Revista

Investigaciones en Seguridad Social y Salud

Bogotá, D. C., enero-junio de 2015

volumen 17, número 1

E-ISSN 2027-7970



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ HUMANA

Contenido

- Editorial 3
- Tómate el Control, prevención del consumo de alcohol en el ámbito universitario: una alternativa en salud pública 5
- Caracterización de las investigaciones sobre equidad en salud en Bogotá, D. C. (2006-2010) 19
- Brote de varicela en un establecimiento carcelario de Bogotá, D. C., en 2012 35
- Factores asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes. Bogotá, D. C., 2010-2011 47
- Efectos auditivos y extraauditivos por exposición al ruido ambiental en docentes de las localidades de Fontibón y Engativá. Bogotá, D. C., 2010 55
- Metodología del análisis de costo-efectividad (ACE) en la práctica clínica 67
- Reflexiones sobre multiculturalidad, grupos étnicos, prácticas terapéuticas y movimientos de reindigenización en Colombia 77
- Política distrital de salud para las poblaciones étnicas residentes en Bogotá, D. C. 93
- Lineamientos para autores 101
- Lineamiento editorial 109

Investigaciones en Seguridad Social y Salud
Investig.seg.soc
Volumen 17 (1) Enero-junio de 2015

Gustavo Francisco Petro Urrego
Alcalde Mayor de Bogotá

Mauricio Alberto Bustamante García
Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Lucía Azucena Forero Rojas
Directora de Planeación Sectorial

Solángel García Ruiz
Editora

María Nancy Becerra-Beltrán
Coordinación Editorial

Comité Editorial
Myriam Susana Barrera Lobatón, Geógrafa, PHd. (Universidad Nacional de Colombia)
Sara Yaneth Fernández Moreno, TS PHd. (Universidad de Antioquia)
Carlos Gómez-Restrepo, Md. MSc. (Pontificia Universidad Javeriana)
Luis Jorge Hernández Flórez, Md. PHd. (Universidad de los Andes)
Andrea Padilla Muñoz, Abogada, Candidata a PHd. (Universidad del Rosario)

Comité Científico
Alejandro Guajardo, Docente (Universidad Andrés Bello de Chile)
Catalina Latorre Santos, Md MSc. (Universidad del Rosario)
Juan Manuel Lozano, Md. MSc. (Universidad de la Florida, Estados Unidos)
Omar Peña Niño, Psicólogo (Universidad de San Buenaventura)
Yazmín Adriana Puerto Mojica, TO. MSc. (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá)
Martín Alonso Rondón Sepúlveda, MSc. (Pontificia Universidad Javeriana)

Editores Asociados
Fabián Armando Gil, Estadístico Mg. (Pontificia Universidad Javeriana)
Carlos Gómez-Restrepo, Md. MSc. (Pontificia Universidad Javeriana)
María Nelcy Rodríguez Malagón, Estad. Mg. (Pontificia Universidad Javeriana)
Álvaro Ruiz Morales, Md. Mg. (Pontificia Universidad Javeriana)

Jefe de la Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Oriana Obagi Orozco

Corrección de estilo
Gustavo Patiño Díaz

Webmaster
Paola Serna González

Diagramación
Juan Carlos Vera

Diseño de cubierta
Campo Elías Franco

Foto
Juan Carlos Vera

Sitio web
http://app-saludcapital.gov.oc/revistadigital/Inicio.aspx

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Teléfono: 364 9090, ext. 9796
Bogotá, Colombia
www.saludcapital.gov.co

Editorial

Una de las formas de mantener la historia de la memoria vívida de la práctica de los servidores públicos es sistematizar la información.

En este sentido, la SDS busca afianzar el tema de la sistematización y de la escritura de la práctica y de la información que produce; uno de los espacios de divulgación es a través de la *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud,* en la cual se busca dejar huella, un espacio donde profesionales de la Secretaría, de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y de otras instancias u organizaciones tengan la posibilidad de compartir sus investigaciones, sus reflexiones y sus discusiones con los distintos actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, ya provengan de la política, de la academia o de los ciudadanos en general.

En esta ocasión, la revista presenta temas de vital importancia, como los lineamientos generales que se requieren para trazar políticas públicas relacionadas con diferentes temas de salud, tales como: la prevención del consumo de alcohol entre universitarios como alternativa de salud pública; la muestra de aspectos persistentes en las inequidades en salud según grupos poblacionales, y el tipo de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, así como recomendaciones para integrar el concepto de calidad de vida dentro del abordaje de investigaciones futuras, para disminuir y potenciar la capacidad de respuesta del sistema de salud a la población más vulnerable.

Este número muestra, además, diferentes problemas de salud pública, como el bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes, y otros aspectos relevantes de la problemática en torno a la contaminación ambiental: por ejemplo, el ruido, que afecta a las distintas localidades de la ciudad; especialmente, en localidades como Fontibón y Engativá.

También se ayuda en este número a socializar y publicar los diferentes procesos que se llevan a cabo en la entidad, y que pueden traducirse en la implementación de nuevas metodologías o tecnologías de análisis, buscando enseñar a la ciudadanía cómo se desarrollan procesos vitales para la operación del sistema de salud, el cual está orientado más a la población vulnerable y a la atención de la salud pública.

Otro tema tratado en esta revista es la aproximación a comprender las prácticas terapéuticas indígenas haciendo un análisis comparativo y una revisión crítica sobre las prácticas culturales y las prácticas medicinales indígenas, que incitan a buscar cambios de pensamiento y de políticas en salud con un sentido incluyente para la población indígena.

Mauricio Alberto Bustamante García
Secretario Distrital de Salud

https://doi.org/10.56085/isss.514

Tómate el Control, prevención del consumo de alcohol en el ámbito universitario: una alternativa en salud pública

Take the Control, Prevention of Alcohol Consumption in University: an Alternative in Public Health

Assuma o controle e prevenção do consumo de álcool em nível universitário: uma alternativa em saúde pública

Liliana Muñoz Ortega[1]
Lucía Carolina Barbosa Ramírez[1]
Margaret Méndez Heilman[1]
Gloria del Pilar Cardona Gómez[2]
Luisa Fernanda Ruiz Eslava[2]

Resumen

Introducción: *Tómate el Control*, un programa de prevención del consumo problemático de alcohol diseñado e implementado por los mismos universitarios en el contexto de la comunidad educativa, busca el desarrollo de una postura crítica por parte de los estudiantes frente al consumo de alcohol, para así minimizar las amenazas que este puede representar para ellos mismos y para su entorno. ***Objetivo***: Evaluar un programa de prevención en consumo problemático de alcohol en universitarios. ***Métodos***: Se utilizó un diseño multimétodo de investigación que evalúa un programa de prevención en consumo. Se llevaron a cabo procesos de tipo cualitativo y cuantitativo en las diferentes fases del estudio teniendo como eje central la participación de los diferentes actores de la comunidad. ***Resultados:*** Se analiza, desde su estructura y sus elementos conceptuales, el programa *Tómate el Control*, como una alternativa para prevenir el consumo de alcohol en el ámbito universitario, retomando los resultados de la investigación *Un programa de prevención de consumo de alcohol en la Universidad diseñado por los universitarios*, culminada en junio de 2011. En el análisis se presenta una descripción de la estructura del programa desde sus distintos componentes, sus elementos conceptuales y los resultados de su implementación en una universidad privada de Bogotá. Se destacan la participación de todos los actores de la comunidad educativa, el compromiso y la directriz institucional de la universidad, el liderazgo del equipo coordinador y de los estudiantes y el respaldo de entidades gubernamentales. ***Conclusión:*** La sinergia de todos los elementos mencionados permite divulgar una experiencia exitosa en la prevención del consumo problemático del

1 Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.
2 Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C. (SDS). Bogotá, Colombia.

alcohol en Colombia, y que puede llegar a constituir una alternativa de salud pública como respuesta a la necesidad de fortalecer los espacios de prevención.

Palabras clave: alcohol, salud pública, prevención en alcohol, universitarios.

Abstract

Introduction: *Tómate el Control* is a program designed to prevent problematic alcohol consumption. It was implemented by university students in the educational community context, and seeks to develop a critic position towards alcohol consumption from the students to minimize the threats that it may bring towards themselves and their surroundings. ***Objective:*** Evaluate a prevention program on problematic alcohol consumption for university students. ***Methods:*** A multi-method investigation design that evaluates an alcohol consumption prevention program is used. Qualitative and quantitative processes of the different phases of the study were executed, bearing in mind that the main scope is the participation of different community agents. ***Results:*** The program is analyzed from its structure and conceptual elements. *Tómate el Control* is an alternative to prevent alcohol consumption in a university context that continues and complements the results of a prior investigation called *"Un programa de prevención de consume de alcohol en la Universidad diseñado por los universitarios"*, finalized on June 2011. The analysis presents a description of the programs structure from its different components, conceptual elements, and the results obtained from its implementation in a private university in Bogota. It's important to highlight the participation of all of the educational community agents, the compromise and the university's institutional directive, the leadership from the coordinating team and students, and the help provided by state agencies. Conclusion: The synergy of these elements allows disclosing a successful experience for the prevention of problematic alcohol consumption in Colombia that may represent a public health alternative as a response to the need to strengthen prevention.

Key words: alcohol, public health, alcohol prevention, university students.

Resumo

Introdução: *Assuma o Controle*, um programa de prevenção do consumo problemático do álcool, desenhado e implementado pelos mesmos universitários no contexto da comunidade educativa, procura desenvolver uma atitude crítica em estudantes contra o consumo de álcool, minimizando ameaças que isso pode ter para si e para os outros. ***Objetivo:*** Avaliar um programa de prevenção de problemas com a bebida em universitários. ***Método:*** Utilizou-se um desenho multe-método de pesquisa que avalia um programa de prevenção do consumo. Realizaram-se processos do tipo qualitativa e quantitativa em diferentes etapas do estudo com foco central a participação dos diferentes atores da comunidade. ***Resultados:*** Foram analisados a partir de sua estrutura e elementos conceituais, o programa "Assuma o Controle" como uma alternativa para a prevenção do consumo de álcool no âmbito Universitário, retornando os resultados da investigação "Um programa para prevenir o consumo de álcool na Universidade desenhado pelos universitários", concluída em junho de 2011. Na análise, é apresentada uma descrição da estrutura do programa a partir dos diferentes componentes, seus elementos conceituais e os resultados da sua aplicação em uma universidade privada em Bogotá. Ressalta-se a participação de todos os intervenientes da comunidade educativa, o compromisso e diretriz institucional da universidade, a liderança da equipe de coordenação e dos estudantes, e do apoio de entida-

des governamentais. ***Conclusão:*** A sinergia de todos estes elementos permitiu divulgar uma experiência de sucesso na prevenção do consumo problemático de álcool em Colômbia, que pode chegar a constituir uma alternativa de saúde pública, como resposta para a necessidade de fortalecer os espaços de prevenção.

Palavras-chave: álcool, saúde pública, prevenção do álcool, universitários.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que el consumo nocivo de bebidas alcohólicas ocasiona 2,5 millones de muertes cada año, y que unos 320 000 jóvenes de entre los 15 y los 29 años de edad mueren al año por causas relacionadas con el consumo de alcohol, lo que representa el 9 % de las defunciones en ese grupo de edad. Dentro del marco de la estrategia mundial para disminuir el uso nocivo de alcohol se puntualiza que parte de la carga de morbilidad del mundo está asociada al uso nocivo del alcohol, se considera el tercer factor de riesgo para discapacidad y muerte prematura (1,2). En las Américas, los datos superan las estadísticas medias globales en muertes relacionadas con el alcohol, sus patrones de consumo y los trastornos que conlleva, y por eso el consumo de alcohol se constituye en el principal factor de riesgo de morbilidad en la región (3).

En la 63ª Asamblea Mundial de Salud se convocó a todos los países miembros a asumir el reto de lograr la reducción del uso nocivo de alcohol, entendido este no solo como un problema de salud pública, sino, especialmente, como un problema de desarrollo, en tanto los países con limitaciones de tipo económico, político, social y cultural presentan un mayor nivel de consumo nocivo (1).

En Colombia, los estudios diagnósticos reportan una disminución en la edad de inicio del consumo y una tendencia al aumento en el número de jóvenes que tienden al consumo social y nocivo de alcohol (4-8).

Se han desarrollado iniciativas en los planos político, científico y social para establecer e implementar acciones que contribuyan a prevenir el uso nocivo del alcohol (1,7,9-12). Se han diseñado e implementado acciones de prevención con especial énfasis en los ámbitos escolar y universitario (13,14).

Como acciones y políticas de salud pública vigentes frente al consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas, en 2010 la OMS (1) propone la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol;* en Colombia, en 2007, el Ministerio de la Protección Social implementa la *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto* (7); específicamente para Bogotá, en 2011, la Alcaldía Mayor de Bogotá, D. C., lanza la *Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias* psicoactivas en Bogotá, D. C. (12).

El programa Tómate el *Control* fue el principal resultado de la investigación *Un programa de prevención de consumo de alcohol en la Universidad diseñado por los universitarios*, desarrollada por la Universidad Javeriana con el apoyo de Colciencias y de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), y culminada en junio de 2011. Con el fin de conocer y analizar el programa *Tómate el Control*, a continuación se describen sus componentes fundamentales, sus relaciones con hallazgos de otras investigaciones, sus particularidades en general y en cuanto a los aspectos investigativos y, finalmente, en las conclusiones, se destacan los resultados obtenidos a partir de la implementación del programa diseñado por y para jóvenes universitarios y los aspectos que se consideraron fundamentales para obtener dichos resultados (15,16).

Descripción de *Tómate el Control*

El programa Tómate el Control es el resultado de la línea de investigación en Psicología y Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Javeriana, la cual, entre otros temas, se ha interesado en la prevención del consumo de alcohol en jóvenes centrándose en dos grupos: 1) los adolescentes escolares y 2) los jóvenes universitarios. En el ámbito de los universitarios, el programa Tómate el Control se presenta como una alternativa para las acciones de prevención. Este programa es producto de dos investigaciones, llevadas a cabo en universidades privadas de Bogotá. La primera de dichas investigaciones, titulada *Niveles, situaciones y características del consumo de alcohol en universitarios, elementos para el diseño de programas de promoción y prevención*, se desarrolló en 2008 (17), y en ella participaron 2910 estudiantes de 10 universidades. La segunda, *Un programa de prevención de consumo de alcohol en la universidad diseñado por los universitarios*, se hizo en dos comunidades educativas, con la participación de un total de 11 046 jóvenes, entre febrero de 2009 y junio de 2011 (15,16).

El programa objeto de este artículo corresponde al diseñado e implementado en una de las comunidades educativas, y fue producto de la investigación *Un programa de prevención de consumo de alcohol en la universidad diseñado por los universitarios*. La mencionada universidad, privada, tiene una población estudiantil aproximada de 22 000 estudiantes en pregrado. Se trabajó en 3 facultades, que incluían nueve carreras, para un potencial de 6961 estudiantes. Cada componente que se detalla fue proceso y producto del trabajo de diferentes actores de esa comunidad educativa.

Como categorías de análisis e implementación del programa se tomaron: 1) la delimitación de la problemática, 2) la estructura estratégica, 3) la estructura operativa y 4) la evaluación. En cuanto a la delimitación de la problemática, se han destacado las ventajas que puede traer el inicio de un programa preventivo delimitando (en el contexto particular, el problema que se quiere trabajar) (3,9,10,18-20). Así, con base en la caracterización previa del consumo de alcohol en universitarios de universidades de Bogotá, reportada por Muñoz *et al.* (17), se delimitó y se propuso una forma de abordaje del problema. Es evidente la necesidad percibida, por la comunidad educativa, de intervenir en la problemática del consumo de alcohol en los universitarios. Los datos coinciden en considerar dentro de los factores de riesgo de este grupo de jóvenes: 1) la libertad que adquieren en el manejo de sus tiempos y sus actividades, 2) las presiones propias de la adolescencia y la juventud y 3) el hecho de formar parte de una cultura que promueve el consumo de alcohol (15-17).

El trabajo inicial se centró en precisar y ampliar la descripción de la problemática con la perspectiva de los jóvenes, lo cual incluyó la percepción del consumo y los elementos importantes de los programas de prevención, con el fin de llegar a construir un programa que pudiese transformar la situación. Esta etapa del estudio facilitó la identificación de los estudiantes con la propuesta y generó credibilidad en los diferentes actores comunitarios. Fue claro para los universitarios cuál era el problema, así como las posibles actuaciones frente a él y las explicaciones sobre por qué consumen alcohol los jóvenes, elementos, a su vez, sugeridos por otros investigadores como fundamentales para iniciar un programa preventivo. Desde los estudiantes se propone que los programas deben superar el producto como tal y dar importancia al proceso de construcción (9,14,21,22). Dichos elementos fueron utilizados para la construcción de la estructura estratégica del programa, la cual fue desarrollada en el espacio de un año por diferentes grupos de estudiantes y quedó conformada por: *enfoque, categorías comprensivas y de intervención, misión, visión, objetivos y esquema*.

Los jóvenes manejaron plenamente convencidos la noción de que el programa estaba orientado a prevenir el consumo problemático, sin "satanizar" la ingesta social. Se buscaba construir una postura crítica que les permitiera enfrentar situaciones susceptibles de generar excesos en su consumo y que les facilitara controlarlo cuando se eligiera tenerlo, cuidando cada cual al otro y a sí mismo, y modulando la presión social (sobre todo, la ejercida por sus pares), y resaltando permanentemente la importancia de ser responsables frente al consumo. Como meta, se tenía adelantar acciones que contribuyeran a disminuir el consumo problemático y a mejorar la calidad de vida de toda la comunidad educativa (15,16).

En los planteamientos anteriores se hace evidente el hecho de que tomaron en cuenta aspectos que ya han sido propuestos como importantes para construir las acciones de prevención (9,10,23). Aspectos como reconocer la necesidad de la intervención, delimitar el grupo o los grupos objetivo y proponer los objetivos generales que se pretende alcanzar. En el programa Tómate el *Control* se identifican tales elementos; los logros se alcanzaron mediante una dinámica de los jóvenes que partió de su creatividad y de su deseo de innovar, proceso, a su vez, acompañado por los profesionales respetando y brindando apoyo a sus iniciativas.

En su estructura operativa, el diseño del programa contó con una malla de actividades, la cual fue evaluada cuantitativa y cualitativamente en sus objetivos y su metodología y en los materiales utilizados. Contiene dicha estructura dos subprogramas y acciones de soporte: 1) el subprograma "Tómatela suave" estaba dirigido a la población en general, buscando desarrollar acciones de prevención selectiva; 2) en el subprograma "No te tomes tu vida", se trabajó con los jóvenes de primer semestre y alumnos de cualquier semestre que pudieran presentar señales de estar iniciando o teniendo un consumo problemático. Las acciones de soporte fueron orientadas a la divulgación y la sensibilización, incluyendo acciones consideradas tradicionales en este tipo de programa, como boletines, talleres, cuenteros, conciertos, cocteles sin

licor y las demás que podrían ser innovadoras para ellos, como *performances, sketches*, puestas en escena y agenda-cartilla.

La estructura operativa descrita se propone incluir como elementos centrales acciones informativas, educativas, de ocio alternativo y de reducción de la oferta. La malla de actividades tuvo acciones de los cuatro tipos sugeridos; sin embargo, el mayor énfasis estuvo en las acciones educativas, pues los estudiantes se preocuparon permanentemente porque cada actividad realizada permitiera construir la postura crítica frente al consumo responsable del alcohol. Surgen acciones de divulgación y sensibilización con la preocupación permanente de vender la imagen y las ideas centrales para poder competir con los actores sociales que fomentan el consumo a través de estrategias de mercadeo.

Finalmente, el sistema de evaluación se orientó hacia los aspectos de cobertura, consumo de alcohol en los estudiantes, percepción de necesidad y aceptación y percepción del impacto. Incluyó datos cuantitativos y cualitativos con los que se buscó evaluar el proceso y sus resultados como lo proponen las investigaciones realizadas acerca del tema; además, sirvió para hacer un posicionamiento del programa usando la evaluación como una estrategia de mercadeo. Los resultados pueden considerarse exitosos en cuanto a cobertura, consumo y percepción tanto de necesidad y de aceptación como de impacto.

Se logró el 32,5% más de la cobertura proyectada con estudiantes (en total, 9020), lo cual implicó que un gran número de los estudiantes de las facultades participaran de forma directa en por los menos 2 de las actividades del programa. Para el nivel de riesgo de consumo, entendido como la relación entre el patrón de consumo de alcohol y la posibilidad de consecuencias adversas, se evidenció un cambio estadísticamente significativo (alfa de 0,01) arrojado por la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para muestras independientes, hubo una reducción significativa, al bajar 5 puntos porcentuales en el riesgo perjudicial y de dependencia, y 8 puntos en el consumo de riesgo.

La evaluación de la percepción del programa en cuanto a la necesidad y la aceptación de este evidenció la importancia, para la gran mayoría de estudiantes (en promedio, el 96%), de prevenir el consumo problemático de alcohol, y la de considerar las intencionalidades establecidas para el programa. Un porcentaje menor (en promedio, el 14%) se manifestó incrédulo frente a la posibilidad de éxito. El impacto del programa fue contundente: existe recordación de la imagen y del eslogan; se evidencian resultados positivos en los estudiantes por parte de otros actores y de ellos mismos, y casi por unanimidad, se sugiere seguir implementándolo (15,16).

Particularidades del programa

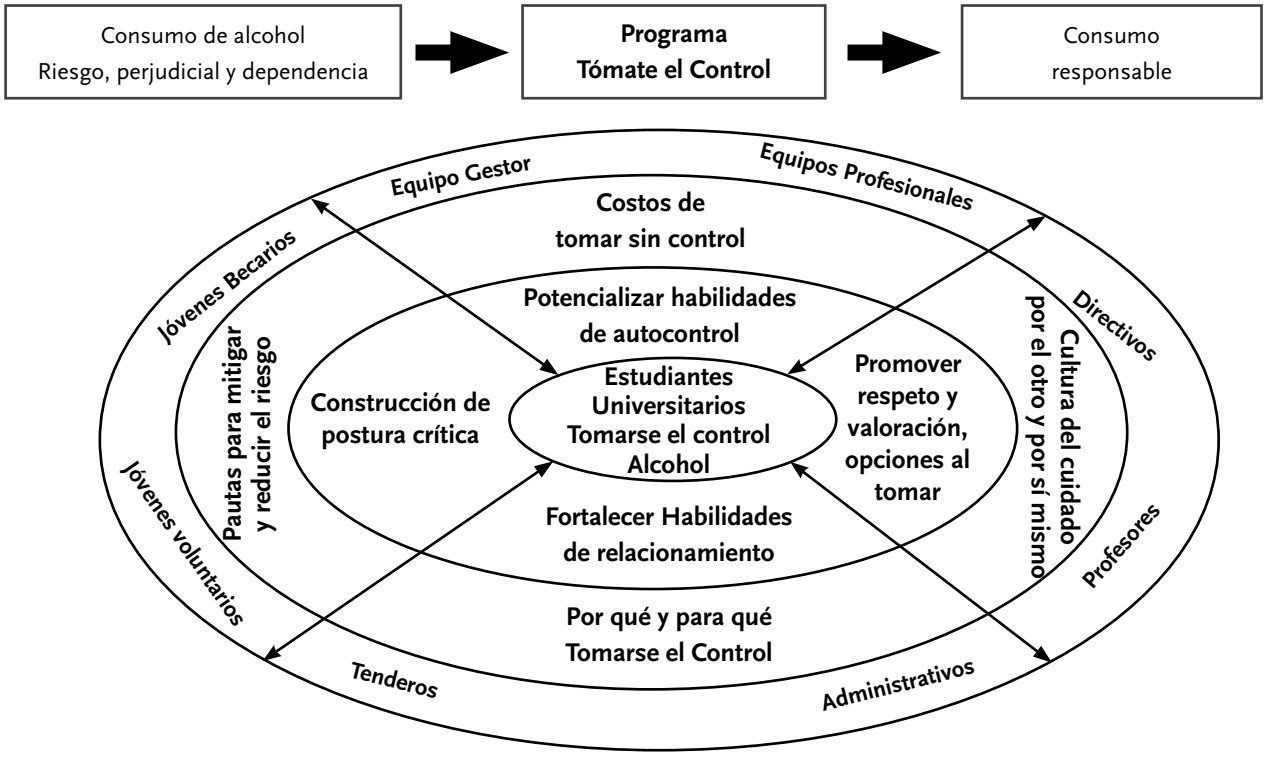
El programa, técnicamente hablando, utilizó un enfoque de salud pública pretendiendo un campo de conocimiento en trasformación transdisciplinar con métodos técnicos y técnicas de las ciencias médicas, pero también, fundamentalmente, valores y principios de las ciencias sociales, junto con los razonamientos y las actuaciones políticas. Ofrece un espacio para la confluencia de múltiples disciplinas que buscan convergencia interdisciplinar (24). Este enfoque permitió un manejo flexible del conocimiento e integrar expectativas y conocimientos de los diferentes actores de la comunidad educativa. En las figuras 1 y 2 se describen, respectivamente, el esquema conceptual y la estructura del programa; en ellos se consignan los elementos conceptuales clave del programa y de su dinámica que integran miradas de diferentes disciplinas, y que fueron definidos en conjunto con los jóvenes.

Para los estudiantes con quienes se diseñó el programa, hubo unanimidad en que se utilizaría como principio el concepto de *consumo responsable*, definido por ellos como lograr hacer una ingesta en la que primen "el autocontrol", "la diversión sana", "el cuidado de los amigos", "no terminar en la inmunda" y "saber parar".

La propuesta de reducción del daño ubica el problema en el campo cultural, acepta la funcionalidad social del alcohol y se centra en hacer intervenciones para manejar lo negativo derivado de un uso inadecuado o abusivo (25). Dentro de este contexto, el consumo responsable propuesto en el programa se ubica en dicha mirada, sin renunciar a la posibilidad de desarrollar acciones que generen como resultado la opción por parte del joven de ser abstemio.

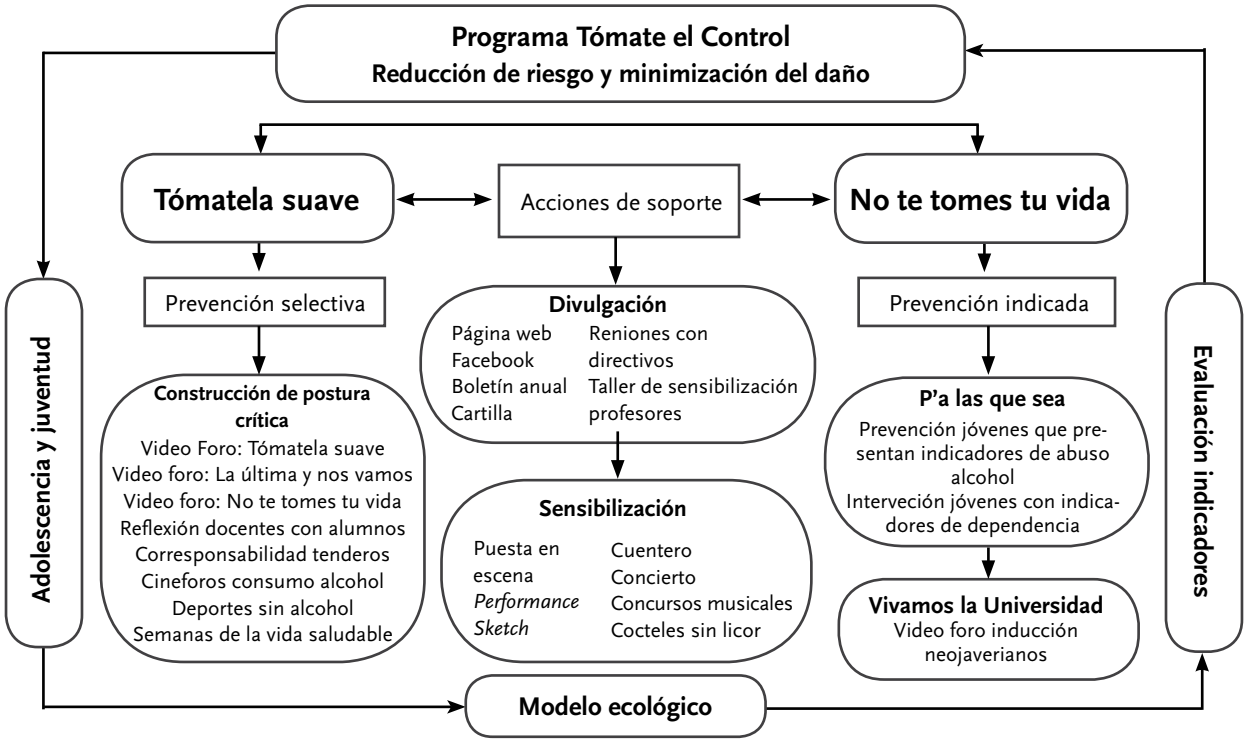
El término *consumo responsable,* como centro del programa para los jóvenes, implicaba ser consecuentes con una realidad cultural, tanto nacional como universitaria: el alcohol está asociado a diversión y socialización en la etapa de la vida en la que se encuentran. Tal postura concuerda con el punto de vista de Pérez

Figura 1. Esquema conceptual



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Esquema de intervención



Fuente: Elaboración propia.

Gómez (26), quien considera que es un falso dilema querer abolir por completo el consumo, pues ello no se compadece con el sentido común.

Respecto a la percepción del consumo en cuanto a características, situaciones y efectos, los jóvenes señalaron aspectos sociales, institucionales, familiares e individuales que promueven la ingesta de alcohol, y que debían ser tenidos en cuenta en el momento de la intervención. Entre ellos se desatacan elementos de la cultura colombiana y de la universitaria, situaciones de tensión y retos propios de la edad en la cual se encuentran, exposición a situaciones de riesgo y condiciones de vulnerabilidad; cabe destacar que gran parte de esta descripción entraña aspectos similares o iguales a los expuestos en investigaciones realizadas en población universitaria (17,27) y en adolescentes escolares (28).

Los estudiantes centraron el análisis en destacar aspectos que impulsaban al joven al consumo y otros que podrían frenarlo, principio básico del modelo de determinantes sociales de la salud propuesto por la OMS (29), y en el cual se destaca que para poder entender el fenómeno se debe partir de las condiciones sociales y personales en las que viven y se desenvuelven los jóvenes. Dichos determinantes incluyen también las vías por las cuales estas condiciones se pueden convertir en problemas de salud. Según Bukhart y Salvador (30), los determinantes que ameritan atención son los que pueden alterarse potencialmente por medio de una actuación fundamentada, prestando atención a las características del entorno en el cual se consume alcohol y donde transcurre la vida del universitario, ideas con las que están de acuerdo los jóvenes diseñadores del programa Tómate el Control. La OMS (29) señala que siempre se debe partir de la percepción de los jóvenes para que las acciones tengan una mayor probabilidad de éxito.

A lo largo del desarrollo del programa, se proponen acciones diferenciales para los jóvenes en mayor riesgo: quienes están iniciando su vida universitaria y quienes ya podrían estar presentando manifestaciones de problemas serios con el alcohol. Se incluyeron las diferentes instancias jerárquicas, los programas y los grupos existentes en la universidad, con especial énfasis en los profesores, como actores fundamentales para que las acciones tuvieran éxito. Fue una preocupación constante la forma como se lograría "vender" el programa para que fuera aceptado en la comunidad educativa, lo que llevó a desarrollar acciones de soporte permanente cuanto a divulgación y sensibilización, y a evaluar constantemente lo que se hacía analizando cómo se evidenciaban los cambios.

Los ejes conductores del programa se conectaron con planteamientos científicos en cuanto al tipo de prevención que se debe hacer para enfrentar la posibilidad del uso nocivo del alcohol. Se retoman los niveles de prevención *universal, selectiva e indicada*. 1) Prevención universal, orientada a la población joven en general, y orientada a sensibilizar acerca de los riesgos que tiene el consumo para la salud. 2) Prevención selectiva, dirigida a grupos poblacionales con un mayor riesgo de consumo, tales como los jóvenes que ya hacen consumo problemático. 3) Prevención indicada, enfocada en jóvenes consumidores que ya están presentando un problema relacionado con su consumo de alcohol (30). Como se observa en el esquema de intervención, el programa Tómate el Control optó por enfocarse en la prevención selectiva e indicada (figura 2).

Analizando los aspectos propuestos por los universitarios, es importante ver como los jóvenes comparten un modelo explicativo de consumo: el *ecológico*, ya que se asumen como seres humanos activos en desarrollo y en interacción permanente con entornos inmediatos cambiantes (31,32). El modelo propuesto por los jóvenes tiene en cuenta aspectos como: 1) los factores que facilitan el inicio y el mantenimiento del consumo de las distintas sustancias en una persona respecto a otras; 2) la progresión que va en el consumo de drogas legales a ilegales, y 2) las variables socioculturales, biológicas y psicológicas que actúan como moduladoras; todos ellos, aspectos que fueron obtenidos de la investigación de 2008 (17).

La prevención selectiva se refleja en el subprograma "Tómatela suave", y la indicada, en el subprograma "No te tomes tu vida". En "Tómatela suave", el énfasis recayó en la construcción de la postura crítica (figura 2), y en "No te tomes tu vida", en el autocontrol y el desarrollo de habilidades de relacionamiento. Se determinaron cuatro objetivos básicos: 1) construcción de postura crítica; 2) potenciamiento de habilidades de autocontrol, promoción y favorecimiento del respeto por diferentes opciones al tomar; 3) desarrollo de una cultura del cuidado por el otro, y 4) el autocuidado y el incremento de habilidades de relacionamiento. Se trabajó con base en cuatro estrategias: 1) por qué y para qué tomarse el control; 2) costos de tomar sin control; 3) pautas para mitigar y reducir el daño, y 4) cultura del cuidado por el otro

y por sí mismo. Se establecieron papeles diferenciales para los distintos actores comunitarios participantes: equipo gestor, equipo de profesionales, equipo de jóvenes (becarios y voluntarios), directivos, administrativos, profesores, grupos o programas institucionales, y tenderos (15,16).

En cuanto al subprograma "No te tomes tu vida", anclado en la prevención indicada, se utilizó el enfoque integrativo para el manejo del abuso o de la posible dependencia del alcohol (DSM IV-R) retomando variables conductuales, sociales y biológicas, así como el manejo de factores de riesgo y de protección, el manejo ambiental y la participación social, como lo reseñan Becoña e Iglesias (10) y Londoño y Vinaccia (14).

Particularidades de la investigación

En concordancia con la mirada de investigación en salud de Polit y Hungler (33), en el presente estudio se utilizó un diseño multimétodo de investigación de evaluación, que pretendía proponer y evaluar un programa de prevención en consumo problemático de alcohol en universitarios, diseñado e implementado por actores de la comunidad educativa. Se desarrollaron procesos de tipo cualitativo y cuantitativo en las diferentes fases del estudio teniendo como eje central la participación de los distintos actores de la comunidad.

La participación comunitaria es destacada desde hace más de 30 años por la OMS como una estrategia fundamental para hacer trabajo en salud de tipo preventivo. Desde 1973, este organismo recalcó la necesidad de reorientar la prevención primaria hacia la comunidad (29). Dicha orientación se ratifica en Alma Ata 1978 con la Declaración Salud para Todos en el año 2000 (34), en 1986 cuando se publica la carta de Ottawa, donde explícitamente se reconocen factores de diverso orden que inciden sobre la salud (35). En la conferencia, en Adelaida (1988), se menciona como una de las prioridades la creación de ambientes saludables, y así mismo es retomada como tema central de la conferencia que se llevó a cabo en Sundsvall (1991). En Yakarta (1997), se postuló la necesidad de "incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos con miras a efectuar la prevención del siglo XXI"; allí se plantea como estrategia la participación para lograr un esfuerzo sostenible, y el aprendizaje, como forma de fomentar la participación. Se explicita, además, la promoción de la salud como una actividad enfocada hacia y con la gente, sin imponer ni solo dar (36). En el siglo XXI, durante las conferencias de México (2000) y de Bangkok (2005), se plantea fortalecer la acción comunitaria y el empoderamiento de todas las comunidades (36).

En 2010, la OMS plantea una estrategia para reducir el uso nocivo del alcohol mediante una línea de acción desde las comunidades, las cuales deben conocer los daños que acarrea el consumo, y de esta manera, movilizar a la población en contra de la venta y del consumo (1).

Acorde con los lineamientos de la OMS en sus conferencias, Turabian (37) y Costa y López (38) ven los planes de salud con la participación comunitaria como un fin que debe llevar a una definición colectiva de la misión y la visión del proyecto, de sus actividades de desarrollo y de su forma de evaluación.

Acorde también con las consideraciones sobre los programas participativos en salud y tomando en cuenta los resultados de la investigación efectuada en 2008 (17), se formuló la pregunta de cómo enfocar un trabajo comunitario de prevención del consumo problemático de alcohol en estudiantes universitarios que los empoderara llevándolos a asumir el programa como propio, y que, a la vez, resultara efectivo al tomar en cuenta aspectos de su realidad más allá de pensar, simplemente, en un modelo médico. Así, un primer paso fue definir qué se entendería por comunidad, y el segundo, cuál sería el marco de referencia que se adoptaría.

Reconociendo que el concepto de comunidad es difícil de definir, para efectos del programa se acordó que se trataría de un grupo de personas vinculadas social y afectivamente y que participaban de unos espacios físicos y psicológicos, y que, por tanto, la universidad correspondía a esa definición. La comunidad estaría, entonces, constituida por el alumnado, los docentes, los directivos y los administrativos. Para formular el programa, se conformó un equipo gestor integrado por profesionales docentes de la universidad y comités de alumnos de diferentes semestres y facultades que sirvieran como eje articulador del diseño, el desarrollo y la evaluación planteados como la continuación de la investigación realizada durante 2008 por la Facultad de Psicología. El estamento en el que se centrarían las actividades sería el de los educandos, quienes, al compartir creencias valores normas y comportamientos, derivarían de dichos elementos

necesidades que buscarían satisfacer mediante un compromiso responsable con el proyecto.

De acuerdo con Marcos Sierra (21) y con Montero (39), el programa parte de que la intervención comunitaria es algo que se construye, se teje creando vínculos. Es un proceso siempre en construcción, implica un diálogo y una negociación permanentes y en los cuales se busca que la comunidad se involucre en su propio proceso de cambio; y para ello se debe tener en cuenta lo que ya funciona, los canales de participación, la evaluación la toma de decisiones y la coordinación.

En el programa Tómate el Control, los profesionales orientaron el trabajo. La comunidad asumió la forma de sujeto que interviene activamente en todas las etapas del proceso tomando decisiones, desarrollando el plan y evaluándolo. Los estudiantes participaron estableciendo la misión y la visión del proyecto, el contenido de las actividades, la evaluación de cada una de ellas y del proyecto como totalidad. De esta manera, puede decirse, con Aguilar (40), que la participación no fue un mito, sino una realidad concreta y efectiva que permitió culminar de manera exitosa con la construcción de un programa preventivo.

El programa acogió los planteamientos de Becoña Iglesias (10); también, los de De Rementeria (25) y de Londoño y Vinaccia (14), para la prevención del consumo en jóvenes y, particularmente, en jóvenes universitarios. Estos autores señalan que la prevención debe partir de un marco lógico, retomar teorías explicativas, lineamientos planteados por entidades nacionales e internacionales y los hallazgos investigativos pertinentes a la población con la que se va a trabajar.

Conclusiones

La comunidad universitaria con la que se construyó el programa Tómate el Control asumió como propios, de manera explícita e implícita, conceptos relativos a los avances en la prevención en general y, específicamente, en lo relacionado con la drogodependencia, los factores de riesgo y de protección y modelos teóricos que explican, a escala tanto nacional como internacional, el fenómeno del consumo de alcohol en los jóvenes.

La comunidad educativa de la universidad fue la gestora de su propio proyecto preventivo y fue asumiendo en forma autónoma y creativa la implementación en forma exitosa del programa y de cada una de sus tareas. Se generó una dinámica en la que todos aprendieron y aportaron, actuando con el convencimiento de que es posible construir con otros para beneficio de todos en un ambiente de respeto mutuo. El proceso realizado para el diseño del programa es sus aspectos estratégicos, generó expectativas positivas en los diferentes actores lo que permitió concretar una propuesta novedosa que al ser creada por ellos mismos daba una mayor probabilidad de impacto en las características y niveles de consumo presentes en las dos instituciones.

Para el programa, se partió de un enfoque de salud pública tomando como referencia la prevención en salud en el consumo de alcohol vista desde la teoría de los determinantes de la salud, con elementos conceptuales de la prevención integral y desde un modelo ecológico. Fue posible identificar las características que presenta el consumo de alcohol en los jóvenes de la comunidad universitaria en particular, establecer los elementos relevantes con las situaciones de consumo de alcohol y la relación de estas con los niveles de ingesta. La propuesta de prevención fue construida en el reconocimiento, por parte de los mismos jóvenes, de señales personales y contextuales.

El programa Tómate el Control mostró aspectos positivos, los cuales, según el análisis realizado, estuvieron asociados a diversos elementos como los actores, los medios de sensibilización y de divulgación y el contexto en el que se dieron la construcción y la aplicación.

Hablar de los actores implica, en primer lugar, establecer la participación de Colciencias y de la Secretaría de Salud de Bogotá (SDS), como telones de fondo que permitieron motivar a toda la comunidad educativa; participar en una investigación con el respaldo de esas instituciones era importante. La Vicerrectoría del Medio Universitario de la Universidad, en cabeza, precisamente, de su vicerrector, respaldó el programa desde su inicio hasta su cierre; fue primordial su aporte en la convocatoria y la participación de las diferentes unidades académicas y administrativas de la universidad y de las diferentes áreas responsables del bienestar universitario (deportes, salud, pastoral, trabajo comunitario). De manera coherente con el principio de formación integral del proyecto educativo institucional (PEI), los directivos, los administrativos y los profesores de cada

facultad mostraron siempre una actitud propositiva que coadyuvó para apoyar e implementar acciones y, a la vez, aprender al respecto.

El equipo gestor (profesores de la Facultad de Psicología y estudiantes becarios y voluntarios), con entusiasmo, motivación y dedicación, sintió siempre el reconocimiento de su proyecto en la comunidad universitaria y sus miembros se concibieron a sí mismos como agentes de cambio. Los estudiantes manifestaron motivaciones particulares: algunos lo hacían por la actividad; otros, por las relaciones que allí se gestaban, y otros más, por sentirse útiles socialmente.

Las propuestas para la "venta" del programa, el mantenimiento de la imagen y la evaluación de resultados fueron elementos clave en el ambiente de creatividad y de innovación permanente del programa. Se enfatizó en la divulgación y la sensibilización a través de actividades de soporte haciendo uso de distintos medios de comunicación, como páginas web (propia y de la universidad), el correo electrónico, pancartas, carteleras y agenda-cartilla, todos los cuales llevaron a que el programa fuera percibido como la respuesta a una necesidad sentida. Todas las actividades llevaban explícito el logo y el mensaje del programa, que terminó siendo divulgado boca a boca. El contexto del programa fue una universidad donde impera un ánimo de respeto por el otro, lo cual, a su vez, permitió que los estudiantes gozaran de aceptación en sus intervenciones. Además, el uso del lenguaje estudiantil y el manejo de imágenes de su propio mundo facilitaron llevar el mensaje.

En cuanto a los aspectos fuertes del programa, se puede destacar que fue diseñado y gestionado por diferentes actores de las comunidades educativas. Las actividades fueron novedosas y bien evaluadas por los estudiantes. Es importante destacar que el éxito del programa Tómate el Control radicó en la confluencia de muchos factores con los cuales se logró generar sinergia entre ellos: el apoyo prestado por instancias gubernamentales, el hecho de contar con una actitud positiva y con el apoyo irrestricto de todas las instancias comunitarias, el liderazgo y el trabajo riguroso del equipo gestor y de los jóvenes frente a cada detalle investigativo y de intervención, la aceptación y la acogida de la gran mayoría de los estudiantes y el gran acervo investigativo y teórico existente en distintas partes del mundo de entidades internacionales y nacionales, así como de investigadores preocupados por el tema. Se considera que el programa *Tómate el control* tiene aspectos de exigencia, como sus costos en cuanto a la parte logística, pues la obtención de recursos puede limitar la parte operativa. El programa requiere una implementación permanente, con evaluaciones periódicas que permitan una constante recordación, e involucrar a nuevos estudiantes.

La articulación de agentes sociales lograda es importante por cuanto estos tomaron consciencia de una problemática que cada día cobra más fuerza en el ámbito académico, de esta manera surgió la corresponsabilidad en todos los ámbitos universitarios entendiendo dicha corresponsabilidad como la respuesta a una necesidad. Los estudiantes que se involucraron directamente y que estuvieron a lo largo del proceso encontraron una forma de ejercer liderazgo y a su vez introdujeron nuevas formas de desarrollo personal en su vida.

El modelo del programa en una buena opción para hacer prevención desde la salud pública, en la medida en que responde a las necesidades y las propuestas de políticas vigentes de prevención en consumo del alcohol como sustancia psicoactiva. Ejemplo de ello son la política a escala mundial representada en la *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol* (1); en Colombia, la *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto* (7), y en la escena local, en Bogotá, la *Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá, D. C.* (12). Gestionar un proceso de construcción participativa al interior de comunidades educativas universitarias como dispositivo de intervención para enfrentar un problema de salud pública demostró ser útil para efectuar prevención selectiva y prevención indicada pudiendo abordar determinantes sociales del consumo problemático tal como fueron percibidos por los estudiantes universitarios.

La respuesta al ámbito de la salud pública de la propuesta de Tómate el control puede estar determinada por el hecho de compartir aspectos centrales con los planteamientos de las políticas ya mencionadas, como: reconocer el mayor consumo de alcohol en la población entre los 18 y los 24 años, con cifras que van en aumento, lo cual sustenta la importancia de intervenir con urgencia el problema con esta población; llamar a un trabajo comunitario que fortalezca

apropiación de los objetivos y las acciones por parte de los diferentes actores; el hecho de que se dirige a reconocer la problemática y a fortalecer escenarios de prevención, a construir alternativas sociales, a movilizar las distintas redes que se ven involucradas en el fenómeno, y a incidir y reformar los imaginarios frente al tema y promover la divulgación fomentando la participación social.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. Ginebra: OMS; 2010.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol, nota descriptiva N° 349. OMS, Centro de Prensa [internet]. 2011. [citado 2014 jun. 30]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html

3. Monteiro M. Alcohol y salud pública para las Américas: un caso para la acción. Informaciones clínicas básicas. Washington: OPS; 2007.

