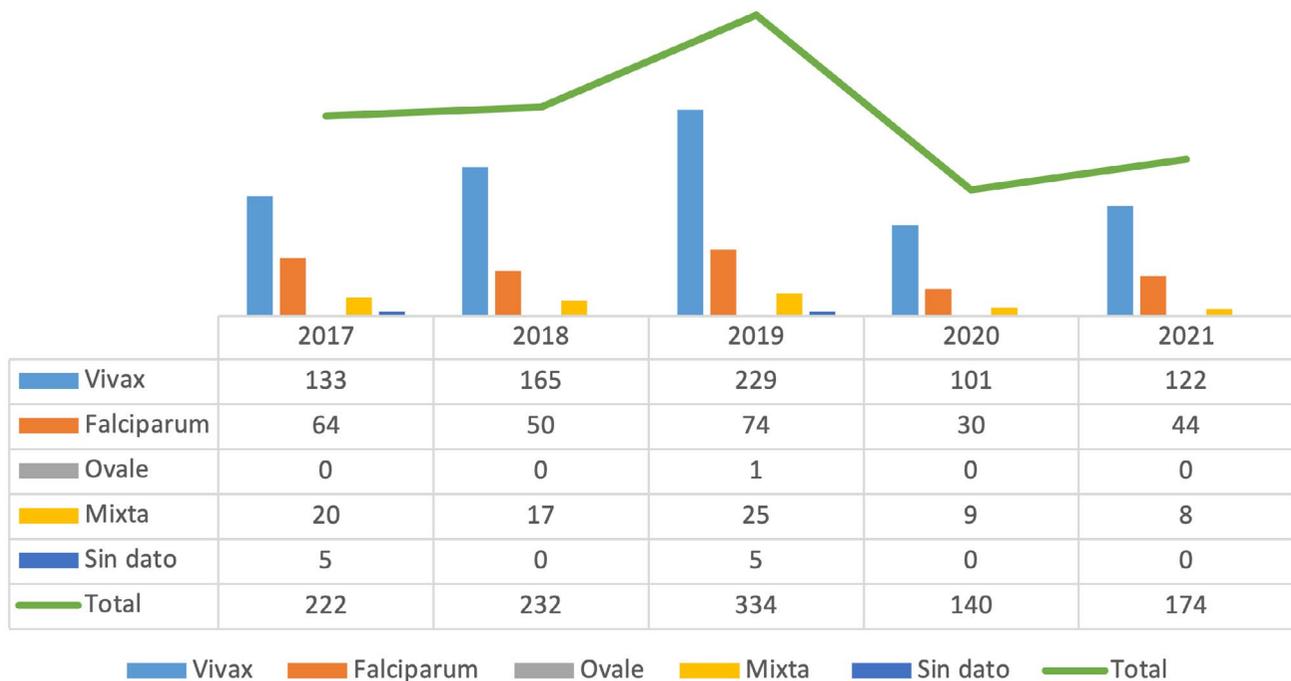


Figura 1. Casos de malaria según especie de Plasmodium. Bogotá, enero – diciembre de 2017 y 2021.

Fuente: Subredes Integradas de Servicios de Salud. Base de pacientes ETV 2017 a 2021.

La disminución de casos captados por el programa correspondiente al año 2020 corresponden a la alerta sanitaria ocasionada por el COVID-19; sobre este asunto se menciona que las medidas restrictivas de confinamiento posiblemente incidieron positivamente para el caso de Bogotá, no porque no se produjeran casos, sino que menos personas tuvieron la oportunidad de seguirse desplazando a zonas endémicas. Ello puede notarse, pues en 2021, al retornar a la “nueva normalidad” y haber apertura tanto comercial como de actividades económicas, incluyendo las recreativas (turismo), el número de pacientes que demandó atención incrementó en 24 %, pasando de 140 en 2020 a 174 en 2021. Por otra parte, el año en el cual más casos demandaron gestión desde el ente territorial fue el 2019, con 334 casos.

De los casos identificados, se determinó que el indicador *proporción de pacientes de malaria con instauración oportuna de tratamiento* viene mejorando, dado el fortalecimiento en la identificación y disposición de medicamentos antimaláricos en IPS priorizadas, se destaca que el indicador fue implementado desde el año 2017, estando para ese entonces en 91 % (n:222), en 2020 en 97 % (n:140), y en 2021 93 % (n:174).

