

Plan de atención básica un plan de todos

*Por: Martha Lucía Rubio Mendoza, enfermera y epidemióloga,
Área de análisis y políticas, SDS.*

*Luis Jorge Hernández Flórez, médico y epidemiólogo,
Área de acciones en salud, SDS.*

Una de las enseñanzas más grandes que nos deja hasta el momento el plan de atención básica (Pab) es la capacidad de construir en equipo, de aunar ideas, experiencias, sistematizar lo cotidiano, socializar las fortalezas, identificar las debilidades y hacer alianzas. El presente artículo pretende retomar todo este cúmulo de experiencias y planteamientos producto del trabajo de un nutrido equipo de profesionales, dando cuenta, básicamente, del desarrollo en el tiempo de los lineamientos y la formulación del Pab.

INTRODUCCIÓN

A partir de lo definido en la ley 100 de 1993 y específicamente en virtud de la resolución 4288 de 1996, Santa Fe de Bogotá ha venido trabajando en el desarrollo del plan de atención básica (Pab) plan establecido por la ley como de carácter gratuito, prestado por el Estado y que se encuentra integrado por acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública. Atendiendo al carácter de territorialidad que tiene este plan, la Secretaría Distrital de Salud formuló un plan que responde a la situación de salud de la población expresada en el diagnóstico distrital y en cada uno de los veinte diagnósticos locales. Durante los tres años que lleva operando el Pab en la ciudad, se ha realizado un proceso continuo de ajuste y



En 1998, la vacunación antirrábica canina (intervención del Pab) logró una cobertura de 95%.

retroalimentación que permite reajustar el Pab en su esencia teórica y práctica. A continuación se presenta el desarrollo de este proceso.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Durante 1996, después de la revisión de las acciones de promoción y prevención insertas en los programas tradicionales y de la correspondencia con el perfil epidemiológico de Santa Fe de Bogotá, D.C., se formuló una estructura inicial del Pab, que en un segundo momento y a través de un trabajo coordinado con profesionales de las empresas sociales del Estado y la dirección de salud pública, se organizó y

Contenido

Introducción / Antecedentes conceptuales	1
Algunas intervenciones del plan de atención básica	3
Lineamientos del plan de atención básica en 1999	6
Proceso de formulación de los planes locales	8
Seguimiento y control / Empoderamiento y participación de la comunidad	9
Retos del plan de atención básica	10
Referencias bibliográficas / Resumen del boletín semanal	11
Reporte semanal quinto periodo epidemiológico	12

Secretaría Distrital de Salud

Beatriz Londoño Soto

Subsecretario

Delio Castañeda Zapata

Directora de Salud Pública

Ana María Peñuela Poveda

Área de Acciones en Salud Pública

Stella Vargas Higuera

Área de Vigilancia en Salud Pública

Elkin Osorio Saldarriaga

Comité editorial

Beatriz Londoño Soto

Ana María Peñuela Poveda

Elkin Osorio Saldarriaga

Orlando Scoppetta Díaz Granados

María del Pilar Duarte Fontecha

Gladys Espinosa García

Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación

Patricia Arce Guzmán

Coordinación editorial

Oficina de Comunicaciones en Salud

Edición

McGraw-Hill Interamericana S.A.

*actúa en la preparación editorial y en la producción
del Boletín y no asume responsabilidad alguna
por el contenido o las opiniones de los autores.*

Secretaría Distrital de Salud

Dirección de Salud Pública

Área de Vigilancia en Salud Pública

Transversal 23 No. 56-00, piso 3°

Teléfono 347 65 65

Extensiones 3401-3402-3306-3310

Santa Fe de Bogotá, D.C.

- Valoración social del trabajador informal.
- Vigilancia epidemiológica.

En conclusión, el plan de atención básica del Distrito Capital estuvo, hasta 1998, organizado por programas. Estos programas respondían a su vez a varias categorías conceptuales de organización: problemas de salud (enfermedades crónicas, por ejemplo), ciclos vitales (verbigracia, salud del menor escolar y adolescente) y otras perspectivas como *cultura de la salud*.

La estructura descrita respondió a la situación de Salud de Santa Fe de Bogotá expresada en indicadores de morbilidad y mortalidad y a la necesidad de retomar, de alguna manera, las acciones de promoción y prevención que se encontraban agrupadas en los programas tradicionales.

Durante 1997 y 1998 se llevó a cabo la aplicación en campo de los lineamientos formulados en 1996; este proceso permitió ajustar el Pab en algunas localidades a escenarios *más reales* y retroalimentar en últimas los principios formulados en un inicio como el de la intersectorialidad, la complementariedad y la participación social. En esta dinámica se desarrollaron iniciativas que pretendían dar forma a los postulados conceptuales; un ejemplo de ello es la implementación del proyecto de escuela saludable y espacios saludables (plaza de mercado, cuadra saludable, entre otros) como estrategias de promoción de la salud.

Un proceso que marca la formulación del Pab y que contribuyó en forma importante al acercamiento dinámico de este plan a la comunidad y a las instituciones fue la construcción del diagnóstico local con participación social, iniciado en 1997. Este espacio permitió aproximarse al conocimiento de la realidad local más allá de la mirada institucional y favoreció la expresión de percepciones y análisis de la problemática local y de salud pública a partir de la perspectiva de la gente.

