

Universidad de  
**los Andes**  
Colombia

Escuela de Gobierno  
Alberto Lleras Camargo

# Apuntes de Gestión y Políticas Públicas

Esta serie busca visibilizar y poner en el debate público discusiones sobre instrumentos, ideas y recomendaciones de política que se alimentan desde nuestra propia investigación, desde la experiencia de los hacedores de política y expertos, y desde la literatura de punta en el campo de los asuntos públicos: la gestión y las políticas públicas. Tiene un enfoque de coyuntura y busca contribuir con lecciones, aprendizajes, ideas e instrumentos de política a una discusión amplia entre academia, actores estatales y sociedad civil sobre potenciales respuestas a ingentes problemas colectivos y sociales.

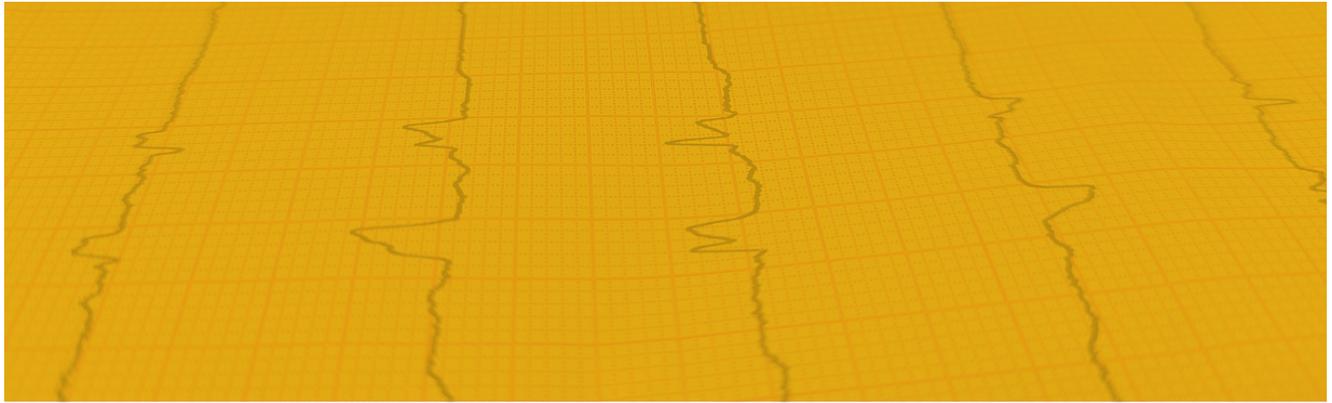
Agosto de 2023 | No. 13

## Capacidad Organizacional Local para la Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en Colombia (Colprecardio)

f |  |  | GobiernoUAndes

Universidad de los Andes | Vigilada Mineducación

Reconocimiento como Universidad: Decreto 1297 del 30 de mayo de 1964 Reconocimiento personería jurídica: Resolución 28 del 23 de febrero de 1949 Minjusticia



El 12 de agosto del 2021 se llevó a cabo un simposio como parte del proyecto Capacidad Organizacional Local para la Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en Colombia (Colprecardio), en la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo de la Universidad de los Andes. Este documento recoge la participación de funcionarios de las secretarías de Salud del Cauca y Boyacá, del Ministerio de Salud y Protección Social, de egresadas de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de los Andes y del director del proyecto.

**Diego Iván Lucumí**

*Profesor asociado de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo, Universidad de los Andes.*

**Elizabeth Daza**

*Ministerio de Salud y Protección Social.*

**Laura Mercedes Trujillo Uribe**

*Magíster en Salud Pública de la Universidad de los Andes.*

**Diana Quiasua**

*Magíster en Salud Pública de la Universidad de los Andes.*

**Laura Valenzuela**

*Magíster en Salud Pública de la Universidad de los Andes.*

**Andrés Araque**

*Enfermero de la ESE Salud del Tundama de Duitama, Boyacá.*

**Kelly Tello Hoyos**

*Referente enfermedades no transmisibles, Secretaría de Salud del Cauca.*

**Martha Iliana Veira Andrade**

*Referente enfermedades no transmisibles, Secretaría de Salud de Boyacá.*



## Fundamentos, desarrollos y alcances de la línea de investigación en gestión local de la salud pública

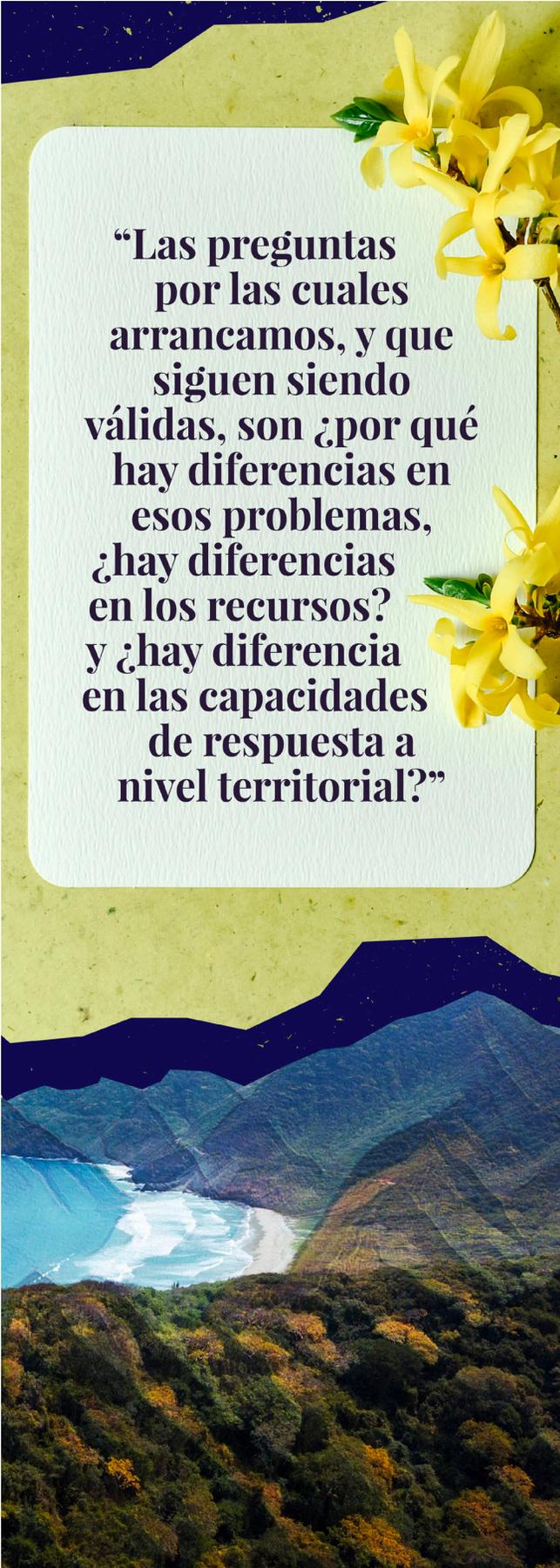
**Diego Lucumí:** Voy a contarles cuáles son las bases del trabajo en gestión local de la salud pública que hemos desarrollado y en la cual se enmarca el proyecto. Un primer ejercicio tiene que ver con cuál es la idea de salud pública y cuáles son los elementos de salud pública que pudieran ser relevantes para pensar una línea de trabajo alrededor de la gestión local. Todos sabemos que hay múltiples definiciones de salud pública. No hay un acuerdo y resulta muy complejo decir que podemos llegar a una única manera de entenderla. Sin embargo, más que proponer una definición, quiero plantear una serie de elementos que son fundamentales para nuestro trabajo.

Uno es la naturaleza poblacional de la salud pública, que quizás es uno de los aspectos en los que hay un mayor acuerdo. En particular, dentro de la línea hay dos grandes intereses en las definiciones de la salud pública que tienen que ver con su interés con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Desde esa perspectiva poblacional y con esos dos intereses, se plantean una serie de preguntas que para nuestro trabajo resultan críticas: ¿cuál es el quehacer fundamental de la salud pública? ¿Cuáles son las acciones que pueden lograr los propósitos de promover la salud y prevenir la enfermedad desde una perspectiva poblacional?

El otro aspecto tiene que ver con quiénes son los actores que en diferentes niveles, desde la perspectiva de la estructura política-administrativa en Colombia, deben involucrarse, entendiendo que esos actores no solamente tienen que ver con lo gubernamental (porque muchas veces nos quedamos con esa perspectiva muy gubernamental de la salud pública), sino que se deben incorporar actores de la sociedad civil, también actores privados que tienen una serie de acciones que pueden tener un aspecto positivo o negativo sobre la salud pública.

¿Cuáles son esos procesos que se han definido que son claves para poder avanzar en esos propósitos? Y no se puede hablar de salud pública sin contexto, territorios, ámbitos o entornos (puede haber muchas maneras de nombrarlos).

Ahora, hay una serie de tensiones en la cual hemos venido trabajando con relación a la gestión local de la salud pública. Hay unos recursos que tienden a tener una naturaleza finita, mientras que los problemas tienden a tener una naturaleza infinita. Porque, si bien tenemos que responder a una serie de situaciones, los recursos no siempre son suficientes para responder a todos los asuntos. Y lo que uno encuentra es que las respuestas están influenciadas por esa tensión entre



**“Las preguntas por las cuales arrancamos, y que siguen siendo válidas, son ¿por qué hay diferencias en esos problemas, ¿hay diferencias en los recursos? y ¿hay diferencia en las capacidades de respuesta a nivel territorial?”**

recursos y problemas. Pero también está vinculada con cuáles son, por ejemplo, las capacidades que ayudan a configurar o a establecer a una adecuada respuesta que se corresponda con las necesidades y recursos en un territorio. De esto, lo que evidenciamos es una serie de resultados; por ejemplo, cuando se revisa la situación del país, se encuentra que esos resultados no son homogéneos y la pregunta por la cual arrancamos a pensarnos este tipo de trabajos, es si había o no resultados homogéneos en términos no solo en la respuesta, sino también en las capacidades para responder a los problemas en salud pública.

Es decir, las preguntas por las cuales arrancamos, y que siguen siendo válidas, es por qué hay diferencias en esos problemas, hay diferencias en los recursos y hay diferencia en las capacidades de respuesta a nivel territorial.

Uno esperaría que para responder efectivamente a un reto como la enfermedad cardiovascular —que ha sido nuestro asunto central del trabajo para pensar lo que tiene que ver la gestión local de la salud pública—, sería hacer un análisis de la situación. Y no solamente de la situación más próxima al problema, como de alguna manera ha sido vista y, a veces, dejamos de lado el tema más estructural: las condiciones de pobreza, todas las condiciones de políticas públicas. Uno pensaría que debería haber una capacidad suficiente para hacer un análisis complejo y completo de la situación, y que debería derivar en un ejercicio de planeación y priorización. Uno también se pregunta si existen o no unas capacidades homogéneas o si hay heterogeneidad en el país frente a cómo planear y priorizar. Y lo mismo frente a cómo proponer intervenciones, ya sea en su diseño e implementación, pero también en la evaluación en el monitoreo de las mismas.

Nosotros nos metimos en la conversación de la gestión local en salud pública, teniendo como referente la enfermedad cardiovascular. Pensamos en cómo estamos o qué hay detrás de indicadores de morbilidad, mortalidad o de prevalencia de factores de riesgo. Para esto, una valoración que ha sido clave es pensar que, si bien en los territorios hay una configuración compleja de actores, hay un actor que por el cual hemos empezado para entender más y son las secretarías de salud. Estas organizaciones, que tienen la función de rectoría, hacen un ejercicio de gestión y tienen bajo su responsabilidad estos temas.

