Volumen 22
Número 2
Julio-diciembre de 2020
e-ISSN 2027-7970

REVISTA

INVESTIGACIONES

EN SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD



Alcaldía de Bogotá

Contenido

Editorial 3

Artículo de investigación original

Percepción de la pertinencia normativa para el ejercicio de la participación social en Bogotá D.C. 4

Artículo de experiencia

Intervención de foco de brote de rabia animal en el municipio de Anapoima, Cundinamarca, Colombia, 2019 16

Policy Brief

Cuidado de la salud visual, ¡reconozca la importancia de la visión! 29

Investigaciones en Seguridad Social y Salud
Investig.seg.soc.salud
Volumen 22 (2)
Julio-diciembre de 2020
e- ISSN 2027-7970

Claudia Nayibe López Hernández
Alcaldesa Mayor de Bogotá

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud de Bogotá

Juan Carlos Bolívar López
Subsecretario de Planeación Sectorial

Cristina de los Ángeles Losada
Directora de Planeación Sectorial

Solángel García-Ruiz TO. MSc
Editora

María Nancy Becerra-Beltrán. FIL. MSc
Rosa Nubia Malambo Martínez. OD MSc
Luisa Fernanda Beltrán Enciso. COM.
Jenniffer Sirley Palacio Mateus. Tnlgo.
Coordinación Editorial

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

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

Editores Asociados
Patricia Muñoz Borja. Docente facultad comunicación y publicidad.
Universidad del Valle.
José Jewel Navarrete Rodríguez. MV. MSc en Salud Pública.
Especialista en Gerencia de Empresas Agropecuaria y en Epidemiologia.
(Secretaría Distrital de Salud de Bogotá)
Andrea Camila Márquez Nossa MV. Msc en curso en Ciencias Biológicas.
(Secretaría Distrital de Salud)
Juan Carlos Alvarado Solano Admr. Especialista en Finanzas Públicas
(Secretaría Distrital de Salud)

Corrección de estilo y diagramación: Biteca S.A.S.
Diseño de cubierta: Biteca S.A.S.
Foto: imagen tomada del banco de imágenes Freepick.

Web máster: Jairo Quiroga Monroy
Sitio web: https://revistas.saludcapital.gov.co/index.php/invsegsocial

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

https://doi.org/10.56085/20277970.314

Editorial

Continuamos con la publicación de nuestra *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud* con el volumen n.° 22, segundo número, para abordar asuntos de diferentes actores del sector que han analizado, estudiado y/o investigado temáticas en pro de la vida y la salud de las personas, a quienes agradecemos por sus aportes para este espacio de socialización de conocimientos. Las temáticas que encontraremos han sido abordadas desde diferentes escenarios, lo que seguramente nos servirá de consulta para continuar con el diálogo en la generación de conocimiento en salud.

Iniciamos con un espacio que aborda la *Percepción de la pertinencia normativa para el ejercicio de la participación social en Bogotá D.C.,* el cual nos habla sobre el derecho a la participación en salud que apareció jurídicamente en Colombia en la Ley 100 de 1993, que a la fecha ha ido evolucionando hasta llegar a la formulación de la *Política de Participación Social en Salud* (PPSS) en el año 2017.

Esta legislación ha sido un facilitador para una participación efectiva, donde los ciudadanos tienen un papel protagónico, pues ya no se les puede considerar como invitados de piedra; pasan a ser, entonces, participantes de las decisiones que favorecerán a los colectivos que representan. Poco a poco se va teniendo un acercamiento a la razón de ser que conlleva la filosofía de la participación, un ejercicio muy interesante.

Por otra parte, encontramos un artículo elaborado a partir de la práctica cotidiana de los profesionales de la salud en un municipio cundinamarqués, denominado *Intervención de foco de brote de rabia animal en el municipio de Anapoima, Cundinamarca, Colombia, 2019;* este texto nos cuenta cómo realizan la vacunación animal y cómo hacen los controles a los factores de riesgo en estas poblaciones, que también son objeto de derechos y que deben ser atendidos por el alto riesgo de transmisión a los humanos.

Cerramos con un espacio de análisis sobre el *Cuidado de la salud visual, ¡ojo, reconoce la importancia de tu visión!,* un texto que nos invita a dar especial atención al cuidado del sentido de la vista, más aún con lo experimentado a nivel global en estos dos años de pandemia, en donde se formalizó el teletrabajo; además, las actividades cotidianas tienen una significativa actividad virtual que exige poner en práctica diferentes rutinas para combatir los daños oculares que ya se pueden estar presentando en diferentes ciudadanos.

Los invitamos a disfrutar de los contenidos, sean todos ustedes bienvenidos.

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

Artículo de investigación original

https://doi.org/10.56085/isss.566

Percepción de la pertinencia normativa para el ejercicio de la participación social en Bogotá D.C.

Perception of regulatory pertinence for the exercise of social participation in Bogotá D.C.

Percepção da relevância normativa para o exercício da participação social em Bogotá D.C.

Francy Yanira Pineda-Granados[1]
María Helena Patiño-Farieta[2]

Resumen

El derecho a la participación social en el Sistema de Salud colombiano ha sido soportado por un marco jurídico que ha evolucionado desde la Ley 100 de 1993 hasta la reciente formulación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS) en el año 2017. Teniendo en cuenta que un marco legislativo es considerado como un factor facilitador para una participación efectiva, el objetivo de esta investigación fue establecer la percepción de la pertinencia, vacíos normativos y propuestas de ajustes sobre la normatividad vigente. Se realizó un estudio cualitativo en la ciudad de Bogotá D.C, en donde se incluyeron 38 usuarios pertenecientes a 13 instancias de participación, 30 funcionarios de entidades del Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Salud, EPS e IPS. Los resultados encontrados en esta investigación contribuyeron a proponer elementos para un modelo de una participación social más efectiva.

Palabras clave: sistema de salud, participación social, legislación, investigación cualitativa, organizaciones en salud, Colombia.

1. MSc. Infecciones y Salud en el Trópico. Bacterióloga. Especialista en epidemiología. Coinvestigadora Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). Proyecto "Modelo conceptual, teórico y práctico sobre la participación social y protección al usuario en salud del SGSSS", Bogotá (Colombia).
2. Especialista en derecho administrativo. Abogada. Analista Jurídica. Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). Proyecto "Modelo conceptual, teórico y práctico sobre la participación social y protección al usuario en salud del SGSSS".

* Artículo de investigación producto del programa "Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado para la Inspección Vigilancia y Control del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación del Servicio en SGSSS colombiano", del cual hizo parte el proyecto de investigación "Modelo conceptual, teórico y práctico sobre la participación social y protección al usuario en salud del SGSSS". Para su ejecución participaron en un esfuerzo conjunto el Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, la Fundación para la Educación y el Desarrollo Social (FES), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), y la Fundación Horizontes Profesionales. Financiado por el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación-Colciencias y la Unión Temporal PUJ-FES. Contrato 522 de 2012. Con fecha de inicio del 04 de octubre de 2013 y fecha de finalización del 28 de febrero de 2018.

Abstract

The right to social participation in the Colombian Health Care System has been supported by a legal framework that has evolved from Law 100 of 1993 until the recent formulation of the Social Health Care Participation Policy (PPSS for its Spanish original) in 2017. Considering that a legal framework is considered to be a facilitating factor for effective participation, the objective of this investigation was to establish the perception of pertinence, regulatory gaps, and proposals for adjustments to current regulations. A qualitative study was carried out in Bogotá D.C., including 38 users from 13 participatory bodies, 30 officials from entities of the Ministry of Health and Social Protection, the District Secretary of Health, Health Care Services Provider Companies (EPS for its Spanish original), and Health Care Services Provider Institutes (IPS for its Spanish original). The results found in this investigation contributed to proposing elements for a more effective social participation model.

Keywords: Health care system, social participation, legislation, qualitative investigation, health care organizations, Colombia.

Resumo

O direito à participação social no Sistema de Saúde colombiano foi apoiado por um marco legal que evoluiu da Lei 100 de 1993 para a recente formulação da Política de Participação Social em Saúde (PPSS) em 2017. Tendo em conta que um marco legislativo é considerado um fator facilitador para a participação efetiva, o objetivo desta pesquisa foi estabelecer a percepção de relevância, lacunas regulatórias e propostas de ajustes à regulamentação vigente. Foi realizado um estudo qualitativo na cidade de Bogotá D.C, que incluiu 38 usuários pertencentes a 13 instâncias de participação, 30 funcionários de entidades do Ministério da Saúde e Proteção Social, Secretaria Distrital de Saúde, EPS e IPS. Os resultados encontrados nesta pesquisa contribuíram para propor elementos para um modelo de participação social mais eficaz.

Palavras chave: sistema de saúde, participação social, legislação, pesquisa qualitativa, organizações de saúde, Colômbia.

Introducción

En los últimos 25 años Colombia ha avanzado en la reglamentación de normas que tienen como fin respaldar la participación de los usuarios en el sistema de salud. Contar con un marco jurídico ha sido señalado por diversas investigaciones como un requisito o factor facilitador para alcanzar una participación efectiva. Sin embargo, el exceso de reglamentación o un marco rígido o exigente también ha sido considerado como una limitante para ejercerla (1,2).

A pesar de una amplia promoción de la participación en salud como política pública, son escasos los estudios que evalúan las diferentes problemáticas y barreras para la implementación de la normatividad dispuesta sobre la participación en salud en Colombia. Por lo anterior, se planteó el objetivo de establecer la percepción de la pertinencia, vacíos normativos y propuestas de ajustes sobre la normatividad vigente en materia de participación por parte de los diferentes agentes del SGSSS (3).

Descripción del contexto normativo en la participación social en Colombia

A partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, y de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante la Ley 100 de 1993, se generó una amplia legislación en participación social en salud. El artículo 2 de esta Ley dispuso como principio la participación en la prestación del servicio público esencial de la seguridad social. Esta, entendida como la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto (4). El Legislador incorporó la participación como un principio rector del servicio de la salud, bajo el entendido que el sistema facilitaría la participación de los usuarios o afiliados al régimen contributivo o subsidiado (4).

El Decreto 1757 de 1994, hoy día incorporado al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud y Protección Social, permitió organizar y establecer las modalidades de participación social en la prestación de servicios de salud. El citado decreto avanzó en la definición de la participación social como el proceso de interacción para intervenir en las decisiones de salud que responden a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de los procesos. Así mismo, la participación en las Instituciones del SGSSS fue entendida como la interacción de los usuarios con los servidores públicos y privados para la evaluación y mejoramiento en la prestación del servicio público de salud. Se establecieron las formas de participación social en salud: 1) la participación social que comprende: a) la participación ciudadana, b) la participación comunitaria; y 2) la participación en las instituciones del Sistema General de seguridad Social en Salud (5).

Para ejercer este derecho, en el sector salud se establecieron diversas instancias de participación, entre estos, los Comités de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS), pensados como un espacio de concertación entre los diferentes actores sociales y el Estado para la planeación local en salud y en las instituciones del SGSSS; las alianzas o asociaciones de usuarios y los comités de ética hospitalaria, a quienes les corresponde velar por la calidad en la prestación de los servicios, atender las quejas de los usuarios y proponer las medidas que mejoren la oportunidad y la calidad de los servicios de salud (5).

En los años 2007, 2011 y 2015 se introdujeron reformas a la Ley 100 de 1993 que ofrecieron a la participación social nuevos escenarios. La Ley 1122 de 2007 incorporó como uno de los ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, de la Superintendencia Nacional de Salud, la atención al usuario y la participación social, así como la figura del defensor del usuario (6). Más adelante, la Ley 1438 de 2011, en su artículo 12, impulsó la estrategia de adopción de la atención primaria en Salud (APS), en donde se incluyó como componente esencial a la participación social, comunitaria y ciudadana (7). Y la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, en su artículo 12 definió la participación en las decisiones del sistema como una garantía y mecanismo de protección al derecho fundamental de la salud, la deliberación y veeduría en políticas y planes, la participación en decisiones en la inclusión y exclusión de servicios y tecnologías, la definición de prioridades en salud y la evaluación de los resultados de las políticas de salud (8).

En el 2015 se avanzó de manera importante al expedirse la Ley Estatutaria de participación 1757, la cual estableció las disposiciones en materia de promoción y protección al derecho a participar en la vida política, administrativa, económica, social y cultural (9).

Más adelante, en el 2016, por medio de la Resolución 429 se adoptó la Política de Atención Integran en Salud (PAIS). En esta se señaló que el modelo integral de atención demanda procesos de retroalimentación de manera dinámica y constante para la mejora de su desempeño. De esta forma, se determinó la necesidad de implemen-

tar planes que incorporen cambios en los procesos relacionados con la participación social y mecanismos e incentivos de financiamiento (10).

Como respuesta a la normatividad citada y a las reformas en el sistema, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de la Resolución 2063 de 2017, adoptó la Política de Participación Social en Salud (PPSS), procurando responder a las problemáticas y debilidades que afectan la participación social en salud, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente y a la realización del derecho fundamental de la participación (11).

Con respeto al contexto normativo de la participación social en la ciudad de Bogotá, el Acuerdo 641 de 2016, por el cual se efectúo la reorganización del Sector Salud de Bogotá D.C, modificó el Acuerdo 257 de 2006 y conformó las Juntas Asesoras Comunitarias como instancia que busca fortalecer la forma de participación en las instituciones del Sistema General de Seguridad Social, conformándose una Junta Asesora Comunitaria por cada unidad de prestación de servicio de salud, regida por un director científico (12).

Materiales y métodos

Se realizó, en la ciudad de Bogotá D.C, un estudio cualitativo utilizando como método de investigación la teoría fundamentada (13-15), a fin de determinar la percepción con respecto a la implementación de la normatividad dispuesta en la participación social. La población participante estuvo conformada por la ciudadanía en ejercicio de su derecho a la participación organizada en diversas instancias como asociaciones de usuarios, asociaciones de pacientes, veedurías ciudadanas, COPACOS, etc., así como los agentes del SGSSS con responsabilidades frente a la participación, como el Ministerio de Salud y Protección Social, las Secretarías de Salud, las EPS e IPS.