El hecho de analizar si las intervenciones en salud pública respondían a las problemáticas locales a través de los espacios intersectoriales conformados para la construcción de los diagnósticos locales permitió imprimirle al Pab una visión con mayor acento local, trascendiendo de alguna manera la mirada institucional *hospitalaria*; este proceso se consolidó posteriormente con el trabajo de las direcciones locales de salud que para la formulación del Pab de 1999 retomaron los resultados del diagnóstico local y dinamiza los espacios de coordinación intersectorial de tal forma que se plantean proyectos por fuentes de financiación diversas que atienden a las prioridades de salud pública y se complementan con lo formulado a través del Pab local.

A partir de la evaluación del proceso de ejecución en 1997 y 1998 del plan de atención básica en Santa Fe de Bogotá, D.C., en las diferentes localidades, se inició un pro-

agrupó a partir de un ordenador que actuó mediante componentes definidos, los cuales fueron:

- Cultura de la salud.
- Medio ambiente y calidad de vida.
- Salud sexual y reproductiva.
- Menor escolar y adolescente.
- Enfermedades crónicas no transmisibles.
- Enfermedades transmisibles.

ceso de ajuste del plan a la luz de nuevos actores dentro del desarrollo de la salud pública, como las direcciones locales de salud, que asumieron este plan de beneficios dentro de la dinámica de desarrollo de la localidad, articulándolo con procesos intersectoriales para potenciar las acciones del mismo en lo local.

La necesidad de imprimirle al Pab un enfoque integral se da no sólo en el plano del desarrollo de lo local, sino también en el contexto de la visión del ser humano y su entorno social y cultural. Por este motivo, en los planteamientos teóricos y operativos que se presentan en los lineamientos del Pab de 1999 hay un esfuerzo por revalorizar las acciones que se han realizado, tanto las que están dirigidas a los colectivos humanos como las que se orientan al ambiente.

En septiembre de 1998 se llevó a cabo un ejercicio aproximativo para evaluar la ejecución del Pab de 1997 y 1998 desde los aspectos técnicos financieros y administrativos. A continuación se presentan algunas de las conclusiones de este taller que sirvieron de insumo para la formulación de los lineamientos del plan para 1999.

- Existe una trayectoria importante en el desarrollo operativo del Pab que ha permitido retroalimentar en forma permanente los aspectos conceptuales del mismo.
- El plan ha abierto espacios de discusión y reflexión frente a la salud pública en diversos escenarios.
- A través de su ejecución se generan diversas iniciativas locales que han favorecido la definición de estrategias.
- Debido a la complejidad del Pab, este ha debido abordarse de manera interdisciplinaria, enriqueciendo así la visión que se tiene del mismo.

A pesar del amplio recorrido técnico y operativo en este plan de beneficios, aún se identifican algunos aspectos que deben ser fortalecidos para permitir la consolidación de este proceso. A continuación se señalan los más importantes:

- *Fragmentación y desarticulación del ordenador del PAB¹*
Esta situación genera dificultades para la coherencia interna del plan e impide que se puedan organizar acciones sólidas y técnicamente sustentadas en relación con la problemática por atender.
- *A la hora de la ejecución no se aplican criterios de focalización.* No se toman en cuenta de manera sistemática –partiendo de las limitaciones presupuestales que condicionan la cobertura– criterios para el uso óptimo

de los recursos en la ejecución de acciones que se traduzcan en mejores resultados (impacto), sobre la base de una selección adecuada de las áreas, los grupos poblacionales o grupos focales objeto de las mismas.

- *No existe evaluación del impacto social generado por el Pab y, en general, de las intervenciones adelantadas a través del mismo.*

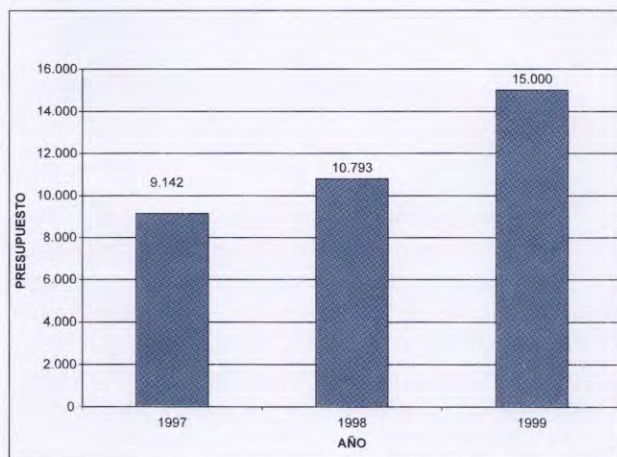
Estos aspectos fueron abordados en la reformulación del ordenador y en los lineamientos trazados para la ejecución del Pab de 1999.

ALGUNAS INTERVENCIONES DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA

Recursos

El plan de atención básica en Santa Fe de Bogotá, D.C., ha ejecutado sus acciones a través de contratación con veintisiete empresas sociales del Estado pertenecientes a la red adscrita de la Secretaría Distrital de Salud. El presupuesto asignado para esta contratación ha tenido el siguiente comportamiento:

Gráfico 1. Presupuesto del plan de atención básica (en millones \$)



La principal fuente de financiación es el situado fiscal. Entre 1997 y 1998, el incremento en el presupuesto del Pab asignado a la contratación con empresas sociales del Estado fue de 18%, y entre 1998 y 1999, de 38,9%.