4. Rumbos. Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: Resultados de la Encuesta Nacional de 2001 en Jóvenes Escolarizados de 10 a 24 años. Bogotá: Presidencia de la República; 2002.

5. Comunidad Andina. Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe comparativo Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Secretaría General de la Comunidad Andina; 2009.

6. Londoño C, García W, Valencia SC, et al. Expectativas frente al consumo de alcohol en jóvenes universitarios. An Psicol. 2005;21:259-67.

7. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2007.

8. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE). Estudio nacional de consumo de drogas en Colombia. Resumen ejecutivo. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2009.

9. Becoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Imprenta Nacional del Boletín Oficial del Estado; 2002.

10. Becoña Iglesias E. Teorías y modelos explicativos en prevención de drogodependencias. Uruguay: Presidencia República Oriental del Uruguay, Junta Nacional de Drogas, Curso taller "prevención del consumo problemático de drogas"; 2007.

11. Reino de España, Plan Nacional sobre Drogas. Encuestas sobre drogas en población general. Madrid: Ministerio del Interior; 2003.

12. Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2011.

13. Sánchez Villegas M. Los programas de prevención en Latinoamérica: Una mirada a con-ciencia. Medellín: Surgir, Corporación Colombiana para la prevención del alcoholismo y la fármaco-dependencia; 2009.

14. Londoño C, Vinaccia A. Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. Alcohol infórmate [internet]. 2007 [citado 2014 jun. 30]. Disponible en: http://www.alcoholinformate.org.mx/investigaciones.cfm?catID=1&id=208

15. Muñoz L, Barbosa LC, Méndez M, et al. Un programa de prevención alcohol en la universidad diseñado por los universitarios. Informe de investigación inédito. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2011.

16. Muñoz L, Barbosa LC, Méndez M, et al. Tómate el Control: un programa de prevención de consumo problemático de alcohol para comunidades universitarias. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2014;16:27-48.

17. Muñoz L, Barbosa C, Briñez A, et al. Elementos para programas de prevención en consumo de alcohol en universitarios. Univers Psychol. 2012;11:131-45.

18. Centros de Integración Juvenil, A.C. Prevención del consumo de drogas. Restos y estrategias en la

sociedad contemporánea. Tomo I. 2ª ed. Tlaxcala: AC; 2009.

19. Observatorio Europeo de las Drogas y la Toxicomanía. Informe anual 2010 [internet]. 2010. [citado 2014 jun. 30]. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_120159_ES_Newsrelease_Highlights2010_ESFinal.pdf

20. National Institute of Health (NIH). About NIH [internet]. 2011. [citado 2014 jun. 30]. Disponible en: http://www.nih.gov/

21. Marcos Sierra J. Prevención comunitaria: un modelo de intervención. VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su enfoque comunitario. Ponencias. Chincala, Cadiz. 1999.

22. Secades RA. Intervención en los problemas de abuso de alcohol juvenil. En Encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones. El psicólogo clínico en la atención a las drogodependencias N° 20. Chiclana, Cadiz: Secretaria general de encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones; 2005.

23. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguimiento y evaluación de programas de prevención del uso indebido de sustancias por los jóvenes. Viena: Naciones Unidas, Oficina contra la droga y el delito; 2006.

24. Franco GA. Tendencias y teorías en salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública. 2006;24:119-30.

25. De Rementeria I. Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención. Naciones Unidas. CEPAL. División de desarrollo social Santiago de Chile: Serie políticas sociales 53 [internet]. 2001. [citado 2014 jun. 30]. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/8044/lcl1596-P.pdf

26. Pérez Gómez A. ¿"Sociedad libre de drogas o reducción del daño"? Un falso dilema. Rev Colomb Psicol.. 2009;18:95-102.

27. Gantiva CA, Bello J, Vanegas E. Relación entre el consumo excesivo de alcohol y esquemas maladaptativos tempranos en estudiantes universitarios. Rev Colomb Psiquiat. 2010;39:362-74.

28. Moral M, Ovejero A. Consumo abusivo de alcohol en adolescentes españoles: tendencias emergentes y percepciones de riesgo. Univers Psychol. 2011; 10:71-87.

29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actua r sobre los determinantes sociales de la salud, documento de trabajo. Ginebra: OMS; 2005.

30. Bukhart G, Salvador T. Programación en prevención universal y selectiva, implicaciones para la evaluación. En: Encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones. El psicólogo clínico en la atención a las drogodependencias N° 3. Chiclana, Cadiz: Secretaria general de encuentros de profesionales en drogodependencias y adicciones; 2005.

31. Mattaini M, Thyer B. Finding solutions to social problems behavioral strategies for change. USA: American Psychological Association; 1996.

32. Sussman S, Earleywine M, Wills T, et al. The motivation, skills, and decision-making model of ''Drug Abuse'' prevention. Subst use misuse. 2004; 39: 1971-2016.

33. Polit DF, Hungle BP. Investigación científica en ciencias de la salud 6ª ed. Mexico: MacGraw Hill; 2003.

34. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alma-Ata 1978. Atención primaria de salud. Serie salud para todos, 1. Ginebra Suiza: OMS; 1978.

35. World Health Organization (WHO). Ottawa Charter for Health Promotion. Canada: Canadian Public Health Association, Health and Welfare Canada, and the World Health Organization. 1986. [citado 2014 jun. 30]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1

36. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud: seguimiento de la sexta conferencia mundial de promoción de la salud. Ginebra: OMS;2006.

37. Turabián J. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1992.

38. Costa M, López E. Salud comunitaria. España: Martínez Roca; 2000.

39. Montero M. El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. Univers Psychol. 2009;8:615-26.

40. Aguilar IMJ. La participación comunitaria en salud: ¿Mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos; 2001.

Recibido para evaluación: 11 de septiembre de 2012
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Liliana Muñoz Ortega
lmunoz@javeriana.edu.co

https://doi.org/10.56085/isss.515

Caracterización de las investigaciones sobre equidad en salud en Bogotá, D. C. (2006-2010)

Characterization of Research on Health Equity in Bogotá, D. C. (2006-2010)

Caracterização da investigação sobre a equidade em saúde de Bogotá, D. C. (2006-2010)

Germán Granada Osorio[1]

Resumen

Introducción: Se presenta el análisis de doce investigaciones sobre equidad en salud, realizadas entre 2006-2010, para caracterizarlas y presentar sus resultados. ***Objetivo:*** Caracterizar las investigaciones que sobre el tema de equidad en salud se han llevado a cabo en Bogotá entre 2006-2010, así como describir sus metodologías y analizar sus resultados. ***Métodos:*** Sistematización de los informes finales de las investigaciones que indagaban por las causas y los determinantes de las inequidades en salud —no de las causas de los problemas de salud—. Se elaboró una matriz analítica comparativa, con los siguientes aspectos, para su contrastación: Objeto de estudio.

- Problema.
- Enfoque teórico.
- Metodología.
- Análisis de la información.
- Resultados.
- Aportes.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo. ***Resultados:*** Se presentan dos tipos generales de abordaje de la equidad en salud, deducidos de las investigaciones analizadas: 1) las investigaciones que abordan el problema de la equidad en salud desde las demandas de equidad de los diferentes grupos poblacionales, y 2) las investigaciones que abordan el problema de la equidad en salud desde el análisis del funcionamiento del *Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*; más específicamente, desde la estructura, la organización, la financiación, la cobertura, el

1 Profesional en Filosofía. Magíster en Estudios Sociales. Profesional especializado, Grupo de Investigaciones y Cooperación Internacional, Dirección de Planeación Sectorial, Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, Secretaría Distrital de Salud (SDS). Bogotá, Colombia.

aseguramiento, el acceso y la calidad. ***Conclusiones:*** En Bogotá persisten las inequidades en salud según grupos poblacionales y según el tipo de afiliación al SGSSS. Se recomienda integrar a las investigaciones sobre equidad en salud el concepto de *calidad de vida*, por cuanto ella condiciona en varios sentidos el estado de salud de la población, al hacerla más o menos vulnerable a los daños en la salud y potenciar o limitar su capacidad de respuesta a esos daños. Así, el análisis no se centraría exclusivamente en los resultados del sistema de salud, sino que abordaría los determinantes sociales de la salud.

Palabras clave: equidad en salud, grupos de población, inequidad social, Bogotá, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Abstract

Introduction: This article presents the analysis of twelve different investigations about health equity carried out in Bogotá during 2006-2010, to be characterized and to portray their results. ***Objective:*** Characterize the investigations about health equity that have been carried out in Bogotá during 2006-2010, to describe the methodologies and analyze their results. ***Methods:*** Systematization of the final reports of the investigations that studied the causes and determinants of inequalities in health. Those that studied other health problems were not included. A comparative analytic matrix was constructed, with the following aspects to be contrasted:

- Problem.
- Theoretical approach.
- Methodology.
- Information analysis.
- Results.
- Contributions.

Design: Retrospective, descriptive, observational study. ***Results:*** Two different approaches of health equity are presented, parting from the analyzed investigations. The first group includes studies that approach the topic from the demands for health equity for each population group. On the second hand, there are those studies that approach the topic from the analysis of the *Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*. Most specifically, from the structure, organization, financing, coverage, access, and quality points of view. ***Conclusions:*** Inequities in health, in Bogota, still happen across population groups and across types of affiliation to the health system (SGSSS). It is recommended to include the concept of life quality to the investigations regarding health equity. This concept conditions the health status of the population under different scopes. It makes it more or less vulnerable to health hazards, and strengthens or limits its response capabilities towards these hazards. This way, the analysis wouldn't be exclusively centered towards the results of the health system, as it would take into account the social determinants of health.

Key words: health equity, population groups, social inequity, Bogotá, Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Resumo

Introdução: Apresenta-se uma análise de doze investigações sobre equidade em saúde que foi realizada em Bogotá, entre 2006-2010, para caracterizar e apresentar os seus resultados. ***Objetivo:*** Caracterizar as investigações sobre o tema da equidade em saúde realizadas em Bogotá, entre 2006-2010, descrever as metodologias e analisar seus resultados. ***Métodos:*** Sistematização dos relatórios finais das investigações que inquiriram para as causas e determinantes de desigualdades em saúde -não as causas de problemas de saúde- Foi elaborada uma matriz analítica comparativa, com os seguintes aspectos para constatação: Objeto de estudo.

- Problema.
- Abordagem teórica.
- Metodologia.
- Análise de informação.
- Resultados.
- Contribuições.

Desenho: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. ***Resultados:*** Presenta-se dois tipos gerais de abordagem da equidade em saúde, deduzidos das investigações analisadas: Em primeiro, aquelas investigações que abordam o problema de equidade em saúde a partir de demandas de equidade de diferentes grupos populacionais. Em segundo, as investigações que abordam o problema da equidade em saúde a partir da análise do funcionamento do *Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS)*, mais especificamente a partir da estrutura, organização, financiamento, cobertura, seguro, acesso e qualidade. Conclusões: Em Bogotá persistem as inequidades em saúde por grupos populacionais e por tipo de filiação ao Sistema Geral de Segurança Social em Saúde. Recomenda-se integrar as investigações sobre equidade em saúde, o conceito de qualidade de vida, já que está condicionada ao estado de saúde da população em vários aspectos, tornando-o mais ou menos vulnerável aos danos para a saúde e potencializando ou limitando sua capacidade de resposta esses danos. Assim, a análise não se concentraria apenas sobre os resultados do sistema de saúde, como também abordaria os determinantes sociais da saúde.

Palavras-chave: equidade em saúde, grupos populacionais, inequidade social, Bogotá, Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS).

Introducción

El propósito del presente artículo es caracterizar las investigaciones sobre equidad en salud que se han llevado a cabo recientemente en Bogotá, D. C., los problemas de investigación planteados, sus métodos y los resultados obtenidos. Se busca analizar los aportes de dichas investigaciones a la comprensión de la equidad sanitaria, dentro del marco de los determinantes sociales de la salud, en el contexto de una ciudad como Bogotá, D. C.

El campo de la equidad en salud (1) ha experimentado avances en el mejoramiento de los indicadores de morbilidad y mortalidad de los países en su conjunto (2), pero, aún se presentan enormes desigualdades entre regiones y países, así como en el interior de estos y entre ciudades, regiones, zonas urbanas y rurales, así como entre los diversos grupos sociales (3).

Como han señalado distintos estudios (4-7), las desigualdades en la calidad de vida y salud son producidas por las condiciones económicas, geográficas o ambientales de los grupos humanos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la mayor parte de los problemas de salud son el resultado de las condiciones socioeconómicas en las cuales viven las personas, por lo que es necesario diseñar estrategias que incidan sobre los determinantes de la salud para dar una respuesta integral (8,9).

La importancia que tiene la equidad en salud en el debate político público contemporáneo (10) se expresa en declaraciones como las de *Agenda 21* (11), de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y políticas como *Salud para todos en el siglo XXI* (12), promulgada por la OMS, y la cual pretende mejorar la equidad en salud entre diversos grupos de población, así como fortalecer la salud a lo largo de la vida.

Por su parte, informes nacionales sobre equidad (13) y sobre la situación de salud de la población (14)

señalan que es necesario invertir en salud a edades tempranas y reducir las enfermedades a partir de una estrategia integral que involucre la promoción, la prevención y el tratamiento, en un entorno físico sano y seguro, lo cual, a su vez, implica mejorar las condiciones sociales, económicas y ambientales promoviendo escenarios físicos y sociales favorables a la salud de toda la población (15); es decir, entender la salud como el desarrollo de las capacidades y las potencialidades en términos positivos, pero medibles, lo que implica acciones de mayor alcance que la simple asistencia sanitaria (16).

Respecto a la situación de la equidad en salud en Bogotá (17), a lo largo de las últimas décadas la ciudad ha experimentado importantes procesos de modernización y adecuación de su infraestructura, pero, en el plano social, persisten desigualdades entre las localidades (18). Por otra parte, el SGSSS en Bogotá ha presentado problemas de fragmentación, barreras de acceso y desigual atención para la población (19), además de la precariedad en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, y la ausencia de la participación social en la política de salud (20).

Por otra parte, la pobreza en la ciudad (21), el desempleo, la informalidad laboral y el desplazamiento forzado de grandes masas de poblaciones a la ciudad a lo largo de los últimos años (22), entre otros factores, inciden negativamente en el acceso a centros, bienes y servicios de salud. El crecimiento urbano de la ciudad ha impactado negativamente la situación de salud, (cambios epidemiológicos (23) a partir de las condiciones ambientales, hacinamiento, problemas de convivencia y movilidad), así como una mayor carga para el Sistema Distrital de Salud ante la presencia de nuevas enfermedades (24).

Por otra parte, desde 2004, la política distrital de salud (25) se ha orientado hacia un enfoque promocional de calidad de vida y salud, con el fin de garantizar el derecho a la salud, mediante una serie de estrategias ordenadas por la Atención Primaria en Salud (APS) (26), para generar procesos de transformación del sector hacia la integralidad, la accesibilidad a los servicios y la superación de inequidades en salud y el mejoramiento de la calidad de vida (27).

En este orden de ideas, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), a través del Grupo Funcional de Investigaciones y Cooperación Internacional (28), ha promovido la investigación de las inequidades en salud para la formulación de políticas públicas orientadas por la equidad y la calidad de vida de la ciudad.

Así, entre 1997 y 2009, la SDS financió 126 investigaciones, relacionadas con salud pública, aseguramiento, modelo financiero y desarrollo de servicios. Del total de investigaciones promovidas por la SDS durante dicho periodo, 16 investigaciones, correspondientes al 12 % del total, abordan los factores globales que afectan la equidad en salud. Por su parte, a lo largo del período 2006-2010, el Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá desarrolló 4 investigaciones relacionadas con mortalidad materna e infantil, discapacidad, calidad de vida y salud por clase social, disponibilidad de servicios y acceso a servicios de salud.

En dicho contexto, la SDS, en alianza con el Grupo de Protección Social del Centro de Investigaciones para el Desarrollo, de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, impulsó la creación del Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud de Bogotá (29), como un instrumento para medir, analizar, divulgar y propiciar el debate público y promover la formulación de políticas públicas para superar las inequidades en salud y para el mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones ambientales, como garantía del derecho a la salud en Bogotá, D. C.

Entre los objetivos del observatorio se encuentra investigar las inequidades en calidad de vida y salud en Bogotá[2], razón por la cual se consideró pertinente llevar a cabo un estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo, sobre investigaciones en equidad en salud en Bogotá publicadas durante el periodo 2006-2010, como insumo para elaborar nuevas investigaciones para el observatorio (30,31) y avanzar en la selección de los indicadores de equidad para el monitoreo de las desigualdades entre los grupos de población, derivadas, a su vez, de la posición socioeconómica, el género, la etnia, los ciclos de vida y las capacidades, expresados todos ellos en los siguientes ámbitos: oportunidades para el desarrollo humano; exposición y vulnerabilidad diferencial al riesgo; acceso desigual a las respuestas institucionales; resultados desiguales en calidad de vida, ambiente y salud; impactos desiguales en la posición social[3].

2 Las investigaciones realizadas por el Observatorio durante el periodo 2006-2010 son: mortalidad evitable materna y de menores de 5 años (1998-2003); discapacidad como huella de la inequidad social; condiciones de trabajo, informalidad y equidad; análisis de equidad en el acceso a servicios de salud en el programa de Salud a su hogar.

3 El análisis de las investigaciones sobre equidad en salud en Bogotá

Métodos

Se optó por un diseño de estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo. Se procedió a revisar los catálogos bibliográficos de la SDS[4] y de programas de posgrados en Bogotá, en salud pública, seguridad social en salud y administración en salud, buscando investigaciones que abordaran las causas y los determinantes de las inequidades en salud en Bogotá, D. C. Se dejaron de lado las investigaciones que trataban de "las causas de los problemas de salud" en el Distrito Capital. Posteriormente, se priorizó como criterio de selección que las investigaciones adoptaran un enfoque conceptual y metodológico basado en los determinantes sociales y estructurales de la salud.

Se consultaron los informes finales de las investigaciones seleccionadas. También se examinaron artículos científicos publicados en revistas indexadas que daban cuenta de investigaciones realizadas.

Se elaboraron doce reseñas reconstructivas, con el siguiente esquema para la sistematización y el análisis de las investigaciones: Identificación del objeto de estudio; Identificación del problema; Identificación del enfoque teórico, Identificación del procedimiento metodológico usado por el autor; Identificación del procedimiento para el análisis de la información; Resultados; Aportes para el desarrollo de nuevas investigaciones en equidad en salud.

Para efectos del análisis, se elaboró una matriz analítica comparativa, con los aspectos señalados en la reseña. Se estableció una tipología de las investigaciones analizadas: las que daban cuenta de las necesidades en equidad en salud según grupos poblacionales, y otras que abordaban las inequidades en el acceso al sistema de salud. Se contrastaron las metodologías utilizadas y se analizaron sus resultados.

(2006-2010) permitió conocer distintas perspectivas de abordaje de las inequidades en salud (conceptualización, procesos, diseños, líneas de investigación, fuentes de información, metodologías, indicadores, informes, impacto), entre otros aspectos que pueden resultarle útiles al observatorio para futuras investigaciones.

4 Repositorio Digital de la SDS; Biblioteca de la SDS; las tablas documentales y los archivos magnéticos del Grupo Funcional de Investigaciones y Cooperación Internacional de la Dirección de Planeación y Sistemas.

Discusión

Investigaciones de equidad en salud según grupos poblacionales y sus necesidades

Entre las investigaciones en salud que abordan el problema según grupos poblacionales y sus demandas, se encontraron grupos según el género, la etnia, la edad, la sexualidad y la discapacidad, entre otras.

La *dimensión de género en la equidad en salud* (32) hace referencia a las características biológicas que diferencian a hombres y mujeres y al efecto que las representaciones sociales masculinas y femeninas conllevan sobre desigualdades sociales, injustas y evitables, como las desencadenadas por el sexismo. A partir de las diferencias biológicas, se construye un significado social: el *género*, basado en la división según el sexo, los papeles y el poder. De esta manera, el género se convierte en uno de los ejes primarios en torno a los cuales se organiza la vida social. Las inequidades de género en salud son examinadas a partir del estado de salud y sus determinantes; el acceso efectivo a la atención, de acuerdo con la necesidad, y el financiamiento de la atención, según la capacidad de pago y el balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud.

La *relación entre etnia y salud* ha sido poco estudiada en nuestro país con la perspectiva de la equidad en salud; lo mismo ocurre para el caso de Bogotá. Esto hace difícil contrastar los resultados de la presente investigación con esfuerzos previos. El estudio (33)[5] evidencia diferencias en el acceso a los servicios que no responden al reconocimiento de las diferentes necesidades y, por el contrario, muestran la ausencia del reconocimiento cultural. Se desconoce la especificidad étnica de las poblaciones y se confirma la discriminación excluyente en los servicios de salud. La cuantificación de la discriminación étnica y la mayor vulnerabilidad de las etnias halladas en el presente estudio concuerdan con el diagnóstico general, de la existencia de inequidades en salud y en las condiciones sociales de vida de la población indígena y afrodescendiente respecto a la población general a escala

5 Según datos del Censo 2005 del DANE, en Colombia las etnias representan el 13,8 % de la población, mientras que en Bogotá representan el 1,7 %. Los indígenas y los afrodescendientes padecen situaciones de exclusión social que se reflejan en la salud de sus comunidades.

distrital y nacional. Las inequidades que más padecen los grupos étnicos respecto a la población en general son: menor ingreso, menor acceso a servicios y mayores niveles de morbilidad y mortalidad. Tales diferencias dependen de la construcción de la etnicidad y de la posición social derivada de ella en el contexto de una sociedad excluyente.

Otra de las categorías es *la edad*, que desempeña un factor clave para el análisis de la equidad en salud en un grupo poblacional específico, tal como lo señala la investigación sobre el adulto mayor (34)[6] en estratos 1 y 2, y en la cual se establecen y se caracterizan las barreras de acceso en el servicio a salud de los adultos mayores que viven en la vereda de San José y en los barrios Carbonell y El Palmar.

En cuanto a *la sexualidad*, se encuentra la investigación sobre salud sexual y reproductiva (SSR) (35)[7], que constituye una dimensión esencial de la salud humana, y poco estudiada desde la equidad en salud.

En esta investigación se procedió a identificar las necesidades y las condiciones en derechos sexuales y reproductivos (DRS) y SSR en grupos poblacionales considerados vulnerables frente al VIH-sida, de seis localidades declaradas en emergencia social en Bogotá en 2004. Se focalizó el estudio sobre: jóvenes, mujeres, personas privadas de la libertad, hombres que tienen sexo con hombres, y personas en situación de prostitución. La investigación indagó por variables sociodemográficas y variables de comportamiento sexual de los diferentes grupos, así como por el acceso y la atención en los servicios de salud, y en los contextos de socialización interrogó sobre las condiciones que favorecen la adopción de prácticas sexuales saludables y las percepciones de los funcionarios y los administradores sobre la SSR. Esta investigación levantó la línea de base de acuerdo con indicadores de comportamiento para la vigilancia en salud pública en SSR y VIH-sida en los grupos considerados.

En cuanto a la investigación sobre *inequidades en salud en personas en situación de discapacidad* (36)[8], estas se examinaron con la perspectiva de entender la salud como desarrollo de capacidades y potencialidades del cuerpo humano (las capacidades respiratoria, cardiovascular, neuromuscular, inmunológica, visual, digestiva, afectiva, intelectual, sexual, etc.) desde el recién nacido hasta el adulto joven, de acuerdo con unos valores históricos y sociales determinados. Así mismo, la conservación de esas potencialidades y capacidades durante el mayor tiempo posible en el adulto, gracias a los conocimientos de la sociedad y al desarrollo científico y tecnológico. Con tal perspectiva, lo contrario a la salud no es la enfermedad, sino la discapacidad.

Por otra parte, la investigación que evalúa la *implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en Bogotá* (37), entre 2004 y 2007, considera dicha estrategia efectiva para mejorar la salud de la población y reducir las inequidades en salud, al enfrentar los determinantes sociales esas inequidades. Se trata de establecer si la APIS ha contribuido o no a la reducción de las inequidades en salud mediante la disminución de los problemas de accesibilidad y uso de los servicios, la organización de respuestas integrales y continuas a las necesidades de salud, la realización de acciones coordinadas en los ámbitos sectorial e intersectorial y el empoderamiento, la movilización y la participación social y comunitaria.

En seguida, y para terminar de describir todas las investigaciones que forman parte del presente estudio, se expondrán las investigaciones sobre *equidad en salud según el funcionamiento del SGSSS*.

Investigaciones de equidad en salud según el funcionamiento del SGSSS

La investigación de la equidad en salud a partir del análisis del funcionamiento del SGSSS se puede ob-

6 La investigación se desarrolla en la Localidad Séptima (Bosa); indaga por las inequidades que en el acceso a los servicios de salud padecen los adultos mayores, de 60-85 años, dependiendo de su tipo de afiliación al sistema de seguridad social.

7 La investigación se realizó a través de un trabajo conjunto e intersectorial entre el sector gubernamental, las agencias de cooperación internacional y las organizaciones sociales, para dar respuestas a las problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva (SSR); particularmente, en la implementación de estrategias de promoción de la SSR y la prevención del VIH-sida. La investigación aborda las necesidades y las condiciones de diferentes grupos de población en Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y SSR: estudiantes de colegios distritales; mujeres del Centro de Reclusión Femenino El Buen Pastor; hombres de la Cárcel Distrital La Modelo; jóvenes del centro de Reclusión de Menores El Redentor; las jóvenes del Hogar Femenino Luis Amigó; estudiantes de la Universidad Distrital, mujeres de las localidades de Ciudad Bolívar y Usme, y los funcionarios de dichas instituciones.

8 Analiza las inequidades en el acceso a la salud que padecen las personas en condición de discapacidad. Plantea una perspectiva de salud en términos de desarrollo de capacidades desde la infancia y la conservación de estas en la medida en que avanza la edad adulta. Plantea que la equidad en salud va más allá del acceso a la asistencia sanitaria.

servar que en las tres investigaciones que lo abordan, unas examinan el sistema desde el punto de vista de su estructura, su organización y recursos; otras lo hacen desde el punto de vista de la oferta y la demanda, y otras evalúan el desempeño del sistema de salud, la cobertura, la accesibilidad, la utilización y la calidad de los servicios.

El análisis de la situación de la salud desde el enfoque de la equidad busca integrar la calidad de vida de la población, el estado de salud, la respuesta social a través de la atención en el sistema de salud. En las investigaciones se analizan las inequidades en la negación al acceso a los servicios de salud, lo cual implica que los usuarios deben recurrir a sus propios recursos para cubrir los gastos de la atención en salud, lo que se conoce como "gastos de bolsillo". En la investigación analizada (38)[9] se identificaron inequidades para el total de la población de Bogotá, así como para cada una de las localidades, relacionadas con la edad, los ingresos, el estado de afiliación y el sexo y la manera como resolvieron una urgencia de salud o una situación de enfermedad durante los últimos 30 días anteriores a la realización de la encuesta.

Bogotá tiene una de las proporciones más bajas de "enfermedad sentida" en el país. Las mujeres tienen una mayor percepción de la "necesidad en salud" que los hombres. En la medida en que aumenta la edad, la percepción del estado de salud se deteriora; lo contrario ocurre con el quintil de ingresos: en la medida en que aumenta el ingreso, la percepción del estado de salud mejora, situación que refleja las condiciones de bienestar y calidad de vida que tienen las personas de mejor nivel socioeconómico.

Por su parte, la investigación en equidad en el acceso y el uso de los servicios en salud (39)[10] establece como parámetros los niveles de afiliación y cobertura, y adelanta estudios exploratorios y transversales, mediante encuestas, con variables demográficas y sociales, para detectar las diferencias que podrían existir entre afiliados y no afiliados, en términos de acceso y de utilización de los servicios de salud.

Finalmente, la investigación sobre la equidad en el régimen de aseguramiento (40)[11] muestra las diferencias existentes en los niveles y la estructura de la mortalidad por régimen de aseguramiento, por grupo de edad y sexo, en 2001 en Bogotá. Se pretendía establecer si en 2001 hubo en Bogotá diferencias por régimen de aseguramiento en cuanto a la tasa bruta de mortalidad por grupo de edad y sexo.

Resultados

En las doce investigaciones analizadas se presentan dos tipos generales de abordaje de la equidad en salud: 1) las investigaciones que abordan el problema de la equidad en salud desde las demandas de equidad de los diferentes grupos poblacionales, y 2) las investigaciones que abordan el problema de la equidad en salud desde el análisis del funcionamiento del SGSSS; más específicamente, desde la estructura, la organización, la financiación, la cobertura, el aseguramiento, el acceso y la calidad.

Con la perspectiva de género y equidad, se encuentra que la necesidad sentida en salud fue mayor en las mujeres; también fueron las mujeres quienes reportaron un mayor porcentaje de problemas de salud frente a los hombres. Para el total de Bogotá, el 10% de las mujeres reportaron un problema de salud, mientras que los hombres lo hicieron en el 8,3% (una diferencia estadísticamente significativa).

En cuanto al acceso a los servicios de salud, para el total de Bogotá, hay un mayor acceso en las mujeres, con el 74,7% (diferencia estadísticamente significativa) que en los hombres, con el 71,1%. Sin embargo, las mujeres emplearon en mayor proporción sus recursos propios como fuente de financiación de los servicios de salud. Las necesidades de servicios de salud son diferentes para hombres y mujeres, por las características

9 La investigación hace un diagnóstico de la situación de la salud en Bogotá analizando estadísticas que señalen los problemas de equidad en salud en la ciudad. La investigación evalúa el impacto de la transformación del Sistema Nacional de Salud en el SGSSS, con la perspectiva de equidad en el acceso, utilización y la calidad de los servicios, con énfasis en el caso particular de Bogotá, D. C.

10 La investigación hizo una valoración de la equidad en el acceso y la financiación de la atención en salud identificando las inequidades en las 20 localidades de Bogotá. El análisis se desarrolló a partir de las necesidades de atención en salud, la percepción del estado de salud y la presencia de enfermedades crónicas. Se contrastó el acceso a los servicios de salud en condiciones de enfermedad (en los últimos 30 días) analizando el aseguramiento al SGSSS, tanto como el uso de los servicios de salud y las barreras de acceso manifiestas; también, la financiación de la última atención en salud.

11 La investigación indaga por el impacto que sobre la salud de la población residente en Bogotá ha tenido la reforma en salud; particularmente, en lo relativo a la cobertura y la accesibilidad. Particularmente, indaga por la equidad en salud desde el análisis de la mortalidad tomando como base las defunciones registradas en Bogotá durante 2001.

biológicas propias de cada sexo: en las mujeres, las necesidades incluyen, además, otra serie de servicios, relacionados con las funciones reproductivas; adicionalmente, ellas presentan más altas tasas de morbilidad y discapacidad, y debido a su mayor longevidad, tienen mayores riesgos de sufrir enfermedades crónicas.

Con la perspectiva de etnia, salud y equidad, persisten prácticas discriminatorias y de exclusión social para grupos étnicos como los indígenas, los afrodescendientes, los raizales isleños y los gitanos. Se documentaron diferencias en los planos socioeconómico, educativo, laboral, de acceso al aseguramiento, de utilización de servicios y de resultados en salud, que se consideran inequidades relacionadas con las siguientes condiciones determinantes: discriminación étnica y racial; diferencias en el estatus social, económico, político y violación de derechos; interacciones entre inmigración, aculturación y asimilación.

Para los grupos étnicos residentes en Bogotá, las medicinas tradicionales son la primera opción terapéutica, aunque ese hallazgo no se ve reflejado en los resultados cuantitativos. Esto se podría explicar por el direccionamiento que hace la población para la pregunta de acceso a servicios institucionales, solamente a los problemas que no han podido resolver. En el caso de la población afrodescendiente, se revela que hay entre sus miembros una mayor proporción de enfermedades cardiovasculares, diabetes y miomatosis uterina, entre otras.

Por otra parte, la mayor prevalencia de diabetes y de hipertensión en la población indígena y afrodescendiente respecto a la población sin pertenencia étnica puede estar relacionada con los efectos combinados del desplazamiento forzado, la migración y la asimilación, la adopción de nuevos patrones de alimentación y la ausencia de factores protectores para el desenvolvimiento en el contexto urbano. Hay conclusiones, tanto en el ejercicio cuantitativo como en el cualitativo, de que el aseguramiento no es suficiente para garantizar la utilización de los servicios, por cuanto existen barreras de tipo cultural, administrativo, geográfico y financiero que limitan el acceso de las etnias residentes en Bogotá.

Los principales problemas de acceso que enfrentan las personas adultas mayores son determinados por la ausencia de ingresos propios o de familiares para estar vinculados al SGSSS. En la mayoría de los casos, no hay para ellos disponibilidad de medicamentos adecuados, porque la presencia de enfermedades en esta población es multicausada e interdependiente, razón por la cual se les niega la aplicación de tratamientos, así como la formulación de medicamentos. Para enfrentar los problemas de acceso, la SDS ha establecido la gratuidad en la atención en salud para los adultos mayores; también ha dispuesto más centros de salud en los territorios locales, así como programas de servicios como *Salud a su hogar* y *La ruta de la salud*, además de ambulancias, para transportar gratuitamente a las personas mayores. A pesar de lo anterior, los resultados (34) indican la necesidad de ampliación de los recursos destinados para mejorar la cobertura del sistema subsidiado de salud para los adultos mayores, al igual que fortalecer los servicios especializados para estas personas; también, aumentar la cobertura de los subsidios de alimentación y vivienda para los adultos mayores.

El análisis de equidad en DSR y SSR señala que la pobreza y la exclusión social incrementan la vulnerabilidad frente al VIH-sida, y este, a su vez, incrementa la pobreza, por sus efectos devastadores sobre la productividad de las personas y la calidad de vida; por todo ello, la pobreza y la exclusión social están entre los principales círculos de mantenimiento y fortalecimiento de la infección. La investigación confirmó la presencia de problemas relacionados con la SSR: ITS-VIH-sida (ITS: infecciones de transmisión sexual), embarazos no planificados, abortos, violencias basadas en el género, violencia intrafamiliar y vulneración de los DSR en los grupos estudiados.

Los factores de vulnerabilidad social identificados se relacionaron con la pobreza, la exclusión social, las barreras de acceso a la salud, la educación y el trabajo, así como con la inequidad de género, movilidad y desplazamiento, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual y el estigma, la discriminación y la presencia de VIH-ITS.

Los factores de riesgo individual identificados, presentes en todos los grupos, fueron: inicio temprano de relaciones sexuales; múltiples compañeros y compañeras sexuales; baja frecuencia del uso del condón y de métodos anticonceptivos; antecedentes de ITS; uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas; deficiencias en la calidad de la información sobre prevención; desconocimiento de los DSR y altos niveles de estigma y discriminación asociados al VIH-sida.

En relación con los servicios de salud, se encontró que no existe focalización de la atención; poblaciones como los *gays*, los travestis y las personas en situación de prostitución son, por decirlo de alguna forma, "invisibles" para el sistema de salud; hay fragmentación en los servicios, barreras de acceso de tipo administrativo y falta de capacitación del personal de salud en temas relacionados con SSR.

En los contextos de socialización, el riesgo de transmisión de las ITS es alto; las prácticas de riesgo son promovidas y aceptadas, y el carácter reservado de estas dificulta el control y la prevención.

Desde la relación equidad y discapacidad, se avanzó en determinar el universo real de personas discapacitadas en Bogotá y en actualizar las cifras sobre cobertura de registro de esta población. De acuerdo con los datos preliminares del Censo General de 2005, la tasa de prevalencia de discapacidad para el total de la población (6,3 %) es mayor en hombres (6,6 %) que en mujeres (6,1 %). El análisis en función de la inequidad debe considerar, por tanto, aquellas discapacidades o limitaciones con mayor frecuencia de aparición en los estratos bajos que en los altos, para estimar si tal desigualdad se constituye en inequidad, en función, por ejemplo, de la gravedad del fenómeno o de la aparición muy temprana en términos del comportamiento de un problema de salud determinado (afecciones cardiovasculares por ejemplo). Hay una mayor inequidad en salud si hay mayor frecuencia de aparición de discapacidades en los grupos de niños que en la población adulta. A su vez, las inequidades se establecen si dicha aparición es más temprana en un estrato más bajo que en otro, en función de riesgos distintos asumidos en función de la posición social. La discapacidad, en función de la edad y el estrato, indica la existencia de inequidades, por los resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o por patologías, asociadas a desventaja social, y como se evidencia en el Registro para la Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad en Bogotá, correspondiente a 2006.

Otros resultados son los diversos indicadores estadísticos sobre oportunidades desiguales de salud, para el desarrollo humano, el desarrollo de capacidades y salud, la exposición desigual a riesgos, la exposición diferencial al riesgo de enfermedad y de discapacidad, relacionadas con condiciones de vida y trabajo asociadas a desventaja social; los resultados desiguales en salud a largo plazo, como expectativa de vida, mortalidad temprana o por patologías, asociadas a desventaja social, son también evidencias de las inequidades en salud.

La perspectiva de equidad en la APIS señala que, si bien el periodo transcurrido entre la implementación y la evaluación de la APIS es relativamente corto, y pese a las dificultades para analizar la información a escala de los territorios de intervención, hay algunos logros inmediatos coherentes con las expectativas sobre la política social de Bogotá: disminución de las tasas de mortalidad infantil, posneonatal, por neumonía y enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años de Bogotá (a partir de la implementación de la estrategia, entre 2004 y 2006). Los resultados indican que las localidades con más altas coberturas presentan menores tasas de mortalidad para la mayoría de los indicadores (mortalidad infantil, posneonatal y por neumonía en menores de 5 años), con excepción de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Se señala la necesidad de aumentar la cobertura de servicios como *Salud a su hogar* y los Círculos saludables.

Hay percepciones críticas frente a una política pública en salud con criterio de equidad. Entre los resultados que ofrecen las investigaciones frente a la equidad en el SGSSS se argumenta que las promesas de mejoramiento de la salud de la población fracasaron en el contexto de las reformas neoliberales de la década de 1990. Por el contrario, hay una profunda inequidad en el sistema de salud, exclusión social y un mayor deterioro de la calidad de vida de la población. Aunque los recursos en el sector salud han aumentado, no se han visto redistribuidos hacia la atención en salud de las personas, por lo cual se señala que es necesario reconfigurar un nuevo modelo de atención en salud.

Las investigaciones corroboran y precisan algunas realidades ya diagnosticadas sobre las relaciones entre desigualdades sociales e inequidades en salud. El contexto macroeconómico es determinante para la ejecución de políticas públicas: sin empleo, no hay acceso al sistema de salud; la precariedad del empleo, la financiación del sistema y la disponibilidad de los recursos de este son algunos ámbitos de investigación de equidad en el SGSSS. En dicho contexto, las características de afiliación, acceso y utilización sirven para evidenciar inequidades en salud entre grupos poblacionales, según sus ingresos.

Por ejemplo, sobre la "Necesidad sentida en salud", el 9,2% de la población de la ciudad dijo haber tenido algún problema de salud a lo largo de los últimos 30 días; de estos, el 73% acudió a los servicios de salud institucionales, y el restante 27% recurrió a otros servicios, utilizó remedios, se automedicó o no hizo nada.

De las 20 localidades de Bogotá, las de Kennedy y Suba presentan la mayor proporción de necesidad sentida en salud en los estratos 1, 2 y 3 de la población. En la medida en que aumenta el nivel de ingreso, la percepción sobre el propio estado de salud mejora: el 61% de las personas que dijeron percibir como muy bueno su estado de salud resultaron pertenecer a los estratos 4 y 5, mientras que el 48% de quienes dijeron percibir su salud como mala se encontraban en los estratos de ingreso 1 y 2. En los estratos bajos se observa la mayor proporción de población que no accede a los servicios de salud.

De estas investigaciones se puede concluir que la equidad se ha convertido en un enfoque obligado en el análisis de los sistemas de salud. Es un indicador para evaluar los procesos del sistema de salud, independientemente de la metodología que se utilice para clasificarlos y agruparlos. Sirve como una herramienta clave de análisis, tanto en las tipologías que examinan los sistemas desde el punto de vista de su estructura, organización y recursos como desde el punto de vista de la oferta y la demanda, o desde el punto de vista del desempeño de los sistemas de salud. La equidad en el acceso al sistema de salud se refiere no solo a la disponibilidad de recursos, sino también, a la utilización efectiva de los servicios, de acuerdo con los parámetros de necesidad.

La principal barrera de acceso para el uso de los servicios de salud es la falta de dinero, aún en la población afiliada al SGSSS. Ni el 18,4% de la población en régimen contributivo ni el 26,8% del régimen subsidiado acceden a los servicios de salud. Por niveles de ingreso, las personas pertenecientes a los estratos 1 y 2 emplearon recursos propios como fuente de financiación de los servicios.

Las localidades que presentan mayor inequidad en el acceso a los servicios de salud son San Cristóbal, Kennedy y Rafael Uribe. A partir de los escenarios construidos, se configuraron dos perfiles: 1) el de mayor inequidad, el cual está determinado por pertenecer a los estratos 1 y 2, ser hombre, estar entre los 0 y los 18 años, pertenecer al régimen subsidiado o no tener afiliación al SGSSS. Y 2) el segundo perfil, que ofrece mejores condiciones de equidad, y el cual está relacionado con ser mujer y mayor de 19 años, pertenecer a los estratos 4 o 5 y tener afiliación al régimen contributivo.

La metodología que prevalece en este tipo de investigaciones de equidad en el SGSSS favorece la conformación de valiosas bases de datos de muy diversa naturaleza.

La diferencia en los niveles de salud de los diferentes grupos de población afiliados en los regímenes contributivo y subsidiado en Bogotá es muy alta; sobre todo, en la accesibilidad a los servicios de salud en condiciones de calidad y eficiencia. La diferencia entre los servicios que cada uno de ellos indica una inequidad, para reducirla, la Corte Constitucional ha ordenado al Estado la unificación del POS.

Conclusiones

Inequidades en salud en los grupos poblacionales

De acuerdo con las investigaciones estudiadas, se pueden evidenciar inequidades de género en el acceso a los servicios de salud; básicamente, porque no hay atención diferencial hacia la mujer, y debido a que existe discriminación laboral hacia ellas y menores salarios, entre otras. Tales situaciones se hallan inscritas en un contexto social sexista que ha invisibilizado el papel desempeñado por las mujeres.

Hay inequidades de etnia en el acceso a los servicios de salud, derivadas de la pertenencia a comunidades indígenas, afrodescendientes o de gitanos presentes en Bogotá, la cual, durante los últimos años, se ha convertido en una importante ciudad receptora de población indígena y afrodescendiente desplazada por el conflicto armado interno, los desastres naturales, la falta de oportunidades de estudio y de trabajo en las regiones, las dificultades económicas y el bajo nivel de servicios públicos en sus lugares de origen.

Se presenta inequidad en salud en los adultos mayores de los estratos 1, 2 y 3, por el grado de vulnerabilidad que enfrenta dicha población, caracterizado por la falta de recursos económicos, la imposibilidad de

trabajar y las situaciones de soledad, que se hallan en la base de las barreras de acceso a la atención en salud de los adultos mayores (afiliados al régimen contributivo, al régimen subsidiado y vinculados).

Las inequidades en SSR en las poblaciones vulnerables se expresaban en la declaratoria de emergencia social en 13 de las 20 localidades del Distrito en 2004. En 9 de ellas se concentraba el 84% de los casos de VIH notificados en Bogotá; y en 2003, el VIH-sida fue la segunda causa de mortalidad.

La promoción de un enfoque de equidad en SSR requiere identificar la vulnerabilidad, los factores y las interrelaciones desde biológicos hasta institucionales: vulnerabilidad estructural, colectiva o comunitaria e individual. Un enfoque de equidad precisa examinar los factores determinantes para la SSR en grupos considerados de mayor vulnerabilidad: jóvenes, mujeres, personas privadas de la libertad, *gays*, personas en situación de prostitución y habitantes de las localidades en emergencia social en Bogotá, desde el punto de vista de los sujetos, los servicios de salud y los contextos de socialización.

Por otra parte, la medición de la desigualdad social en términos de inequidad en salud desde el acceso al SGSSS por parte de personas en situación de discapacidad promueve el enfoque diferencial y equitativo en la política pública en salud; particularmente, la medición del efecto y el impacto de las desigualdades sociales sobre la capacidad-discapacidad de los bogotanos, con base en los resultados de la *Encuesta de discapacidad*.

La equidad en la política pública en salud se examina con el contraste entre el marco normativo desarrollado en Colombia a partir de la Ley 100 de 1993 y los requerimientos de atención integral que orientan la salud pública. Se evidencia que estrategias como la APIS enfrentan obstáculos estructurales cuando hay una clara hegemonía de la salud como un servicio asistencial y, peor aún, como un negocio. Los defectos de la política de aseguramiento en salud afectan de forma grave la equidad en la accesibilidad y la utilización de los servicios, por la falta de cobertura, la asimetría de los beneficios y las múltiples barreras de acceso de tipo geográfico, económico y organizacional, generadas por los aseguradores como estrategia para aumentar su rentabilidad económica.

Otra dimensión de investigación en equidad en salud consiste en integrar la calidad de vida de la población como marco para el análisis de su estado de salud y de la respuesta social que dicha situación requiera.

Finalmente, conocer las diferencias en cada grupo de población sirve para hacer una aproximación más real a las necesidades específicas en salud de las personas, digna de tenerse en cuenta en el diseño y la ejecución de los planes de beneficio; particularmente, en lo que tiene que ver con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Las acciones focalizadas y orientadas en torno a necesidades específicas permiten optimizar los recursos existentes y el beneficio ofrecido a las comunidades menos favorecidas.

Inequidades en el funcionamiento del SGSSS

Las investigaciones reseñadas permiten identificar las inequidades en el acceso y la financiación de la atención en salud en Bogotá, así como el análisis y la revisión de las metodologías utilizadas para producir indicadores de equidad en salud, desde el punto de vista de su estructura, su organización y sus recursos, así como desde el punto de vista de la oferta y la demanda, o desde el punto de vista del desempeño de los sistemas de salud.

En Bogotá, D. C., se presentan dos grandes problemas en la organización del sector: la fragmentación del sistema, según la capacidad de pago de las personas (planes de beneficios diferentes según los regímenes y según el tipo de servicios) y las barreras de acceso a los servicios de salud, a pesar del aseguramiento (barreras de acceso de tipo geográfico, económico o administrativo; en especial, para la población más pobre y vulnerable).