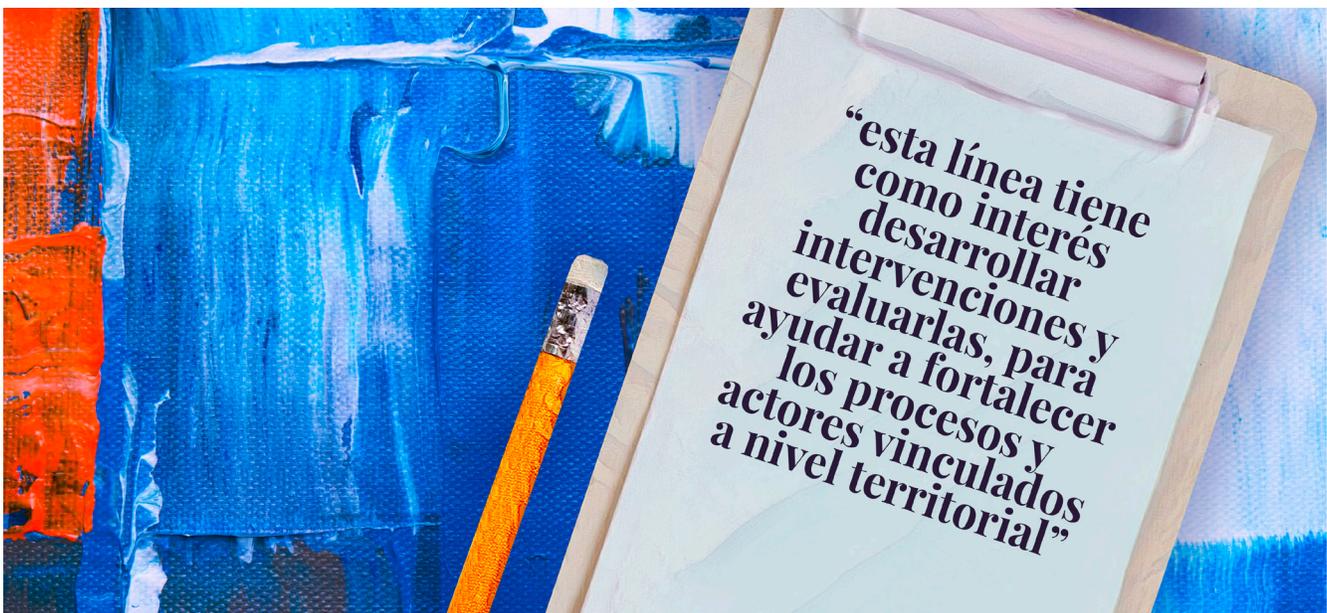
Hay dos fuerzas importantes que configuran el trabajo de las secretarías de salud. Por un lado, unas condiciones externas, o sea, las organizaciones no están ajenas al contexto externo en el cual desarrollan su acción. Por otro lado, hay también unas condiciones internas. Entonces, parte de nuestro interés en este trabajo es poder tratar de valorar cuáles son esas condiciones externas que pueden ser claves en el momento de mejorar el desempeño de estas organizaciones o esta secretaría de salud frente a la enfermedad cardiovascular. También cuáles son esas condiciones internas que influyen su desempeño y esto resulta importante porque lo que la literatura en este campo ha mostrado es que el desempeño es un prerrequisito de los resultados y, a veces, nos quedamos en la perspectiva de pensar solamente los resultados.

Lo que la literatura ha mostrado es que, si no mejoramos los niveles de desempeño de organizaciones de este tipo, será muy difícil impactar los resultados, sobre todo por el papel crítico que juegan en articular todos los actores que pueden confluír en la prevención de una condición como la enfermedad cardiovascular. Cuando uno revisa la literatura, se ha reconocido que hay que pensar en esas condiciones externas que influyen el trabajo de las secretarías de salud. También el trabajo hay que hacerlo sobre esas condiciones internas que tienen que ver con muchos aspectos alrededor

de recursos, de las características del talento humano, de las posibilidades que tienen para poder interactuar con otros actores, de las alianzas que se establecen, etc.

Entonces, teniendo todos esos elementos, lo que hemos venido haciendo es establecer una línea de investigación con dos grandes apuestas. Una es hacer investigación en sistemas y servicios de salud pública, que básicamente busca entender los mecanismos complejos y dinámicos que se relacionan con los esfuerzos que se hacen para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. O sea, este es un trabajo al que no es que no le importen los resultados, pero que tiene mucho más interés en entender los procesos y las características complejas que explican lo que pasa en organizaciones o en los diferentes actores que pueden estar involucrados en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud.

Por otro lado, esta línea tiene como interés desarrollar intervenciones y evaluarlas, para ayudar a fortalecer los procesos y actores vinculados a nivel territorial en mejorar los resultados de salud. Entonces, a diferencia de otras apuestas, aquí el centro no es el resultado, sino que el centro está más en lo que tiene que ver con el desempeño y las condiciones que explican el desempeño de las organizaciones de salud a nivel territorial.





## Gestión de la salud pública en la atención integral en salud

**Elizabeth Daza:** Haré referencia a varios conceptos con el fin de poderlos utilizar para tener un contexto de la operación de las políticas públicas en salud pública, en el territorio y adentrarnos en el tema planteado.

Como anécdota, me tardé concretando el título de la presentación, es decir, si escribía “en la atención” o “para la atención” o “en el marco de la atención”, y esto debido a que no es solo sintaxis, sino que como piso regulatorio hoy existe la Ley Estatutaria en Salud (Ley 751 del 2015) y esta nos brindó un antes y un después frente al derecho a la salud como derecho fundamental y no un derecho conexo a la vida. Así mismo, frente al tema a tratar hay otros elementos relevantes, como lo es la atención primaria en salud.

La resolución 518 del 2015 también es icónica en términos de salud pública, porque adopta, define y da alcance a los procesos de la gestión de la salud pública. Estos procesos están inmersos en todo el sistema de salud y no nos percatamos de ello; es más, cuando ustedes se acerquen a alguno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a una institución prestadora de servicios (IPS), a una empresa administradora de planes de beneficios (EAPB), seguramente les podrán decir: “A mí no me corresponde hacer la gestión de la salud pública, eso le toca a la entidad territorial, a la autoridad sanitaria”. Es más, podríamos pensar que eso de la gestión de la salud pública no le toca a la universidad, eso no le toca al ciudadano, eso le corresponde a la secretaría de salud y al Ministerio de Salud. Y, pues, no es cierto.

A continuación, un breve recuento normativo de contexto. Solo voy a recordar que tenemos un marco muy importante que es la Constitución Política de Colombia, por ende, el hecho de que seamos un Estado Social de Derecho, que Colombia sea un país descentralizado, pero al mismo tiempo unitario, sí tiene repercusiones en la gestión territorial, en la manera como se administran las políticas públicas de salud en el territorio. Es así, como la Constitución le dio cabida a la participación de los privados, en el artículo 4 y 8. Entonces ahí está el Sistema General de Seguridad Social en Salud: la Ley 100 de 1993.

También la Constitución le dio apertura a la descentralización y en atención al Estado Social de Derecho, el Estado asume responsabilidades, competencias o un acompañamiento en la entrega de los servicios públicos, en este caso el de salud, educación y servicios domiciliarios públicos. Para el caso de salud, están los artículos de referencia (Art. 42, 43, 44 de la Ley 715 del 2001), competencias de las entidades territoriales en salud pública y son muy útiles, porque pasa el tiempo y surgen interrogantes como: “¿Qué es lo que le toca hacer a la entidad territorial en salud pública?” y la respuesta es que les corresponde coordinar, acompañar, dirigir, liderar. “¿Dónde dice eso?”, en la Ley 715. Tengan esta Ley en su radar.

Ahora bien, la Ley 1122 del 2007 es relevante porque le dio a este país una definición de la salud pública. Alguien puede decir, “pero eso es muy sencillo”, pero sabemos que no es tan sencillo de definir. Hay

algunas corrientes que plantean que la salud pública es solo lo público, digamos lo que hace el gobierno y las entidades descentralizadas, y para otras corrientes conceptuales la mirada es más amplia, que es justamente la que quedó en la Ley 1122.

Otras normas icónicas son la Ley 1438 del 2011, porque le dio apertura a la resolución del Plan Decenal de Salud Pública; la resolución 1841 del 2013 y a la resolución 518 del 2015, que es la que nos da el piso a la gestión de la salud pública, como se mencionó minutos atrás. También dio piso jurídico a la resolución 1536 del 2015 que establece disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud a cargo de las entidades territoriales y es fundamental para el desarrollo de la gestión de la salud pública en el territorio.

Es por ello que esta Ley es un desarrollo normativo de la salud pública, pues se traduce en herramienta de política pública, como lo es el Plan Decenal<sup>1</sup>, y allí quedaron unas dimensiones y unas líneas operativas. Una de las líneas operativas es la gestión de la salud pública. Otra es de la gestión de riesgo, otra la promoción de la salud. Cuando inició su vigencia, estábamos transitando los Objetivos del Milenio 2015, pero actualmente se transita en los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y estos orientan lo que el país desea alcanzar en términos de salud pública.

Cuando se habla de la salud pública, se nos viene un océano de ideas y preconceptos, es así como si le preguntamos a la persona que está en la ciudad, en el campo, en la comunidad dispersa, si le preguntamos a la persona que vende tintos en la esquina, que vende juguitos, va a tener una idea de lo que es salud pública. Por eso es importante poder orientar a los actores del sistema de salud y poder llegar a la base social de la salud pública, pues todos estamos implicados en ella y tenemos relación con ella.

Ahora, cuando se genera la pregunta ¿qué es eso de la gestión de la salud pública? Digamos que es un concepto construido y que está detallado en la resolución 518 del 2015 y en palabras corrientes, se explicaría así: resulta que las secretarías de salud, o las entidades que hagan sus veces en el territorio, realizan unas acciones en salud, a saber: movilizan el

---

1 Para este momento estaba vigente el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

aseguramiento, la prestación, la participación social y las intervenciones colectivas. Todo eso es la gestión, todo lo que se hace para que algo suceda. Así se define en términos administrativos la gestión.

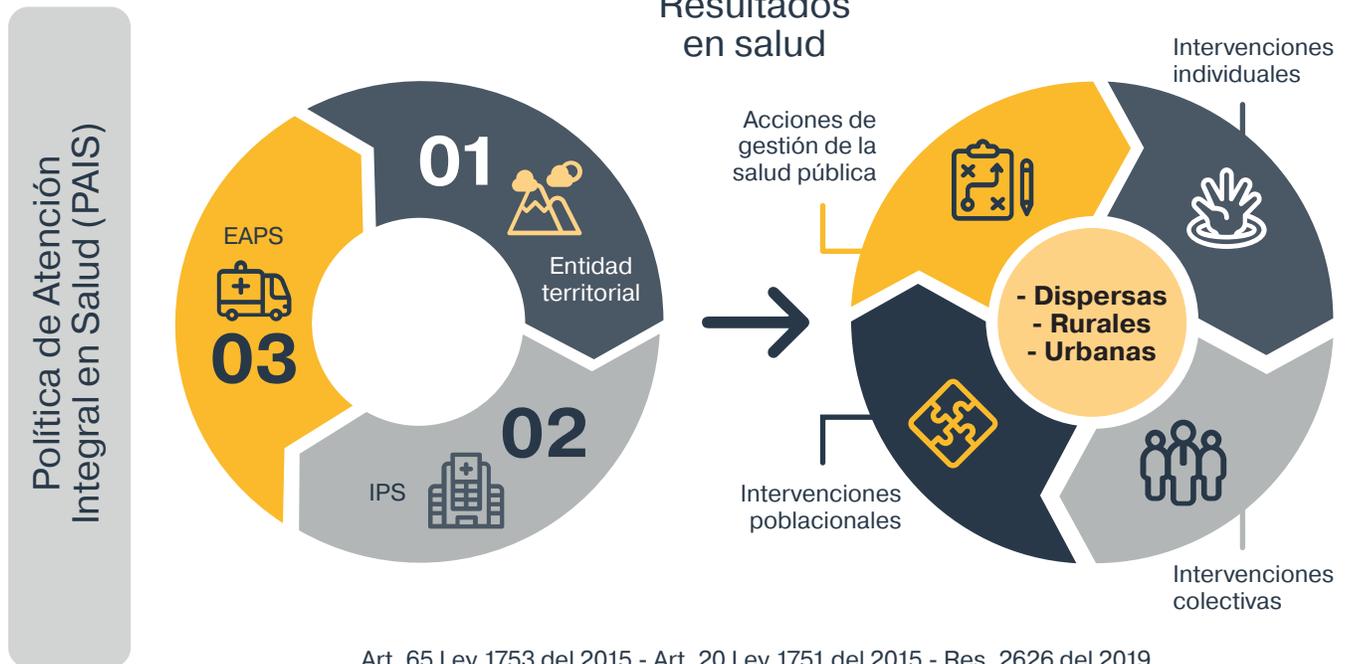
Al adentrarnos en lo que es la gestión pública, tomamos el concepto de la Escuela Superior de Administración Pública<sup>2</sup>, considerando que en la administración pública se necesita que sucedan cosas que dinamicen, que hagan orientar la ejecución de las personas que hacen parte de ese proceso con el fin de lograr unos objetivos. Así que el liderazgo lo tiene la autoridad sanitaria en el ejercicio de su rectoría y en la gerencia de procesos. Si no se piensa en gerencia de procesos y se sigue pensando de manera fraccionada todos los esfuerzos que hace la autoridad sanitaria local, ¿para qué sirve toda esa gestión de la salud pública? Pues, debería servir para alcanzar unos resultados en salud, que afecten a las personas, a las familias, a las comunidades y a la autoridad sanitaria local para generar gobernanza en salud.