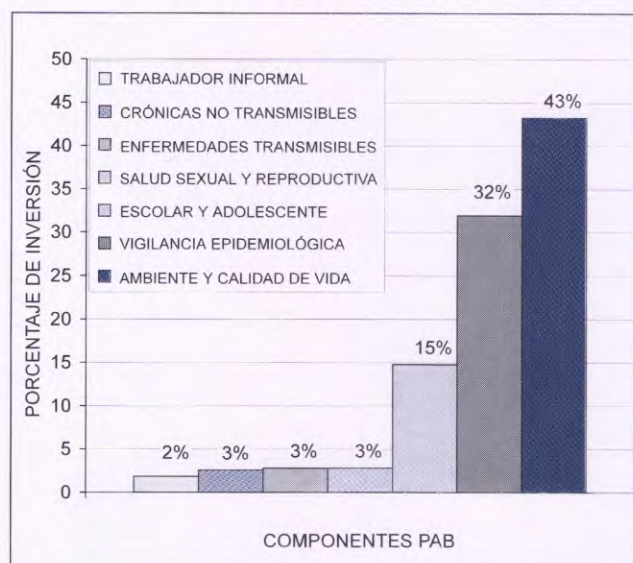
Distribución de recursos por componentes

De todos los componentes que conformaron el Pab de 1998 en términos presupuestales, el de ambiente y calidad de vida tiene un peso porcentual superior al resto de los componentes del Pab, constituyendo 42% (gráfico 2). Este comportamiento obedece a que el plan de atención básica realiza

¹ Tomado de "Sistematización. Taller de evaluación del Pab", Dirección de Salud Pública, septiembre de 1998. Documento inédito.

intervenciones complementarias a las acciones de saneamiento ambiental contempladas en el *Código sanitario nacional*. Por otra parte, la resolución 4288 de 1996 especifica que debe realizarse la vigilancia y el control de los factores de riesgo relacionados con la calidad del agua para el consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano, de los establecimientos públicos que impliquen alto riesgo sanitario y de los puertos aéreos y terrestres existentes en el Distrito Capital. Así mismo, a través del Pab se realizan la prevención y el control de los vectores que generen riesgo para la salud pública, la vigilancia y el control del expendio y la distribución de los medicamentos y sustancias químicas potencialmente tóxicos.

Gráfico 2. Distribución de recursos por componentes



En 1998, el componente de vigilancia epidemiológica constituyó el segundo con mayor asignación presupuestal (32%); mediante este componente se realiza la vigilancia epidemiológica de los eventos mórbidos y mortales y algunos factores de riesgo. El restante 26% del presupuesto se destinó al desarrollo de acciones de promoción y prevención dirigidas a las personas, en especial actividades de tipo educativo, tamizaje y canalización a la vacunación.

Prevención y control de los principales eventos en salud pública

Dentro del perfil epidemiológico de Santa Fe de Bogotá, las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen las principales causas de mortalidad en la población general. En 1998, las enfermedades cardiocerebrovasculares representaron 22% del total de las defunciones en la población general.

Durante 1998 se realizaron trescientos talleres de sensibilización en la prevención y detección temprana de hipertensión arterial, diabetes y cáncer, que beneficiaron

a seis mil personas, las cuales participaron en talleres para el control de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y cáncer, como hipertensión arterial, altos niveles de colesterol, tabaquismo, estrés, abuso de alcohol, alto consumo de sal, inactividad física o sedentarismo.

En los últimos doce años, las tasas de mortalidad materna tendieron a la disminuir². Este es un indicador muy sensible que refleja los problemas sociales como la accesibilidad a los servicios de salud y las condiciones socioeconómicas, entre otros.

A través del Pab este problema ha disminuido, mediante estrategias educativas dirigidas a la comunidad en general y a las mujeres en particular en asuntos relacionados con su salud sexual y reproductiva. De igual forma, se realizan acciones que favorecen la asistencia temprana a la consulta prenatal, así como la adopción de prácticas de autocuidado para una gestación sana.

Durante 1998 se realizaron 1.134 talleres que cubrieron a diecisiete mil personas, principalmente mujeres en edad fértil (10 a 49 años). Así mismo, se consolidó la red materno perinatal mediante la cual se comunican las 32 empresas sociales del Estado de la red adscrita y no adscrita para la detección temprana del riesgo materno-fetal.

Durante 1998 se capacitaron tres mil jóvenes como gestores de salud en aspectos de sexualidad sana como la prevención del embarazo no deseado y la prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, entre otros.

En 1998, las infecciones respiratorias agudas, como la neumonía, ocuparon la tercera causa de mortalidad en los menores de un año con una tasa de 18,7 por diez mil habitantes; y la primera en la población de uno a cuatro años con una tasa de 1,3 por diez mil habitantes.

Otro evento infeccioso que afecta a la población infantil es la enfermedad diarreica, que ocupa la primera causa de morbilidad y mortalidad en dicha población.

Dentro de los factores de riesgo asociados con estas enfermedades se encuentran: malos hábitos higiénicos, desnutrición, ausencia de lactancia materna, inmunización deficiente, bajo peso al nacer, mala disposición de excretas y manejo inadecuado de basuras.

Para abordar esta problemática desde el Pab, durante 1998 se realizaron 1.189 talleres y conversatorios que capacitaron cuarenta mil cuidadores o padres en temas tales como la prevención de las alteraciones del crecimiento y el desarrollo, la importancia de la lactancia materna y la vacunación, la nutrición y el manejo en el hogar de la enfermedad

² Análisis del sector salud en el Distrito Capital, 1990-1998. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, 1998.

respiratoria aguda y de la enfermedad diarreica, así como la orientación de cuándo acudir a los servicios asistenciales de salud.

A través del Pab se han realizado jornadas distritales de vacunación. Durante 1998, debido a la alerta epidemiológica contra el sarampión, se realizó una jornada distrital de vacunación que permitió aumentar la cobertura para triple viral en menores de un año, al pasar de 83,9% en 1997 a 100% en 1998.