A pesar de que la prestación actual de servicios de salud en Bogotá y en el país está determinada por la afiliación al régimen de seguridad social y los planes de beneficio de cada uno de dichos regímenes de aseguramiento, no se conocen indicadores de salud diferenciales entre ellos, aun cuando el acceso a los servicios de salud y la calidad en la prestación de estos es un determinante de inequidad en salud.

En Colombia, hay grandes inequidades en salud entre las regiones y los departamentos (41). Para Bogotá, se han demostrado variaciones en el estado de la salud de las poblaciones de las diferentes localidades, ligadas a factores socioeconómicos y del medio ambiente.

Las inequidades en salud se manifiestan, principalmente, en diferencias en el estado de salud y su relación con el proceso de enfermedad y muerte. Los indicadores estadísticos disponibles no permiten hacer una diferencia por régimen de aseguramiento ni por estratos sociales, en materia de morbilidad y mortalidad. Establecer las inequidades requiere determinar las estructuras de la mortalidad por régimen de aseguramiento y las diferencias entre ellas para orientar la política pública en salud hacia la solución de necesidades particulares de las diferentes poblaciones.

Aportes para el diseño de proyectos de investigación en equidad y salud

Al comparar las investigaciones para la elaboración del estado del arte en equidad y salud, Bogotá, D. C., 2006-2010, se evidencia el predominio de metodologías cercanas a la economía y los métodos estadísticos para investigar las inequidades en salud, lo cual focaliza su atención en la viabilidad y la sostenibilidad del SGSSS; particularmente, las de tipo financiero. Ello, además del enfoque estructuralista y funcionalista de la salud en tanto sistema, sin conexión con los contextos sociales, políticos, históricos y culturales en los que se desenvuelven los procesos de salud-enfermedad.

Frente a lo anterior, se debe propender por el desarrollo de investigaciones con metodologías cualitativas; con perspectivas de equidad para el análisis de la salud; que visibilicen las demandas de equidad según los grupos poblacionales, y que involucren dimensiones como la calidad de vida, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, elementos fundamentales para una política integral y un enfoque equitativo en salud. En este orden de ideas, las investigaciones indican que las demandas de equidad en salud son diferenciadas por género, por edades de vida (niñez, juventud, adultez, tercera edad), por pertenencias étnicas y por capacidades, entre otras. Además, visibilizan estrategias de intervención focalizadas para los grupos poblacionales vulnerables por situaciones de pobreza, desplazamiento, vulnerabilidad, en una comprensión amplia de la salud: alimentación, educación, socialización, uso del tiempo libre, integración, esparcimiento, cultura.

La política pública en salud implementada desde 1993, con el SGSSS, ha propiciado un contexto adverso para la equidad en salud.

Por otra parte, se observa que la salud pública se encarga al Estado, mientras que ni las entidades promotoras de salud (EPS) ni las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS) asumen la promoción de la salud ni la prevención de la enfermedad, por el diseño mismo de un sistema que genera rentabilidad económica a la "facturación" de la intervención por sobre la enfermedad. Por lo tanto, hay debilidad en la orientación familiar y comunitaria de la salud, aunado ello a que la participación comunitaria sea formal en las instituciones; también, a que no haya acción intersectorial en la política pública en salud.

El análisis de equidad en salud conforma varios tipos, según la problemática específica que trabajan y los métodos utilizados: los estudios que examinan las desigualdades sociales o las inequidades que resultan de la falta de justicia social. Las investigaciones que abordan la relación entre distribución del ingreso y avance del sistema de salud, en términos de afiliación, gasto y subsidio en salud. Otra perspectiva tiene que ver con las inequidades en relación con el ingreso, la cobertura, el acceso, el uso y la calidad de los servicios.

Finalmente, los mencionados problemas de equidad en salud, si bien guardan relación con factores sociodemográficos y estructurales de la sociedad, han sido generados o se han consolidado por la influencia de factores inherentes al nuevo modelo de sistema de salud expresado en el SGSSS.

Tal como se constata en las investigaciones analizadas, se evidencia inequidad en el acceso a los servicios de salud, lo cual está afectando de manera importante a la población más pobre de la ciudad y a la población no afiliada al SGSSS, principalmente. Por otra parte, resulta paradójico que tanto la población afiliada como la no afiliada incurran en gastos de bolsillo para financiar las atenciones en salud, lo cual pone en entredicho el papel que desempeña el propio sistema de aseguramiento como modelo de atención en salud.

Referencias

1. Salaverry García O. La inequidad en salud; su desarrollo histórico. Rev Peruana Med Exp y Salud Púb. 2013;30:709-813.

2. Urriola R. Alcances para el análisis de la equidad en los sistemas de salud. Cuad Med Soc. 2007;47:112-25.

3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe sobre Desarrollo Humano, 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza. New York: PNUD; 2003.

4. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F. (Eds.). Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Washington: Fundación Rockefeller, Organización Panamericana de la Salud; 2002.

5. Alianza Global para el Monitoreo de la Equidad (GEGA). El Monitoreo de la Equidad: Conceptos, Principios y Pautas. Durban: GEGA; 2003.

6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas, 2012. Volumen regional. Capítulo II. Determinantes e inequidades en salud [internet]. 2012 [citado 2013 feb. 14]. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=163&Itemid=

7. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Púb. 2002;11:302-9.

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro: Conferencia Mundial sobre los determinantes sociales de la salud, 19-21 de octubre de 2011.

9. 62ª Asamblea Mundial de la Salud. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Octava sesión plenaria, 22 de mayo de 2009.

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final. Ginebra: OMS; 2008.

11. Conferencia de Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (UNCED). Agenda 21. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Río de Janeiro. Brasil, 3-14 de junio de 1992.

12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Política de salud para todos para el Siglo XXI. Ginebra: OMS; 1997.

13. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Población y equidad en Colombia. Bogotá: UNFPA; 2006.

14. Colombia, Ministerio de la Protección Social, Universidad de Antioquia. Análisis de la situación de salud en Colombia, 2002-2007. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.

15. Rodríguez García J, Acosta N, Peñaloza R. Carga de Enfermedad Colombia 2005. Resultados alcanzados. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX); 2008.

16. Castaño R, Arbeláez J, Giedion Ú, Morales L. Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Santiago: ONU-CEPAL; 2001.

17. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad. Bogotá: Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson; 2012.

18. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Análisis de Situación de Salud de Bogotá, 2009. Bogotá: SDS; 2009.

19. Hernández Álvarez M. El derecho a la salud en Colombia: Obstáculos estructurales para su realización. En: De Currea Lugo V, Hernández M, Paredes N, PROVEA. La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos, Democracia y Desarrollo; 2000. pp. 133-164.

20. Carmona Moreno LD. La atención primaria en salud en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud: la experiencia de Bogotá. Bogotá: SDS; 2008.

21. Programa Nacional de Desarrollo Humano, Proyecto Bogotá Cómo Vamos. Pobreza y distribución del ingreso en Bogotá. Bogotá: PNDH; 2005.

22. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Gobierno Distrital, Pontificia Universidad Javeriana. Por la equidad, el reconocimiento, la inclusión social y el goce pleno del derecho a la salud. Política pública de salud para la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá D.C. 2008-2016. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.

23. Gallardo Lozano HM, Rodríguez García J. La carga de enfermedad en Santa Fe de Bogotá. Indicadores de vida ajustados por discapacidad (Avisa) y mortalidad, 1985-1996. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 1999.

24. Rodríguez García J. La carga global y la carga atribuible de enfermedad en Colombia 1993-2010. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Latinoamericano de Epidemiología. Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 14 de marzo de 2014. Disponible en: http://tucanos.udea.edu.co/cms/congresoepi/doc/ponencia4.pdf

25. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Bogotá: SDS; 2004.

26. Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez PA, et al. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. Rev Med Social. 2008;3:148-69.

27. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson. Avances y retos de Bogotá en la gestión social de políticas públicas. Bogotá: Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson; 2012.

28. Asociación colombiana de la salud (ASSALUD). La investigación en la Secretaría Distrital de Salud. Bogotá: SDS; 2008.

29. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Equidad y Salud: Debates para la acción. Bogotá: SDS; 2007.

30. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Inequidad Social en Salud: El caso de Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.

31. Fresneda Ó. Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá. Bogotá: SDS-UNAL; 2006.

32. Guarnizo Herreño CC, Agudelo Calderón C. Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. Rev Salud Públ. 2008;10:44-57.

33. Ariza Montoya J, Hernández Álvarez M. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. Rev Salud Públ. 2008;10:58-71.

34. Forero González G, Peña AD. Barreras de acceso en el servicio a salud en el adulto mayor. Bogotá: Hospital Pablo VI de Bosa; 2006.

35. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Los matices de la vulnerabilidad. Factores asociados a la salud sexual y reproductiva en grupos priorizados de localidades en emergencia social de Bogotá, D.C. Bogotá: SDS, UNFPA; 2007.

36. Martínez Martín FL. La discapacidad como huella de la inequidad social en Bogotá. En: Inequidad social en salud. El caso de Bogotá. Restrepo Botero D. (Ed.). Bogotá: SDS, CID-UN; 2010. pp. 121-70.

37. Vega Romero R, Restrepo Vélez MO. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. Memorias Foro Nacional por la Salud. Bogotá: SDS; 2008.

38. Martínez Barragán MP. Equidad en salud: estudio de caso en el Distrito Capital de Bogotá. Tesis para optar al Título de Magíster en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Facultad de Medicina, Maestría en Salud Pública, enero de 2006.

39. Rubio Mendoza ML. Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. Rev Salud Públ. 2008;10:29-43.

40. Martínez Bejarano RM. Un análisis desde la mortalidad diferencial por régimen de aseguramiento en Bogotá, 2001. Bogotá: Universidad Externado; 2006.

41. Álvarez Castaño LS. La situación de salud de la población colombiana: Análisis desde la perspectiva de la equidad. En: Pensamiento en salud pública: El derecho a la Salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez; 2001. pp. 104-36.

Recibido para evaluación: 15 de agosto de 2013
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Germán Granada
german.granada@gmail.com

https://doi.org/10.56085/isss.516

Brote de varicela en un establecimiento carcelario de Bogotá, D. C., en 2012

Chicken Pox Outbreak in a Prison Facility in Bogotá, D. C., 2012

Surto de catapora em estabelecimento prisional de Bogotá, D. C., ano de 2012

Sandra Barbosa[1]
María Mireya Martínez Velasco[2]

Resumen

Objetivos: Este es un reporte de caso que describe la investigación epidemiológica de campo de un brote de varicela prolongado y las medidas de control adaptadas a la dinámica de la población reclusa. ***Fechas y lugares de ejecución del estudio:*** Establecimiento carcelario en Bogotá, D. C., entre el 22 de julio y el 7 de diciembre de 2012. ***Métodos:*** El presente reporte de caso describe los diez pasos para la atención de brotes según la metodología de los Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y las medidas de control para evitar la propagación y las posibles complicaciones de la varicela, aplicadas a los internos del establecimiento carcelario, ubicado en el Distrito Capital, que presenten síntomas como *rash* papulovesicular generalizado y poca fiebre, o ausencia de esta, sin otra causa. ***Resultados:*** De los internos sintomáticos del centro penitenciario que tienen edades entre los 18 y los 40 años, el 100 % son de sexo masculino. La tasa de ataque general fue del 0,18 %. El 100 % de los casos presentaron *rash* papulovesicular generalizado. El primer caso se presentó el 22 de julio de 2012, y el último, el 7 de diciembre de 2012. Se identificaron 21 casos en 5 de los 12 patios del centro penitenciario. ***Conclusiones:*** Aspectos como la reducción del hacinamiento, la optimización las condiciones de salubridad, el fortalecimiento del modelo de atención primaria en salud para la identificación y el control oportunos de casos de interés en salud pública, así como la inmunización de los internos, dada su condición de vulnerabilidad, propenden por la disminución en la frecuencia y por el fácil control de los brotes que se presentan en las prisiones. De esa forma, las mesas de trabajo interinstitucionales son espacios participativos que permiten un adecuado abordaje de este tipo de situaciones.

Palabras clave: varicela, brote, vigilancia en salud pública, salud en prisiones, control de infección.

1 Nutricionista, especialista en Salud Ocupacional, y epidemióloga. Profesional en entrenamiento del FETP, Hospital del Sur ESE. Bogotá, Colombia.
2 Médica epidemióloga, aspirante a MSc. en Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Bogotá, Colombia.

Abstract

Objective: This is a case report that describes the epidemiological field investigation of a prolonged chicken pox outbreak, and the control measures adapted to the dynamics of incarcerated population. ***Date and place of study:*** Prison facility in the city of Bogotá, D. C, between July 22nd and December 7th 2012. ***Methods:*** This case report describes the ten steps for the attention of outbreaks according to *Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades* (MOPECE) and the Pan American Health Organization (PAHO), and the control measures to avoid propagation and complications of chicken pox. This was applied to the inmates of a prison facility in the capital district that present symptoms like generalized papulovesicular rash, or little or no fever without other cause. ***Results:*** 100 % of the symptomatic inmates of the penitentiary facility in between 18 and 40 years were men. The overall attack rate was 0.18%, and 100% of cases presented generalized papulovesicular rash. The first case was registered on July 22nd and the last on December 7th 2012. 21 cases were identified in 5 of the 12 prison courtyards. ***Results:*** Overcrowding reduction, optimization of sanitary conditions, strengthening the model of primary health care for the opportune identification, and interest case control in public health, as well as immunization of inmates given their vulnerability condition, tends to reduce the frequency like the easy control of outbreaks that occur in prisons. Thus, the interagency groups are participatory spaces that permit adequate approaches for these types of situations.

Key words: chicken pox, outbreak, public health surveillance, prison health, infection control.

Resumo

Objetivo: Este é um relato de caso que descreve a investigação epidemiológica de um surto de Catapora prolongada e as medidas de controle adaptadas à dinâmica da população carcerária. ***Datas e locais de execução do estudo:*** Estabelecimento Prisional na cidade de Bogotá, D. C., entre 22 de julho e 07 de dezembro de 2012. ***Métodos:*** Este relato de caso descreve os dez passos para o cuidado com os surtos de acordo com a metodologia dos Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Doenças (MPECD), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), e medidas de controle para prevenir a propagação e as possíveis complicações da catapora, aplicado aos reclusos do estabelecimento prisional localizado no Distrito Capital com sintomas como rash papulovesicular generalizada e pouca ou nenhuma febre sem outra causa. ***Resultados:*** Os presidiários sintomáticos que têm idade entre 18 e 40 anos, os 100% são do sexo masculino. A taxa de ataque global foi de 0,18%. Os 100% dos casos presentou rash papulovesicular generalizado. O primeiro caso foi diagnosticado em 22 de julho e o último em 7 de dezembro de 2012. Foram identificados 21 casos em cinco dos 12 pátios da prisão. ***Conclusões:*** Aspectos como a redução da superlotação, otimização das condições de higiene e o fortalecimento do modelo de cuidados de saúde primários para a identificação oportuna e o controle de casos de interesse da saúde pública, como a imunização dos detentos dada a sua vulnerabilidade, tendem por uma diminuição na frequência, facilitando o controle de surtos que ocorrem nas prisões. Assim, os grupos de trabalho interinstitucionais são espaços de participação, que permitem uma abordagem adequada para este tipo de situação.

Palavras-chave: catapora, surto, vigilância em saúde pública, saúde prisional, controle de infecção.

Introducción

La varicela es una enfermedad cuyo agente etiológico es el herpes virus 3 (alfa), o virus varicela zóster (VZV), un virus ADN miembro del grupo de los herpesvirus. Es una enfermedad altamente contagiosa, con propagación por vía aérea durante la inhalación de aerosoles generados cuando la persona infectada tose o estornuda, o por contacto o inhalación de aerosoles de virus de las lesiones cutáneas de la varicela. Se caracteriza por ser una erupción que inicia en la cabeza, el pecho y la espalda, y luego se extiende al resto del cuerpo; dicha erupción se asocia a prurito, malestar general y fiebre durante, aproximadamente, 2-3 días. Las lesiones en la piel inicialmente son máculas que evolucionan a pápulas, y luego, a vesículas, las cuales, a su vez, terminan en costras. El periodo de incubación es de 14-21 días y los casos son contagiosos desde 1-2 días antes de aparecer la erupción hasta que las lesiones tengan costra (1).

Las complicaciones más comunes de la varicela son las infecciones bacterianas de la piel y de los tejidos blandos, así como neumonía (principalmente, en los adultos). Dentro de las complicaciones graves se encuentran: septicemia, *shock* tóxico, fascitis necrotizante, osteomielitis, neumonía bacteriana, artritis séptica, ataxia cerebelosa, encefalitis, neumonía viral y condiciones hemorrágicas (2).

Desde el punto de vista epidemiológico, el Instituto Nacional de Salud (INS) informa que el comportamiento de este evento hasta la semana 29 de 2012, en el país se habían notificado 49 849 casos de varicela, con una incidencia de 107 casos por 100 000 habitantes, de los cuales el 1,4 % habían requerido hospitalización, y un total de 28 fallecimientos por esta causa (3).

La misma fuente reportó para Bogotá que la incidencia de la varicela fue de 178,3 casos por 100 000 habitantes, lo cual es el 66 % mayor que la proporción de dicho evento en el país para el mismo periodo (3).

Al analizar el comportamiento de este evento a escala local, en cuanto al número de casos reportados hasta la semana 29, el 17 % del total de estos (13 518 casos) fue reportado en la Localidad de Suba, seguida por Kennedy (12 %), Engativá (11 %) y Puente Aranda (3,5 %). Para el Distrito Capital, el rango de edad en el que se registraron más casos a lo largo del periodo informado corresponde al grupo etario entre uno y 4 años (30,3 %). El porcentaje de hospitalización para este periodo fue del 1 %, con un total de 3 casos fatales (3).

En cuanto a la situación de este evento en la población privada de la libertad, es necesario aclarar que el número de reclusos en Colombia se ha incrementado a lo largo del periodo 1994-2009 en el 260 %, lo cual ha llevado a que el funcionamiento de las prisiones del país se caracterice por una infraestructura deficiente (4), donde las condiciones de hacinamiento y las escasas condiciones higiénicas y sanitarias se convierten en importantes factores de riesgo para la fácil propagación de enfermedades infectocontagiosas.

De este último tipo de enfermedades, tan solo durante 2012 en el Distrito Capital se notificaron, en total, diez brotes en instituciones de reclusión permanente y transitoria, los cuales corresponden a brotes de varicela, de parotiditis y de enfermedades transmitidas por alimentos (5), si bien es cierto que la frecuencia anual de notificación de este tipo de eventos aumenta, por el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en estas instituciones, lo que, a su vez, concuerda con los esfuerzos que se han desarrollado en todo el país para optimizar la atención de brotes en ellas.

Es así como el Ministerio de Salud y Protección Social publicó en octubre de 2012 los *Lineamientos Generales para la Vigilancia y Control de Eventos de Interés en Salud Pública en Establecimientos Carcelarios y Penitenciarios*, cuyo objetivo, además de definir los lineamientos para las acciones de Inspección y Vigilancia y Control (IVC), es orientar los procesos de alerta y respuesta para prevenir y atender eventos de interés en salud pública. Sin embargo, pese a todo lo anterior, la presentación de estas situaciones no cambiará mientras no mejoren las condiciones de cohabitación de esa población especial (6).

El establecimiento carcelario donde se presentó el brote descrito es una institución con capacidad para un total de 2968 internos, pero en la actualidad vive un hacinamiento del 139 %, con 7096 reclusos, de los cuales 3000, aproximadamente, son *condenados* y el número restante corresponde a *sindicados* (7).

Las instalaciones tienen graves problemas estructurales; principalmente, en los baños y los comedores, así como el rebosamiento de las cañerías de aguas negras, lo que, a su vez, genera olores ofensivos, filtraciones en los techos y la carencia de una ventilación

adecuada en las celdas y los pasillos. También se ha evidenciado la sobrecarga de la red eléctrica (7).

La planta física del centro penitenciario tiene un total de 9 patios, pero la sobrepoblación de estos es tan importante que un número considerable de internos no disponen de una celda, sino que duermen en el suelo de los pasillos o en los baños. En los pasillos duermen entre 90 y 100 internos, y muchos de ellos lo hacen en hamacas que cuelgan del techo (7).

Respecto a la interacción que tienen los internos pertenecientes a distintos patios, esta es posible a través de las actividades de redención en los talleres de la institución, pero también a través del microtráfico de cigarrillos, sustancias psicoactivas y de alimentos.

Cada interno tiene derecho a inscribir a tres visitantes, a quienes puede rotar o cambiar cada tres meses. Los sábados ingresan visitantes hombres, y los domingos, menores de edad y mujeres, con lo cual la cantidad de personas en el establecimiento carcelario durante los fines de semana podría duplicarse o casi triplicarse, razón por la cual se implementó el "pico y placa" para el ingreso, según el último dígito de la cédula. Así se agilizó el ingreso y aumentó el tiempo de permanencia en compañía de los familiares.

El objetivo del presente documento es describir la investigación epidemiológica de campo mediante la metodología de los 10 pasos para la atención de brotes, de los MOPECE, de la OPS, y las medidas de control para evitar la propagación y las posibles complicaciones de la varicela en un establecimiento carcelario de Bogotá, durante el periodo comprendido entre julio y diciembre de 2012.

Lo planteado busca generar conocimiento y brindar herramientas para el abordaje de brotes epidémicos y de otros eventos de interés en salud pública en este tipo de población, dado que el material bibliográfico relacionado y disponible en la literatura científica, tanto nacional como internacional, es escaso. Así mismo, el presente trabajo adquiere mayor relevancia ante las deplorables condiciones de hacinamiento y de insalubridad que enfrentan actualmente los establecimientos carcelarios y penitenciarios del país, las cuales incrementan el riesgo de propagación de dicho tipo de enfermedades.

Métodos

El presente artículo corresponde a un reporte de caso de la investigación y el control de un brote de varicela en un establecimiento carcelario de Bogotá, D. C., presentado entre julio y diciembre de 2012, y siguiendo la metodología MOPECE, propuesta por la OPS, la cual, a su vez, establece los siguientes diez pasos:

1. ***Confirmar la ocurrencia de un brote:*** En cuyo caso se deben verificar los datos de ubicación geográfica del evento e identificar a la persona de contacto, así como hacer una breve descripción de los signos y los síntomas de los afectados o de la situación presentada.

2. ***Organizar el trabajo de campo:*** Se debe conocer el protocolo del evento, así como la papelería apropiada para recolectar información en campo y gestionar vehículo o medio de transporte de la ESE para las personas que van a atender el brote.

3. ***Establecer una definición operacional de caso:*** Consiste en hacer un reconocimiento del lugar (territorio) afectado e informarse del tiempo de inicio del evento y de los signos o los síntomas, para establecer la población afectada (criterios de inclusión y de exclusión).

4. ***Hacer la búsqueda activa de casos:*** Las personas encargadas del brote deben llevar a cabo un barrido por todo el territorio establecido buscando a personas que cumplan con la definición operacional de caso. Se le debe hacer una entrevista individual al afectado y a sus contactos más estrechos en los eventos en los que sea pertinente, según el evento investigado.

5. ***Caracterizar el brote en tiempo, espacio y persona:*** Actividad que se realiza después de concluir la búsqueda de casos, para establecer las tasas de ataque por género y por grupos de edad; además, se elabora la curva epidémica correspondiente.

6. ***Generar hipótesis y adoptar medidas de control inmediato:*** Para prevenir la aparición de casos nuevos o las complicaciones de los casos ya identificados.

7. ***Evaluar las hipótesis aplicando métodos de análisis exploratorio:*** Para confirmar o refutar las tesis planteadas.

8. ***Implementar las medidas de control específicas del evento investigado:*** Tanto a escala individual como de la comunidad en general.

9. ***Evaluar la eficacia de las medidas de control:*** Haciendo un seguimiento pertinente al tipo de evento investigado, para establecer la fecha de inicio de síntomas del último caso, y así poder hacer el cierre al brote.

10. ***Preparar informes técnicos de la investigación de campo:*** Los informes deben incluir datos útiles para la comunidad y para otros sectores que puedan tomar decisiones en el control del brote.

Resultados

A continuación se describe el abordaje del brote en el establecimiento carcelario; se detalla cada uno de los pasos sugeridos por la OPS:

Paso 1. Confirmación de la ocurrencia del brote

El 24 de julio de 2012, el Hospital de I Nivel de la localidad donde se ubica el establecimiento carcelario recibe la notificación de la ocurrencia de un brote de varicela en uno de sus patios, con una afectación de dos personas, y cuyo caso índice inicia su sintomatología el 22 de julio de 2012. El equipo de vigilancia en salud pública del mencionado hospital se desplaza al sitio y verifica clínicamente los signos y los síntomas de ambas personas, los cuales son compatibles con varicela.

Durante la investigación epidemiológica de campo se establece que el caso índice adquirió la enfermedad después de la visita de su esposa, quien ingresó al establecimiento carcelario con signos y síntomas compatibles con varicela el fin de semana anterior a la aparición de los síntomas. Se estableció contacto telefónico con la esposa del interno, pero esta negó la aparición de otros casos en su propia familia y posibles complicaciones en su estado de salud por tal evento.

Paso 2. Organización del trabajo de campo

El equipo de vigilancia en salud pública del hospital local está conformado por un epidemiólogo, un técnico en saneamiento ambiental y un ingeniero ambiental, quienes disponen, además, de unos formatos preestablecidos en el Distrito Capital para levantar información de los casos y de las condiciones de saneamiento básico de las instituciones donde se presentan los brotes de enfermedades transmisibles.

Una vez se haya recibido la notificación del brote, se establece comunicación con las directivas y el área de sanidad del establecimiento carcelario, para gestionar los trámites administrativos atinentes a la investigación epidemiológica de campo y a tomar las medidas de control inmediatas para evitar la propagación del brote.

Paso 3. Definición operativa de caso

La definición operativa de caso que se construyó para el brote objeto del presente estudio fue: internos que consultaron a partir del 24 de julio de 2012 al área de sanidad del establecimiento carcelario por presentar malestar general, fiebre y *rash* papulovesicular sin otra causa aparente; ello permitió la búsqueda activa de casos en los patios, para su posterior confirmación clínica por parte del médico del área de sanidad.

Se informa a la coordinación del área de sanidad y a las directivas del establecimiento carcelario que, una vez identificados los casos, se solicitó el aislamiento inmediato y la notificación pertinente al área de epidemiología del hospital de I Nivel de la localidad, y con el fin tomar decisiones para el control del brote y lograr una mejor adherencia estas medidas, se establece la mesa de trabajo interinstitucional dentro del establecimiento, buscando tomar decisiones para el control del brote.

Paso 4. Búsqueda activa de casos

A partir de la definición operativa de caso, el equipo de sanidad del establecimiento carcelario y el equipo de vigilancia en salud pública hacen la búsqueda de casos en todos los patios, con el apoyo de los brigadistas y de los líderes de cada uno. En el caso observado, esta búsqueda se siguió realizando mediante una inspección de todos los internos con el dorso descubierto mientras duró el brote.

Paso 5. Caracterizar el brote en espacio, tiempo y persona

Se establece que en 5 de los 9 patios del establecimiento carcelario se identificaron 21 casos de varicela; todos ellos, de sexo masculino, entre los 18 y los 42 años de edad. La fecha de inicio de síntomas del caso índice fue el 22 de julio de 2012 y el último caso inició

síntomas el 8 de diciembre de 2012, lo cual se evidencia en la figura 1. La curva epidemiológica muestra que se trata de un *brote de fuente propagada*; es decir, que el virus fue transmitido de persona a persona, favorecido ello por las condiciones de cohabitación de los internos, que facilitan la propagación de la enfermedad tras la exposición inicial al virus.

La *tasa de ataque general de un brote* se define como el número de casos frente a la población expuesta, y en este caso fue del 0,273 %; es decir, se enfermaron 21 internos de un total de 7239 expuestos, lo cual representa una proporción de incidencia por varicela dentro del periodo que duró el brote de 2,9 casos por cada 1000 internos en el establecimiento. No fue posible determinar las tasas de ataque por grupos de edad, dadas las condiciones de seguridad y de manejo de los datos de la población carcelaria, además de la dificultad para identificar al 100 % de los internos durante el periodo que duró el brote, en vista de las dinámicas de remisiones, traslados, ingresos y salidas de la población carcelaria.

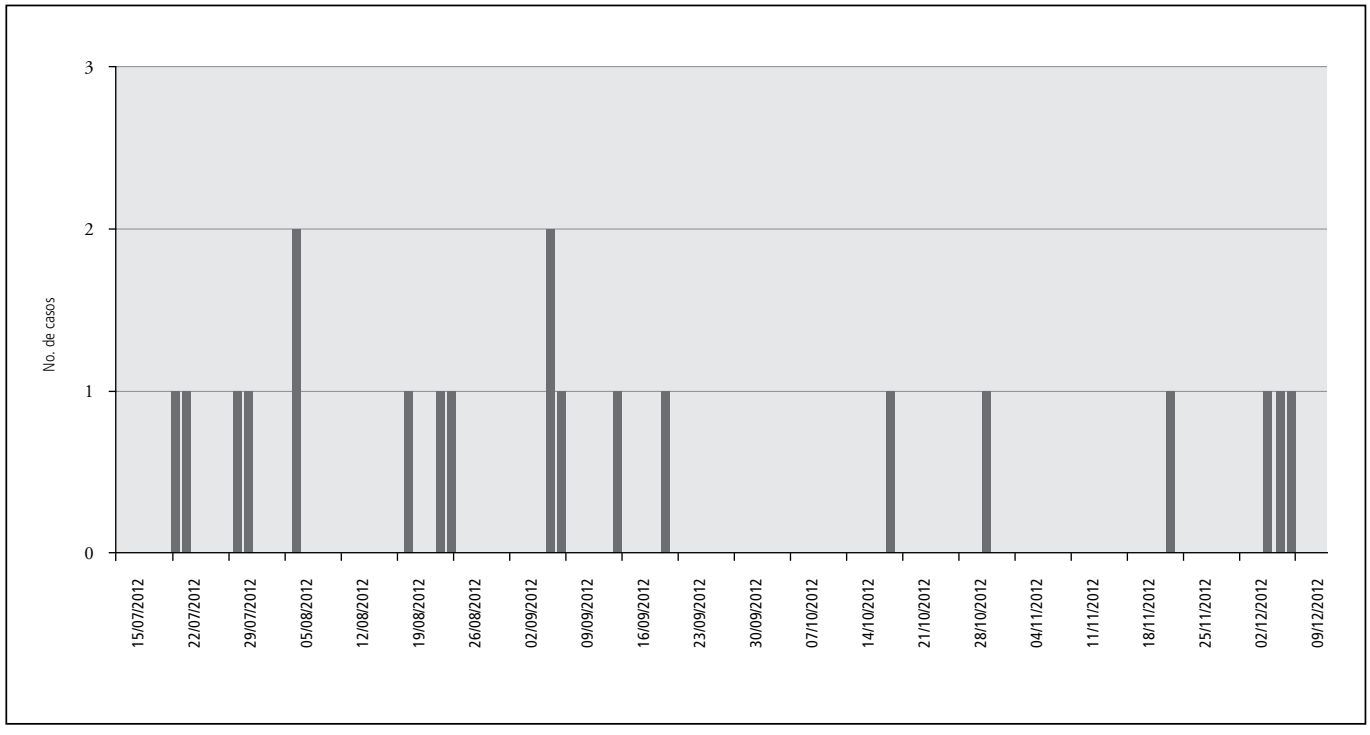
El 100 % de los pacientes (21 casos) presentaron erupción (*rash*) papulovesicular, y el 9,5 % (2 casos) presentaron fiebre. No se identificaron complicaciones asociadas a la varicela.

Paso 6. Formular hipótesis y generar medidas de control inmediato

La hipótesis que se formuló a partir de los hallazgos de la investigación epidemiológica de campo fue la siguiente: el brote de varicela presentado en el establecimiento carcelario de Bogotá, cuyo caso índice adquiere la enfermedad el 22 de julio de 2012, corresponde a una dinámica de transmisión a partir de la comunidad de visitantes hacia la población interna, y la transmisión se da persona a persona, por contacto directo con las secreciones de personas enfermas, por compartir elementos como cobijas, colchonetas, cigarrillos y otros elementos de uso personal, además de la suspensión de gotas de saliva y por secreciones respiratorias.

Las medidas iniciales para el control del brote incluyeron, además del aislamiento inmediato de los casos sintomáticos, la restricción del ingreso de visitantes con factores de riesgo de complicación para varicela (como gestantes y menores de 5 años y adultos con diagnósticos asociados a inmunocompromiso). Así

Figura 1. Curva epidemiológica del brote de varicela en un establecimiento carcelario de Bogotá, D. C., presentado entre el 22 de julio y el 8 de diciembre de 2012



Fuente: IEC-ESE I Nivel de la localidad. Brote de varicela en establecimiento carcelario de Bogotá, D. C., julio-diciembre de 2012.

mismo, se prohibió la visita conyugal por parte de internas de otro establecimiento carcelario para mujeres, por el alto riesgo de propagación implícito, pues en este último cohabitan algunos niños menores de 3 años de edad con sus madres.

Se solicitó la utilización de elementos de bioseguridad para el personal de guardianes, los abogados y los visitantes. También se hizo énfasis en asignar a los patios donde se presentaron casos guardianes con antecedente de haber sufrido la enfermedad y evitar la rotación de estos a otros patios.

Además de lo anterior, y respetando las dinámicas del establecimiento carcelario y los protocolos de seguridad, se restringieron las salidas a diligencias judiciales y los traslados de internos de los patios donde había casos a otros establecimientos carcelarios, así como el ingreso de internos con antecedentes de inmunocompromiso.

Paso 7. Evaluar las hipótesis aplicando métodos de análisis exploratorio

En cada uno de los patios se hizo una encuesta de susceptibles, con el fin de establecer una tasa de ataque esperada, la cual fue del 50 %, pese a que se evidenció un alto sesgo de memoria. Dicha encuesta también se aplicó al personal de seguridad y administrativo del establecimiento carcelario, y dio la misma tasa de ataque esperado.

En consideración a la dificultad financiera y logística para el diagnóstico por laboratorio de la varicela, y dado lo prolongado y complejo del brote en este tipo de población, hacer análisis exploratorios era poco práctico.

Paso 8. Implementar las medidas de control específicas

Manejo del brote

Durante el periodo comprendido entre el 22 de julio y el 14 de enero de 2013, los funcionarios de vigilancia en salud pública del hospital local hicieron nueve visitas de seguimiento y se convocaron siete reuniones de la mesa interinstitucional, en las que participaron directivos de la cárcel, funcionarios de la empresa social del Estado (ESE) local, representantes de los entes de salud de los ámbitos local, distrital y nacional (INS y Ministerio de Salud) y la empresa administradora de planes de beneficio en salud de la población carcelaria, al igual que representantes de instituciones judiciales, penitenciales y carcelarias. Además del seguimiento a la evolución del brote, dichos espacios permitieron la toma concertada de decisiones para el control del brote.

Acciones individuales que se mantuvieron durante el brote

- Asignar un área de aislamiento sanitario para pacientes con diagnósticos como la varicela, tomando en cuenta las condiciones estructurales del establecimiento carcelario.

- Mantener el aislamiento de los internos sintomáticos durante, al menos, los 21 días posteriores a la fecha de inicio de los síntomas de varicela. Al sitio de aislamiento debían ser trasladadas todas las pertenencias de los afectados, incluyendo colchoneta y mantas.

- Los casos diagnosticados deben utilizar de forma permanente tapabocas N-95.

- Garantizar que los casos fueran atendidos por el personal de medicina y de enfermería en el sitio de aislamiento, para controlar la circulación viral por el establecimiento carcelario.

- La empresa administradora de planes de beneficio de la población carcelaria hizo el seguimiento médico especializado de los internos con antecedentes de inmunocompromiso: VIH/sida, diabetes *mellitus*, insuficiencia renal crónica, uso crónico de corticoides, cáncer, entre otros, dentro y fuera del patio donde se originó el brote.

Acciones colectivas que se mantuvieron durante el brote

- Se hizo un censo en todo el establecimiento carcelario para identificar a los internos y al personal de guardia que no han tenido varicela y que no han sido vacunados.

- Se restringió el ingreso al establecimiento carcelario de las visitas de gestantes, de menores de 5 años y de personas mayores de 60 años, para evitar la propagación en personas especialmente susceptibles.

- Se solicitó el uso de tapabocas y la debida desinfección de las manos utilizando gel desinfectante para los funcionarios del establecimiento carcelario, los rancheros, el personal administrativo, los abogados, el personal auxiliar y los visitantes que ingresen a la zona con el mayor número de casos de varicela, hasta cuando la mesa interinstitucional tome la decisión de levantar la medida, con el fin de reducir el riesgo de propagación de la enfermedad a otros patios o a la comunidad en general.

- Respecto a las medidas de bioseguridad, se ha exigido que los guardias utilicen tapabocas; a través de los promotores de salud de cada patio, se enfatizó en la higiene de las manos y en la forma correcta de toser y de estornudar, para que se difundiera dicha información a los internos y a sus familias.

- Se solicitó a los internos que se extremen las medidas de limpieza y desinfección de sus manos, y que no intercambien menajes, alimentos, ropa, almohadas ni cobijas mientras se mantengan las medidas de control.

- Se mantuvo la cuarentena de los contactos de los casos mediante medidas para restringir circulación dentro del establecimiento, donde las actividades de redención (trabajo en talleres) se han restringido para la zona de la cárcel en la que se ha presentado más del 80% de los casos.

- Se solicitó a la dirección de la institución reducir el número de internos en el centro penitenciario; especialmente, el de los inmunosuprimidos o el de quienes por su condición clínica pueden complicarse por contagio de la varicela.

- Se adelantaron las gestiones pertinentes a disminuir el porcentaje de hacinamiento en el establecimiento carcelario, por cuanto dicho factor se ve favorecido por la infección de más internos; en especial, aquellos con susceptibilidad de complicación, como los internos inmunodeprimidos.

- Se indicó evitar o reducir al máximo el traslado de los internos sintomáticos a lugares públicos, como los juzgados; si hacerlo es absolutamente necesario, se adelantará una evaluación médica previa, y si se autoriza su traslado, la persona deberá portar las medidas de autocuidado pertinentes (tapabocas).

- Se restringió el ingreso de internos enfermos provenientes de otros centros penitenciarios, para prevenir complicaciones en su condición clínica por contagio de la varicela.

- Al identificarse a dos funcionarias de la institución como gestantes, se les sugirió hacerse valoración por sus respectivas aseguradoras; se les recomendó también no ingresar a los patios y mantener un estricto seguimiento de su estado de salud.

- Se adelantaron actividades de búsqueda activa diaria, mediante el método de la registradora, y donde, con la ayuda de la guardia y del médico de turno, fueron valorados uno a uno los internos con su torso descubierto, para identificar de forma oportuna casos nuevos. Esta actividad se llevó a cabo diariamente en la institución, de lunes a viernes, entre julio y diciembre de 2012.

- Se desarrollaron actividades periódicas de educación y sensibilización frente al brote para los internos, los guardianes, el personal administrativo de la cárcel y los visitantes, a través de carteleras y de volantes informativos.

Vacunación

- El personal del establecimiento carcelario tiene 420 guardias, aproximadamente, y mediante el censo se estableció que el 47% de ellos eran susceptibles de contraer la varicela, razón por la cual se gestionó la vacunación para funcionarios de la guardia y del personal administrativo por parte de su respectiva aseguradora de riesgos laborales. En diciembre de 2012, se aplicaron 260 dosis.

Vigilancia epidemiológica

- Se estableció un canal de comunicación permanente, vía Avantel, con el personal de salud del establecimiento, para notificar al Hospital del I Nivel de atención local y a otras autoridades sanitarias de los órdenes local, distrital y nacional todos los casos nuevos que se presenten.

- Se hizo el seguimiento estricto del brote en relación con los casos nuevos, así como a las posibles complicaciones que podrían presentarse, hasta el 14 de enero del 2013, fecha en la cual oficialmente se dio por terminado el brote.

Paso 9. Evaluar la eficacia de las medidas de control

Medidas de control de la infección

Se evidenció que la toma de medidas de bioseguridad, como el control del estado de salud de los visitantes, fue difícil, por cuanto los patios del establecimiento tienen capacidad para 250 internos, y actualmente albergan, aproximadamente a 720, situación que se exacerba durante los fines de semana, cuando los internos reciben en los patios la visita de sus familiares.

Resolución del brote

El 14 de enero de 2013, teniendo en cuenta que la última fecha de inicio de síntomas del último caso fue el 8 de diciembre de 2012, y que no se identificaron más casos, se da por cerrado el brote en la institución.

Paso 10. Preparar un informe técnico de investigación de campo

Durante el brote, la investigación epidemiológica de campo se llevó a cabo permanentemente, por medio de seguimiento telefónico diario, de las mesas de trabajo intersectoriales y del seguimiento clínico a los casos, lo cual generó un reporte diario de seguimiento que era difundido a las autoridades de salud locales, distritales y nacionales, además de los otros sectores que participaban de la mesa.

Para seguir los lineamientos distritales, el hospital que atendió el brote presentó un informe de cierre que contenía todas las acciones realizadas durante el evento.

Discusión

Hay poca información publicada sobre las brotes de varicela en el medio penitenciario. Durante la revisión de la literatura científica en lengua inglesa, se encontró tan solo un informe de un brote de varicela en un sistema de prisión de Australia, el cual afectó 4 lugares: el hospital penitenciario, el sistema de transporte de la prisión y un juzgado. Se reportaron, en total, 5 casos de varicela, de los cuales se identificaron 23 contactos del caso índice durante el transporte entre la prisión y el tribunal y en las celdas judiciales de retención. De dichos contactos, 2 desarrollaron varicela, pese a haber declarado antecedentes de haber sufrido la enfermedad (8).

Así mismo, se halló a 300 presos expuestos a la varicela zóster (VZV) durante el brote, incluyendo a un preso con anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) positivo, y el cual desarrolló la enfermedad tras exponerse al virus a partir de uno de los casos. El mismo estudio concluye destacando la importancia de identificar oportunamente a personas con riesgo de complicaciones, tales como aquellas con antecedente de VIH y gestantes, con el fin de documentar su inmunidad, para que de esta forma se les pueda suministrar la inmunoglobulina Varicela Zóster dentro de las primeras 96 horas de haberse reportado el caso índice (8). Este brote fue controlado mediante las usuales medidas de aislamiento, cuarentena de los contactos estrechos e identificación por laboratorio de susceptibles; sin embargo, se aconseja adelantar la revisión rutinaria tanto a los internos como a los miembros de la guardia de la prisión; sobre todo, aquellos con antecedentes de inmunocompromiso, tales como los pacientes VIH positivos, con el fin de hacer la respectiva inmunización de aquellos en quienes la vacuna está indicada (8).

Las cárceles tienen un riesgo incrementado para propagación de enfermedades de interés en salud pública, tales como la varicela, que para el caso de nuestro país, por las precarias condiciones higiénicas y sanitarias, así como por el hacinamiento que presentan los establecimientos carcelarios del país, son de un riesgo aún más elevado.

Dentro de las acciones adelantadas para el control del brote, se destaca la labor de la mesa de trabajo intersectorial, cuyo objetivo fue analizar la situación del brote de varicela y ajustar las medidas de control según su evolución, para así lograr su efectivo control.

A pesar de las condiciones de hacinamiento y de insalubridad en el establecimiento carcelario, fue posible mantener una tasa de ataque general relativamente baja y sin complicaciones asociadas, posiblemente debido al fortalecimiento de las acciones de vigilancia epidemiológica desarrolladas durante el brote en la institución.

De acuerdo con lo que reporta la literatura internacional y lo que se recomienda en las guías de manejo internacional para este tipo de eventos en las cárceles (9,10), la vacunación contra la varicela es la medida

de elección para la profilaxis postexposición para la población susceptible en casos de brotes. Sin embargo, la principal dificultad en el caso de nuestro país es que dicho biológico no se halla incluido dentro del esquema regular de vacunación, aunado eso a que la efectividad para el control del brote desciende rápidamente a partir del quinto día del inicio de los síntomas del primer caso.

Lo anterior conllevó reforzar todas las acciones que desde el punto de vista epidemiológico era posible implementar en dicha institución: bioseguridad, higiene, búsqueda activa de casos y restricción de la circulación de internos, entre otros.

A la vez, también se consideró el uso de inmunoglobulina contra la varicela en internos con antecedentes de inmunocompromiso, pero dado que dicho medicamento no está incluido dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), y que su eficacia disminuye pasadas las primeras 96 horas del inicio de los síntomas del primer caso (9,10), se decidió que esos pacientes tuvieran un control médico especializado prioritario, como un seguimiento estricto dentro de la institución, con el fin de identificar tempranamente la enfermedad en caso de que llegase a afectar a alguno de ellos.

Las autoras encontraron como limitante en la atención del brote poder establecer si la cadena de transmisibilidad de este continuó hacia la comunidad, y si se presentaron o no casos y complicaciones en los visitantes del establecimiento carcelario.

También se consideró limitante la posibilidad del subregistro de casos, ya que los internos se negaban a informar los síntomas para evitar las medidas de aislamiento y restricción en las visitas, si bien estas eran necesarias para el control del brote en el establecimiento carcelario.

Conclusiones

En la atención de este brote se evidenció que la oportunidad en la notificación de los casos de varicela y en la implementación de las medidas de control adecuadas contribuyó a una baja tasa de ataque general y a la ausencia de complicaciones en el 100 % de los casos presentados en los internos del establecimiento carcelario identificados.

La toma de decisiones para el control del brote de varicela en el establecimiento carcelario debe involucrar a todos los actores responsables de garantizar la salud, el bienestar y los derechos de los internos, como se evidenció en la mesa de trabajo intersectorial implementada para este brote.

Durante la intervención del brote se encontró que la situación de hacinamiento y de insalubridad que se presenta en el establecimiento carcelario observado favorece la transmisión de enfermedades y la aparición de brotes entre los internos, situación que no es ajena a los funcionarios ni al personal de guardia de la institución, por lo cual las medidas de prevención y control deben involucrar a toda la comunidad carcelaria, y cuando sea necesario, a los visitantes.