La Ley 715 del 2001 está pensada para brindar claridad de competencias, en especial en lo que respecta a dirigir, coordinar y vigilar a todos los actores del sistema de salud, no solo a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ese es el rol de la entidad territorial, que todos estén armonizados y que sí logremos algo efectivo para la población. En este caso la garantía del derecho a la salud. En el ejercicio de la gestión de la salud pública tenemos diferentes agentes: la IPS, la aseguradora y la entidad territorial, y la base comunitaria que también es un agente del sistema. En el centro están las personas, las familias, las comunidades, como sujetos de cuidado, que se encuentran en los entornos dispersos, rurales, urbanos, que es donde están las personas y, por tanto, deben articularse las acciones de la gestión de la salud pública, así como las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales.

---

2 Es la aplicación de todos los procesos e instrumentos que posee la administración pública para lograr los objetivos de desarrollo o de bienestar de la población. "Proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, que articula la planificación, ejecución, seguimiento, evaluación, control y rendición de cuentas de las estrategias de desarrollo económico, social, cultural, tecnológico, ambiental, político e institucional de una Administración, sobre la base de las metas acordadas de manera democrática". Departamento Nacional de Planeación. Escuela Superior de Administración Pública ESAP. Gestión pública local. p.11.

## Atención integral en salud



## Procesos de la gestión de la salud pública



## Resultados en salud

Intervenciones colectivas: Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud Resolución 3280 del 2018	Hogar 	Educativo 	Comunitario 	Laboral 	Institucional 
Caracterización social y ambiental en entornos de vida cotidiana	✓	✓	✓	✓	
Información en salud	✓	✓	✓	✓	✓
Educación y comunicación para la salud	✓	✓	✓	✓	✓
Prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores	✓	✓	✓	✓	✓
Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales		✓	✓	✓	
Zonas de orientación y centros de escucha		✓	✓		
Rehabilitación basada en comunidad	✓		✓		
Tamizaje	✓	✓		✓	✓
Jornadas de salud		✓	✓		
Vacunación antirrábica	✓		✓		
Adquisición y suministro de uso de medicamentos o insumos de uso masivo para la prevención, control o eliminación de eventos de interés en salud pública	✓	✓			✓

¿Qué es la gestión de la salud pública? La resolución 518 del 2015 lo define. Son trece procesos por medio de los que se puede organizar lo que hace la autoridad sanitaria, lo que hacen los diferentes agentes del sistema, según alcance legal, de responsabilidad y de competencia y su articulación. Hay unos procesos estratégicos, otros misionales y otros de apoyo. Como pilar de los procesos estratégicos está la planeación integral en salud, pues si no hay la planeación integral adecuada, se generan retrasos en la ejecución de recursos, no hay operación, armonización con las intervenciones individuales y allí están los otros procesos estratégicos, la coordinación intersectorial, desarrollo de capacidades, participación social y gestión del conocimiento.

El propósito sería que todos los ciudadanos, actores sepan todo eso que pasa tras bambalinas de la gestión de la salud pública para que sucedan las intervenciones. Tiene que haber gestión de las intervenciones colectivas, tiene que haber vigilancia en salud pública, tiene que haber inspección, vigilancia y control sanitario; tiene que haber gestión de la prestación de los servicios individuales, gestión del aseguramiento y otros procesos de apoyo como gestión de insumos en salud pública, gestión

del talento humano, gestión de la administración financiera. Algunos de estos procesos no se financian o no tienen como fuente el Sistema General de Participaciones, sino otros recursos.

Cuando hablamos de las intervenciones poblacionales, se hace referencia a aquellas intervenciones que se entregan desde el nivel nacional o desde la autoridad sanitaria departamental, distrital o municipales. Todas esas políticas públicas son intervenciones poblacionales que van a incidir en el cuidado cardiovascular, en este caso.

Las intervenciones colectivas son las que realiza la dirección territorial de salud a una población específica, una población particular, en términos de riesgo cardiovascular o frente a otros riesgos. Las intervenciones colectivas se encuentran descritas en la resolución 518 del 2015 y su anexo técnico fue modificado por la resolución 3280 del 2018, pasando de quince a once tecnologías en salud, estas se pueden entregar en los diferentes entornos: hogar, educativo, comunitario, laboral e institucional, y desde el plan de intervenciones colectivas se puede contratar y se puede ejecutar.



EAPS

IPS

**RIA promoción y mantenimiento de la salud**



Valoración Integral/  
Identificación de  
Alteraciones

Protección  
Específica

Educación  
para la Salud

**Tamizaje y  
clasificación RCV**

**Res. 3280 de 2018 y 276 de 2019**

Puntualizando en el abordaje del riesgo cardiovascular, es fundamental la información en salud, educación y comunicación para la salud, jornadas en salud y caracterización social y ambiental en los entornos de vida cotidiana. Para cada una de estas intervenciones hay un documento técnico que explica qué es y la forma de desarrollarlo por parte del territorio; y dado que estas intervenciones están financiadas con el Sistema General de Participaciones, que son recursos públicos de salud pública que llegan con una destinación específica.

Respecto a las intervenciones individuales, son importantes porque debemos ir permeando el discurso de la atención integral y que la gestión de la salud pública es parte de la atención integral en salud. En todo caso, cuando estamos hablando de la atención primaria en salud y de la gestión en este escenario para lograr resultados territoriales, también tienen que estar las intervenciones individuales. Dentro de estas encontramos la Ruta Integral de Atención para la Promoción y mantenimiento de la salud, y dentro de ella hay una valoración integral. El objetivo es que se desarrollen actividades de tamizaje y clasificación de riesgo cardiovascular, así como educación para la salud.

Al ubicar eslabones claves lograr resultados en salud en términos de riesgo cardiovascular, hay aportes desde lo individual, colectivo, poblacional y la gestión de la salud pública. Uno de los procesos más importantes es la planeación integral en salud,

cuyo marco normativo es la resolución 1536 del 2015 y su metodología de PASE a la equidad. Es relevante a partir del Plan de Desarrollo Territorial, que genera un Plan Territorial de Salud (PTS), y de este se genera un Plan de Acción en Salud (PAS). Del Plan de Acción en Salud se desprende el componente operativo anual de inversiones (COAI), que va a respaldar financieramente las actividades a desempeñar en la gestión de salud pública y en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Parece un poco enredado, pero esos son los términos normativos, es el proceso legal y es la manera como se materializan los recursos en salud. Si no hay recursos, no se movilizan los esfuerzos.

La planeación en salud tiene productos, resultados e impacto. En el caso del riesgo cardiovascular es responsabilidad de la autoridad sanitaria territorial priorizarlo y es importante que tenga el soporte cualitativo, cuantitativo de qué es verdaderamente relevante para su territorio.

En síntesis, nos quedan muchos retos en la gestión de la salud pública, pues cuando se generan las políticas públicas y se intenta materializarlas en actos administrativos que movilicen, que impulsen la realidad en el territorio, lo importante es que veamos todo el panorama, que no se nos olvide qué es lo que moviliza y detrás de todas esas actividades, está la *gestión de la salud pública*. El reto es lograr resultados en salud, en las personas, en las familias y en las comunidades.



## Validación de un instrumento y medición de la capacidad local en salud pública en Colombia: el caso de la capacidad de prevención de la enfermedad cardiovascular

**Diego Lucumí:** Vamos a explorar dónde estamos desde la perspectiva territorial frente a la capacidad para responder a un desafío de la magnitud que tienen las enfermedades cardiovasculares.

Cualquier aproximación sobre la valoración de capacidades territoriales para hacer prevención de la enfermedad cardiovascular o abordar otro problema de salud pública, debería tener presente los elementos que Elizabeth mencionó. Las implicaciones epidemiológicas, pero también las de tipo social y económico que tiene esta condición, que no necesariamente se reconocen como problema de salud pública. Incluso teniendo los elementos que da, por ejemplo, el análisis de situación de salud, no necesariamente lleva a que haya un reconocimiento público y político de la enfermedad cardiovascular como problema de salud pública.

Ahora, está claro que hay un papel fundamental a nivel territorial, con esto no estoy queriendo decir que lo nacional no tenga un papel, pero estoy enfatizando el papel del nivel territorial frente a las acciones que se pueden desarrollar para la prevención de la enfermedad cardiovascular. Quizá es en el nivel local donde las personas más directamente interactuamos y vemos esa relación entre todos esos temas que, a veces, son muy teóricos y retóricos con nuestra realidad.

Es en esa cotidianidad de lo territorial donde se expresan y se hacen evidentes estos aspectos que tienen que ver con las posibilidades de prevenir una condición como la enfermedad cardiovascular. Pero acá está una pregunta: ¿en realidad los territorios están en la misma condición frente al desafío que implica atender un asunto como la enfermedad cardiovascular?

En los ejercicios sistemáticos –insisto que desde el Ministerio de Salud y Protección Social se hacen ejercicios de valoración de esa naturaleza– hay unas necesidades y unos vacíos importantes frente a lo que implica entender los temas de la gestión y hacer unos procesos que nos permitan, de manera más sistemática, valorar de esas capacidades, al menos en lo que tiene que ver con la enfermedad cardiovascular. Hay unos reconocimientos, pero también hay una evidencia de vacíos. La literatura en salud pública ha reconocido, de diversa manera, este tema de las capacidades y no hay consenso.

Se ha propuesto que esta capacidad tiene una perspectiva multinivel, en la medida que se puede valorar a nivel individual u organizacional, a nivel comunitario e incluso de los sistemas. Nosotros hemos hecho un énfasis particular en lo organizacional, sabiendo que las definiciones son muy complejas. Una definición para este ejercicio es

básicamente el poder entender la capacidad de las organizaciones para la prevención de la enfermedad cardiovascular: esas características que tienen para gestionar la prevención efectiva y sostenible en su área de jurisdicción.

Nosotros hemos reconocido una serie de problemas para el caso colombiano y la ausencia de modelos conceptuales que ayuden a orientar la indagación. Hay una literatura muy rica sobre este asunto en una perspectiva más anglosajona. Pero es otro modelo de salud, otro tipo de población.

Entonces, esos instrumentos no se pueden apropiarse a nuestras características y eso hace que no tengamos mucha claridad sobre esas capacidades de las que estamos hablando. ¿Soluciones ante eso? Pensar en diseñar modelos que nos ayuden a orientar este abordaje y que sean más cercanos a nosotros. Diseño y evaluación de instrumentos que permitan hacer un monitoreo constante. Si lográramos eso, podríamos tener mejores intervenciones que ayuden a fortalecer esa capacidad y que lleven a un mejor desempeño. Y ahí sí pensar en los resultados. Insisto, muchas veces nos concentramos en los resultados, pero la literatura ha sido muy explícita: si no abordamos lo que está atrás va a ser muy difícil modificar resultados en salud.