Escuela saludable

Dentro de las estrategias de promoción de la salud que desarrolla el plan de atención básica se encuentra el proyecto de escuela saludable, el cual parte del concepto de la generación de espacios vitales saludables como el barrio o la plaza saludable.

Este proyecto se adelanta en coordinación con el sector educativo (Secretaría de Educación), y tiene el propósito de “contribuir con el pleno desarrollo de las potencialidades físicas, psíquicas, cognitivas y sociales de los escolares de educación básica mediante acciones de promoción y prevención, pedagógicas, ambientales y del entorno, dirigidas a la comunidad educativa”³.

El proyecto de escuela saludable contempla tres ejes de desarrollo: educativo, ambiente saludable y acciones en salud.

Durante 1998 se ejecutaron cincuenta y seis proyectos de escuela saludable en las veinte localidades, lo cual implica el cubrimiento de treinta mil niños, que corresponden a una cobertura de 15,3% de la población de cinco a catorce años, los cuales, por su ubicación sociogeográfica pertenecen en su mayoría a población de estratos uno y dos.

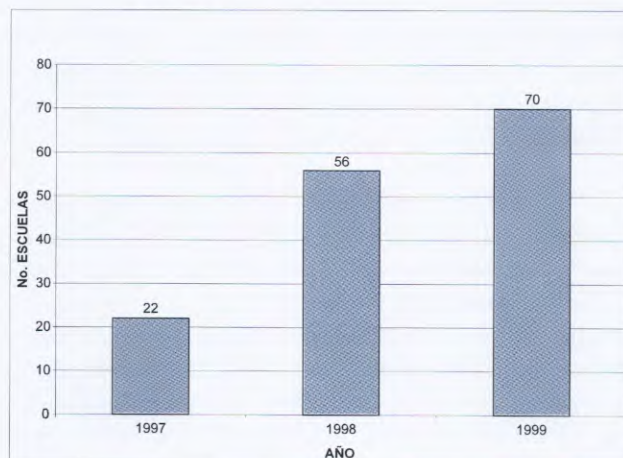
A partir del diagnóstico realizado para cada uno de los ejes del proyecto en las escuelas seleccionadas, se efectuaron las siguientes acciones: detección temprana de problemas de agudeza visual, auditiva y nutricional, canalización a los servicios de salud ofrecidos por el plan obligatorio de salud, fluorización, actividades educativas sobre autocuidado y autoestima para la prevención de enfermedades, accidentes, maltrato, abuso sexual y enfermedades de transmisión sexual.

De igual forma, en el eje educativo se incorporaron elementos de la promoción y la prevención dentro de los proyectos educativos institucionales (PEI); así mismo en el eje de ambiente saludable se identificaron riesgos higiénicos sanitarios tales como agua de consumo humano, excretas y desechos sólidos, además de riesgos relaciona-

dos con la accidentalidad y el almacenamiento, la manipulación y el consumo de alimentos. En el gráfico 3 se muestra el incremento de escuelas saludables en el Distrito Capital.

Se cubrieron 56.147 niños en edad escolar pero no escolarizados mediante actividades de control de placa y fluorización. Durante 1997 se realizaron 26.887 tamizajes en salud oral, lo cual equivale a un incremento de 108,8% en esta actividad.

Gráfico 3. Escuelas saludables



Además, se ejecutaron 283 talleres a cuidadores para la prevención del maltrato, lo cual equivale a cinco mil padres y cuidadores sensibilizados en este tema.

Instituciones amigas de la mujer y la infancia

Esta estrategia tiene como objetivo fortalecer las prácticas de lactancia materna a través del fortalecimiento del vínculo entre las instituciones y la comunidad.

Durante el año 1997 se acreditaron nueve instituciones como amigas de la mujer y la infancia y en 1998, once. Estos proyectos se realizaron en las localidades de Usaquén, Kennedy, Los Mártires, San Cristóbal, La Candelaria, Ciudad Bolívar y Sumapaz.

Ambiente y calidad de vida

En el Distrito Capital la cobertura de la red domiciliar de agua potable es de 95% y la de alcantarillado corresponde a 85%⁴.

En algunos sectores de las localidades existe una mala disposición de residuos sólidos, generada por el consumo de la población y el manejo inadecuado de basuras, lo cual produce proliferación de artrópodos, roedores y moscas.

³ Secretaría Distrital de Salud-Secretaría de Educación del Distrito, “Santa Fe de Bogotá, Escuela Saludable-Lineamientos”.

⁴ Secretaría Distrital de Salud, *Op. cit.*

Visitas con toma de muestra de agua de consumo humano

A través del Pab se realiza evaluación físicoquímica y bacteriológica del agua para consumo humano, con énfasis en puntos de la Empresa de Acueducto, tanques de almacenamiento de escuelas, hospitales y sitios habitacionales. Durante 1998 esta actividad se incrementó en 9% con respecto al año anterior, al pasar de 9.727 visitas a 10.597.

Visitas integrales a establecimientos expendedores de alimentos

Estas visitas son integrales porque se realiza evaluación y asesoría técnica sobre los riesgos físicos, químicos, biológicos y del consumo que se puedan presentar en establecimientos abiertos al público, en especial en aquellos donde existe algún tipo de manipulación de alimentos.

En 1997 se realizaron 36.137 visitas a estos establecimientos y durante 1998 se efectuaron 41.325, lo cual representa un incremento de 14,3%. En estas visitas se puede realizar toma de muestras, en especial en determinado tipo de alimentos como leche, carnes, harina, panela, sal y agua envasada. En 1997 se efectuaron 9.727 visitas con toma de muestras y 10.597 en 1998, observándose un incremento de 8,9%. Los resultados de las muestras se utilizan para implementar las medidas de control.