Las instituciones y los participantes fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: a) instituciones que hacen parte del SGSSS (del nivel nacional y distrital, EPS e IPS, públicas y privadas) con competencias específicas asignadas en cuanto a la promoción de la participación social y protección al usuario, los funcionarios participantes de estas instituciones deberían tener mínimo un año de experiencia en el área de participación ciudadana o protección al usuario; b) los ciudadanos participantes debían aceptar participar de manera voluntaria en el estudio, ser representantes de los usuarios de los servicios de salud de alguna de las diversas formas de participación establecidas en la normatividad y contar como mínimo con un año de experiencia.

El estudio seleccionó cuidadosamente las instituciones y los informantes con las características descritas en los criterios de inclusión (16). Los diferentes agentes del SGSSS que participaron en el estudio expresaron posiciones divergentes o convergentes. Se consideró la heterogeneidad o diversidad discursiva de los participantes.

Se incluyeron un total de 38 integrantes de la comunidad pertenecientes a 13 instancias de participación: cuatro asociaciones de usuarios de ESES e IPS privadas; cinco asociaciones de usuarios de EPS-C y EPS-S; dos asociaciones de pacientes; un observatorio de control social y una mesa de control y corresponsabilidad social. Así mismo, participaron 30 funcionarios de las entidades del SGSSS; a nivel nacional se incluyó a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social; a nivel Distrital, a la Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; y a nivel institucional, a las Oficinas de Participación y Servicio a la Ciudadanía de cuatro ESE-IPS y a las Oficinas de Participación y Servicio a la ciudadanía de cinco EPS-C y EPS-S.

Las categorías preestablecidas se derivaron del marco conceptual, las preguntas de investigación y de los objetivos del estudio; estas categorías fueron la pertinencia de la normatividad dispuesta en materia de participación, los vacíos normativos para el ejercicio constitucional de la participación y las propuestas de ajustes normativos para el ejercicio efectivo del derecho a la participación social. Los instrumentos para la recolección de la información se diseñaron a partir de estas categorías.

La información se recolectó mediante 33 entrevistas semiestructuradas y nueve grupos focales que fueron grabados en audio. Las sesiones comenzaron con la lectura del consentimiento informado a los participantes, en el que se dio a conocer el propósito de la investigación, los posibles riesgos y beneficios, la participación voluntaria, las garantías de la confidencialidad, los procedimientos de recolección de datos, entre otros aspectos. Los instrumentos o guías de las entrevistas fueron validados y ajustados a lo largo de la recolección de datos.

Los datos recolectados a partir del trabajo de campo fueron trascritos textualmente en formato Word y, posteriormente, almacenados en una base de datos de documentos primarios para ser codificados. El proceso

analítico para codificar consistió en identificar los elementos comunes entre los datos, crear un subconjunto de datos de tal modo que los elementos de uno no pertenecieran a otros, designando lo más fielmente posible su pertenencia al código (17,18). El análisis de los datos cualitativos estuvo apoyado con la herramienta informática para análisis de datos ATLAS.Ti versión 7, que facilitó el análisis de los datos textuales.

Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo con las categorías definidas inicialmente:

- Pertinencia de la normatividad dispuesta en materia de participación.
- Vacíos normativos para el ejercicio constitucional de la participación.
- Propuesta de ajustes normativos para el ejercicio efectivo del derecho a la participación social.

Pertinencia de la normatividad dispuesta en materia de participación (Tabla 1)

Tabla 1. Códigos identificados sobre la pertinencia de la normatividad dispuesta en materia de participación social desde la percepción de los usuarios y agentes del SGSSS.

Usuarios y Agentes del SGSSS.	Pertinencia normativa.
Nivel Nacional Ministerio de Salud y Protección Social.	- Suficiente normatividad.
Nivel Distrital: Secretaría Distrital de Salud -Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía.	- Suficiente normatividad. - Incumplimiento normativo. - Desarticulación y atomización.
Nivel Institucional- Entidades Promotoras de Salud-EPS.	- Incumplimiento normativo. - Desarticulación y atomización. - Falta de claridad en las responsabilidades. - Inequidad en las responsabilidades de las EPS-IPS. - Restricciones para la continuidad de la participación.
Nivel Institucional- Empresas Sociales del Estado e IPS privadas.	- Incumplimiento normativo. - Desarticulación y atomización. - Restricciones para la continuidad de la participación.
Instancias de participación (Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías, COPACOS, Observatorios y mesas de Control y Corresponsabilidad Social).	- Incumplimiento normativo. - Falta de claridad en las responsabilidades. - Inequidad en las responsabilidades de las EPS-IPS. - Desarticulación y atomización. - Restricciones para la continuidad de la participación.

Fuente: elaboración de los autores a partir del análisis de datos recolectados.

Suficiente normatividad en participación

Los participantes del nivel Nacional y Distrital expresaron que existe suficiente legislación en materia de participación, siendo una prioridad su cumplimiento. Resaltaron la necesidad de hacer efectiva la implementación de la Ley Estatutaria de Participación 1757 de 2015, que ofrece herramientas y elementos para el fortalecimiento institucional, los procesos de formación, el derecho al acceso a la información, la implementación de las tecnologías de la información y disponibilidad de recursos. "*Es aplicar lo que hay, pero para mí concepto ¿para qué más?, hay tantas normas y normas, en todo, que yo pienso que es aplicar lo que hay y con eso seguramente se pueden lograr muchas cosas*" (19).

Incumplimiento normativo

Los integrantes de las EPS, IPS e instancias de participación expresaron que se presenta falta de cumplimiento a la normatividad expedida en el tema de participación. Identificaron como las principales razones la ausencia de actuación por parte de los entes de control, la interpretación de la normatividad según los intereses de los agentes y el desconocimiento de los beneficios de la partición. "*Incumplimiento de ley, porque lo ven como una carga, no como una oportunidad*" (20). "*Lo que pasa es que este Estado tiene muchos elementos con relación a la participación y no se utilizan*" (21). "*No se cumple casi nada, eso, como digo yo, eso prácticamente son decretos que en el papel son muy bonitos, pero ante el gobierno no sirve de nada*" (22).

Desarticulación y atomización de la participación promovida por la normatividad

Tanto el nivel Distrital, EPS, IPS y usuarios identificaron una importante falta de articulación de las múltiples instancias de participación dispuestos en la normatividad. Desde su visión, la desarticulación y atomización originan consecuencias, por ejemplo, una menor capacidad de incidencia de la participación, reducción de la representación de los usuarios, dificultades para la priorización de problemáticas, incumplimiento de las responsabilidades asumidas por los usuarios y dificultad para que la EPS e IPS logren generar y fomentar espacios de participación en todas las regiones del país. Referenciaron que contar con un menor número de mecanismos de participación que representen a los usuarios, brindaría mayor efectividad, así como la necesidad de agremiación o articulación con el propósito

de lograr una mayor incidencia y la generación de un modelo territorial para agrupar a estas organizaciones. *"Entonces, puedo yo tener aquí en Bogotá doscientas organizaciones sociales y en el resto cincuenta, pero en ningún momento las de Bogotá se encuentran para tomar una decisión y decir 'bueno, nosotros como ciudadanos rechazamos lo que está pasando'... si no permito esa interlocución o esa generación de redes, pues no vamos a tener un impacto... el tema no es llenarnos de asociaciones de usuarios, el tema es tener una pero que sea eficiente y eficaz, que se articule con las EPS y la IPS" (23)*.

Falta de claridad en la definición de competencias y responsabilidades de los diferentes agentes del sistema

Tanto el nivel Institucional EPS, IPS y los integrantes de las instancias de participación identificaron que existe falta de claridad en las competencias de los diferentes agentes del sistema en la normatividad expedida en participación. También identificaron duplicidad de funciones en diversos mecanismos de participación, se presentan contradicciones que generan interpretaciones según favorezcan los intereses de cada agente. Los entrevistados afirmaron que la falta de claridad normativa frente a las responsabilidades de cada agente origina frecuentemente conflictos entre los mismos. *"Cada quien la interpreta a su manera y dependiendo de su posición, pero que realmente no es precisa frente a los alcances que tenemos los participantes que hacemos parte de ella"* (24). *"La causa es que ellos [los usuarios] quieren hacer valer la norma a su acomodo" (25). "Yo lo que he notado es que todas las EPS, no solo en esta, todas las EPS tratan de burlar la ley como sea y ellos hacen una interpretación amañada y diferente"* (26).

Inequidad en las competencias y responsabilidades de las EPS-IPS, según sean públicas o privadas

Los integrantes de las EPS y de las instancias de participación percibieron una falta de equidad en las competencias y responsabilidades que tienen que asumir las entidades, ya sean públicas o privadas. Por ejemplo, ni las EPS-C ni las IPS privadas tienen la responsabilidad de contar con un representante de los usuarios ante su junta directiva; esta es una obligación exclusiva de las ESE y de las EPS-S, lo que es percibido por los usuarios como una limitante en su ejercicio participativo. *"Que sea aplicable para todos, contributivo y subsidiado, inclusive para todas las Asociaciones de Usuarios de todos... que fuera una sola política pública de participación"* (27). *"La representación de los usuarios en las juntas directivas nacionales debería estar habilitada por el Estado mismo y no por las mimas EPS, porque las EPS amañan esa elección a su criterio"* (28).

Restricciones para la continuidad de la participación

Tanto los integrantes de las EPS, IPS e instancias de participación percibieron una restricción que limita la continuidad en la participación. En ocasiones, los tiempos de permanencia riñen con los procesos a largo plazo de la participación y capacitación. *"El tema de la norma dice que por ejemplo en los ejercicios de presidencia o representante a la junta directiva, entonces decía 'ya son dos años, no lo puede volver a postular', entonces muchas veces esa persona que ya estaba capacitada, que tenía elementos se perdía, entonces cómo volver a tener a esa persona con esos elementos para que sean multiplicadores de los otros ejercicios, a veces llegan a esos cargos sin tener conocimiento, sin cumplir el perfil" (29)*.

Vacíos normativos para el ejercicio constitucional de la participación

Ausencia de metodologías e instrumentos para hacer práctico el ejercicio de la participación

Todos los agentes participantes, coincidieron en que la normatividad no aporta herramientas, instrumentos o metodologías que permitan poner en práctica los mecanismos de participación; así mismo, indicaron como prioridad la reglamentación de la Ley Estatutaria de Participación y la Política de Participación que permita el desarrollo de las metodologías. *"Lo otro ahora es mirar la forma de reglamentar la forma de traer a la práctica todas esas normas y todo ese conjunto normativo que hacen que de pronto en unas ocasiones y oportunidades se vea confusión entre lo que establece una norma de carácter ordinario, una norma de carácter estatutario, frente a efectivamente el desarrollo en la metodología como tal"* (30). *"La Ley escrita es muy linda, pero no nos permiten, no nos dan las herramientas para poderla desarrollar y nuestra comunidad no está organizada para poder desarrollar una ley, y lógicamente es que es muy difusa, dice muchas cosas y no concreta el pensamiento de pronto del legislador y así difícilmente se hará entender"* (31).

Tabla 2.Códigos identificados sobre los vacíos normativos en materia de participación social desde la percepción de los usuarios y agentes del SGSSS.

Usuarios y Agentes del SGSSS.	Vacíos normativos.
Nivel Nacional Ministerio de Salud y Protección Social.	- Ausencia de metodologías e instrumentos para hacer práctico el ejercicio de la participación.
Nivel Distrital: Secretaría Distrital de Salud -Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía.	- Falta de reconocimiento de las organizaciones espontáneas y autónomas. - Insuficiente promoción para la incidencia de la participación.
Nivel Institucional-Entidades Promotoras de Salud-EPS.	- Carencia en la definición de responsabilidades frente al financiamiento de la participación. - Ausencia de metodologías e instrumentos para hacer práctico el ejercicio de la participación. - Falta de claridad en el alcance de la participación.
Nivel Institucional- Empresas Sociales del Estado e IPS privadas.	- Ausencia de metodologías e instrumentos para hacer práctico el ejercicio de la participación. - Falta de reconocimiento de las organizaciones autónomas. - Ausencia de mecanismos para fomentar la participación en niños y adolescentes.
Instalación de participación (Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías, COPACOS, Observatorios y mesas de Control y Corresponsabilidad Social).	- Ausencia de metodologías e instrumentos para hacer práctico el ejercicio de la participación. - Carencia en la definición de responsabilidades frente al financiamiento de la participación. - Falta de reconocimiento o incentivos a la participación. - Insuficiente promoción para la incidencia de la participación. - Falta de claridad en el alcance de la participación.

Fuente: elaboración de los autores a partir del análisis de datos recolectados.

Falta de reconocimiento de las organizaciones espontáneas y autónomas

El nivel Distrital y las ESE señalaron que la legislación desconoce a otras organizaciones autónomas que puedan surgir espontáneamente desde los territorios. En este sentido, es percibido como una limitante el hecho de "tener" que pertenecer a una organización, asociación o mecanismo estipulado por Ley para poder ejercer este derecho. *"La debilidad es, pero es que eso no está desde hoy sino desde el 91, es el hecho de que tenga que adjudicarse a una legitimidad, a un reconocimiento institucional la organización y no necesariamente para participar tiene uno que estar en una organización o legitimado para poder participar"* (32).

Insuficiente promoción para la incidencia de la participación

El nivel Distrital y los integrantes de las instancias de participación señalaron vacíos normativos con respecto a la incidencia de la participación. Es decir, los resultados de los procesos de participación en general no son tenidos en cuenta por parte de los entes de control, de las Direcciones de Salud y de las Instituciones EPS-IPS. Se requiere respaldo normativo para que se tomen decisiones a partir de los hallazgos de quienes participan; en la actualidad esto depende de la buena voluntad y criterios de las instituciones. *"Que tenga importancia, que tenga relevancia y también parte de los análisis y evaluaciones que hagamos desde los sectores de decir 'bueno', es importante... pero eso requiere también un respaldo" (33)*.

