

El proceso de formulación del plan de atención básica de Bogotá, 2001

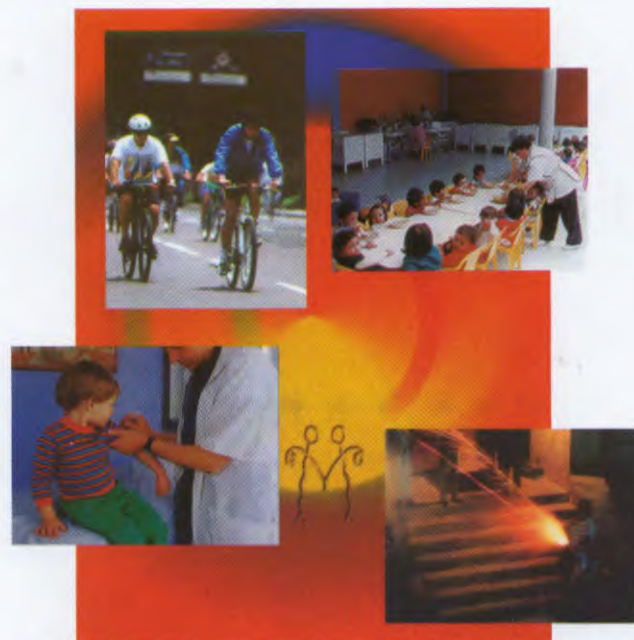
Por Martha Lucía Rubio Mendoza, enfermera epidemióloga, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.

El plan de atención básica (PAB) es uno de los planes de beneficios definidos por la ley 100 de 1993, que responde a los servicios colectivos que se prestarán a cargo del estado, diferenciándose de los servicios individuales, que se encuentran bajo el esquema de la competencia regulada del mercado. A él se ha asignado el desarrollo de acciones colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo.

Este plan de beneficios, que es gratuito, de obligatorio cumplimiento y que está reglamentado por la resolución 4288 de 1996, se ocupa básicamente de aquellos eventos de altas externalidades o que no están contemplados en los demás planes de beneficios del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), como las acciones de prevención y control de factores de riesgo ambientales o las de vigilancia en salud pública.

La resolución 4288 de 1996 define que la territorialidad del ámbito de acción del PAB está delimitada por la división político-administrativa del país, que se rige por procesos de autonomía y poder local, siendo el principal escenario de desarrollo el municipio o el distrito.

De acuerdo con esta responsabilidad, desde 1996 la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá inició el proceso de formulación, ejecución y seguimiento del plan de atención



básica, a fin de que este responda a las necesidades de la ciudad en el contexto de las demandas poblacionales, las políticas internacionales y nacionales y el plan de desarrollo.

Para responder a la trayectoria de los equipos de salud pública de los hospitales públicos de la red adscrita en el desarrollo de acciones de promoción, prevención y vigilancia en salud pública desde una mirada de desarrollo local, desde 1996 la Secretaría definió como política que el PAB

CONTENIDO

Marco normativo	2
Tendencia del financiamiento	3
Antecedentes conceptuales	3
El proceso de elaboración del PAB 2001	6
Referencias bibliográficas	17
Para que la democracia ruede, día sin carro	17
Avances en la vigilancia epidemiológica de la mortalidad evitable	18
Reporte semanal del quinto periodo epidemiológico	20

Secretario Distrital de Salud

José Fernando Cardona Uribe

Subsecretario

Elkin Hernán Otálvaro Cifuentes

Directora de salud pública

Gilma Constanza Mantilla

Área de acciones en salud pública

Stella Vargas Higuera

Área de vigilancia en salud pública

Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Área de análisis y políticas de salud pública

Consuelo Peña Aponte

Laboratorio de salud pública

Elkin Osorio Saldarriaga

Comité editorial

María Teresa Buitrago

Gladys Espinosa García

María Patricia González Cuéllar

Luis Jorge Hernández

Elkin Osorio Saldarriaga

Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación editorial

Oficina de comunicaciones en salud

Diseño, diagramación y edición

Cerec

que sólo actúa en la preparación editorial

y en la producción del Boletín

Secretaría Distrital de Salud

Dirección de salud pública

Área de vigilancia en salud pública

Calle 13 n° 32 -69, cuarto piso

Bogotá-Colombia

Teléfono 364 90 90, extensiones 9629 y 9673

Fax 375 10 73

Correo electrónico serebollo@saludcapital.gov.co

fuera ejecutado con las empresas sociales del estado (ESE); lo anterior teniendo en cuenta, además, el posicionamiento de los hospitales en los diversos escenarios locales, condición necesaria para llevar a cabo estas acciones colectivas que implican la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Esta medida ha generado una serie de críticas, cuyo cuestionamiento principal es si las empresas sociales del estado

son las instituciones mejor preparadas para adelantar estas acciones; para responder a esta afirmación es necesario recordar el papel que desde el sistema nacional de salud tenían los centros y puestos de salud, instituciones que a través del tiempo y con el ánimo de integrar la prevención con la atención en salud (Quevedo, Hernández et al., 1990), consolidaron los programas de prevención y control de eventos prioritarios en salud pública, siendo los referentes territoriales del sistema para atender a estas prioridades, situación que no se daba con otro tipo de entidades de carácter privado. Ese contexto, además del papel de la empresa social del estado dentro de la dinámica de la salud pública local, son los principales argumentos que soportan la política de la Secretaría Distrital de Salud.

A continuación se presenta una síntesis de lo que ha sido la construcción del plan de atención básica desde 1996, y posteriormente un análisis detallado de lo que fue el proceso de formulación para el de 2001.

MARCO NORMATIVO

La constitución política de Colombia consagra en su artículo 49 que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado”; en el mismo artículo señala, además, que “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

Atendiendo a este mandato constitucional, la ley 100 de 1993, por medio de la cual se creó el sistema general de seguridad social en salud, estableció en su artículo 165, haciendo referencia al régimen de beneficios, la *atención básica*; así mismo, señala que el Ministerio de Salud definirá el plan de atención básica, de tal forma que complemente las acciones definidas en el plan obligatorio de salud (POS) y las intervenciones de saneamiento.

La ley define que el PAB estará destinado al desarrollo de intervenciones colectivas o al control de eventos con altas externalidades mediante acciones como “información pública, la educación y el fomento de la salud, el control del consumo del alcohol, (...) el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra”.

De acuerdo con esa ley, la financiación del plan se garantizará con recursos fiscales del gobierno nacional, complementados con recursos de los entes territoriales

El decreto 1938 de 1994 define al PAB como “un plan de carácter gratuito, prestado directamente por el estado o particulares mediante contrato con el estado que contiene acciones en salud pública ...”, acciones que deben beneficiar a todos los habitantes del territorio nacional.

Por su parte, el artículo 4° del decreto 1891 de 1994



define que las acciones de salud pública y los servicios básicos forman parte de la promoción de la salud, definida ésta (artículo 2º) como la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud física y psíquica para los individuos y las colectividades. De acuerdo con su objeto, la promoción de la salud incluye acciones de fomento de la salud y la prevención de la enfermedad.

Este decreto establece también que los programas y proyectos de servicios básicos son aquellos “que aunque son provistos directamente a los individuos, tienen altas externalidades y efectos colaterales sobre el conjunto de la población”.

La resolución 4288 de 1996 establece los componentes y las competencias de los entes territoriales para la aplicación del plan de atención básica, amplía las características definidas en los decretos reglamentarios 1938 y 1891 de 1994, y establece que la gratuidad, la responsabilidad estatal, la obligatoriedad, la territorialidad y la complementariedad hacen parte de las características o principios rectores inherentes a este plan.

Esta resolución define que los componentes del PAB son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la vigilancia en salud pública y el control de los factores de riesgo.

A diferencia de los demás planes de beneficios definidos por la ley 100, a este se le asigna una serie de competencias para el orden municipal, distrital, departamental y nacional, relacionadas con el funcionamiento de los componentes establecidos por esta resolución. En el artículo 16 se establece que los consejos territoriales de seguridad social en salud serán los responsables de recomendar a la dirección de salud departamental o distrital la adecuación del PAB a las características epidemiológicas y de desarrollo administrativo de las entidades territoriales, las políticas y programas de salud y las necesidades de la población.

TENDENCIA DEL FINANCIAMIENTO

El decreto 1891 de 1994, que reglamenta los artículos de la ley 60 sobre competencias y recursos, define las siguientes fuentes de financiación para los programas de promoción de la salud:

- ◆ Las partidas que se asignen a programas nacionales en el presupuesto nacional por medio del Ministerio de Salud
- ◆ Los cinco puntos que debe asignar cada ente territorial, como mínimo, del monto total del situado fiscal en salud de acuerdo con el parágrafo 1 del artículo 10 de la ley 60 de 1993.
- ◆ Los recursos propios que Bogotá asigne a las acciones de promoción de la salud, los dineros del Fondo de Inversión Social (FIS) y los dineros nacionales que el ministerio destine a las regiones.

- ◆ Los dineros que la ciudad asigne con cargo al 10% de las participaciones municipales de destinación especial para salud, o del componente que no tiene destinación a subsidios a la demanda en salud.
- ◆ Los recursos que se designen del 20% de las participaciones de Bogotá destinados para agua potable y saneamiento básico.

Es importante retomar el análisis financiero de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá en su conjunto, para identificar la razón histórica de las fluctuaciones de las asignaciones de los recursos del PAB. A pesos constantes de 2000, y de acuerdo con un documento de la dirección de salud pública, las siguientes han sido las variaciones interanuales de la totalidad de fuentes que ingresaron al Fondo Financiero Distrital de Salud durante el periodo 1995-2001:

- ◆ Entre 1995 y 1996 creció 44,95%;
- ◆ Entre 1996 y 1997 decreció 9,73%;
- ◆ Entre 1997 y 1998 se incrementó 4,99%;
- ◆ Entre 1998 y 1999 decreció 2,94%;
- ◆ Entre 1999 y 2000 se incrementó 2,79%;
- ◆ Entre 2000 y 2001 decreció 12,26%.

En términos absolutos, lo anterior significa que en 2001 el sector salud recibió \$62.764 millones menos que en 2000.

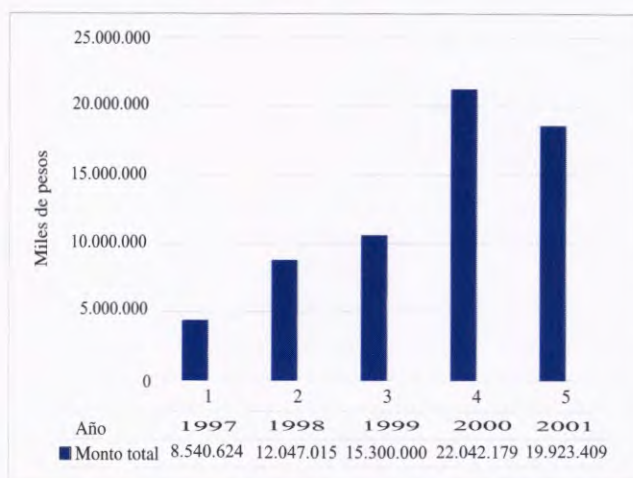
“Para el 2001, además de acentuarse dicho decrecimiento, se presentó una recomposición al interior (*sic*) de los presupuestos del sector salud en el Distrito Capital [del Fondo Financiero Distrital de Salud y de la Secretaría Distrital de Salud], que generó una disminución en términos reales en el presupuesto de inversión de \$67.756,2 [12,3%] millones de pesos” (Secretaría Distrital de Salud-Dirección de salud pública, 2001).