Por lo anterior, se debe fortalecer el modelo de atención primaria en salud en las instituciones carcelarias y penitenciarias, con el fin de lograr la identificación y el control oportunos de casos de interés en salud pública, no solo a través de valoraciones médicas periódicas, sino también, mediante la implementación de estrategias de prevención primaria de la enfermedad, como la inmunización, tomando en cuenta los factores de riesgo de esta población, dada la condición de vulnerabilidad en la que cohabitan sus miembros.

Así mismo, se hace necesario involucrar a las aseguradoras de riesgos laborales de los guardias y del personal administrativo del establecimiento carcelario, así como del sistema judicial, para disminuir los riesgos laborales mediante acciones de prevención y control de enfermedades transmisibles.

Finalmente, este reporte de caso abre las puertas a la necesidad de seguir haciendo investigación para generar conocimientos que permitan tomar decisiones tendientes a garantizar los derechos humanos de las personas privadas de su libertad.

Consideraciones éticas

Los investigadores identifican y respetan las consideraciones y los principios éticos promulgados en la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia, en junio de 1964, y enmendadas por la 29ª Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, en octubre de 1975, por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, en octubre de 1983, y por la 41ª Asamblea Médica Mun-

dial Hong Kong, en septiembre de 1989. Así mismo, los contemplados por la Constitución Nacional y en la Resolución 8430 de 1993, por la cual el Ministerio de Salud establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Además de lo anterior, se consideraron los principios éticos, de justicia, beneficencia y no maleficencia, y otros principios adicionales. En ese sentido, se hace explícito el compromiso de los investigadores con la confidencialidad de la información de las personas involucradas (tanto pacientes como familiares y profesionales que participaron en los análisis).

Agradecimientos

Al equipo de epidemiología de campo del ámbito local, por todos sus esfuerzos, y a todas las instituciones que participaron de las mesas de trabajo, por su interés y disposición.

Referencias

1. Heyneman D. El control de las enfermedades transmisibles. 18va ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2005.

2. Colombia, Instituto Nacional de Salud, Equipo Funcional Inmunoprevenibles, Grupo Enfermedades Transmisibles. Protocolo de vigilancia y control de varicela. Versión 15. PRO-R02.003.0000-015. Bogotá: INS; 2011.

3. Colombia, Instituto Nacional de Salud, Equipo Funcional Inmunoprevenibles, Grupo de Enfermedades Transmisibles. Presentación: Comportamiento de la Varicela en Colombia a semana 29 de 2012. Bogotá: INS; 2012.

4. Ariza L, Iturralde M. Los muros de la infamia, prisiones en Colombia y en América Latina. Bogotá: Universidad de Los Andes; 2011.

5. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Urgencias y Emergencias en Salud Pública. Informes de Brotes, Bogotá D.C. Bogotá: SDS; 2012.

6. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, et al. Lineamientos generales para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública en Establecimientos Carcelarios y Penitenciarios. Bogotá: Minsalud; 2012.

7. Alcaldía Mayor de Bogotá, Equipo de Saneamiento Agua y Saneamiento Básico. Informes de Inspección, Vigilancia y Control de establecimientos carcelarios y penitenciarios de Bogotá D.C. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2012.

8. Levy M, Quilty S, Young L, et al. Pox in the docks: varicella outbreak in Australian prision system. Public Health. 2003;117:446-51.

9. Department of Health & Health Protection Agency. Guidance on chickenpox & shingles infection control in prisons, places of detention & inmigration removal centres. February 2008 Version 1. Review date January 2010 [internet]. 2008 [citado 2012 ago. 29]. Disponible en: http://www.hpa.org.uk/webc/HPAwebFile/HPAweb_C/1204186195209

10. Federal Bureau of Prisons. Management of Varicella Zoster Virus Infections. Clinical Practice Guideline [internet]. 2011 [citado 2012 ago. 29]. Disponible en: http://www.bop.gov/news/PDFs/varicella.pdf

Recibido para evaluación: 29 de noviembre de 2013
Aceptado para publicación: 24 diciembre de 2014

Correspondencia
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Carrera 32 # 12-81
brotesecrearía2@gmail.com

https://doi.org/10.56085/isss.517

Factores asociados al bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes. Bogotá, D. C., 2010-2011

Factors Associated with Low Birth Weight in Children of Teenage Mothers. Bogotá, D. C., 2010-2011

Fatores associados ao baixo peso ao nascimento em crianças de mães adolescentes. Bogotá, D. C., 2010-2011

Yuli Andrea Otálora[1]

Resumen

El embarazo en adolescentes es uno de los fenómenos más relevantes en salud sexual y reproductiva en el mundo; se calcula que alrededor de 15 millones de adolescentes dan a luz cada año; en Colombia, según resultados de la *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (ENDS), durante el periodo 1990-2010, la proporción de adolescentes madres o embarazadas aumentó del 18,8 % al 19,5 %. Entre las principales implicaciones de tal fenómeno se encuentran las que afectan la salud del hijo; principalmente, el bajo peso al nacer (BPN). Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (*DANE*), el porcentaje de niños con BPN ha aumentado a lo largo de los últimos años: en 2000, la prevalencia era de 7,33 por cada 100 nacidos vivos, y para 2008 aumentó a 8,77; ello genera consecuencias de orden biológico, social y económico. ***Objetivo:*** Identificar los factores asociados al BPN en hijos de madres adolescentes atendidas en los hospitales que conforman la red pública de Bogotá, D. C., durante el periodo 2010-2011. ***Métodos***: Se hizo un estudio de casos y controles con un tamaño de muestra de 852, con una tasa de asignación de 1-3, para un total de 213 casos y 639 controles. Se utilizó como fuente de información el sistema informativo perinatal de los años 2010-2011; los datos fueron analizados mediante el programa estadístico Stata 11. ***Resultados:*** Se encontró que el BPN en los hijos de madres adolescentes presenta una asociación significativa al peso materno previo < 50 kg, a tener menos de 6 años de educación, al hábito de fumar y a tener anemia con estimadores de asociación *Odds Ratio* (OR) entre 1,81 y 10. ***Conclusiones:*** Los hallazgos pretenden orientar la generación de acciones en salud sexual y reproductiva que contribuyan a disminuir los embarazos en adolescentes y mejorar las acciones en salud materna.

Palabras clave: embarazo, adolescencia, bajo peso al nacer.

1 Enfermera especialista en epidemiologia. Trabajo de grado presentado para optar por el título de Especialista en Epidemiología General, Universidad El Bosque, 2012.

Abstract

Teen pregnancy is one of the most important phenomena in sexual and reproductive health worldwide. It is calculated that around 15 million teenagers give birth every year; According to *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (ENDS) in Colombia, between 1990 and 2010, the proportion of teen pregnant girls or teen mothers increased from 18.8% to 19.5%. Among the main implications are those that affect the child's health, principally low birth weight. According to *DANE*, the percentage of children with low birth weight has increased during the last years. In year 2000, the prevalence was 7.33 for every 100 live births, and for 2008 it increased to 8.77; thus, causing biological, social, and economic consequences. ***Objective***: Identify factors associated to low birth weight for teenage mothers that were attended by the public healthcare network in Bogota, during 2010-2011. ***Methods***: A case and control study was conducted with a sample of 852, with an allocation rate from 1 to 3, for a total of 213 cases and 639 controls. As information source, the informative perinatal system between years 2010-2011 was used. Data was analyzed with the statistical program Stata 11. ***Results***: Low birth weight for teen mother newborns is significantly associated with the previous mother's weight below 50 Kg, having less than 6 years of education, smoking habit, and anemia with association estimates *Odds Ratio* (OR) between 1.81 and 10. ***Conclusions***: Findings are intended to guide the generation of actions in sexual and reproductive health to contribute to a reduction of pregnancies and improve the actions on maternal health.

Key words: pregnancy, teenage, low birth weight.

Resumo

A gravidez na adolescência é um dos fenômenos mais relevantes em saúde sexual e reprodutiva no mundo, estima-se que cerca de 15 milhões de adolescentes dão à luz a cada ano; na Colômbia de acordo com resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde PNDS, entre os anos de 1990 a 2010, a proporção de mães adolescentes ou mulheres grávidas aumentou de 18,8% para 19,5%. Entre as principais implicações estão as que afetam a saúde da criança, principalmente o baixo peso ao nascer; De acordo com *DANE*, a percentagem de crianças com baixo peso ao nascer tem aumentado nos últimos anos; em 2000, a prevalência foi de 7,33 por 100 nascidos vivos e em 2008 aumentou para 8,77; gerando consequências de ordem biológica, social e econômica. ***Objetivo:*** Identificar os fatores associados ao baixo peso ao nascer em filhos de mães atendidos na rede pública de Bogotá durante os anos de 2010 e 2011. ***Métodos:*** Foi realizado um estudo de caso e controle, com um tamanho de amostra de 852, com uma taxa dotação de 1 a 3, para um total de 213 casos e 639 controles. Foi usado como fonte de informação o sistema de informação perinatal usado nos anos de 2010 e 2011, os dados foram analisados no programa estatístico Stata 11. ***Resultados:*** Como resultado, verificou-se que o baixo peso ao nascer em filhos de mães adolescentes tem associação significativa com o peso materno inferior a 50 kg, com menos de 6 anos de educação, com hábito de fumar e anemia com estimativas da associação *Odds Ratio* (OR) entre 1,81 e 10. ***Conclusões:*** Os resultados são destinados a orientar a geração de ações em saúde sexual e reprodutiva que contribuem para a diminuição da gravidez e melhorar as ações de saúde materna.

Palavras-chave: gravidez, baixo peso ao nascer.

Introducción

El embarazo durante la adolescencia es considerado uno de los fenómenos más relevantes en salud sexual y reproductiva en el mundo entero, por las consecuencias de orden social, económico y biológico que ocasiona en la madre y, principalmente, en el hijo. Se calcula que alrededor de 15 millones de adolescentes dan a luz cada año, cifra que corresponde a una quinta parte de todos los nacimientos (1).

En Colombia, según la ENDS, entre 1990 y 2010, la proporción de adolescentes madres o embarazadas aumentó del 18,8% al 19,5% (2). Ahora bien, entre los resultados más comunes en la salud del hijo se encuentra el bajo peso al nacer (BPN), con una incidencia entre las madres adolescentes del doble en relación con las mujeres adultas (3). Por otro lado, el BPN es un indicador que se constituye como predictor de la supervivencia o la muerte a lo largo del primer año de vida: para los niños que lo presentan, existe un riesgo entre 5 y 10 veces mayor, por lo que se reconoce al BPN como uno de los principales determinantes de la salud infantil (4).

Según la UNICEF cada año en el mundo nacen, aproximadamente, 20 millones de niños con BPN, lo que corresponde al 14% de todos los nacidos vivos, y más del 96% de los casos ocurren en países en vía de desarrollo, por dietas deficientes, condiciones sanitarias que favorecen el hecho de contraer infecciones y las altas tasas de embarazos en la población adolescente (5).

En Colombia, según las estadísticas vitales del DANE, el porcentaje de niños que nacen con BPN ha venido en aumento a lo largo de los últimos años; para 2000, la prevalencia era de 7,33 por cada 100 nacidos vivos, y para 2008 el porcentaje aumentó a 8,77. En Bogotá, D. C., el comportamiento no es distinto: la tasa se encuentra en 12 por 100 nacidos vivos; esto es, relativamente alta, al compararse con las de países de Latinoamérica como Argentina, que presenta una tasa de 8; o como Perú, con 11, y Venezuela, con 9. En países industrializados como Japón, Estados Unidos y Francia, el porcentaje de menores con BPN es cercano al 8% (5).

Por otro lado, la incidencia del BPN genera un incremento innecesario en la demanda de atención médica, causa trastornos familiares y sobrecarga en los presupuestos de los servicios de cuidados intensivos y neonatales. Igualmente, se asocia a diversas alteraciones en el desarrollo psicomotor, y algunos informes sugieren que más del 50% de la morbilidad neurológica crónica es atribuible a este fenómeno (6).

Tomando en cuenta lo planteado, se propone como objetivo del presente estudio identificar los factores asociados al BPN en los hijos de madres adolescentes atendidas en los Hospitales de la Red Pública de Bogotá, con el fin de brindar estrategias que fortalezcan los programas en salud materna para un control efectivo de ellos y propendan por una disminución en las tasas de BPN.

Métodos

Se hizo un estudio de casos y controles a lo largo del periodo comprendido entre enero de 2010 y diciembre de 2011. Los datos se obtuvieron de una fuente de información secundaria: el Sistema Informativo Perinatal (SIP), diseñado por el Centro Latino Americano de Atención Perinatal (CLAP). Se definió como *caso* a todo recién nacido vivo de madre adolescente entre los 10 y los 19 años, cuyo peso al nacer fue entre 1501 y 2499 g, independientemente de la edad gestacional y con atención del parto en los Hospitales de la Red Pública de Bogotá. Como *control*, se definió a todo recién nacido de madre adolescente entre los 10 y los 19 años de edad, con un peso al nacer entre 2500 y 3999 g, independientemente de la edad gestacional y con atención del parto en los Hospitales de la Red Pública de Bogotá.

La variable desenlace (el BPN) fue explicada por variables de respuesta clasificadas en cuatro grupos: 1) Sociodemográficas, 2) Específicas de la gestación, 3) Estado nutricional de la madre y 4) Factores ambientales. El tamaño de la muestra se calculó con un error tipo I de 0,05, error tipo II de 0,2, y un estimador de asociación *Odds Ratio* (OR) de 1,72, el cual resultó, a su vez, de la revisión bibliográfica, lo que permitió plantear varios escenarios, de los que se definió el tamaño de muestra más conservador y que le aportara mayor validez al estudio. En ese sentido, y con el fin de evidenciar diferencias significas entre los grupos (caso y control), se estableció una tasa de asignación de uno (1) a tres (3), para un tamaño de muestra de 853 madres adolescentes; es decir, 213 casos y 639 controles. Se hizo un

muestreo aleatorio simple entre quienes cumplieron con los criterios de inclusión y de definición de caso y control; asimismo, fueron considerados criterios de exclusión el embarazo múltiple y los casos y los controles que no aportaron la totalidad de información.

Por otro lado, de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y según su artículo 11, se estableció que el presente estudio no genera riesgo, que las técnicas y los métodos de investigación utilizados en él son de tipo documental retrospectivo y que no se hace ninguna intervención ni modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio.

Resultados

Los datos se analizaron en el paquete estadístico Stata versión11; para controlar la variable confusora (en este caso, la edad), en el diseño se emparejó por edad exacta en los dos grupos de estudio. Se identificaron las frecuencias de exposición a los factores de riesgo en los casos y los controles.

Se puede evidenciar una mayor proporción de gestantes en edades correspondientes a la adolescencia media y tardía, entre los 15 y los 19 años, con el 96 %, y tan solo el 4 %, en edades de 10-14 años, lo cual resultó coherente con la frecuencia de nacimientos en este grupo de edad y este periodo específico.

Se ejecutó el contraste de hipótesis o significancia estadística a dos extremos, de 0,05, con el fin de establecer la probabilidad de *P*. Los valores arrojados se agrupan en la tabla 1.

Como se observa en la tabla 1, tener menos de seis años de educación, consumir alcohol, cigarrillo y drogas durante la gestación, presentar un peso materno previo < 50 kg son factores que presentan una mayor proporción en el grupo de los casos que en el grupo control, con unos valores de *P* significativos, lo que, a su vez, demuestra tener relación con la variable desenlace.

Tabla 1. Distribución factores asociados al BPN. Bogotá, D. C., 2010-2011

Factores de riesgo	Casos (213)		Controles (639)		P
	n	%	n	%	
Edad					
10-14	8	3,76	24	3,76	*
15-19	205	96,24	615	96,24	*
Menos de 6 años de Educación	29	13,62	51	7,98	0,015
Estado civil					
Casada	3	1,41	9	1,41	0,34
Unión libre	99	46,48	323	50,55	0,34
Soltera	111	52,11	302	47,26	0,34
Otro	0	0,00	5	0,78	0,34
Consumo de alcohol	16	7,51	22	3,44	0,013
Consumo de cigarrillo	16	7,51	20	3,13	0,006
Consumo de drogas	9	4,2	10	1,56	0,023
Peso materno previo < 50 kg	41	19,25	45	7,04	0,000
Control prenatal inadecuado	129	60,56	381	59,62	0,809
Infección de las vías urinarias	13	6,10	18	2,8	0,027
Anemia	16	7,51	5	0,78	0,000
Parto pretérmino	91	42,72	123	19,25	0,000

Fuente: Programa Stata 12 análisis univariado, 2012

La variable Infección de las vías urinarias presenta mayor frecuencia de exposición en los casos, con una diferencia del 4% y un valor de *P* significativo, lo cual indica relación con el BPN. La anemia presenta una diferencia de exposición entre el grupo de casos y controles del 7% y un valor de *P* significativo que indica relación con la variable desenlace. En cuanto a la edad gestacional al nacimiento, el parto pretérmino presentó una frecuencia de exposición mayor en el grupo de casos que en el grupo control, con una diferencia del 21% y un valor de *P* significativo que indica relación con el BPN.

Por otro lado, un control prenatal inadecuado, de menos de cuatro controles durante la gestación, presenta una frecuencia de exposición mayor en los casos; sin embargo, la diferencia con el grupo control es mínima y el valor de *P* no es significativo.

Una vez identificadas las variables respuesta que guardan relación con la variable desenlace, se hizo el análisis bivariado; se construyeron 11 tablas de contingencia, para identificar el estimador de asociación (en este caso, OR crudos), el respectivo valor de *P* (probabilidad) y el intervalo de confianza del 95% (IC95%) para el OR; todos ellos se muestran agrupados en la tabla 2.

A partir del análisis bivariado, se estableció que las mujeres adolescentes que tienen menos de seis años de educación presentan 1,81 veces más riesgo de tener hijos con BPN. El consumo de alcohol en estas mismas mujeres implica 2,27 veces más riesgo de presentar hijos con BPN. Las mujeres adolescentes que tienen el hábito de fumar presentan 2,51 veces más riesgo de tener a hijos con BPN. Las mujeres adolescentes que presentaron infección de las vías urinarias en algún momento de la gestación tienen 2,24 veces más riesgo de tener a hijos con BPN; todo lo anterior, en comparación con las mujeres adolescentes que no se hallan expuestas al factor de riesgo.

Por otro lado, variables como el peso materno previo < 50 kg implican 3,14 veces más riesgo de tener a hijos con BPN. Las mujeres con diagnóstico de anemia tienen 10 veces más riesgo de tener a hijos con BPN. Aunque por sí sola la edad gestacional puede ser un factor determinante del BPN para el presente estudio, implicó 3,19 veces más de riesgo en las mujeres con edad gestacional < 37 semanas; estas últimas son las que presentan mayor fuerza de asociación.

En cuanto a la ganancia de peso durante la gestación, se evidenció, con una media de 6,82 kg, una desviación estándar de 3,6 kg. Se determinó, además, que dicha distribución del valor de los pesos registrados no tiene una distribución normal. Por otra parte, la asociación presentada indica una asociación levemente protectora, con un OR de 0,9; en efecto, por cada kilogramo que se gana durante la gestación hay 0,9 más veces de posibilidades de tener a un hijo con un peso adecuado.

Finalmente, se ejecutó un análisis multivariado, a partir del cálculo inicial entre la variable desenlace y, una a una, las variables respuesta; se describen los OR ajustados y se incluyen los que integran el modelo de regresión logística. Como se observa en la tabla 3, donde se registra la contribución de siete variables respuesta, con el fenómeno de estudio, de las cuales cuatro presentan significancia estadística; entre ellas: menos de seis años de educación, anemia, peso materno previo y consumo de cigarrillo, con unos intervalos de confianza (IC) que no alcanzan el uno (1). Mientras, variables como infección de las vías urinarias, consumo de drogas y consumo de alcohol no acreditan diferencias significativas.

Tabla 2. Análisis bivariado de factores asociados y BPN en hijos de madres adolescentes. Bogotá, D. C., 2010-2011

Factor de riesgo	OR *crudo*	IC95%	P
Menos de 6 años de educación	1,81	1,11-2,9	0,016
Consumo de alcohol	2,27	1,17-4,42	0,015
Consumo de cigarrillo	2,51	1,27-4,9	0,008
Consumo de drogas	2,77	1,11-6,9	0,029
Peso materno previo <50 kg	3,14	1,99-4,9	0,000
Infección de las vías urinarias	2,24	1,07-4,65	0,030
Anemia	10,2	3,75-28,4	0,000
Parto pretérmino	3,12	2,23-4,37	0,000
Ganancia de peso	0,92	0,88-0,97	0,001

Fuente: Programa Stata 12 análisis univariado, 2012

Tabla 3. Análisis multivariado factores asociados al BPN en los hijos de madres adolescentes. Bogotá, D. C., 2010-2011

Factor de riesgo	OR *crudo*	OR *ajustado*	IC95 %	P
Menos de 6 años educación	1,81	1,88	1,13-3,14	0,015
Infección de las vías urinarias	2,24	2,13	0,99-4,58	0,051
Anemia	10,2	9,9	3,5-28,2	0,000
Peso materno previo < 50 kg	3,14	3,23	2,01-5,18	0,000
Consumo de drogas	2,77	2,25	0,84-5,9	0,104
Hábito de fumar	2,51	2,12	1,02-4,41	0,042
Consumo de alcohol	2,27	1,79	0,88-3,6	0,105

Fuente: Programa Stata 12 análisis univariado, 2012

Discusión

En relación con cuáles son los factores asociados al BPN en los hijos de adolescentes atendidas en la red pública de Bogotá, de los eventos de este tipo incluidos en el estudio se identificó que tener menos de 6 años de educación y BPN resultó coherente con lo hallado por Coutinho, Ceccatti y Souza (2009), con un OR 1,29 y un IC95 % 1,1-1,5 (7), al igual que Monsreal *et al.* (2007), con un OR 1,91 y un IC95 % 1-3,62.

Por otro lado, el hábito de fumar y BPN presentaron un asociación importante (8), lo cual coincide con lo declarado por Aguilar Valdés et al. (1999), en su estudio, con un OR 1,6 y un IC95 % 1,1-2,4 (9). Asimismo, es importante señalar que una de las limitaciones de la variable consumo de cigarrillo es no poder registrar el número de cigarrillos al día ni el tiempo de exposición.

Por otro lado, se debe señalar que no tener acceso a la educación como uno de los derechos básicos que transforman realidades e influyen en la salud de las personas (en este caso, en las gestantes adolescentes) sugiere una mayor vulnerabilidad y favorece la exposición a dinámicas sociales en las que se suscribe el consumo de sustancias nocivas que durante la gestación pueden incidir en el BPN, entre otras consecuencias.

Cabe destacar también la asociación al estado nutricional de la madre: tener un peso materno previo < 50 kg resultó ser un factor importante, al igual que el diagnóstico de anemia durante la gestación; ello es acorde con lo indicado por Soriano Llora et al. (2003), en cuyo trabajo el peso previo < 50 kg presentó un OR 1,7 y un IC95 % 1,03-2,6. En el mismo sentido, Bakewell (1997) señala el peso previo materno como un factor de riesgo que puede estar presente en las siguientes gestaciones (10). Bien se sabe que un estado nutricional óptimo favorece el desarrollo adecuado de la gestación; sin embargo, las mujeres adolescentes presentan a menudo alteraciones nutricionales por defecto o por exceso, que interfieren al momento de cursar este proceso.

Por otra parte, un aspecto importante más para discutir es la asociación específica a la anemia. Escobar, Darías & Espinoza (2002) revelaron en su estudio una razón de prevalencia 2,74 y un IC95 % 1,9-3,79; ello coincide con el presente estudio, donde la asociación presentada es alta. Eso se relaciona con el número reducido en el tamaño de la muestra en los casos; asimismo, es un aspecto relevante para tomar en cuenta en la generación de estrategias de suplementación durante la gestación, con mayor seguimiento en las madres adolescentes.

Otro de los aspectos que hacen parte del estado nutricional es la ganancia de peso, la cual, si bien resultó ser un factor protector, no hizo parte del modelo de regresión logística; inicialmente, porque se considera importante cuando va acompañado del índice de masa corporal. Sin embargo, una de las limitaciones del sistema informativo perinatal SIP (fuente de información) es que entre sus variables no incluye la talla, lo cual dificulta la obtención y la validez de este aspecto.

Cabe añadir que en el presente estudio factores como el estado civil "sin pareja" y el control prenatal inadecuado (menos de cuatro consultas) no presentaron asociación al BPN, dado que en el análisis univarido, el valor de P no fue significativo. Es importante mencionar que sí puede estar asociado al desenlace; sin embargo, por debilidades en el registro del SIP, la consolidación o la respuesta variante de las gestantes pudo incidir en el resultado. No es posible aseverar que el control prenatal no contribuye al fomento de

salud y el bienestar del binomio madre-hijo; de ahí que es descrito como uno de los elementos determinantes para la identificación oportuna de riesgos, el control y el manejo de fenómenos de salud y modificación de hábitos durante la gestación.

Entre tanto, se debe considerar que se busca emplear los resultados hallados para mejorar acciones en salud sexual y reproductiva en adolescentes que eviten el aumento en las tasas de embarazos, por cuanto este constituye un factor de riesgo para el hijo. Mejorar la atención en salud materna a partir de la identificación precoz del riesgo, intervenir de forma oportuna, garantizar apoyo nutricional y fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación.

Se sugiere para próximos estudios que intenten aportar en la búsqueda de conocimiento en este campo, utilizar metodologías cuantitativas y cualitativas y acceder a fuentes primarias de información a través de instrumentos validados.

Referencias

1. Monterrosa A. Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 1998;49:225-30.

2. Florez CE, Soto VE. Factores protectores y de riesgo del embarazo adolescente en Colombia. En Serie de Estudios a profundidad Encuesta Nacional de Demografia y Salud 1990-2010. Bogotá: 2013.

3. McAnarney ER, Hendee WR. Adolescent pregnancy and its consequences. JAMA. 1989;262:74-7.

4. World Health Organization. Maternal and child health. Increasing frequency of low birth weight, United States of America 1981-1991. Weekly Epidemiological Record. 1994;48:2.

5. World Health Organization, Unicef. Low birthweight: country, regional and global estimates. 2004/00PY. Ginebra: WHO; 2004.

6. Prendes Labrada MdlC, Jiménez Alemán GM, González Pérez R, et al. Estado nutricional materno y peso al nacer [Maternal nutritional status and birth weight]. Rev Cuba Med Gen Integr. 2001;17:35-42.

7. Coutinho PR, Cecatti JG, Surita FG, et al. Factors associated with low birth weight in a historical series of deliveries in Campinas, Brazil. Rev Assoc Med Bras. 2009;55:692-9.

8. Monsreal F, Ramos Hernández A. Asociación de algunos factores de riesgo en el bajo peso al nacer. Rev Yuc Ped. 2001;6:74-82.

9. Aguilar Valdés J, Romero Placeres M, Ojeda del Valle M, et al. Factores de riesgo asociados con el bajo peso al nacer: municipio Boyeros, 1994-1995. Rev Cubana Hig Epidemiol. 1999;37:122-126.

10. Bakewell JM, Stockbauer JW, Schramm WF. Factors associated with repetition of low birthweight: Missouri longitudinal study. Paediatr Perinat Epidemiol. 1997;1:119-29.

Recibido para evaluación: 28 de abril de 2014
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Yuli Andrea Otálora
yandreas24 @gmail.com

https://doi.org/10.56085/isss.518

Efectos auditivos y extraauditivos por exposición al ruido ambiental en docentes de las localidades de Fontibón y Engativá. Bogotá, D. C., 2010

Auditory Effects and Extraauditivos by Exposure to Environmental Noise in Teachers of the localities of Fontibón and Engativá. Bogotá, D. C., 2010

Efeitos auditivos e extraauditivos pela exposição ao ruído ambiental em professores das localidades de Fontibón e Engativá. Bogotá, D. C., 2010

Luis Hernández[1]
Leonardo Quiroz[2]
Carolay Corredor[3]
Viviana Rico[4]
Claudia Rugeles[5]
Dayana Deluque[6]
Katalina Medina[7]
Rodrigo Sarmiento[8]

Resumen

Introducción: El ruido es una de las principales causas de preocupación para muchas poblaciones, ya que incide en la calidad de vida y, además, puede provocar efectos nocivos sobre la salud. Uno de sus efectos es la pérdida de la audición (hipoacusia), que puede ser reversible o permanente, pues progresa con lentitud, de forma proporcional con la exposición. ***Objetivos:*** Implementar un estudio de monitorización de los efectos auditivos y no auditivos en la salud determinando los niveles de ruido poblacional y ambiental en docentes de las lo-

1 Médico especialista en Epidemiología. PhD Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, Colombia.
2 Médico especialista en Salud Ocupacional. Epidemiólogo, Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, Colombia.
3 Bacterióloga especialista en Epidemiología. Hospital de Fontibón, Área de Atención al Medio Ambiente. Bogotá, Colombia.
4 Ingeniera Ambiental y Sanitaria especialista en Salud Ocupacional. Hospital de Fontibón, Área de Atención al Medio Ambiente. Bogotá, Colombia.
5 Fonoaudióloga especialista en Gerencia en Salud Ocupacional. Hospital de Fontibón, Área de Atención al Medio Ambiente. Bogotá, Colombia.
6 Ingeniera Ambiental y Sanitaria, especialista en Gerencia en Salud Pública. Hospital de Fontibón, Área de Atención al Medio Ambiente. Bogotá, Colombia.
7 Ingeniera Ambiental y Sanitaria especialista en Salud Ocupacional. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, Colombia.
8 Médico magíster en Salud Pública y en Epidemiología. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, Colombia.

calidades de Fontibón y Engativá, que contribuya en la construcción del sistema de vigilancia epidemiológica. ***Métodos:*** Estudio observacional de tipo transversal. La población sujeto de estudio fue constituida por 147 docentes que laboran en las instituciones educativas distritales (IED) definidas como de mayor exposición (> 65 dB) y de menor exposición (< 65 dB), según el mapa de ruido ambiental de cada localidad (clasificación revisada con mediciones de ruido ambiental y poblacional realizadas en los centros educativos). Se hizo una encuesta de antecedentes de salud y de percepción de ruido indagando sobre antecedentes familiares, personales y hábitos relacionados con la salud auditiva y una audiometría tonal liminal y otoscopia. Para la calificación del grado de severidad, se estimó lo recomendado en la guía GATI–HNIR. ***Resultados:*** El 27,7% de los docentes (40 de los participantes) presentaron hipoacusia en algún grado de severidad, resultado asociado al promedio mayor de respuesta del umbral de los docentes de los colegios de mayor exposición. La exposición fue asociada, a su vez, a acúfenos y a la sensación de ruido en el entorno; las fuentes generadoras identificadas con mayor frecuencia son el tráfico aéreo y el terrestre, concordante ello con la ubicación de las instituciones educativas. La hipoacusia fue más común en los docentes de la localidad de Engativá ($p < 0{,}001$), en docentes de edades ≥ 45 años ($p < 0{,}001$) y quienes presentan hipertensión arterial (HTA) ($p = 0{,}041$). Los umbrales auditivos son más altos en los colegios altamente expuestos para todas las frecuencias, excepto las de 500 y 6000 Hz para ambos oídos ($p < 0{,}05$) Los síntomas otológicos se asociaron a la exposición > 65 dB ($p = 0{,}007$), al igual que diversos síntomas neurológicos ($p = 0{,}002$). No se encontró relación con síntomas psicológicos. ***Conclusión:*** Los docentes vinculados a instituciones de alta exposición presentan mayores efectos auditivos y extraauditivos, en comparación con quienes laboran en colegios menos expuestos, lo que puede estar afectando el proceso de enseñanza. El diseño y la ubicación de colegios deben tener en cuenta estos impactos, para evitar futuras afectaciones.

Palabras clave: hipoacusia, ruido ambiental, ruido poblacional, docentes, efectos neuropsicológicos, percepción ruido.

Abstract

Introduction: Noise is one of the main causes of concern within populations, as it affects negatively the quality of life and health of individuals. One of its effects is hearing loss (hypoacusis) that may be reversible or permanent as it slowly progresses proportionally to exposure. ***Objectives:*** To implement a monitoring study of the hearing and non-auditory health effects, to determine the levels of population and environmental noise for teachers in Fontibon and Engativa, that contributes to the construction of an epidemiological surveillance system. ***Methods:*** Transversal observational study. The population for this study was constituted by 147 teachers belonging to district educational institutions, divided into high exposure (> 65 dB) and low exposure (< 65 dB), according to the environmental noise maps of each district, revised classification with population and environmental noise measurements performed in educational centers. A survey of health history and noise perception was conducted, asking about family and personal backgrounds, habits related to hearing health, and a liminal tone audiometry and otoscopy. To classify the degree of severity, it was estimated according to the guide GATI-HNIR. ***Results:*** 27.7% of teachers (40 people) presented hearing loss in some severity degree. This result is associated to the higher response average of the threshold of teachers of schools with high exposure. Exposure was associated with tinnitus and the sensation of noise in the environment. The identified generating sources with higher frequency are air and ground traffic, in accordance with the location of schools. Hearing loss was more frequent within

teachers in Engativá ($p < 0.001$), of age ≥ 45 years ($p < 0.001$), and those who present HTN ($p = 0,041$). The hearing thresholds are higher for schools with high exposure for all frequencies, except those of 500 and 6000 Hz for both ears ($p < 0.05$). Otologic symptoms were associated to the exposure > 65 dBA ($p = 0.007$), as well as neurological symptoms ($p = 0.002$). No relation was found with psychological symptoms. ***Conclusion:*** Teachers from schools exposed to high levels presented higher auditory and extra-auditory effects, in comparison to those exposed to lower levels of noise. This could affect the teaching process. The design and location of the schools must take into account these type of impacts to avoid future damage.

Key words: hearing loss, environmental noise, neuropsychological effects, noise perception.

Resumo

Introdução: O ruído é uma das principais causas de preocupação para muitas populações, uma vez que afeta a qualidade de vida e também pode causar efeitos adversos à saúde. Um efeito é a perda de audição (Hipoacusia), que pode ser reversível ou permanente e progride lentamente de forma proporcional com a exposição. ***Objetivos:*** O objetivo do estudo foi implementar um estudo de monitorização dos efeitos na saúde auditiva e não auditiva, determinando os níveis de ruído da população e do ambiente em professores das localidades de Fontibón e Engativá, que contribuíam na construção de um sistema de monitoramento epidemiológica. ***Métodos:*** Estudo observacional do tipo transversal. A população de estudo foi constituída de 147 professores das Instituições Educacionais do Distrito definidos como maior exposição (> 65 dB) e exposição menor (< 65 dB), de acordo com o mapa de ruído ambiente de cada localidade, classificação revista por medições de ruído ambiental e populacional realizado nos centros de educação. Foi realizado um questionário sobre o histórico de saúde e percepção de ruído indagando os antecedentes familiares, pessoais e hábitos relacionados com a saúde auditiva, audiometria tonal liminar e otoscopia. Para determinar o grau de severidade foi apreciada a recomendação da guia GATI-HNIR. ***Resultados:*** 27,7% dos profesores (40) apresentaram hipoacusia em algum grau gravidade, resultado associado ao promédio maior de resposta no limiar de professores de colégios com maior exposição. A exposição foi associada a zumbido e sensação de ruído no ambiente, as fontes identificadas com mais frequência são de tráfego aéreo e rodoviário, de forma compatível com a localização das instituições de ensino. A hipoacusia foi mais frequente em professores da localidade de Engativá ($p < 0,001$), em professores com idade ≥ 45 anos ($p < 0,001$) e com HTA ($p = 0,041$). Os limiares auditivos são mais elevados em escolas altamente expostas para todas as frequências, exceto as de 500 e 6000 Hz para ambas as orelhas ($p < 0,05$). Os sintomas otológicos associados à exposição > 65dBA ($p = 0,007$), igual aos sintomas neurológicos ($p = 0,002$). Não foi encontrada relação com sintomas psicológicos. ***Conclusão:*** Os professores vinculados às instituições com maior exposição, apresentam maiores efeitos auditivos e extra-auditivos em comparação com os pertencentes aos colégios menos expostos, o que pode estar afetando o processo de ensino. O modelo e a localização das escolas devem considerar estes impactos para evitar danos futuros.

Palavras-chave: hipoacusia, ruído ambiental, ruído da população, profesores.

Introducción

El ruido se ha acrecentado de forma desproporcionada a lo largo de las últimas décadas y es una de las principales causas de preocupación de muchas poblaciones; desde el punto de vista ocupacional, es considerado un riesgo inherente a algunas labores predominantemente industriales. Este tipo de contaminación incide en varios aspectos del bienestar y la salud de las personas; sobre todo, en los trabajadores y los niños. Los diferentes efectos de la exposición a altos niveles de presión sonora en la salud se han clasificado como *auditivos* y *no auditivos;* de estos, la pérdida de audición, o hipoacusia, es uno de los más documentados; puede ser de tipo temporal o permanente, y suele progresar con lentitud, de forma proporcional con la intensidad y la duración de la exposición.

Por lo general, la hipoacusia va acompañada de síntomas como acúfenos, disminución de la capacidad de discriminación y distorsión de sonidos, cefalea, cansancio e irritabilidad. En Colombia, la hipoacusia inducida por ruido es considerada la tercera enfermedad profesional más reportada (1). Sus efectos no auditivos han sido documentados por la Organi-

zación Mundial de la Salud (OMS), en el sentido de que este contaminante puede afectar el rendimiento de los procesos cognitivos, tales como la lectura, la atención y la memorización; también, producir alteraciones del sueño e incrementar enfermedades como la hipertensión (2).

No se suele asociar directamente el ruido a la labor del docente, y son pocos los estudios centrados en el impacto que tiene dicho contaminante en esa población específica, aunque entre los múltiples factores de riesgo a los cuales se ven mayormente sometidos se encuentra el ruido proveniente de clases cercanas o de la calle (3), lo cual se evidencia en estudios que han hecho mediciones de ruido en establecimientos educativos, como uno realizado en Costa Rica (4), donde se encontró que todas las mediciones tomadas en las aulas superó los límites recomendados por el Instituto Nacional de Estándares (ANSI, por las siglas en inglés de American National Standards Institue) (35 dB), y que, si bien no sobrepasan los límites permisibles para la jornada laboral de 8 horas, son excesivamente altos y pueden influir sobre la salud de los docentes y los educandos. A la misma conclusión llegó un estudio hecho en México, en el que se observó cómo las mediciones tomadas en dos escuelas rebasaron los niveles recomendados por la OMS tanto en el exterior como dentro de las aulas; adicionalmente, se observó que los buses originaban picos de hasta 90 dB y que nivel de molestia fue mayor para los profesores que para los alumnos (5).

En Bogotá, D. C., entre las localidades a las que más afecta la contaminación ambiental generada por ruido se encuentran Fontibón y Engativá; según el reporte del Departamento Administrativo del Medio Ambiente (DAMA) (2005), las 3 estaciones fijas de monitoreo ubicadas en áreas aledañas al aeropuerto de la ciudad arrojaron datos que excedieron los límites permisibles, de 65 dB(A), según la Resolución 0627 de 2006 Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial (MAVDT) en la Zona I, cuyos resultados fluctuaron entre 71,2 dB(A) y 82,1 dB(A) (2). Adicionalmente, en ambas localidades están ubicadas avenidas de alto flujo vehicular, como son la avenida Boyacá, la avenida Carrera 68, la avenida Ciudad de Cali, la avenida Calle 13 y la avenida El Dorado. Tal situación puede alterar la calidad auditiva y causar grandes molestias en los habitantes de la zona.

Un estudio previo realizado con población general de las localidades de Fontibón y Engativá (6), y en el cual se muestra que, según los índices de pérdida auditiva temprana (ELI, por sus siglas en inglés) (4000 Hz y 6000 Hz) (7) y Larsen, la prevalencia de hipoacusia fue significativamente mayor en adultos expuestos (> 65 dB) que en los no expuestos (< 65 dB) (8).

El presente estudio fue planteado como una forma de evaluación del efecto que ejerce el ruido ambiental y poblacional en la salud auditiva de la comunidad educativa de las localidades de Fontibón y Engativá, que permita formular recomendaciones y generar medidas por parte de las entidades competentes para la prevención, el control y la mitigación de este contaminante, y contribuir así al mejoramiento de las condiciones de salud y bienestar de la comunidad.

El objetivo del presente estudio es implementar un monitoreo de los efectos en la salud auditiva (síntomas neurológicos y psicológicos, afectación en la productividad y en la calidad de vida) en una comunidad educativa determinando los niveles de ruido poblacional y ambiental en los colegios donde permanecen los docentes de IED, de modo que se contribuya en la construcción del sistema de vigilancia epidemiológica.

Métodos

Población sujeto de estudio

Estudio observacional de tipo transversal. La población sujeto de estudio fue constituida por docentes de 4 IED pertenecientes a las localidades de Fontibón y Engativá; 2 de ellas, definidas como de mayor exposición (75-80 dB), y otras 2, como de menor exposición (35-50 dB), seleccionadas según el mapa de ruido ambiental de las localidades, realizado por la Universidad INCCA para la Secretaría Distrital de Ambiente en 2008.

La selección de la muestra se hizo a partir de la totalidad de docentes de cada institución en las dos jornadas escolares. Se diligenció una encuesta inicial por el total de la población que quiso participar, para identificar a los sujetos que cumplieran con los criterios de inclusión (llevar trabajando dos o más años en el centro educativo, y que aceptaran el consentimiento informado); fueron excluidos quienes al momento de la otoscopia presentaron condiciones que podrían alterar la audiometría (perforación timpánica [hubo dos casos], malfor-

maciones del pabellón auricular, otitis) y que reportaron factores congénitos, complicaciones durante el parto, lesiones de causa externa, infecciones o consumo de medicamentos ototóxicos que podrían ser causantes de hipoacusia. Se obtuvo así una muestra final de 147 docentes; 82 de ellos corresponden a la Localidad de Fontibón, y 65, a la Localidad de Engativá.

A los docentes se les aplicó una encuesta de antecedentes de salud y percepción de ruido indagando sobre antecedentes familiares, personales, hábitos relacionados con la salud auditiva, percepción de la molestia generada por ruido y síntomas asociados a este. Las encuestas fueron aplicadas mediante entrevista por personal capacitado en el tema (fonoaudióloga y auxiliar de enfermería). Paralelamente, se hizo una audiometría tonal liminal y una otoscopia por parte de un profesional fonoaudiólogo, en las instalaciones de cada colegio, con audiómetro Maico MA 41 calibrado y en cabina sonoamortiguada.

Estas audiometrías se calificaron y según el Índice Larsen Modificado, el promedio de frecuencias conversacionales de los promedios de tonos puros (PTA, por las siglas en inglés de *pure tone average*) (500, 1000 y 2000 Hz) y la descripción frecuencial de las bandas agudas 3000, 4000 y 6000 Hz, ya que la pérdida más temprana por exposición a ruido se observa en estas últimas frecuencias. La calificación del grado de severidad de la hipoacusia se estimó según lo recomendado en la guía GATI-HNIR (9), de 25 dB.

Como parte del estudio, se hicieron mediciones de ruido en cada institución educativa, con un sonómetro de la Secretaría Distrital de Ambiente debidamente calibrado. Para las mediciones de los niveles de presión sonora se identificó previamente el área por monitorear y cada uno de los puntos de monitoreo, así como las condiciones del ambiente sonoro actual y las zonas receptoras de mayor vulnerabilidad ambiental. Los periodos y los tiempos de medición evaluados se determinaron según el artículo 5° de la Resolución 627 de 2006 (10).

En cada colegio se tomaron los niveles de presión sonora ambientales, perimetrales y poblacionales (aulas y pasillos); las mediciones se hicieron en dos días distintos durante las dos jornadas escolares (mañana y tarde). El primer día se hicieron mediciones durante la jornada escolar normal, y el segundo día se hicieron sin la presencia de estudiantes.

Resultados

Mediciones de ruido ambiental y poblacional

Según mediciones hechas por la Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), en Fontibón se observa que en horas de clase, la IED de mayor exposición presenta dentro de sus aulas niveles de presión sonora que alcanzan un valor máximo de 82,7 dB(A) y un mínimo de 70,4 dB(A), y en los pasillos los valores son de 82,6 dB(A) y 72,8 dB(A), respectivamente. En la IED de menor exposición se obtiene un valor máximo en salones de 80,3 dB(A) y un valor mínimo de 66,4 dB(A), y en los pasillos, de 80,2 dB(A) y 68,2 dB(A), respectivamente.

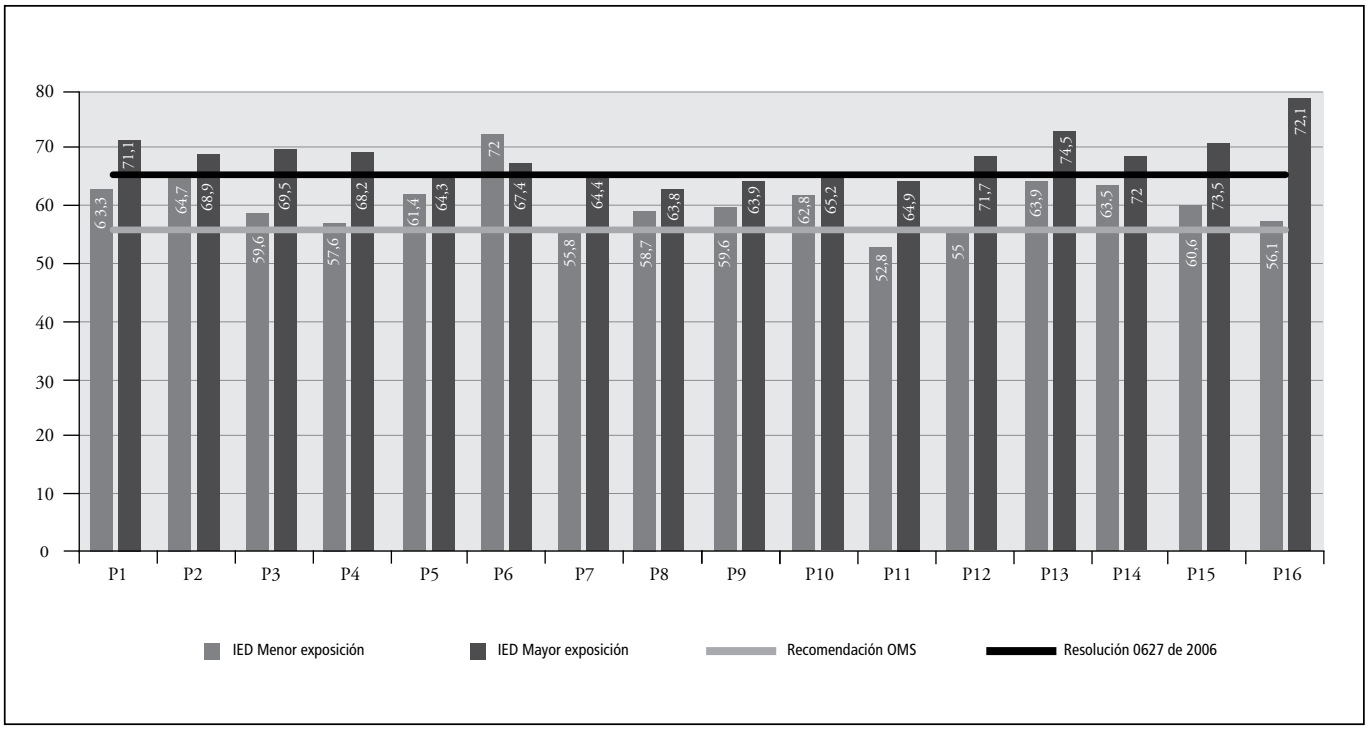
Para Engativá, en la IED de mayor exposición se observa que dentro de las aulas en horas de clase los niveles de presión sonora alcanzan un máximo de 78,6 dB(A) y un mínimo de 65,8 dB(A). Por otro lado, en la IED de menor exposición el valor más bajo fue de 72,8 dB(A), y el más alto, 83,1 dB(A), respectivamente. Cabe aclarar que además de los niveles de ruido por exposición al tráfico aéreo, la zona se halla expuesta al ruido generado por el alto flujo vehicular que transita por la avenida Boyacá, una de las vías más transitadas de la ciudad.