Adicionalmente, desde el año 2019 el programa dispone de un indicador para este evento *Tratamientos de malaria terminados*; el cual emplea como numerador el número de pacientes con resultado de gota gruesa negativa una vez culminan el tratamiento; así las cosas, entre 2019 y 2021 también se presentó una mejora en este aspecto al pasar de 40 % (133 pacientes con resultado de gota gruesa negativa) a 65 % (113), respectivamente.

Aunque si bien existe una mejora, la proporción registrada en 2019 equivalente al 40 % es baja y puede explicarse, dado que el mayor número de casos identificados durante ese año procedían de Venezuela, población migrante sobre la cual se evidencia dificultad por parte de las IPS para realizar los seguimientos del tratamiento por gota gruesa,

debido a que algunos de estos pacientes no regresan para realizar dicho seguimiento. Respecto al número y proporción de casos de malaria en población migrante de Venezuela, se ha venido siguiendo durante los años 2019 a 2021, siendo su comportamiento el que se ilustra a continuación (tabla 5).

Tabla 5. Número total de casos de malaria captados por el programa de ETV en Bogotá y casos en población migrante venezolana- 2019 y 2021.

Subred	Casos malaria 2019	Procedencia Venezuela 2019	Proporción 2019	Casos malaria 2020	Procedencia Venezuela 2020	Proporción 2020	Casos malaria 2021	Procedencia Venezuela 2021	Proporción 2021
CENTRO ORIENTE	75	30	40 %	31	9	29 %	37	3	8%
SUR	31	16	52 %	9	4	44 %	12	0	0 %
SUR OCCIDENTE	63	19	30 %	21	5	24 %	25	5	20 %
NORTE	165	24	15 %	79	4	5 %	100	2	2 %
TOTAL DISTRITAL	334	89	27 %	140	22	16 %	174	10	6 %

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Base de datos pacientes programa ETV 2019 y 2021.

Leishmaniasis

La figura 2 describe el número de pacientes diagnosticados y captados por el programa de ETV en la ciudad de Bogotá con leishmaniasis, discriminándola por forma clínica y por año.

Entre el 2017 y 2020 se produjo una disminución del 13 % en el número de casos de leishmaniasis registrados por el programa de ETV al pasar de 270 a 234, respectivamente, y el 2019 fue el que mayor número de casos demandó gestión por parte del programa (n:323).

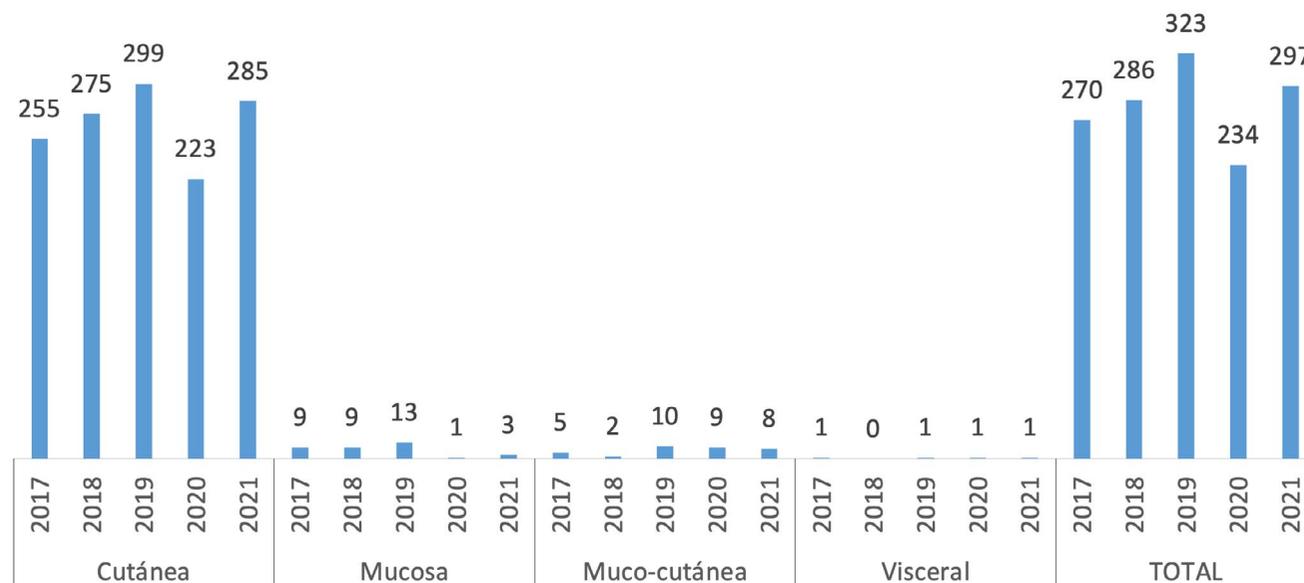


Figura 2. Casos de leishmaniasis según forma clínica, Bogotá, 2017 a 2021.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud - Subredes Integradas de Servicios de Salud - Informes de gestión y bases de pacientes programa ETV 2017 a 2021.