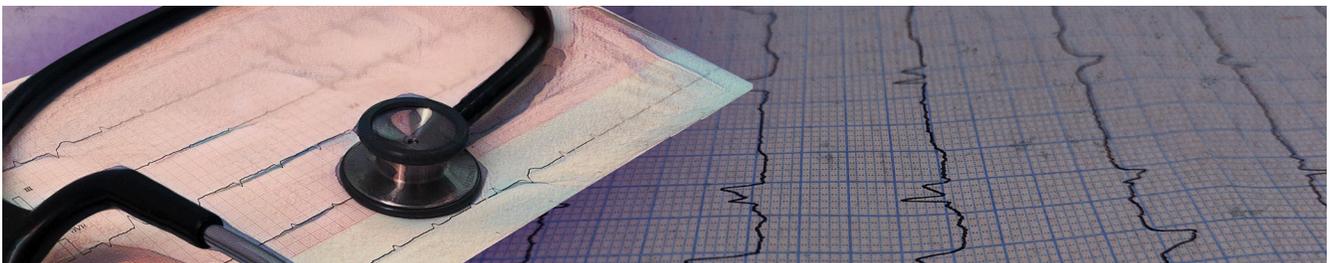
Lo que uno ve en la conversación es que hay un interés muy grande en los resultados, pero no en lo que está detrás, que es fundamental en esos resultados en salud pública. En este caso, los que tienen que ver con la enfermedad cardiovascular. Nosotros hemos examinado la capacidad de prevención para poder aportar elementos al desarrollo de intervenciones que ayuden a fortalecerla. Hemos hecho un recorrido por cinco objetivos específicos que tienen que ver con pensar un modelo conceptual que sea más apropiado al contexto colombiano, validar un instrumento para ese fin, tener una línea de base que nos permita abordar ese asunto, hacer una exploración más cualitativa y poder diseñar intervenciones.

Básicamente arrancamos con un ejercicio de revisión de la literatura, saber cómo se estaba abordando la capacidad de prevención a nivel internacional, para luego pensar cuál podría ser un modelo, a hacer un ejercicio de consulta con un grupo pequeño de expertos.

Luego ir a un proceso de validación del instrumento, construir una primera línea de base, usando la información de ese instrumento. Después, aportar elementos desde lo cualitativo, pensar, con las secretarías de salud de Boyacá y Cauca, una intervención y estar próximos a empezar a pilotear un ejercicio alrededor de este asunto y pensar que en la medida que vayamos depurando el instrumento, pudiéramos llegar a más entidades territoriales.

Cuando uno mira hay modelos sobre esto, o sea nosotros no estamos diciendo que somos los que estamos incursionando en la literatura. Una característica grande de los modelos es que hacen esa distinción entre condiciones externas y condiciones internas, o sea, es un elemento en el que hay cierto nivel de consenso cuando uno piensa la capacidad de prevención. Nosotros agrupamos las condiciones externas en tres aspectos.

A partir de la literatura entendemos que hay unas condiciones de tipo político, otras que tienen que ver más con la naturaleza poblacional, otras que son más de tipo organizacional y todas estas las reconocemos como condiciones estructurales. Reconocemos condiciones externas e internas a las organizaciones. Luego, el reto que encontramos es que no hay un consenso alrededor de qué es la capacidad y lo que encontramos es que no solamente es multinivel, sino que es también multidimensional, es decir, que es un constructo que no se puede medir a través de una sola dimensión. Y ahí encontramos un problema y es que hay múltiples maneras de hacer esa medición, porque los autores proponen múltiples dimensiones medibles.



Revisando esa literatura y haciendo una valoración del contexto colombiano, llegamos a las seis dimensiones que definen la capacidad de las organizaciones para responder a la prevención de la enfermedad cardiovascular. Entendemos que esa capacidad organizacional está influenciada también por las capacidades del sistema y la capacidad comunitaria, pero también por la capacidad de las personas que dentro de la organización tienen un rol en términos de la prevención de la enfermedad cardiovascular (ver modelo).

Si hay diferencias en estas dimensiones entre entidades territoriales, la hipótesis es que hay diferencias en el desempeño. La siguiente hipótesis es que si hay diferencias en el desempeño habrá diferencias en los resultados. Este proceso se ha dividido en dos. Uno que tiene que ver con lo que nosotros llamamos la evaluación de esa capacidad: *e-Colprecardio*<sup>3</sup>.

El ejercicio de construcción de una respuesta a través del diseño de un instrumento, que inicialmente se validó, llevó a que quedaran seis dimensiones con una serie de subdimensiones. Ese primer ejercicio, usando el cuestionario, nos permitió concluir que había diferencias a nivel territorial.

Desde el punto de vista cualitativo, encontramos una serie de circunstancias que estaban siendo reconocidas desde las secretarías para responder adecuadamente a ese rol de prevención de la enfermedad cardiovascular. Aparecen una serie de asuntos que también se han visto en la literatura global.

Temas que tienen que ver con los recursos humanos, con la relación con otros sectores, con el liderazgo, con la poca voluntad política, etc. Lo cualitativo nos permitió seguir profundizando en ese análisis y en esos factores que explican las diferencias en términos de capacidad entre las entidades territoriales.

No podíamos quedarnos solamente en un ejercicio de evaluar esa capacidad, pues hay una necesidad de intervenir y buscar modificar esas condiciones.

---

3 Evaluación de la capacidad organizacional local para la prevención de la enfermedad cardiovascular en Colombia.

El siguiente paso, en el que seguimos trabajando con las dos secretarías de salud, es proponer una intervención piloto que nos permita fortalecer esa capacidad en lo que denominamos *i-Colprecardio*<sup>4</sup>.

Esa intervención tiene también su modelo, el cual reconoce que hay una serie de antecedentes, aspectos que no vamos a poder resolver, al menos en el corto plazo, y que están por fuera de una intervención como la que nosotros podríamos desarrollar.

La literatura señala el liderazgo y la comunicación como temas importantes para explicar la capacidad de una organización territorial dedicada a la prevención de la enfermedad cardiovascular. Hay un elemento que tiene que ver más con lo socioemocional. Y hay un elemento que tiene que ver más con lo técnico, que es donde casi siempre ponemos toda la atención. Esta intervención quiere trabajar dos elementos: lo socioemocional y lo técnico. Y reconoce que, a través de ese ejercicio de lo socioemocional, lo técnico se puede llegar a fortalecer en las secretarías que están al frente de la prevención de la enfermedad cardiovascular y contribuir a mejorar resultados. Es decir, mejorar competencias, relaciones y formas de trabajo; y en el mediano plazo, abordar asuntos que tienen que ver con factores de riesgo; o incluso, en el largo plazo, morbilidad y mortalidad. El centro no son las intervenciones en la población.

La intervención, desde la perspectiva en la que hemos venido trabajando, tiene que ver más con quienes están al interior de la organización. Siguiendo esa lógica de que si no mejoramos esas condiciones de desempeño va a ser más difícil alcanzar unos resultados adecuados frente a aquellos factores que explican el desarrollo de una condición como la enfermedad cardiovascular.

¿Qué es lo que sigue? Establecer un sistema de monitoreo de esta capacidad para seguir y acompañar a las entidades territoriales, y seguir teniendo ese tipo de alianzas como las que tenemos con las secretarías de salud de Cauca y de Boyacá, para poder fortalecer esas capacidades territoriales.

---

4 Intervención de la capacidad organizacional local para la prevención de la enfermedad cardiovascular en Colombia.

### Modelo conceptual de la evaluación capacidad organizacional local para la prevención de la enfermedad cardiovascular en Colombia (*e-Colpecardio*)



Esa es la visión que tenemos alrededor de esto y la expectativa que tendríamos a futuro. Por ahora, la idea es que podamos concretar estos propósitos, establecer este sistema de monitoreo y seguimiento a la capacidad, y de ir haciendo acciones para fortalecerla.

Unas que tienen que ver con seguir entendiendo algunos aspectos, no necesariamente en lo cardiovascular, pero que sí son importantes desde la perspectiva de la gestión en general. Y uno de esos asuntos tiene que ver, por ejemplo, con el análisis del gasto en salud pública. Elizabeth nos planteaba algo que no deja de ser preocupante, y es que, si bien el país destina cerca de 1,2 billones de pesos del Sistema General de Participaciones a salud pública, estos recursos no siempre terminan por ser ejecutados. Nos mencionaba que la ejecución puede estar alrededor de un 80, 85 %. Incluso, para algunas entidades territoriales puede ser mucho menor. Eso no deja de preocupar, porque hay una especie de disonancia entre el uso de estos recursos y la necesidad, que se plantea en muchos espacios, que se tiene en lo local frente a la importancia de hacer inversión en salud pública.

Elizabeth señalaba algo que es clave y es el momento de uso de estos recursos, esos gastos llevan a que muchas veces se realice al finalizar el año, con lo cual, desde el punto de vista técnico, puede tener una serie de implicaciones que hacen que el efecto esperado de las intervenciones no sea el mejor. En esa medida, esta perspectiva busca entender lo que ha sido el gasto reciente en salud pública y tratar de ver si hay algunos factores que pudieran o no explicar ese gasto.

Este es un análisis inicial de todos estos aspectos que pudieran estar influenciando el gasto a nivel de los municipios. Este tema es importante porque hay unos elementos que son clave que tengamos presentes. Reclamamos más recursos para la salud pública, pero estamos encontrando que no estamos siendo capaces de hacer uso de los recursos que tenemos destinados. También puede estar relacionado con lo que hemos venido discutiendo y es si hay situaciones de capacidad a nivel local que expliquen esas diferencias en la manera en la cual se hace la ejecución de recursos destinados a la salud pública en las entidades territoriales de Colombia.



## Gestión del PIC en el componente modos, condiciones y estilos de vida saludables en dos municipios del Cauca: un estudio de caso múltiple

**Laura Mercedes Trujillo Uribe:** La presentación hace referencia a la relación entre la gestión de las intervenciones colectivas y los indicadores de proceso del componente “Modos, condiciones y estilos de vida saludable” en dos municipios del departamento del Cauca entre el 2016 y el 2019.

La gestión de la salud pública es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo que conduce la autoridad sanitaria y lo que pretende es que se ejecuten políticas, planes, programas y proyectos en salud pública de manera efectiva. El objetivo de la gestión de la salud pública es alcanzar unos resultados en salud, de acuerdo a la priorización de los territorios.

La gestión de la salud pública incorpora trece procesos según lo establecido en la resolución 518 del 2015, dentro de esos procesos hay uno en el que se centra este estudio y es el proceso de “Gestión de las intervenciones colectivas”. Esta gestión pretende planear, ejecutar, hacer seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas también conocido como PIC. Las intervenciones del PIC tienen un carácter de promoción de la salud y de gestión del riesgo, y están dirigidas a los grupos poblacionales a lo largo de su curso de vida.

Un dato interesante es que, en el 2019, para financiar las intervenciones del PIC Colombia destinó \$975.411.000 millones de pesos de los recursos del Sistema General de Participaciones, este recurso es importante, y vale la pena valorar e investigar sobre la eficacia y efectividad de esta inversión en el país. Mediante el PIC, los territorios implementan intervenciones de acuerdo a lo que consideran es prioritario para la salud de su población, y una de las dimensiones que por lo regular se prioriza, es la de *vida saludable y condiciones no transmisibles*, pues representa unas condiciones que generan una carga importante para el sistema de salud por los elevados costos que implica su atención y, sobre todo, porque generan una alta morbilidad y pérdida de años de vida saludable de la población colombiana.

Entre el 2009 y el 2018 se prestaron 811 millones de atenciones en las diferentes IPS y más de la mitad de esas atenciones, más o menos 531 millones (65,4 %), estuvieron relacionadas con enfermedades no transmisibles. Esto demuestra que el gasto de la atención en salud es muy representativo con este tipo de enfermedades. Entre el 2005 y el 2017, las enfermedades del sistema circulatorio constituyeron la primera causa de mortalidad del país. Todas estas enfermedades están abordadas en la dimensión *vida saludable y condiciones no transmisibles* del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Hay un componente dentro de la dimensión previamente citada, que se denomina *modos, condiciones y estilos de vida saludable* (MCEVS) el cual aborda los cuatro comportamientos relacionados con las condiciones no transmisibles: alimentación no saludable, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol. Muchos municipios priorizan este componente para ejecutar su PIC, dado que estas condiciones influyen en la incidencia y prevalencia de las condiciones no transmisibles. En este componente los territorios presentan diferentes desempeños en términos de indicadores de proceso y resultado, por razones que vamos a explorar en dos municipios del Cauca mediante este estudio. Son pocas las investigaciones que han valorado la gestión del PIC y muy pocos los que exploraron el componente MCEVS, lo que motivó la realización de este estudio.