En ambas localidades se hicieron mediciones en cuatro puntos perimetrales para cada institución durante las jornadas normales de clases (mañana y tarde). En total, se tomaron 16 mediciones por colegio, a raíz de lo cual se encontró que en 17 puntos (9 para Fontibón y 8 para Engativá) los colegios de mayor exposición sobrepasaron los límites máximos permisibles establecidos en la Resolución 627 de 2006. De igual forma, los colegios de mayor y de menor exposición sobrepasaron la recomendación de la OMS (55 dB) (figuras 1 y 2).

Estadísticos descriptivos y análisis bivariado

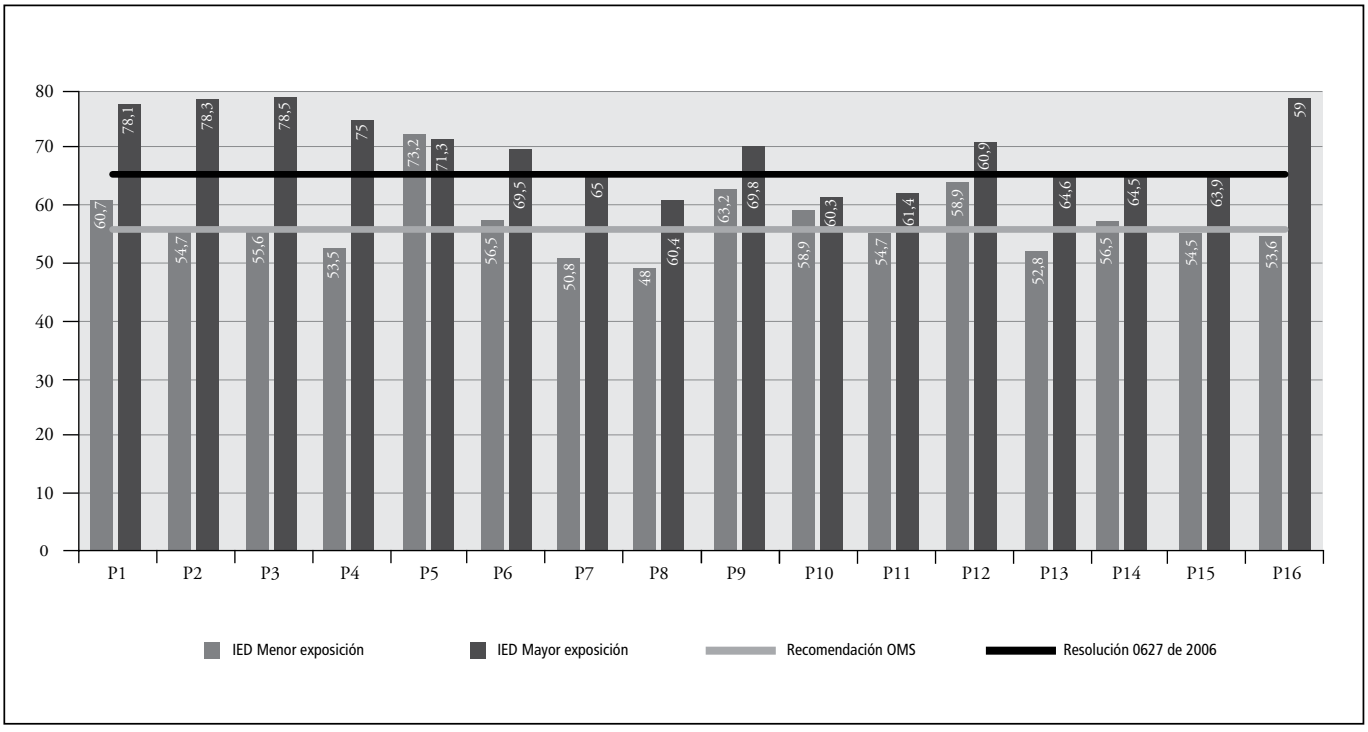
El 25,2% (n=37) de la muestra total estudiado es de sexo masculino; el 64,6% (n= 95) de los docentes laboran en la jornada de la mañana y la edad promedio global de los docentes es de 43,24 años (rango de 26-62 años). En la tabla 1 se resumen las características de la muestra (docentes) seleccionada por colegio (criterio de exposición). Los docentes de los 2 colegios son comparables en sexo y jornada, si bien se encuentra una diferencia significativa en la edad, ya que el rango y el promedio de los docentes del colegio de más

Figura 1. Niveles de presión sonora en el área perimetral del colegio de mayor exposición y el de menor exposición en la Localidad de Fontibón, comparados con la Resolución 0627 de 2006 y la recomendación OMS



Fuente: Bases de datos del Hospital de Fontibón (2010).

Figura 2. Niveles de presión sonora en el área perimetral del colegio de mayor exposición y el de menor exposición en la Localidad de Engativá, comparados con la Resolución 0627 de 2006 y la recomendación OMS



Fuente: Bases de datos del Hospital de Fontibón (2010-2011).

exposición es mayor (30-62 años) respecto al colegio de menor exposición (26-62 años), así como el tiempo en años que llevan trabajando en ese colegio (rango 2-29 años, comparado con el rango de 2-10 años en el colegio de menor exposición). Esto, debido a que en el momento de implementación del estudio la planta de docentes había sido recientemente cambiada dentro de los colegios del Distrito, por disposición de la Secretaría Distrital de Educación.

Otras variables que reportaron diferencia significativa son: consumo de otros medicamentos (diferentes de los contemplados en la encuesta), el reporte de la sensación de ruido en el entorno y el hecho de identificar el tráfico aéreo como fuente generadora de ruido. Ninguno de los encuestados reportó haber consumido medicamentos de tipo ototóxico (antituberculosos, furosemidas, aspirinas o gentamicina), ni antecedentes de traumatismo craneal, de diabetes, de rubeola, de toxoplasmosis o de convulsiones, como tampoco antecedentes quirúrgicos.

Al definir el grado de severidad según la guía de recomendación GATI-HNIR, se encontró que el 72,8% (n=107) presentan audición normal. El 19,7% (n=29) se clasifican con hipoacusia leve; el 6,8% (n=10), con hipoacusia moderada, y el 0,7% (n=1), con hipoacusia moderada-severa, encontrando diferencia significativa para hipoacusia.

Se encontró que el 27,7% (n=40) de los docentes presentaron hipoacusia según la audiometría, al definirla como disminución de la capacidad auditiva en cualquier grado (leve, moderado, severo, moderado-severo).

Otra parte del análisis se basó en la revisión de los promedios de respuesta auditiva, en decibeles (dB), para cada una de las frecuencias evaluadas en el momento de la audiometría. Se tomó el umbral auditivo en cada frecuencia para cada oído, y a estos se les aplicó la prueba t para comparación de medias según el nivel de exposición (tabla 2); se pudo observar así que en el umbral auditivo de los docentes hay una diferencia significativa en cuanto a las frecuencias evaluadas, excepto en la frecuencia de 500 Hz y 6000 Hz en ambos oídos y la frecuencia de 1000 Hz en el oído izquierdo, lo cual permite inferir que los docentes de los colegios de mayor exposición pre-

Tabla 1. Características de los docentes de las localidades de Fontibón y Engativá según la encuesta de percepción y audiometría

Variable		Mayor exposición *n* = 71 (%)	Menor exposición *n* = 76 (%)	Valor de *p*
Datos sociodemográficos				
Sexo	Masculino	19 (26,8)	19 (26,8)	0,707
	Femenino	52 (73,2)	52 (73,2)	
Jornada	Mañana	43 (60,6)	52 (68,4)	0,389
	Tarde	28 (39,4)	24 (31,6)	
Edad (años)	Media	47,65	39,12	<0,001**
Tiempo barrio (horas/día)	Media	10,46	9,50	0,289**
Tiempo en la zona (años)	Media	12,47	8,46	0,115**
Tiempo en el colegio (años)	Media	8,39	4,53	< 0,001**
Actividades laborales	Otra	15 (21,1)	15 (19,7)	0,841
Antecedentes en salud				
Consumo medicamentos	Sí	29 (40,8)	8 (10,5)	< 0,001
Enfermedad previa	HTA	4 (5,6)	0	0,052*
Antecedente familiar	Hipoacusia	6 (8,5)	8 (10,5)	0,782
Síntomas reportados	Acúfenos	28 (39,4)	14 (18,4)	0,006
	Vértigo	8 (11,3)	4 (5,3)	0,234
	Otalgia	15 (21,1)	9 (11,8)	0,180
	Otitis	3 (4,2)	5 (6,6)	0,720*
	Otorrea	0	0	0
	Prurito	8 (11,3)	63 (88,7)	0,579
	Otro	15 (21,1)	6 (7,9)	0,032
Audiometrías previas	Sí	26 (36,6)	29 (38,2)	0,866

Hábitos				
Usa audífonos	Nunca	57 (80,3)	54 (71,1)	0,371
	Pocas veces	7 (9,9)	15 (19,7)	
	Algunas veces	5 (7)	4 (5,3)	
	Frecuentemente	2 (2,8)	3 (3,9)	
Usa motocicletas	Nunca	71 (100)	69 (90,8)	0,020*
	Pocas veces	0	0	
	Algunas veces	0	6 (7,9)	
	Frecuentemente	0	1 (1,3)	
Frecuenta discotecas	Nunca	59 (83,1)	60 (78,9)	0,186*
	Pocas veces	8 (11,3)	13 (17,1)	
	Algunas veces	4 (5,6)	1 (1,3)	
	Frecuentemente	0	2 (2,6)	
Fuma	Sí	9 (12,7)	7 (9,2)	0,600
Percepción del ruido				
Sensación de ruido en el entorno	Nunca	6 (7,9)	8 (5,4)	0,019*
	Raramente	4 (5,3)	5 (3,4)	
	A veces	19 (25)	27 (18,4)	
	Siempre	47 (61,8)	107 (72,8)	
Actividades donde el ruido genera molestia	Leyendo	29 (40,8)	37 (48,7)	0,407
	Trabajando	47 (66,2)	42 (55,3)	0,182
	Estudiando	26 (36,6)	26 (34,2)	0,863
	Conversando	30 (42,3)	22 (28,9)	0,120
	Descansando	32 (45,1)	33 (43,4)	0,869
	Ninguna	2 (2,8)	2 (2,6)	1,00*
Efectos extraauditivos	Insomnio	7 (9,9)	0	0,005*
	Irritabilidad	40 (56,3)	40 (52,6)	0,741
	Ansiedad	11 (15,5)	8 (10,5)	0,463
	Cefalea	33 (46,5)	22 (28,9)	0,040
	Susto/sobresalto	6 (8,5)	3 (3,9)	0,315*
	Menor rendimiento	11 (15,5)	15 (19,7)	0,525
	Agotamiento físico	22 (31)	17 (22,4)	0,266
Dificultad al conciliar el sueño	Nunca	32 (45,1)	44 (57,9)	0,281*
	Raramente	22 (31)	18 (23,7)	
	A veces	15 (21,1)	10 (13,2)	
	Siempre	2 (2,8)	4 (5,3)	
Fuentes generadoras	Tráfico aéreo	45 (63,4)	30 (39,5)	0,005
	Tráfico terrestre	42 (59,2)	33 (43,4)	0,070
	Discotecas/bares	18 (25,4)	16 (21,1)	0,563
	Actividad industrial	20 (28,2)	22 (28,9)	1,00
Presentación de quejas	Sí	9 (12,7)	9 (11,8)	1,00
Audiometría				
Audiometría	Hipoacusia	26 (36,6)	14 (18,4)	0,016
Índice Larsen oído derecho	Normal unilateral	56 (78,9)	66 (86,8)	0,279*
	Grado I	12 (16,9)	6 (7,9)	
	Grado II	1 (1,4)	3 (3,9)	
	Grado III	2 (2,8)	1 (1,3)	
Índice Larsen oído izquierdo	Normal unilateral	52 (73,2)	67 (88,2)	0,033*
	Grado I	14 (19,7)	4 (5,3)	
	Grado II	4 (5,6)	3 (3,9)	
	Grado III	1 (1,4)	2 (2,6)	
Grado de severidad	Normal	45 (63,4)	62 (81,6)	0,033*
	Leve	19 (26,8)	10 (13,2)	
	Moderada**	7 (9,9)	3 (3,9)	
	Moderada-severa	0	1 (1,3)	
	Severa	0	0	
	Profunda	0	0	

Usando la prueba de x^2 de Pearson. *Estadístico exacto de Fisher. ** Prueba *t* para comparación de medias.

Fuente: Base de Ruido. Hospital de Fontibón (2010).

sentan un promedio mayor de respuesta en el umbral auditivo respecto a los docentes de los colegios de menor exposición. Tal diferencia es consistente con la prevalencia de hipoacusia en los docentes; la frecuencia de descenso en la capacidad auditiva es mayor en los docentes del colegio más expuesto.

Tabla 2. Diferencia de medias en umbral auditivo del oído derecho y el oído izquierdo en docentes de las localidades de Fontibón y Engativá, Bogotá, D. C.

Frecuencia	Oído derecho			Oído izquierdo		
	Exposición		Valor *p*	Exposición		Valor *p*
	Mayor	Menor		Mayor	Menor	
500	14,23	12,24	0,061	12,68	10,20	0,097
1000	13,75	10,36	0,001	11,79	9,59	0,129
2000	11,13	8,34	0,012	10,18	7,47	0,024
3000	11,77	9,05	0,030	12,86	9,17	0,013
4000	14,27	10,95	0,009	14,20	11,48	0,046
6000	16,35	16,59	0,868	17,20	17,13	0,968
8000	21,69	15,13	0,005	20,49	13,67	0,002

Nota: Prueba ***t*** para comparación de medias.

Fuente: Bases de datos del Hospital de Fontibón (2010).

Análisis multivariado

Se observó que la hipoacusia es más común en los docentes que trabajan en la Localidad de Engativá Razón de Prevalencia: 6,08 (IC95%: 2,44-15,14; $p < 0,001$), en aquellos con una edad ≥ 45 años RP: 5,07 (IC95%: 2,06-12,50; $p < 0,001$), y en quienes reportaron tener HTA RP: 13,92 (IC95%: 1,12-173,64; $p = 0,041$). Así mismo, la hipoacusia fue menos reportada por los docentes que afirmaron asistir con frecuencia a discotecas RP: 0,22 (IC95%: 0,06-0,78; $p = 0,019$).

Se halló relación entre el reporte de síntomas otológicos con la condición de mayor exposición (> 65 dBA) RP: 2,69 (IC95%: 1,32-5,50; $p = 0,007$). Los síntomas neurológicos fueron más comunes en los docentes en condición de mayor exposición (> 65 dBA) RP: 3,16 (IC95%: 1,52-6,58; $p = 0,002$), y menos frecuente en quienes llevan más de 10 años laborando en ese colegio RP: 0,25 (IC95%: 0,08-0,79; $p = 0,018$). No se encontró relación con la categoría de síntomas psicológicos. En cuanto a la afectación en la productividad, se encontró una mayor frecuencia en los docentes que identifican el tráfico terrestre como fuente generadora de ruido RP: 3,07 (IC95%: 1,10-8,61; $p = 0,033$); por el contrario, fue menos reportada por quienes identifican la actividad industrial como fuente generadora RP: 0,29 (IC95%: 0,11-0,80; $p = 0,017$).

Los docentes que más reportaron sentirse afectados en su calidad de vida fueron quienes más identificaron la actividad industrial como fuente generadora de ruido RP: 5,86 (IC95%: 1,63-21,06; $p = 0,007$), y quienes menos lo hicieron resultaron ser los docentes de la Localidad de Engativá RP: 0,19 (IC95%: 0,08-0,44; $p < 0,001$). La dificultad para conciliar el sueño fue más común en los docentes con antecedente familiar de hipoacusia RP: 3,81 (IC95%: 1,05-13,87; $p = 0,043$), y menos común, en los docentes de la Localidad de Engativá RP: 0,22 (IC95%: 0,11-0,45; $p < 0,001$).

Los docentes que perciben ruido en el entorno se relacionan con una edad ≥ 45 años RP: 6,32 (IC95%: 1,31-30,56; $p = 0,022$); en cambio, quienes menos reportaron ruido en su entorno fueron los docentes de la localidad de Engativá RP: 0,12 (IC95%: 0,02-0,55; $p = 0,007$). Para quienes les afecta el ruido, se observó relación con identificar más a menudo como la fuente de este el tráfico terrestre RP: 5,77 (IC95%: 1,10-30,12; $p = 0,038$), y con menor frecuencia, los docentes que llevan más de 10 años trabajando en ese colegio RP: 0,19 (IC95%: 0,04-0,90; $p = 0,036$).

No se halló relación ente las variables estudiadas y síntomas como otalgia, irritabilidad, ansiedad; así mismo, no se encontró relación con interferencia en actividades como estudiar y leer. En la tabla 3 se presentan las asociaciones que resultaron significativas para cada síntoma evaluado.

Tabla 3. RP obtenidos en análisis multivariado para los síntomas evaluados

Evento	Variable independiente	RP (IC95%)	Valor *p*
Acúfenos	Exposición (>65dB)	2,88 (1,36-6,11)	0,006
	Años en el colegio (>10 años)	4,38 (1,54-12,44)	0,006
Vértigo	Edad (≥45 años)	16,90 (2,03-140,45)	0,009
	Identificar discotecas/bares como fuente generadora de ruido	6,91 (1,86-25,64)	0,004
Cefalea	Exposición (>65dB)	2,23 (1,18-4,47)	0,023
	Sexo (masculino)	0,42 (0,18-0,99)	0,048
Agotamiento físico	Edad (≥45 años)	2,91 (1,35-6,27)	0,006
Susto/sobresalto	Identificar discotecas /bares como fuentes generadoras de ruido	7,86 (1,85-33,38)	0,005
Molestia al trabajar	Edad (≥40 años)	2,59 (1,26-5,29)	0,009
Menor rendimiento	Realiza alguna actividad laboral extra a la docencia	0,13 (0,02-0,98)	0,048
Molestia al conversar	Edad (≥40 años)	2,15 (1,00-4,61)	0,050
	Años en el colegio (>10 años)	3,28 (1,11-9,68)	0,032
Molestia al descansar	Localidad (Engativá)	0,36 (0,19-0,72)	0,004

Fuente: Proyecto Especial Ruido. Hospital de Fontibón (2010)

Discusión

Según lo registrado en las mediciones ambientales hechas con la Secretaría Distrital de Ambiente, los colegios considerados de mayor exposición para ambas localidades excedieron la normatividad de 65 dB para la zona de tranquilidad en 17 de los 32 puntos perimetrales (53,1 %), y en el de menor exposición, en 2 de los 32 puntos (6,7 %). En general, las instituciones seleccionadas, independientemente de la ubicación y del nivel de exposición, sobrepasan los niveles de ruido en el total de las mediciones según las recomendaciones de la OMS. Aunque los colegios seleccionados como expuestos presentaron niveles de presión sonora mayores que los de los menos expuestos, no se observó la amplitud que se denota en los mapas de ruido ambiental. Los niveles hallados se asemejan a los reportados en el estudio de Lepore (11), en India, donde en el colegio ruidoso se halló un pico de 82 dB(A) y en el colegio tranquilo se alcanzó un pico de 65 dB(A).

Adicionalmente, los niveles de presión sonora encontrados son muy similares a lo reportado por Shield (12), en Reino Unido, de 70-77 dB; según Laeq, para el trabajo en grupo dentro de las aulas de clase, y para Campuzano, en México (5), el nivel de ruido observado en la escuela expuesta fue de 83,2 dB(A), mientras para la menos expuesta fue de 76,5, en las fachadas; dentro de las aulas se obtuvieron niveles de 64,5 dB(A) con las ventanas cerradas y de 72,1 dB(A) con las ventanas abiertas para la escuela expuesta, criterio que no fue tenido en cuenta en el análisis realizado en nuestros colegios. En ambas instituciones se rebasaron los niveles recomendados por la OMS, tanto en el exterior como dentro de las aulas; los buses originaron picos de hasta 90 dB(A). Las instituciones objeto del presente estudio sobrepasaron la recomendación de la OMS, de 55 dB(A) en los pasillos y 35 dB(A) en las aulas, en todos los puntos de medición interna.

La prevalencia encontrada de hipoacusia en la muestra de docentes estudiada corresponde al 27,7 %, resultado mayor que el reportado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en 2000, donde el 14,5 % de las enfermedades ocupacionales corresponden a hipoacusia por ruido; así mismo, según la Organización Panamericana de Salud (OPS) (13), en su informe *Salud en las Américas,* de 2007, en Colombia se registra el 17,3 % de las limitaciones para oír en la población general y del 19 % de hipoacusia neurosensorial por ruido en la población laboralmente activa.

La prevalencia de la hipoacusia hallada en el presente estudio difiere de lo encontrado por Londoño (6), donde, según el índice Larsen[9] en la población expuesta (> 65dB) residente en la localidad, la prevalencia de hipoacusia es del 47 %, y para los no expuestos (< 65dB), del 36,7 %; para el caso de los docentes del presente estudio, la prevalencia en los expuestos fue del 36,6 %, y para los menos expuestos, del 18,4 %. En este caso, el límite de normalidad fue definido en 25 dB, al igual que el estudio de Londoño; sin embargo, los resultados en la prevalencia de hipoacusia obtenidos en la presente investigación son menores.

En cuanto a los tiempos de exposición al ruido ambiental para docentes (tiempo en el barrio, la zona y el colegio), la diferencia significativa en la exposición se ve reflejada en el tiempo que llevan laborando en la institución, donde la media para los de mayor exposición es de 8,4 años, y para los menos expuestos, de 4,5 años.

Adicionalmente, se halló diferencia significativa ($p < 0{,}001$) en la edad de los docentes: para la institución más expuesta, son mayores (media: 47,6 años) frente a la de menor exposición (media: 39,12 años). Es importante aclarar que en los resultados de las audiometrías en los docentes se hizo la corrección por presbiacusia, para así controlar la variable edad en adultos.

La exposición fue asociada a los acúfenos y a la sensación de ruido en el entorno; no se encontró que la hipoacusia estuviera asociada a los otros síntomas otológicos reportados, como vértigo y otalgia. El síntoma asociado al ruido más reportado por los docentes fue la irritabilidad, seguida de la cefalea y el agotamiento físico.

En cuanto a la percepción del ruido para los docentes, no se halló diferencia significativa en las fuentes generadoras identificadas, excepto para el tráfico aéreo, que fue más común en los docentes de los colegios en condición de mayor exposición, resultado asociado, a su vez, a la ubicación geográfica de las instituciones respecto al aeropuerto, seguida por el tráfico terrestre; dicho resultado es acorde al reportado en el informe de la Universidad de los Andes sobre contaminación auditiva en Bogotá, donde se concluye que es claro

9 Agrupado en categorías I, II y III que mostraban una pérdida > 25 dB en el umbral auditivo al menos en un oído, en una o más bandas de frecuencia, y que denota la presencia de hipoacusia.

que la fuentes vehiculares son responsables, en gran parte, de la emisiones de ruido; se incluye dentro de dicho grupo la actividad aeroportuaria (14).

En un estudio realizado en docentes de São Paulo (Brasil) (15), se encontró que el 93,5 % los docentes reportan exceso del ruido en el salón de clase, y el 65 % de ellos asegura presentar síntomas auditivos. Ellos muestran una prevalencia de alteraciones auditivas del 25 % en el grupo sujeto de estudio, comparados con el 10 % de alteración en el grupo control (voluntarios a quienes se les aplicaron los mismos instrumentos); todos ellos son resultados de prevalencia similares a los encontrados en el presente estudio.

Es importante mencionar que los niveles de ruido fueron medidos únicamente en las IED, sin tomar en cuenta el entorno de las viviendas de los docentes, lo cual puede constituir una de las limitaciones del estudio, pues no se conocen los niveles basales de ruido para cada uno de los docentes.

Recomendaciones

Ya que los casos encontrados con alteración auditiva (especialmente, los clasificados como leves, según el grado de severidad) pueden ser de carácter transitorio, se recomienda hacer un seguimiento con otras pruebas auditivas que confirmen o descarten el diagnóstico. En el caso de los docentes que presentaron alguna alteración en su audición, se les entregó una remisión para ser atendidos en sus respectivas entidades promotoras de salud (EPS), y así iniciar el seguimiento respectivo.

También es necesario indagar otros aspectos no evaluados en el presente estudio y profundizar en los efectos no auditivos asociados a la exposición al ruido ambiental y los efectos psicológicos y de comportamiento, además de profundizar en la percepción que tiene la población docente respecto a dicho riesgo.

Es necesario hacer una monitorización continua de los niveles de presión sonora presentados en las áreas destinadas a lugares de residencia o de educación (zona I), para determinar con mayor exactitud el comportamiento acústico ambiental presentado en las localidades.

El problema de contaminación por ruido es un asunto que involucra a todos, por lo cual conviene seguir con programas de sensibilización y capacitación a la comunidad, para crear conciencia sobre el control y la mitigación del ruido desde su entorno, además de crear propuestas e iniciativas políticas desde diferentes sectores donde se procure tomar medidas oportunas en el manejo ambiental conforme al crecimiento de la ciudad.

Agradecimientos

A la Secretaría Distrital de Ambiente (SDA), por su participación en la puesta en marcha de las mediciones; al cuerpo docente y administrativo de las instituciones participantes, y a todos los asesores de la Secretaría Distrital de Salud (SDS) que estuvieron involucrados en el desarrollo del presente estudio.

Referencias

1. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Informe de Enfermedad Profesional en Colombia Años 2001-2002 “Una oportunidad para la prevención”. Bogotá: Minprotección; 2004.

2. Organización Mundial de la Salud. Guía para ruido urbano. Londres: OMS; 1999.

3. Bolaños MA. La prevención de riesgos laborales en la docencia. Rev Digit Invest Educ. 2006;27:2-4.

4. Olmo CJ. La hipoacusia en los docentes de la escuela de niños sordos de Cartago [tesis de maestría], [San José, Costa Rica]: Universidad Continental de las Ciencias y las Artes UCCART; 2006.

5. Campuzano ME, Bustamante LP, Karam MA, et al. Relación entre ruido por carga vehicular, molestia y atención escolar en estudiantes de nivel básico de la ciudad de Toluca, México 2004. Ciencia Ergosum. 2010;17:46-50.

6. Londoño JL, Quinchía Hernández R, Restrepo Osorio H, et al. Efectos del ruido del Aeropuerto El Dorado en una población escolar de la localidad de Fontibón. Rev Fac Nac Salud Pub. 2004;22:42.

7. Hermann E. Environmental noise, hearing acuity and acceptance criteria. Arch Environ Health J. 1969;18. doi: 10.1080/00039896.1969.10665488

8. CDC-NIOSH. Publication No. 98-126. Criteria for a recommended standard occupational noise exposure. Cincinnati: CDC; 1998.

9. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Guía de Atención Integral de Hipoacusia Neurosensorial Inducida por Ruido. GATI_HNIR. Bogotá: Minprotección; 2007.

10. Colombia, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Resolución 0627 de 7 de abril de 2006, por la cual se establece la norma nacional de emisión de ruido y ruido ambiental. Bogotá: Diario Oficial 46239; 2006.

11. Lepore SJ, Shejual B, Hymg K, et al. Associations between chronic community noise exposure and blood pressure at rest and during acute noise and non-noise stressor among urban school children in India. Int J Environ Res Public Health. 2010;7:3457-66.

12. Shield B, Greenland E, Dockrell J. Noise in open plan classrooms in primary schools: a review. Noise Health. 2010;12:225-34.

13. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas, perfil Colombia. Edición 2007. pp. 220-230.

14. Pacheco J, Franco J, Behrentz E. Universidad de los Andes, Grupo SUR. Caracterización de los niveles de contaminación auditiva en Bogotá: Estudio piloto. Rev Ing. Universidad de los Andes. 2009;30:72-80.

15. García R, Méndez E, Lima A, et al. Occupational hearing loss in teachers: a probable diagnosis. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73:239-44.

Recibido para evaluación: 14 de marzo de 2014
Aceptado para publicación: 24 de diciembre de 2014

Correspondencia
Rodrigo Sarmiento
Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-8
Bogotá, Colombia
sarmientorodrigo@hotmail.com

https://doi.org/10.56085/isss.519

Metodología del análisis de costo-efectividad (ACE) en la práctica clínica

Methodology of Cost-effectiveness Analysis in Clinic Practice

Metodologia de análise de custo-efetividade em prática clínica

Nicolás Iragorri Amaya[1]
Paula Andrea Triana Romero[2]

Resumen

Objetivo: Ilustrar la metodología detrás del análisis de costo-efectividad en la práctica clínica actual. ***Métodos***: Revisión narrativa de algunos de los principales aportes en esta área. ***Desarrollo***: La primera parte se encarga de explicar la importancia que tienen las evaluaciones económicas (en especial, el análisis de costo-efectividad) para los sistemas de salud en el mundo y los hacedores de política pública. En la segunda parte, el artículo desglosa cada aspecto de la metodología para otorgar herramientas suficientes a la hora de construir una evaluación de este tipo. Se ofrecen diagramas de herramientas conocidas como los *árboles de decisión* y el modelo de Markov, para entender a fondo los resultados y poder interpretarlos de manera correcta. Se exponen las ventajas y las limitaciones de la evaluación de costo-efectividad. ***Conclusión:*** Se proveen las bases del análisis de costo-efectividad para soportar los estudios de este tipo.

Palabras clave: costo-efectividad, razón de costo-efectividad incremental (RCEI), evaluación económica.

Abstract

Objective: To illustrate the methodology behind the cost-effectiveness analysis in clinical practice. ***Methods:*** Narrative revision of some of the main contributions in this area. ***Development:*** The first part explains the importance of economic evaluations (especially cost-effectiveness analysis) for health systems and policy makers around the world. In the second part, the methodology behind this type of analysis is broken down to facilitate the construction of an economic evaluation. Diagrams of tools, such as decision trees and Markov models, are used to help understand and interpret results in an appropriate fashion. Advantages and limitations of the cost-effectiveness analysis are explained thoroughly. ***Conclusion:*** The basis of cost-effectiveness analysis is provided to support studies of this type.

1 Estudiante de economía. Asistente de investigación en el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D. C., Colombia.

2 Economista. Estudiante de administración de empresas. Asistente de investigación en el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D. C., Colombia.

Key words: cost-effectiveness, incremental cost effectiveness ratio (ICER), economic evaluation.

Resumo

Objetivo: Ilustrar a metodologia por trás da análise custo-eficácia na prática clínica atual. ***Métodos:*** Revisão narrativa de algumas das principais contribuições nesta área. ***Desenvolvimento:*** A primeira parte é responsável por explicar a importância que tem as avaliações econômicas, em especial a análise custo-eficácia para os sistemas de saúde no mundo e os formuladores de políticas públicas. Na segunda parte, o artigo separa cada aspecto da metodologia para fornecer ferramentas suficientes no momento de construir uma avaliação deste tipo. São oferecidos diagramas como ferramentas, conhecidos como árvores de decisão e o modelo de Markov, para entender a profundidade dos resultados e poder interpretá-los corretamente. São apresentadas as vantagens e limitações da avaliação de custo-eficácia. ***Conclusão***: Provimento das bases de análise de custo-efetividade para apoiar os estudos deste tipo.

Palavras-chave: custo-efetividade, razão custo-efetividade incremental (RCEI), avaliação econômica.

Introducción

Los sistemas de salud en el mundo entero se enfrentan constantemente a una disyuntiva entre programas o proyectos en los cuales invertir, y la cantidad limitada de recursos disponibles (1). La investigación médica seguirá creando nuevas alternativas de tratamientos, pero la restricción de presupuesto evita que se puedan implementar para toda la población (2). En ese contexto, para tomar las decisiones pertinentes, tanto el sector público como el privado reconocen la importancia de hacer evaluaciones económicas para garantizar un uso efectivo y adecuado de los recursos disponibles (3). El Estado juega un papel importante, pues sobre él recae la responsabilidad de proveer a la población un sistema de salud eficiente, por lo cual debe tomar decisiones sobre qué procedimientos subvencionar, qué tecnologías nuevas adoptar o qué fármacos y recursos elegir para incluir en los planes médicos (4). Los primeros en adoptar este tipo de análisis fueron los sistemas de salud de Australia, y Ontario, Canadá (5).

En la práctica clínica actual, existen diferentes métodos para llevar a cabo una evaluación económica, incluyendo el análisis de costo-efectividad (ACE), el de costo-utilidad, y el de costo-beneficio. El primero es ampliamente utilizado para estudios que evalúan prospectos nuevos de intervenciones en ese campo (6). Cada vez que se busque evaluar o comparar estrategias, al usar la mencionada herramienta se puede concluir sobre la relación entre el costo asociado y su nivel de efectividad, medida en unidades naturales. Por ejemplo, el ACE permite responder a preguntas del tipo: *¿Es necesario incluir un antidiabético específico más costoso en el Plan Obligatorio de Salud (POS) en Colombia?* A pesar de no valorar las consecuencias del análisis efectuado, se suele suponer que vale la pena estudiar los resultados (7). El presente artículo expondrá la metodología tras este tipo de evaluación, debido a su alto impacto en la toma de decisiones en la medicina moderna, como, por ejemplo, en el caso de los estudios de Logan et al. (8) y Gray et al. (9).

Desarrollo

¿Qué es un análisis de costo efectividad (ACE), y cuándo implementarlo?

El ACE es una evaluación económica que busca comparar dos o más alternativas, con la perspectiva de sus costos y de los efectos en salud que ellos generan. Dichas alternativas pueden ser medicamentos, nuevas tecnologías, intervenciones, o programas (10). Se utilizan, principalmente, para apoyar el proceso de toma de decisiones sobre la implementación de alternativas, las cuales deben ser comparadas a partir de una restricción presupuestal. Ergo, el primer paso debe ser establecer qué se quiere evaluar y cuáles son las alternativas, dado un presupuesto específico y limitado.

Búsqueda de información sobre costos y efectividad

Una vez se plantea la pregunta, es imprescindible buscar la información asociada al costeo y a la medida de efectividad elegida. Este proceso requiere un conocimiento y estudio extensos, para poder incluir todas las variables que tengan influencia en el modelo. Por ejemplo, el proceso de costeo debe tener en cuenta varios detalles, como la base de datos utilizada, los ajustes monetarios, la inclusión o la exclusión de costos indirectos, o el uso de tasas de descuento. A pesar de que los costos y la medida de efectividad son la columna vertebral de cualquier ACE, también se deben establecer la población objetivo y el horizonte temporal, ya que estas plantean condiciones sobre la información de interés.

El evaluador debe conocer exactamente qué se va a costear, qué se va a excluir, por cuánto tiempo, y con qué frecuencia. Normalmente, el ACE se realiza para evaluar alternativas, donde la mayoría de los insumos y los recursos que van a ser utilizados tienen un valor de mercado aproximado. En el caso específico de Colombia, el manual tarifario del Instituto de Seguros Sociales (ISS) incluye el costo de procedimientos clínicos. Este tipo de bases de datos suelen ser de conocimiento público y resultan ser buenas fuentes de información si se conocen sus limitaciones. El proceso de costeo de un ACE debe tener en cuenta que todas las variables deben estar expresadas en una misma unidad (como, por ejemplo, dólares de 2012). Por tal razón, es obligatorio tener en cuenta que, según de dónde se obtengan los datos, se debe hacer un ajuste monetario (normalmente, por inflación), para hacer comprables las cifras y poder llevar a cabo una comparación transversal.

Cuando se plantea la pregunta para la evaluación, se debe tener en cuenta la perspectiva con la cual se quieren evaluar las alternativas, pues de ella dependen aspectos cruciales para evaluar, tales como la inclusión o no de costos indirectos; por ejemplo, costos de desplazamiento y costos derivados de la pérdida de productividad que no tendrían sentido con la perspectiva del tercero pagador, pero sí con la perspectiva social.

Al plantear la pregunta de evaluación, debe decidirse si incluir costos indirectos, que son más complicados de medir y de obtener (7). El evaluador debe tener claro qué va a entrar al modelo como costeo, y explicar por qué otros elementos no se incluyeron en la misma sección, para evitar resultados ambiguos, incompletos o no aplicables al contexto particular.

A modo de ejemplo, la tabla 1 muestra una modificación del costeo de una intervención del estudio dirigido por el Departamento de Epidemiología y Bioestadística Clínica, de la Pontificia Universidad Javeriana (11).

Tabla 1. Costeo de intervención

Intervención o procedimiento	Cantidad total	% de uso	Valor unitario	Valor total	Valor mínimo	Valor máximo
Examen DNA N, anticuerpos por IFI	2	40 %	$34,574	$27,659	$26,595	$31,489

Fuente: IETS (11)

La tabla 1 muestra un procedimiento que se aplicaría dentro de una alternativa hipotética. En este caso, el procedimiento corresponde a un examen de laboratorio. El evaluador establece la cantidad de veces que es necesario aplicarlo y el porcentaje de uso respecto a la población objeto de estudio en la evaluación. El valor unitario es el costo por cada vez que se implementa el procedimiento. El costo total es igual al producto entre el valor unitario, el porcentaje de uso y la cantidad total. Los valores mínimos y máximos se calculan para tenerlos en cuenta en un análisis de sensibilidad posterior al cálculo de la razón de costo-efectividad.

Modelamiento

El análisis de decisión en salud se hace a través de modelos matemáticos que simulan la situación real que se esperaría tener con la intervención dentro del contexto donde se aplica. Por ello, es de vital importancia la calidad de la información con la que éste se alimenta. Si la información es de baja calidad, los resultados estarán muy alejados de la realidad (12).

El modelo dentro de una evaluación económica pretende:

- Simular en el tiempo los efectos de cada alternativa que se quiere evaluar.
- Modelar datos de diferentes fuentes, para condensarlos en un análisis de decisión completo.
- Modelar la evidencia reportada en otros estudios, para simularla dentro de las características de la población que se estudia.
- Calcular los costos asociados a la implementación de una alternativa específica que deriva en efectos de salud particulares (12).

Herramientas

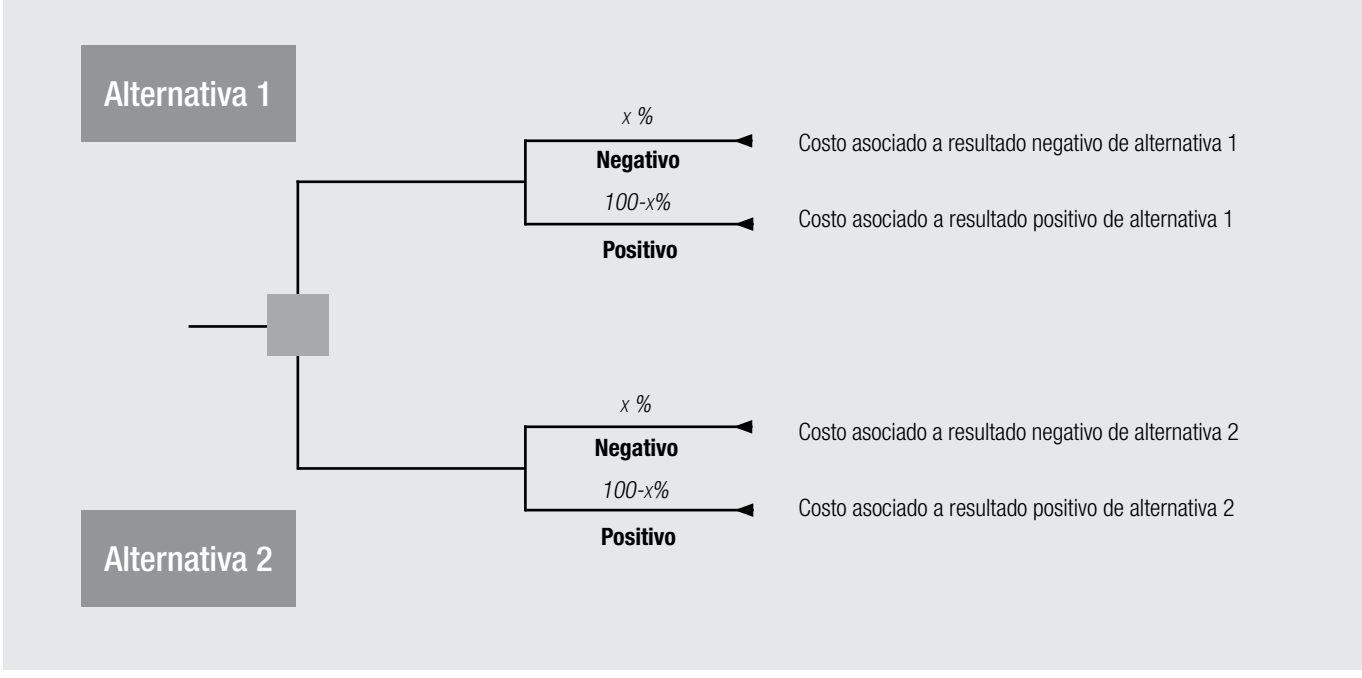
El árbol de decisión es una herramienta sencilla para modelar el ACE, y que consiste en ilustrar las posibilidades o las distintas decisiones por considerar en la evaluación específica.

El ejemplo ilustrado en la figura 1 (13) evalúa la costo-efectividad de cuatro alternativas distintas para tratar una enfermedad determinada. En el primer escenario se establece la población objetivo, la cual se divide, en dos ramas, que representan las alternativas a evaluar. Aunque se tengan dos opciones en este ejemplo, cabe resaltar que se pueden tener cuantas alternativas sea necesario modelar.

Una vez los pacientes son distribuidos entre los esquemas, se prosigue a dividir a la población según las características inherentes de las alternativas. En este caso, al modelarse una evaluación de tratamiento, los pacientes son divididos entre quienes permanecen con la enfermedad y quienes no (positivo o negativo). Por tanto, para este ejemplo la medida de efectividad sería el porcentaje de pacientes curados después del tratamiento.

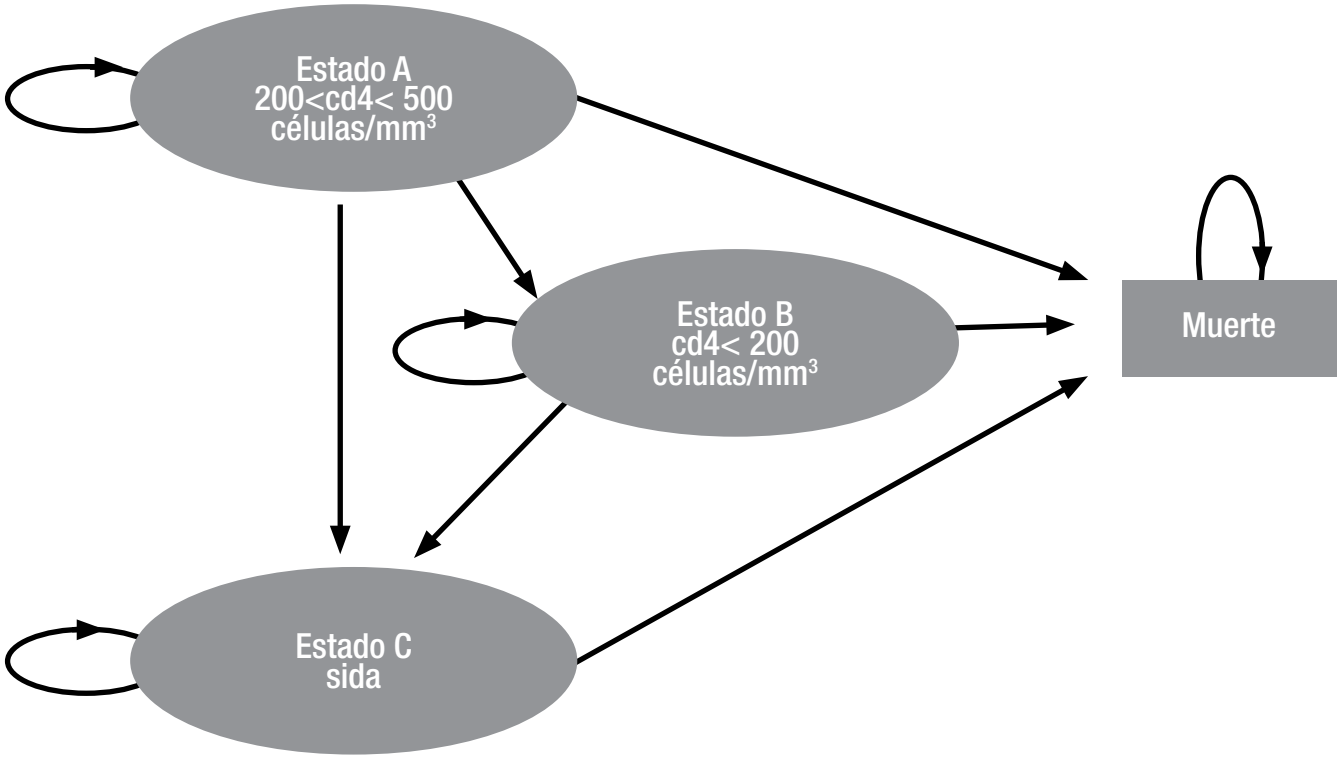
Al final, el árbol calcula los costos totales de cada alternativa en los nodos terminales, denotados con un

Figura 1. Construcción de árbol de decisión



Fuente: Carretero (13)

Figura 2. Modelo de Markov



Fuente: Sculpher (5).

triángulo. A partir de estos datos, se procede a analizar los resultados.