A partir del marco normativo—expresado fundamentalmente en la ley 60 de 1993—, Bogotá ha hecho importantes esfuerzos por destinar recursos propios al PAB, de manera que en el análisis de la tendencia (véase el gráfico 1) se observa que hasta 2000 los recursos se incrementaron; sin embargo, a partir de 2001 la destinación disminuyó, debido a que en este periodo los recursos provenientes del situado fiscal se vieron afectados en 5%, y los ingresos corrientes de la nación en 13%, situación que obedece al recorte que sufrió todo el sector social como parte de las medidas de ajuste económico del país.

ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Durante 1996 se llevó a cabo un trabajo teórico sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, estableciendo los escenarios sobre los cuales se pondría en marcha el PAB en las localidades.

Gráfico 1. Comportamiento histórico de los recursos del PAB. Bogotá, D. C., 1997-2001



Luego de la revisión de las acciones de promoción y prevención insertas en los programas tradicionales y de su correspondencia con el perfil epidemiológico de Bogotá, D. C., se formuló la estructura inicial de plan, que en segunda instancia, y por medio del trabajo coordinado entre profesionales de las empresas sociales del estado y de la dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud, se organizó y agrupó a partir de un ordenador por componentes. Se definieron los siguientes componentes:

- ◆ Cultura de la salud.
- ◆ Medio ambiente y calidad de vida.
- ◆ Salud sexual y reproductiva.
- ◆ Menor escolar y adolescente.
- ◆ Enfermedades crónicas no transmisibles.
- ◆ Enfermedades transmisibles.
- ◆ Valoración social del trabajador informal.
- ◆ Vigilancia epidemiológica.

El debate se centró en darle forma a lo señalado en diferentes declaraciones de la promoción de la salud (Carta de Ottawa de 1986 y Declaración de Yakarta de 1997), conservando los aspectos de prevención y detección precoz señalados por otros enfoques. Por esta razón, surgió con particular fuerza el componente de cultura de la salud, el cual aunque se consideraba transversal a los demás debía tener su propia identidad.

En conclusión, hasta 1998 el plan de atención básica de Bogotá estuvo organizado por programas, que respondían, a su vez, a varias categorías conceptuales, a saber: problemas de salud –por ejemplo, enfermedades crónicas–, ciclos vitales –como salud del menor escolar y adolescente– y otras perspectivas como *cultura de la salud*, estando orientadas estas dos últimas categorías más hacia el enfoque de promoción.

Esta estructura de ordenador respondió a la situación de salud de Bogotá desde la perspectiva de la enfermedad, expresada en indicadores de morbilidad y mortalidad, y a la necesidad de retomar de alguna manera el *nuevo* enfoque de promoción de la salud, rescatando más allá de los problemas de salud las necesidades de la población en el ámbito de su crecimiento y desarrollo y en la perspectiva de calidad de vida.

Durante 1997 y 1998 se pusieron en práctica sobre el terreno los lineamientos formulados en 1996; este proceso permitió ajustar el PAB en algunas localidades a escenarios *más reales*, y retroalimentar los principios formulados en un inicio, como los de la intersectorialidad, la complementariedad y la participación social. En esta dinámica empezaron a aplicarse como estrategias de promoción de la salud los postulados conceptuales, como por ejemplo el desarrollo del proyecto de escuela saludable y espacios saludables –plaza de mercado y cuadra saludable, entre otros–.

Un proceso que marcó la formulación del PAB y que contribuyó de manera importante al acercamiento dinámico de la comunidad y las instituciones a este plan fue la construcción del diagnóstico local con participación social, iniciado en 1997. Esta experiencia permitió que el conocimiento de la realidad local fuera más allá de la mirada institucional, dando cabida a que la gente expresara sus percepciones y análisis de la problemática local y de salud pública.

El modelo explicativo del proceso salud-enfermedad del cual se partió para la construcción de los diagnósticos locales y que soportó todo el análisis fue el de determinantes sociales; a partir de él se identificaron los dominios *general*, *particular* e *individual*, que hacían referencia a las condiciones del entorno social y económico, a la disponibilidad de servicios sociales y a las condiciones individuales relacionadas con la enfermedad y la muerte.

La visión y el análisis de estos dominios se reconstruyeron con la participación de diferentes actores locales –organizaciones comunitarias e instituciones–, obteniéndose, además de los diagnósticos, la participación social para ver y analizar la situación de las veinte localidades de la ciudad.

Para 1999, la dirección de salud pública, interesada en lograr el avance del PAB y atendiendo a los principios del mismo, planteó la necesidad de estructurarlo a partir de un operador que permitiera darle mayor coherencia a los proyectos que lo conformaban y acogiera de manera más clara el énfasis sobre una visión positiva de la salud y de integridad de la persona, recogiendo las experiencias iniciadas en 1996; lo anterior sin perder de vista las problemáticas de morbilidad y mortalidad, que deben atenderse con estrategias de promoción, prevención y vigilancia en salud pública.

Para abordar las intervenciones en salud pública se utilizó el ordenador del *ciclo vital*, dividido así:

- ◆ Menor de un año.

- ◆ Niñas y niños en edad escolar.
- ◆ Adolescentes.
- ◆ Adultos.
- ◆ Adulto mayor.

La noción del ciclo vital es una visión del desarrollo a partir de cierto deseo social. Para que haya desarrollo es necesario 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 crecimiento es la expresión externa objetiva de esta adaptación. El desarrollo 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 encuadre biologicista y reconoce al sujeto biológico como ente social y cultural.

Ciclo vital no es igual a grupo etéreo, aunque estos términos se equiparan con frecuencia. Las edades no funcionan aquí como demarcadores definitivos, sólo como referencias generales. Puede haber varias versiones de *ciclo vital*. Unas distinguen y especifican grandes momentos en la historia natural de cualquier organismo vivo; así, el ciclo vital de todos los seres vivos incluye el nacimiento, la madurez, la reproducción y la muerte.

Por supuesto, esta generalización no era práctica para los propósitos del PAB; entonces se escogieron momentos del ciclo demarcados por los roles que el sujeto asume ante la sociedad y otras relaciones funcionales en su proceso de desarrollo. En todo caso, la visión de ciclo vital elegida es relativamente arbitraria, en tanto los momentos del ciclo se escogieron por la conveniencia de organización del plan.

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

A partir de esta categorización y conceptualización del ciclo vital se realizó la construcción colectiva con los equipos de las direcciones locales de salud y de la dirección de salud pública, definiendo para cada ciclo las necesidades y problemas de salud, las prioridades, estrategias y áreas de intervención.

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

- ◆ Discapacidad.
- ◆ Enfermedades transmisibles –tuberculosis y lepra–.

- ◆ Vigilancia en salud pública.
- ◆ Trabajador informal.
- ◆ Ambiente y calidad de vida.

En 1999, las direcciones locales de salud fueron las responsables de liderar el proceso de formulación del PAB en cada una de las veinte localidades de Bogotá, proceso que contó con la participación de los diferentes actores e instituciones locales involucrados de alguna manera en el desarrollo local y con la asesoría y acompañamiento de las direcciones de salud pública y para asuntos locales, y de la oficina de participación social de la Secretaría Distrital de Salud. A partir de ese trabajo en equipo se definieron proyectos por ciclos vitales y proyectos transversales, que se ejecutaron durante 2000.

El hecho de contar con un actor como las direcciones locales de salud, libre de preocupaciones hospitalarias, favoreció la dinámica participativa y plural del proceso de planeación del PAB en cada localidad; por definición, las direcciones locales de salud participaban del desarrollo local, situando a la salud pública en los diferentes escenarios, haciendo realidad la intersectorialidad y los acuerdos entre instituciones para concertar y generar intervenciones integrales que atendieran la complejidad de la situación de salud de la población. Esta fue una de las fortalezas que tuvo el PAB en ese momento.

Para la formulación y ejecución del plan de atención de 2001 se contaba con un escenario diferente, ya que en marzo de 2000 se suprimieron las direcciones locales de salud, y algunas de sus funciones se trasladaron a las empresas sociales del estado y otras a la dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud.

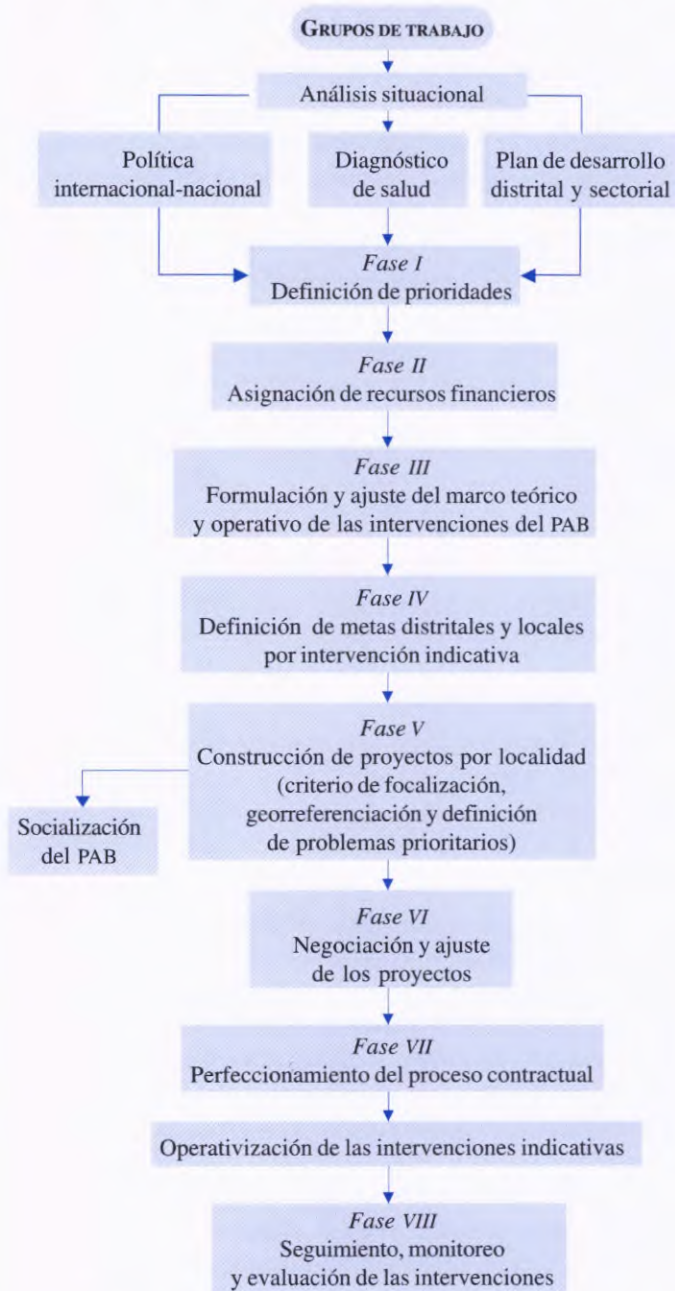
Por lo anterior, el proceso de planeación del PAB se reconfiguró, teniendo en cuenta que la dirección de salud pública asumió esta responsabilidad, y porque la participación de las empresas sociales del estado, como referentes locales, sería decisiva.

Es preciso decir que las empresas sociales del estado no asumieron la planeación del PAB en la dimensión que lo hacían las direcciones locales de salud, por lo que los procesos de intersectorialidad y participación social existentes se debilitaron. Es claro que esta situación no responde a una cuestión de voluntad sino al producto de la dinámica del SGSSS, que de acuerdo con el decreto 1876 del 3 de agosto de 1994 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social establece que el “objeto de las empresas sociales del estado será la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del estado”, no siendo claro, entonces, cuál es su papel en los procesos de desarrollo local que tienen que ver con la salud de la población, más allá de la prestación del servicio.

EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PAB 2001

A continuación se presenta el proceso de planeación del PAB para 2001, aclarando que en esta descripción sistemática se recogen parte de la historia y de las construcciones señaladas¹. El gráfico 2 muestra las fases del mismo; es importante aclarar que algunas se desarrollaron simultáneamente y otras preceden el desarrollo de la siguiente.

Gráfico 2. Flujograma del proceso de formulación del PAB, Bogotá, D. C.



¹ Construcción en la cual ha participado un nutrido grupo de profesionales de la Secretaría Distrital de Salud, y que hace parte de la firme convicción de la necesidad de generar espacios colectivos e interdisciplinarios para pensar y soñar lo mejor para la salud de la ciudad, trascendiendo las posiciones individuales.

Fase I: definición de prioridades

En Bogotá, las prioridades en salud pública se establecieron con base en el análisis de diversos aspectos, siendo uno de los más importantes el diagnóstico de la situación de salud, que incorporó el examen de la situación de la ciudad en su conjunto, que incluye los aspectos demográficos, de acceso a servicios básicos y ampliados de la población, así como la estructura de la mortalidad y morbilidad por grupos de edad y por causas; este panorama se precisó más aún retomando los veinte diagnósticos locales con participación social elaborados en 1997, que además de describir los aspectos señalados dedican un capítulo a presentar y analizar la problemática local desde la perspectiva de los líderes comunitarios y pobladores, contrastando esta información con las estadísticas institucionales. A partir de esas fuentes se definieron los problemas prioritarios, que se describirán más adelante.

Otro marco de referencia importante y necesario fueron las políticas internacionales y el lineamiento nacional, que delimitan, de alguna manera, los contenidos y la jerarquización de las intervenciones en salud pública. En consecuencia, se consideraron la prevención y control de la mortalidad materna e infantil como compromisos frente a los cuales debía responderse dentro del conjunto nacional; otros aspectos con una mirada más positiva *hacia la salud*—como por ejemplo la promoción de la lactancia materna y la creación de escuelas saludables, entre otros— fueron también parte de estas prioridades.

La puesta en marcha del ordenador de ciclo vitales durante 2000 presentó algunas dificultades de carácter operativo, que podrían resumirse así:

- ◆ Procedimientos nuevos, que limitaron la puesta en marcha del nuevo enfoque.
- ◆ La formación y las habilidades de los equipos de salud se identifican más con las acciones preventivas y *tradicionales* que con nuevas formas de actuar con una visión positiva de la salud.
- ◆ La complejidad y la exigencia que el enfoque planteaba para crear intervenciones en salud novedosas y ajustadas a la dinámica de los ciclos vitales en los escenarios cotidianos.

Por lo anterior se decidió retomar un ordenador a partir de los principales problemas de salud de la población, y entonces el PAB se estructuró mediante *líneas de intervención*, definidas como el conjunto organizado de procesos y procedimientos costo-efectivos en salud pública que se orientan a atender eventos prioritarios identificados como de alta prevalencia e incidencia en la población. Dichos procesos responden a la prevención y control del daño—morbilidad, mortalidad, discapacidad—, a la identificación, control y eliminación del riesgo—factores de riesgo— y a la promoción y mantenimiento de la salud—factores protectores—.



Cada línea de intervención está organizada en *componentes*, que son programas, proyectos y servicios dispuestos para brindar atención integral a las personas y al ambiente.

De acuerdo con el perfil epidemiológico y a las necesidades prioritarias en salud de la población de Bogotá, la dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud definió las siguientes líneas de intervención con sus componentes, así:

1. Salud sexual y reproductiva

- ◆ Prevención y control de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- ◆ Regulación de la fecundidad.
- ◆ Salud materna y perinatal.
- ◆ Promoción de la salud sexual y reproductiva.

2. Enfermedades transmisibles

- ◆ Prevención y control de tuberculosis y lepra.
- ◆ Prevención y atención de enfermedades transmitidas por vectores (ETV).
- ◆ Prevención y control de enfermedades zoonóticas.

3. Enfermedades crónicas no transmisibles

- ◆ Promoción de factores protectores.
- ◆ Prevención de factores de riesgo cardiocerebrovasculares (tabaco, malnutrición, sedentarismo).
- ◆ Prevención y control de cánceres, enfermedades cardiocerebrovasculares y metabólicas.

4. Salud mental

- ◆ Promoción del buen trato.
- ◆ Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.
- ◆ Prevención de lesiones de causa externa intencionales y no intencionales.

5. Crecimiento y desarrollo

- ◆ Prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles.
- ◆ Prevención y control de infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA)
- ◆ Fomento de la lactancia materna.
- ◆ Fomento de una nutrición adecuada.
- ◆ Fomento de la salud visual y auditiva.
- ◆ Fomento de la salud oral.

6. Prevención y manejo de la discapacidad

- ◆ Prevención de la discapacidad.
- ◆ Rehabilitación basada en comunidad.

7. Salud de los trabajadores

- ◆ Condiciones de trabajo.
- ◆ Condiciones de salud.

8. Ambiente

- ◆ Promoción de ambientes saludables.
 - ◆ Prevención y control de factores de riesgo de consumo, químicos, biológicos y físicos.
- #### 9. Vigilancia en salud pública
- ◆ Vigilancia demográfica.
 - ◆ Vigilancia de eventos mórbidos y mortales.
 - ◆ Vigilancia de factores de riesgo ambientales (físicos, químicos, biológicos y del consumo).
 - ◆ Vigilancia de servicios de salud.
 - ◆ Fortalecimiento del laboratorio de salud pública.

Estas líneas de intervención se orientaban hacia la prevención y el control de eventos prioritarios en salud pública y a poblaciones específicas, atendiendo a criterios de vulnerabilidad de la población, costo-efectividad de la intervención y magnitud del evento, entre otros. Es decir, en estas nueve líneas de intervención se recogieron las prioridades de acción mediante el plan de atención básica y en el contexto de la salud pública.

Fase II: asignación de recursos financieros

Un asunto fundamental para armonizar la prioridad con la viabilidad es la asignación de recursos financieros. En este caso, las preguntas fundamentales fueron: ¿de cuánto recurso financiero se dispone para el desarrollo del PAB en las veinte localidades? ¿Cómo se distribuirá?

Para 2001, la Secretaría Distrital de Salud contaba con un recurso total destinado al PAB de \$15'204.625.000, que debía distribuirse entre los operadores, es decir, entre los hospitales adscritos a la Secretaría –ESE de primer y segundo nivel de atención–, para que garantizaran un *mínimo* de cumplimiento de metas para cada una de las intervenciones por localidad. Para este ejercicio se aplicaron criterios que permiten focalizar la distribución de recursos en las localidades que por sus condiciones de vida, medidas en términos de indicadores, tienen mayores necesidades en relación con las acciones de salud pública.

Para la asignación de los recursos del PAB 2001 por localidad se llevó a cabo un ejercicio de focalización² y priorización basado en la experiencia de 1999-2000, proceso que tuvo en cuenta los siguientes criterios:

- ◆ Población de la localidad: veinte puntos.
- ◆ Índice global de salud (orden): veinte puntos.
- ◆ Población con necesidades básicas insatisfechas (NBI): veinte puntos.

2 La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá entiende que la focalización consiste en concentrar los recursos disponibles en una población de beneficiarios potenciales, claramente identificados, y luego diseñar el programa con el que se pretende atender a un determinado problema o necesidad insatisfecha.



- ◆ Número de establecimientos para inspección, vigilancia y control: veinte puntos.
- ◆ Asignación histórica: veinte puntos.

A continuación se explica cada uno de estos criterios.

Población de la localidad

La estructura demográfica de la localidad se determinó luego de identificar el número de personas residentes en cada una durante 2001, según proyecciones realizadas por el Departamento Administrativo de Planeación Distrital.

Índice global de salud (IGS)

La dirección de salud pública formuló un índice global de salud –que refleja las necesidades de las acciones en salud pública de las localidades del distrito–, a partir de indicadores de condiciones de vida y de salud, teniendo en cuenta los antecedentes de las estrategias de focalización desde la óptica de la planificación del desarrollo económico y social, y las experiencias previas en la aplicación de la focalización en el área de la salud.

El propósito del IGS es facilitar el reconocimiento global de la problemática de salud local, teniendo en cuenta las particularidades de las localidades y, a la vez, señalar aquellas que están en condiciones de desventaja con respecto a las demás.

Los indicadores que se tuvieron en cuenta para ordenar a las localidades a partir de este índice provenían de los componentes demográficos –estructura poblacional–, condiciones de vida –estrato socioeconómico, acceso a servicios

públicos, hacinamiento, empleo y educación– y condiciones de salud –indicadores de mortalidad y morbilidad–.

A partir de este índice, y como se muestra en el gráfico 3, las localidades se ordenaron de acuerdo con su estado de salud, así: las que tenían valores negativos, es decir por debajo del eje de las X, se consideraron en estado de salud crítico, siendo su lado opuesto las localidades con valores positivos, ubicadas por encima del eje de las X.

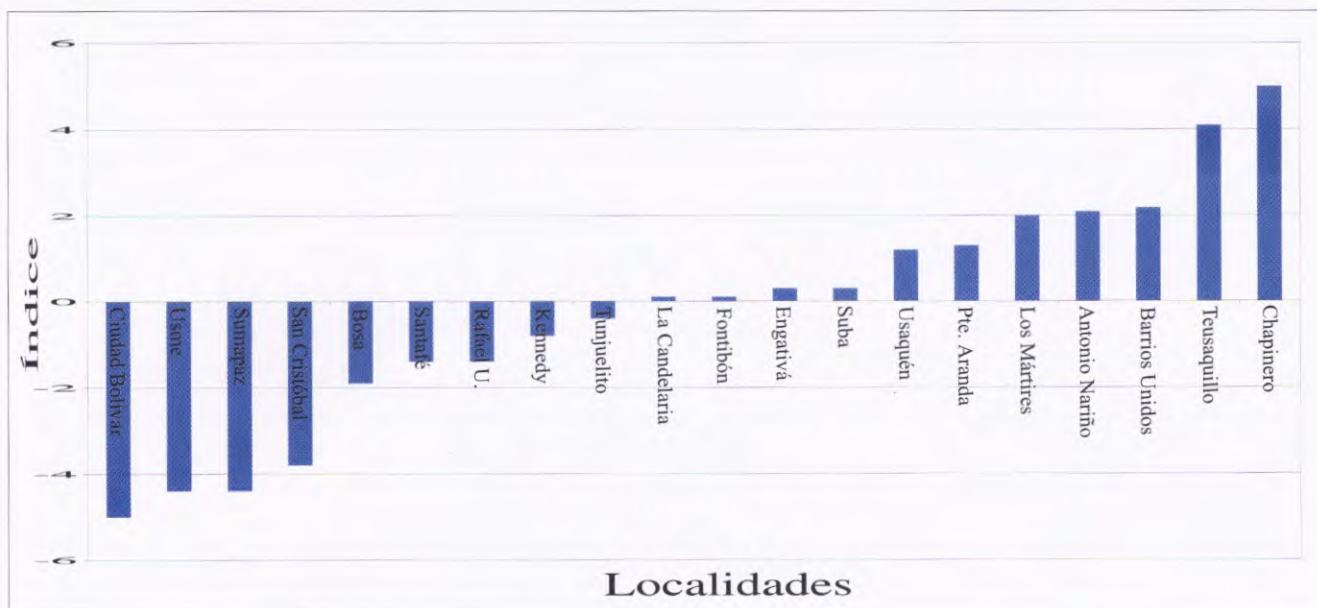
Población con necesidades básicas insatisfechas

Este indicador compuesto expresa aspectos estructurales de la pobreza y permite diferenciar zonas y grupos de acuerdo con sus condiciones de vida. Está conformado por cinco indicadores simples:

1. Condiciones físicas de la vivienda (hogares en viviendas inadecuadas).
2. Disponibilidad de servicios de acueducto y alcantarillado.
3. Hacinamiento (más de tres personas por cuarto).
4. Alta dependencia económica (hogares donde existen más de tres personas dependientes por ocupado y en los que el jefe del hogar hubiera aprobado como máximo dos años de educación primaria).
5. Ausentismo escolar (niños entre siete y once años que no van a la escuela).