Carencia en la definición de responsabilidades frente al financiamiento de la participación

Ante la responsabilidad que tienen las EPS de promover la participación ciudadana estas refirieron que no existe claridad en el porcentaje de la UPC destinado a este objetivo, señalando que los recursos que se invierten en participación son voluntarios y dependen de la gerencia. Perciben la falta de recursos como una importante barrera que impide el desarrollo de la participación. Por su parte, los integrantes de las instancias de participación expresaron que no cuentan con un respaldo que avale los recursos financieros, físicos y logísticos necesarios para desarrollar las diferentes actividades, expresaron mantener expectativas frente a lo dispuesto en la Ley Estatutaria de participación y Política de Participación que establece una serie de estrategias para garantizar la financiación. *"O sea, dentro de la UPC la norma no es clara en cómo, o sea, siempre dice 'promocione la participación ciudadana' pero no hay recursos para promocionar... muchas veces esa es una limitación que la norma no es clara en esa parte" (34)*.

"Me preocupa que no hay financiación para el ejercicio del control social, vuelve y se repite, es que no es ninguna modificación, es tomar la ley 100 nuevamente y decir que 'todos los actores del sistema estarán velando por que la promoción, la no sé qué cosa, tal, tal, tal de la participación social...', letra muerta, está en la Ley, es constitucional pero con qué elementos, con qué recursos y todo gira en torno a los recursos" (35).

Falta de claridad en el alcance de la participación

Especialmente los integrantes de las EPS y de las instancias de participación reconocieron que en ocasiones se trascienden los límites del ejercicio de la participación. Por ejemplo, no existe claridad con respecto a los espacios que pueden acceder dentro de los servicios de salud, en ocasiones se interfiere con el ejercicio profesional del personal de salud, se exige acceso prioritario a citas y medicamentos, perjudicando la misión de la participación y originando el rechazo por parte de las instituciones. Por lo anterior, expresaron como necesario definir los alcances de los procesos participativos, así como consecuencias para quienes utilicen la participación como un negocio propio con beneficio económico. *"Porque es que hay muchos que con la excusa de la veeduría llegan a incomodar a los médicos... a tratar mal a los médicos y a decir y hacer cosas que no deben hacer, que porque tiene un carné uno entonces tiene que atenderlo de primeras y no, eso no es así, eso no es prudente"* (36). *"Entonces me llamaban de Cali o de Ibagué y me decían '¿Cómo es que no nos dejan entrar a una UCI?', no, es que uno no debe entrar ¿yo a qué voy a entrar a una UCI?, entones la gente no es consciente que es una Unidad de Cuidados Intensivos que debe tener un nivel de asepsia especial" (37).*

Falta de reconocimiento o incentivos a la participación

Únicamente los integrantes de las instancias de participación identificaron la ausencia de incentivos para la participación. *"Para mí que estas personas como líderes que trabajan... sean como más reconocidas... Sí, que tengan como un reconocimiento más visible, que no son las que como hormiguitas trabajen y trabajen, ¿pero dónde se ven?, ¿en qué página salen?"* (38).

Ausencia de mecanismos para fomentar la participación en niños y adolescentes

Las IPS expresaron la ausencia de reglamentación para incluir la participación de los niños y adolescentes generando estrategias alternativas en la participación. *"La participación infantil es un derecho, entonces consideramos que esté dentro de las instancias de participación, o sea reglamentado para que nuestros gerentes y nuestros gobernantes pues puedan ver todo el potencial que tienen los niños y adolescentes, y todo lo que nos pueden aportar para mejorar en los diferentes espacios no solo en salud"* (39).

Propuestas de ajustes normativos para el ejercicio efectivo del derecho a la participación social (Tabla 3)

Tabla 3. Códigos identificados sobre las propuestas de ajuste a la normatividad desde la percepción de los usuarios y agentes del SGSSS.

Usuarios y Agentes del SGSSS.	Propuestas de ajuste a la normatividad.
Nivel Nacional Ministerio de Salud y Protección Social.	- Generar instrumentos y metodologías para implementar la participación. - Actualizar el Decreto 1757 de 1994.
Nivel Distrital: Secretaría Distrital de Salud -Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía.	- Generar investigaciones y sanciones ante el incumplimiento de la normatividad en participación. - Ajustar la normatividad frente a la desarticulación y atomización de la participación - Reconocer a las organizaciones espontáneas y autónomas. - Ajustar la normatividad para la promoción de la incidencia de la participación. - Actualizar el Decreto 1757 de 1994.
Nivel Institucional-Entidades Promotoras de Salud-EPS.	- Generar investigaciones y sanciones ante el incumplimiento de la normatividad en participación. - Ajustar la normatividad frente a la desarticulación y atomización de la participación. - Clarificar las competencias y responsabilidades de los diferentes agentes del sistema. - Definir las responsabilidades de los diferentes agentes frente al financiamiento de la participación. - Generar instrumentos y metodologías para implementar la participación - Actualizar el Decreto 1757 de 1994.
Nivel Institucional- Empresas Sociales del Estado e IPS privadas.	- Generar investigaciones y sanciones ante el incumplimiento de la normatividad en participación. - Ajustar la normatividad frente a la desarticulación y atomización de la participación. - Ajustar la normatividad para limitar las restricciones para la continuidad de la participación. - Clarificar las competencias y responsabilidades de los diferentes agentes del sistema. - Reconocer a las organizaciones autónomas. - Incluir mecanismos para fomentar la participación en niños y adolescentes. - Actualizar el Decreto 1757 de 1994.
Instancias de participación (Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes, Veedurías, COPACOS, Observatorios y mesas de Control y Corresponsabilidad Social)	- Generar investigaciones y sanciones ante el incumplimiento de la normatividad en participación. - Definir las responsabilidades de los diferentes agentes frente al financiamiento de la participación. - Generar instrumentos y metodologías para implementar la participación. - Brindar reconocimientos e incentivos a la participación. - Ajustar la normatividad para la promoción de la incidencia de la participación.

Fuente: elaboración de los autores a partir del análisis de datos recolectados.

Las propuestas de ajuste normativo incluyeron: propiciar la articulación de los mecanismos de participación y el reconocimiento de las organizaciones autónomas; propiciar la incidencia y la toma de decisiones basadas en la participación; definir las responsabilidades frente al financiamiento; equiparar las responsabilidades frente a la participación que deben ejercer las EPS-IPS, sean públicas o privadas; establecer los instrumentos, metodologías y herramientas para implementar la participación; establecer los alcances de la participación; crear estrategias para brindar reconocimiento o incentivos a la participación. Los agentes incluidos en el estudio coincidieron en la necesidad de actualizar el Decreto 1757 de 1994, aclarando las obligaciones específicas de cada uno de los agentes del SGSSS, eliminando contradicciones e interpretaciones.

Discusión

En Colombia se ha desarrollado un conjunto importante de normas que respaldan la participación de los usuarios del Sistema de Salud, se percibe por parte de los agentes del SGSSS una discordancia entre la normatividad dispuesta y su implementación para alcanzar una participación real y efectiva. Similares resultados fueron encontrados en el año 2006 y 2009 por Delgado y Mosquera, quienes mencionaron una discordancia entre los avances en el plano legal y la práctica real de participación (40,41).

De manera similar, los resultados de esta investigación coincidieron con los encontrados por una sistematización de información, producto de la construcción de la política pública de participación en el Distrito Capital en el año 2010 que permitió identificar dificultades en los procesos de participación social en salud derivadas del conjunto de normas. Entre esas se destacaron: la proliferación de las instancias de participación ciudadana y el desconocimiento de su operatividad; la multiplicidad y fragmentación de la participación; concentración del poder en algunos líderes comunitarios; limitada capacidad de incidencia en los procesos participativos; restricciones al derecho de la libre asociación y diferente interpretación de la normatividad para garantizar intereses de índole personal por parte de algunos servidores públicos y líderes comunitarios (42). En este mismo sentido, también se señaló el incumplimiento a la normatividad existente y la ausencia de metodologías e instrumentos para la implementación de la participación mencionados reiterativamente por los agentes incluidos en este estudio, lo que concuerda con lo señalado por Salamanca en el 2014, quien observó una ineficacia en cuanto a la estructuración normativa de la participación social en el Sistema de Salud, colocando en tela de juicio su real aplicabilidad (43).
Los resultados encontrados en esta investigación contribuyen a la identificación de algunos elementos para propiciar un modelo para una participación social más efectiva.

Cumplimiento de las disposiciones normativas: generar observancia al artículo 5 de la Ley Estatutaria en Salud, con respecto a la obligación Estatal de ejercer una adecuada IVC en el tema de participación. Le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social mediante el Grupo para la Gestión y el Fomento de la Participación Social en Salud, realizar el seguimiento, monitoreo y evaluación de la PPSS y a la Supersalud la IVC de la Política.

Claridad en las competencias y funciones: la falta de claridad en las responsabilidades dificulta la observancia de las normas y faculta, a cada uno, para acatarlas según su conveniencia. Se plantea la necesidad de definir taxativamente las competencias y funciones de los agentes del sistema en participación social en un solo cuerpo normativo, de forma equilibrada y en la que se tenga en cuenta el papel de cada agente, de manera que cada uno ejecute y responda por su actuar u omisión. Para todo, esto habría que tener en cuenta que el Decreto 1757 de 1994 no fue actualizado y, aun así, fue incorporado al Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 del Sector Salud y Protección Social.

Reglamentación oportuna de la normatividad expedida: se propone el establecimiento de una reglamentación oportuna de la normatividad expedida. Si bien esto es un proceso gradual, no se puede dilatar en el tiempo, pues las normas al ser expedidas, en su gran mayoría, responden a necesidades existentes, por lo cual no tendría sentido expedir postulados sin proceder a su correcta regulación. En lo referente a la gradualidad para la implementación de la PPSS, se hace prioritaria su reglamentación.

Proceso permanente de revisión y adecuación de las normas de participación: es importante garantizar un proceso permanente de revisión y adecuación de las normas de participación de cara a los cambios estructurales, sociales y culturales que se presentan en el SGSSS. Esto con el objetivo de evitar una disposición

normativa inoperante a la realidad, de forma que este proceso permita una evaluación constante de los mecanismos participativos.

Generación de instrumentos, herramientas y metodologías: es fundamental para garantizar una adecuada implementación de la participación que se brinden estos elementos a las instituciones y a los usuarios que ejercen su derecho. En este aspecto, la PPSS mencionó que se requiere el desarrollo gradual de instrumentos que permitan una implementación progresiva en los diferentes ámbitos territoriales e institucionales, pero dejó sin resolver aún esta barrera identificada de forma reiterativa por los agentes del SGSSS.

Mecanismos normativos para garantizar la incidencia de la participación y toma de decisiones en salud: la incidencia y la toma de decisiones son la garantía de una participación real y efectiva. Se requiere una disposición normativa que obligue la incorporación de consensos participativos en las decisiones finales del nivel institucional. La PPSS únicamente menciona la necesidad en la definición de estos mecanismos sin proponer herramientas concretas para alcanzar una real incidencia de la participación.

Financiamiento de la participación social: se contempla como una de las principales barreras para el apropiado desarrollo del derecho. Se requiere hacer lo necesario para implementar lo establecido en la Ley Estatutaria 1757 de 2015 y la PPSS, con relación al financiamiento de la participación.
La Ley Estatutaria 1757 estableció diversas fuentes: a) fondo para la Participación Ciudadana y el Fortalecimiento de la Democracia; b) recursos de las entidades territoriales que desarrollen programas relacionados con el ejercicio de la participación ciudadana; c) recursos de la cooperación internacional que tengan destinación específica para el desarrollo de programas y proyectos que impulsen la intervención de la ciudadanía en la gestión pública; d) recursos del sector privado, de las Fundaciones, de las organizaciones no gubernamentales y de otras entidades, orientados a la promoción de la participación ciudadana; e) recursos de las entidades públicas del orden nacional que tengan, dentro de sus programas y planes, la función de incentivar y fortalecer la participación ciudadana. De igual forma, la Ley estableció que los Organismos de Control y las Superintendencias tendrán que incluir en su plan anual el financiamiento de actividades para fortalecer los mecanismos de control social.
La PPSS propuso para el fortalecimiento institucional la destinación y gestión de los recursos financieros necesarios en los presupuestos en el nivel nacional y territorial. Estos deberían estar orientados a fortalecer las estructuras administrativas y recursos humanos, y al establecimiento de los mecanismos de cofinanciación y la gestión de recursos para la financiación de las iniciativas comunitarias. Frente a estos avances se hace necesaria una mayor claridad respecto a las responsabilidades financieras concretas que deberían asumir cada uno de los agentes del SGSSS.

Incentivos para la participación social: se requiere fomentar los estímulos que permitan la promoción de la participación en el sector. Por ende, se deberán realizar acciones encaminadas al establecimiento de procesos que permitan el fortalecimiento de la cultura participativa mediante el reconocimiento de los actores tanto institucionales, ciudadanos y comunitarios que se destaquen en su labor. Se sugiere tener en cuenta lo preceptuado por la Ley 1757 de 2015, en cuanto a los incentivos para la participación, con el fin de propiciar la inversión del sector privado en programas, políticas y planes para la promoción de la participación ciudadana, atribuida al Consejo Nacional de Participación Ciudadana, y los incentivos simbólicos mencionados.
Con respecto a la normatividad reciente, se espera que la implementación progresiva de la PPSS y, en el marco de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud, se reglamenten los procesos de participación de una manera dinámica y constante para mejorar su desempeño en los resultados.

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

Financiación: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colciencias y Unión Temporal PUJ-FES-OISS-FUNDACIÓN HORIZONTES (Contrato 522 de 2012).

Agradecimientos

Las autoras agradecen al Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación-Colciencias y a la Unión Temporal PUJ-FES-OISS-FUNDACIÓN HORIZONTES (Contrato 522 de 2012) por la financiación de este trabajo, así como a cada uno de los servidores y funcionarios de la SDS, EPS, IPS y líderes sociales integrantes de las diferentes instancias de participación (Asociaciones de Usuarios, Asociaciones de Pacientes,

Veedurías, COPACOS, Observatorios y mesas de Control y Corresponsabilidad Social) de la ciudad de Bogotá D.C., quienes hicieron posible este estudio.