Por su parte, las cadenas de Markov son herramientas más complejas, frecuentemente utilizadas para los ACE cuando los árboles de decisión no pueden ser implementados en una evaluación. Cuando el ACE contiene varios estados específicos y hay que tener en cuenta el patrón de transición de un estado a otro, las cadenas de Markov resultan muy útiles. La mayoría de evaluaciones económicas necesitan crear supuestos para poder simplificar en un diagrama el proceso por examinar. Una manera de modelar dos terapias para el tratamiento del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), se puede observar a través del modelo de Markov (5)

El modelo tiene cuatro estados distintos; el estado B implica más gravedad que el A, y el C, más que el B. Se entiende que el modelo utiliza como supuesto que los individuos solo pueden transitar hacia estados que impliquen un estado de salud peor que el anterior. En cada estado, los pacientes pueden morir, empeorar o mantenerse. Al igual que en el árbol de decisión, cada transición tiene una probabilidad o un riesgo relativo asociado, para poder costear según la frecuencia a la cual los individuos se encuentran en cada estado.

Presentación de resultados

Independientemente del modelo utilizado para efectuar el ACE, los resultados suelen presentarse de una manera estándar. Se construye una tabla a partir de los pagos asociados a cada esquema evaluado, para establecer la comparación en cuanto a costos y efectividades. La tabla 2 presenta una modificación de los resultados de un estudio que comparó dos estrategias distintas (vitamina A *vs.* no vitamina A) respecto a la disminución de eventos de diarrea, malaria y mortalidad en niños menores de 5 años (14).

El mencionado estudio muestra dos alternativas, por lo cual hay que elegir el comparador base. La vitamina A, en este caso, es la estrategia menos costosa. Los ACE suelen utilizar como comparadores de base estrategias con dicha característica.

Tabla 2. ACE (por cada 100 000 niños)

Tratamiento	Costo total (CT)	Efectividad	Razón promedio de c/e	Razón de c/e incremental
Vitamina A	$200 151	200	$1 000.76	N/A
No vitamina A	$1 254 896	122	$10 286.03	Dominada

Fuente: Quitián (14).

El costo total (CT) se obtiene luego de haber modelado el esquema, y de haber llevado a cabo el proceso de costeo. Ese resultado hace referencia al caso base, e incluye todos los costos de cada alternativa. Para obtener tales resultados, se aplicaron todas las consideraciones relevantes para el modelo, ya sea de tasas de descuento o de ajustes monetarios. Tanto el árbol de decisión como el modelo de Markov arrojan de manera completa los pagos asociados a cada esquema por evaluar, y el costo total es expuesto en la tabla. El costo incremental (CI) es la diferencia entre los costos totales de los esquemas respecto al menos costoso.

$$CI_i = CTP_i - CTP_j \text{ [3]} \quad (7)$$

Además de calcular los costos, el ACE exige que para cada estrategia se calcule el valor final de la efectividad, el cual para el mencionado estudio fue definido como el número de muertes evitadas. Para obtener la efectividad incremental (EI), se debe hallar la diferencia en cuanto a niveles de efectividad entre las estrategias.

$$EI_i = E_i - E_j$$

La *razón de costo-efectividad incremental* (RCEI) representa el costo adicional en el que se debe incurrir para obtener una unidad adicional de efectividad entre un esquema y otro.

$$RCEI_i = CI_i / EI_i$$

Para el estudio seleccionado, la RCEI de la estrategia "no vitamina A" respecto a la alternativa "vitamina A" no se puede obtener. Ello significa que tratar a niños menores de 5 años con vitamina A es menos costoso y más efectivo (en términos de muertes evitadas) que no tratarlos con vitamina A.

3 El subíndice *j* hace referencia a la estrategia tomada como comparador base.

Los ACE denominan a las estrategias más costosas y menos efectivas como *dominadas*, por lo cual no podrán ser descritas como estrategias costo-efectivas. Si la alternativa A es menos costosa y menos eficiente que la alternativa B, se esperaría que el valor de la RCEI de B respecto a A fuera un número positivo.

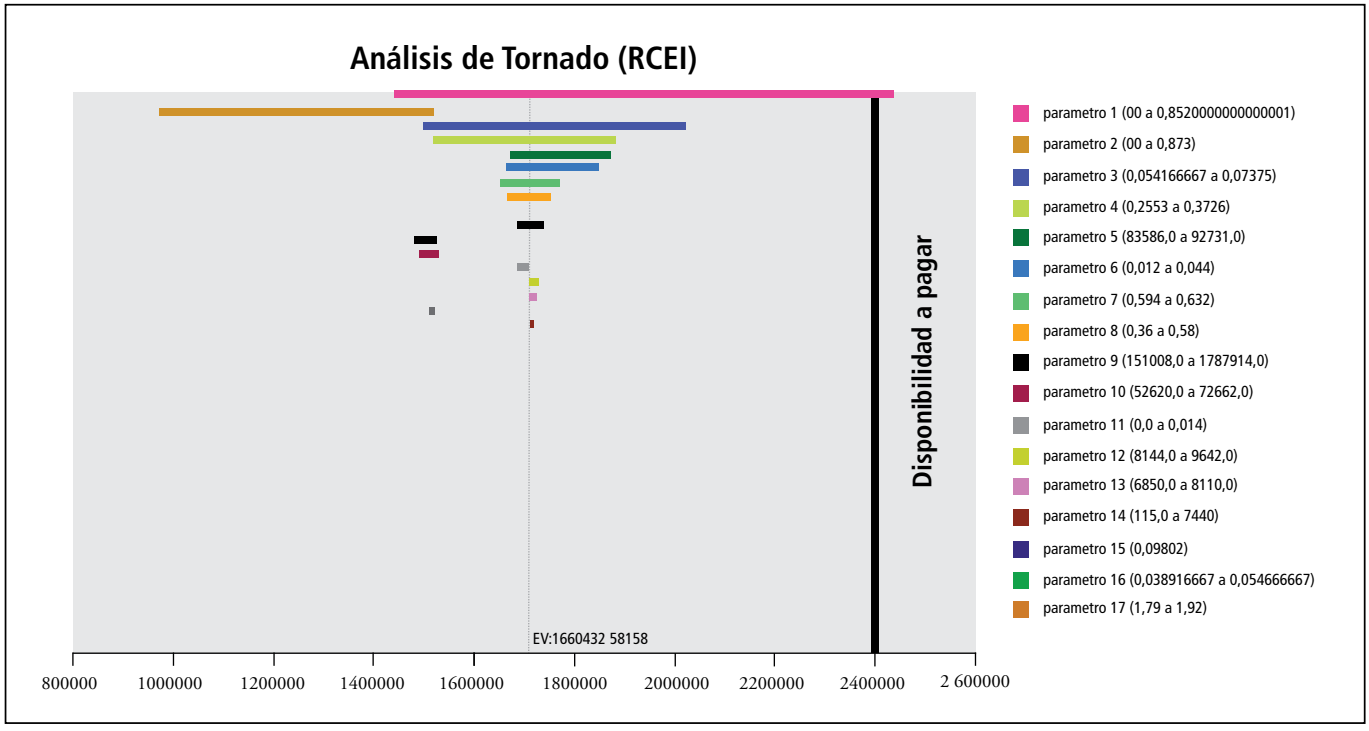
Es necesario incluir una disposición a pagar, para saber si el costo adicional en el que se debe incurrir para obtener una unidad de efectividad adicional se halla dentro de la restricción presupuestal. Para las evaluaciones económicas en Colombia, se suele establecer dicho umbral igual a tres veces el valor del producto interno bruto (PIB) per cápita, cuando el ACE se hace con la perspectiva del tercero pagador. Dependiendo de quién lleve a cabo el ACE, se establece un umbral específico según sus recursos disponibles. Si la RCEI de un esquema es igual o menor que la disponibilidad a pagar, se la considera costo-efectiva y se recomienda su implementación.

Análisis de sensibilidad

En el proceso de búsqueda y cálculo de variables se encuentra a menudo que no existen valores fijos. Normalmente, variables como probabilidades, riesgos relativos, utilidades, o costos, son presentadas como valores esperados con sus respectivos intervalos de confianza (IC). Esto implica que hay un rango en el cual se encuentra el valor verdadero de las variables, pues en algunos casos resulta imposible hallar valores exactos. A partir de esta limitación, muchos ACE efectúan un análisis de sensibilidad para encontrar el efecto de la variación de los parámetros sobre el modelo y las conclusiones obtenidas.

El *análisis determinístico univariado* se emplea para encontrar el efecto individual de la variación de algún parámetro específico sobre los beneficios netos o la RCEI entre esquemas, *ceteris paribus*. A partir de diagramas de tornado, se puede establecer si algún parámetro, al variar dentro de su rango establecido, puede tener un efecto considerable sobre las conclusiones obtenidas. La tabla 1 expone el valor mínimo y el máximo del procedimiento "DNA N, anticuerpos por IFI", a partir de modificaciones del costo base al 25% y 48% (el costo base está ajustado al 30%). Estos son los valores extremos del rango en el cual dicho parámetro puede variar.

Figura 3. Diagrama de tornado



Fuente: Elaboración propia.

Si algún parámetro, al sensibilizarse, hace que la RCEI supere la disposición a pagar establecida, se concluye que desde ese valor límite, la estrategia evaluada no es costo-efectiva. El análisis de tornado (figura 3) permite observar con mayor detalle el funcionamiento del análisis univariado (la figura fue creada para el presente artículo, con fines explicativos).

La figura 3 grafica cada una de las variables incluidas en el modelo específico, en sus respectivos intervalos. Como ya se mencionó, los parámetros que hacen parte del modelamiento no suelen ser valores exactos, sino que se encuentran acotados en rangos establecidos. Este análisis, al variar cada parámetro individualmente, expresa su posible efecto sobre la RCEI entre los esquemas por comparar. En este caso, para una disponibilidad a pagar de $ 2 400 000, la variable denominada "Parámetro 1" puede afectar la RCEI entre esquemas de tal manera que la incremente más allá del valor del umbral. No se podría concluir que haya robustez de resultados, pues un parámetro, al variar dentro de su rango, puede cambiar las conclusiones; un esquema que había sido considerado costo-efectivo en el caso base puede no serlo para algunos valores de ciertos parámetros.

Las *simulaciones* de *Monte Carlo*, por otro lado, permiten variar todos los parámetros a la vez. Existen casos en los cuales variaciones individuales no presentan modificaciones o consideraciones adicionales a los resultados, pero pueden cambiar a partir de la variación conjunta de los parámetros. El análisis multivariado se complementa con la *curva de aceptabilidad*, que expone la probabilidad que tiene cada esquema evaluado de ser costo-efectivo, pero sujeta a cambios en la disponibilidad a pagar. Para ilustrar el análisis multivariado, se utilizarán el *diagrama de dispersión* (figura 4) y la *curva de aceptabilidad* (figura 5) creados específicamente para este artículo.

El diagrama de dispersión muestra de forma general los resultados de un análisis probabilístico. Se llevan a cabo simulaciones y se grafican todos los resultados respecto al costo incremental y a la efectividad incremental, para concluir respecto a la RCEI entre esquemas. El diagrama muestra que para una disposición a pagar, deno-

minada *umbral* 1, el esquema por evaluar tiene el X% de probabilidad de ser costo-efectivo según las simulaciones efectuadas. Para una disposición a pagar mayor (umbral 2), el mismo esquema tiene una probabilidad del Y% de ser costo-efectivo. Cabe resaltar que Y > X si el esquema por evaluar es más costoso que su contraparte. A mayores umbrales, el esquema que representa costos más altos va a ser costo-efectivo en un porcentaje mayor de las iteraciones realizadas (15).

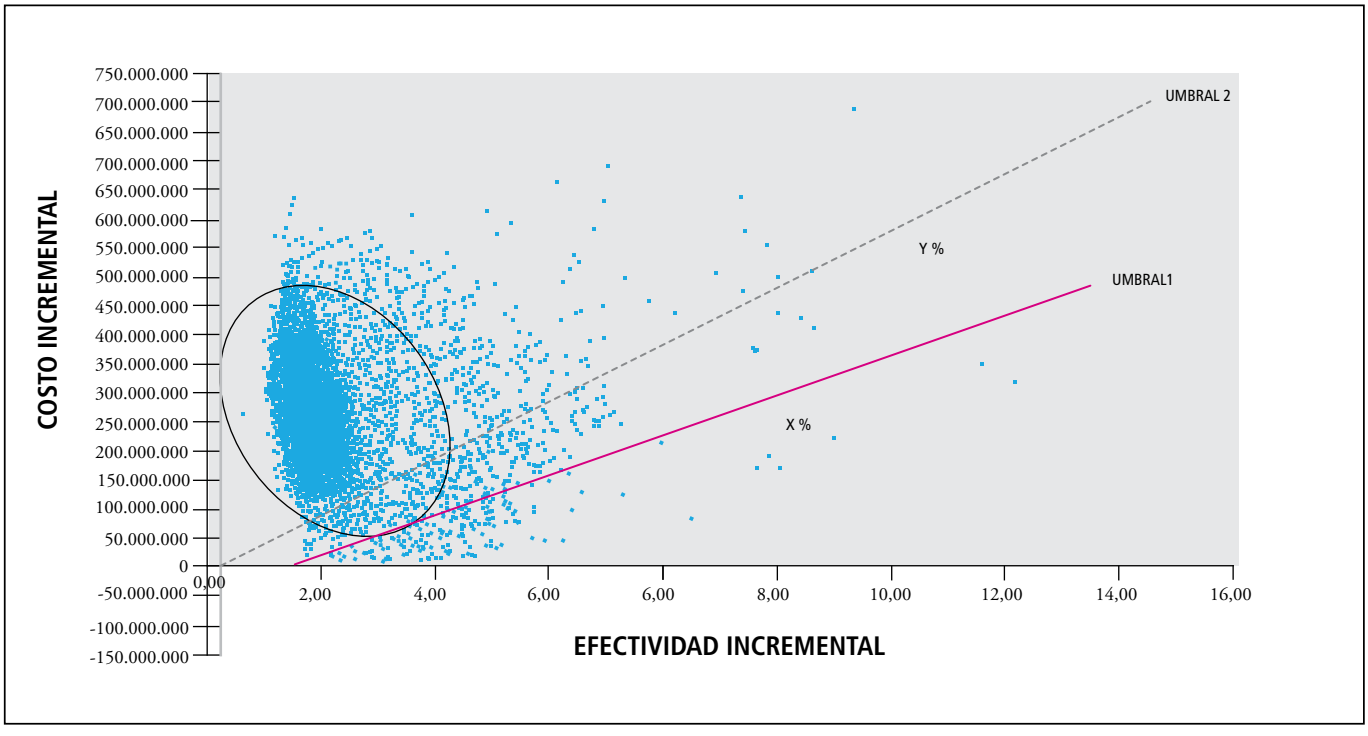
La curva de aceptabilidad expone la probabilidad de que las estrategias evaluadas sean costo-efectivas, según la disponibilidad a pagar. A diferencia del diagrama de dispersión, este gráfico toma el umbral como una variable continua. En la figura 5, se concluye que la alternativa C tiene mayor probabilidad de ser costo-efectiva que la alternativa A, para restricciones presupuestales superiores a $750 000 por unidad adicional de efectividad. Las alternativas B y D son dominadas, debido a su probabilidad nula de ser costo-efectivas en las simulaciones efectuadas. La curva de aceptabilidad permite establecer qué alternativa es más costo-efectiva dada una disponibilidad a pagar, a partir de simulaciones en las cuales se varían todos los parámetros del modelo a la vez.

Limitaciones

Normalmente, el ACE es criticado más por los parámetros elegidos como efectividad que por el proceso económico efectuado (7). Debido a la subjetividad hallada a la hora de definir medidas de efectividad, surgen otros tipos de análisis para tratar de estandarizar dicha medida. El *estudio de costo-utilidad* introduce una unidad llamada años de vida ajustados a calidad (*AVAC*), que ha sido ampliamente utilizada en evaluaciones económicas (16). Dada tal limitación principal del ACE, es posible complementarlo con un estudio de costo-utilidad, para presentar resultados en una unidad de efectividad ampliamente conocida y utilizada (16).

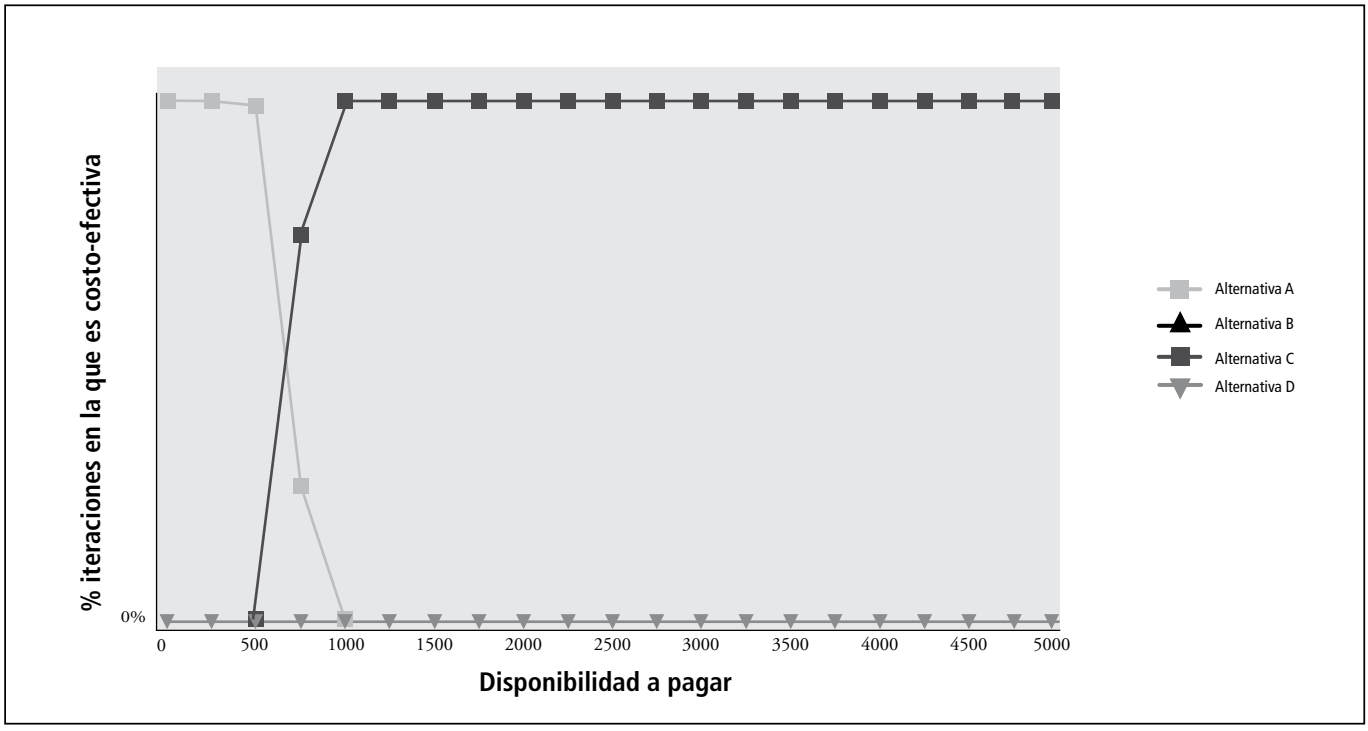
Otra limitación radica en que los resultados obtenidos de países en vía de desarrollo son muy diferentes de los de países desarrollados; entre otras cosas, porque tienen condiciones de vida distintas. Entonces, en un país en vía de desarrollo con serios problemas de salud pública, cualquier acción preventiva genera impactos muy importantes, que, quizá, en un país desarrollado no se evidencien, pues dicha alternativa no es necesaria. Ello implica que los resultados de los estudios de costo-efectividad no suelen tener validez externa, por ser difícilmente extrapolables (10).

Figura 4. Diagrama de dispersión



Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Curva de aceptabilidad



Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

El ACE es una forma de evaluación económica ampliamente utilizada para aportar y facilitar el proceso de toma de decisiones en la práctica clínica. Es una herramienta fundamental para comparar alternativas con niveles de eficiencia y costos distintos.

A partir de la RCEI encontrada y el análisis de sensibilidad, se puede establecer qué estrategias elegir, dada su relación de costo-efectividad para disposiciones a pagar específicas.

Referencias

1. Weinstein MC. Principles of cost-effective resource allocation in health care organizations. Int J Technol Assess Health Care. 1990;6:93.

2. Eichler HG, Gerth W, Jönsson B. Use of cost-effectiveness analysis in health-care resource allocation decision-making: how are cost-effectiveness thresholds expected to emerge? Value Health. 2004;7:518-28.

3. Drummond M. Economic evaluation in health care: merging theory with practice. Oxford, New York: Oxford University Press; 2001.

4. Enthoven AC. Consumer-choice health plan (first of two parts). Inflation and inequity in health care today: alternatives for cost control and an analysis of proposals for national health insurance. N Engl J Med. 1978;298:650-8.

5. Sculpher MKC, Briggs A. Decision modelling for health economic evaluation. New York: Oxford University Press; 2006.

6. World Health Organization. WHO guide to cost-effectiveness analysis. Geneva: WHO; 2003.

7. Drummond MBO, Stoddart GWT. Methods for the economic evaluation of health care programs. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005.

8. Logan AG, Achber C, Haynes B. Cost-effectiveness of a worksite hypertension treatment program. Am Heart Assoc. 1981;3(2).

9. Gray AMR, McGuire APF, Stevens RCC, et al. Cost effectiveness of an intensive blood glucose control policy in patients with type 2 diabetes: economic analysis alongside randomised controlled trial. UKPDS. 2000;41.

10. González B. Módulo IV: Economía de la salud. Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores agrícolas y pueblos indígenas [Internet]. 2008. p. 26-35 [citado 2015 may. 14]. Disponible en: http://biblioteca.programaeurosocial.eu/PDF/Salud/Modulo4.pdf

11. IETS. Análisis de impacto presupuestal de anticuerpos anti-NMO (acuaporina4) para el diagnóstico de le enfermedad de Devic o neuromielitis óptica para la población mayor de 18 años en Colombia. Bogotá: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; 2014.

12. Ramiro CGE. Guía metodológica para la realización de evaluaciones económicas en el marco de Guías de Práctica Clínica. IETS. 2014;59-84.

13. Febrer i Carretero L, Iglesias García C, Mercadal Dalmau J, et al. Cómo entender un análisis de coste-efectividad. Piel. 2005;20:172-6.

14. Quitián HC, Granados N, Carlos C. Análisis de costo efectividad de la vitamina A en niños menores de 5 años en Colombia. Rev Salud Pública. 2014;16.

15. Varón F, Londoño D, Álvarez C, et al. Costo-efectividad de linezolid comparado con vancomicina en el manejo de la neumonía asociada a ventilación mecánica en Colombia. Infectio. 2014;18:143-52.

16. Richardson J. Cost utility analysis: What should be measured? Soc Sci Med. 1994;39:7-21.

Recibido para evaluación: 25 de febrero de 2015
Aceptado para publicación: 13 de agosto de 2015

Correspondencia
Nicolás Iragorri Amaya
niragorri@javeriana.edu.co

https://doi.org/10.56085/isss.520

Reflexiones sobre multiculturalidad, grupos étnicos, prácticas terapéuticas y movimientos de reindigenización en Colombia

Reflections on Multiculturalism, Ethnic Groups, Therapeutic Practices and Movements of Reindigenización in Colombia

Reflexões sobre o multiculturalismo, grupos étnicos, práticas terapêuticas e movimentos de reindigenización na Colômbia

Leonardo Morales Hernández[1]

Resumen

Introducción: El presente ensayo busca aproximarse a la comprensión de las prácticas terapéuticas indígenas haciendo un análisis comparativo y una revisión crítica inicial sobre los referentes epistémicos colonialistas desde los cuales se han descrito las prácticas culturales y las prácticas medicinales indígenas; seguidamente, se enfatiza en el cambio político y epistemológico que sucede a finales del siglo XX (especialmente, en Colombia, desde la Constitución de 1991), y en cómo se desarrolla así una transformación en la manera como estos grupos étnicos se identifican a sí mismos y como se muestran al exterior de sus comunidades; este es el caso del cabildo indígena muisca de Cota, en Colombia, en el cual la medicina, la música y otros elementos culturales puestos en la escena han constituido la mimesis que le otorga identidad hoy día como grupo étnico con características propias. ***Métodos:*** Se hizo un análisis comparativo entre distintas fuentes; una primaria y otras secundarias. Se usó la fuente primaria de información del estudio desarrollado desde 2012 hasta 2014 con la comunidad indígena muisca de Cota, y como fuentes secundarias, los escritos narrativos del periodo colonial del siglo XVI. ***Conclusión:*** La medicina tradicional indígena promueve la cultura y la *reetnización* del grupo resignificando sus propias historias y sus narrativas, como un elemento esencial en sus relaciones comunitarias, en el establecimiento de redes, al igual que en la manera como son identificados, observados y utilizados por la sociedad mayoritaria.

Palabras clave: grupos étnicos, terapéutica, terapias complementarias, salud de las poblaciones indígenas.

1 Médico psiquiatra. Magíster en musicoterapia. Psicoterapeuta. Homeópata. Gerente en instituciones de seguridad social en salud. Candidato a Doctor en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Profesor universitario. Gerente, Hospital Meissen. Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: This essay seeks to approach to the understanding of indigenous therapeutic practices making a comparative analysis and a critical initial review on the related epistemic colonialist from which described the cultural practices and indigenous medicinal practices; then she emphasizes on the epistemological and political change that happens at the end of the last century, especially in Colombia since the 1991 Constitution, develop thus a transformation in the way in which these ethnic groups identify themselves and on the way how are displayed on the outside of their communities; This is the case of the indigenous cabildo Muisca of Cota, in Colombia in which medicine, music and other cultural positions in the scene have been mimesis that gives you identity today as an ethnic group with their own characteristics. ***Methods:*** It makes a comparative analysis between different sources, one primary and the other secondary. Using the primary source of study information developed from the year 2012 to 2014 with the indigenous community Muisca dimension and as secondary sources the narrative writings from the colonial period of the 16th century. ***Conclusion:*** The indigenous traditional medicine promotes culture and the reethnization of the group, resignifying their own stories and narratives, as an essential element in their community relations, networking, as well as the way they are identified, observed and used by the majority society.

Key words: ethnic groups, therapeutics, complementary therapies, health of indigenous peoples.

Resumo

O presente ensaio procura aproximar ao entendimento das práticas terapêuticas indígenas fazendo uma análise comparativa e uma revisão crítica inicial sobre os referentes epistémicos colonialistas desde os quais se descreveram as práticas culturais e práticas medicinales indígenas; depois enfatiza-se sobre a mudança política e epistemológico que sucede no final do século passado, especialmente em Colômbia desde a Constituição de 1991, desenvolvendo-se assim uma transformação na maneira na qual estes grupos étnicos se identificam a si mesmos e na maneira como se mostram ao exterior de suas comunidades; este é o caso do cabildo indígena Muisca de Cota, em Colômbia no qual a medicina, a música e outros elementos culturais postos na cena têm constituído a mimesis que lhe outorga identidade hoje em dia como grupo étnico com características próprias. ***Método:*** Faz-se uma análise comparativa entre diferentes fontes, uma primária e outras secundárias. Uso-se a fonte primária de informação do estudo desenvolvido desde o ano 2012 a 2014 com a comunidade indígena Muisca de Cota e como fontes secundárias os escritos narrativos do período colonial do século XVI. ***Conclusão:*** A medicina tradicional indígena promove a cultura e a reetnización do grupo, resignificando suas próprias histórias e narrativas, como um elemento essencial em suas relações comunitárias, no estabelecimento de redes, bem como na maneira em que são identificados, observados e utilizados pela sociedade maioritária.

Palavras-chave: grupos étnicos terapêutica, terapias complementares¸ populações indígenas.

Introducción

La medicina es un campo cambiante y diverso en el que confluyen múltiples saberes: algunos ancestrales y otros modernos, algunos radicales y otros multiculturales. Aunque el modelo biomédico y clínico de origen europeo es el que sigue ejerciendo un poder preponderante en su epistemología y su ejercicio en el actual siglo XXI en nuestra sociedad.

A pesar de lo anterior, las prácticas comunitarias terapéuticas reales que llevan a cabo los grupos étnicos pueden diferir en sus predicados de las prácticas que, hegemónicamente, dicta el mencionado modelo. Mucha mayor puede ser esta diferencia en cuanto algunos grupos étnicos que se hallaban fuera del marco institucional, como las comunidades indígenas, viraron hacia procesos de descolonización, hibridación, indización o reetnización (hacia finales del siglo XX), con lo cual estos saberes asociados cambiaron en su epistemología, sus contenidos y sus prácticas; tal es el caso de la comunidad indígena muisca de Cota.

Esta comunidad corresponde a una población de aproximadamente 3000 habitantes descendientes de los muiscas, quienes viven alrededor del cerro de Majuy, en las tierras recuperadas por ellos mismos en dos procesos históricos: uno de reclamación (en 1843) y otro de compra de territorio por la propia comunidad (en 1876), en el municipio de Cota (1-3). En su proceso de identidad, este grupo marca su diferencia cultural con los otros habitantes; incluso, los de la misma región.

Esta diferencia cultural suele estar fuertemente asociada a la representación de los rituales indígenas como procesos transformadores de sus prácticas curativas como efectivas y poderosas, y es parte central de su cultura.

Las prácticas terapéuticas, junto con la parafernalia que estructura su actividad (incluyendo la música, el rito, el idioma y la expresión de sus saberes sanadores), juega un papel de inclusión política y de reconocimiento que fortalece a la comunidad y le permite resurgir a partir de la reconstrucción de sus propias raíces.

Establecer cómo son dichos saberes y sus prácticas terapéuticas asociadas en la actual comunidad música de Cota es importante para definir cómo esta comunidad promociona su propia salud, y de qué manera se pueden conectar con los programas de salud pública en un ejercicio complementario y multicultural, respetuoso de la autodeterminación de los grupos étnicos.

El objetivo del presente escrito es hacer un aporte a la comprensión del papel que juegan las prácticas terapéuticas indígenas en el movimiento de reetnización o reindigenización en el caso particular de la comunidad indígena muisca de Cota (Cundinamarca). Para ello, desarrollaré en primera instancia una aproximación al papel central que juega el concepto de representación en las construcciones sociales y culturales sobre los indígenas como sujetos culturalmente diferentes, y también en el papel curativo y, a veces, transformador de los rituales y las ceremonias en las que los indígenas performan[2] su diferencia y su poder para curar.

Métodos

El método del presente ensayo es un análisis comparativo entre distintas fuentes: una primaria y otras secundarias. Se usó como fuente primaria información del estudio de caso cualitativo (5-7) realizado por el autor en su trabajo doctoral, desarrollado desde 2012 hasta 2014 con la comunidad indígena muisca de Cota. Como fuentes secundarias, se hizo una revisión narrativa (6) de la literatura, en la que se utilizaron los escritos históricos del periodo colonial tanto del siglo XVI, narrado por los cronistas, como fuentes del siglo XX, en el Putumayo, además de los referentes conceptuales de algunos autores nacionales e internacionales sobre la cultura, la descolonización, la reetnización y las prácticas terapéuticas.

Desarrollo

El desarrollo del presente escrito se estructuró en varias secciones. Se revisó en primera instancia el fenómeno del colonialismo en América (especialmente, en nuestro país), y a raíz de esto, se concluyeron algunos puntos. Luego se analizó el cambio de condiciones que se operó a fines del siglo XX en las relaciones culturales y de dominación; también, la condición actual de la dinámica colonialismo-descolonización y reetnización. En la parte final, a manera de conclusiones, se discutió el papel de la práctica terapéutica cultural como promotora de la reetnización.

2 Es un anglicismo que corresponde a una presentación ante un público; podría traducirse como *puesta en escena* (4)

En las últimas tres secciones se hizo especial énfasis en el análisis comparativo de lo discutido hasta este punto, con los hallazgos del trabajo de campo con la comunidad muisca de Cota.

El colonialismo y la representación social en la construcción de la diferencia indígena

Representación social sobre los indios; la epistemología del colonizador

Las representaciones sobre los grupos indígenas han oscilado entre su demonización o su idealización como buenos salvajes. Tanto en los informes de los cronistas del periodo colonial como en los de los funcionarios de los Estados nacionales que, se suponía, ya contaban con la preparación académica, estas representaciones nos dejan saber más sobre quienes las han producido y sobre el periodo durante el cual se han escrito que sobre los sujetos "indios" representados.

Las narraciones compiladas por Taussig (8) son particularmente ilustrativas en este sentido, ya que son recientes temporariamente, y tienen una cercanía cronológica al proceso de despojo y persecución de la cultura indígena; ocurrió de manera similar en el Putumayo y en Cota, Cundinamarca. Por otra parte, dichos relatos muestran cómo las representaciones sociales sobre las prácticas curativas se nutren de las fantasías de los mestizos, quienes hacen un sincretismo con la memoria que quedó en el grupo étnico o en el cabildo tras el paso del colonialismo.

Para los primeros cronistas españoles (siglos XVI-XVII), al igual que para algunos observadores que acompañaron el proceso de colonización de comienzos del siglo XX por las selvas del Amazonas, cuando se inicia la explotación de la mano de obra indígena para la extracción de las resinas como el caucho, los grupos indígenas son salvajes, amenazantes o figuras peligrosas (Whiffen en 1915, citado por Taussig [8]); para otros, como algunos misioneros católicos (por ejemplo, Fray Bartolomé de las Casas) o el representante del gobierno inglés para investigar el genocidio cauchero en el Putumayo (Sir Roger Cassement), los indígenas son "buenos salvajes", "niños inocentes" que requieren la protección de la iglesia o del estado (8).

Estas apreciaciones oscilantes entre extremos radicales son muy frecuentes en las miradas que se hacen desde una posición dominante, y que para el caso pueden ser la del Estado colonial o la de empresarios caucheros, pero que también puede ser la de cualquier sujeto que, haciendo parte de una cultura hegemónica, intenta controlar un objeto/sujeto que no conoce. Podemos decir, entonces, que con frecuencia estas representaciones nos brindan más información sobre los temores o las necesidades simbólicas y las representaciones del observador que sobre estos otros "objetos" que se intenta controlar (9,10).

¿Qué tiene que ver todo esto con las representaciones y las construcciones de los indígenas como sabios curanderos? ¿Cómo es que la representación es importante para examinar el papel de terapeutas que, efectivamente, juegan los médicos tradicionales indígenas en sus sociedades y en los contextos mestizos?

El proceso de colonización es una relación en la cual un grupo dominante somete a condiciones de explotación a otro, y de esta forma usufructúa, utiliza e interpreta la condición de ese grupo étnico para su propio beneficio, y así desconoce las necesidades del segundo y construye un imaginario o una representación social de ese otro como salvaje sin cultura, lo que algunos llaman "barbarización", por oposición a las virtudes del conquistador (11); es esta una condición necesaria para invisibilizar al otro y convertirlo así tan solo en "un objeto de uso".

Este proceso se produjo en América tanto en el primer contacto, durante el siglo XVI, como el más reciente, en el siglo XX, y aún en nuestros días; por ello, en el análisis siguiente se propondrá como una fuente inicial de análisis la situación de las caucherías (siglos XIX y XX) en la zona de Putumayo y su relación con Sibundoy, expuesta por Taussig en su obra más clásica (8).

Siguiendo a Michael Taussig, en su libro *Chamanismo, colonialismo y el hombre salvaje, un estudio sobre el terror la curación*, podemos decir que el complemento opuesto de la mirada indígena como "salvaje" se encuentra en la representación que les atribuye poderes sobrenaturales inusitados, o, en un sentido negativo, la que encuentra en ellos a seres que "practican mil ridículas ceremonias", como los calificaba el cronista Fray Pedro Simón (11,12). En los dos casos, sin embargo, sus ritos, sus tradiciones de curación y su música, así como sus prácticas médicas tradicionales, han llamado poderosamente la atención de los

observadores, y en la mayoría de los casos fueron satanizadas y despreciadas, a tal punto que gran parte de este legado cultural se ha perdido[3].

El mismo autor muestra dentro de su argumentación cómo Cassement describe al indígena del Putumayo en 1912 como un ser humano con "orientación socialista por temperamento"; según el mismo observador, los indígenas "carecen de ambición [...] y no buscan acumulación de propiedad", en contraste con la percepción de la sociedad hegemónica de su tiempo. Revisadas las mismas descripciones a la luz de la "ley de origen" (13) y su práctica comunitaria, son la coherencia de la cultura indígena y el predominio del interés comunitario sobre el interés particular lo que orienta esta conducta.

Por otro lado, Cassement refiere respecto a la actitud de los indígenas que conoció que "todo, salvo su música, su baile y sus canciones, era transitorio"; lo cual, comparado con él como europeo (irlandés) o con los colonos, marca una importante diferencia, pero aun así no pueden sus ojos, educados en el modelo hegemónico, observar que la danza, el baile y las canciones tienen unas conexiones cósmicas ancestrales de los indígenas con su pasado; es decir, un poder comunitario, de relación ecológica y cósmica con sentido y con significado (con sentido ritual, mágico y en relación con lo que se ha llamado *ley de origen*)[4]; especialmente, si el *performance* observado hace parte de un rito de sanación (14,15), lo cual no podía ser comprendido por este observador blanco-europeo, a pesar de sus buenas intenciones; Cassement comparaba esta experiencia, tácitamente, con su propia experiencia y su cultura musical europea, en la cual una interpretación musical o una música de cámara era un uso recreativo sin mayor significado que el valor estético.

Ni la práctica cultural de la música, ni la danza, ni el manejo de las plantas, ni la palabra con sentido ni el acto terapéutico dentro de un mismo *performance* pueden ser considerados de manera aislada en cada una de sus partes (como lo haría un método empírico analítico), porque la comprensión del acto quedaría fragmentada; y presentadas de esa nueva manera, las actividades sueltas no constituyen la complejidad del fenómeno ni, así mismo, de la cultura que les da coherencia.

La actitud epistemológica ante un fenómeno que no se comprendió para ese momento histórico, así como para muchos observadores del presente, fue trasladar una serie de fantasías[5] hacia los grupos indígenas, lo que hizo aún más borrosa (con barro epistémico) la percepción de esa cultura; incluso, los primeros observadores, en su esquema representacional ni siquiera consideraron que los indígenas tuviesen cultura.

En la observación hecha por el blanco había más una proyección de las fantasías europeas que una comprensión del indio, ora como salvaje, ora como poseedor de poderes sobrenaturales; y esos mismo argumentos sirvieron de disculpa para avasallarlos, pues no pudieron ver la tradición indígena, la ley de origen[6] o la dialéctica del *yo* y del *otro* (8) como estos la comprendían.

Desde un enfoque psicoanalítico clásico, esta forma de observación fragmenta el "objeto"[7] (observado) y visualiza solo uno de los dos polos: el idealizado (niños, principios socialistas, etc.) o el degradado (salvajes, caníbales, perezosos, etc.), sin lograr comprender el objeto (estudiado), por lo cual prevalecen las proyecciones del observador y, en cualquiera de los casos, se silencia la voz del objeto.

La colonización y sus métodos

El blanco, de manera salvaje[8], colonizó, dominó y es-

3 Como parangón de ello, el libro V de Fray Pedro de Aguado, que contenía la descripción de sus prácticas curativas (incluyendo el elemento ritual, el verbal y el artístico asociados a ello) fue quemado, al considerarse que contenía "Prácticas del Demonio" (2).

4 Es pertinente hacer la comparación con los ritos en otras culturas, como la oración a La Meca tres veces al día y en horarios precisos, para los musulmanes, o la ceremonia del té, entre los japoneses, que establecen una puerta o portal con su mundo invisible (Kami); su mente y su cuerpo se conectan es este momento a otra dimensión, y así se preserva la estabilidad del mundo visible en el cual desarrollan sus actividades cotidianas.

5 Algunas de esas fantasías, como "la fuente de la eterna juventud, el dorado, las siete ciudades de Cíbola, los ríos y las ciudades de plata" (11), eran la realidad "textual" de los europeos y fueron buscadas en América por estos colonizadores.

6 Se conoce como *ley de origen* (13) la narrativa que tiene cada uno de los grupos indígenas sobre su origen y su aparición temporal en la Tierra. Emanan de esta narrativa las reglas epistémicas y éticas que organizan ese grupo étnico, es un concepto acuñado por la antropología, del cual los grupos indígenas se han apropiado y lo exponen como parte de sus principios; podría ser equivalente al concepto de mito fundacional.

7 Vale la pena aclarar que para el psicoanálisis, o dispositivo analítico, el objeto es ese "otro" ser que está presente en toda relación vincular; incluso, en la relación conmigo como ser, o con partes del sí mismo.

8 Este salvajismo que destruyó las comunidades indígenas ocurrió también durante el siglo XIX en Alaska, con los algonquinos, y en Chile, con los patagones (quienes fueron exterminados completamente), y de manera similar, ya en el siglo XX, durante el gobierno Pinochet, con la persecución

clavizó al indígena en casi toda América, así como lo hizo en el Putumayo[9]; concretamente, para la época de las caucherías[10], hacia el final del siglo XIX y el inicio del XX, esto se llevó a cabo con el sometimiento de "peonaje a los varones por deuda, concubinato de las indias jóvenes y adquisición por trueque o por la fuerza de los niños indios como sirvientes" (8) como un acto de colonialismo; con el argumento de que eran caníbales y salvajes, los mataron, los persiguieron, los endeudaron e hicieron "fetichización de la deuda" y los obligaron a trabajar para ellos[11], dentro de una maquinaria social al servicio de capitales extranjeros.

Es emblemático el caso de Julio César Arana en el alto Amazonas (Putumayo), a quien algunos parlamentarios británicos consideraron "la fuerza impulsora". Este negociante se refería a dicho holocausto capitalista solo en términos económicos, como "los gastos de conquestación o domeñación". Como ejemplo de tales gastos, trajo a afrocaribeños de Barbados para perseguir a los indios fugitivos, e "incorporarlos a la civilización"; de esta manera, los conquistó por endeudamiento, los torturó, disolvió sus dominios por medio de la violencia[12] en una elaboración cultural del miedo (lo cual mezcló con ideología, poder y conocimiento al servicio de los "maestros de las finanzas", la producción económica y el control del trabajo esclavo), en una organización genocida respaldada por la indiferencia cómoda de las grandes potencias de la época.

En concordancia con esta versión del mundo[13], y para el caso de la Amazonía, el indio y su territorio eran salvajes, una selva innatamente malévola y un animal-hombre caníbal , por lo cual había el completo derecho a aplastarlos, a colonizarlos y a civilizarlos; por otro lado, según la fantasía de los colonos y blancos, estos indígenas tenían poderes sobrenaturales con los cuales los enfermaban[14], y, a la vez, estos blancos que ejercían poder sobre los indios tenían que buscar la sanación en otros indígenas (los del páramo del Sibundoy) para resolver este problema[15]; en palabras de Taussig, era una "lucha de clases [...] que se llevaba a cabo por medio del maleficio y del yagé".

En estas referencias no aparece nunca la *voz indígena*: lo que se ha comentado son las versiones o las narrativas de lo que *los blancos* ven de los indígenas, desde diferentes focos (a veces, contrapuestos). Sería necesario conocer la narrativa desde los mismos indígenas, pero, al parecer, ellos no la cuentan, por "el poder maligno" de la misma narración o porque su voz no ha entrado en el discurso histórico oficial[16].

Siguiendo los planteamientos de Bourdieu, uno puede decir que el discurso oficial es una representación (social o mental) que objetiva, oficializa, legitima e impone propiedades simbólicas sobre un grupo determinado (para el caso, los grupos indígenas) estableciendo significados y consensos de significado (16) que estigmatizan (discriminan) a *unos*, o bien, dan estatus (prestigio) otros, y que, llevando más allá el concepto, pueden dar pie a lo que algunos llaman *profecías autocumplidoras (9,17)*.

En esta dinámica, al llevar a la práctica una situación de conflicto, el grupo discriminado es casi siempre el perdedor y el grupo dominador es el ganador, tanto en el hecho fáctico como en la historia oficializada y trasmitida[17].

El encuentro entre estos dos mundos, de manera oficial y práctica, quedó plasmado en el colonialismo, y ese modelo persiste aún en la mente de gran parte de la población y en algunas actuaciones del Estado.

Conocer la narrativa desde la versión del indígena no es tan fácil. Para Taussig, por ejemplo, dicha

judicial y militar a los mapuches, por nombrar solo tres ejemplos claros.

9 Entre los ríos Icaraparaná y Caraparaná, tributarios del Amazonas.

10 Se calcula que mataron a 30 000 indígenas y saquearon 4000 toneladas de caucho.

11 Esta condición de explotación salvaje, inducida por Julio César Arana y otros comerciantes, en asocio con compañías inglesas, para surtir de materia prima la industria de las llantas de los automóviles (condición o dinámica social que se extinguió solo debido a que se cultivó caucho en otros países asiáticos, con lo cual se rompió el mercado monopólico del caucho, disminuyeron los ingresos económicos y se desbalanceó así este lucrativo negocio); y es necesario aclarar que no terminó porque autoridad estatal alguna hiciese valer los derechos de los "salvajes" locales en los países afectados.

12 En este caso, fue muy claro el principio expuesto por Michel Foucault de dominar el cuerpo y controlar al individuo: el cepo, el látigo, el sometimiento físico, el abuso sexual, la desmembración, la inanición o la muerte propia o la de sus iguales; fue este el mecanismo para controlarlos como personas y explotar su fuerza laboral.

13 Esta sería una versión de colonialismo y neocolonialismo, ya que estas poblaciones fueron sometidas bajo el peso de las armas y bajo el peso de una economía esclavista diseñada para ello.