Califica como pobre los hogares que tienen al menos una de estas necesidades básicas insatisfechas y como hogares en miseria a los que tienen dos o más necesidades básicas insatisfechas.

Gráfico 3. Índice global de salud, Bogotá D.C. 2001



Número de establecimientos para inspección, vigilancia y control

Otro criterio para definir la asignación de recursos locales para el PAB fue el número de establecimientos objeto de inspección, vigilancia y control en factores de riesgo químico, del consumo, físicos y biológicos.

Entre estos se incluyen: depósitos, expendios y aplicadores de plaguicidas; fábricas y depósitos de alto riesgo químico; estaciones de servicio; talleres, expendios y depósitos de gas propano, metano, líquidos y sólidos inflamables; establecimientos de alto y bajo riesgo físico tales como cárceles y salas de retenidos, centros educativos, escuelas, jardines y hogares infantiles, moteles, hoteles, residencias, funerarias y cementerios, baños públicos, gimnasios, centros de estética, salas de tatuaje, teatros, coliseos, estadios, centros comerciales, almacenes, saunas, turcos, salas de masajes, piscinas y viviendas en riesgo; establecimientos productores, procesadores, comercializadores y expendedores de alimentos y medicamentos; y en riesgos biológicos visitas a consultorios y clínicas veterinarias, entre otros.

Asignación histórica

Partió de considerar los recursos asignados a cada hospital durante 2000 para el desarrollo del PAB en las veinte localidades.

Es importante señalar como antecedente el proceso de fusión de algunas empresas sociales del estado, por lo que mientras el PAB durante 2000 se contrató con veintidós ESE, durante 2001 con dieciséis, situación que implicó que hospitales como Centro Oriente respondieran por tres localidades –Los Mártires, Santafé y La Candelaria–.

En la tabla 1 se presenta la asignación de localidades para cada ESE en el contexto de ejecución del PAB:

Fase III: formulación y ajuste del marco teórico y operativo de las intervenciones del PAB

Aspectos conceptuales

El marco teórico sobre el cual se construyó el PAB partió de las concepciones de salud, salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública, que se definen a continuación.

La dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá concibe la *salud pública* como la manera en que el estado interpreta y actúa sobre los individuos o la colectividad, con el objetivo de promover su salud, prevenir las enfermedades y apoyar su tratamiento y rehabilitación, haciendo uso del conocimiento, el saber y las actitudes, prácticas y tecnologías más apropiadas. Lo anterior con el compromiso de garantizar, más allá de la ausencia de enfermedad, mejores condiciones de vida, físicas y psíquicas, y fortalecer la participación de las

Tabla 1. Asignación de localidades por ESE para la ejecución del PAB. Bogotá, D. C., 2001

<i>Empresa social del estado</i>	<i>Localidad</i>
<i>Usaquén</i>	Usaquén
<i>Engativá</i>	Engativá
<i>Suba</i>	Suba
<i>Chapinero</i>	Chapinero
	Barrios Unidos
	Teusaquillo
<i>Fontibón</i>	Fontibón
<i>Pablo VI-Bosa</i>	Bosa
<i>Sur</i>	Kennedy
	Puente Aranda
<i>Centro Oriente</i>	Santafé
	La Candelaria
	Los Mártires
<i>Tunjuelito</i>	Tunjuelito
<i>Rafael Uribe</i>	Antonio Nariño
	Rafael Uribe
<i>San Cristóbal</i>	San Cristóbal
<i>Vista Hermosa</i>	Ciudad Bolívar
<i>Usme</i>	Usme
<i>Nazareth</i>	Sumapaz
<i>Meissen</i>	Ciudad Bolívar y Usme*

* Esta ESE sólo atiende acciones de ambiente, complementarias a las realizadas por las ESE Vista Hermosa y Usme. Durante 2001, la ESE San Blas desarrolló acciones de ambiente en proyectos especiales para Bogotá.

personas y las comunidades en la construcción de estrategias para conservar su salud, con la meta de mejorar su calidad de vida.

Las bases fundamentales para el desarrollo de las políticas que adelanta el país en materia de *salud pública* son la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la recuperación de la salud y la rehabilitación, así como la vigilancia en salud pública.

En cuanto a la *salud*, la Secretaría la considera en un sentido positivo como la realización cotidiana del proyecto vital de los sujetos; es una construcción intencional e intencionada, es decir, política, colectiva, ciudadana y posible sólo con la participación de toda la sociedad, incluyendo el estado, determinada, por una parte, por las necesidades y problemas derivados de su forma de reproducción social y, por tanto, del modo, las condiciones y los estilos de vida; y por otra, por las respuestas sociales organizadas en salud a dichas necesidades y problemas, que buscan reducir su magnitud o modificar el impacto de los mismos en la población de Bogotá.

La *promoción de la salud*, más que el control de enfermedades específicas, busca desarrollar potencialidades, conciliar



intereses diversos y gestar la voluntad y el compromiso de la colectividad para movilizarse y destinar recursos para dos propósitos principales: forjar los medios y las condiciones que permitan a los ciudadanos ejercer mayor control sobre sus procesos de salud y eliminar las diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al bienestar.

La *prevención de la enfermedad* es el conjunto de acciones que pretenden identificar, controlar, reducir o eliminar los factores que están condicionando la situación de salud, para controlar procesos ambientales, biológicos o sociales, individuales y colectivos, que se constituyen en potenciales causas de enfermar o morir.

Las intervenciones preventivas se dividen en primarias, secundarias y terciarias; las primeras se ejecutan antes de que la enfermedad aparezca y son las más costo-efectivas en términos de salud. Las segundas tienen el propósito de intervenir en la fase presintomática o silenciosa de la enfermedad y frenar su desarrollo en los momentos iniciales. Y las terciarias son las que se producen cuando el individuo está enfermo y se interviene para reducir el daño, curarlo, rehabilitarlo y atender a las necesidades de reintegración a su entorno.

La *vigilancia en salud pública* es el proceso de monitoreo crítico de los determinantes y condicionantes de la salud colectiva, que permite fundamentar la evaluación de las acciones emprendidas y responder rápidamente a la evolución del proceso salud-enfermedad, e implica enfatizar en objetivos que permitan anticiparse a los problemas y no sólo atenderlos.

Las intervenciones indicativas

A partir de estos acuerdos conceptuales se armonizaron las nueve líneas de intervención descritas; sin embargo, estas y sus componentes son estructuras muy generales para facilitar la operación del PAB, por lo que se estructuraron las intervenciones indicativas, que son homólogos a lo que en el POS

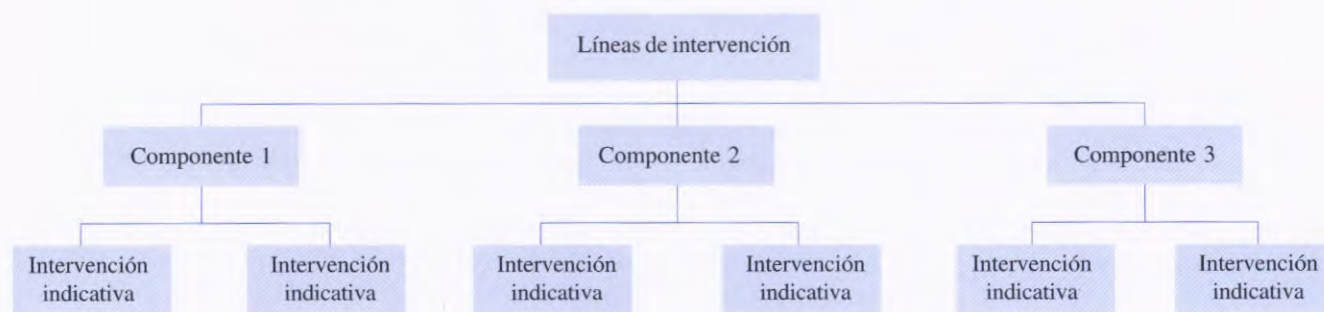
de los vinculados se denomina “actividades finales”. En el gráfico 4 se presenta el diagrama de la composición de las líneas de intervención.

Por intervención indicativa se entiende el conjunto de acciones costo-efectivas de promoción, prevención y vigilancia en salud pública que favorecen el seguimiento integral del proceso operativo del PAB, así como la facturación por actividad final.

Cada línea de intervención definió un número de intervenciones indicativas que respondían a las necesidades que la dirección consideró prioritarias a partir de la experiencia operativa. En los talleres con los expertos de la dirección de salud pública, y retomando la experiencia local, se construyeron las intervenciones indicativas para 2001, que fueron:

- ♦ *Grupos formados.* Orientada al desarrollo de habilidades o competencias en grupos específicos de la población con el objeto de lograr cambios en actitudes, conocimientos y prácticas, mediante actividades de información, educación, comunicación, entrenamiento, demostración y seguimiento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- ♦ *Grupos informados.* Estrategia colectiva de información, comunicación y educación en salud dirigida a grupos específicos de la población para sensibilizar o motivar a las personas en la necesidad de reafirmar o modificar sus prácticas. Intervención puntual de interacción personal –cara a cara– no sostenida en el tiempo, utilizada en eventos esporádicos como jornadas de sensibilización, sesiones informativas y conversatorios.
- ♦ *Canalización efectiva a servicios de salud.* Conjunto de acciones tendientes a garantizar que la población sujeto de programas de tamización accediera a una red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) en la que se realizarían los procedimientos complementarios para un tratamiento integral a los problemas de salud identificados.

Gráfico 4. Estructura de las líneas de intervención en salud pública. Bogotá D.C.





Incluyó actividades de seguimiento de los niños con alteraciones visuales, nutricionales, orales o auditivas, atendidos durante 2000 por el proyecto de detección temprana de riesgos e incrementales en salud oral.