Dentro de los indicadores de gestión del programa se dispone del denominado *Proporción de pacientes con diagnóstico de leishmania con indicación de tratamiento sistémico que recibieron tratamiento*, sobre el número de pacientes que recibieron tratamiento durante el periodo comparado se identificó un incremento positivo, mientras que durante el año 2017 de los 235 pacientes diagnosticados con la enfermedad 198 (84 %) lo recibieron, en los años siguientes dicho porcentaje se incrementó hasta alcanzar el 99,5 % en el año 2020.

Enfermedad de chagas

La enfermedad de chagas o tripanosomiasis americana ocasionada por el parásito *trypanosoma cruzi*, a pesar de ser evento de interés en salud pública es una de las consideradas como “olvidadas”; afecta principalmente la región de occidente, empero, debido a flujos migratorios puede presentarse en zonas o países no endémicos (15); endémica en 21 países latinoamericano ocasiona decesos, los cuales se estiman pueden alcanzar los 10.000, en su mayoría residentes de América Latina (16), lo que *per se* configura, además de disminución de la calidad de vida de quien la padece, una alta carga financiera para los sistemas de salud y la sociedad (17).

Sobre la gestión adelantada por el programa a cargo de la SDS se destaca que en general entre 2019 y 2021 se gestionó y coadyuvó para que el 100 % de los pacientes a quienes se indicó el tratamiento lo recibieran, siendo para 2019 (n:21); 2020 (n:17) y 2021 (n:20) el total de tratamientos gestionados.

Bogotá, reconociendo y siguiendo las directrices de orden nacional, avanzó en la identificación y promoción del tamizaje de chagas en gestantes con el objeto de identificar de forma temprana la enfermedad, y en consecuencia mitigar el riesgo de complicaciones. Se destaca que la intervención sobre la trasmisión congénita es uno de los objetivos específicos propuestos por la OMS, y que a nivel nacional se traduce en la implementación de la estrategia denominada como Eliminación de la Transmisión Materno Infantil ETMI Plus (18).

Respecto al tamizaje en gestantes, el seguimiento a la cobertura se hizo de acuerdo con dos factores: 1) población clasificada como en riesgo por parte de

aseguradores; y 2) porcentaje de cobertura tomando el denominador poblacional entregado por el MSPS, es así como para el primer caso se ha pasado en 2018 de 49 % (1.669 tamizadas de 3.439 identificadas a riesgo) a 69 % en 2021 (7.780 tamizadas de 11.318 identificadas a riesgo); sobre el segundo factor (meta asignada por el MSPS), se destaca que el incremento ha sido notable pasando del 11 % (1.669 tamizadas de 15.636 asignadas) en 2018 a 55 % en 2021 (7.780 tamizadas de 14.021 asignadas).

Discusión

Como se mencionó, las ETV corresponden al grupo de enfermedades de tipo transmisible que dada su amplia distribución tiene un impacto en la salud pública del país, es por ello que desde el nivel nacional se trazan directrices para afrontar las ETV, tales como lineamientos para la gestión técnica y operativa del programa, la vigilancia de los eventos y la atención clínica de los pacientes.

Una vez revisada y comparada la información del programa para Bogotá puede notarse que la distribución por tipos de *plasmodium* para malaria, enfermedad de alto poder epidémico y endémica en una gran parte del territorio nacional, se comporta de forma similar al resto del país, al presentarse un predominio de malaria por *P. vivax*, aunque la proporción de casos de malaria por *P. falciparum* es una de las más altas entre los países del continente (30 %) (19). De esta forma, la malaria es una de las enfermedades infecciosas más importantes en Colombia y constituye un evento cuya vigilancia, prevención y control revisten especial interés en salud pública, siendo, además, la que más demanda de gestión por parte de la SDS requiere para efectos de facilitar los tratamientos respectivos.