Referencias

1 Delgado M, Vázquez L. Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales. Rev. Salud Pública [Internet]. 2006 Jul;2(8):128-140. https://doi.org/10.1590/S0124-00642006000200001

2 Velásquez F, González E. ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? Bogotá D.C: editado por la Fundación Corona; 2003. P 451.

3 Pineda FY. La Participación Social y la Protección al Usuario: Perspectivas y Realidades en la Implementación de un Modelo de Inspección, Vigilancia y Control. Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana, Fundación FES, Organización Iberoamericana de Seguridad Social OISS, Fundación Horizontes profesionales. Editores. En Modelo Integrado para la Inspección, Vigilancia y Control de Riesgos de Acceso, Uso y Calidad de los Servicios de Salud, en el Ámbito Territorial. Bogotá D.C; 2018. P. 400-435.

4 Colombia. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República;1993.

5 Colombia. Decreto 780 del 06 de mayo de 2016, por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.

6 Colombia. Ley 1122 del 09 de enero de 2007, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República; 2007.

7 Colombia. Ley 1438 del 19 de enero de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República; 2011.

8 Colombia. Ley 1751 del 15 de febrero de 2015, por medio de la cual se reglamenta el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República; 2015.

9 Colombia. Ley 1757 del 15 de junio de 2015, por la cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática. Bogotá: Congreso de la República; 2015.

10 Colombia. Resolución 429 del 17 de febrero de 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.

11 Colombia. Resolución 2063 del 09 de junio de 2017, por la Cual se Adopta la Política de Participación Social en Salud-PPSS. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.

12 Colombia. Acuerdo 641 del 06 de abril de 2016, por el cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. Bogotá: Concejo de Bogotá; 2016.

13 Ulin P, Robinson E, Tolley E. Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Washington DC. Editado por la OPS-OMS-USAID; 2006. 275.

14 Corbin J, Strauss A. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín. Colombia. Editorial Universidad de Antioquia; 2012. 341p.

15. Sousa M. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar; 2013. 334p.

16. Sousa M, Goncalves S, Ramos E. Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de programas sociales. Buenos Aires. Argentina. Editorial Lugar; 2005. 243p.

17. Coffey A, Atkinson P. Los conceptos y la codificación. Editorial Universidad de Antioquia. En Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Medellín. Colombia; 2003. p. 31-63.

18. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Editorial Universidad de Antioquia. Medellin. Colombia; 2003. 447p.

19 Entrevista Contratista de la Dirección de Participación Social-Gestión Territorial Y Control Social. SDS. Documento primario 1. Bogotá. 2018.

20 Grupo focal Oficina de Participación Social. EPS-C. Documento primario 12. Bogotá D.C. 2018.

21 Entrevista Referente de Participación. ESE. Documento primario 34. Bogotá. 2018.

22 Grupo focal Integrantes del COPACO. Documento primario 20. Bogotá. 2018.

23 Entrevista jefe Regional de Servicio al Cliente. EPS-C. Documento primario 23. Bogotá. 2018.

24 Entrevista jefe Regional de Servicio al Cliente. EPS-C. Documento primario 23. Bogotá. 2018.

25 Entrevista funcionaria de la Oficina de Participación Social. EPS-C. Documento primario 7. Bogotá. 2018.

26 Grupo focal Integrantes de la Asociación de Usuarios. EPS-C. Documento primario 22. Bogotá. 2018.

27 Entrevista presidenta de la Asociación de Usuarios. ESE. Documento primario 29. Bogotá. 2018.

28 Entrevista presidente de la Asociación de Usuarios. IPS-Privada. Documento primario 40. Bogotá. 2018.

29 Entrevista Coordinadora Nacional de Participación Ciudadana. EPS-C. Documento primario 6. Bogotá. 2018.

30 Entrevista funcionario de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud-MSPS. Documento primario 9. Bogotá. 2018.

31 Entrevista Integrante del Comité de Ética Hospitalaria. ESE. Documento primario 18. Bogotá. 2018.

32 Entrevista Contratista de la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad-PDSP. SDS. Documento primario 3. Bogotá. 2018.

33 Entrevista Contratista de la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad-PDSP. SDS. Documento primario 3. Bogotá. 2018.

34 Entrevista Coordinadora Nacional de Participación Ciudadana. EPS-C. Documento primario 6. Bogotá. 2018.

35 Entrevista Integrante del Comité de Ética Hospitalaria. ESE. Documento primario 18. Bogotá. 2018.

36 Grupo focal Integrantes del COPACO. Documento primario 20. Bogotá. 2018.

37 Grupo focal Integrantes de la Asociación de Usuarios. EPS-C. Documento primario 22. Bogotá. 2018.

38 Entrevista Integrante de la Asociación de Usuarios-Comisión de Control Social-ESE. Documento primario 15. Bogotá. 2018.

39 Entrevista funcionaria de la Oficina de Participación. ESE. Documento primario 8. Bogotá. 2018.

40 Mosquera J, Gutiérrez A, Serra M. La experincia de participación ciudadana en el control social a la gestión en salud en Cali, Colombia. Colombia Médica [Internet]. 2009;40(1):1-9.

41. Delgado M, Vásquez M. Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia. Rev. Salud Pública [Internet]. 2006;3(8):150-167. https://doi.org/10.1590/S0124-00642006000300002

42 Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Política Pública de Participación Social en Salud y Servicio al Ciudadano. Bogotá D.C; 2010.

43 Salamanca J. Reglamentación de los espacios y mecanismos de participación ciudadana en el municipio Colombiano: ¿en contra de los principios del constitucionalismo moderno y la filosofía participativa de la constitución política de 1991? [tesis de maestría]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Ciencias Políticas y Sociales; 2014.

Recibido para evaluación: 15 de abril del 2019
Aceptado para publicación: 12 de noviebre del 2019

***Correspondencia**:*
Francy Yanira Pineda-Granados
Correo electrónico: fp5327@gmail.com

Bogotá, D.C., Colombia

Artículo de experiencia

https://doi.org/10.56085/isss.567

Intervención de foco de brote de rabia animal en el municipio de Anapoima, Cundinamarca, Colombia, 2019

Animal rabies outbreak intervention in the municipality of Anapoima, Cundinamarca, Colombia, 2019

Intervenção do foco de surto de raiva animal no município de Anapoima, Cundinamarca, Colômbia, 2019

Tatiana Eugenia Díaz-Hernández[1]
Laura Andrea Ballesteros-Quiroga[2]
Yeimy Lisseth Ardila-Pinzón[3]
Diana Yolima Bustos-Álvarez[4]

Resumen

Objetivo: realizar la investigación y contención de brote de rabia animal en el perímetro del foco del caso índice del municipio de Anapoima. ***Métodos:*** estudio de investigación de brote con intervención del foco de índole retrospectivo, a partir de la confirmación del caso por laboratorio el 26 de abril de 2019. El equipo de respuesta inmediata departamental (conformado por tres médicos veterinarios, dos epidemiólogos y una enfermera), fue activado y desarrolló acciones en la zona de foco definido en 5 km alrededor de la vivienda del caso índice (vereda Panamá, sector Gallinazos, finca La Esmeralda del municipio de Anapoima). Tanto la población humana como la de gatos y perros de la zona fueron caracterizadas, se determinan factores de riesgo, se controló la población animal con vacunación y gestión del riesgo. ***Resultados:*** fueron visitadas 26 veredas que correspondieron al total del foco con 3.185 viviendas y se censaron 3.489 personas, de las cuales el 47 % eran de sexo femenino y el 53 % de sexo masculino. La cobertura de vacunación canina para control en el foco fue de 88 % y la felina del 83 %. ***Conclusiones:*** se confirma rabia en su ciclo silvestre en el departamento de Cundinamarca, con transmisión de animal silvestre a animal doméstico, con alto riesgo de transmisión a los humanos.

Palabras clave: virus de la rabia, brotes de enfermedades, intervención del foco, zoonosis, investigación de servicios de salud.

1. Médico Cirujano. Especialista en Gerencia en Salud Pública. Especialista en Técnicas Actuariales. Magíster en Gestión Actuarial de la Seguridad Social. Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud de Cundinamarca, Bogotá (Colombia).
2. Médico Veterinario, Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud de Cundinamarca, Bogotá (Colombia).
3. Enfermera, Especialista en Salud Pública. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud de Cundinamarca, Bogotá (Colombia).
4. Bacterióloga, Especialista en Epidemiología. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, Secretaría de Salud de Cundinamarca, Bogotá (Colombia).

Abstract

Objective: conduct the research and containment of the animal rabies outbreak in the focus perimeter of the index case in the municipality of Anapoima. ***Methods:*** outbreak investigation study with retrospective focus intervention, starting with laboratory confirmation of the case on April 26, 2019. The departmental immediate response team (made up of three veterinarians, two epidemiologists, and a nurse) was activated and carried out actions in the focus area defined as 5 km surrounding the dwelling of the index case (Panama township, Gallinazos sector, La Esmeralda farm, municipality of Anapoima). Both the human population, cats and dogs in the area were characterized. Risk factors were determined, the animal population was controlled with vaccination and risk management. ***Results:*** 26 townships were visited which corresponded to the total of the focus point with 3,185 dwellings. 3,489 people underwent a census, of which 47 % were female, and 53 % were male. The canine vaccine coverage to exercise control in the focus area was 88 % with 83 % for feline vaccination. ***Conclusions:*** rabies was confirmed in the forest cycle in the department of Cundinamarca, with transmission from forest animals to domestic animals, with a high risk of transmission to humans.

Keywords: Rabies virus, disease outbreaks, zoonosis, healthcare services research.

Resumo

Objetivo: realizar a pesquisa e contenção do surto de raiva animal no perímetro do foco do caso índice no município de Anapoima. ***Métodos:*** estudo retrospectivo de pesquisa de surto com intervenção focal, baseado na confirmação laboratorial do caso em 26 de abril de 2019. A equipe departamental de resposta imediata (composta por: três veterinários, dois epidemiologistas e uma enfermeira), foi acionada e realizou ações na zona foco definida em 5 km ao redor da casa do caso índice (aldeia Panamá, setor Gallinazos, fazenda La Esmeralda do município de Anapoima). População humana, gatos e cães da área foram caracterizados, determinaram-se os fatores de risco, a população animal foi controlada com vacinação e gestão de risco. ***Resultados:*** foram visitadas 26 aldeias que correspondiam ao total do foco com 3.185 domicílios e 3.489 pessoas cadastradas, sendo 47 % do sexo feminino e 53 % do sexo masculino. A cobertura da vacinação canina para controle no foco foi de 88 % e felina 83 %. ***Conclusão:*** a raiva no seu ciclo silvestre é confirmada no departamento de Cundinamarca, com transmissão de animais silvestres para animais domésticos, com alto risco de transmissão para humanos.

Palavras chave: vírus da raiva, surtos de doenças, zoonoses, pesquisa em serviços de saúde.

Introducción

La rabia es una enfermedad viral que afecta el sistema nervioso central de los mamíferos, entre ellos, el hombre. El virus está presente sobre todo en la saliva y el cerebro de los animales infectados. Se transmite a través de la saliva de un animal enfermo. El periodo de incubación es variable, y fluctúa entre varios días y algunos meses; en promedio puede ser de 10 a 90 días. Cuando aparecen los síntomas, la enfermedad es mortal, tanto en los animales como en el hombre (1).

La rabia está presente en todos los continentes, excepto en la Antártida (2). Se estima que 61.000 personas mueren anualmente en el mundo por causa del virus. El 95 % de los casos se registran en Asia y África.

En animales, la transmisión de la rabia se da en dos ciclos: el ciclo urbano, transmitido por perros y ocasionalmente puede involucrar zorros, y el ciclo silvestre, que se transmite entre murciélagos (principalmente hematófagos), en el que también resultan involucrados otros murciélagos y ocasionalmente los gatos (teniendo en cuenta su etología) (3). El impacto de la enfermedad es mayor en poblaciones infantiles rurales que viven en regiones remotas, quienes son el grupo con mayor riesgo de sufrir mordeduras por perros (4).

En Colombia se cuenta con la evidencia de circulación de rabia silvestre transmitida por gato. Uno de estos ejemplos se identifica en el departamento del Valle del Cauca, donde de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud, se tiene reporte de cuatro casos en los municipios de El Dovio (2000), Ginebra (2009), Roldanillo (2012) y Yumbo (2014). Según la variante antigénica, tres de estos casos correspondieron a variante murciélago hematófago (variante 3) y uno a variante antigénica de murciélagos no hematófagos (variante 4).

Por otro lado, en el país se han detectado casos de rabia humana transmitida por gato de variantes silvestres en el municipio de Santander de Quilichao, en el departamento del Cauca; municipio de Moniquirá, en el departamento de Boyacá; y en el municipio de Roldanillo, en el departamento del Valle del Cauca. Esto se podría relacionar con los hábitos alimenticios variados y de caza de los gatos y su cercanía con el hombre (5). Sin embargo, los últimos tres casos de rabia humana transmitida por gato desde el año 2015 en Colombia se han presentado en el departamento de Cundinamarca, en los municipios de Mesitas del Colegio (2015), Girardot (2016) y Tena (2017).

En el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, está definido el evento a vigilar como agresiones por animales potencialmente transmisores de rabia. Dicho evento presenta, de acuerdo a la notificación, un aumento en la tasa de incidencia (6) de agresiones por año por cada mil habitantes para el departamento de Cundinamarca, donde para el año 2015 la tasa fue de 79,5, en el 2016 de 81,0 y para el 2017, de 83,1. Lo anterior pone a Cundinamarca en el tercer puesto de los cinco departamentos con mayor tasa de incidencia después de Antioquia y Bogotá, y antes de Valle del Cauca y Cauca.