- ◆ *Fortalecimiento del programa ampliado de inmunizaciones (PAI).* Acciones complementarias al POS para garantizar las coberturas útiles de vacunación mediante actividades de gestión, asesoría y asistencia técnica y aplicación del biológico a la población con mayores barreras de acceso.
- ◆ *Mantenimiento de unidades notificadoras.* Proceso que buscaba mantener la adherencia, representatividad y cobertura del sistema de vigilancia en salud pública mediante el fortalecimiento de las unidades básicas de información del sistema.
- ◆ *Reemplazo de unidades notificadoras.* Encaminado a incluir nuevas unidades notificadoras a los sistemas de vigilancia en salud pública, en caso de que alguna de las existentes a 31 de diciembre de 2000 se hubiera cerrado. El propósito era mantener el denominador de unidades notificadoras alcanzado a 31 de diciembre de 2000.
- ◆ *Investigación epidemiológica de campo.* Que incluía:
 - Sistema alerta acción (SAA):* proceso mediante el que se pretende aclarar y tomar medidas inmediatas de control frente a un evento de alto impacto en salud pública que ponga en peligro la salud individual y colectiva.
 - Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (Sisvan):* con el fin de ubicar a los niños con desnutrición aguda, moderada o severa identificados por el sistema e intervenir directamente por medio de la educación y canalización a programas de complementación alimentaria. Incluía, por tanto, el acercamiento y coordinación con los sectores responsables de la dirección e intervención en la problemática nutricional con énfasis en la prevención y el control.
 - Sistema de vigilancia epidemiológica del consumo de sustancias psicoactivas (Vespa):* atiende solicitudes formuladas por instituciones de salud, instituciones educativas o la comunidad en general para intervenir sobre el consumo colectivo de sustancias psicoactivas. Incluye actividades dirigidas hacia la estructuración, desarrollo y valoración de acciones orientadas hacia la prevención y el manejo del problema de consumo.
 - Sistema de vigilancia de la violencia intrafamiliar y a la mujer (Sivim):* atiende las solicitudes formuladas por instituciones de salud, educativas o la comunidad en general con el fin de intervenir sobre la problemática de la violencia intrafamiliar en los casos que representan riesgo de fatalidad. Incluye el abandono de menores con riesgo de muerte, la explotación y el abuso sexual de menores o el maltrato físico reiterativo a la mujer.
- ◆ *Consolidación redes de apoyo social.* Busca garantizar la conformación y seguimiento de las redes interinstitucionales

e intersectoriales en salud mental o discapacidad creadas en cada localidad para abordar problemas o necesidades de la población.

- ◆ *Fortalecimiento del componente de alimentación y nutrición.* Esta intervención indicativa consta de dos componentes: implementación del plan local de alimentación y nutrición y fortalecimiento de la estrategia instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAMI):
 - Implementación de los planes locales de alimentación y nutrición:* integra un conjunto de acciones de coordinación, concertación y planeación local tendientes a apoyar el proceso de gestión para la puesta en marcha de acciones conjuntas y complementarias con las diferentes entidades de la localidad para cumplir con las metas definidas en los planes locales de alimentación y nutrición.
 - Fortalecimiento de la estrategia IAMI:* mediante esta intervención indicativa se integra y desarrolla un conjunto de acciones tendientes a apoyar y fortalecer la gestión institucional para el cumplimiento de los diez pasos establecidos en la Declaración de Inocenti para optar por la acreditación como institución amiga de la mujer y la infancia.
- ◆ *Asesoría domiciliaria en discapacidad.* Prestada en el lugar de residencia a las familias de personas con discapacidad que han participado en el proceso de rehabilitación institucional y requieren de orientación para continuar en el proceso de inclusión social.
- ◆ *Promoción de una sexualidad sana, responsable y segura en las instituciones educativas.* Busca coordinar acciones para apoyar a estas instituciones, de manera concertada con la comunidad educativa –docentes, educandos y padres de familia–, en el diseño e implementación del proyecto de educación sexual en aquellas donde se conoce del inicio temprano de relaciones sexuales no protegidas en la población escolar y la presencia de enfermedades de transmisión sexual o de embarazos. Se propone prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sida, embarazos no planeados, abortos y promover el uso de métodos de regulación de la fecundidad.
- ◆ *IPS asesoradas.* Actividades de asesoría, asistencia técnica y acompañamiento que realiza un funcionario suficientemente capacitado y, por tanto, idóneo en programas de promoción de la salud y prevención de eventos prioritarios en salud pública a IPS que prestan servicios de prevención, diagnóstico, atención y rehabilitación. Incluye los programas relacionados con salud sexual y reproductiva, las enfermedades transmisibles –en particular, tuberculosis, lepra y enfermedades transmitidas por vectores–, crónicas, PAI, crecimiento y desarrollo y discapacidad.
- ◆ *Fortalecimiento de la estrategia escuelas saludables.* Para apoyar el desarrollo de los tres ejes de acción de la estrategia en las instituciones educativas –alimentación y nutrición;

ambientes saludables y seguridad escolar; y salud oral—. Busca fortalecer prácticas favorables a la salud, la detección oportuna de riesgos y la promoción de ambientes saludables en la escuela.

- ♦ **Establecimiento vigilado y controlado.** Funciones orientadas a garantizar la inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo ambientales, presentes o potenciales, en los establecimientos abiertos al público y que se definieron competencia del sector salud.
- ♦ **Identificación e intervención de factores de riesgo físicos y químicos en comunidades vulnerables.** Acciones e intervenciones de vigilancia oportuna para minimizar, controlar o prevenir los factores de riesgo químicos y físicos identificados en estas poblaciones.
- ♦ **Prevención y vigilancia de la rabia.** Acciones orientadas a manejar integralmente este evento, fortaleciendo la coordinación entre atención al ambiente –observación animal mordedor–, la epidemiología –investigación epidemiológica de campo– y la parte asistencial –intervención individual–, con el fin de unificar criterios y estandarizar los diferentes procesos epidemiológicos correspondientes a esta intervención indicativa. Contempla las siguientes acciones:
 1. Control de la población canina, mediante la recolección canina y la eutanasia.
 2. Vacunación canina.
 3. Vigilancia de la rabia.
- ♦ **Control vectorial artrópodos y roedores plaga en exteriores.** Serie de intervenciones para el control integral de insectos y roedores plaga, fundamentadas en el buen manejo y eliminación de residuos sólidos y líquidos, que se complementa con educación sanitaria y participación de la comunidad. La identificación y control de focos de residuos y líquidos se trabajó integralmente, abordando la vigilancia y control de los factores de riesgo físico y biológico.
- ♦ **Visita de salud ocupacional.** Dirigida al sector informal, busca mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los adultos y menores trabajadores que trabajan en el mismo, mediante estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad profesional, identificando la relación del proceso de trabajo con las condiciones del mismo, la salud del trabajador y la comunidad, y con el ambiente. Además, propone medidas para modificar positivamente las condiciones que determinan tales condiciones.

Estándares de rendimiento de las intervenciones indicativas del PAB

La definición de esos estándares de intervención surgió de la necesidad de tener un patrón de comparación que permitiera definir lo que se consideraba *óptimo*, y frente a este cuáles eran las necesidades en talento humano e insumos.

Se establecieron de la siguiente manera:

- ♦ Identificando las horas de talento humano requeridas para el desarrollo de las intervenciones indicativas.
- ♦ Definiendo el talento humano requerido, a saber: profesional especializado, profesional universitario, auxiliar de enfermería y odontología, técnicos en ambiente, técnicos en sistemas, digitalizadores y demás personal de apoyo administrativo como conductores y secretarías.
- ♦ Definiendo el estándar a partir del cálculo de horas necesarias de talento humano por mes, año e intervención indicativa.
- ♦ Describiendo las actividades que incluye el estándar definido.

En este trabajo de definición participaron todos los equipos operativos del PAB que se encontraban en las ESE; con este fin se llevaron a cabo varios talleres para validar los tiempos propuestos y los perfiles para cada intervención indicativa, de forma que respondieran a la dinámica de operación cotidiana.

Estos estándares, que se validan anualmente mediante el seguimiento y monitoreo al desarrollo de las intervenciones en campo, permiten tener un punto de referencia para el análisis comparativo entre localidades, teniendo claro que las dinámicas locales introducen particularidades, que se tienen en cuenta cuando se ajustan los lineamientos.

Costeo de las intervenciones indicativas

Para definir las tarifas de cada intervención indicativa se partió de estimar el tiempo que requiere cada una, discriminando para cada una el tipo de talento humano, es decir, profesionales, técnicos o auxiliares.

La unidad de observación fue el tiempo de dedicación por perfil, para llegar al cual se construyeron los estándares de rendimiento descritos, en los que se especifica el tiempo requerido por cada perfil para cada intervención.

Además, dentro de la estructura de costos de la hora profesional o técnico se contemplaron las siguientes constantes: el factor prestacional, el incremento anual del índice de precios al consumidor (IPC) y un porcentaje para gastos generales (véase la tabla 2).

Tabla 2. Unidad de costeo, 2000

Costo hora médico general nivel central	\$ 9.500	76,92%
Factor prestacional (1.40)	\$ 3.800	
10% IPC año 2000	\$ 1.330	23,07%
20% gastos generales	\$ 2.660	
Total	\$ 17.290	

A partir de la unidad de costeo definida para 2000 (\$17.290), se incrementó 8,23% (\$1.423), correspondiente al



IPC, dando como resultado \$18.713, valor de la hora profesional para 2001; por su parte, la hora de un técnico fue de \$9.356, 50% del valor de la hora de un profesional.

Para el cálculo de los costos de cada una de las intervenciones indicativas se estableció como insumo básico el tiempo requerido por tipo de perfil para el desarrollo de la intervención; posteriormente se multiplica este tiempo por el valor de la hora, que contempla las variables antes mencionadas para arrojar así el valor final.

Fase IV: definición de metas distritales y locales por intervención indicada

Aun cuando las metas en materia de salud pública estaban enmarcadas dentro del plan de desarrollo *Por la Bogotá que queremos* (1998-2001), es necesario tener en cuenta que 2001 fue un año de transición entre ese plan de gobierno, de la administración de Enrique Peñalosa (1998-2000), y *Bogotá para vivir todos del mismo lado*, de Antanas Mockus (2001-2003); en consecuencia, ese año la administración distrital efectuó el proceso de armonización de recursos y metas para garantizar la continuidad de los procesos.

Las principales problemáticas de la ciudad se abordaron de acuerdo con el plan de desarrollo *Por la Bogotá que queremos*, 1998-2001, que planteaba siete prioridades de desarrollo, ejecutadas con una visión intersectorial. A continuación se exponen brevemente seis de estas, así como los aspectos y programas relacionados con el sector salud.

Para responder a los procesos acelerados de crecimiento urbano, migración y alta densidad poblacional característicos de Bogotá se formuló la prioridad *urbanismo y servicios*, que buscaba regular, controlar y ordenar la dinámica urbana, que se produce de manera individual y no planificada.

Este proceso de urbanización caótica, que se ha incrementado en la última década producto del desplazamiento y la migración, ha supuesto asentamientos en zonas de riesgo que no cuentan con las condiciones mínimas de infraestructura o de servicios públicos. Para mejorar la calidad de vida de estos sectores deprimidos se desarrolló la prioridad *desmarginalización de barrios*, cuyo objetivo era fortalecer la infraestructura física y social; se procuró ampliar la cobertura de atención a la población más vulnerable, especialmente la infantil, en salud, educación y bienestar social.

Con respecto a la ampliación y mejoramiento de la infraestructura del sector social se desarrollaron acciones para fortalecer la oferta pública de los hospitales, en especial los de primer nivel de atención, y para reforzar estructuralmente de los de segundo y tercer nivel.

Para atender el déficit en la infraestructura de servicios y el deterioro ambiental producto de los procesos de urbanización de Bogotá, la prioridad *ciudad a escala humana* desarrolló

estrategias para recuperar el espacio público en el que se comparte socialmente la ciudad, mediante la recuperación, mantenimiento y remodelación de parques y zonas verdes, que permiten optimizar el uso del tiempo libre, la convivencia y la seguridad ciudadana, y fomentan el cuidado y el mantenimiento de dicho espacio.

Dentro del programa de control y mitigación del impacto ambiental se adelantaron actividades para controlar la degradación ambiental, minimizar la contaminación atmosférica, sonora, hídrica y del suelo, y mejorar las condiciones de manejo de las basuras y la disposición de desechos en las áreas urbanas y suburbanas.