Las acciones de diagnóstico y tratamiento de la malaria en Colombia están incluidas dentro del Plan de Beneficios en Salud del SGSSS. El Ministerio de la Protección Social adquiere los medicamentos para el tratamiento de la malaria y los distribuye de forma gratuita a través de las instituciones rectoras de la salud pública en cada entidad territorial. Los actores responsables por la prestación de los servicios en las zonas endémicas de malaria deben coordinar acciones para que la población tenga acceso gratuito a un diagnóstico precoz y a un tratamiento oportuno (20).

En cuanto a la leishmaniasis, problema creciente a nivel mundial, preocupa en Colombia el incremento de la forma cutánea y el cambio en el patrón epidemiológico dado por la aparición de nuevos focos, el proceso creciente de domiciliación y urbanización del ciclo de transmisión. En relación a la distribución por forma de presentación en los pacientes atendidos en Bogotá, se mantiene la cutánea, seguida de la mucosa, lo que coincide con lo expuesto por el Ministerio de Salud “Entre las tres formas clínicas de la enfermedad la Leishmaniasis Cutánea (97 % de los casos) es la más frecuente y la de mayor distribución geográfica; la leishmaniasis mucosa que es el resultado de la diseminación del parásito, la cual se presenta años después de lesión cutánea, o una lesión contigua a alguna mucosa y la Leishmaniasis Visceral (menos del 1 % de los casos)” (21).

Aunque Bogotá no reúne condiciones eco epidemiológicas, no es ajena a la necesidad de disponer de acciones para responder a la demanda de casos que provienen de distintos lugares, pues entre 2017 y 2020, de acuerdo con los reportes del programa de ETV, las IPS recibieron 1.102 pacientes con malaria, 1.257 pacientes con leishmaniasis y 166 con enfermedad de chagas, los cuales han demandado atención integral. No obstante, las acciones restrictivas de movilidad y otras con ocasión de la alerta sanitaria en el año 2020, produjeron una disminución en el número de casos captados en Bogotá, tanto para malaria, cayendo de 334 a 140 entre 2019 y 2020, al igual que leishmaniasis de 323 a 234, situación similar a la registrada en el país según el INS, “Se identifica que en la semana epidemiológica 53, los eventos de malaria, mortalidad perinatal y neonatal tardía, leishmaniasis cutánea, bajo peso al nacer y varicela, se encuentran por debajo de lo esperado...” (22).

Conclusiones

El Programa de ETV en la ciudad de Bogotá guarda coherencia con las pautas entregadas dentro de los lineamientos de orden nacional; con el énfasis en la atención de casos a través de asistencias técnicas a los distintos actores del sistema IPS y EPAB, permite cualificar al talento humano e informar acerca de la necesidad e importancia de la notificación de este tipo de eventos al sistema de vigilancia, por ello es relevante mantener la acción realizada especialmente después del año 2020 dado que su decaimiento debilita la

eventual captación de casos oportunamente y, por ende, su atención conforme lo establecido en las guías de práctica clínica. También se sugiere fortalecer la difusión de piezas y mensajes con recomendaciones a viajeros en diferentes temporadas, puesto que los desplazamientos a zona endémica no solo se hacen por motivos recreativos (vacaciones) y exclusivamente en las usuales temporadas; adicionalmente es necesario que las EAPB coadyuven en la comunicación del riesgo, debido a que no puede perderse de perspectiva que el país es endémico para ETV, y además para estar en consonancia con la *Respuesta mundial para el control de vectores 2017-2030* propuesta por la OMS (20). Se sugiere fortalecer las asistencias en materia de enfermedad de chagas que se brindan desde el nivel central (SDS), especialmente porque se trata de una enfermedad desatendida teniendo relevancia el poder identificarla de forma oportuna, siendo herramienta clave el tamizaje a gestantes (18).

Finalmente, es claro el buen desempeño y gestión adelantada por la entidad territorial de salud en desarrollo de las ETV, pues a pesar de no ser zona endémica realiza acciones clave, enmarcadas en los lineamientos nacionales mostrando un sostenimiento y fortalecimiento en el periodo analizado.

Agradecimientos

A los responsables de liderar el programa a nivel distrital y local, a las IPS y EAPB, quienes facilitaron y complementaron la información utilizada para este manuscrito.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación: no se recibió ayuda o auxilio de ninguna agencia de financiación.