Control de vectores

Durante 1998 se realizó la desinsectación de 15 millones de metros cuadrados y se desratizaron 12,6 millones de metros cuadrados.

En el control de vectores no sólo se fumiga y desratiza, también se identifican y eliminan focos. En la localidad de Kennedy, la empresa social del Estado de Kennedy primer nivel elaboró un mapa de la ubicación de los focos de infestación de vectores que están siendo objeto de intervenciones mediante el Pab de 1999.

Vacunación canina

En 1998 se realizó la jornada distrital de vacunación canina, estrategia que permitió el incremento de la cobertura de vacunación, que en 1998 fue de 95%.

LINEAMIENTOS DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA EN 1999

La dirección de salud pública, interesada en el avance del Pab y atendiendo a los principios del mismo, planteó la necesidad de integrarlo a partir de un operador que permitiera dar mayor coherencia a los proyectos que lo conforman y acogiera de manera más clara el énfasis sobre una visión

positiva de salud y de integridad de la persona, sin perder de vista las problemáticas de morbilidad y mortalidad que constituyen frentes por atender con estrategias de promoción, prevención y vigilancia en salud pública.

Como ordenador se definió el ciclo vital, planteamiento producto de un ejercicio de los profesionales de las direcciones de salud pública y para asuntos locales, además de la oficina de participación social, que conformaron un grupo de estudio en torno a la redefinición de los lineamientos del Pab para 1999, que aquí se presenta y que expresa la experiencia de dos años de construcción en torno a este plan de beneficios.

Para abordar la salud, la perspectiva de ciclo vital permite entender a la persona en su integridad, lo cual incluye⁵:

- Lo que necesita en un momento dado de su vida para lograr un desarrollo adecuado.
- Los eventos que amenazan su salud, de acuerdo con los perfiles de morbilidad y mortalidad.
- Integrar aspectos sociales, culturales y biológicos que cambian a medida que la persona se desarrolla (reúne maduración, crecimiento y desarrollo).
- Permite abordar el enfoque de género en la ejecución y el análisis de intervenciones en salud pública.
- Integra espacios de socialización como la escuela, dentro de la visión de salud.
- Reduce el número de oportunidades perdidas por el fraccionamiento producido por el enfoque de programas.
- Evalúa actividades por coberturas a grupos poblacionales de interés.

El ciclo vital es entonces un conjunto de momentos en la historia de una persona, dentro de un contexto, cuyo contenido consiste en las potencialidades, roles y expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, el crecimiento y desarrollo de la persona.

La noción del ciclo vital es una visión del desarrollo a partir de cierta deseabilidad social. Para que haya desarrollo son necesarios el crecimiento y la maduración, pero estos conceptos no son asimilables. Maduración es la adaptación de los órganos y partes del cuerpo a determinadas condiciones con el paso del tiempo, y el crecimiento es la expresión externa objetiva de esta adaptación. El desarrollo

⁵ Tomado de "Formulación de lineamientos. Plan de atención básica, 1999". Noviembre de 1998. Documento inédito.



incluye la perspectiva cultural y social, ya que el crecimiento demarca una suerte de adaptaciones a lo que social y culturalmente se espera para bien de la persona y de su grupo social.

Por tanto, la perspectiva de ciclo vital supera el enfoque biologicista y reconoce al sujeto biológico como ente social y cultural.

Estructura de cada ciclo vital

Para llegar a la definición de cuáles serían las denominaciones de los ciclos vitales, se integraron los elementos de crecimiento y desarrollo con la correspondiente articulación al proceso social y cultural. Así, por ejemplo, cuando hablamos de niños y niñas en edad escolar partimos de niños mayores de un año ya que en las condiciones actuales un gran número de hombres y mujeres trabajadores dejan los niños a muy temprana edad al cuidado de otros o en guarderías u hogares de bienestar, lugares en donde permanecen la mayor parte del día. Es decir, la denominación de escolar va más allá de la visión "formal educativa" y abarca una dinámica social que ha venido cambiando con el tiempo. De igual forma, en esta categoría se incluye a los niños y niñas en edad escolar no escolarizados.

Atendiendo a este análisis, los ciclos vitales definidos fueron:

- Niños y niñas menores de un año.
- Niños y niñas en edad escolar.
- Adolescentes.
- Adultos.
- Tercera edad o ancianos.

Dentro de cada uno de los ciclos vitales se desarrollaron los siguientes aspectos:

Problemas o necesidades

Una vez definidos los ciclos vitales se revisaron los problemas en salud pública que afectan a cada ciclo en particular; este análisis se realizó a partir del perfil epidemiológico expresado en indicadores de morbilidad y mortalidad, así como de otra información disponible en investigaciones y otros documentos. De igual forma, se establecieron las necesidades propias del proceso evolutivo, que no necesariamente se expresan como problemas y que deben ser abordadas desde la perspectiva de salud; ejemplo de ello es la necesidad de afecto y cuidado, entre otros.

Prioridades

A partir de la identificación de problemas o necesidades y de su análisis mediante los criterios de magnitud, gravedad, vulnerabilidad, costos y percepción social se establecieron

las prioridades de intervención para cada ciclo vital. Otros insumos importantes para definir estas prioridades fueron las políticas de orden nacional y distrital que orientan las intervenciones dirigidas a ciertos grupos poblacionales.