En el departamento de Cundinamarca, se tiene evidencia desde el año 2003 de circulación activa de la rabia, con presentación de un caso en el municipio de Quetame (provincia de Oriente), animal agresor gato, variante viral (V8) zorrillo. En el año 2015, se presenta en el municipio de El Colegio (provincia de Tequendama) un caso en menor de 9 años en el cual se determinó que el animal agresor fue un gato, se aisló linaje genético 4 (GL-4), asociado a murciélago hematófago. En 2016 se registra un nuevo caso en un hombre de 31 años residente de Girardot (provincia de Alto Magdalena), en donde no se pudo determinar el animal implicado, sin embargo, la única relación evidenciada fue con un gato y fue aislada variante atípica 1- hematófago. El último caso registrado en el departamento ocurrió en Tena (provincia de Tequendama) en el año 2017, cuando una mujer de 25 años residente de Bogotá adoptó un gato callejero en el municipio de Tena y se estableció que dicho animal fue quien le transmitió el virus, se realiza aislamiento de variante atípica 1- hematófago. El 22 de abril de 2019 se registra un caso de rabia animal confirmado por laboratorio en un gato del municipio de Anapoima (provincia de Tequendama), el cual arroja resultado positivo para el virus de rabia, con la variante genética murciélago hematófago.

Una vez se confirma el caso de rabia animal en el municipio de Anapoima, se activa el equipo de respuesta inmediata y se realiza investigación del brote, con intervención de foco en un radio de 5 km desde la casa de habitación del caso índice ubicado en la vereda Panamá, finca La Esmeralda, municipio de Anapoima. Con el fin de hacer la investigación epidemiológica de campo, se inicia en la vivienda donde el animal habitaba, se levanta censo casa a casa de humanos, perros y gatos, se determinan factores de riesgo, exposición o posibles casos de rabia y se realiza vacunación en gatos y perros para garantizar y mantener las coberturas útiles mayores del 90 % en el

área definida. Sin embargo, es pertinente mencionar que las coberturas de vacunación históricas en el municipio de Anapoima para 2018 fueron en caninos del 93,9 % y en felinos del 143 %, y en los municipios circunvecinos fueron: del 73,9 % en caninos y en felinos del 126 % en el municipio de El Colegio, y para el municipio de Viotá, en caninos fueron del 61 % y en felinos del 121 %.

Métodos

Se lleva a cabo un estudio de investigación de brote con intervención del foco de índole retrospectivo, tomando como punto de inicio para las intervenciones el lugar donde se presentó el caso índice de rabia animal en el municipio de Anapoima, vereda Panamá, finca La Esmeralda.

Georreferenciación

Como primera medida, se realizó con base en el mapa del municipio aportado por la Secretaría de Planeación Departamental, y el apoyo de profesionales de esa Secretaría, la identificación de coordenadas del caso índice y a partir de allí, se delimitó la zona de foco con una distancia de 5 km a la redonda.

La delimitación de la zona de foco tiene como objetivo orientar el alcance de la investigación epidemiológica de campo mediante la realización de la búsqueda activa comunitaria humana y animal, identificación de personas y animales contacto del caso índice y la presencia de más casos, y orientar acciones de control tales como vacunación de gatos y perros.

Técnicas de búsqueda de casos

Búsqueda activa comunitaria: se realiza la indagación o rastreo intencionado de casos sospechosos o probables de una EPV que pueden estar ocurriendo o pudieron haberse presentado en la comunidad y que no hayan consultado a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (7).

Búsqueda activa comunitaria humana (BACh): se realiza con intervención casa a casa, con la cual se establece censo de la población para identificar personas con antecedente de contacto con el caso índice y casos compatibles con definición de caso de rabia humana (8).

Búsqueda activa comunitaria animal (BACa): se realiza con intervención casa a casa, con la cual a través de encuestas realizadas a la comunidad propietaria de perros y/o gatos, en este caso siendo un área rural, se encuestó al 100 % de la zona delimitada como foco. Se identifican animales con antecedente de contacto con el caso índice y casos compatibles con definición de caso de rabia animal o humana.

Se tomaron como definiciones operativas de caso las inscritas en el Protocolo de Vigilancia en Salud Publica Integrada de Rabia Humana, en perros y en gatos código: 300-670 del Instituto Nacional de Salud (9).

- Agresiones por un animal potencialmente transmisor de rabia.
- Contacto con un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia.
- Caso probable de infección por el virus de la rabia en perros y gatos.

Entrevista a los contactos: como parte de la investigación epidemiológica de campo, se realiza entrevista a los contactos y a los dueños del caso índice (gato), indagando acerca de hábitos y comportamientos del gato, posibilidades de exposición a través de agresión, contacto con saliva, entre otros.

Búsqueda activa institucional: se realizó de acuerdo con lo establecido en el documento técnico Metodología de búsqueda activa institucional en RIPS del INS, actividad en cabeza de Vigilancia Epidemiológica Departamental. La búsqueda en el Registro Individual de Prestadores (RIPS) Público y Privado que operan en los municipios identificados en el foco, de las atenciones realizadas desde el mes de abril, ante el comportamiento inusitado del evento, de acuerdo con los códigos CIE-10.

Técnicas de recolección de datos

Se capacitó a los equipos en los instrumentos a diligenciar y en el flujo de comunicación, información e intervención ante casos sospechosos.

La recolección de la información fue realizada por el equipo de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública, conformado por epidemiólogos y médicos veterinarios. Sin embargo, por lo extenso de la zona, a fin de obtener la cobertura del foco, se contó con el apoyo en los municipios de los coordinadores del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Gestores de Bienestar Social e Integral (GEBIS), técnicos y profesionales de las Unidades Mu-

nicipales de Asistencia Técnica Agropecuaria (UMATAS) y profesionales del Hospital Pedro León Álvarez de la Mesa, Hospital Nuestra Señora del Carmen del Colegio y Hospital San Francisco de Viotá. Se constituyeron en promedio siete equipos por cada municipio.

La recolección de datos de las búsquedas activas tanto animal como humana, se realizó en los formatos suministrados por el Instituto Nacional de Salud (INS).

El instrumento (BACh) para la población humana incluye variables tales como número de casa, nombre de cada uno de los habitantes de la vivienda, tipo y número de documento de identidad de cada uno de ellos, sexo, edad, pertenencia étnica, tipo de régimen de salud, ocupación, si fue agredido o no por un animal potencialmente transmisor de rabia, caracterización de la agresión, riesgo, condición clínica y observaciones.

El instrumento (BACa) para la población animal incluye variables tales como número de casa, propietario, nombre del animal, color, sexo, edad, estado de vacunación del animal, y consolidados de vacunación con variables tales como dirección, nombre del propietario, teléfono del propietario, nombre del animal, canino y felino diferenciado en macho y hembra.

Barrido de vacunación animal casa a casa: contra carné de vacunación, se realizó vacunación a todos los animales domésticos (perros y gatos) mayores de cuatro meses, debido a que las inmunoglobulinas adquiridas en el momento de la primolactación mantienen protegido al cachorro (8). No se vacunaron hembras gestantes, animales muy delgados o con síntomas de alguna patología, con el fin de evitar reacciones adversas por la inmunización; sin embargo, de acuerdo con el lineamiento del INS, se definió vigente vacunación menor a 30 días.

En los casos de contacto animal con el caso índice, se optó por observación y/o eutanasia sanitaria, según antecedente de vacunación de los animales.

Se inicia tratamiento de acuerdo con la guía práctica para la atención integral de personas agredidas por un animal potencialmente transmisor de rabia en aquellos casos de contacto humano (10).

Se realizó alistamiento del biológico para la intervención; sin embargo, en el centro de acopio departamental en el momento en que se presentó el caso, no se contaba con dosis disponibles de biológico animal ni biológico humano, ya que a nivel nacional se presentaba desabastecimiento desde inicios del año 2019.

Los instrumentos de recolección en físico fueron digitados por tecnólogos de la Subdirección de Vigilancia en Salud Publica, con revisión de calidad por epidemiólogos y médicos veterinarios. El programa utilizado fue Microsoft Excel, el resultado de esta información se generó en gráficas y tablas.

Para la BAI, se utilizó el Sistema de Información de Apoyo a la Notificación e Investigación de Eventos de Interés en Salud Pública (SIANIESP), versión 2018.

Tabla 1. Métodos e instrumentos usados en terreno.

Técnica de búsqueda de casos	Criterios de inclusión
Búsqueda activa comunitaria animal (BACa)	Animales o personas que cumplan con la definición operativa de caso de acuerdo con lo inscrito en el protocolo integrado de rabia humana, en perros y en gatos del INS, código: 300 – 670, en lo relacionado con la definición de agresión
Búsqueda activa comunitaria humana (BACh)	de acuerdo al tipo de lesión o contacto, a saber, tres definiciones: agresiones por un animal potencialmente transmisor de rabia; contacto con un animal potencialmente transmisor del virus de la rabia; caso probable de infección por el virus de la rabia en perros y gatos (11).
Investigación epidemiológica de campo (IEC)	Personas que registren contacto directo con el animal positivo durante el periodo de incubación y/o inicio de síntomas.
Búsqueda Activa Institucional (BAI)	De acuerdo con los diagnósticos CIE-10 consignados en el registro individual de prestadores de salud (RIPS) de las IPS públicas y privadas que operan en los municipios de intervención del foco, que cumplen definición de caso o que puedan estar en relación con rabia, en relación con los diagnósticos CIE-10 incluidos en el aplicativo SIANIEPS. Se toman los RIPS de atenciones de un mes antes de presentado el caso.
Búsqueda de contactos (BC)	Personas o animales que registren contacto directo con el animal positivo durante el periodo de incubación y/o inicio de síntomas.
Barrido de vacunación animal casa a casa	Animales sin carné de vacunación, perros y gatos mayores de cuatro meses sin vacunación. De acuerdo con las instrucciones del INS, se definió vacunación vigente menor a 30 días.
Técnica de recolección de datos	**Instrumento.**
Entrevista personal y telefónica a los contactos del animal positivo	Formato Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) y seguimiento a contactos.
Búsqueda activa comunitaria animal	Encuestas BAC animal.
Búsqueda activa comunitaria humana	Encuestas BAC humana.
Barrido de vacunación animal casa a casa	Planillas y carné individual de vacunación.

Fuente: Secretaría de Salud de Cundinamarca, Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

Resultados

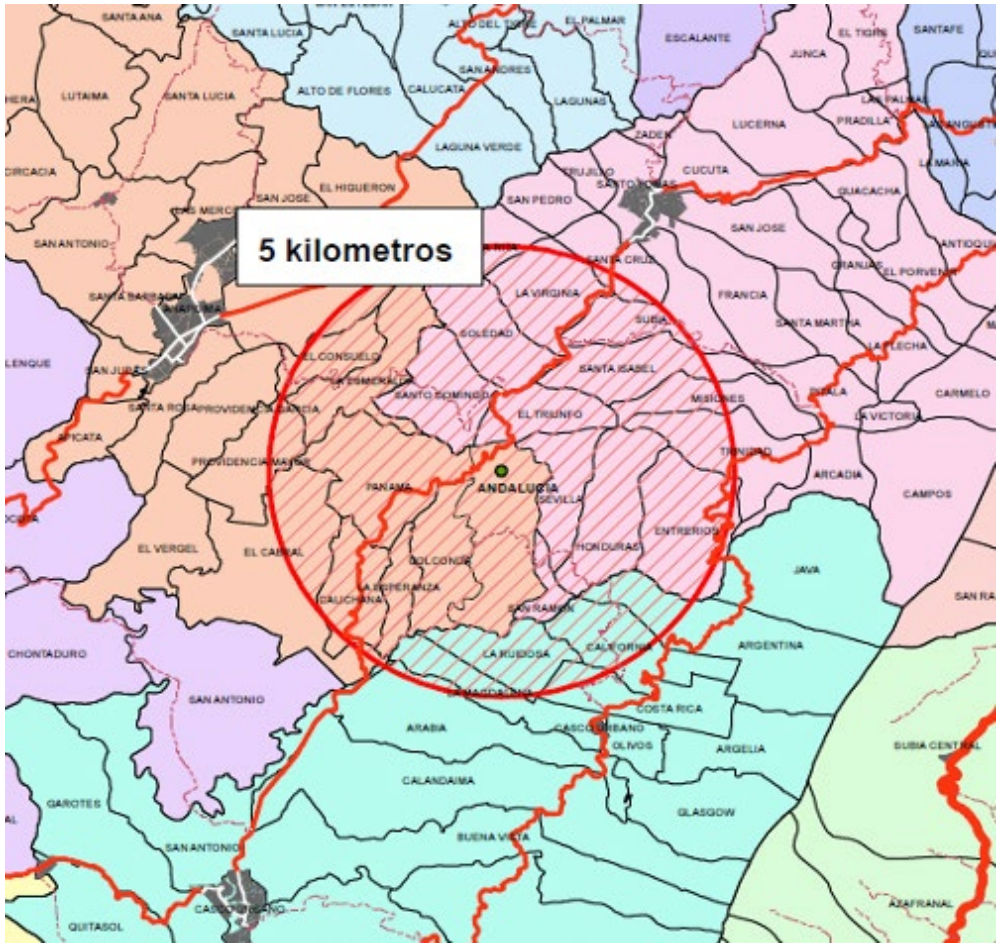
Equipo de Respuesta Inmediata (ERI), departamento de Cundinamarca

El 26 de abril de 2019, el INS reporta por vía telefónica al equipo de respuesta inmediata de la Secretaría de Salud de Cundinamarca el resultado de la inmunofluorescencia directa positiva para el virus de la rabia, y el 27 de mayo emite el reporte con la variante genética del virus, el cual es murciélago hematófago.

Una vez se confirma por parte del INS la positividad de la muestra, inmediatamente se activa el Equipo de Respuesta Inmediata (ERI) departamental. Este equipo está conformado por profesionales de vigilancia epidemiológica, salud ambiental, el Laboratorio de Salud Pública Departamental y el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) del departamento de Cundinamarca, que se adapta según sea el evento para la participación de profesionales afines.

Se planea el desplazamiento a la zona de un equipo de campo conformado por dos epidemiólogos, una enfermera y tres médicos veterinarios. Se realiza verificación de biológico animal disponible en la zona y en el centro de acopio de la Secretaría de Salud Departamental, alistamiento de formatos de BACh y BACa, mapa de la zona a intervenir, planillas de vacunación y carné de vacunación, así como elementos de protección personal para las actividades de vacunación. Se verifica que los médicos veterinarios cuenten con esquema de pre-exposición.