Referencias

1. Molano Cetina LG. Enfermedades transmitidas por vectores. *Biomédica*. 2011;31(sup3.1):110. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v31i0.546>
2. Zientara S, Verwoerd DW, Pastoret P-P. New developments in major vector-borne diseases. Introduction. *Rev Sci Tech*. 2015;34(1):17-26. <https://doi.org/10.20506/rst.34.1.2342>

3. De G, Álvarez-Martín MA, Valcacer-Rivera E. Enfermedades transmitidas por artrópodos: paludismo, fiebre amarilla. En: Gil P, editor. Medicina Preventiva y Salud Pública. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p. 758–9.
4. Brady OJ, Gething PW, Bhatt S, Messina JP, Brownstein JS, Hoen AG, et al. Refining the global spatial limits of dengue virus transmission by evidence-based consensus. *PLoS Negl Trop Dis.* 2012;6(8):e1760. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001760>
5. World Health Organization (WHO). Dengue y dengue grave [Internet]. (s/f). Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
6. Herrera Velázquez M del R, Saldarriaga Loo KV, Calderón Macías ML. Intervención de enfermería en enfermedades vectoriales en las comunidades Salango y Río Chico. *Sinapsis.* 2020;2(15):2. <https://doi.org/10.37117/s.v2i15.216>
7. Instituto Nacional de Salud. Informe del Evento Malaria, 2017 [Internet]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Malaria%202017.pdf>
8. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011-2023 [Internet]. Bogotá D.C.; 2011. Disponible en: <http://ambientebogota.gov.co/web/sda/politica-distritalde-salud-ambiental-para-bogota-d.c-2011-2023>
9. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semana 53, 2020. Bogotá. <https://doi.org/10.33610/23576189.2021.53>
10. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semana 52, 2019. Bogotá. <https://doi.org/10.33610/23576189.2021.52>
11. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semana 52, 2018 [Internet]. Bogotá. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletínEpidemiológico/2018%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2052.pdf>
12. Instituto Nacional de Salud. Boletín epidemiológico semana 52, 2017 [Internet]. Bogotá. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/BoletínEpidemiológico/2017%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%2052.pdf>
13. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Lineamiento táctico y operativo de la estrategia de gestión integrada para las Enfermedades Transmitidas por Vectores (EGI-ETV) a nivel territorial [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/Lineamiento-Tatico-operativo-egi-Etv.pdf>
14. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS). Documento operativo de la acción integrada: implementación conceptual, metodológica y técnica de programas de interés en las IPS públicas y privadas. Proceso transversal de la Gestión de Programas y Acciones de Interés en Salud Pública - GPAISP - Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores – ETV [Internet]. 2021. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Su_GPAISP/ETV/Lineamiento_ETV.pdf
15. Monroy-Díaz Ángela, Rodríguez-Niño S, Suescún-Carrero SH, Ramírez-López L. Seroprevalencia de infección por *Trypanosoma cruzi* y factores asociados en Miraflores Boyacá, Colombia. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá.* 2018;5(1):31-47. <https://doi.org/10.24267/23897325.284>
16. Pan American Health Organization. EMTCT Plus. Framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas [Internet]. 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34306>
17. Olivera MJ, Buitrago G. Economic costs of Chagas disease in Colombia in 2017: A social perspective. *Int J Infect Dis.* 2020;91:196–201. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2019.11.022>
18. Parra-Henao G, Vera MJ. Enfermedad de Chagas, logros y perspectivas en Colombia. *Biomédica* [Internet]. 2022;42(2):213-7. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/6618>

19. Villamil-Gómez W. Malaria: actualización en tratamiento. Revista MVZ Córdoba [Internet]. 2010;15(1):2018-2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69319041020>
20. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades transmitidas por vectores, 2 de marzo de 2020 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/vector-borne-diseases>
21. Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud. Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Leishmaniasis (2010) [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/Guia-atencion-clinica-leishmaniasis-2011.pdf>
22. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Nacional (BES). Semana epidemiológica 53, 27 de dic 2020 al 2 de enero de 2021 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.33610/23576189.2021.53>

Recibido para evaluación: 09 de mayo de 2022
Aceptado para publicación: 19 de octubre de 2022

Correspondencia:

José Alexander Estepa-Becerra
Correo electrónico: alexander.estepa@gmail.com

Bogotá, D.C., Colombia