Estrategias

Como directriz distrital y retomando la experiencia de desarrollo del Pab, se establecieron algunas formas mediante las cuales se pueden abordar estas prioridades en los ciclos vitales, sin desconocer que desde la perspectiva local es necesario revisarlas, ajustarlas y, tal vez, proponer otras estrategias que se acerquen más al contexto local.

Áreas de intervención

Dentro de cada ciclo vital se identificaron áreas de intervención que corresponden a un conjunto de actividades y procedimientos que tienen un común denominador o una columna vertebral que los articula. Dentro de cada área, estas actividades y procedimientos se agruparon en componentes que corresponden a las especificaciones de abordaje del área; así, por ejemplo, en el ciclo vital de niños y niñas en edad escolar existe una área de intervención que se denomina salud mental y dentro de ésta se identifican los siguientes componentes:

- Promoción del buen trato.
- Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- Prevención de accidentes.

Cabe resaltar que, a través de esta forma de abordaje, el área de salud mental se hizo visible en todos los ciclos vitales, lo que no ocurría con el ordenador anterior.

Proyectos transversales

Debido a que algunas de las intervenciones en salud pública definidas atraviesan horizontalmente todos los ciclos vitales y a que su desarrollo no requiere adaptaciones especiales o su diseño no está determinado por las características del ciclo al cual se esté llegando, se definieron algunos proyectos denominados transversales, a saber:

Discapacidad

Este proyecto busca desarrollar aspectos de prevención y atención de las personas que tienen discapacidad. Se considera transversal porque esta situación afecta a todos los grupos de edad. Se desarrolla por medio de estrategias de accesibilidad a los servicios, rehabilitación basada en la comunidad y la generación de consejos locales para las personas que tienen discapacidad, entre otros.

Enfermedades transmisibles

El proyecto de enfermedades transmisibles se plantea como una línea de intervención transversal en los lineamientos del plan de atención básica, debido a que las acciones por



desarrollar no incluyen una particularidad en los diferentes ciclos vitales. En él se abordan acciones de prevención y control de tuberculosis, lepra y enfermedades transmitidas por vectores.

Vigilancia en salud pública

Dentro del Pab se propone que la vigilancia en salud pública sea una línea de intervención específica cuyo ordenador sean sus tres componentes: vigilancia demográfica, vigilancia epidemiológica (de eventos mórbidos y mortales de interés para la salud pública de Santa Fe de Bogotá y vigilancia de factores de riesgo y protectores) y vigilancia de los servicios de salud (como respuesta a las condiciones de salud)⁶.

El objetivo de este proyecto transversal es desarrollar el proceso de vigilancia en salud pública a partir de la provisión sistemática y oportuna de información sobre la ocurrencia de eventos que afectan el proceso salud-enfermedad de la población, con el fin de tener un conocimiento actualizado de la situación de salud del Distrito Capital y orientar las acciones de intervención individual y colectiva.

Trabajador informal

La Secretaría Distrital de Salud identifica como problemas de salud pública la exposición de los trabajadores a riesgos ocupacionales o condiciones del ambiente (físicas, químicas, biológicas y de seguridad), la forma como se ejecutan las tareas (carga física y mental) y condiciones de la organización del trabajo; así como su relación con las condiciones de vida en el hogar, la vivienda, la educación, la cultura, el transporte y el entorno ambiental, entre otros.

Con el propósito de contribuir a mejorar las condiciones de trabajo y de salud se propone que en el plan de atención básica se haga énfasis en la promoción y prevención de condiciones de trabajo saludables, desde dos perspectivas: una transversal para los grupos vitales de 12 a 64 años y otra mediante proyectos específicos para el sector informal⁷.

Estos proyectos también plantean el desarrollo de estrategias e intervenciones específicas.

Lineamientos en ambiente

Desde el horizonte de la salud pública el desarrollo del componente de ambiente en el plan de atención básica estará orientado a:

Generar coordinación intersectorial

Para promover con las entidades competentes una acción integral e interdisciplinaria que procure mejorar las condiciones de salud de la población.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

Vigilancia epidemiológica

A través del desarrollo de estrategias que permitan hacer seguimiento del comportamiento de los factores de riesgo ambientales y su relación con la salud; desarrollo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Ambiental, Sisvea.

Evaluación de riesgos para la salud

Efectuada a través del análisis de la información generada por las visitas de inspección, vigilancia y control y demás información ambiental que permita tener un panorama de los efectos del ambiente sobre la salud de la población y generar las intervenciones necesarias.

Apoyo técnico y orientación

Acciones encaminadas a orientar las intervenciones, definir objetivos, proponer estrategias, ajustar programas y capacitar a diferentes actores sociales.

En ambiente se abordaron subproyectos a partir de cada uno de los factores de riesgo: biológicos, físicos, consumo y químicos. En cada uno de los factores de riesgo se contemplaron acciones de:

Promoción

Se adelantaron acciones en grupos específicos relacionadas prioritariamente con algunos ciclos vitales en ámbitos específicos de intervención como la escuela, el jardín y la plaza de mercado.

Prevención

Con énfasis en las visitas integrales de inspección, vigilancia y control y la coordinación intersectorial como campo central de aplicación.

Vigilancia en salud pública

Orienta acciones para el seguimiento de las intervenciones en el componente de ambiente desde la visión sectorial, así como el análisis de los eventos relacionados con factores de riesgo ambientales; estas actividades permitirán la consolidación y el análisis de la información proveniente de cada uno de los subproyectos, favoreciendo la georreferenciación de riesgos en cada una de las localidades y la definición de intervenciones efectivas.