Con ayuda de la Secretaría de Planeación Departamental, se identifica y delimita mediante planos los 5 km correspondientes al foco a intervenir, y las veredas y municipios incluidos, lo cual arroja que se deben realizar actividades en veredas de los municipios de Anapoima, Viotá y El Colegio.



Mapa 1. Localización de foco caso índice de rabia animal, Cundinamarca, 2019.

Fuente: Secretaría de Planeación, departamento de Cundinamarca.

Investigación epidemiológica de campo

La zona se caracteriza por ser montañosa, la temperatura promedio es de 28°C, el área de intervención de foco está conformada por centros poblados y áreas rurales dispersas, la zona está utilizada en su mayoría para cultivos frutales, en especial mango. En la vivienda donde habitaba el caso índice se evidencia guano y el dueño refiere la presencia de murciélagos. Dentro de la BACa y BACh se indaga la presencia de animales muertos en la zona y la presencia de murciélagos, esta última es confirmada por los habitantes de la zona.

De acuerdo con la información suministrada por los dueños, el caso índice era un gato macho, de ocho meses de edad aproximadamente, sin antecedente de vacunación contra la rabia, de temperamento tranquilo y pacífico. Registraba hábitos de caza en alrededores de la vivienda, por lo que se presume que de esta manera se contagió del virus. La sintomatología se inicia el 21 de abril, al manifestar alta agresividad: "permanecía agazapado bajo las camas y solo salía a atacar a los moradores de la vivienda". De esta manera, el gato llegó a agredir a cuatro de los cinco habitantes del lugar, entre ellos un menor de 14 meses quien por presentar antecedentes de problemas de salud en los meses anteriores, es el único contacto llevado a consulta el 22 de abril, el mismo día de la agresión, al puesto de salud La Paz, que pertenece a la Subred Centro de la Red de Prestación de Servicios de Salud del departamento.

Una auxiliar de enfermería del hospital Pedro León Álvarez del municipio de La Mesa, informa de manera inmediata al técnico de saneamiento, quien da indicaciones telefónicas al dueño del animal de aislar al gato mientras se realiza la observación del mismo. El día 23 de abril de 2019, el técnico se desplaza a la vereda en mención, con la finalidad de hacer la observación del gato, y corrobora que el gato presenta síntomas compatibles con rabia. Procede a hacer la eutanasia del animal y remite la muestra al Laboratorio de Salud Pública de Cundinamarca (LSPC), el cual a su vez la remite al Laboratorio de Virología del Instituto Nacional de Salud (INS).

La zona donde sucede el caso se caracteriza por ser en su mayoría dedicada al cultivo de árboles frutales, en muy pocos predios se tienen animales de producción, y un importante número de casas están destinadas a veraneo (921 del total de las casas visitadas, que corresponde al 29 %, por lo que en el momento de la visita se encontraban deshabitadas).

Se realiza la investigación epidemiológica de campo (IEC) a la vivienda del caso índice, encontrando el menor que fue notificado y tres personas más (padres y hermano) con agresiones (arañazos y mordeduras) producidas por el caso índice y una menor de siete años, quien no fue agredida, pero en periodo de incubación presentó contacto estrecho con el animal, dado que la menor dormía con él. Todos ellos recibieron tratamiento antirrábico de manera inmediata de acuerdo al protocolo del Instituto Nacional de Salud (INS), y estricto control y seguimiento (presencial y/o telefónico diario) por parte de la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Adicionalmente, se establece que existían ocho visitantes de la finca, quienes residen en Bogotá y manifiestan telefónicamente que presentaron contacto estrecho con el animal de uno a cuatro días antes de inicio de síntomas. Se remite esta información a la Secretaría de Salud de Bogotá, quienes contactan, remiten a atención médica a los pacientes y determinan qué casos requieren tratamiento.

En la caracterización de contactos animales de caso índice, se encontraron dos perros, uno de raza criollo vacunado hace aproximadamente seis meses, el cual se revacuna y se deja en observación, en el periodo de observación no desarrolla ninguna sintomatología. Se identifica otro perro de raza Poodle, del cual no se tiene certeza de antecedente vacunal, quien fue agredido por el caso índice. Se decide proceder a eutanasia sanitaria el 28 de abril, previo consentimiento de su propietario, y ese mismo día se envía la cabeza del animal al LSPC para su posterior envío al INS, muestra que arrojó resultado negativo.

Se establece contacto con cinco gatos vecinos, en los cuales se evidencia antecedente vacunal; sin embargo, se dejan en observación por 45 días, sin que presenten síntomas una vez finalizado el periodo de observación.

Búsqueda Activa Comunitaria (BAC)

Durante la realización de la BACh y BACa se visita el 100% de las veredas del foco, es decir, 26 veredas, 3.185 casas, y se censan 3.489 personas. No se encuentran casos relacionados a agresiones, ni contactos con animales potencialmente transmisores de rabia a excepción de los habitantes y visitantes de la vivienda donde habitaba el caso índice. No se encuentran personas que cumplan definición para casos probables de rabia humana.

El caso índice se ubica en el municipio de Anapoima, vereda Panamá, sector Gallinazos, finca La Esmeralda. El foco abarca 9 veredas del municipio de Anapoima, 12 veredas del municipio de El Colegio y 5 veredas del municipio de Viotá.

Tabla 2. Municipios y veredas que conforman el área de foco. Caso de rabia animal, municipio de Anapoima, Cundinamarca, 2019.

MUNICIPIO	NOMBRE VEREDA	VIVIENDAS	PERSONAS
ANAPOIMA	Andalucía	227	243
	Calichana	30	69
	El Consuelo	82	162
	Golgonda	122	164
	La Esperanza	51	86
	La Esmeralda	130	164
	Panamá	141	190
	Providencia Mayor	39	46
	El Cabral	29	22
EL COLEGIO	El Triunfo	360	416
	Trinidad	72	54
	Honduras	147	137
	La Virginia	236	256
	Misiones	177	118
	San Ramón	47	80
	Santa Isabel	469	404
	Santa Rita	98	84
	Santo Domingo	113	95
	Porvenir	105	93
	Soledad	121	105
	Subía	239	243
VIOTÁ	Ruidosa	63	135
	California Baja	35	51
	California Alta	19	23
	Argentina	28	33
	Magdalena	5	16
TOTAL	**26**	**3.185**	**3.489**

Fuente: ERI Cundinamarca Intervención de Foco Caso Anapoima. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

Búsqueda Activa Comunitaria Humana (BACh)

En la BACh, se identificó que las personas caracterizadas corresponden al sexo femenino el 47 % y al sexo masculino el 53 %. Por municipios, la proporción es similar, como se observa en la tabla 3, siendo mayor siempre en el sexo masculino.

Tabla 3. BAC Humana discriminada por municipio y sexo.

MUNICIPIO	PERSONAS	FEMENINO		MASCULINO	
		TOTAL	%	Total	%
Anapoima	1146	539	47%	607	53%
El Colegio	2085	1001	48%	1084	52%
Viotá	258	116	45%	142	55%
Total	3489	1656	47%	1833	53%

Fuente: ERI Cundinamarca Intervención de Foco Caso Anapoima. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

Por grupos de edades, el 34,1 % corresponden a edades de 65 años y más años, seguido del quinquenio de 60 a 64 años con el 7,5 %. En el municipio de Anapoima, el 24,03 % de la población se encuentra en edades iguales o superiores a los 65 años. En el municipio de Viotá, el grupo quinquenal con mayor proporción es el de 65 años y más con el 31,09 % del total de la población caracterizada, y en El municipio El Colegio, al igual que en los dos municipios anteriores, la mayor proporción de población (25,42 %) tienen 65 o más años. Se identifica que la mayoría de la población que habita estos municipios en su zona rural es población adulta mayor.

Búsqueda Activa Comunitaria Animales (BACa)

En la BACa realizada en el foco, se identificaron perros y gatos de acuerdo con lo relacionado en la tabla 4. Para los perros, la mayor proporción es de machos, para los gatos la mayor proporción fue de hembras, excepto en el municipio de Anapoima, donde la proporción fue similar.

Durante la BACa no se identifican animales que cumplieran con la definición de caso probable de rabia animal.

Tabla 4. BAC animal discriminado por tipo de animal doméstico perro y gato, por municipio. Caso de rabia animal, municipio de Anapoima, Cundinamarca, 2019.

MUNICIPIO	BACa PERROS					BACa GATOS				
	MACHOS	%	HEMBRA	%	TOTAL	MACHOS	%	HEMBRA	%	TOTAL
ANAPOIMA	844	56%	658	44%	1.502	321	50%	326	50%	647
VIOTÁ	192	61%	122	39%	314	66	49%	69	51%	135
EL COLEGIO	1.096	58%	803	42%	1.899	407	48%	433	52%	840
TOTAL	2.132	57%	1.583	43%	3.715	794	49%	828	51%	1.622

Fuente: elaborada por los autores extractando datos del Oxford textbook of global public health. Oxford University Press; 2015.

Se indagó acerca de la presencia de murciélagos en la zona, en varias ocasiones se encuentran respuestas afirmativas. Respecto a la presencia de animales muertos en la zona, sin causa aparente, no se identificaron.

Acciones de control

Humanos.

Se realiza aplicación de tratamiento antirrábico (inmunoglobulina y vacuna) a los cinco contactos humanos residentes de Cundinamarca, cuatro de los cuales inician tratamiento el 26 de abril y una menor más el 27 de abril, finalizando tratamiento el 10 y 11 de mayo de 2019, respectivamente. A las dos semanas de registrada la agresión, se realiza una visita al domicilio por parte de un médico del Hospital Pedro León Álvarez Díaz de La Mesa, para realizar seguimiento al estado de salud de los pacientes afectados. Adicionalmente, se realiza seguimiento telefónico cada 24 horas durante 45 días por parte de los epidemiólogos de la Subdirección de Vigilancia en Salud Pública departamental, al cabo de los cuales se determina que ninguno de ellos presenta riesgo de desarrollar el virus rábico. Se informa a las respectivas EAPB para que continúen el seguimiento.

De acuerdo con lo informado por la Secretaría de Salud Distrital, el 29 de abril se realiza visita a los contactos del caso, residentes en Bogotá. Una vez realizada la entrevista, se concluye que dos personas estuvieron expuestas al virus y se les suministra tratamiento antirrábico completo. Las demás personas que entraron en contacto con el felino no tienen evidencias de lesiones o algún tipo de señal que indique agresión del animal o riesgo asociado al contacto con saliva.

Animales.

Se realizó observación de cinco animales, un perro criollo de la casa índice se revacunó el 27/04/2019 y terminó su observación el 9/06/2019. Tres gatos de la Finca Recreo Alto, los cuales se revacunaron el 27/04/2019, terminan observación el 6/06/2019. Dos gatos de la Finca Recreo Bajo, se revacunaron el 5/05/2019 y terminaron observación el 18/07/2019.

A un perro raza Poodle sin antecedentes vacunales, agredido por gato positivo por rabia, se le debió realizar eutanasia sanitaria. El resultado del análisis fue negativo.

Respecto a las acciones de vacunación, se alcanzaron unas coberturas de vacunación total de 86 %: del 88 % en perros y 83 % en gatos. El municipio con más altas coberturas fue Viotá con 89 %, el municipio con cobertura más baja fue el municipio de Anapoima con 81 %.

El 56,6 % de los animales fue revacunado, en mayor proporción los gatos. Los vacunados por primera vez fueron el 31 %, en mayor proporción los gatos.

El 2,2 % de los animales expuesto no fue vacunado por edad y < de 3 meses. El 0,9 % no fue vacunado por ser hembras gestantes.

El 6,3 % fueron no vacunados por otras causas, entre las que se puede mencionar que en algunas veredas del foco (El Consuelo, con cobertura del 47 % y La Esperanza, del 27 %), la semana anterior a que se presentara el caso se había realizado jornada de vacunación canina y felina debido a las actividades regulares del programa de zoonosis en el municipio de Anapoima.

En el municipio de Viotá, en la vereda Argentina, el porcentaje de cobertura vacunal fue 78 %. Esto

se debió a la ubicación geográfica de las viviendas, dado que son distantes una de otra y tienen destino turístico vacacional. Los administradores del predio no permitieron el acceso al personal sanitario. En el municipio de Viotá, se presentaron las mejores coberturas de vacunación. En la vereda de La Magdalena, la concientización de la población ante lo sucedido fue tal que se logró cobertura del 100 %.

En la intervención del foco, el 3,8 % no fueron vacunados porque ya lo habían sido en menos de 30 días.

Tabla 5. Coberturas de vacunación. Caso de rabia animal, municipio de Anapoima, Cundinamarca, 2019.

MUNICIPIO	BACa	< 3 MESES	NO VAC. POR EDAD	1 VEZ	REVACUNADO	VAC < 30 DIAS	HEMBRA GESTANTE	NO VACUNADO OTRAS CAUSAS	TOTAL VACUNADOS	POBLACIÓN EXPUESTA		COBERTURA DE VACUNACIÓN
										MACHOS	HEMBRAS	
ANAPOIMA	PERROS	36	2	343	918	106	6	91	1261	844	658	84%
	GATOS	16	0	185	313	40	8	85	498	321	326	77%
VIOTÁ	PERROS	5	5	122	167	12	3	12	289	192	122	92%
	GATOS	0	2	62	55	0	6	10	117	66	69	85%
EL COLEGIO	PERROS	44	0	654	1068	27	20	86	1722	1096	803	91%
	GATOS	29	1	283	449	19	7	52	732	407	433	87%
Total	PERROS	85	7	1119	2153	145	29	189	3272	2132	1583	88%
	GATOS	45	3	530	817	59	21	147	1347	794	828	83%

Fuente: ERI Cundinamarca Intervención de Foco Caso Anapoima. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

Debido a la contingencia, se requirió la movilización de biológico humano y animal. Se realizó traslado del biológico humano de saldos existentes en diferentes municipios de Cundinamarca (dosis sobrantes por no adherencias a tratamientos, para asegurar también la continuidad de los tratamientos en curso) al Hospital Pedro León Álvarez del municipio de La Mesa, para atención de la contingencia y garantizar desde el departamento la disponibilidad del biológico para inmunizar a las personas directamente relacionadas en el caso.