El objetivo fue explorar cómo se relaciona la gestión del PIC con indicadores de proceso del componente MCEVS en dos municipios del Cauca entre 2016-2019. Este es un estudio de caso múltiple, usé técnicas cualitativas y cuantitativas para evaluar el proceso de gestión del PIC. Dentro de las técnicas cualitativas se hizo observación participante donde se observaron las actividades colectivas en los dos municipios; se hicieron entrevistas semiestructuradas a las secretarías de Salud, a los ejecutores del PIC que son las Empresas Sociales del Estado (ESE) y a la población que se benefició de las actividades, finalmente se revisó la documentación disponible sobre el proceso. En cuanto a la técnica cuantitativa, se hizo un análisis de bases de datos de indicadores de procesos de gestión del PIC.

Ahora, ¿cómo se seleccionaron estos dos municipios en el Cauca? (que en adelante denominaré caso uno y caso dos). Se hizo un muestreo de casos extremos. ¿Qué quiere decir esto? Que a pesar de compartir características sociodemográficas y de ubicación muy similares, los dos casos tuvieron desempeños diferentes en la gestión del PIC y en sus indicadores de proceso. Ambos casos son categoría 6, de acuerdo al

número de sus habitantes y recursos que les llega del nivel nacional; sobre la proporción de personas con necesidades básicas insatisfechas (NBI), el caso 1 tuvo 13 % de la población con NBI, y en el caso 2 tuvo 17,9 % de la población con NBI. Los dos municipios se ubicaron en la zona centro del departamento del Cauca. Pero esos municipios, a pesar de ser similares en las características previamente planteadas, presentaron comportamientos diferentes en su gestión del PIC.

La unidad de análisis fue el proceso de gestión del PIC de los casos 1 y 2, y para efectos de recolección de la información, se trabajó con personas que ejecutaron ese PIC, y con los documentos y bases de datos que dieron cuenta del proceso en mención.

¿Cómo se hizo el estudio? Se hizo una evaluación del proceso de la gestión del PIC en ambos casos, específicamente en el componente MCEVS. En relación al análisis las secretarías, tanto departamentales como municipales, destinan unos recursos para ejecutarlo. La empresa social del Estado (ESE) o la IPS indígena, que en algunos municipios hace presencia, ejecutan también el PIC, son quienes ejecutan las actividades y los colectivos poblacionales. Son quienes se benefician de estas actividades y lo que se espera es que se cumplan las metas.

En este trabajo de investigación primero se definió el objeto de la evaluación: explorar cómo se hizo la gestión, cómo se gestiona el PIC en los territorios y eso cómo influencia sus indicadores. Se definió el enfoque de la evaluación, que es un estudio de caso múltiple, con información cualitativa y cuantitativa. Se planeó el ejercicio, se realizó la evaluación, ya hablamos anteriormente de las técnicas y estamos en el momento de la retroalimentación de los resultados, es importante destacar que en el componente cualitativo el proceso se hizo con enfoque de marco de trabajo, es decir, se analizó toda la información recolectada por categorías, y en el componente cuantitativo se usaron dos indicadores: eficacia



operativa y eficacia financiera. La eficacia operativa hace referencia a qué porcentaje de actividades el municipio logró ejecutar respecto al total de las proyectadas o contratadas, y la eficacia financiera hace referencia al porcentaje de recursos financieros que el municipio logró ejecutar respecto al total proyectado.

Los resultados muestran lo siguiente: en el caso 1 la eficacia total del PIC departamental estuvo entre el 96 % y 100 %, y la eficacia en el componente MCEVS estuvo entre el 97 % y 100 %; de forma paralela la eficacia total del PSPIC municipal estuvo entre el 94 % y 100 %, y la eficacia en el componente MCEVS estuvo entre el 95 % y 100 %. Respecto al caso 2, la eficacia total del PSPIC departamental estuvo entre el 70 % y 99 %, y la eficacia en el componente MCEVS estuvo entre el 96 % y 97 %; la eficacia total del PSPIC municipal estuvo entre el 72 % y 87 %, y la eficacia en el componente MCEVS estuvo entre el 68,5 % y 87 %. Es decir, el caso 2 tuvo un desempeño menor en términos de eficacia operativa en comparación con el caso 1.

Veamos qué hay detrás de esto en términos cualitativos. Sobre la planeación del PIC, recordemos que debe estar en coherencia con el Plan Territorial de Salud. Resulta que en los dos municipios hubo dificultades para comprender y desarrollar la metodología PASE a la equidad, con la cual se formulan los planes territoriales de salud y ninguno puso metas específicas de “modos, condiciones y estilos de vida saludable” sobre alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco, sino que había metas sobre mortalidad por hipertensión o por diabetes.

En el caso 2 particularmente hubo muchas dificultades con la formulación del Plan Territorial de Salud y con su monitoreo también. Sobre la planeación operativa anual, ambos municipios se orientaron bajo la estrategia 4x4 ampliada, porque esa era la directriz del departamento del Cauca, y tomaron otros elementos del plan territorial de salud y ASIS. Pero ningún municipio manifestó que hubiese revisado evidencia empírica o teórica disponible para formular sus actividades de salud pública anuales.

El caso 2 manifestó, dentro de las entrevistas, que usaron el PIC de otros municipios para formular sus propios PIC anuales, lo que evidencia errores en la

planeación y pertinencia de las actividades, porque los municipios son diferentes y tienen prioridades diferentes, por lo que no podrían tomar lo que otros hacen sin un análisis riguroso de pertinencia. En el caso 1, por ejemplo, el gerente de la ESE se involucró directamente durante todo el cuatrienio en la planeación, proyección y revisión del PIC.

Sobre la contratación, ¿qué encontramos? El caso 1 hizo una contratación oportuna en el tercer y cuarto año, pero el caso 2 nunca hizo una contratación oportuna, siempre la contratación fue a partir del segundo trimestre del año. El caso 1 hizo un estudio de costos cada año, para que las actividades contaran con los recursos necesarios, pero el caso 2 no manifestó haber realizado el costeo de las actividades a contratar.

Sobre el talento humano, en ambos municipios hubo influencia política para seleccionar el personal que ejecutó el PIC, pero la permanencia siempre estuvo sujeta al buen desempeño. El talento humano del caso 1 tuvo una ventaja sobre el caso 2, pues tenía más experiencia y cualificación, se le exigió exclusividad para dedicarse a ejecutar el PIC y, además, casi no hubo rotación del talento humano tanto en la secretaría de salud como en la ESE, lo cual mantuvo el equipo a lo largo del tiempo. En el caso 2 hubo una alta rotación del talento humano encargado del PIC tanto en Secretaría de Salud como en la ESE.

Sobre la ejecución del PIC encontramos que en los dos casos se manejó un control interno para medir la ejecución de las actividades. Y sobre los materiales, el caso 1 hizo estudio de costos y proyección de los materiales y de los equipos que necesitaban, y manifestaron que siempre tenían acceso a lo que se requería. Pero en el caso 2 hubo limitaciones cuando se requería de un equipo de desplazamiento, ambulancia, materiales, impresiones, entre otros.

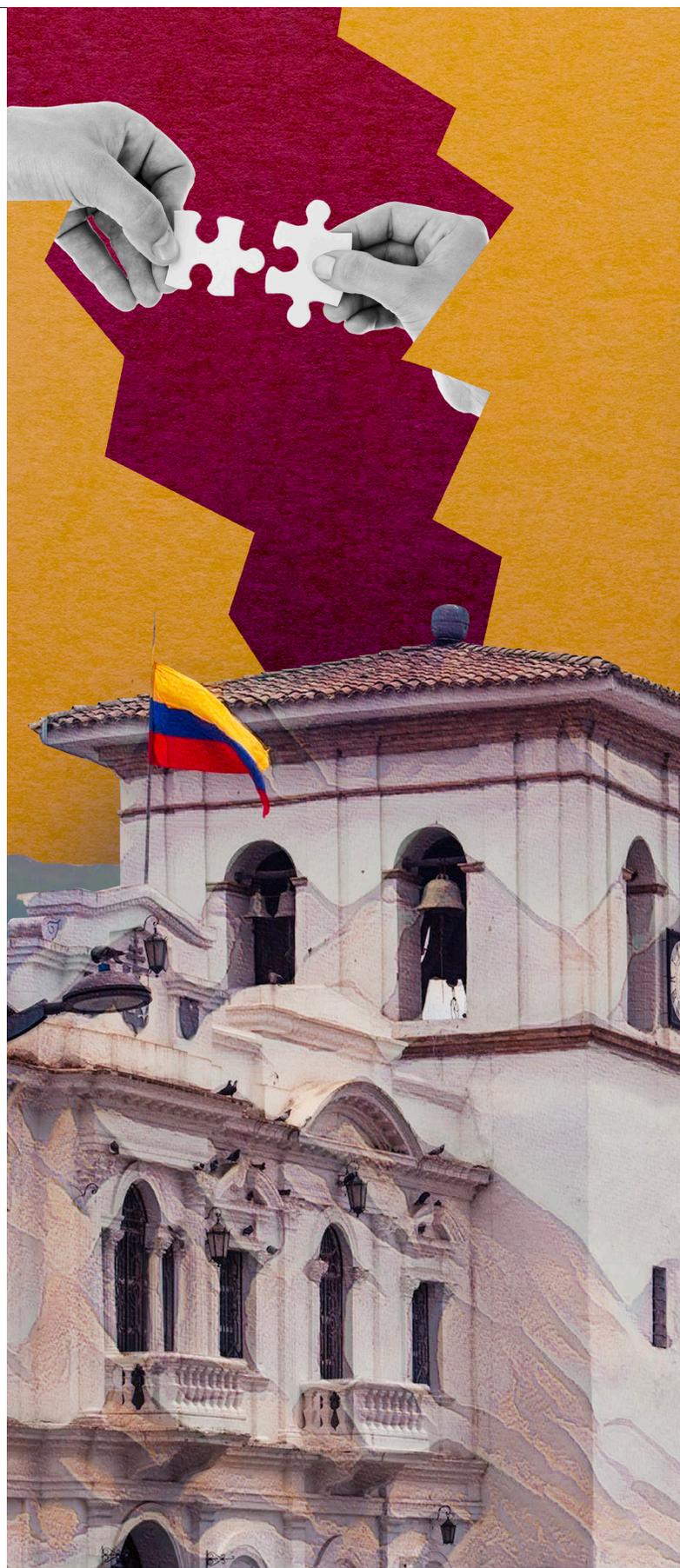
Sobre la articulación con la comunidad y otros sectores, en el caso 1, como contrataron cada año oportunamente el PIC, es decir en el primer trimestre del año, hubo tiempo suficiente para reunirse con otras instituciones y articularse con grupos comunitarios y desarrollar las actividades. El caso 2, que siempre tuvo una contratación tardía, es decir después de junio, se enfrentó a dificultades para articularse con grupos comunitarios y poder realizar las actividades.