Como parte del programa de renovación urbana y organización de la expansión de la ciudad se buscó regular el crecimiento de la oferta habitacional frente a la oferta de servicios públicos, para que este proceso se dé de manera paralela. Se llevaron a cabo proyectos de expansión de los servicios públicos, como la ampliación de redes de acueducto y alcantarillado, y estudios para la construcción de rellenos sanitarios.

El impacto sobre estos factores de riesgo y la generación de espacios saludables para la recreación eran estrategias intersectoriales que buscaban mejorar la calidad de vida y, por ende, las condiciones de salud de la población, en especial de la que vive en los barrios pobres.

Las principales competencias del sector social se enmarcaron en la prioridad de *interacción social*, en la que se establecieron tres programas: mejoramiento de la calidad de la educación, de la calidad y cobertura de los servicios a grupos vulnerables, y de la *calidad y cobertura de la prestación de servicios de salud*. En este caso, se destacan los siguientes compromisos: el fortalecimiento de la salud pública preventiva, el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica en general y el de vigilancia epidemiológica ambiental en particular, la implantación de programas para disminuir la mortalidad materna, perinatal y de niños menores de cinco años, la atención de menores objeto de abuso sexual. En general se garantiza el acceso al sistema de seguridad social en salud tanto en la afiliación como en la prestación del servicio, principalmente a la población pobre y vulnerable.

La prioridad *seguridad y convivencia* abordó el problema de la mortalidad por lesiones de causa externa, que afecta sobre todo a población masculina joven y es uno de los principales problemas de salud pública de Bogotá. Se trabajó desde una visión intersectorial, y mediante el programa promoción de la solidaridad y compromiso para la convivencia ciudadana se promovió la solidaridad, el respeto y el compromiso de todos los ciudadanos con la población más vulnerable, como niños y mujeres; de este modo se buscó reducir la permisividad de la sociedad frente a esta problemática. Se contemplaron las diversas formas de expresión de la



violencia, reflejada en ámbitos familiares y públicos y con multiplicidad de causas asociadas, entre ellas la inseguridad.

Otra línea de promoción de la salud fue la creación de espacios saludables, que mediante el programa de fomento del buen uso del tiempo libre y el espacio público estimuló la apropiación del entorno y la utilización y el mantenimiento de infraestructura para recreación y esparcimiento como parques, zonas verdes y el espacio público en general.

Dentro de la prioridad de *eficiencia institucional* el fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud era parte del programa de modernización y fortalecimiento de la gestión pública, que buscaba generar modelos de gestión pública eficiente y eficaz, con reglas de juego transparentes.

A la luz de esas prioridades del plan de gobierno, que definían el horizonte para el desarrollo de la salud pública en la ciudad, la Secretaría Distrital de Salud se planteó las siguientes metas para el periodo de gobierno:

- ◆ Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica en las veinte localidades de Bogotá.
- ◆ Implementar el sistema de vigilancia epidemiológica ambiental.
- ◆ Desarrollar programas de salud en la población escolar.
- ◆ Lograr la siguiente cobertura de vacunación para cada uno de los biológicos incluidos en el programa ampliado de inmunizaciones: 80% para las patologías en control, y 95% para las patologías en eliminación y erradicación de la población objeto del programa.
- ◆ Reducir 5% la mortalidad por neumonía en menores de cinco años.
- ◆ Disminuir 5% la mortalidad por EDA.
- ◆ Reducir 10% la mortalidad materna.
- ◆ Disminuir 10% la mortalidad perinatal.
- ◆ Incrementar 30% la captación de gestantes en el primer trimestre del embarazo.
- ◆ Aumentar la utilización de métodos de planificación definitiva en hombres.
- ◆ Incrementar la utilización de métodos de planificación temporal en hombres.
- ◆ Aumentar la utilización de métodos definitivos de regulación de fecundidad en mujeres.
- ◆ Promover la utilización de métodos de regulación de fecundidad en adolescentes (15.540 adolescentes usuarios de métodos de regulación de la fecundidad).
- ◆ Desarrollar estrategias de información y educación en enfermedades de transmisión sexual en las poblaciones de riesgo con las que se trabajaba (población homosexual y adolescentes).
- ◆ Sensibilizar e informar a trece mil funcionarios de equipos de salud en la identificación del problema del consumo de alcohol y otras drogas.

Fase V: construcción de proyectos por localidad

A partir de los términos de referencia entregados a cada una de las empresas sociales del estado, los soportes conceptuales y operativos –fichas técnicas– y de la metodología para presentación de proyectos –versión resumida de la metodología utilizada por el banco nacional de proyectos–, los hospitales elaboraron los proyectos. El PAB de cada localidad estaba formado por nueve subproyectos, que debían responder a las líneas de intervención descritas.

Los equipos de salud pública estaban conformados principalmente por profesionales de la salud y del área social, técnicos y auxiliares que funcionan como equipos extramurales de cada uno de los hospitales; esos equipos analizaron y ajustaron los lineamientos entregados –entre los que se cuenta la asignación de metas por intervención indicativa–. Su análisis se centró en la definición de poblaciones objetivo o prioritarias –georreferenciación de las intervenciones–, y en el ajuste de metas de acuerdo con la experiencia y el contexto local.

Las propuestas se presentaron teniendo como unidad de observación la localidad; es decir que, por ejemplo, un hospital como Centro Oriente debía presentar tres proyectos PAB, los correspondientes a las localidades de Santafé, La Candelaria y Los Mártires.

Fase VI: negociación y ajuste de los proyectos

Luego de que el equipo de la dirección de salud pública revisara los proyectos presentados por localidad hubo reuniones de retroalimentación entre el equipo de la dirección y el de salud pública de cada hospital, en las que se discutieron las propuestas presentadas para cada localidad y la línea de intervención, a fin de llegar a acuerdos respecto a algunos aspectos definitivos como el establecimiento de metas y las poblaciones objetivo, entre otros.

De las reuniones se levantaron actas de acuerdo, que forman parte integral de la minuta del contrato; esos acuerdos fueron retomados también por los equipos de los hospitales para los ajustes de las propuestas del PAB por localidad y, de esta manera, presentar la versión final de los proyectos que fueron el soporte de los contratos establecido con las ESE y el Fondo Financiero Distrital de Salud.

Fase VII: perfeccionamiento del proceso contractual

Para la ejecución del PAB se establecieron contratos de prestación de servicios de un año de duración entre el Fondo Financiero Distrital de Salud y cada una de las empresas sociales del estado. Durante ese periodo debió ejecutarse el conjunto del PAB definido en los proyectos presentados por



la ESE, bajo los lineamientos técnicos establecidos por la dirección de salud pública, cuya formulación operativa reposa en las fichas técnicas definidas para cada intervención indicativa.

La Secretaría Distrital de Salud interviene las actividades que forman parte del PAB por medio de una firma externa que verifica en campo el cumplimiento de lo contractual, con énfasis en la calidad de servicios. Este procedimiento finaliza con la certificación de intervenciones por pagar.

La minuta del contrato consigna todas las obligaciones contractuales de la ESE frente a la prestación del PAB así como las obligaciones de la Secretaría; entre otros aspectos se definen las formas de pago y los procedimientos administrativos para la misma. Para 2001 se firmaron dieciséis contratos con las ESE responsables de ejecutar el PAB en las veinte localidades de Bogotá.

Fase VIII: sistema de seguimiento y monitoreo

Encaminado a garantizar la calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y celeridad de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública que se desarrollan mediante el plan de atención básica en los aspectos técnicos, administrativos y contables de los contratos suscritos con las empresas sociales y los productos de salud pública que se derivan y trascienden los mismos.

El sistema permite, además, dar cuenta en forma periódica de los avances de los proyectos, por medio de indicadores de estructura, proceso y resultado; requiere del establecimiento de los aspectos que se van a monitorear, la periodicidad, estructuración de un sistema de información, los mecanismos y la definición de responsabilidades de los actores que convergen en el proceso, de forma tal que se permita la complementariedad dentro del sistema.

Para seguir y monitorear las intervenciones de salud pública se tienen previstas varias estrategias, a saber:

- ◆ Seguimiento a la gestión de la ESE.
- ◆ Seguimiento desde las diferentes instancias de la Secretaría de Salud.
- ◆ Interventoría externa.
- ◆ Regulación social: veedores y comisiones de control social de los comités de participación comunitaria en salud (Copaco).

Existen además otros actores que también ejercen funciones de control frente a la ejecución de las acciones de salud pública, como las juntas directivas de los hospitales —que cuentan con instrumentos para desarrollar esta actividad—, las asociaciones de usuarios de las ESE, además de las reuniones del secretario Distrital de Salud con los gerentes de los hospitales, en las que se analiza la gestión.

A continuación se definen las funciones específicas de los principales actores que participan en este proceso:

Autorregulación de la ESE

Este seguimiento lo lleva a cabo la ESE mediante 1) El diligenciamiento de los informes de gestión, según lo establecido por la dirección de salud pública, que dan cuenta del cumplimiento de las metas establecidas en el proyecto; y 2) Del plan operativo del proyecto PAB, que se exigió contractualmente y que implica disponer de plan de seguimiento, cronograma e indicadores.

El plan operativo permite programar las visitas para supervisar en campo el desarrollo de actividades, con el fin de verificar la calidad, oportunidad, suficiencia de insumos, idoneidad del recurso humano, población objeto y cumplimiento del objetivo de la actividad, entre otros aspectos.

Este proceso también implica el análisis y la toma de decisiones frente a los resultados encontrados por la dirección de salud pública, ejercicio que se lleva a cabo en los diferentes espacios distritales y que permite fortalecer la gestión y la calidad de las intervenciones.

Seguimiento desde las diferentes instancias de la Secretaría Distrital de Salud

Se llevó a cabo por medio de los comités de alta gerencia, de las reuniones mensuales con los gerentes de las empresas sociales del estado, de las juntas directivas de las empresas sociales del estado y del equipo de profesionales de la dirección de salud pública.

Uno de los aspectos centrales de este proceso fue la labor adelantada por los grupos funcionales o profesionales responsables de los programas o proyectos de la dirección de salud pública, que orientan las intervenciones prioritarias de salud pública en el campo de la promoción y la prevención. Su función es, principalmente, de asesoría y asistencia técnica.

Las siguientes fueron algunas de las responsabilidades específicas de los grupos funcionales o referentes relacionadas con el seguimiento y monitoreo:

- ◆ Revisar los proyectos contratados con las ESE.
- ◆ Revisar los informes de gestión presentados por la ESE y extraer de los mismos la información necesaria para el seguimiento de las metas distritales establecidas en salud pública.
- ◆ Levantar la información sobre la capacidad instalada y la estructura funcional de la ESE para realizar las intervenciones de salud pública.
- ◆ Prestar asesoría y asistencia técnica en campo
- ◆ Diligenciar los instrumentos de visita de seguimiento y monitoreo en campo.
- ◆ Establecer el plan de mejoramiento para las localidades

consideradas críticas en relación con el cumplimiento y la calidad de las metas propuestas para el proyecto.

- ◆ Elaborar informes trimestrales sobre el seguimiento a las metas establecidas para cada intervención, indicando el nivel de avance y analizando las dificultades y fortalezas de las intervenciones en salud pública

Para que la dirección de salud pública llevara a cabo el seguimiento en campo del PAB se propusieron, mínimo, tres visitas al año. La primera, considerada una pre visita, para verificar la conformación de los equipos de salud pública que efectuaban la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública en el contexto del PAB, así como la disposición de apoyo logístico –infraestructura, equipos, materiales, etcétera– para el cumplimiento de las metas en salud pública.