Del municipio de Girardot se trasladaron 60 dosis de vacuna antirrábica humana y 15 de inmunoglobulina. Del municipio de El Colegio se trasladaron cuatro dosis de inmunoglobulina. Del Centro de Acopio Departamental, 22 dosis de inmunoglobulina, y del Ministerio de Salud y Protección Social, 400 dosis de la vacuna.

Para el biológico animal, se realiza traslado de saldos existentes desde los puntos en mención en la tabla 6 al municipio de La Mesa, para atención de la contingencia. Lo anterior para garantizar desde el departamento la disponibilidad del biológico para inmunizar los perros y gatos encontrados en el foco. Ante el desabastecimiento de este biológico, se coordina con el Ministerio de Salud el traslado desde otros departamentos.

Tabla 6. Traslado de biológico antirrábico canino y felino para la intervención de control en foco. Caso de rabia animal, municipio de Anapoima, Cundinamarca, 2019.

ENTIDAD TERRITORIAL	No. DOSIS DE BIOLÓGICO
Cachipay	100
Madrid	500
La Mesa	420
Anapoima	120
Sopó	300
Tocancipá	100
Chocontá	700
Bogotá Distrito	500
Boyacá	1.000
Cartagena	9.000
Atlántico	4.000
Santa Marta	15.000
TOTAL	**31.740**

Fuente: ERI Cundinamarca Intervención de Foco Caso Anapoima. Subdirección de Vigilancia en Salud Pública.

En total, se alcanzó a recibir con el movimiento de biológico 4.640 dosis para intervención del foco proveniente de los municipios de Cundinamarca, distrito de Bogotá y el departamento de Boyacá. Una vez terminada la intervención del foco, se recibió el biológico proveniente de los departamentos de Atlántico, distrito Cartagena y Santa Marta, correspondiente a 28.000 dosis, el cual se utilizó en la intervención del perifoco.

El porcentaje de pérdida fue del 5 % que estuvo relacionado con la política de frasco abierto que se aplica en casos de multidosis.

Búsqueda Activa Institucional (BAI)

La BAI fue realizada tomando los RIPS magnéticos y manuales correspondientes al mes de abril de 2019 en los tres municipios que abarcan foco. Se revisan un total de 33.224 atenciones realizadas mediante el aplicativo SIANIEPS.

En los registros del centro de salud La Paz de Anapoima, se encuentra un caso de exposición rábica relacionado en Semana 10. En historia refiere animal muerto (ahorcado sin signos de rabia). Se le ordena a paciente tratamiento.

Se encuentran 21.197 casos a revisar, los cuales corresponden a diagnóstico de: Guillan Barre, consumo de sustancias alucinógenas, intoxicación y epilepsia. Se realiza revisión de las historias clínicas sin que se encuentren casos compatibles con definición de caso de rabia humana.

Acciones interinstitucionales

Se realiza consejo seccional de zoonosis de Cundinamarca extraordinario el día 30 de abril con la participación de: Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría de Salud de Bogotá, Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), Secretaría de Ambiente de Cundinamarca, Secretaría de Agricultura, Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca (CAR) y Secretarías de Salud de los municipios Categoría 1, 2 y 3 del departamento de Cundinamarca, en el cual se establecen actividades de articulación y de intervención por parte de CAR e ICA, en la caza o captura de quirópteros y su análisis en el laboratorio. Se establece el compromiso de envío a la Secretaría de Salud de Cundinamarca del informe de dicha actividad.

De igual manera, el Ministerio de Salud y Protección Social se compromete a priorizar y enviar biológico canino y felino en cuanto llegue al país y gestionar ante el Ministerio de Medio Ambiente la problemática que tiene el departamento de Cundinamarca con los quirópteros, puesto que los últimos casos de rabia humana han estado relacionados con estos animales. Los municipios categoría 1, 2 y 3 del departamento se comprometieron a garantizar coberturas útiles de vacunación canina y felina. Con la Secretaría de Salud de Bogotá, se estableció el trabajo articulado en torno al tema de traslado de mascotas desde el Distrito hacia los municipios de Cundinamarca en temporadas de descanso y, de igual manera, el traslado de animales desde los municipios hacia Bogotá.

Comunicación del riesgo

Se realiza socialización del protocolo de vigilancia integrada de rabia humana en perros y en gatos con los médicos del Hospital Pedro León Álvarez Díaz de La Mesa, y los centros de salud de Anapoima, Cachipay y Tena.

En el momento de la visita se realiza educación acerca de la enfermedad de la rabia, vías de contagio, síntomas, profilaxis, vacunación en gatos y perros, y se hace entrega de un folleto que contiene dicha información.

Se establece una estrategia en medios de comunicación con la secretaria de prensa del departamento para difundir información, alertar e informar a la población de la prevención de la rabia. Esta información se difundió por medio radial, en la emisora de la Gobernación de Cundinamarca, "El Dorado Radio", así como en emisoras comunitarias con cobertura en las veredas y las de la Policía Nacional.

Se socializó a través de los canales digitales de la Gobernación piezas comunicativas sobre prevención en rabia y tenencia adecuada de animales.

Durante las actividades de vacunación en las veredas, se hizo entrega de cartillas por cada casa, que informaban cómo prevenir la rabia y las medidas a tomar si se presentaba un accidente rábico.

Discusión

Con la confirmación del caso de rabia animal en el municipio de Anapoima, Cundinamarca, se reafirma nuevamente la circulación activa del virus en el corredor conformado por las provincias de Alto Magdalena y Tequendama del departamento de Cundinamarca, siendo en estas dos provincias donde se han registrado los casos de rabia humana presentes desde 2015 y el caso de rabia animal registrado en 2019.

La circulación activa y confirmada del virus de la rabia variante múrcielago hematófago en el departamento de Cundinamarca, requiere de acciones interinstitucionales que propendan reducir el ciclo silvestre de la enfermedad, en especial su transmisión a especies felinas domésticas que se consideran como conexión entre los animales silvestres y los humanos.

Es necesario que las entidades competentes en el control de quirópteros (indistintamente si son hematófagos, frugíveros o insectívoros) realicen un trabajo articulado, de tal manera que las acciones de control de estos mamíferos voladores sean efectivas y reduzcan el riesgo de transmisión.

Se deben actualizar los criterios de vigilancia de rabia en animales de producción, puesto que aun con cuatro casos comprobados de rabia por hematófago en el departamento, no se prioriza a Cundinamarca ni para la vigilancia ni para la vacunación en animales de producción.

Se debe revisar el Código Nacional de Policía y Convivencia en el tema relacionado a los cosos municipales. Por temas presupuestales, municipios de cuarta, quinta y sexta categoría no tienen un coso municipal de pequeños animales y otro de grandes animales por municipio. Es necesario que se permita que los cosos sean intermunicipales, de tal manera que se puedan construir y lleguen a ser sostenibles a largo plazo.

Las actividades de esterilización canina y felina deben fortalecerse en los municipios, de tal manera que se controle la natalidad y se minimice el número de animales abandonados. Estos animales en los municipios se van en busca de comida a las zonas más rurales, sin posibilidad de que desde el sector salud se realice la identificación para la vacunación canina y felina.

El departamento de Cundinamarca lleva implementando un plan de acción integral e interinstitucional desde el año 2016, con acciones a mediano, corto y largo plazo con el fin de controlar la circulación del virus de rabia. Si bien es liderado por la Secretaría de Salud del departamento, incluye acciones precisas de las otras secretarías como Ambiente y Agricultura. De igual manera, hay acciones que se adelantan a través del Consejo Territorial de Salud Ambiental de Cundinamarca (COTSACUN) y la mesa de zoonosis.

La metodología de desarrollo del estudio de foco se realiza por indicaciones del INS; sin embargo, no se cuenta con protocolos ni metodologías escritas que respalden los radios de alcance tanto de foco como de perifoco, que indiscutiblemente precisan de acciones de gran proporción que demandan importantes recursos humanos, administrativos, económicos y de tiempo. Los radios de alcance actuales se tienen establecidos por el vuelo de los quirópteros, pero no se ha establecido para el desplazamiento regular de los felinos, que para Cundinamarca es el animal que se ha visto relacionado en los últimos cuatro casos. Sin embargo, hay que precisar que en la literatura se reporta que en el *"control de foco debe tenerse en cuenta que las tareas de seguimiento y vacunación deben considerar una dimensión espacial que dependerá de la especie que originó el foco: 200 metros a la redonda si se trata de murciélago, 500 metros en el caso de felinos y en el caso de caninos 500 metros en un animal estable o determinando el recorrido del mismo (animal vagabundo) con un corredor de 100 metros a cada lado del trayecto establecido desde el lugar de contacto con caso índice"* (10).

Es necesario que se plantee claramente la injerencia y el alcance a que haya lugar en las decisiones que sean tomadas por los consejos territoriales de zoonosis, ya que claramente, y si bien de acuerdo con el protocolo de vigilancia en salud pública integrada de rabia humana en perros y gatos, es en este espacio que se debe realizar la definición del foco y perifoco. Este es un espacio más estratégico de articulación de acciones, no es un espacio de definición de técnicas para el abordaje. De igual manera, el evento de rabia es de intervención inmediata, por lo cual se debe partir de algunas metodologías ya estructuradas a nivel nacional, que puedan adaptarse a las necesidades de cada territorio.

De igual manera, es importante que se defina a nivel territorial un solo espacio de discusión para los temas relacionados con las zoonosis. En el momento, en el departamento de Cundinamarca se cuenta con el Consejo Seccional de Zoonosis y la Mesa de Zoonosis del Consejo Territorial de Salud de Cundinamarca (COTSACUN). La duplicidad de espacios conlleva agotamiento de los actores con acciones fragmentadas para cumplimiento solo de orden normativo.

Las actividades de capacitación y recapacitación a los técnicos de saneamiento municipal, en las acciones de vigilancia activa de la rabia, permitieron de manera prioritaria confirmar el caso positivo de rabia animal y de manera oportuna, realizar las actividades de control en las personas, evitando así la mortalidad de las mismas.

Debido a la alta rotación del talento humano asistencial, es necesario pensar en el desarrollo de mecanismos de

capacitación de fácil acceso (virtuales) que permita a los trabajadores de la salud mantenerse actualizados en un tema que para muchos recién egresados es desconocido, o hace parte de aquellas enfermedades que se consideraban erradicadas.

La articulación del componente humano y animal en las actividades a nivel municipal, demuestran la complementariedad del actuar oportuno ante la presencia de eventos de estas características.

La comunicación del riesgo cobra mayor relevancia en este momento. Es necesario que la población conozca de la existencia de la rabia, los síntomas en los animales y en los humanos; de igual manera, las formas de transmisión y prevención. Se deben fortalecer los procesos de información, educación y comunicación.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

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

Referencias

1. Organización Mundial de Sanidad Animal. OIE. La rabia sigue matando[Internet]. Boletín Nffl 2014-3. París, Francia. Disponible en: https://www.woah.org/fileadmin/Home/esp/Publications_%26_Documentation/docs/pdf/bulletin/Bull_2014-3-ESP.pdf

2. Organización Panamericana de la Salud. Rabia [Internet]. Washington, DC: OPS. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/rabia

3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Publica Integrada de Rabia Humana, en perros y en gatos código: 300-670 [Internet]. Bogotá, Colombia. Disponible en: http://saludpereira.gov.co/medios/PRO_Rabia2017.pdf

4. Chulasugandha P, Khawplod P, Havanond P, Wilde H. Cost comparison of rabies pre-exposure treatment in Thai children, Vaccine [Internet]. 2006;24:1478-1482. https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2005.03.059

5. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos para la elaboración de productos GFTH. Atención de brotes o emergencias en salud pública [Internet]. Bogotá, Colombia. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/Manual%20de%20ateci%C3%B3n%20a%20brotes.pdf.

6. Rojas G. Perfil epidemiológico de la rabia en Colombia en los últimos 10 años [tesis de grado]. Bogotá: Universidad del Rosario; 2019. Disponible en: https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/19723/Perfil%20epidemiol%C3%B3gico%20de%20la%20rabia%20en%20Colombia%20en%20los%20%C3%BAltimos%2010%20a%C3%B1os%2022%20....pdf?sequence=1&isAllowed=y

7. Instituto Nacional de Salud. Lineamientos Nacionales 2018 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2017. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/Lineamientos%202018.pdf

8. Cadier J. Actualizaciones en vacunología Canina: ¿Cómo Adaptar El Protocolo Vacunal a Cada Animal? La Granja [Internet]. 2015;22:58-64. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/4760/476047267006.pdf

9. Instituto Nacional de Salud. Guía práctica para la atención integral de personas agredidas por un animal potencialmente transmisor de rabia 2018 [Internet]. Bogotá, Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Manejo%20integral%20de%20personas%20agredidas%20por%20animales%20transmisores%20de%20rabia.pdf

10. Organización Panamericana de la Salud. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina. Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia, Prevención y Control de la Rabia [Internet]. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: https://www.paho.org/arg/publicaciones/publicaciones%20virtuales/cdmanualRabia/medidascontrolfocos.html

Recibido para evaluación: 22 de octubre del 2019
Aceptado para publicación: 15 de julio del 2020

Correspondencia:
Tatiana Eugenia Díaz-Hernández
Correo electrónico: tediazh@gmail.com

Bogotá, D.C., Colombia

19 Entrevista Contratista de la Dirección de Participación Social-Gestión Territorial Y Control Social. SDS. Documento primario 1. Bogotá. 2018.