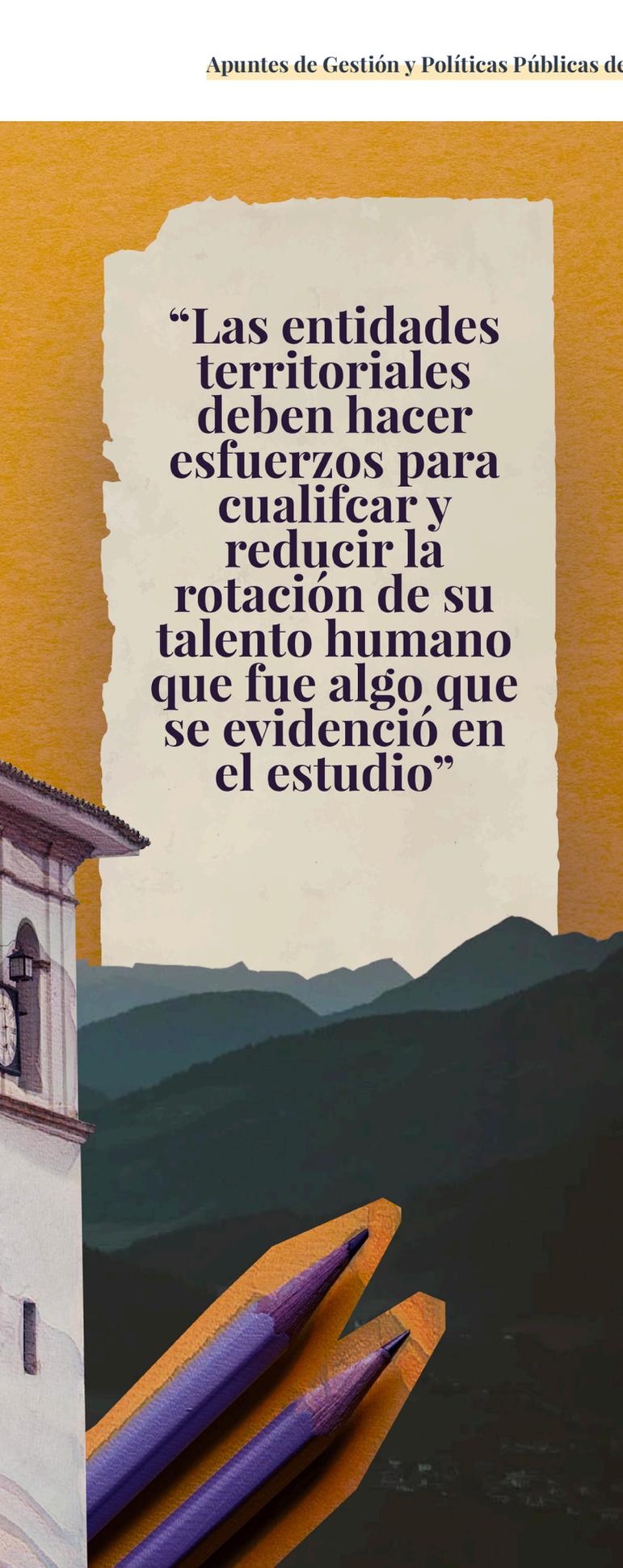
Finalmente, sobre la supervisión y evaluación del PIC, en el caso 2 hubo limitaciones, pues la ESE manifestó que la asesoría y supervisión que recibía de la Secretaría de Salud municipal la hacían personas con poca experiencia, que rotaban mucho los apoyos en salud pública y que su conocimiento técnico del tema era limitado. En el caso 1 no tuvo lugar este problema, siendo que siempre hubo una buena asesoría y acompañamiento. Sobre el desempeño de la ESE, la población tuvo una percepción positiva de la calidad de las actividades realizadas tanto en el caso 1 como en el 2. Sin embargo, cuando se le pregunta a la Secretaría sobre cómo evaluar su ESE, el caso 1 evaluó muy favorablemente a su ESE, pero el caso 2, evaluó como aceptable el desempeño de la ESE.

¿Qué podemos concluir? Detrás de una eficacia operativa baja hubo cuatro categorías que se analizaron de circunstancias que afectaron esa eficacia operativa. Podemos decir que una alta rotación de empleados en las entidades locales de salud es costosa y provoca pérdida de capacidad de gestión como sucedió en el caso 2. Las organizaciones de alto desempeño tienen directores líderes de tiempo completo, que se involucran en todos los procesos y que tienen mayor experiencia en salud pública y eso se evidencia en el caso 1, porque el gerente de la ESE del caso 1 tiene un enfoque en la atención en salud pública, salud colectiva de promoción y mantenimiento de la salud, y se involucraba desde la planeación de las actividades hasta el monitoreo y evaluación. Ese liderazgo se destaca.

La contratación puede verse afectada por factores como restricciones de financiación, malas relaciones entre las Secretarías de Salud y las ESE, y la falta de información de costos y calidad, como sucedió en el caso 2, de hecho, hubo momentos en que la secretaria del caso 2 ya no quería contratar a la ESE de su municipio para ejecutar las actividades.

Para el desarrollo de las intervenciones es fundamental articularse con otras instituciones y con la comunidad, y esa es una ventaja que sí logró el caso 1. Kennedy (2003) señala que en la gestión es importante la autonomía gerencial y la toma de decisiones. En el caso 1 se observó esto. Khaleghian y otros (2005) destacan que el monitoreo de los programas en salud pública es crítico y complejo, y dicen que se debe desarrollar un equilibrio entre lo





**“Las entidades territoriales deben hacer esfuerzos para cualificar y reducir la rotación de su talento humano que fue algo que se evidenció en el estudio”**

complejo y lo simple de la evaluación. Esto es algo que se debe tener en cuenta en todos los municipios de Colombia que ejecutan el PIC.

Scutchfield y otros (2009) afirman que el enfoque de participación comunitaria es importante para evaluar las intervenciones en salud pública, por lo que vincular a la población al momento de la evaluación es importante. Schwartz y otros (2016) afirman que gran parte de la medición del desempeño muchas veces se limita a cuánto se redujo la mortalidad, la morbilidad, pero medidas más cortas como eficacia operativa se pasan de largo.

Finalmente, hubo algunas limitaciones. Quizás hubo mayor participación del caso 1, se suministró más información y se pudo sobrestimar los hallazgos. Sin embargo, se trató de utilizar datos externos del caso 2 para complementar el estudio. Pudo haber sesgo de memoria selectiva, porque se preguntó por información de los últimos cuatro años. Sin embargo, se usaron datos, actas de lo que sucedió en los cuatro años para mitigar un poco este sesgo y la selección de personas beneficiarias del PIC que entrevisté y que me dieron su percepción de la calidad de las intervenciones fueron muy pocas entrevistas y esas opiniones no se pueden generalizar.

Para concluir, las diferencias entre el caso 1 y el caso 2 están relacionadas con: las formas de liderazgo de las ESE y de la secretaría; la experiencia y cualificación del talento humano, y la rotación; las relaciones entre ESE y secretarías de salud, que exista una buena relación es determinante; y lograr un trabajo intersectorial y participación comunitaria; también desarrollar más investigaciones para generar evidencia sobre factores de éxito en proyectos de salud pública puede ayudar a mejorar estos procesos de gestión.

El desempeño de un municipio respecto a la gestión del PIC debe evaluarse de forma integral desde la planeación hasta la evaluación. Las entidades territoriales deben hacer esfuerzos para cualificar y reducir la rotación de su talento humano que fue algo que se evidenció en el estudio. Y destacar que a pesar de que existe regulación como la resolución 518 del 2015, el desempeño de la gestión de las intervenciones colectivas definitivamente se ve influenciado por muchos otros factores del contexto que pueden afectar una adecuada eficacia operativa y una adecuada gestión del PIC.



## Análisis del gasto en salud pública

**Diana Quiasua:** Les voy a hablar sobre el estudio que se realizó del análisis del gasto anual ejecutado en salud pública, de los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones en municipios colombianos del 2016 al 2019.

Recordemos que la descentralización en Colombia inició en la década de los 80. Con esto se crearon los límites entre las decisiones de carácter nacional y territorial. Esto les otorgó mayores responsabilidades a los territorios, permitiendo la asignación de los recursos directamente a los departamentos, a las instituciones, a los municipios. Y todo esto nació en respuesta a las deficiencias que se evidenciaban en la forma como se estaban gestionando y ejecutando los recursos.

Con la Ley 715 del 2001 se dio origen al Sistema General de Participaciones, para mejorar tanto la asignación como la gestión de los recursos en los territorios. En Colombia, la salud pública recibe recursos de diferentes fuentes, entre ellos el Sistema General de Participaciones. De estos recursos, 96 % se distribuyen de forma sectorial, 24,5 % a la salud y de este porcentaje, 10 % se destina a la salud pública: 55 % a departamentos y 45 % a municipios. Los criterios de asignación del 2019 eran: población por atender 40 %, equidad 50 % y eficiencia administrativa 10 %.

La literatura también ha descrito qué factores podrían estar asociados a la forma como se ejecuta ese gasto en salud pública. Tenemos aquí tres grupos, los factores geográficos con la densidad poblacional y variaciones geográficas de distintos territorios. Los factores poblacionales como el tamaño de la población y el ingreso per cápita, el

empleo, la educación, la edad, la raza, entre otros; y factores políticos, como las ideologías políticas, la participación política, entre otros.

En Colombia están claros los criterios de asignación de los recursos para salud pública, pero lo que se encuentra más limitado es el conocimiento sobre qué factores podrían estar influyendo en la forma cómo se utilizan estos recursos. Y ahí es donde nace la pregunta de este estudio: ¿cómo fue el gasto anual del gasto ejecutado en salud pública para los recursos que provenían del Sistema General de Participaciones en los municipios colombianos del 2016 al 2019?

Más que analizar esta tendencia del gasto, esta investigación constituye una herramienta importante en el momento de tomar decisiones con respecto a programas de ejecución de recursos de programas de salud pública. Tuvimos unos objetivos dentro del estudio: analizar este gasto ejecutado y describir el comportamiento general y por variables seleccionadas de este gasto en salud pública en el municipio para cada uno de los años del estudio, así como identificar qué factores podrían estar relacionados con el comportamiento de este gasto.

Partiendo de lo encontrado en la literatura se planteó el modelo conceptual, iniciando con los recursos del Sistema General de Participaciones y planteando dos grupos: los factores políticos y los factores poblacionales. Dentro de los factores políticos se plantean dos variables: presencia de mujeres en alcaldías municipales o porcentaje de mujeres en concejos municipales. Y dentro de los factores poblacionales se plantea la variable de porcentaje de pobreza multidimensional y el porcentaje de pobla-

**“Hay estudios que describen asociaciones estadísticamente significativas entre la mujer en el gobierno e indicadores en salud como vacunación, mortalidad infantil, entre otros”**



ción étnico racial, tanteando cómo estas variables podrían influir en la forma como se utilizan los recursos en salud pública.

Para este estudio se realizó un análisis de fuentes secundaria a partir de un diseño ecológico. Se utilizaron bases de datos de diferentes fuentes como el Consolidador de Hacienda e Información Pública (CHIP, del Ministerio de Salud y Protección Social), del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), a partir de los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del 2018 y de la Misión de Observación Electoral.

Tomamos como variable dependiente el gasto ejecutado para esos años, de variables independientes se plantearon la presencia de mujeres electas en alcaldías y concejos, porcentaje de mujeres en consejos municipales, en porcentaje de pobreza multidimensional y el porcentaje de población étnico racial. Utilizamos como variables de ajuste el tamaño de la población y la densidad de la población.

Entonces, una vez unificada y organizada la base de datos, se describió el comportamiento general por variables seleccionadas del caso en salud pública en los municipios de Colombia para el periodo de estudio y se realizó un análisis estratificado por las categorías de los municipios del país, realizando un análisis multivariado para cada uno de los años mediante una regresión lineal múltiple. Un primer resultado nos muestra que hay mayor gasto en el primer grupo de municipios que corresponde a la categoría especial 1, 2 y 3, y que este va hasta el 2018 y el 2019, donde se ve una reducción.

Dentro de los factores políticos podemos ver cómo hay mayor porcentaje de mujeres electas de alcaldías y de concejos municipales en los municipios de categoría 6. En cuanto a la pobreza multidimensional, encontramos un mayor porcentaje de esta en los municipios de categoría 6. Por otro lado, se vio un mayor porcentaje por población étnico racial pertenecientes a los municipios de categorías 4 y 5.

En la regresión se encontró una asociación entre gasto y pobreza multidimensional en los municipios de categorías 4, 5 y 6 en el modelo crudo y en el modelo ajustado. No encontrando lo mismo para las otras variables, mujeres en alcaldías, mujeres en consejos municipales y en población étnico-racial, en ninguna de las categorías de los municipios.

La literatura ha descrito cómo la pobreza multidimensional está relacionada directamente con condiciones precarias de salud y existe evidencia que muestra que poblaciones con más altos índices de pobreza son significativamente menos saludables, por lo que el gasto en salud pública podría ser la vía más rápida para disminuir las tasas de morbilidad.