La segunda y tercera realizaban el análisis técnico de la ejecución de las acciones de salud pública realizadas durante 2000 y 2001, a partir del informe de los indicadores definidos en las agendas estratégicas de las juntas directivas presentado por los hospitales, así como el resumen técnico presentado por la firma interventora de cada hospital respecto al desempeño durante 2000 y los análisis de la dirección de salud pública respecto al cumplimiento del PAB, el POS y la UEL de 2000 y 2001.

Firma interventora

La interventoría externa buscaba verificar el cumplimiento del objeto y las obligaciones de los contratos de compraventa de servicios de salud suscritos entre la Secretaría Distrital de Salud-Fondo Financiero Distrital de Salud y las empresas sociales del estado, además de la auditoría en salud, la revisión de cuentas y soportes por concepto de actividades, procedimientos e intervenciones correspondientes a los proyectos del plan de atención básica, específicamente sobre los procesos y resultados.

La interventoría externa permite contar con un equipo de profesionales muy calificado en promoción y prevención, que verifica en cada uno de los hospitales el desarrollo del PAB, mediante la revisión de soportes, fichas técnicas, actas y demás instrumentos diseñados por la dirección de salud pública. Así mismo, efectúa seguimiento en campo, mediante la visita de algunos sitios donde se han realizado las intervenciones, para evaluar el cumplimiento y la calidad de las mismas.

A partir de la información suministrada por la firma interventora, la dirección de salud pública debía desarrollar las acciones a que hubiera lugar con el fin de garantizar la prestación adecuada de los servicios del PAB.

La orientación de las acciones desarrolladas por la firma interventora estaba determinada por los lineamientos en términos de seguimiento y monitoreo, que incluyen los

indicadores, instrumentos y flujos de la información establecidos por la dirección de salud pública.

Regulación social

Es uno de los procesos más importantes y también más complejos de consolidar; se propuso adelantar por medio de veedores locales o de las comisiones de control social de los Copaco.

El fin de la veeduría en el ámbito de desarrollo del PAB es mejorar la eficiencia institucional y democratizar la gestión pública en salud, mediante la vigilancia a la prestación de los servicios y la gestión financiera de las entidades e instituciones que hacen parte del SGSSS.

De acuerdo con el documento “Lineamientos de participación social”, de la oficina de participación social de la Secretaría, la veeduría en salud son las acciones de acompañamiento, seguimiento y control a los planes, programas y proyectos orientados a mejorar la salud de los habitantes de Bogotá.

Pueden ejercerla los ciudadanos por sí mismos o por medio de cualquier tipo de asociación, gremio o entidad pública o privada del orden municipal, departamental o nacional. En salud la adelantan las comisiones de control social de los Copaco de cada localidad, que se dividen en grupos de trabajo para el seguimiento, de acuerdo con el plan, programa o proyecto que vayan a vigilar.

El comité sesiona en reuniones, cuya periodicidad define él mismo, y cuenta con la asesoría de referentes de participación social de la Secretaría Distrital de Salud y con el apoyo de la oficina de participación social.

Se buscaba la promoción de la vigilancia preventiva mediante recomendaciones e informes oportunos a las entidades que ejecutan los planes, programas o proyectos; en caso de irregularidades, la veeduría debía denunciar ante los organismos de control del estado, según el caso.

Los compromisos de las comisiones frente al desarrollo del plan de atención básica fueron los siguientes:

- ◆ Visitas de campo para seguir el desarrollo de los proyectos PAB seleccionados por cada comisión según la localidad, para lo cual se contó con un instrumento que complementara la información proveniente de otras fuentes.
- ◆ Diligenciamiento del formato de seguimiento por cada visita de campo.
- ◆ Reuniones con el coordinador y equipo PAB para presentar las sugerencias y observaciones.
- ◆ Denuncias ante los organismos del control del estado en los casos que lo ameritaran.

Se consideró que las empresas sociales del estado y la Secretaría Distrital de Salud debían promover la vigilancia preventiva por medio de las referentes de participación social de la institución o de las referentes zonales de participación



social de la Secretaría. Una vez organizadas, las veedurías debían contar con el apoyo constante de la comisión de control social de los Copaco, de la oficina de participación social y de entidades de control del orden local o distrital como la Personería local, la Veeduría, la Contraloría o la Personería distritales o la Defensoría del Pueblo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hincapié, Doracelly; Ospina, J. F.; Forero, Libia. 1999. "Índice global del estado de salud: una propuesta para definir prioridades en Santa Fe de Bogotá, D. C.". En *Boletín Epidemiológico Distrital*, volumen 4, número 6, 19 de junio.
- Martínez Navarro, Marset Campos, P. 1998. "Los modelos explicativos del proceso salud enfermedad: Las explicaciones causales". En Martínez Navarro, Antó J. M. Castellanos, P. L.;
- Gili, M.; Marset, P. P., Navarro, V. *Salud pública*. McGraw-Hill-Interamericana.
- Ministerio de Salud. Resolución 4288 de 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. 1996. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación científica número 557.
- Quevedo, Emilio; Hernández, Mario et al. 1990. *La salud en Colombia. Análisis sociohistórico*. Ministerio de Salud-Departamento Nacional de Planeación. Bogotá.
- Rubio, Martha Lucía; Hernández, Luis Jorge. 1999. "Plan de atención básica, un plan de todos". En *Boletín Epidemiológico Distrital*, volumen 4, número 5, 27 de mayo.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá-Dirección de salud pública. 2001. "Lineamientos plan de atención básica año 2001". Bogotá, D. C. Enero.

Para que la democracia ruede, día sin carro

Con base en la experiencia de algunos de los países que han desarrollado jornadas de día sin carro, como Francia, con 34 ciudades, incluida París, en 1998, y 66 ciudades en 1999; Reino Unido, incluyendo Londres; Italia, 92 ciudades, entre ellas Roma; Bélgica, incluyendo Bruselas; Países Bajos, incluyendo Amsterdam; Alemania, incluyendo Munich; Islandia, incluyendo Reikiavik; y Canadá, incluyendo Ottawa, la alcaldía mayor organizó una jornada de no carro en febrero de 2000.

Debido al éxito de la jornada, a la aceptación que esta tuvo por parte de la ciudadanía y para dar cumplimiento al mandato popular realizado por medio de la consulta del 29 de octubre de 2000, en la que más de 63% de los votantes aprobó la realización de un día sin carro el primer jueves de febrero de cada año a partir de 2001, este año hubo también un día sin carro.

Para ello, la alcaldía mayor de Bogotá convocó a los diferentes sectores de la ciudad a participar en jornada, que se denominó "Para que la democracia ruede, día sin carro".

La realización de una jornada sin carro en la capital del país fue una oportunidad para la reflexión sobre la relación individual y colectiva con el ambiente y para preguntarse acerca de la utilización de medios de transporte muy contaminantes frente al empleo de medios menos contaminantes. Así mismo, permitió un reencuentro con la ciudad, su arquitectura, sus espacios y sus colores, y la integración entre los habitantes que viven y comparten el aire, el agua, la calle y el espacio en general. También sirvió para aumentar la conciencia sobre la cantidad de trayectos que se hacen siempre en carro y que podrían realizarse caminando, en bicicleta o en transporte público.

En cuanto a la participación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, esta se hizo teniendo en cuenta los siguientes factores:

1. Entre 1985 y 1996 las enfermedades crónicas generaron de 34% a 60% de los años de vida saludables perdidos, incluyendo los años perdidos por mortalidad (30 a 45%) y por discapacidad.
2. La tasa de mortalidad por enfermedades cardiocerebrovasculares es de 147,6 por diez mil habitantes, estas son la primera causa de muerte y en 1999 representaron 27,4% del total de muertes en la población general.
3. Los principales factores de riesgo para estas enfermedades son el tabaquismo, el sedentarismo y los hábitos alimentarios en los que se incluye un alto consumo de grasas y carbohidratos.
4. La prevalencia de tabaquismo en la ciudad es de 21,5%.
5. La de sedentarismo en población mayor de 18 años es de 78,7%.
6. La de sobrepeso y obesidad en población general es de 5% y la de hipercolesterolemia de 18,7% para mayores de 18 años.

Ahora bien, considerando que el día sin carro es, además, una estrategia que favorece la disponibilidad de espacios públicos para realizar actividades físicas, y una oportunidad para que los ciudadanos identifiquen y hagan conscientes los beneficios que tiene la realización de actividad física, la Secretaría Distrital de Salud participó en este día con una jornada de información e identificación de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares a la población



adulta que durante ese día se desplazó por las principales vías de la ciudad.

El propósito de esa jornada fue sensibilizar a la población sobre la importancia de respirar un ambiente libre de contaminación, la realización periódica de actividad física y el consumo de una alimentación balanceada, entre otros, como factores protectores y determinantes para el control de las enfermedades crónicas.

La meta fue realizar una actividad integral de identificación de factores de riesgo para enfermedades cardiocerebrovasculares a diez mil personas; esta incluyó toma de tensión arterial, peso, talla, medición de sedentarismo y tabaquismo, así como una actividad informativa sobre la prevención de los factores identificados y la orientación a los servicios de salud de acuerdo con el resultado y teniendo en cuenta la afiliación al sistema general de seguridad social en salud.

Para el efecto, los hospitales de Suba, Tunjuelito, Rafael Uribe, Chapinero, Centro Oriente, Usaquén, Usme, Pablo VI-Bosa y del Sur ubicaron treinta y ocho puestos de información en lugares estratégicos de la ciudad. En cada puesto había un médico, una enfermera o nutricionista y un auxiliar de enfermería, dotados con un equipo básico de balanza, tallímetro, tensiómetro, fonendoscopio y metro.

El centro distrital de salud realizó una sesión informativa sobre prevención de factores de riesgo asociados a enfermedades cardiovasculares, que incluyó aspectos relacionados con alimentación balanceada, actividad física, beneficios del ambiente libre de contaminación, condiciones adecuadas de trabajo, manejo del estrés y prevención del consumo de psicoactivos con énfasis en alcohol y tabaco, así como algunas recomendaciones para evitar molestias al usar medios alternativos de movilización como la bicicleta o los patines o caminar.

La información de lo que se realizó en la jornada se obtuvo mediante la notificación, cada dos horas, de los hospitales de la red de comunicaciones por la frecuencia de salud pública. La información se consolidó de los diferentes puestos.

Entre las 8 de la mañana y las 5 de la tarde se atendieron 4.661 personas, de las cuales 2.039 (43,8%) fueron hombres y 2.612 (56,2%) mujeres. Las mediciones de los cuatro factores de riesgo –tabaquismo, sedentarismo, sobrepeso e hipertensión– y la actividad educativa dio como resultado la realización de 18.644 mediciones.

Además, con todas las personas atendidas para identificación de factores de riesgo (4.661) se realizó una sesión informativa sobre la prevención de dichos factores.

Avances en la vigilancia epidemiológica de la mortalidad evitable

La administración del alcalde Antanas Mockus se ha comprometido en el plan de desarrollo 2001-2004, *Para vivir todos del mismo lado*, en el desarrollo de programas que contribuyan a generar condiciones mínimas en poblaciones vulnerables en relación con la nutrición, la salud, la educación, la vivienda y la infraestructura urbana. Uno de estos programas gira en torno a la salud con calidad, e incluye como metas, entre otras, la reducción de las muertes evitables en gestantes, del bebé durante la gestación, el parto y el posparto, por neumonía y enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años.