14 Por ejemplo, ente las fantasías de los colonos está la del "tigre mojano": este era un jaguar poseído por un chamán, que atacaba y se comía a las personas

15 Es una doble condición "acudir a los indios por su poder curativo y matarlos por su salvajismo" (8), p. 190.

16 El presente trabajo, así como la tesis doctoral de la cual hace parte, busca romper con el discurso oficial y posicionar la voz del grupo reetnizado indígena.

17 Por ejemplo, los salvajes apaches fueron adecuadamente exterminados por los piadosos descendientes del Mayflower en las praderas del hoy llamado Estados Unidos; de otra, los belicosos caribes fueron eliminados del espacio geográfico insular que hoy lleva su nombre, por los virtuosos europeos.

representación está mediada por el curandero o chamán, que en el caso del Putumayo, le "quita sensacionalismo al terror [...] percibe lo cotidiano como impenetrable, lo impenetrable como cotidiano [...] haciendo de ésta una historia no solo de terror, sino de curación"; o es posible que sea necesario deconstruir nuestra propia representación o mapa, y tratar de conocer primero el mundo desde la cosmología indígena (8).

El saber del indígena es muy diferente del que maneja la "sociedad mayoritaria"[18]: por ejemplo, allí donde solo hay una planta[19] para el blanco, para el indígena, en cambio, hay un cosmos, unas personas y unos poderes. Existe así "el mito en lo natural y lo real en el mito", por lo cual para acercarse a este saber es necesario "desmitologizar la historia y hechizarla de nuevo en su representación reificada" (8). En mis propios términos, para dimensionar el lugar de las prácticas terapéuticas en los procesos de reetnización de los indígenas actuales, sería necesario construir nuevas narrativas alternativas con las versiones de ellos mismos, y que estas narrativas sean comprensivas, ecosistémicas con su cultura actual, y no explicativas.

La historia de la colonización es hoy parte de la narrativa misma, no puede ser generalizada ni despreciada, es una narración de los hechos sucedidos desde el siglo XVI hasta la fecha y está sincréticamente integrada a las representaciones de los grupos étnicos en cada contexto, aunque el narrador no sea totalmente consciente de ello.

Si llevamos este tipo de análisis al escenario etnográfico del resguardo de Cota, este tiene algunos de estos aspectos en común con los otros pueblos de América, pero también muchas particularidades: verbigracia, desde 1555, al quedar al servicio de Francisco Tordehumos, los indígenas fueron perdiendo sus tierras; incluso, el cerro al que consideraban territorio sagrado[20]. Posteriormente, se organizaron como comunidad, hasta que en 1876, en un hecho histórico, la comunidad compró una gran extensión del cerro del Majuy (1-3), y hoy gran parte de sus descendientes viven en él.

Otros hechos importantes relacionados con su cercanía a la urbe bogotana son: la pérdida de su lengua *mhuysqubum*, una pérdida impuesta desde 1776 (18) por una orden del Rey de España; la pérdida de gran parte de sus patrones culturales y musicales, y la generación de una economía campesina que cultiva verduras para la gran ciudad.

Los grupos étnicos indígenas americanos tienen muchas diferencias entre sí, y algunos elementos comunes para quienes conservan parte de su cultura ancestral (13), tales como: la relación ancestral y espiritual con el territorio; una concepción holística de su salud, en la cual ellos son una parte inmanente del sistema en el que viven, y una relación simbólica con la música (14,15), la danza, el territorio, las plantas y los seres abióticos, y la cual es difícil de comprender para el observador occidental promedio [21].

En síntesis, hay una historia de 500 años de aculturación, exclusión y colonialismo, con despojo de la tierra, de la lengua, de las riquezas, de las creencias, de los mitos[22], de la medicina indígena tradicional, de lo artístico, de la vida, de la fuerza laboral y de los derechos como población.

El principal método de colonización es imponer un discurso o una narrativa oficiales que cambian el sentido y el significado del grupo dominado sobre su propia historia, sobre su manera de identificarse, de verse y de entenderse, y, por ende, sobre el sentido de sus prácticas y sus significados culturales.

Desindización, representación social y uso de los elementos indígenas

Concretamente, en el siglo XIX se decide, por parte del Estado colombiano, decretar el país como una nación mestiza, castellana y católica, con la instrucción de "desindizar" o desindigenizar la población y la cultura[23]; esto, sumado al hecho de que algunos grupos étnicos, como los de Cota y Suba, en Cundinamarca, reciben una mayor presión social, económica

18 Sociedad mayoritaria, en palabras de habitantes de la comunidad indígena muisca de Cota.

19 El ejemplo es extraído de mi actual tesis de grado con el grupo indígena muisca de Cota: "una planta es una fuente de saber, es un laboratorio gigantesco y tiene todo el saber del cosmos para enseñarnos" (Alfonso Fonseca, comunicación personal).

20 El cerro del Majuy es el lugar donde Bochica dio sus enseñanzas al pueblo muisca; el vocablo significa "dentro de mí" o "mí mismo".

21 Comprendiendo que occidental es una categoría colonialista hegemónica, según la cual los indios no pertenecen a ella, aunque geográficamente estén en esa topografía.

22 En la perspectiva hegemónica dominante, se llama mito a toda narrativa que no se corresponde con las versiones epistemológicas dominantes ni con su capital cultural.

23 Parte de ese patrón cultural mestizo fue tratar de imponer el bambuco como música representativa nacional, por encima de muchas otras presentes en las diversas culturas del país (19).

y cultural, debido a que se encuentran cerca de las grandes ciudades y a que sus miembros tienen trabajo asalariado o están dentro del sistema educativo clásico blanco aculturizante, todo lo cual hace que los referentes indígenas que colonialmente imaginamos como característicos sean, en efecto, muy diferentes de los "verdaderos" indígenas del siglo XXI (20).

En Suramérica se dio un mestizaje reforzado por múltiples mecanismos sociales de exclusión, y que intentó borrar las huellas de cultura indígena en lo cotidiano y estratificó a los grupos indígenas en la sociedad mestiza, de modo que los juicios de jerarquía que se estructuraron dificultaron la distribución del acceso a los bienes y al capital global para esos grupos.

En lo descrito hasta aquí, hay una historia de desindigenización; ser indígena fue rechazado, pues se ofrecía abiertamente un mosaico mestizo (21,22), un esquema de "raza cósmica" con afiliaciones simultáneas posibles, donde el blanco/mestizo se encontraba en el centro, y en las márgenes excluidas estaban lo negro y lo indio; las fronteras se atravesaban hacia ser blanco, estar en la medicina hegemónica, la cultura y la música occidentalistas de influencia europea y las prácticas comunitarias de la gente del centro, "una mezcla de elementos que daban una identidad" con una marginación histórica, étnica y cultural.

Como lo plantea Bourdieu, la representación social hegemónica impuesta (es decir, la narrativa construida de manera unilateral sobre la cultura dominada y convertida por efecto del poder y la fuerza en la historia oficial) (16) permite etiquetar al otro como salvaje y usarlo para el beneficio del dominador; sin embargo, el control no es absoluto: en el mismo imaginario del dominador aparecen dinámicas inconscientes, y, para el caso, la lucha de poderes otorga una papel al indio como sanador y posible "caja de pandora" para los mismos problemas del colonizador.

Como ejemplo de lo anterior, y volviendo a lo planteado por Taussig en Putumayo, desde su representación social (mapa de compresión o narrativa), las enfermedades que el colono en su dinámica adquiere, como consecuencia del abuso del indio y de su territorio en las tierras selváticas bajas, busca que le sean sanadas por los indígenas de las tierras altas del valle de Sibundoy[24] (con las plantas que cultiva el indio de las tierras bajas); en esta aparente contradicción se encuentra la fragmentación de la representación social del blanco en su papel dominante y, a la vez, vulnerable.

Dentro de la medicina tradicional indígena, la imagen o la representación social que construyó el blanco sobre el chamán[25] hace que se lo haya satanizado e idealizado simultáneamente y de manera contradictoria. Es interesante entender que hay una serie de disociaciones: 1) la relación que sostiene el indígena con sus plantas; 2) la de los curas del pasado[26] y el presente, que ven sus propios demonios en el indio, y 3) en el blanco/colono, quien ve como fuente de sus males, y, a la vez, de sanación, al indígena y a la misma selva que explota.

Desde mi propia narración, voy a plantear en un plano metafórico la relación que ilustra bien el encuentro de grupos sociales distintos, con dos culturas diferentes: en esta dinámica hay dos fantasías importantes desde la representación social del blanco/mestizo hacia el indio y su cultura.

En una de ellas, la fantasía blanca busca en el indio "la piedra filosofal" (robada a los salvajes), espera un descubrimiento exitoso (de algún elemento misterioso) que le revele la anhelada sabiduría, el producto milagroso o la riqueza inusitada. La otra fantasía, a la cual yo denomino "del aprendiz de brujo"[27] (23), es la que fragmenta al otro (para el caso, al indio), lo vuelve pedazos; pero luego cada pedazo cobra vida propia y persigue al perpetrador (para el caso, el blanco/mestizo). En el choque de las dos culturas, la dominante fragmenta a la otra (la rompe, la roba, utiliza su tierra y daña sus instrumentos, entre muchos otros abusos), los pedazos empiezan a reverberar dentro de la cultura dominante y, en una oda a la fragmentación,

24 Los indios poseen poderes ocultos: los del Sibundoy son pretendidamente superiores a los de las tierras bajas, quienes les suben el yagé, y los primeros tienen mercado, fama, poder y manipulan a los de las tierras bajas para que los sigan proveyendo de las plantas.

25 La misma palabra chamán es imprecisa, ya que corresponde a una cultura de Siberia; los nombres para los sanadores variarían según el grupo étnico amerindio: curaca, jeque (12), jaibana, mamo, entre otros; o abuelo, como lo denominan los actuales indígenas del cabildo muisca de Cota.

26 Los cazadores de brujos, los frailes que perseguían en los indios a sus propios demonios, fragmentaban esos grupos étnicos y quedaban envueltos en los mismos elementos. La cibernética de segundo orden (10) estaba la memoria diabólica de los españoles y no de los indios. El observador ve lo que tiene en su mapa.

27 Por "aprendiz de brujo", hago referencia al poema sinfónico compuesto por Paul Dukas, sobre el escrito de Goethe, y llevada a la animación por Walt Disney y Leopoldo Stokovsky; en esta obra, un aprendiz de brujo trata de deshacerse de un hechizo, que solo conocía parcialmente, rompiéndolo en mil pedazos; y ahora cada uno de los pedazos lo persigue; en psicoanálisis clásico, a eso se le llama *fragmentación, proyección e identificación proyectiva,* lo que corresponde a un proceso paranoide.

unas partes atacan y otras partes sanan, pero son dos caras de la misma moneda.

En la relación de mapas o de representaciones sociales, generalmente el que domina impone un mapa sobre el otro (lo denomina); este control no es perfecto, pues así como en "el aprendiz de brujo", parte de la sangre le *chisporrotea al dominador* y empieza a transformar, sin darse cuenta, el mapa dominante y termina siendo contradictoriamente sincrético con este.

La medicina indígena, con la perspectiva blanca/mestiza, aparece como uno de esos elementos chisporroteados que se van a quedar en el mapa o la representación dominante, y que terminarán transformándola de la misma forma como la música de una cultura colonizada (por ejemplo, es el caso de la influencia afro en los ritmos de América [24]) van transformando a la otra dominadora.

Para ser más claro, y refiriéndome a la música, los grupos étnicos, con los ritmos, las sonoridades y los elementos musicales, hacen fusiones en las culturas y originan nuevas narrativas musicales, como, por ejemplo, la salsa, el son, el *jazz*, el vallenato o la cumbia, entre muchos otros; de la misma forma, es posible que en las medicinas estemos en un campo de fusión o "hibridación" de diferentes saberes, sea que se les reconozca o no su origen (24,25).

El proceso de "hibridación"[28], para García Canclini, es una operación epistemológica en la que se combinan estructuras y prácticas diferentes (con diversos orígenes), y generan así nuevas estructuras, objetos y prácticas; de este modo, la cultura y la identidad dejan de ser un conjunto de rasgos fijos en un mundo fluidamente interconectado (conexiones interetnias, interclases e internaciones), para permitir la aparición de diferentes versiones en cada una de sus expresiones. Se requieren así lecturas abiertas y plurales para construir proyectos de convivencia; de hecho, son bienvenidas en esta hibridación las contradicciones con confrontación y diálogo, los sincretismos, la transculturación y la fusión (26,27), lo cual es particularmente claro en la música[29], como lo es también en otras áreas: por ejemplo, la gastronomía y la medicina popular.

¿Qué aporta esta dinámica de "hibridaciones" o fusiones a las prácticas terapéuticas en los escenarios del presente de la medicina en nuestras comunidades?

En la construcción del chamanismo con la representación social blanca/mestiza, aparecen las mezclas más extrañas: plantas sagradas, yagé, José Gregorio Hernández, la triple potencia y la Virgen, por nombrar algunos elementos; es un sincretismo contradictorio, donde unas partes conviven con las otras; unas veces se refuerzan y otras veces se atacan. De esta misma forma, el sanador puede ser simultáneamente perseguidor y viceversa, así como lo benéfico se puede volver maleficio.

De manera muy diferente, la propia medicina indígena (desde la versión de los mismos indios[30]), en *sus ritos,* es una integración en la cual todas las actividades sanadoras llevan cantos, sonidos, ritmos y músicas, sean estas producidas por instrumentos o por el propio cuerpo, y son parte fundamental del proceso. El *performance* tiene valor como una actividad indisoluble entre sonido, palabra, espiritualidad, conciencia, uso de la planta y ambiente, y la sanación se opera entre el individuo, la comunidad, el cosmos, el territorio y las fuerzas espirituales.

De la misma manera el territorio, lo espiritual y la conciencia se conjugan y facilitan la *emergencia de nuevas vivencias* o aprendizajes, y se constituyen así en experiencias sanadoras en los diferentes niveles descritos; así, por ejemplo, para muchas culturas indígenas, el *rito del yagé* es el maestro del sí mismo [31]de cada una de las personas, en el ámbito individual o colectivo, y es el camino que se debe seguir en la construcción de sujeto para encontrar respuestas[32].

Otras plantas, según la tradición de cada grupo étnico, pueden hacer su aporte a este rito de apertura de conciencia: por ejemplo, el *tabaco* (en preparación de Ambil o Ambira), la *coca* y el *yopo*, por nombrar solo algunas de ellas (28).

28 García Canclini hace toda una discusión para mostrar que si bien el término *híbrido* proviene de la biología, los productos culturales de este son ricos y fértiles, al contrario de su equivalente biológico.

29 La música de fusión permite las mezclas de diferentes tonalidades, ritmos y organologías, los cuales toman una relevancia cada vez mayor en nuestro contexto social.

30 La fuente primaria de esta afirmación corresponde a mi tesis doctoral y a la relación que establecí en ese trabajo con sanadores de varios grupos indígenas.

31 Estoy introduciendo el término psicoanalítico de *Sí mismo* como un concepto de conciencia yóica, en una estancia especial de identidad.

32 En palabras de los indígenas con los cuales interactué dentro de los ritos del yagé, esta planta tiene el poder de "abrir las entendederas": la planta habla a quien entra en relación con ella; es decir, conecta con las otras dimensiones del ser; o sea, con la apertura de conciencia.

Descolonización, hibridación y reetnización: un cambio en el camino, la coyuntura y la mimesis; la actuación contrahegemónica y la restitución de derechos

En esta parte, veremos cómo los procesos sociales llevaron voz y voto para los nuevos o diferentes saberes, la aparición de la voz de los *otros*, la contracultura, la descolonización y la reetnización.

El modelo colonialista de entendimiento de la realidad describe el mundo desde una posición privilegiada ("*hybris* de punto cero")[33], que no es cuestionable (29) y opera como un narrador omnisciente. En otro lugar del panorama, hay una lectura más crítica (con fuerte influencia desde las universidades suramericanas)[34], que muestra la necesidad de descolonizar la sociedad latinoamericana en todas las estructuras, las formas y los fines; busca que los subalternos cuenten su propia historia[35], que se descolonicen el ser y el saber en un proyecto transformacional con praxis crítica, basado en los saberes ancestrales, y que tiene ya, de hecho, un efecto político claro en el paradigma del estado boliviano de "vivir bien" y en los movimientos indígenas del Ecuador que buscan formular una "respuesta civilizadora alternativa que sirva para la humanidad", una de cuyas representantes principales es Catherine Walsh, en un proyecto político epistemológico (30,31).

Se plantea así un modelo latinoamericano basado en los saberes ancestrales, y en el cual la dinámica del diálogo de saberes permita el posicionamiento de la interculturalidad *otra*, la emergencia del pensamiento fronterizo, y que el campo académico se represente en la universidad transcultural, sin subordinaciones coloniales del pensamiento.

En casi todos los lugares del mundo, en consonancia con lo anterior, desde el periodo 1960-1970 aparecen otras alternativas en diferentes campos del saber y de la identidad, relacionadas con la contracultura y la emergencia de lo no oficial como válido y posible (con posicionamiento político e influencia en todos los campos del saber, el arte y la ciencia); en nuestro país, para 1991, como consecuencia (en parte) de ello y de las luchas sociales (21,22), se hace un plebiscito y se construye una nueva Constitución Política Nacional para Colombia[36]; dicha Carta Magna incluye y favorece los derechos de las minorías étnicas (particularmente, los de los grupos étnicos indígenas) y ha sido la base para nuevas dinámicas sociales en la restitución de derechos; aquí es importante comentar que este giro de las condiciones no solo se presentó en Colombia, sino también en doce países más de la región.

Se abre así el país a un marco multicultural, se pasa de una nación mestiza, con una lengua, una religión y derechos políticos individuales, a un modelo pluralista que trata de ser incluyente (a pesar de sus muchas contradicciones), con un cambio en lo político y lo identitario.

Es un giro en el que se pasa de un modelo de mixtura, con unos componentes culturales de mosaico (dependiendo de diferentes raíces) y en cuyo centro se encontraba el blanco/mestizo y en los extremos se encontraban los marginados por clase social históricos y culturales (negro e indio), a un modelo que, en teoría, es pluralista, con derechos sociales y colectivos, con circunscripciones electorales especiales, que ofrece el derecho a gobernar en sus territorios y el derecho a ejercer sus prácticas médicas, inmersos en un Estado Social de Derecho.

De esa manera se estimula la patrimonialización de la diversidad cultural ante una imagen pluralista de gobierno, lo cual ocurrió particularmente en la ciudad de Bogotá[37]; para el caso de la comunidad indígena de Cota, se busca una identidad *genérica* (ser indígena) y una *particular* (pertenecer a la comunidad muisca), con una competitividad de identidades subalternas.

33 Se refiere Méndez Reyes a la posición que pretende hacer puntos de vista sobre los demás, sin que ese mismo punto de vista, a su vez, pueda tenerse como uno; es decir que toma la posición de Dios o de narrador omnisciente, y, desde ese punto cero del principio de las cosas, analiza los demás entes, sin que pueda ser analizado por estos; el concepto fue desarrollado, a su vez, por Castro Gómez, politólogo colombiano profesor de la Pontificia Universidad Javeriana (PUJ).

34 Graciela Mazorco Iruteta es una profesora investigadora boliviana de la Universidad San Simón de Cochabamba, Walsh de la Universidad Simón Bolívar de Ecuador.

35 El planteamiento se presenta como "liberación epistemológica" para Mignolo; como "epistemología fronteriza", para Boaventura Sousa Santos, o como "epistemología del sur", para Walsh (30).

36 La Asamblea Nacional Constituyente incluyó a grupos indígenas como el *taita* Lorenzo Muelas y a excombatientes guerrilleros como Antonio Navarro Wolf, así como a representantes de todas las estancias sociales clásicas, como Álvaro Gómez Hurtado.

37 Cabe anotar el caso de los cabildos que están dentro de la ciudad de Bogotá, como los de Suba y Bosa, entre otros que buscan emerger; estos han tenido una importante participación política y cultural y son un aliado de las diferentes administraciones, además de los derechos especiales y como ciudadanos que obtienen en la ciudad con esta militancia.

Tomando como base a un autor clásico sobre los grupos étnicos y sus fronteras (32), se puede decir que el grupo indígena tiene varias opciones: una, la opción de incorporarse mimetizándose (camuflándose en la masa); otra, aceptar su estatus de minoría y permanecer en la posible discriminación, y la opción tercera, que fue la escogida al final y hasta el presente: acentuar su identidad étnica y utilizarla para desarrollar nuevas posiciones, e, incluso, propuestas políticas, como en el caso del cabildo indígena muisca de Cota.

A esta opción, que activamente se apropia de la diferencia, que toma como base el "espejo colonial" (representación social) que tiene la sociedad otrora mestiza sobre lo indígena, que se nutre de sus propias raíces y de las de los grupos étnicos indígenas que tienen una alta valoración a escala nacional por su capacidad de curar, cercanía a la naturaleza y pureza de sus costumbres, se le denomina *mimesis* (20).

De esta manera, las personas que se encontraban en marginalidad histórica, étnica y social rompen el silencio, privilegian su componente indígena, y de esta forma suben su estatus socioeconómico, en un proceso conocido como *reindigenización o reindización*.

El proceso que siguió el cabildo indígena muisca de Cota se caracterizó por la búsqueda de raíces y saberes indígenas dentro de su comunidad, y posteriormente fuera del territorio; en el estudio que he adelantado como proyecto de tesis doctoral, encontré que las raíces de idioma, las representaciones sociales, la música y otros elementos culturales estaban casi ausentes en las personas más ancianas de la comunidad; persistieron, sí, elementos ancestrales en la alimentación, el tejido de artesanías con fibras extraídas del cerro del Majuy, el cultivo de plantas medicinales y nutricionales y la cultura de la chicha, los cuales fueron reforzados y privilegiados.

La nueva generación (personas que hoy tienen menos de 60 años) buscó, entonces, los elementos ancestrales en otros cabildos indígenas del país; especialmente, en La Chorrera (Putumayo) y en la Sierra Nevada de Santa Marta, así como en otros países (particularmente, Bolivia), trayendo saberes médicos tradicionales, epistemología, música, cultura y costumbres de esos grupos étnicos y fortalecimiento político en redes de cabildos nacionales e internacionales[38].

En sus prácticas comunitarias, la nueva generación performa rituales acompañados de toda la parafernalia diacrítica, como la música y el vestuario; además, crea espacios de comunicación social e inclusión de una configuración mimética indígena en la comunidad que llega a los ámbitos individual, familiar y colectivo; reconstruye así esta comunidad sus espacios políticos de manera contrahegemónica, y en los cuales ellos son el centro y la fuente de su propia descolonización (26,27,29-31) y trasformación con nuevos significados.

Para darle una denominación al proceso, se podría decir que se construyó una *identidad neo-muisca*, con los saberes de otras culturas y el reforzamiento de sus costumbres y sus saberes existentes (la reconstrucción de la identidad de ser muisca); en palabras de los cabildantes de la comunidad, "no se debería llamar proceso de reetnización, sino de revitalización de lo indígena en la comunidad"[39].

Ante la circunstancia de los nuevos derechos, aparecen también nuevos recursos monetarios o la posibilidad de manejarlos; estas situaciones, que antiguamente fueron manejadas con sentido colectivo comunitario o con identidad de grupo, aparecen ahora como *manzana de la discordia* en comunidades que están imbuidas aún de la individualidad de Occidente.

Con esta nueva condición, por ejemplo, se otorgan derechos de tierras o derechos económicos como las transferencias a los resguardos; en el caso particular de Cota, esta asignación económica se convirtió en un problema nuevo: la comunidad que otrora compartió, ante el desacuerdo sobre cómo gastar ese dinero entró en conflicto, y uno de los comuneros, antiguo gobernador indígena del resguardo, realizó un proceso que llevó a la comunidad a perder la condición de resguardo indígena[40] (la comunidad había tardado 50 años en conseguir ese reconocimiento).

38 El cabildo indígena de Cota ha sido en más de tres ocasiones sede de encuentros nacionales indígenas, y tiene un peso importante dentro de esa organización.

39 Comunicación personal realizada en medio del proceso de retroalimentación del 24 de mayo de 2014.

40 El resguardo es una categoría de la corona española, pero en la Ley 89 de 1890 mantuvo ese mismo nombre como figura legal, pero sin los tributos que tuvo en el pasado. Es esa condición de calificación étnica que le permite un privilegio de manejo territorial, administrativo, económico y cultural, esta comunidad no tenía la certificación, lo cual se hizo evidente en el conflicto descrito, y por ello fue suspendida. Hoy es reconocida como "parcialidad indígena" y sigue buscando el reconocimiento a su condición de resguardo.

En palabras del mismo grupo, como lección aprendida de lo anterior, en uno de los procesos educativos se dijo: "cuando la comunidad no está organizada y no sabe qué hacer con el recurso económico, el dinero se vuelve un problema".

Actualmente se adelanta un proceso para la recuperación del estatus de resguardo indígena ante el Ministerio del Interior, así como también, en paralelo, se adelanta un proceso legal ante los jueces, por el riesgo de perder el territorio que antiguamente fue comunitario; la historia parece repetirse, y así la comunidad puede ser, nuevamente, víctima del despojo de su lugar sagrado[41].

Los derechos de los grupos étnicos, para el caso el del cabildo indígena muisca (resignificado, reetnizado o revitalizado) de Cota no se da solo en su territorio ancestral, sino en la reconstrucción de su cultura, en las oficinas del Estado y en los estrados judiciales.

Curiosamente, al mismo tiempo que la Constitución favoreció la búsqueda de derechos para los grupos étnicos, se gestó, por otro lado, un esquema neoliberal de libre mercado que favoreció el crecimiento del capital y la acumulación en un orden mundial de globalización, óptima coyuntura para que los grupos económicos grandes (especialmente, las transnacionales) se hicieran más fuertes, y así las luchas por los derechos fueran más contrastantes desde el esquema de una Carta Magna que favorece, contradictoriamente, las dos posiciones opuestas.

En general, el sistema que se desarrolló con la nueva Constitución busca ser incluyente, pero facilita, a su vez, un esquema económico de libre mercado que favorece la empresa privada, lo cual, aunado a la contrarreforma agraria hecha por los paramilitares y otras fuerzas oscuras de poderosos capitales, termina aumentando las desigualdades económicas; especialmente, en comunidades que están en situación de vulnerabilidad, a menos que esa comunidad se organice y encuentre mecanismos para la restitución de sus derechos.

La condición descrita del resguardo indígena (como es el caso del de Cota) lo puede hacer muy vulnerable ante la debilidad jurídica debida a la *vaga definición* que sobre el particular tiene el Estado, y así presentarse incoherencias, por lo cual se hacen "depuraciones" frecuentes que les quitan la condición jurídica de cabildo indígena a diferentes comunidades[42]. Los criterios para la búsqueda de rasgos característicos, o *diacríticos*, como los denomina Barth (32), de condición indígena (vestuario, idioma, territorio, costumbres) que en Colombia buscan las agencias del Estado no tienen la claridad suficiente en un mundo cambiante, y en muchas ocasiones se aplica el maquillaje para no perder la condición de derechos, al igual que para exhibirlo a los turistas.

Existe así, en el lenguaje del Estado colombiano, un doble mensaje institucional: por un lado, se busca que los grupos étnicos sean indígenas del siglo XVI (en sus características diacríticas), y, por otro, se busca que sean personas del siglo XXI (no comunidades, cuando lo colectivo desde la cosmogonía indígena es lo fundamental); además, no se puede borrar fácilmente, como de un tajo, el proceso de 500 años de mestizaje y exclusión, y asumirse como un grupo étnico ancestral del que la tradición oral no dejó huellas aparentes.

Ante estas situaciones, las comunidades hacen un desarrollo performativo[43] donde se privilegian las autenticaciones de las diferencias de las singularidades culturales (por ejemplo, la reconstrucción cultural[44]) y la naturalización de las huellas *racializadas*, con lo cual se connotan positivamente la lengua, el vestido, las costumbres y la continuidad en el tiempo y el espacio.

41 La zona de la vereda llamada hoy día La Moya se encuentra en riesgo de ser desalojada, por disposición de un juez del Juzgado de Funza, ratificada por el Tribunal Superior. El terreno corresponde al sitio ceremonial llamado Chunsuá, y el desalojo se intentó el 25 y el 26 de marzo de 2014; por la movilización de esta comunidad, se logró que el despojo se pospusiese un año, durante el cual el cabildo buscará, nuevamente, pasar de ser una parcialidad indígena a ser otra vez un cabildo. El grupo étnico ha elevado su petición ante la Corte Penal Internacional, y se encuentra en espera de sus decisiones. Este tipo de situaciones de conflicto de la comunidad producido por intereses individuales sobre particulares, es considerado por la comunidad una enfermedad, y la envidia, su manifestación.

42 Como es el caso de la pérdida de condición de resguardo para Chía y Bosa en 1999, y para Cota en 2000.

43 El termino *performativo*, como ya se explicó, se origina de *performance*, el cual es un anglicismo que se refiere a la puesta en escena o la actuación; resulta ser el elemento más importante y visible para los observadores; es singularmente claro en el caso del arte y de las presentaciones, las representaciones o las interpretaciones musicales, así como en el rito de sanación.

44 Como ya se expuso, esta reconstrucción cultural ha llevado al cabildo de Cota (particularmente) a establecer contactos con muchos otros grupos étnicos indígenas y a rescatar de ellos elementos musicales, culturales y médicos tradicionales de la Sierra Nevada de Santa Marta o de La Chorrera, en Putumayo, e, incluso, en otros países, como Bolivia o México.

Como lo expresa Martínez, "la mimesis es un proceso en el cual se inicia tomando esas huellas, haciéndolas visibles, vivenciándolas, y posteriormente ellas te determinan y orientan el camino" (20); es válida así una reetnización (revitalización) muisca y construir el camino con todos sus elementos.

El proceso de reindización conlleva la búsqueda de capitales culturales, saberes y alianzas con otros grupos étnicos indígenas, con el fin de cumplir, principalmente, los requisitos que exige el Estado, y así adquirir parcialmente los derechos perdidos durante siglos de discriminación racial y de exclusión.

La descolonización y la reindización son, en conjunto, un proceso ideológico y político, en el cual se busca que lo que antes fue exclusión se convierta hoy en ventaja de inclusión, y se recuperen así derechos de ciudadano, la dignidad y el respeto.

Lo descrito es, a su vez, un desarrollo de los procesos mundiales de la alternatividad que políticamente se mueven desde hace medio siglo, permitirles a los grupos étnicos que se adscriban a sí mismos en esta categoría y que sean reconocidos por los otros (pero, muy particularmente, por el Estado colombiano), y lograr así la anhelada visibilización sociocultural y la adquisición de derechos.

En suma, se puede decir que se ha roto el silencio histórico; que desde los territorios latinoamericanos hay un posicionamiento y una respuesta descolonial; dicha respuesta es activa y se basa en los saberes ancestrales y en sus principios. En su epistemología, ha hecho un desarrollo tan válido como el antiguo colonial en sus territorios, y con tanto derecho a gobernarse a sí mismos como lo hacen ellos (los europeos) en sus propios esquemas, los cuales pueden ser revisados, y no necesariamente compartidos y aceptados, tanto en el campo cultural como en el de la medicina.

Una pregunta actual y pertinente: ¿es el colonialismo un fenómeno superado?

El colonialismo es algo que sucedió de manera masiva en distintos momentos de la historia de la humanidad; un grupo o una cultura dominante ejercen poder sobre un dominado, le imponen condiciones y usan los recursos del segundo desde las necesidades del primero.

Mediando entre estos dos polos o actores complementarios, están los sistemas de representación entre otros aspectos; prima casi siempre el marco de referencia del colonizador o dominador (que es la voz escuchada, por ser, generalmente, quien escribe la historia y las narrativas oficiales).

El mapa del mundo que tienen en la cabeza los colonialistas, para cualquiera de las épocas y de sus procedencias, y llámense estos españoles, franceses, ingleses o gringos, en las diferentes partes del mundo, es un lodo epistémico que les impide reconocer al *otro* como a un igual, como a un ser humano; se le aplica así al colonizado una categoría o un nombre: negro, indio u otro, según como se lo considere, y que, finalmente, es una categorización política y discriminatoria definida.

Con una perspectiva paralela, *la medicina alternativa*, la humanidad y la apertura a diferentes formas de entender el mundo se relacionan, política y temporalmente, con la descolonización, con los procesos de contracultura y con la revolución y la diversidad ontológica y antropológica[45] que se movieron en el mundo, especialmente, desde la década de 1960. En concordancia con Bourdieu, al cambiar la imposición de las reglas, muchos de los conocimientos y las condiciones adquirieron un nuevo rango, e, incluso, fueron privilegiados (16).

El concepto de humanidad es ahora superior al concepto de civilizadores (cultura y civilización en el colonizador, y barbarie en el colonizado); disminuye la condición de dominación y se reconoce paulatinamente a las etnias nativas como poseedoras de conocimiento y creativas, con validez y diferencia (relativismo cultural). Las estructuras hegemónicas de poder se empiezan a transformar, y dentro de dichos procesos se retiran los europeos de las colonias.

Con el retiro de las potencias extranjeras de los territorios, empieza a aparecer (o, tal vez, a hacerse manifiesto de manera más clara) un *colonialismo interno* (discriminación por clase o por etnia) ahora en los países que otrora fueron colonizados, y se considera en esta etapa que quienes detentan ciertas identi-

45 Sin embargo, la antropología misma estaba enferma de colonialismo desde su nacimiento; fue una estrategia de conocimiento sobre los grupos étnicos colonizados que brindaba la información necesaria para perpetuar el sometimiento, y que en la actualidad, ya con autonomía epistémica, revolucionó su propio origen.

dades y saberes[46] son superiores y ejercen un poder sobre quienes no los poseen; las élites del poder, del Estado o de la educación establecen diferencias por elementos raciales o culturales[47]; especialmente, en poblaciones víctimas de desplazamiento forzado por motivos económicos o de violencia política.

De nuevo, el conflicto de clases se encuentra en el ámbito político y se opera una lucha entre lo hegemónico y la contracultura, y en algunas circunstancias se pretende establecer esta última como dominante, más que como una forma de diversidad.

En el análisis de este fenómeno del colonialismo y el poder, la *lengua*[48] ocupa un lugar importante en la comprensión de las dinámicas que siguen esta lucha (Jakobson, Lacan[49], Saussure); las representaciones sociales o mapas constituyen la cultura presente en una comunidad, y ella, finalmente, estructura la realidad como un lenguaje (sea digital o analógico [9,17]); con estas dinámicas, se le asigna un sentido y significado a cada una de las transacciones que se le imponen a la gente, y de esta manera se valida en la práctica cotidiana la cultura impuesta a través del lenguaje.

Parte de esta dinámica del lenguaje se hace manifiesta en la denominación misma del proceso social que estamos analizando, y aparecen preguntas: ¿Cuál es la forma políticamente correcta de llamar el proceso? (reetnización o revitalización) ¿Cómo sería mejor denominar al grupo étnico? (muiscas o neomuiscas); ¿Cómo llamar a su condición político-administrativa? (cabildo o parcialidad indígena); y de la misma manera, ¿quiénes son competentes para autorizar a una cultura a existir o para validar su existencia? ¿Y desde cuál representación social se autorizan a sí mismos para hacerlo?

Cada una de estas respuestas implica un posicionamiento político-epistemológico, y el Estado colombiano mismo no tiene claridad ante ello.

46 Es pertinente plantear, en concordancia con Bourdieu, que unos grupos sociales se favorecen por la cultura y los saberes que heredan a sus hijos (el efecto *arrow*), y que los capitales globales (especialmente, los culturales) marcan diferencias en oportunidades.

47 Un claro ejemplo de ello es el uso en Bogotá, o en las diferentes regiones de Colombia, de frases en las cuales se hace un énfasis en la raza o en la región de procedencia, a manera de insulto.

48 No en vano, la corona española prohibió los lenguajes indígenas en sus dominios (para el caso, fue proscrito el *mhuysqubum*).

49 Para Lacan, el Inconsciente se halla estructurado como un lenguaje (33) y los cambios en el lenguaje determinan los cambios en el inconsciente, y viceversa.

Conclusiones

La práctica terapéutica cultural como promotor de la reindigenización

La medicina tradicional indígena (saberes, procesos y procedimientos ligados a la salud) y la música (entendida como una narrativa "corporo-sonoro-musical" [34], y no como una interpretación de instrumentos) han sido dos de los elementos que otorgan identidad cultural, se trasmiten por tradición oral y, de manera particular, han sido ejes centrales en el proceso de descolonización, reetnización y restitución de derechos.

Estos dos elementos han sido seguidos particularmente por mí a lo largo de los últimos dos años, en el acompañamiento que he llevado a cabo con esta comunidad en mi proyecto de tesis doctoral.

La comunidad reetnizada muisca de Cota tiene a médicos tradicionales que construyeron su papel y se formaron en medio de años de trabajo con otras culturas, y que ejercen su función como tal dentro de la comunidad.

En el ejercicio como "abuelo", o sanador, se integran el *performance*, la actuación, el uso de las plantas, la conciencia, la espiritualidad, el canto, la música y el territorio (en especial, el lugar sagrado [Chunsuá]); todo, de una forma sincrética que puede tener contradicciones (vista desde afuera), aunque, en todo caso, muchas menos que las que tiene el mismo saber sanador ejercido por el blanco con su medicina hegemónica de herencia europea.

En su actividad ritual sanadora, realizada en grupo, el "abuelo" es, de nuevo, un sacerdote con vestuario especial blanco, con música itinerante (de flautas, tambores, maracas, sonajeros y armónicas), con el canto, con la *waira sacha* y otras plantas que son agitadas, sopladas o quemadas y una conciencia sanadora que ofrece su papel en el territorio ancestral conectado con su ley de origen.

En los procedimientos de sanación del territorio, de la comunidad, en los círculos de palabra o en la sanación de personas en particular, se ejerce cada día y con cada acción un proceso comunitario de revitalización de lo indígena en ese territorio ancestral y sagrado por tradición oral.

Es una cultura particular, en la cual la salud es un balance donde participan lo corporal, lo mental, la comunidad, la naturaleza, las relaciones con la música, la madre naturaleza, el corazón, el espíritu y la energía. De la misma forma, en el ámbito comunitario, el bienestar depende de la conciencia del papel social de cada uno de los miembros y de su adaptación a esas funciones.

La medicina tradicional indígena (práctica terapéutica cultural) promueve la cultura y la reetnización (revitalización de lo muisca) al construir, estructurar y reforzar historias compartidas, tales como la ley de origen (relación con el padre espiritual y la madre naturaleza), el tejido o "canasto" de la red de relaciones sociales, cognitivas y espirituales, la búsqueda de recuperación de lo comunitario y la lucha contra el ego (primacía de los intereses individuales sobre las necesidades de la comunidad), visto como el origen de la mayoría de los problemas y de las enfermedades.

La medicina tradicional ejercida en el territorio muisca de Cota resignifica a su comunidad reetnizada y cumple un papel vital dentro de ella; de la misma manera, es requerida por personajes externos a la comunidad, que buscan en esa práctica respuestas a sus problemas de "salud", aunque desde referentes muy distintos de los que tienen los colonos reseñados en el inicio del escrito, o de los referentes de los miembros mismos de la comunidad; tal vez, no ha terminado aún, en nuestras representaciones sociales y mentales, la "búsqueda de la piedra filosofal" de la sanación u otras fantasías en el seno de las comunidades indígenas.

Referencias

1. Wiesner L. Etnografía Muisca: el resguardo de Cota. En R. Arango, E. Sánchez, Los pueblos indígenas de Colombia [internet]. 1997 [citado 2013 feb. 26]. Disponible en: www.banrepcultural.org/blaavirtual/geografía/geohum2/muisca1.htm.consultado

2. Wiesner LE. Historia y producción del resguardo indígena de Cota (Cundinamarca) 1538-1876. Bogotá: Tesis; 1981.

3. Wiesner LG. Supervivencia de las instituciones Muiscas-el resguardo de Cota (Cundinamarca). Maguaré. 1987:235-259.

4. Houghton Mifflin edition. Webster's II new riverside university dcitionary. New York: The Berkely Publishing group, 1984.

5. Stake RE. Qualitative case studies. En NK Denzin, YS Lincoln. The SAGE handbook of qualitative research. Sage publcations inc, 2005. p. 443-66.

6. Do prado L, De Sousa M, Monticelli M, et al. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washington: Paltex, 2013.

7. Do prado M, De Sousa M, Carraro T. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales. Washington: Paltex; 2008.

8. Taussig M. Chamanismo, colonialismo y el hombre salvaje. Un estudio sobre el terror y la curación. 2da. Ed. Popayán, Cauca, Colombia: Taller editorial Universidad del Cauca; 2012.

9. Watzlawick P, Ceberio MR. Ficciones de la realidad. Realidades de la ficción. España: Paidós; 2008.

10. Mejía J. Perspectiva de la investigación social de segundo orden. Cinta de Moebio. 2011;14:1-12.

11. Pérez M. Reseña de "Los indios medievales de fray Pedro de Aguado: construcción del idólatra y escritura de la historia de una crónica del siglo XVI" de Jaime Humberto Borja Gómez. Fronteras de la historia. 2006;11:466-9.

12. Martínez F. Cultura y salud prehispánicas. Tunja: Academia Boyacense de Historia; 2010.

13. Pedraza H. Ambiente, cultura y espíritu, una mirada a lo invisible. Bogotá: Cuadernos CAR N°21, 2003.

14. Pinzón C, Suárez R. Otra américa en construcción, medicinas tradicionales, religiones populares. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología; 1991.

15. Aretz I. Síntesis de la etnomúsica en américa latina. Caracas: Ávila Editores; 1981.

16. Bourdieu P. Identidad y representación, elementos para una reflexión crítica de la idea de región. En P. Bourdieu, Lenguaje y poder simbólico. Cornwall: Polity Press; 1991. p. 720-8.

17. Watzlawick P. El lenguaje del cambio. Barcelona: Herder; 1983.

18. Instituto Caro y Cuervo. Diccionario y gramática Chibcha. (MS González, Trad.) Bogotá: Biblioteca Ezequiel Uricochea; 1987.

19. Wade P. Entre la homogeneidad y la diversidad: la identidad nacional y la música costeña en Colombia. En MV Uribe, E Restrepo, Antropología en la modernidad: identidades, etnicidades y movimientos sociales en Colombia. Bogotá: Instituto Colombiano de Antroplogía; 1997. p. 61-91.

20. Martínez S. Poderes de la mimesis, identidad y curación indígena muisca de Bosa. Bogotá: Ediciones Uniandes; 2009.

21. Chaves M. Desdibujamientos y ratificación de las fronteras etnico-raciales: mestizajes y reindianización en el pie de monte amazónico Colombiano. En O. Hoffmann, MT. Rodríguez, Los retos de la diferencia. los actores de la multiculturalidad entre México y Colombia. México: Publicaciones de la Casa Chata; 2007. p. 341-61.

22. Chaves M, Zambrano M. From blanqueamiento to reindigenización: Paradoxes of mestizaje and multiculturalism in contemporary Colombia. Rev Eur Est Latinoam Caribe. 2006;80:5-23.

23. Disney W, Stokovsky L. (Dirección). El aprendiz de brujo, poema sinfónico dentro de la película Fantasía [Película], 1940.

24. Acosta L. Música y descolonización. La Habana: Editorial Arte y Literatura; 1982.

25. Stokes M. Music and the global order. Ann Rev Anthropol. 2004;33:47-72.

26. García Canclini N. Interculturalidad e hibridación latino. México: Universidad Autónoma Metropolitana de Iztapalapa; 1999.

27. García Canclini N. Noticias recientes sobre hibridación. Rev Transcult Mús. 2003;7.

28. Evans Schultes R, Raffauf R. El bejuco del alma, los médicos tradicionales de la Amazonía colombiana, sus prácticas y sus rituales. Bogotá: Fondo de Cultura Económica; 2004.

29. Méndez Reyes J. Universidad, decolonización e interculturalidad otra. Más allá de la "hybris de punto cero". Rev Filosofía Univ Zulia. 2013;66-86.

30. Mazorco Iruteta G. La decolonización en tiempos de Pachakutik. Polis. 2010;9:219-42.

31. Walsh C. ¿Qué conocimiento(s)? Reflexiones sobre políticas de conocimientos, el campo académico y el movimiento indígena ecuatoriano. Boletín ICCI. 2001;3.

32. Barth F. Los grupos étnicos y sus fronteras. La organización social de las diferencias culturales. Introducción. México D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1976.

33. Lacan J. La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud, en Escritos 1. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI; 2003.

34. Benenzon R. Aplicaciones clínicas de la musicoterapia. Buenos Aires: Lumen; 2000.

Recibido para evaluación: 19 de enero de 2015
Aceptado para publicación: 30 octubre de 2015

Correspondencia
Leonardo Morales Hernández
Hospital de Meissen
Calle 60 Sur # 8K-13
Bogotá, Colombia
leoaph2007@gmail.com

https://doi.org/10.56085/isss.521

Política distrital de salud para las poblaciones étnicas residentes en Bogotá, D. C.[1]

District Health Policy for Ethnic Populations Resident in Bogotá, D. C.

Política distrital de saúde para populações étnicas residentes em Bogotá, D. C.

Fernán Espinosa Támara[2]
Soledad Aguilar Muñoz[3]
Ivonne Arévalo[4]
Neiffy Porras Mena[5]
Álvaro Jiménez Nieto[6]
Leidy Johanna Cabiativa[7]

Resumen

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), en concordancia con su misión y sus objetivos estratégicos de garantizar la atención en salud a los ciudadanos residentes en el Distrito Capital, trabaja permanentemente en el diseño de respuestas integrales a las necesidades de salud y calidad de vida de las personas. La población perteneciente a todos los grupos étnicos que habitan en la ciudad requiere una atención integral, dada su condición de alta vulnerabilidad, lo cual implica una respuesta efectiva que mejore sus condiciones de vida, enmarcada dentro del goce efectivo de sus derechos. Por ello, la SDS promueve permanentemente que se visibilice el tema y se evidencien las vulnerabilidades de esta población. El Derecho Internacional, a su vez, reconoce que ciertos grupos de personas tienen necesidades de protección diferenciales, a raíz de sus situaciones específicas, y en algunos casos, de su vulnerabilidad manifiesta o de inequidades estructurales de la sociedad. Dichas necesidades especiales de protección han sido reiteradas por órganos de supervisión de los Derechos Humanos, como el Comité de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Para el sector salud, el abordaje de las personas se hace con la perspectiva de un *enfoque diferencial*; este es un método de análisis que toma en cuenta las diversidades y las inequidades existentes en la realidad, con el fin de brindar una atención y una protección adecuadas de los derechos de la población.