No se encontró asociación entre las mujeres en el gobierno y el gasto ejecutado para actividades de salud pública. La literatura sí describe cómo la mujer puede influir directamente en la formulación de políticas y cómo está involucrada en el desarrollo del gasto. Se ha planteado cómo la mujer tiene mayor compromiso en relaciones a problemas sociales como educación, salud y salud pública. De hecho, hay estudios que describen asociaciones estadísticamente significativas entre la mujer en el gobierno e indicadores en salud como vacunación, mortalidad infantil, entre otros.

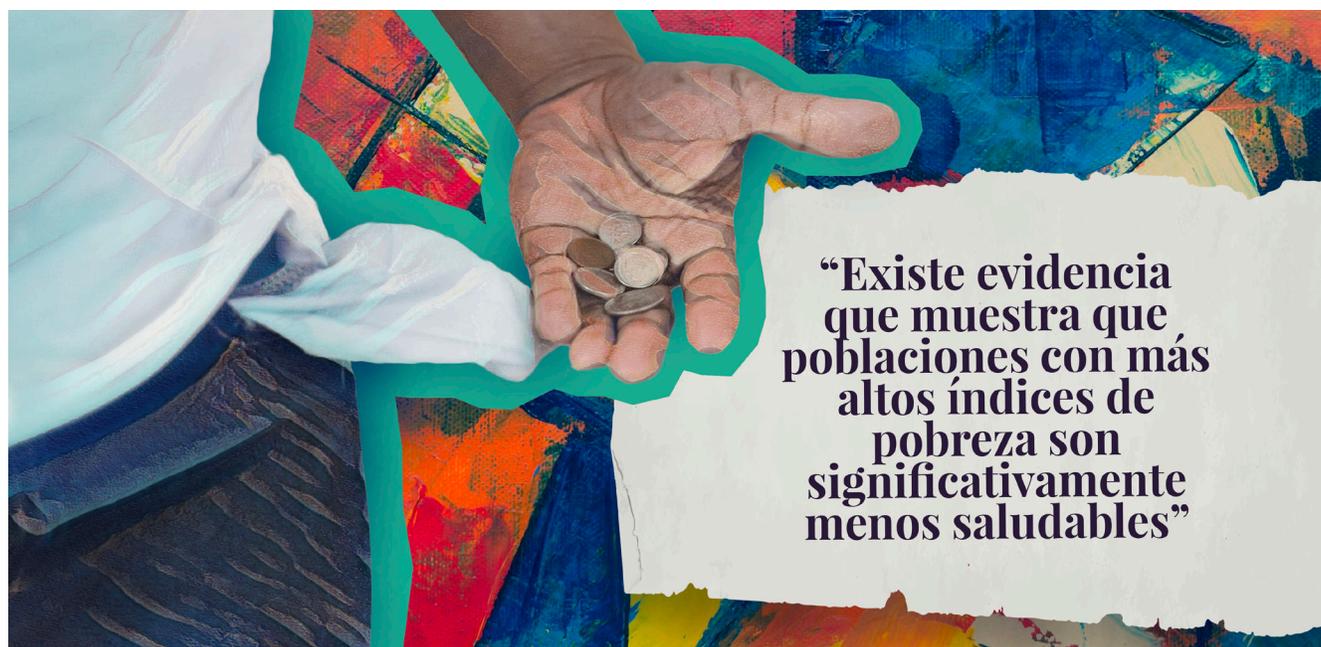
Sin embargo, podemos explicar la variación entre los hallazgos que encontramos en los estudios descritos y los de este estudio. Los estudios previamente mencionados fueron de corte longitudinal y esto permitió que utilizaran varios periodos electorales para modelar esta sucesión expuesta, lo que pudo haber posibilitado el impacto que tuvo la participación de la mujer en la política y su relación con indicadores de salud específicos. Quedan por

analizar si de haber utilizado varios periodos en nuestro estudio se habrían obtenido los resultados esperados.

Por último, no se encontró una asociación entre el porcentaje de población étnico racial y el gasto ejecutado por actividades de salud pública. La población étnico-racial es considerada una población vulnerable y se esperaría que tuviesen mayores necesidades en salud y, por ende, una mayor inversión en recursos. Pertenecer a la población étnico-racial se considera como factor relevante para el desarrollo de desigualdades en cuanto a salud con una evidencia de que tienen menor acceso a servicios y mayores necesidades en salud.

Respecto a las limitaciones de este estudio, una fue su carácter transversal. Otra es que se evidenciaron errores en digitación y en omisión de información. Sin embargo, son datos oficiales y son útiles. Se asume que son verídicos.

Son necesarios más estudios sobre comportamiento que identifiquen con claridad los criterios específicos para la ejecución de recursos en salud pública. Esto va a permitir tener un mayor entendimiento sobre esta ejecución de recursos. Va a poder contribuir a estudios futuros sobre intervenciones en salud, sobre asociación entre recursos y desenlaces con el fin de impactar de forma positiva en la salud de la población.



**“Existe evidencia que muestra que poblaciones con más altos índices de pobreza son significativamente menos saludables”**



## Elementos para el fortalecimiento de la capacidad local de prevención de la enfermedad cardiovascular en Colombia

**Laura Valenzuela:** Este estudio se enfoca en que no hay un modelo conceptual sobre las capacidades o las competencias de la secretaría de salud para la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Una vez se crea este modelo se llega al siguiente paso, donde se habla de la medición y monitoreo de la capacidad de la prevención, donde se diseña un instrumento que busca evaluar las competencias de la capacidad y se elabora un modelo conceptual. Posteriormente, llegamos a la fase en la que mi estudio inicia, que es el diseño de una intervención para el fortalecimiento de capacidades de las secretarías de salud. Para el diseño usaron los insumos de las fases anteriores del proyecto.

El objetivo general era identificar los elementos que podían ayudar a fortalecer la capacidad organizacional de las secretarías de salud locales para la prevención de la ECV y tenía varios objetivos específicos.

Se identificaron los factores que influyen en la capacidad de la prevención de estas secretarías en sus territorios. Esto lo hicimos desde la evidencia teórica y la evidencia empírica. Crear un mapa explicativo del problema que hace referencia a entender qué es lo que está pasando y proponer una teoría del cambio, específicamente qué cosas tendríamos que modificar para fortalecer estas competencias y

fortalecer el desempeño de la secretaría en relación con la prevención de la enfermedad vascular. Para esto usamos dos referentes: las etapas de diseño de intervenciones en salud pública propuesta por Wright y colegas (2016). También usamos el marco de mapeo de intervención de Bartholomew y colegas (2011) que habla sobre cómo integrar evidencia empírica y teórica, que son los insumos que tenemos para usar el modelo. Este marco explica cuál es el paso a paso para crear el modelo: definir el problema y sus causas, identificar los factores que se afectan, seleccionar las estrategias basadas en la evidencia e identificar herramientas para llevar a cabo el cambio.

Se usaron dos fuentes de información. Primero, un análisis de resultados del instrumento diagnóstico, un instrumento de validación que se aplicó en algunos departamentos, incluido Boyacá. Este instrumento buscaba evaluar seis competencias: habilidades para la prevención de la enfermedad cardiovascular; desarrollo de conocimientos; recursos; voluntad para actuar; liderazgo; y alianzas.

En segundo lugar, hicimos un estudio cualitativo que buscaba profundizar en la comprensión de la gestión territorial para la prevención de esta enfermedad. Se hizo en cinco municipios de Boyacá y con la Secretaría Departamental de Salud de este. Se hicieron entrevistas para recolectar información

que buscaban indagar sobre la percepción que tenían las personas de la Secretaría sobre la capacidad que tenía su institución para la prevención de la enfermedad, al igual que los factores organizacionales que median su desempeño. También, indagamos sobre las seis competencias.

Esta información la utilizamos para crear un modelo en el que identificábamos factores que pueden ser relevantes y que afectan la capacidad de las secretarías de salud locales. Los cuatro factores principales fueron intersectorialidad y participación, recursos, liderazgo y voluntad política.

La baja intersectorialidad y participación incluye baja participación comunitaria, poca coordinación entre empresas administradoras de planes de beneficios e instituciones prestadoras de servicios de salud, y baja colaboración entre sectores del gobierno local. Esto podría llevarnos a que podamos tener una base intersectorial real.

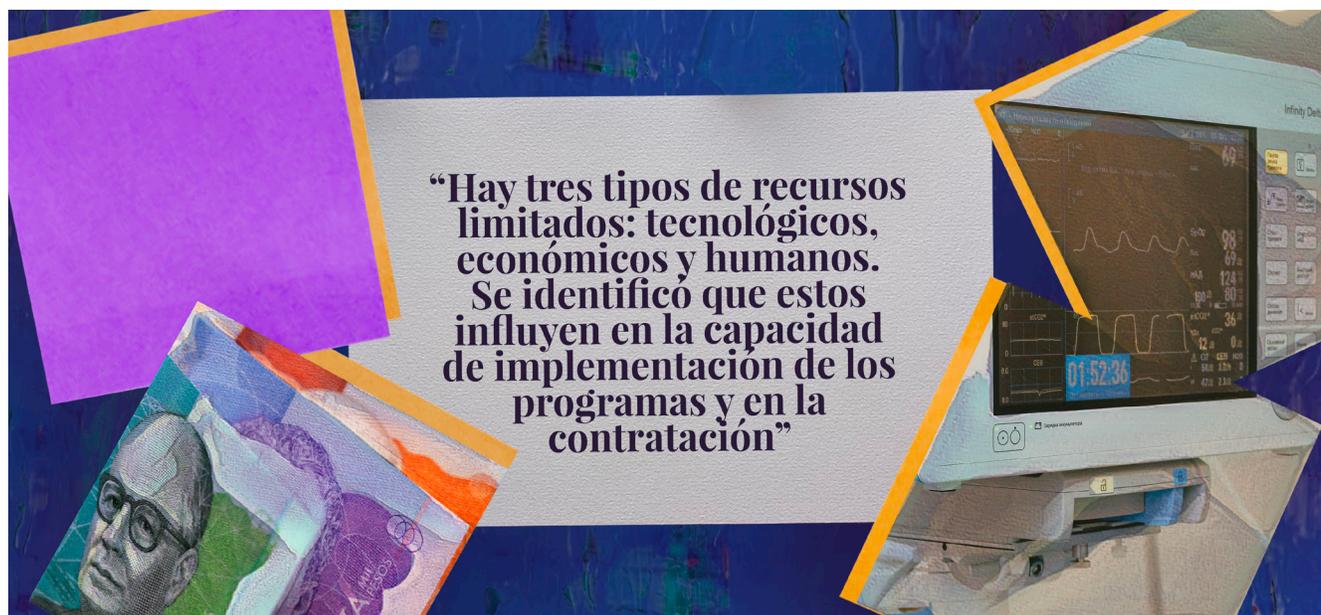
Hay tres tipos de recursos limitados: tecnológicos, económicos y humanos. Se identificó que estos influyen en la capacidad de implementación de los programas y en la contratación. Sin embargo, sabemos que los recursos económicos varían dependiendo de la entidad territorial. En relación con recurso humano, se encontró que hay desigualdades en el nivel de preparación, el personal rota con frecuencia, hay poco personal para investigación, hay

baja coordinación entre miembros de la secretaría y hay pocos equipos interdisciplinarios. Además, hay poco conocimiento sobre la prevención primaria y baja capacidad para la asistencia técnica.

En todas las entrevistas se evidenció que el liderazgo se considera un factor o una competencia muy importante, y que cuando no hay un buen liderazgo, casi nunca los programas salen de la manera en que se habían planeado. Se encontraron varias características que debería tener un líder o un grupo de líderes: confianza y comunicación.

Por último, tenemos la voluntad política, que hace referencia a que muchas veces los secretarios de salud o la persona que hace sus veces no tiene conocimientos sobre salud pública, o que su no es énfasis en la promoción y la prevención de la salud, si no tiene otro énfasis y otros intereses, lo que lleva a que no promueva proyectos o no dé recursos para proyectos de prevención primaria. Si no hay una buena voluntad política de este líder, esto va a afectar las relaciones intersectoriales; por ejemplo, que la secretaría de salud pueda o no trabajar con secretaría de educación u otras secretarías que sabemos que son muy necesarias.