PROCESO DE FORMULACIÓN DE LOS PLANES LOCALES

Para 1999 las direcciones locales de salud formularon el plan de atención básica para cada una de las localidades de la ciudad, a partir de lineamientos distritales definidos y de la situación de salud local expresada en los diferentes indicadores y demás herramientas de análisis. El proceso de formulación incluyó:

- Definición de prioridades en salud pública para cada localidad, de acuerdo con el diagnóstico local.
- Ajuste a las áreas de intervención distritales, de acuerdo con la prioridad local.
- Focalización (identificación de población vulnerable y población prioritaria para cada una de las áreas de intervención definidas en el Pab local, así como la georreferenciación de la misma).
- Adecuación de los mínimos del Pab en lo local.
- Identificación de la complementariedad de los proyectos del Pab con otros proyectos locales.

Con estos insumos las direcciones locales de salud definieron términos de referencia para cada uno de los proyectos; un proyecto por cada ciclo vital, proyectos transversales y ambiente. En algunas localidades se formularon otros proyectos para abordar problemáticas particulares, como en el caso de la localidad de Kennedy donde se formuló el proyecto integral de salud para Corabastos.

Estos términos de referencia incluyeron los siguientes aspectos:

- Justificación.
- Área de intervención.
- Componente.
- Población objetivo.
- Objetivos.
- Metas.
- Indicadores.
- Costos por proyecto.

Por tanto, Santa Fe de Bogotá, D.C., cuenta con veinte planes locales que responden a las necesidades y particularidades de cada localidad, formulados a partir del ordenador de ciclo vital, proyectos transversales y ambiente, de tal forma que se permita tener una visión integral y consolidada del Pab distrital.

Formulación de proyectos

Para la formulación de los proyectos se propuso la estandarización de una metodología en la presentación de los mismos. En coordinación con la dirección de planeación y sistemas de la secretaría distrital de salud se acordó la utilización de la metodología general para proyectos de in-

versión de tipo B del Departamento Nacional de Planeación, a la cual se le realizaron los correspondientes ajustes de acuerdo con las necesidades y las características de los proyectos Pab.

Para cumplir esta meta se llevó a cabo una capacitación teórico-práctica para el manejo de la metodología dirigida a los profesionales de las direcciones locales y las empresas sociales del Estado.

A partir de la formulación del Pab local y de los términos de referencia, las empresas sociales del Estado formularon los proyectos con la metodología propuesta, que fueron revisados y retroalimentados a través de los equipos interdisciplinarios conformados por profesionales de la dirección de salud pública y de las direcciones locales, quienes tuvieron la función de llevar a cabo esta revisión.

SEGUIMIENTO Y CONTROL

Este proceso está encaminado a garantizar la prestación del plan de atención básica en cada una de las localidades, a partir de lo establecido en los proyectos contratados (cumplimiento programático y presupuestal) bajo estándares de calidad. Se debe tener en cuenta que el accionar de la localidad en salud pública no se agota en el Pab, por lo cual las direcciones locales como asesoras del alcalde local son facilitadoras de la coordinación intersectorial, participación social y coejecutoras de algunos proyectos.

Las direcciones locales de salud son las encargadas de hacer el seguimiento mensual de los proyectos en cada localidad. A su vez, la dirección de salud pública realiza la retroalimentación y asesoría técnica a los equipos de las direcciones locales para estandarizar metodologías y flujos de información.

Este proceso de seguimiento y asesoría es complementado por las acciones adelantadas por la firma interventora contratada cuyas funciones están encaminadas a garantizar la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y celeridad de los proyectos del plan de atención en los aspectos técnicos, administrativos y financieros.

La dirección de salud pública en coordinación con la dirección para asuntos locales definieron estrategias, instrumentos y flujos de la información para el seguimiento y la evaluación del Pab que en un primer momento serán sometidos a una prueba piloto para su ajuste y validación.

EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

A través de diversos espacios de construcción y discusión técnica, la apropiación inicial del Pab por los funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud se generó en la dirección



de salud pública y, posteriormente, se involucraron en el proceso funcionarios de otras dependencias, dando lugar a la actual consolidación.

Este proceso tuvo eco durante 1997 y 1998 en los equipos técnicos de las empresas sociales del Estado, quienes a través de su experiencia cotidiana retroalimentaron y fortalecieron el desarrollo del Pab en las diferentes localidades; esta apropiación ha tenido una evolución progresiva: comienza con los aspectos legales y normativos, y prosigue hasta la formulación de desarrollos conceptuales y propuestas operativas.

Con respecto a la participación de la comunidad en la formulación, ejecución y evaluación del Pab podría decirse que en un inicio (1997) tuvo un carácter pasivo. Con la creación de los espacios intersectoriales para la construcción del diagnóstico local con participación social, se dio comienzo a una participación más planificada e intencionada y a una aproximación de la comunidad al Pab a través del procedimiento de examinar las intervenciones en salud pública y su correspondencia con las necesidades y problemas percibidos por la comunidad.

Durante 1998 se desarrolló la estrategia de gestores de la salud que pretendía formar multiplicadores en salud en diferentes asuntos como salud sexual y reproductiva y ambiente y de esta manera generar redes o cadenas de información y participación social.

En algunas localidades se propiciaron procesos de participación comunitaria alrededor de la evaluación del Pab de 1998 y la formulación del mismo para 1999. Estos acercamientos vislumbran un camino que debe ser consolidado y sostenido en el tiempo de tal forma que permita acercar el Pab a la población y hacerlo tangible en lo cotidiano de la gente.