El cumplimiento de esas metas requiere de la intensificación de la vigilancia epidemiológica de los eventos mencionados. En este sentido se han logrado avances como:

- ♦ Edición ampliada y revisada de los protocolos de vigilancia epidemiológica relacionados con la mortalidad evitable, disponibles en la biblioteca de la Secretaría y en el área de vigilancia en salud pública.
- ♦ Desarrollo de un documento marco sobre la estrategia de vigilancia intensificada de la mortalidad evitable.
- ♦ Análisis institucional e investigación epidemiológica de campo de 89% de la mortalidad perinatal –de este evento

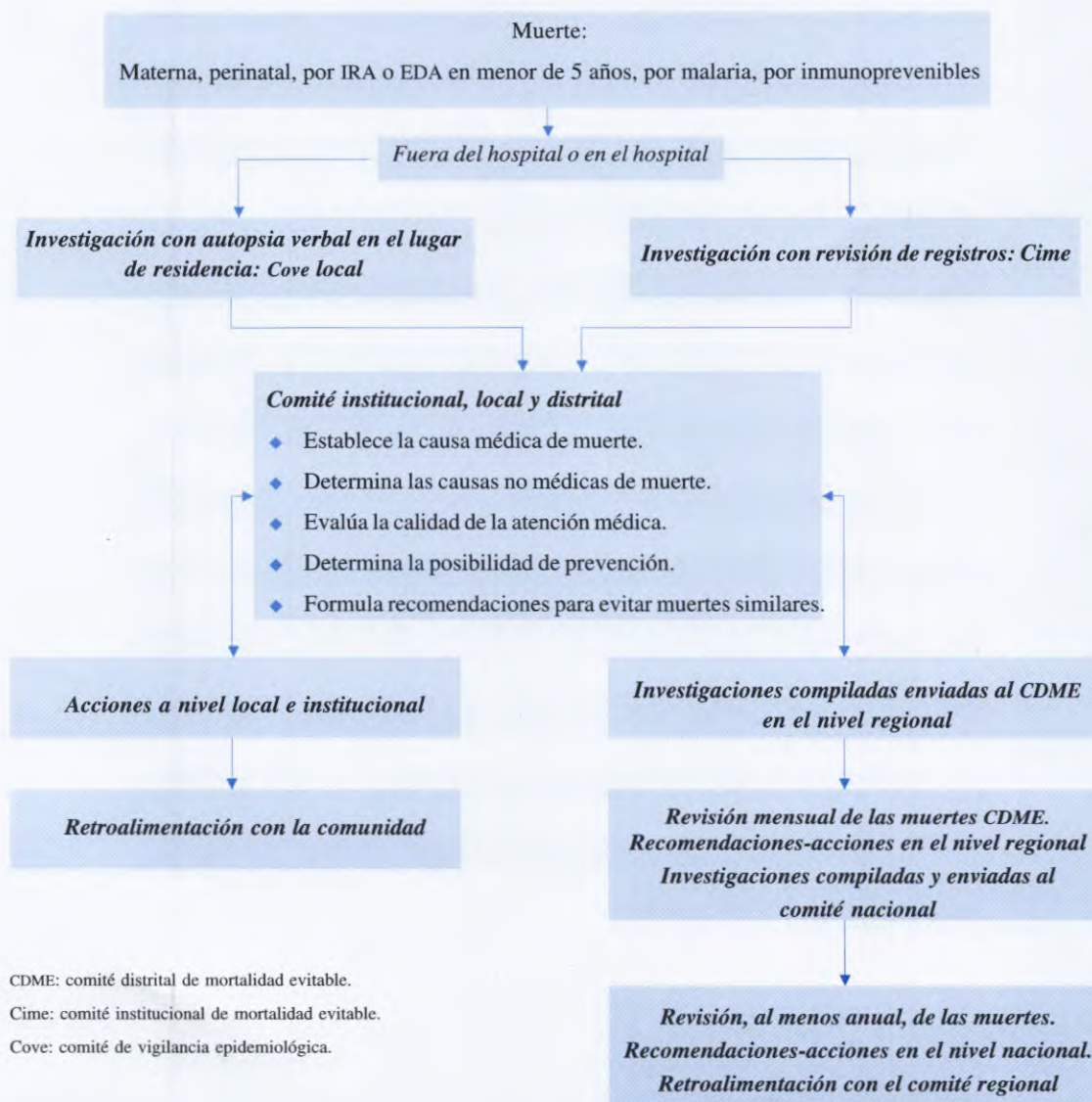
se analizan sólo 30% del total de muertes ocurridas–, 57% de la mortalidad materna, 37% de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda y 30% de la mortalidad por neumonía.

- ✓ Retroalimentación a las empresas promotoras de salud (EPS) y administradoras del régimen subsidiado (ARS), mediante comunicación mensual en la que se informan las muertes evitables ocurridas a sus afiliados; a las instituciones prestadoras de servicios de salud, por medio de comunicación escrita y en informe presentado ante el comité mensual de infecciones intrahospitalarias; a los epidemiólogos y gerentes de las empresas sociales del estado (ESE) de primer nivel, con informe escrito que se presenta mensualmente en el comité de vigilancia epidemiológica (Cove) distrital y en reunión mensual de gerentes; a todas las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud por conducto del “Boletín semanal” de la dirección de salud pública, que desde la presente semana se está enviando a todas las aseguradoras de la ciudad.
- ✓ Capacitación en vigilancia epidemiológica de la mortalidad evitable a los epidemiólogos de las ESE y al personal de salud que asiste a los Cove locales –ochenta y una IPS cubiertas a la fecha–.



- ✓ Convocatoria de un grupo de expertos en ginecobstetricia, pediatría, neonatología e infectología, con el propósito de involucrarlos en el proceso con funciones de asesores *ad hoc*, quienes previo conocimiento de la situación participarán en el comité distrital de mortalidad evitable.
- ✓ Constitución del comité distrital de mortalidad evitable, que se reunirá semestralmente para analizar la situación, monitorear las metas de reducción y dar recomendaciones dentro del plan de acción distrital (véase el algoritmo).
- ✓ Apoyo permanente a los comités de mortalidad de las IPS públicas y privadas.
- ✓ Apoyo a los Cove locales cuando se reúnen para analizar la mortalidad evitable.
- ✓ Coordinación intrainstitucional con cada una de las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud para decidir intervenciones oportunas.
- ✓ Coordinación interinstitucional, especialmente con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, con el fin de estandarizar el proceso de codificación por causas de muerte.

INVESTIGACIÓN DE LA MORTALIDAD EVITABLE



REPORTE SEMANAL DEL QUINTO PERIODO EPIDEMIOLOGICO

Semana Epidemiológica: 17, 18, 19 Y 20

EVENTOS	USQUÉN	CHAMPERO	NANTATÉ	S. CRISTÓBAL	USME	TUNERILITO	BONA	KENNEDY	FONTIBÓN	ENGATVÁ	SEBA	B. UNIDOS	TEUSAQ	LOS MARET	ANTANARISO	P. ARANDA	LA CABELL	RAFAEL C.	C. BOLIVAR	SUMAPAZ	TOTAL
	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM	OBS	ACUM
BROTOS	2 ¹	10	0	5	20	3 ²¹	15	2	1	4	1	5	1	5	1	2	4	0	0	0	41
CÓLERA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENGUE CLÁSICO	0	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DENGUE HEMORRÁGICO	1	1	0	2	0	0	3	0	0	0	1	2	4	2	1	0	0	0	0	0	18
DIFTERIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
EXPOSICIÓN RÁBICA LEVE	11	22	11	24	4	12	34	47	1	74	3	26	1	25	19	193	4	46	27	95	9
EXPOSICIÓN RÁBICA GRAVE	2	3	3	6	10	13	15	22	7	15	2	7	27	44	16	20	10	17	35	45	1
ETA	9	6	33	1	6	2	10	6	1	8	3	8	1	10	4	53	1	17	4	14	5
FIEMRE AMARILLA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HEPATITIS B	1	4	11	0	1	4	0	2	4	7	2	7	2	7	2	7	2	6	0	2	6
INFECCIÓN POR VIH	8	5	25	1	5	1	5	2	3	1	3	9	2	7	2	10	7	11	2	5	2
INFECCIÓN POR SIDA	0	0	1	2	1	0	0	0	0	1	1	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0
MALARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MENINGITIS POR HEMOPHILOS INFLUENZAE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MENINGITIS POR NEISSERIA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MORTALIDAD PERINATAL	3	23	1	11	3	17	4	22	3	18	5	9	5	20	4	16	1	8	7	22	5
MORTALIDAD MATERNA	1	2	1	1	1	2	0	2	1	2	1	2	5	1	3	0	0	1	0	1	1
MORTALIDAD POR EDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MORTALIDAD POR MALARIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MORTALIDAD POR NEUMONÍA	1	2	1	3	5	2	5	1	4	1	3	1	6	1	1	3	2	1	3	1	2
PARALISIS FLACIDA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RABIA ANIMAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RABIA HUMANA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REACCIÓN POSTVACUNAL	3	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
RUBÉOLA	3 ¹⁰	11	2	3	0	3	2	5	5	4	13	2	23	4	10	3	20	3	18	0	4
SARAMPION	1 ⁰	2	1	0	4	3	0	1	3	2	4	5	2	7	0	2	3	1	0	0	0
SÍFILIS CONGÉNITA	3	1	1	9	3	1	3	2	1	1	0	4	1	7	3	6	0	0	0	0	0
TÉTANOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TÉTANOS NEONATAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOSFERINA	1 ⁰	2	0	0	4	9	4	2	3	0	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0
TUBERCULOSIS	4	19	2	8	4	24	12	1	15	2	7	16	2	17	4	11	4	34	6	23	12
ASOCIACIÓN TBC-SIDA	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	29	138	37	140	20	99	63	162	33	174	27	92	24	109	66	350	36	139	70	290	79

NA: Brote no reconocido oficialmente

P: Fallecimiento

8: Probable

78: Precedido sin definir

RP: Reacción postvaccinal

7: Precedido de fuera de Bogotá

V: vaxa

D: Descartado

L: Confirmado por laboratorio

M: mixa

C: Confirmado clínicamente

S: Sospecho

#/NOMBRE

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

EVENTOS ESPECIALES

SEMANA 17:

Legajo: 2 (Antonio Nardo); TBC pulmonar: 1 (2 Chusca, Tolima); dengue clásico: 1 (Chusca); mortalidad RA: 2 (Chusca, Tolima); mortalidad materna: 1 (Chusca); mortalidad RA: 2 (Chusca, Tolima);

SEMANA 18:

Legajo: 1 (Antonio Nardo); dengue clásico: 2 (Chusca, Magdalena); dengue hemorrágico: 4 (Mesa, Chusca); mortalidad RA: 1 (Chusca); mortalidad RA: 1 (Chusca);

SEMANA 19:

Legajo: C. 1 (Chaparral); mortalidad materna: 1 (Boyacá); mortalidad perinatal: 1 (Boyacá); mortalidad RA: 1 (Cauca);

SEMANA 20:

Legajo: 2 (Antonio Nardo); TBC pulmonar: 1 (Cauca); dengue clásico: 4 (Caldas, Cauca); dengue hemorrágico: 2 (Tolima, Chusca); malaria P: vaxa: 7 (Mesa, Tolima); Capeta: 2 (Guaviare, 2 Vichada); malaria P: mixa: 1 (Guaviare); mortalidad perinatal: 1 (Tolima); esp. abisa leve: 2 (Chusca); mortalidad exogena: 1 (Cauca);

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material

#/Inoculación por material