20 Grupo focal Oficina de Participación Social. EPS-C. Documento primario 12. Bogotá D.C. 2018.

21 Entrevista Referente de Participación. ESE. Documento primario 34. Bogotá. 2018.

22 Grupo focal Integrantes del COPACO. Documento primario 20. Bogotá. 2018.

23 Entrevista jefe Regional de Servicio al Cliente. EPS-C. Documento primario 23. Bogotá. 2018.

24 Entrevista jefe Regional de Servicio al Cliente. EPS-C. Documento primario 23. Bogotá. 2018.

25 Entrevista funcionaria de la Oficina de Participación Social. EPS-C. Documento primario 7. Bogotá. 2018.

26 Grupo focal Integrantes de la Asociación de Usuarios. EPS-C. Documento primario 22. Bogotá. 2018.

27 Entrevista presidenta de la Asociación de Usuarios. ESE. Documento primario 29. Bogotá. 2018.

28 Entrevista presidente de la Asociación de Usuarios. IPS-Privada. Documento primario 40. Bogotá. 2018.

29 Entrevista Coordinadora Nacional de Participación Ciudadana. EPS-C. Documento primario 6. Bogotá. 2018.

30 Entrevista funcionario de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud-MSPS. Documento primario 9. Bogotá. 2018.

31 Entrevista Integrante del Comité de Ética Hospitalaria. ESE. Documento primario 18. Bogotá. 2018.

32 Entrevista Contratista de la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad-PDSP. SDS. Documento primario 3. Bogotá. 2018.

33 Entrevista Contratista de la Dirección de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad-PDSP. SDS. Documento primario 3. Bogotá. 2018.

34 Entrevista Coordinadora Nacional de Participación Ciudadana. EPS-C. Documento primario 6. Bogotá. 2018.

35 Entrevista Integrante del Comité de Ética Hospitalaria. ESE. Documento primario 18. Bogotá. 2018.

36 Grupo focal Integrantes del COPACO. Documento primario 20. Bogotá. 2018.

37 Grupo focal Integrantes de la Asociación de Usuarios. EPS-C. Documento primario 22. Bogotá. 2018.

38 Entrevista Integrante de la Asociación de Usuarios-Comisión de Control Social-ESE. Documento primario 15. Bogotá. 2018.

39 Entrevista funcionaria de la Oficina de Participación. ESE. Documento primario 8. Bogotá. 2018.

40 Mosquera J, Gutiérrez A, Serra M. La experincia de participación ciudadana en el control social a la gestión en salud en Cali, Colombia. Colombia Médica [Internet]. 2009;40(1):1-9.

41. Delgado M, Vásquez M. Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia. Rev. Salud Pública [Internet]. 2006;3(8):150-167. https://doi.org/10.1590/S0124-00642006000300002

42 Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría Distrital de Salud. Política Pública de Participación Social en Salud y Servicio al Ciudadano. Bogotá D.C; 2010.

43 Salamanca J. Reglamentación de los espacios y mecanismos de participación ciudadana en el municipio Colombiano: ¿en contra de los principios del constitucionalismo moderno y la filosofía participativa de la constitución política de 1991? [tesis de maestría]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Ciencias Políticas y Sociales; 2014.

Recibido para evaluación: 15 de abril del 2019
Aceptado para publicación: 12 de noviebre del 2019

***Correspondencia**:*
Francy Yanira Pineda-Granados
Correo electrónico: fp5327@gmail.com

Bogotá, D.C., Colombia

Policy Brief

https://doi.org/10.56085/isss.568

Cuidado de la salud visual, ¡reconozca la importancia de la visión!

Visual Health Care. Look Out! Recognize the Importance of Eyesight!

Cuidados com a saúde ocular, olha! Reconhece a importância da visão!

Alejandra Caro-Bonell[1]

Resumen

¿Para quién es este resumen? Para toda la población de Bogotá.

¿Para quién fue preparado? Este resumen se realiza pensando en todas las personas que desean cuidar su salud visual.

¿Qué es un resumen de política? En este caso se trata de un resumen que genera recomendaciones generales del cuidado de la salud visual.

¿Qué encontrará en este resumen? Una reflexión del cuidado y la importancia de la salud visual.

Se invita a compartir este resumen con todas las personas a quienes pueda interesar.

Palabras clave: cuidado, promoción de la salud visual, salud visual.

Abstract

Who is this abstract for? For the entire population of Bogotá.

Who was it prepared for? This abstract was made for all the people who want to take good care of their visual health.

What is a policy abstract? In this case, it is an abstract that generates general eye care recommendations.

What will you find in this abstract? A reflection about the care and importance of visual health.

You are encouraged to share this abstract with everyone who may be interested in the topic.

Keywords: Care, promotion of visual health, visual health.

1. Dirección de Provisión de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Bogotá (Colombia).

Resumo

Para quem é este resumo? Para toda a população de Bogotá.

Para quem foi preparado? Este resumo é feito pensando em todas as pessoas que querem cuidar da sua saúde ocular.

O que é um resumo de política? Nesse caso, é um resumo que gera recomendações gerais para cuidados com a saúde ocular.

O que você vai encontrar neste resumo? Uma reflexão sobre os cuidados e a importância da saúde ocular.

Você está convidado a compartilhar este resumo com todos que possam estar interessados.

Palavras-chave: cuidado, promoção da saúde ocular, saúde ocular.

Introducción

Normatividad, Bogotá en Salud Visual

La política de atención integral en salud en su Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) está orientado en forma articulada con los diferentes actores para contribuir al mejoramiento de la salud (1), por esto, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha venido adelantando para el Distrito Capital las actividades correspondientes para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (2).

El Plan de Desarrollo 2020-2024, en el propósito 1: Hacer un nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política, donde se encaminan las acciones en la promoción de hábitos de vida saludables con enfoque poblacional, diferencial y de género, tiene como meta la orientación de las RIAS. Así mismo, en los atributos se reconoce a Bogotá como una ciudad cuidadora (3).

La Constitución Política en sus artículos 2 y 78 (4), y en concordancia con lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (5), en el Plan de Beneficios en Salud, Resoluciones 3202 de 2016 (6) y 3280 de 2018 (7), manifiesta que todas las personas tienen derecho a realizar el tamizaje y la valoración completa de su salud visual.

Según el resultado de seguimiento de la Resolución 4505 de 2012 (8), en Bogotá hay baja cobertura en el tamizaje visual; en el Régimen Contributivo es del 19,6 %, en el Subsidiado de 14,9 %, y en el de Excepción es de 32 %, esta información corresponde a lo reportado por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) en el año 2019 (9), ahora modificada por la resolución 202 de 2021.

La Ruta Integral de Atención para la promoción y mantenimiento de la salud, en la Resolución 3280 de 2018, describe las actividades que se deben realizar para la atención en salud de la población para cada momento de la vida. Cuando se identifique alguna alteración se deriva la atención hacia las *Rutas Integrales de Atención en Salud* adoptadas en la Resolución 3202 de 2016.

Cuidado de la salud visual

Cogitatus

La palabra cuidado viene del latín *cogitatus:* reflexión, pensamiento, e interés reflexivo que alguien presta a algo (10), pensar en uno mismo y en los demás; si hay autogestión, hay conciencia del autocuidado, no se le debe dejar solo al gobierno, al sistema de salud, a la EAPB o a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), hay que pensar que la salud es tener autonomía, lo que deriva en calidad de vida.

Se debe entender que el ser humano es una integralidad sistémica, la salud visual se ve alterada por las patologías generales, los ojos demuestran el estado general de la salud, y a través de ellos se revelan muchas cosas si se realiza una adecuada valoración visual.

Ahora se plantea una pregunta, estimado lector, ¿cómo cuida su salud visual?

Para los profesionales de la salud visual, el sentido de la vista tiene una importancia fundamental en la vida diaria; la visión permite percibir este mundo y permite al personal de la salud trabajar en el cuidado de esta.

Generalmente a la salud visual no se le presta la importancia que se debe, esa es la realidad; sin embargo, el cuidado del sentido de la visión da relevancia en el momento en que se comienza a deteriorar.

De esta manera, es prudente recordar la Carta de Ottawa en donde se manifiesta que:

> La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, si no como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar transciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente a sector sanitario (11).

Promoción de la salud

Las acciones de promoción de la salud van encaminadas hacia el fomento de la salud visual, lo que evita que se presenten alteraciones visuales en la población. Por esto, y teniendo en cuenta las enseñanzas que ha dejado la pandemia por COVID-19 en donde se fortaleció el teletrabajo y la telesalud, es necesario reconocer la importancia de la ergonomía visual, la cual tiene diferentes alcances: reducción y eliminación de factores de riesgo, reducción de esfuerzos innecesarios y generadores de fatiga, mejoramiento de la productividad del proceso de trabajo, mejoramiento de las condiciones de trabajo, mejoramiento de la calidad de vida del trabajo, rediseño de los puestos de trabajo de acuerdo con las características de los usuarios, entre otras (12).

Las alteraciones visuales pueden ir limitando las actividades diarias, muchas veces sin darse cuenta, debido a la lenta progresión que estas pueden llegar a tener.

La virtualidad se ha convertido en la herramienta más útil para realizar compras, trabajar, estudiar, comunicarse, jugar, entre otras, por eso hay que tener en cuenta en todos los momentos de la vida el cuidado de la salud visual.

¿Cómo podemos cuidar nuestra salud visual?

Al existir conciencia del cuidado de la salud visual y brindándole importancia a la protección de los factores de riesgo que son nocivos para los ojos, se recomienda tener en cuenta para el cuidado de la salud visual lo siguiente:

Adecuada corrección óptica, sobre todo aquellas personas que usan lentes progresivos, para que no realicen acomodación postural con el cuello.

El parpadeo. Al usar mucho tiempo el computador y estar muy concentrados, se prolonga la frecuencia del parpadeo, por eso es importante tomar suficiente agua, se recomienda colocar un recordatorio para no olvidar hacerlo, y así, mantener lubricado el ojo.

Evitar brillos en la superficie de trabajo, sobre todo cuando es de vidrio, generalmente se observa esto con los comedores de las casas, se debe controlar el

deslumbramiento y evitar el contraste y el control de los reflejos en la pantalla.

También existe un papel importante en la **modulación de la luz,** ya que puede conducir a una disminución del rendimiento y aumento de la fatiga, así como también pueden producirse problemas de salud agudos como son los ataques epilépticos y los episodios de migraña (13).

Dentro del conjunto de **pausas activas** existen muchos ejercicios para la acomodación visual, por ejemplo, levantar la mirada fuera de la tarea que se está realizando cada 20 o 30 minutos y así relajar los músculos ciliares mirando algo que se encuentre a más de 6 metros de distancia, o cerrar los ojos, o hacer ejercicios de mirada en diferentes direcciones. ¿Desea comenzar?, póngase cómodo, mire hacia arriba y hacia abajo, haga el ejercicio de seguir el marco de sus anteojos (si no utiliza, imagíneselo), hacia la derecha e izquierda, ahora un movimiento ocular en zigzag, mire la punta de su nariz, parpadee fuerte dos veces y, por último, realice un palming (frote las palmas de sus manos con los dedos cerrados, cierre sus ojos, ahora cubra sus ojos con sus manos de tal manera que se crucen sobre su frente para que su nariz quede descubierta, relájese e imagínese estando en el lugar donde ha sido muy feliz).

En cuanto a la **distancia y ángulo de trabajo,** se recomienda una distancia entre el monitor y los ojos de 45 a 55 cm, con un máximo de 70 cm; así mismo, se plantea un ángulo visual entre 10ffl y 20ffl por debajo de la horizontal, con 30ffl como límite superior (14).

Recuerde que hay alternativas cuando no hay una adecuada agudeza visual, como lo son **ampliar el enfoque (zoom),** mejorar el contraste, descargar una aplicación que lea los textos, modificar la altura de sus lentes progresivos, aumentar el tamaño de la letra, o las ayudas técnicas para pacientes de baja visión o ceguera. Y no menos importante, tener en cuenta las recomendaciones generales de **los 4 puntos de apoyo** (pies, muslos, espalda y antebrazos).

Conclusiones y recomendaciones

No se debe dejar de lado la salud visual, no solo por las molestias e incomodidades que estas pueden generar, sino también porque debemos pensar en la salud visual de las personas en el futuro.

Es importante ver la importancia de la salud, del autocuidado, la responsabilidad de cuidarnos y cuidar a las personas que se tienen al lado.

Nunca olvide consultar a los profesionales en salud visual. *Cogitatus* su salud visual.

Conflicto de intereses: la autora declara no tener conflictos de intereses.

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

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019: Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral – MAITE.

2. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

3. Alcaldía Mayor de Bogotá. Plan de Desarrollo Distrital 2020 – 2024: Un nuevo contrato social y ambiental para el Siglo XXI.

4. Constitución Política de Colombia: Artículos 2 y 78. Ley 9 de 1979: Por la cual se dictan medidas sanitarias, Artículos 550 y 551.

5. Ley 1751 de 2015: Ley Estatutaria en Salud - por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

6. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud.

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 Por medio de la cual se establecen lineamientos técnicos y operativos de la ruta integral para la promoción y mantenimiento para la salud y la ruta integral de atención en salud para

la población materno perinatal y se establecen las directrices para su operación.

8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4505 de 2012: Por la cual se establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de protección específica, detección temprana y la aplicación de las guías de atención integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento.

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4505 de 2012.

10. Anders V. Diccionario epistemológico castellano en línea [Internet]. Chile; 2001-2021. Disponible en: http://etimologias.dechile.net/?cuidar#:~:-text=La%20palabra%20cuidar%20(poner%20atenci%C3%B3n,lat%C3%ADn%20cogitare%20%3D%20%22pensar%22.

11. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud hacia un nuevo concepto de la salud pública - 17-21 de noviembre de 1986, Ottawa (Ontario) Canadá.

12. Muñoz J. Ergonomía básica. Bogotá: Ediciones de la U; 2016. 240 p.

13. International Commission on Illumination. Visual aspects of time-modulated lighting systems – definitions and measurement models [Internet]. 2016. Disponible en: http://files.cie.co.at/883_CIE_TN_006-2016.pdf

14. Pérez A, Acuña A, Rúa, R. Repercusión visual del uso de las computadoras sobre la salud. Rev. Cubana de Salud Pública. 2008:34(4). https://doi.org/10.1590/S0864-34662008000400012

Recibido para evaluación: 10 de octubre del 2020
Aceptado para publicación: 20 de noviembre del 2020

***Correspondencia**:*
Alejandra Caro-Bonell
amcaro1@saludcapital.gov.co

Bogotá, D.C., Colombia