Palabras clave: políticas públicas, grupos étnicos, salud

1 Equipo Distrital de Etnias-Dirección de Salud Pública.
2 Odontólogo. Gerente en servicios de salud, Área de Análisis y Políticas de Salud, Dirección de Salud Pública.
3 Antropóloga especializada en desarrollo regional, Área de Acciones en Salud Pública, Dirección de Salud Pública.
4 Psicóloga especializada en Gerencia de las Salud Pública, Área de Acciones en Salud Pública, Dirección de Salud Pública.
5 Trabajadora social especializada en gobierno municipal, Área de Acciones en Salud Pública, Dirección de Salud Pública.
6 Psicólogo, Área de Acciones en Salud Pública, Dirección de Salud Pública
7 Trabajadora social especializada en promoción en salud y desarrollo humano, Área de Acciones en Salud Pública, Dirección de Salud Pública.

Abstract

The Secretaría Distrital de Salud (SDS) according to its mission and strategic objectives to guarantee medical attention for citizens of the capital district, constantly works on the design of comprehensive answers. Population that belongs to ethnic groups require integral medical care, given their condition of high vulnerability, which implies an effective response to improve their quality of life, taking into account the effective enjoyment of human rights. Therefore, the Secretaría Distrital de Salud constantly promotes the topic to be visible, so vulnerabilities of this population are evidenced. International law recognizes that certain groups of people have different protection needs, due to their specific situation, and in some cases, their vulnerability or the structural inequality of society. These special needs for protection have been supported by Human Rights supervising entities, like the Human Rights Committee and the Committee of Economic, Social, and Cultural Rights. For the health sector, people are addressed under the perspective of the Differential Approach. This is an analytical method that takes into account diversity and social inequalities existent now a day, in order to provide adequate care and protection of Human Rights for the population.

Key words: public policy, ethnic groups, health.

Resumo

A Secretaria Distrital de Saúde (SDS), em consonância com a sua missão e objetivos estratégicos de garantir cuidados de saúde para os cidadãos residentes no Distrito Capital, trabalha constantemente no desenho de respostas integradas. A população que pertencem a grupos étnicos requer um atendimento integral, dada a sua alta vulnerabilidade, o que implica uma resposta eficaz para melhorar suas condições de vida, condita em desfrutar o efetivo direito ao atendimento. Em razão ao mencionado anteriormente a Secretaria Distrital de Saúde, promove permanentemente o vislumbre do tema e as evidencias das vulnerabilidades desta população. O direito internacional, por sua vez, reconhece que certos grupos de pessoas têm necessidades de proteção diferentes da origem das situações específicas, e em alguns casos, a vulnerabilidade se manifesta por desigualdades estruturais da sociedade. Estas necessidades de proteção especial foram reiteradas por órgãos de supervisão dos Direitos Humanos, como o Comitê de Direitos Humanos e o Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

Para o setor de saúde, o atendimento das pessoas, é realizada sob a perspectiva de um Enfoco Diferencial, que é um método de análise que leva em conta as diferenças e desigualdades existentes na realidade, a fim de prestar cuidados e proteção adequada dos direitos da população.

Palavras-chave: políticas públicas, grupos étnicos, saúde.

Descripción de la problemática

Se entiende por *grupos étnicos* las poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas las distinguen de los demás grupos que conforman la sociedad hegemónica, y tienen, para ello, un reconocimiento jurídico por parte del Estado. Sus particularidades culturales están dadas por sus cosmovisiones, su lengua, su diversidad cultural, sus usos, sus costumbres y sus tradiciones.

En Colombia, los grupos étnicos están conformados por 102 pueblos indígenas, entre los que se destacan: Los muiscas, los kankuamos, los nasa, los emberá chami, los emberá katío, los pijaos, los wiwa, los arhuacos, los wounaan, los koreguaje, los wayuú, los eperara, los senu, los inga, los betoy, los kuiva, los guayaberos, los yukpa, los kichwa, los siapidara, los yanaconas, los kogüi, los uwa, los kuna, los guambianos, los kokonuco, los emberá dovida, los siona, los nukak maku, los chimita, los cametsa, los huitotos, los pastos, los tubu y los totoró.

La comunidad afrocolombiana, o comunidades negras, está ubicada a lo largo y ancho del país, con diversidad de expresiones culturales; dos de ellas, con idioma propio: 1) los raizales anglocaribeños (lengua creole), que habitan el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, y 2) los habitantes de San Basilio de Palenque, en el Departamento de Bolívar, que hablan en lengua palenquero, de base española y bantú.

El pueblo rrom, o gitano, que tiene una identidad étnica y cultural propia y se caracteriza por tener una tradición nómada, está ubicado, principalmente, en Bogotá, D.C., y en los Santanderes.

Los indígenas, los afrodescendientes, los raizales y los gitanos, con las particularidades étnicas y culturales que caracterizan a cada uno de ellos, son los grupos étnicos reconocidos en el Distrito Capital, y sus comunidades, al tiempo con las de los grupos no reconocidos, forman parte muy importante del valioso patrimonio humano de nuestra ciudad; como tales, tienen derechos colectivos fundamentales, consagrados en la Constitución Política y en la legislación.

Los grupos étnicos forman parte de las poblaciones identificadas como más vulnerables, por sus precarias condiciones de vida, por los efectos que en ellos ha generado la violencia que han vivido en sus territorios y por la pérdida progresiva de su identidad y de su cultura —acrecentado ello en los contextos urbanos—, que los expone a su propia desaparición como grupos.

Dentro del marco descrito, la orientación trazada por el Distrito Capital estipula que: "[...] Las acciones públicas le darán prioridad a la universalización de la salud y la educación con un enfoque intercultural"[8]. Así mismo, para concretar el derecho fundamental a la salud para la población étnica debe incluir las siguientes características:

- La universalización prioritaria en el uso y el acceso a servicios de salud adecuados socioculturalmente.
- El fortalecimiento de su medicina tradicional, como estrategia para la construcción de procesos de salud y de capacitación intercultural para el Distrito Capital.
- La promoción del ejercicio de una ciudadanía activa en salud, que aporte al fortalecimiento de su etnicidad como sujetos colectivos.
- La gestión, con otros sectores, de la transformación positiva de los determinantes políticos, sociales, económicos, comunitarios e individuales de la salud, entendida como bienestar integral desde las concepciones tradicionales.

Acciones desarrolladas

Por lo descrito hasta ahora, la nación colombiana, y Bogotá en particular, se considera multiétnica y pluricultural, porque en ella conviven distintos pueblos; cada uno, con sus propias especificidades culturales, las cuales deben ser reconocidas como tal, tanto por las otras personas de la sociedad hegemónica como por las organizaciones, las instituciones y el Estado colombiano. Las realidades políticas y sociales que dichos grupos étnicos le plantean al Estado conllevan que se apunte al fortalecimiento de su etnicidad como sujetos colectivos, desde el reconocimiento y el ejercicio de sus derechos vigentes nacionales e internacionales y en materia de protección social.

En tal sentido, la SDS, a través de las *direcciones misionales* (Aseguramiento, Desarrollo de Servicios, Salud

8 Plan de Desarrollo Distrital 2004-2008, art. 8, inc. 3.

Pública, Participación Social y Atención al Ciudadano), implementa procesos que involucran de manera directa a la población étnica residente en el Distrito Capital, teniendo como fundamentos: 1) la normatividad vigente, 2) los criterios de vulnerabilidad, 3) los diagnósticos locales, 4) el enfoque diferencial, 5) el respeto por la cosmovisión, 6) los conceptos propios de salud, entre otros aspectos.

Desde la Dirección de Salud Pública, a través del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y sus proyectos de inversión, se desarrollan las acciones restitutivas, promocionales y preventivas, las cuales se operativizan a través de once empresas sociales del Estado (ESE): hospitales de primer nivel de atención de la Red Pública (Pablo VI Bosa, del Sur, Rafael Uribe, de Engativá, de Fontibón, de Tunjuelito, de Vista Hermosa, de Usme, de Suba, de San Cristóbal y Centro Oriente), a través de los proyectos *Salud a su casa*, *Salud al colegio*, *Comunidades saludables*, *Instituciones saludables y amigables*, *Salud al trabajo* y *Gestión local*, para el fortalecimiento de la salud pública.

El proceso desarrollado en Bogotá con las comunidades étnicas ha permitido el acercamiento del sector salud a las prácticas culturales y propias relacionadas con las formas de sanar de las comunidades indígenas, afrodescendientes y rrom, lo que ha implicado la generación de algunas estrategias de interacción entre el sector salud y la práctica de salud propia desde las culturas.

Desde la salud intercultural, se considera que los sistemas médicos (es decir, la manera como las sociedades conciben el cuerpo, la salud y la enfermedad) son determinados y hacen parte de sistemas culturales propios: todos los grupos humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades a través de un sistema médico que proporciona las acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar del hombre y, al mismo tiempo, otorgar una explicación consistente al fenómeno de la enfermedad.

Acciones en salud

A partir de la puesta en marcha de los objetivos mencionados, se han identificado los siguientes avances a partir de la implementación de acciones en salud:

1. Se han potenciado la consulta y la concertación de los planes locales de salud para las etnias, a través de espacios como mesas de trabajo, comités étnicos e interétnicos y el posicionamiento del proceso de formulación de la Política Distrital de Salud para las Etnias (enfoque diferencial y articulación institucional). Se implementan así acciones comunitarias donde se desarrollan líneas de trabajo en espacios comunitarios étnicos para propiciar el intercambio de saberes y de experiencias de las comunidades étnicas relacionadas con la salud, la enfermedad y el cuerpo, con las perspectivas étnica y de diversidad cultural, y tanto con comunidades afrodescendientes como en los pueblos indígenas.

2. A través de acciones afirmativas en salud, se llevan a cabo planes con cada una de las organizaciones identificadas a partir del reconocimiento de sus prácticas de salud, el establecimiento de rutas de acceso a servicios y el fortalecimiento de la organización.

3. Con los pueblos indígenas inga, emberás, kichwas, muiscas de Bosa y de Suba, y ambiká-pijao, en procesos de caracterización de la medicina tradicional en torno a las huertas de plantas medicinales, y del ejercicio y la práctica de dicha medicina; también, en la elaboración de piezas comunicativas, actividades de intercambio de saberes con la comunidad, el fortalecimiento comunitario con mujeres, la articulación con la Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Seguridad Alimentaria y Nutricional (SALUD), la canalización y el acompañamiento a eventos de salud, dada la fragilidad social de la comunidad (caracterizaciones de salud, perfiles epidemiológicos, educación en salud intercultural, salud mental, alimentación propia, huertas medicinales, entre otros).

4. Con los pueblos rrom, se lleva a cabo un ejercicio de caracterización de los procesos de salud y enfermedad, así como de sus prácticas tradicionales en el cuidado del cuerpo y la salud.

5. Identificación y caracterización de Unidades de Trabajo Informal de las etnias identificando condiciones particulares ligadas a sus prácticas tradicionales de producción, así como la identificación de enfermedades laborales desde la mirada étnica. Se ha buscado el mejoramiento de sus condiciones de salud y de trabajo, con 107 Unidades de Trabajo Informal pertenecientes a poblaciones étnicas nuevas

y con el fortalecimiento de procesos de asistencia técnica con 70 unidades de trabajo intervenidas.

6. Aportes para el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de las familias, mediante respuestas integradas e integrales que afectan de manera positiva los determinantes sociales, y que promueven el ejercicio de sus derechos a través de procesos de ciudadanía en salud, entornos saludables, prácticas protectoras de la salud y de la calidad de vida, y acciones afirmativas de restitución social de derechos de las familias del Distrito Capital.

7. Seguimiento, monitoreo y evaluación relacionados con las políticas públicas, los reportes y los procesos de retroalimentación relacionados con el fortalecimiento de las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS) desde el enfoque diferencial.

8. Promover la conformación y la consolidación de *mesas étnicas e interétnicas* en las que se articulen las diferentes instancias locales que favorezcan el ejercicio de incidencia en la calidad de vida y en la salud de las poblaciones étnicas asentadas en las distintas localidades.

La implementación de los procesos descritos ha permitido avances importantes tanto en el ejercicio de los derechos de las poblaciones étnicas como en la construcción de ciudadanía desde el reconocimiento de la diversidad; se requiere, entonces, avanzar en dichos procesos que tienen en cuenta las particularidades de las poblaciones étnicas y las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran al vivir en Bogotá.

Recomendaciones

A continuación se detallan algunas recomendaciones que se ponen a consideración de los actores del sistema general de seguridad en salud y los involucrados en los asuntos que tienen que ver con las decisiones de la salud de la población, para avanzar, dar continuidad y fortalecimiento a los procesos que benefician a las comunidades étnicas, y para lo cual se debe:

1. Mantener el proceso de formulación de la Política para Grupos Étnicos en el Distrito Capital, con proyecciones a mediano y a largo plazo, y que fortalezca el reconocimiento de la diversidad y la garantía prioritaria del Derecho a la Salud para los grupos étnicos de la capital, desde el enfoque promocional de calidad de vida, para así hacer de Bogotá una ciudad más incluyente, democrática y solidaria, lo que debe constituirse en modelo para otras ciudades.

2. Diseñar e implementar modelos de salud indígena dentro del marco de las acciones de promoción, prevención y resolución de los asuntos de salud y calidad de vida en las comunidades indígenas de las localidades, con participación de las comunidades indígenas en las decisiones.

3. Formular planes de acción concertados y orientados a la creación de espacios locales y distritales para la construcción, la implementación y la evaluación del modelo de atención en salud distrital con enfoque diferencial étnico.

4. Reorganizar y fortalecer las redes integrales de servicios de salud y definir el sistema integrado de evaluación del modelo de atención en salud, desde una visión incluyente.

5. Aumentar la cobertura de las acciones de salud pública a todas las localidades del Distrito, con el ánimo de fortalecer y mejorar las acciones ya establecidas. En la actualidad, los procesos implementados desde el Plan de Intervenciones Colectivas se desarrolla en 11 de las 20 localidades de Bogotá.

6. Armonizar la respuesta distrital para poblaciones étnicas con la Ley de Víctimas 1448 de 2011, la cual regula lo concerniente a ayuda humanitaria, atención, asistencia y reparación de las víctimas ofreciendo herramientas para que estas poblaciones reivindiquen su dignidad y asuman su plena ciudadanía; todo ello, tomando en cuenta que las medidas de atención, asistencia y reparación para los pueblos indígenas y las comunidades afrocolombianas harán parte de normas específicas para cada uno de dichos grupos étnicos, y las cuales serán consultadas previamente con estos, buscando respetar sus usos y sus costumbres, así como sus derechos colectivos.

7. Fortalecer la respuesta dentro del marco de los autos 005 y 004 de seguimiento a la Sentencia T-025 de la Corte Constitucional, en los cuales se ordena desarrollar planes de salvaguarda para los pueblos indígenas, y los planes específicos de protección y atención para las comunidades afrocolombianas.

8. Adicionalmente, se propone tener en cuenta las metas del plan de Desarrollo Distrital 2008-2011, que apuntan de manera particular a la formulación de las políticas y al posicionamiento del tema étnico, las cuales requieren procesos continuos, pues generan sostenibilidad a las acciones que vinculan de manera directa a los grupos étnicos.

En particular, se requiere mantener las metas orientadas a:

- Contar con políticas, planes, programas y proyectos para mejorar la calidad de vida y la salud, gestionados con la participación activa de los ciudadanos y de la comunidad organizada.

- Implementar y evaluar la política pública distrital de participación social en salud y servicio al ciudadano.

- Diseñar e implementar un proceso de formación política y hacia la exigibilidad del derecho a la salud, orientado a la ciudadanía, a los grupos étnicos organizados y a los servidores públicos.

Bibliografía

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Diagnósticos locales de las ESE distritales. Capítulo de etnias. Bogotá: SDS; 2011.

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Guía operativa de la transversalidad etnias para las categorías del componente de gestión local [internet]. s. f. [citado 2015 may. 14]. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/images/6/65/ANEXO_OPERATIVO_ETNIAS.pdf

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Salud. Plan de intervenciones colectivas PIC 2012. Lineamiento general de la transversalidad etnias [internet]. s. f. [citado 2015 may. 14]. Disponible en: http://saludpublicabogota.org/wiki/images/d/de/DT_ETNIAS.pdf

Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan de Desarrollo 2004-2008 "Bogotá sin Indiferencia: un Compromiso Social contra la Pobreza y la Exclusión". Bogotá: 2004.

Alcaldía Mayor de Bogotá. Política Pública Distrital y Plan Integral de Acciones Afirmativas para el reconocimiento de la diversidad cultural y la garantía de los derechos de los afrodescendientes. Bogotá: 28 de marzo de 2006.

Bodnar Y. Colombia: Apuntes sobre la diversidad cultural y la información sociodemográfica disponible en los pueblos indígenas. Documento presentado en: Seminario Internacional Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina y el Caribe: Relevancia y Pertinencia de la información sociodemográfica para Políticas y Programas. CEPAL, 2005 abril 27-29; Santiago de Chile.

Bonfil Batalla G. Implicaciones étnicas del sistema de control cultural. En: Olivé L. Ética y diversidad cultural. México: Fondo de Cultura Económica; 1993. p. 196.

Bravo Molina CR. Etnia y etnicidad: dos categorías en construcción. Revista de Ciencias Humanas No. 25 [internet]. s. f. [citado 2015 may. 14]. Disponible en: http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev25/bravo.htm.

Colombia, Congreso Nacional. Ley 21 de 1991, Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989. Bogotá: Diario Oficial 39720 (1991 mar 6).

Colombia, Congreso Nacional. Ley 691 de 2001, Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. Bogotá: Diario Oficial 44558 (2001 sep. 21).

Cortés Lombana P. Etnicidad y salud. Extensión de la Protección Social en salud para grupos étnicos. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2004.

PROROM: El pueblo Rom en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [Protseso organizatsiako le rromane narodosko kolombiako /proceso organizativo del pueblo rom (gitano) de Colombia, (prorom)]. Documento no publicado.

Recibido para evaluación: 19 de enero de 2012
Aceptado para publicación: 11 de diciembre de 2014

Correspondencia
Fernán Espinosa Támara
Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 # 12-81
Bogotá, Colombia
fcespinosa@saludcapital.gov.co

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial
Grupo de Investigaciones y Cooperación

Revista
Investigaciones en Seguridad Social y Salud

Lineamientos para autores

Septiembre de 2014

La revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* acepta para su publicación informes y conocimientos, generados como resultado de la investigación, experiencias exitosas o no exitosas, revisiones (temáticas, sistemáticas y metaanálisis), reseñas de investigación y de libros y revistas y ensayos, sobre temas relacionados con investigaciones en el campo de la salud, administración de salud, salud pública y formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud. Para el envío de los artículos se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones.

Cómo enviar material a la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*

Lugar de envío y requerimientos: Los autores enviarán dos copias completas de sus trabajos, acompañadas de un CD o de forma electrónica al correo de revistainvestigacionessds@saludcapital.gov.co con el texto en un único archivo tipo DOC o RTF (MS-Word). Las figuras deben ser incluidas en su formato original o convertido a formato TIF (*Tagged Image File*) o EPS (*Encapsulated Postcript*) y las tablas en archivos editables tipo DOC, XLS (MS Excel), AI (*Adobe Illustrator*) o EPS. Si los archivos están en Macintosh, deben ser convertidos a uno de los formatos mencionados. Las tablas o las figuras deben ser enviadas en hojas y archivos independientes del archivo de texto. Deben ser dirigidos a la siguiente dirección: Dirección de Planeación y Gestión Sectorial Grupo de Investigaciones

y Cooperación, Centro Distrital de Salud, carrera 32 # 12-81 o al coordinador de la edición de la revista, por correo electrónico, revistainvestigacionessds@saludcapital.gov.co El material enviado debe ceñirse a los requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas biomédicas, del grupo Vancouver (1997)

Carta de presentación

Cada uno de los manuscritos debe ser enviado con una carta remisoria que contenga los siguientes aspectos: (a) que todos los autores están de acuerdo con el contenido, la organización y la forma de presentación del manuscrito; (b) que el manuscrito no ha sido publicado antes, no ha sido enviado ni se enviará para publicación a otra revista nacional o internacional, mientras se encuentre en revisión y se decida al respecto por parte del Equipo Editorial de la Revista; (c) que los autores no tienen conflictos de interés, antes de la publicación. Los autores deben informar si hay alguna relación (filiación, financiación) entre ellos o alguna institución pública o privada; (d) nombre y firma de todos los autores; (e) permiso para reproducir texto, figuras o cualquier otro material que tenga reserva de derechos, y (f) especificar el nombre, la dirección, el teléfono y el correo electrónico de la persona a la cual se debe dirigir la correspondencia.

Los autores aceptan la responsabilidad definida por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (N Engl J Med. 1997:336(4):309-15) y las recomendaciones sobre investigación clínica. Cuando se informe sobre experimentos en humanos, es indispensable tener la aprobación del comité de ética de la institución donde se realizó el estudio y estar de acuerdo con la Declaración de Helsinki, de 1964, y sus posteriores enmiendas, que se pueden encontrar en: http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.html.

En los artículos originales y presentaciones de caso no se deben mencionar los nombres de los pacientes, sus iniciales o números de historia clínica, ni datos que permitan su identificación. Los experimentos clínicos deben estar registrados en alguna base pública destinada para esto (p. ej., Latinrec, Clinicaltrials). Finalmente, en caso de estudios con animales, se deben añadir las consideraciones sobre investigación en estos (si existe o no comité de investigación en animales, los cuidados que se tuvieron, etc.).

Propiedad intelectual y derechos de autor

Al enviar los artículos para su publicación, el(los) autor(es) acepta(n) que para su publicación transferirá(n) los derechos de autor a la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud,* para su difusión en versión impresa o electrónica. El contenido de los artículos es de exclusiva responsabilidad de los autores. Los textos pueden reproducirse total o parcialmente citando la fuente.

Adicionalmente, se les solicita a los autores enviar, con la firma de cada uno, una carta dirigida al director-editor de *Investigaciones en Seguridad Social y Salud,* en la cual transfieran los derechos de autor, de acuerdo con el siguiente modelo:

> Yo/Nosotros... autor(es) del trabajo titulado "...", someto(emos) a la aprobación de la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* y cedemos, en caso de ser publicado por esa Revista, los derechos sobre el artículo a favor de la Secretaría Distrital de Salud, que podrá publicar el artículo en cualquier formato, ya sea físico o electrónico, incluido internet. Por lo tanto, es prohibida cualquier reproducción total o parcial en cualquier otro medio de divulgación. En caso de desear publicar en otro medio solicitaré autorización por escrito de la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud.*
>
> Fecha: ...
>
> Firma(s):...

Preparación del manuscrito: Recomendaciones generales para todos los tipos de artículos

En cuanto a especificaciones tipográficas, todo el manuscrito, incluidas referencias y tablas, debe ser elaborado en papel tamaño carta, en tinta negra, por una sola cara de la hoja, a doble espacio, con márgenes (laterales, superiores e inferiores) de mínimo 2,5 cm en todas las páginas y con letra Times New Roman de tamaño no inferior a 11 puntos. Todas las páginas deben estar numeradas consecutivamente.

En la primera página debe aparecer:

- Título

- Nombres y apellidos de los autores con sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional.

- Indicación del autor responsable de la correspondencia.

- Si el artículo recibió ayuda o auxilio de alguna agencia de financiación.

- Si el artículo se basa en una tesis académica, indicar el título, año e institución donde fue presentada.

- Si el trabajo fue presentado en una reunión científica se debe indicar el nombre del evento, lugar y fecha.

- Si alguno de los autores tiene conflicto de interés en el tema expuesto.

Las tablas y las figuras (gráficas, fotografías, dibujos o esquemas) deben aclarar o aportar al texto, no duplicar el contenido. Deben ir con sus respectivas leyendas (título y fuentes), restringirse a lo estrictamente necesario e incluirse en páginas aparte, numeradas consecutivamente y agrupadas al final del texto. Cada una debe tener un título en la parte superior y, si es el caso, anotaciones en la parte inferior.

El autor debe enviar los datos de correspondencia: la dirección de su oficina o consultorio y la dirección electrónica. Si son varios autores, solo es necesario enviar los datos de uno de ellos.

Referencias bibliográficas

La lista de referencias se iniciará en una hoja aparte, al final del artículo, utilizando la metodología de las normas Vancouver y siguiendo de manera estricta las indicaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. En el texto se indicarán con números arábigos entre paréntesis y de forma consecutiva en el orden en que aparezcan. A continuación se ilustran algunas características:

1. *Libro*. En su orden se enuncia: autores (primer apellido e iniciales de los nombres de los autores o editores), título del libro, número de edición, lugar de publicación: editorial, año de publicación, y si es necesario las páginas, después de la abreviatura p.

   Ejemplo: Cuza Téllez de Girón MC, Barrios Fernández N. Catalogación de documentos: segunda parte. La Habana: Pueblo y Educación; 1988. p. 1-64.

2. *Artículos de revistas.* Autores (primer apellido e iniciales de los nombres de cada uno de los autores), título del artículo, título abreviado de la revista, año de publicación, volumen, número y páginas inclusivas. Cuando hay más de seis autores, solo se incluyen los seis primeros y luego la abreviatura et al.

   Ejemplo: Soberón Acevedo G, Navarro J. Equidad y atención en salud en América Latina. Principios y dilemas. Bol Of Sanit Panam. 1985;99(1):1-9.

Cuando el autor es una institución, se pone el nombre de esta en vez de los nombres individuales. Cuando no hay autor, se comienza con el título del artículo.

3. *Capítulo de libro*. Autor del capítulo, título del capítulo, elemento de enlace, título del libro, lugar de publicación, editorial, año de publicación, páginas inclusivas.

   Ejemplo. Antó JM. Los métodos cuantitativos y cualitativos en la salud pública. En: Martínez FN, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud pública. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 38-43.

4. *Artículo de revista en internet.* Autores (primer apellido e iniciales de los nombres de cada uno de los autores), título del artículo, nombre de la revista [internet], año de publicación [fecha de la citación], volumen, número, páginas. Disponible en (dirección electrónica, camino completo del archivo).

   Ejemplo: Plumptre T, Grahan J. Governance and good governance: international and aboriginal perspectives. Am J Pub [internet]. 1999 [citado 2007 ago 14]; 24(4). Disponible en: http://www.iog.ca/publications/govgoodgov.pdf.

La manera apropiada de citar como referencia otro tipo de material no considerado arriba o cualquier otra duda sobre la elaboración de los manuscritos puede ser consultada en los siguientes sitios de internet:

http://www.paho.org/spanish/DBI/authors.htm.

http://www.icmje.org.

O tener en cuenta la siguiente bibliografía: International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts submitted to Biomedical Journals. Ann Inter Med. 1997;126:36-47.

Descripción específica para cada tipo de artículo

Artículos originales

Presentan resultados inéditos de investigación cuantitativa o cualitativa. Contienen toda la información relevante que hace que el trabajo pueda ser reproducible, permite evaluar sus resultados y conclusiones.

Extensión máxima 7500 palabras: De estas mínimo 5000 deben ser del contenido del artículo excluyendo referencias tablas y figuras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 6 en total.

Aclarar consideraciones éticas y consentimiento informado (cuando sea necesario).

Estructura del documento:

- Carta de presentación.
- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.
- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.
- Lista de 3 a 7 palabras clave (en español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.
- Introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.
- Materiales y métodos: Cuando sea pertinente informar diseño del estudio, lugar donde se realizó, características de los participantes, desenlaces principales e intervención.
- Resultados: En esta sección de deben presentar los resultados en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.
- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.
- Conclusiones
- Agradecimiento (si se requiere)
- Referencias: En formato Vancouver

Experiencias exitosas o no exitosas

Se presentan los ejemplos de experiencias exitosas o no exitosas dentro del marco de proyectos relacionados con medicina, ética, bioética, salud pública, psicometría, investigación básica o clínica.

Extensión máxima: 4000 palabras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 6 en total.

Estructura del documento:

- Carta de presentación.
- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.
- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión

máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.

- Lista de 3 a 7 palabras clave (en español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.

- Planteamiento del tema o introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.

- Desarrollo de la experiencia: En esta sección se deben presentar el desarrollo de la experiencia en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.

- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.

- Conclusiones.

- Referencias: En formato Vancouver.

Artículos de revisión de tema

Presentan análisis y comentarios acerca de un determinado tema, con amplia bibliografía y un análisis profundo de la literatura disponible.

Extensión máxima: 6000 palabras. De estas mínimo 4000 deben ser del contenido del artículo excluyendo referencias, tablas o figuras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 5 en total.

Estructura del documento:

- Carta de presentación.

- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.

- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.

- Lista de 3 a 7 palabras clave (en español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.

- Planteamiento del problema o introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.

- Desarrollo del tema: En esta sección de deben presentar el desarrollo del tema en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.

- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.

- Conclusiones

- Referencias: Se deben incluir mínimo 50 referencias en formato Vancouver

Artículos de metodología

Artículos en salud pública, epidemiología, psicometría, medicina o investigación básica o clínicas que den conocimiento acerca de un tema específico y presenten ideas sobre protocolos de investigación que generen controversia y grupos de discusión.

Extensión máxima: 3600 palabras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 5 en total.

Estructura del documento:

- Carta de presentación
- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.
- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.
- Lista de 3 a 7 palabras clave (en español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.
- Planteamiento del tema o introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.
- Desarrollo del tema: En esta sección de deben presentar el desarrollo del tema en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.
- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.
- Conclusiones
- Referencias: En formato Vancouver

Ética y bioética

Artículos sobre temas de ética, bioética, problemas éticos sociales.

Extensión máxima: 4500 palabras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 5 en total.

Estructura del documento:

- Carta de presentación.
- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.
- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.
- Lista de 3 a 7 palabras clave (en español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.
- Planteamiento del tema o introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.

- Desarrollo del tema: En esta sección de deben presentar el desarrollo del tema en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.

- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.

- Conclusiones.

- Referencias: En formato Vancouver.

Presentaciones de caso

Presentación de la experiencia profesional basada en el estudio de casos particulares de interés para el profesional, en el cual se discuta el tema y las posibles aproximaciones futuras en pacientes con problemas específicos.

Extensión máxima: 2400 palabras. De estas mínimo 1200 deben ser del contenido del artículo excluyendo referencias, tablas o figuras.

Las tablas y figuras no deben exceder de 5 en total.

Estructura del documento:

- Carta de presentación.

- Primera página con nombres de los autores, filiación, autor encargado de la correspondencia, fuentes de financiación, conflictos de intereses.

- Resumen en español, inglés y portugués: Debe redactarse en tercera persona, tener una extensión máxima de 300 palabras, incluir objetivos, fechas y lugares de ejecución del estudio, métodos, resultados y conclusiones. No se debe incluir información que no esté contenida en el texto, ni abreviaturas, ni referencias al texto o citas bibliográficas.

- Lista de 3 a 7 palabras clave (español, inglés y portugués). Deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) de BIREME y a las palabras clave indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus.

- Planteamiento del problema o introducción: En ella se debe indicar el propósito del artículo y resumir el razonamiento lógico del estudio, incluyendo únicamente las referencias pertinentes. Presenta el problema, la justificación, los objetivos y los fundamentos teóricos del proyecto. No se incluyen resultados ni conclusiones.

- Desarrollo del caso: Debe incluir un párrafo con consideraciones éticas y con las precauciones que se tuvieron para proteger la confidencialidad del paciente

- Revisión de tema: En esta sección de deben presentar el desarrollo del tema en orden lógico, texto, tablas e ilustraciones. No se deben repetir en el texto los datos que se encuentran en tablas o ilustraciones.

- Discusión: Se debe hacer hincapié en aspectos nuevos y las conclusiones. Se debe tener cuidado de no repetir aspectos incluidos en las secciones anteriores. Lo importante en la discusión son las implicaciones de los hallazgos, sus limitaciones y sus proyecciones en futuras investigaciones. Se deben relacionar las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando declaraciones y conclusiones no relacionadas con los resultados.

- Conclusiones.

- Referencias: Se deben incluir mínimo 50 referencias en formato Vancouver.

El director-editor y el Comité Editorial de la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* invitan a todos los actores del sistema de salud en Bogotá, empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, a instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, a hospitales adscritos a la SDS, a organizaciones comunitarias y de usuarios, a organismos de dirección y de vigilancia y control del sistema (de los órdenes nacional y distrital), entre otros, a participar en esta publicación y permitir así su desarrollo y crecimiento. Esta revista tendrá una publicación semestral a partir de 2011 y su ISSN de formato electrónico en la actualidad es: ISSN e-2027-7970.

Política de acceso abierto

La *Revista* provee acceso libre e inmediato a su contenido bajo el principio de democratización y disponibilidad gratuita del conocimiento generado a través de la investigación y del desarrollo de las políticas públicas y apoya el intercambio del conocimiento global en el tema de salud.

Bibliografía

CINDOC-CSIC. Revistas científicas electrónicas: estado del arte. Madrid; 2004 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://www.tecnociencia.es/erevistas/especiales/revistas11.htm.

Consejo Mexicano de Investigación Educativa. Revista Mexicana de Investigación Educativa [internet]. México; 2010. Disponible en: http://www.comie.org.mx/v1/revista/portal.php?idm=es&sec=SC06.

Jorgelina JM. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver. La Habana: s. e.; 1999-2001.

Política editorial. Revista Desafíos, Universidad del Rosario [internet]. Bogotá; 2008 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://revistas.orosario.edu.co/index.php/desafios/about/editorialpolicies#focusAndScope.

Política editorial. Revista Semestral de Facultad de Medicina, Universidad CES, Medellín [internet]. 2009 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co/ojs/index.php/medicina/about/editorialpolicies.

Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and Policy [internet]. Atlanta [citado 2010 sep]. Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/es/archive_es.htm.

Publicación de los programas de posgrados en Administración de Salud y Seguridad Social-Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Revista Gerencia y Políticas de Salud [internet]; 2009 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/suscripciones.htm.

Revista de la Escuela de Psicología, Psicoperspectivas, Individuo y Sociedad [internet]; 2009 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/about/editorialPolicies.

Revista de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia [internet]; 2007 [citado 2010 ago]. Disponible en: http://www.revmed.unal.edu.co/revistasp/indexrev.htm.

Revista Perfil de Coyuntura Económica, Facultad de Ciencias Económicas Universidad de Antioquia [internet]; [citado 2010 ago]. Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/coyuntura/index.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
Subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial
Grupo de Investigaciones y Cooperación

Revista
Investigaciones en Seguridad Social y Salud

Lineamiento editorial

Septiembre de 2014

Presentación

La Secretaría Distrital de Salud (SDS), ente rector del sistema de salud en Bogotá, propone su revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* como un espacio para la presentación, revisión y divulgación del conocimiento en salud, generado por los diferentes actores en el ejercicio de los roles y funciones, y como una estrategia para facilitar y posibilitar la transferencia del conocimiento técnico-científico hacia todos los sectores de la sociedad.

Hasta el momento la *Revista* se ha publicado anualmente, en medio impreso. Lo que la SDS pretende en el mediano plazo es hacer una publicación semestral, en formato electrónico, bajo una política de acceso abierto e indexado en Publindex y otras bases de datos nacionales e internacionales.

Misión

La revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* publica artículos originales de los diferentes actores de la salud, con el fin de facilitar su conocimiento y utilización en la generación, revisión e implementación de propuestas de políticas públicas para el mantenimiento y mejoramiento de la salud de la población.

Visión

Para el año 2020 la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud* se habrá convertido en el principal medio de publicación del sector público en salud de la ciudad y sus contenidos serán un insumo importante para la toma de decisiones en temas de salud, con un enfoque de derechos y equidad.

Lineamiento editorial

Esta publicación está enmarcada en la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación del Distrito Capital y en las acciones emprendidas por la SDS para democratizar el conocimiento en salud y su aplicación en las decisiones de políticas públicas. Además, es uno de los instrumentos que reflejan las acciones concretas previstas por la administración en el plan de desarrollo para fortalecer las capacidades y competencias investigativas y la gestión el conocimiento.

Esta revista aparecerá dos veces al año. Su periodicidad podrá ser modificada por el Comité Editorial. Su calidad está garantizada mediante el arbitraje anónimo en dos direcciones, una científica (rigurosidad conceptual y metodológica) y una editorial (estructura y estilo), de acuerdo con criterios nacionales e internacionales para revistas científicas.

Las opiniones o conceptos expresados en los trabajos son de total responsabilidad de los autores. La SDS no se responsabiliza por ellos y estos no coinciden necesariamente con los de los editores de la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*. Una vez aceptados para publicación, los artículos admitidos son de propiedad de la SDS y su reproducción deberá ser autorizada por el equipo editorial de la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*.

Para la *Revista* el envío de un artículo indica que el(los) autor(es) certifica(n) y acepta(n) que: (a) este no ha sido publicado, ni aceptado para publicación en otra revista; (b) que no se ha reportado la publicación de una versión previa como *working paper* (o "literatura gris") o en un sitio web, y (c) que una vez publicado en la *Revista* no se publicará en otra.

Objetivos

- Generar un espacio para socializar la producción de conocimiento en salud de los diferentes actores del Sistema y, a la vez, visibilizar los resultados más relevantes de investigaciones realizadas y políticas de salud, formuladas e implementadas.

- Promover el conocimiento de la realidad distrital en salud a través de la difusión de investigaciones originales.

- Democratizar la información relacionada con políticas públicas de salud.

- Propiciar el diálogo, análisis y reflexión de los actores del Sistema en torno al mantenimiento y mejoramiento de la salud de la población, así como la búsqueda de las mejores estrategias para el abordaje.

- Fomentar la participación de los grupos de investigación y de investigadores en proceso de formación a través de la elaboración y publicación de artículos originales.

- Publicar información relacionada con resultados de investigaciones, formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud, de acuerdo con los géneros editoriales definidos para la *Revista*.

- Fortalecer la calidad de la investigación en salud en el Distrito Capital y las relaciones con la comunidad académica, nacional e internacional.

Lineamiento de secciones

De acuerdo con la Misión y Visión de la *Revista*, se organizarán secciones que permitan publicar las diferentes clases de artículos enviados por los sectores y actores responsables de generar mejores

condiciones de salud para la población. Esto implica pensar no solo en artículos científicos, sino también en aquellos que de forma sucinta presenten experiencias o lecciones aprendidas en la implementación de planes, programas y proyectos tendientes al mejoramiento de la salud de la población. No obstante, predominarán los artículos científicos, pues esta ha sido la orientación de la *Revista* desde su primera publicación.

En ese orden de ideas, en la revista *Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, se tendrá la posibilidad de presentar las siguientes secciones:

- **Editorial:** Este es un documento escrito por el director o editor de la *Revista*, o por un investigador invitado, sobre orientaciones temáticas y políticas de la *Revista*.

- **Artículos originales:** Presentan resultados inéditos de investigación cuantitativa o cualitativa. Contienen toda la información relevante que hace que el trabajo pueda ser reproducible, permite evaluar sus resultados y conclusiones. Así mismo los artículos podrán versar sobre experiencias exitosas o no exitosas que se presenten de manera original dentro del marco de proyectos relacionados con medicina, ética, bioética, salud pública, psicometría, investigación básica o clínica, ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas en general.

- **Artículos de revisión:** Presentan análisis y comentarios acerca de un determinado tema, con amplia bibliografía y un análisis profundo de la literatura disponible.

- **Artículos de metodología / Ética y bioética** Artículos sobre salud pública, epidemiología, psicometría, medicina, o investigación básica o clínicas que den conocimiento acerca de un tema específico de investigación o presenten ideas sobre protocolos de investigación que generen controversia y grupos de discusión. De igual forma se tendrán en cuenta artículos sobre temas de ética, bioética y problemas éticos sociales.

- **Presentaciones de caso:** Presentación de la experiencia profesional basada en el estudio de casos particulares de interés para el profesional, intervenciones de salud individual o colectiva en el cual se discuta el tema y las posibles aproximaciones futuras en individuos con problemas específicos.

- **Cartas al editor**: Contienen posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la *Revista* que, a juicio del Comité Editorial, constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

Funciones de los integrantes de la revista

Director editor: Es el profesional especializado que coordina el Grupo de Investigaciones y Cooperación de la Dirección de Planeación y Sistemas de la SDS. Sus funciones son:

1. Dirigir la Revista.
2. Velar por la calidad científica de la *Revista*.
3. Citar a las reuniones ordinarias y extraordinarias del Comité Editorial y del Comité Científico.
4. Presidir y orientar el Comité Editorial y Comité Científico de la *Revista*.
5. Proponer posibles integrantes del Comité Editorial y Científico.
6. Proponer y asignar evaluadores nacionales e internacionales para los artículos postulados a la *Revista*.
7. Proponer criterios generales de operación de la *Revista*.
8. Asegurar la viabilidad financiera de la *Revista*.
9. Presupuestar los gastos de edición y administración de la *Revista*.

Coordinador editor: Es el profesional o grupo de profesionales nombrados por el director-editor para el proceso de edición, publicación y mantenimiento de la *Revista*. Sus funciones son:

1. Manejar la logística de la publicación de la *Revista*.

2. Recibir los artículos enviados a la *Revista*.

3. Apoyar al director-editor en la selección de los evaluadores (árbitros) para la evaluación de los artículos.

4. Contactar a los evaluadores.

5. Contratar los servicios técnicos necesarios para la edición y producción de la *Revista* de acuerdo con el director-editor.

6. Enviar al autor una carta de aceptación o rechazo, de acuerdo con el concepto del evaluador.

7. Enviar al autor una carta solicitando las correcciones, documentación e información pertinentes para el proceso editorial.

8. Mantener contacto con los miembros del Comité Editorial y Científico para mantener actualizados sus datos e información.

9. Promover la redacción de artículos entre investigadores y profesionales que están trabajando en temas de salud.

10. Revisar todos los artículos que llegan al editor antes de ser sometidos a la revisión de pares, con apoyo del Comité Científico.

11. Enviar el(los) artículo(s) nuevamente a revisión para los casos en que de acuerdo con el director-editor se considere necesario un segundo dictamen.

12. Hacer una revisión final para comprobar que las recomendaciones de los evaluadores se hayan atendido.

13. Mantener la visibilidad de la revista en las bases de datos donde está indexada y buscar opciones de indexación en nuevas bases de datos.

14. Coordinar con el *webmaster* el contenido del sitio web de la revista *Investigaciones* en *Seguridad Social y Salud*.

Comité editorial: Está conformado por personas de reconocida trayectoria en los campos temáticos que contempla la *Revista*. Sus funciones son:

1. Establecer de manera conjunta con el director-editor la política editorial y revisarla periódicamente.

2. Establecer con el director-editor los criterios editoriales y revisarlos periódicamente.

3. Planear anualmente los números de la *Revista*.

4. Proponer al director-editor, en los casos en que él lo solicite, los lectores o evaluadores para los artículos postulados en la *Revista*.

5. Servir de apoyo a la coordinación de la *Revista*.

Comité científico: Está conformado por personas de reconocida trayectoria en los campos temáticos que cubre la *Revista*. Sus funciones son:

1. Apoyar al Comité editorial y al director-editor en la formulación de la política editorial.

2. Asesorar al Comité editorial y al director-editor en la definición de los parámetros de calidad científica de la *Revista*.

3. Invitar a miembros reconocidos de la comunidad académica nacional e internacional para que publiquen sus trabajos en la revista I*nvestigaciones en Seguridad Social y Salud*.

4. Promover la difusión de la *Revista* en los medios académicos nacionales e internacionales.

5. Participar como evaluadores de los trabajos recibidos para su publicación o sugerir a otros expertos como pares académicos.

Producción editorial

- Equipo de producción editorial.

- Diseño de la página web.

Proceso de revisión por pares

Todos los manuscritos recibidos son revisados y seleccionados por el director-editor, coordinador editorial y el Comité editorial, quienes determinan si cumplen con los criterios generales estipulados en el documento de instrucción de autores y si el tema corresponde con los parámetros y objetivos de la *Revista*.

Una vez aceptados en esta instancia, se designarán los pares anónimos correspondientes para su evaluación, teniendo en cuenta la temática del artículo y el conocimiento especializado en cada uno de los temas. Los pares evaluadores son profesionales nacionales e internacionales expertos en el tema y son los encargados de examinar de forma ciega e independiente cada uno de los artículos en cuanto al valor científico y la utilidad de su publicación. Cada manuscrito se somete a la revisión de al menos dos expertos.

Los dos evaluadores externos revisan los artículos y entregan por escrito los resultados de la evaluación. La coordinación editorial de la *Revista* envía estas observaciones a los autores para ajustar los artículos de acuerdo con las sugerencias de los pares. Posteriormente, los autores envían a la coordinación editorial los artículos ajustados y estos son enviados a los pares nuevamente para una segunda revisión y concepto de aceptación para publicación en *Investigaciones en Seguridad Social y Salud.*

Cuando un manuscrito es sometido a ajustes en una primera revisión, al momento de enviar la versión ajustada los autores deben acompañarla de una explicación pormenorizada de los cambios efectuados para acatar las recomendaciones de los expertos. Si están en desacuerdo con alguna de ellas, deben explicar en detalle los motivos. Toda decisión se comunica por escrito al autor con la mayor rapidez posible. El plazo depende de la complejidad del tema y de la disponibilidad de revisores expertos.

Una vez realizado este proceso, la coordinación editorial de la *Revista* comunica al autor la aceptación del artículo e inicia el procesamiento del texto para su publicación. En caso de rechazo del artículo, se notifican al autor los motivos expuestos por los pares evaluadores que impiden la publicación del manuscrito.

Investigaciones en Seguridad Social y Salud se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos de acuerdo con las recomendaciones del Comité editorial y con la opinión de los pares, así como de proponer la revisión y cambios editoriales que considere necesarios. La recepción de artículos no implica la obligación de publicarlos.

El Grupo de Investigaciones y Cooperación de la SDS contrata con una persona jurídica, preferiblemente del sector académico de la ciudad y con experiencia en publicación de revistas científicas, la revisión de pares y otras actividades de apoyo para la edición de la *Revista*. Adicionalmente, la SDS está respaldada por sus servidores públicos, otros profesionales expertos del sector salud y los que tienen experiencia en investigaciones y publicación de artículos en revistas indexadas, nacionales e internacionales, para que actúen como pares evaluadores de los artículos.