El lineamiento para la formulación del Pab de 1999 abordado por la oficina de participación social establece que los proyectos a través de los cuales se desarrolle el Pab deben contar con estrategias de participación social claramente definidas; a continuación se presentan algunas estrategias generales propuestas:

- Convocar espacios y mecanismos de participación social como los comités de participación comunitaria existentes en la localidad.
- Convocar actores comunitarios (jóvenes, padres de familia, abuelos, madres cabeza de familia, entre otros).
- Favorecer escenarios claros de interacción y de comunicación a través de las direcciones locales y las empresas sociales del Estado.
- Establecer y dinamizar el proceso de las veedurías.

- Formación en estrategias de participación social a los ejecutores del Pab.

Durante 1999, y con la coordinación de la oficina de participación social, empezó la formación de las veedurías locales para el Pab, siendo estas “acciones de acompañamiento, seguimiento y control a los planes, programas y proyectos orientados al mejoramiento de la salud de los habitantes de Santa Fe de Bogotá”; hasta el momento se encuentran conformadas veedurías en las localidades de Fontibón, Teusaquillo, Antonio Nariño, San Cristóbal, Suba y Bosa.

RETOS DEL PLAN DE ATENCIÓN BÁSICA

A pesar de los grandes avances del desarrollo del Pab en el Distrito Capital, existe un camino importante por recorrer en el que los esfuerzos se dirigirán a:

- Propiciar la participación social en la formulación, ejecución y evaluación del Pab.
- Evaluar la complementariedad de los planes de beneficios Pab y Pos.
- Evaluar el impacto de los proyectos y las acciones desarrolladas a través del Pab.
- Realizar análisis de costo-efectividad en las acciones del Pab.
- Formular una propuesta conceptual y operativa para el desarrollo de la estrategia de educación para la salud, que responda a las dinámicas sociales y culturales de las localidades.
- Favorecer la coherencia entre las políticas nacionales distritales, los planes de beneficios y las necesidades en salud pública en lo distrital y local.
- Desarrollar metodologías educativas novedosas que promuevan la autorreflexión.
- Brindar las herramientas necesarias para cualificar los procesos de comunicación en salud en lo local.
- Hacer dinámico el concepto de veedurías ciudadanas en el Pab involucrando a las ESE, direcciones locales y comunidad.
- Mejorar la calidad y la cobertura de las acciones del Pab.
- Materializar la intersectorialidad en la formulación, ejecución y evaluación del Pab a través de las Direcciones locales.
- Propiciar el empoderamiento de la comunidad y las instituciones dentro del desarrollo del Pab local.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alan Dever, G. E. (1991). *Epidemiología y administración de Servicios de Salud*. OPS/OMS, Rodvill (Maryland, EUA).
- Echeverry de Ferrufino, Ligia (1998). "Ciclo vital: mito o realidad", En *cuadernos de antropología*, No. 16, marzo. Medellín, Gladys; Tascón, Esther (1995). *Crecimiento y desarrollo del ser humano*. Organización Panamericana de la Salud.
- Papalia, D.; Wendkos, S. (1997). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill Interamericana S.A., Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud, dirección de salud pública (1998), "Lineamientos plan de atención básica 1999", noviembre. Documento inédito.
- Secretaría Distrital de Salud, oficina de participación social 1999. "Participación y control social en salud", marzo. Documento inédito.
- Secretaría Distrital de Salud, dirección de salud pública, "Informe Pab 1997-1998".

Resumen del boletín semanal

Se inicia el quinto periodo epidemiológico con un incremento de 1,4 % en las unidades notificadoras (501/509). El promedio de notificación semanal al Ministerio de Salud fue de 89,7%; las localidades de Engativá y Barrios Unidos obtuvieron cada una un porcentaje de notificación semanal inferior a 80%.

Conglomerado de casos de intoxicación por metanol

El Hospital San Juan de Dios notificó el martes 18 de mayo la ocurrencia de nueve casos de intoxicación por metanol.

La investigación epidemiológica de campo realizada por el hospital Olaya y el área de vigilancia en salud pública permitió identificar que el primer caso ingresó al hospital el 23 de abril y el último el 17 de mayo, y que un caso adicional de intoxicación etílica ocurrió el 5 de mayo.

Del total de intoxicaciones metílicas, siete correspondieron a consumo accidental de aguardiente adulterado, uno a intento de suicidio con ingestión intencional de alcohol industrial y uno a un consumidor habitual de metanol. Existe evidencia clínica de intoxicación y confirmación por laboratorio en el total de los casos.

Adicionalmente el 21 de mayo se notificaron dos casos, uno por intento de suicidio y otro probable de intoxicación metílica sin confirmación de laboratorio.

Mediante entrevista a los pacientes o sus familiares se identificaron los lugares donde se consumió el licor adulterado y se informó a los equipos de vigilancia de factores de riesgo del consumo de las ESE hospital La Perseverancia, Samper Mendoza, San Jorge de las localidades de Santa Fe, Los Mártires y Rafael Uribe, respectivamente. En las zonas respectivas se intensificó la vigilancia en establecimientos de distribución y expendio de licores.

Implementación del subsistema de farmacovigilancia en el Distrito Capital

Para el desarrollo del subsistema de farmacovigilancia en el Distrito Capital, se identificó la necesidad de iniciar la vigilancia de las reacciones adversas a medicamentos por medio de una estrategia centinela en instituciones de salud de tercer nivel de atención, vigilando los eventos graves, es decir, aquellos que impliquen muerte, hospitalización, prórroga de la hospitalización, incapacidad temporal o permanente.

Los hospitales seleccionados como centros centinela para iniciar la implementación del sistema son: Santa Clara, La Misericordia y San Juan de Dios.