Teniendo esto en cuenta, se buscó responder a la pregunta: ¿cuáles podrían llegar a ser los mecanismos de cambio de estos factores? En liderazgo, las habilidades de comunicación, al igual que las habili-



dades de gestión emocional y habilidades de análisis crítico, pero podríamos pensarlo como las habilidades técnicas de su labor.

En cuanto a recursos, podríamos hablar de técnicas de trabajo en equipo, tipos de vinculación y oportunidad de contratación. El tipo de vinculación y oportunidad de contratación sabemos que es un factor que afecta el desempeño del recurso humano. Sin embargo, es un factor que no sabemos si puede ser intervenido directamente, porque el tipo de vinculación y oportunidad de contratación está penado por unos factores de origen externo.

En lo intersectorial/participación encontramos factores como la voluntad política, cooperación entre sectores y baja participación de la comunidad, por lo cual algunos mecanismos pueden ayudar al cambio de los factores ya nombrados son: definición de acuerdos programáticos, empoderamiento comunitario y enseñanza de habilidades para la incidencia política, tanto para las secretarías locales como para la comunidad. Por último, encontramos que la comunicación es un factor transversal para el diseño de la intervención en las tres competencias que buscamos intervenir, dado ya que interactúa con los tres niveles. Con esta información se construye el modelo socioecológico de cambio de la intervención, que era uno de los objetivos específicos que se tenían propuestos.

Se crea modelo socioecológico porque tiene tres niveles de intervención: político, organizacional e intrapersonal (haciendo referencia a la parte individual), con factores que interactúan entre sí. A nivel intrapersonal sabemos que algunos mecanismos pueden ayudar a mejorar las relaciones del recurso humano y las habilidades de cada persona.

En el nivel organizacional, el clima laboral y la capacitación continua es necesaria para que el recurso humano tenga un buen desempeño, dado que tanto las relaciones, trabajo en equipo y capacitación técnica afectan la organización en este caso las secretarías locales. Cabe resaltar que el tipo de vinculación laboral también va a generar afectaciones en la organización, pero como se mencionó es un factor que no se puede cambiar fácilmente.

Por último, el nivel político, es importante que las secretarías puedan crear acuerdos programáticos puede llevar a que se establezcan mejores alianzas

con otros sectores. Asimismo, el empoderamiento comunitario puede llevar a que la comunidad participe de una manera más activa en las acciones de prevención primaria que se realizan en su territorio. También, se encontró que las habilidades para la incidencia política y las habilidades de comunicación están relacionadas con este nivel, al igual que las habilidades personales, ya sea socioemocionales o técnicas.

Este modelo muestra los factores de cambio que podrían llevar a fortalecer las competencias de las secretarías de salud, y si llegamos a fortalecerlo de esta manera, podemos aumentar la capacidad de la prevención de las secretarías, disminuir los riesgos y la tasa de morbimortalidad de la ECV.

Ahora bien, este estudio tiene varias limitaciones, por un lado, que los modelos, tanto en el modelo de problema como en el modelo de cambio, tenemos en cuenta que estos mecanismos que nos ayudarían al fortalecimiento están con base en los datos cuantitativos y cualitativos de Boyacá, por lo tanto, lo esto tendría que validarse en otros territorios.

Así mismo, tenemos que evaluar el alcance de la intervención. Dos de los factores importantes son el tipo de vinculación y la capacitación continua del recurso humano. Sin embargo, esto está mediado por factores externos de origen estructural que afecta, lleva a que, por ejemplo, siga habiendo alta rotación, que es algo que, tal vez, la intervención no pueda llegar a cambiar.

Para concluir es importante que en el momento que las secretarías de salud quieran evaluar su desempeño y sus acciones de prevención de la enfermedad cardiovascular, debe reconocer qué factores, tanto internos como externos, afectan sus acciones de prevención, esto incluye los factores técnicos y los socioemocionales.

También, es importante que se realicen intervenciones que busquen mejorar la gestión de las secretarías de salud y promover políticas que ayuden a modificar factores externos que afecten su capacidad. Sería importante que se trabajara en la incidencia política de las secretarías, para que estas puedan posicionarse en la agenda política de su territorio y poder lograr intervenir estos factores externos (estructurales) que afectan la organización, como el tipo de contratación.



## Estrategia “Toma el Control”: herramienta para la gestión del riesgo cardiovascular

**Andrés Araque:** Toma el Control es una herramienta que tiene como objetivo la promoción de salud en los pacientes con enfermedades crónicas. Inició en el 2017 y estaba vinculada a ciertos centros de entrenamiento a nivel nacional, como Cali, Risaralda y se vinculan a Boyacá para determinar qué manejo se podría lograr con los pacientes crónicos con el apoyo de la Secretaría de Salud de Boyacá.

Nosotros debemos determinar que las enfermedades crónicas a nivel mundial tienen un gran impacto y socavan el desarrollo social y el desarrollo económico de todas las poblaciones, más en países en vías de desarrollo. Por eso es importante hacer intervenciones en los factores de riesgo modificables de las poblaciones para evitar las complicaciones de las mismas y evitar también su presencia en nuestras poblaciones.

El 75 % de muertes en las Américas es por enfermedades crónicas. Por eso la importancia de una intervención oportuna, efectiva y que aplique al proceso de cuidado de los usuarios. Para finales del 2017, se vincula el departamento de Boyacá con tres centros de entrenamiento a la herramienta Toma el Control.

Esta estrategia de estandarización para el tratamiento de la enfermedad crónica, en específico para la hipertensión arterial, se manejaba a partir de tres fases. La primera es Conoce tu Riesgo, el segundo

proceso es el proyecto de estandarización para el manejo de la hipertensión arterial y la tercera Un millón de corazones, que es el manejo y la intervención que se va a hacer por parte de los procesos de salud a partir de los Entornos 4X4, la estrategia que nos determina que hay cuatro factores de riesgo que generan las cuatro enfermedades crónicas, vinculadas a las Rutas de promoción y mantenimiento de la salud.

Lo que se buscaba era la promoción de la salud cardiovascular, a partir de la identificación oportuna de los factores de riesgo modificables en las poblaciones. Para la estrategia se vincularon tres centros de entrenamiento, ESE Salud del Tundama con la vinculación al programa Vive tu corazón y que adapta el Plan de Atención Integral al Cuidado de la Enfermedad Crónica y que vincula muchos enfoques multidimensionales para la atención de los pacientes crónicos. También se cuenta con la participación de ESE Salud de Sogamoso y con la ESE Salud de Nobsa.

Estas ESE cambian sus programas, se van más hacia el punto de la aplicación de este tipo de estrategias, entendiendo también que Toma el control, conoce tu riesgo es una herramienta operativa que está vinculada a la ruta cardiovascular establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Empezamos el proceso de manejo de las enfermedades crónicas a nivel institucional. Para Salud Tundama lo que se hizo fue vincular el programa Vive tu corazón a la misma estrategia, integrándola a las políticas institucionales

dentro de las consultas y en las vinculaciones extramurales de atención como PIC, también para la demanda de estos usuarios en factor de riesgo y para el manejo.

Es así como en un primer momento se busca la estandarización de este proyecto dentro de los tres centros de entrenamiento. El primer paso fue identificar la brecha, entendiendo que en nuestras comunidades hay muchos usuarios que ya tienen enfermedades crónicas, pero no están siendo controlados porque el mismo usuario desconoce los factores propios de la enfermedad y por eso lo importante es identificar la brecha para nuestras instituciones.

El segundo momento era identificar la población beneficiaria de cada estrategia, dependiendo del tipo de vinculación. La ESE Tundama es de primer nivel vinculada a la atención de usuarios del régimen subsidiado. En el segundo paso lo que se logró fue el reentrenamiento de todo el personal de salud a través de un curso de la Organización Panamericana de la Salud sobre manejo de la hipertensión arterial en los primeros niveles de salud.

El tercer paso fue el inicio de la tamización de riesgo cardiovascular y metabólico en pacientes hipertensos inscritos en los programas, también con un enfoque más extramural. Se buscó hacer tamización a usuarios mayores de 18 años con las herramientas para detección oportuna de riesgo de diabetes y la escala de Framingham para riesgo cardiovascular a diez años. En ese momento, se implementa la estrategia dentro de los centros de entrenamiento.

¿Cómo se inicia este proceso? En un primer momento, ya teniendo la capacitación de todos los funcionarios que se encargaban de la atención de los pacientes crónicos, se realizó la tamización de riesgo cardiovascular a los usuarios del programa. Se contó con la ventaja de tener un *software* institucional que permitía generar dentro de la historia clínica las escalas de riesgo para la valoración del usuario y se generaron varias herramientas de trabajo.

La primera es el monitoreo de cifras tensionales a seis meses y se genera por parte de la ESE Salud del Tundama y de los diferentes centros de entrenamiento que están vinculados a la estrategia. Esto se apoyó en una base de datos que vincula todos los usuarios tamizados del programa e incluye diferentes variables que son importantes para determinar factores para los usuarios. La identificación de los usuarios es indispensable, porque va a permitir a futuro el contacto para vincularlos a la segunda fase. La información de los diagnósticos aporta variables como el peso, la talla, el índice de masa corporal, tensiones arteriales, el riesgo de obesidad abdominal.

También se inició la vinculación al *software* institucional ASIS de las herramientas de tamizaje de riesgo cardiovascular (escala Framingham) y riesgo metabólico (Escala Finnish Risk Score) que nos permitieron determinar dichos riesgos en nuestros usuarios y así de esta manera generar una intervención efectiva y oportuna para limitar los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.





Esta primera parte es el compilado del programa, de pacientes crónicos vinculados a nuestra institución. ¿Porque es importante? Porque de esta base vamos a vincular la segunda base, que es el libro de análisis de Toma el control, que nos permite identificar la brecha que tenemos como institución para la captación de usuarios al programa de crónicos. Una cosa es clasificar nuestros usuarios dentro del programa y el otro es captar la brecha para identificar nuevos usuarios. Dado que la población de Duitama fue 40.981.000 usuarios, nuestra brecha para captar era del 30 %.

Cada archivo que tiene el libro nos da cuenta de las diferentes variables del mapeo y nos brindan un panorama más amplio de cómo está nuestro programa, cuántos pacientes tenemos inscritos, la tendencia de los pacientes por edad y por sexo, ahí hay un aspecto importantísimo y fue determinar la intervención con las mujeres.

Este tipo de herramientas nos permitía tener una visión mucho más específica de nuestro programa, determinando hacia dónde debería vincularse el manejo con los usuarios y determinar el manejo oportuno para evitar complicaciones con las enfermedades crónicas y determinar la gestión del riesgo.

La tercera parte era determinar a qué usuarios deberíamos hacerle la intervención de manera oportuna. Entonces, se hace el cruce de variables, determinando cuáles eran los resultados que nos determinaban el mapeo general a seis meses y vieron que está prácticamente a doce meses. Y así determinamos cuáles son los usuarios que deberíamos intervenir. Por ejemplo, en la tercera hoja del libro estamos determinando qué usuarios vamos a empezar a intervenir para hacer educación y vincularlos a un proceso más intensivo

para evitar complicaciones. Esta variabilidad nos está determinando el grado de priorización de la intervención.

La ruta de hipertensión arterial es la estratificación del riesgo cardiovascular y metabólico. En esta actividad también hay que recordar que nosotros estamos haciendo tamizaciones de riesgo cardiovascular y metabólico a población mayor de 18 años que asiste a nuestras consultas. ¿Para qué? Para determinar qué factores de riesgo modificables podemos intervenir en el usuario y si el usuario tiene el diagnóstico de la enfermedad, hacer la intervención a partir de la ruta con la confirmación del diagnóstico, brindando una educación en hábitos y estilos de vida saludables; de hecho, el programa de Tundama consulta por enfermería y consulta por medicina para este tipo de población.

La consulta de medicina va encaminada a determinar y limitar esos factores de riesgo que se puedan llegar a generar en el usuario a partir de la interacción y el manejo de técnicas farmacológicas avaladas. Y la intervención de enfermería va hacia el autocuidado y la comprensión de los órdenes de su enfermedad, porque es indispensable determinar que uno de los principales riesgos que tienen nuestros pacientes crónicos en el sistema de salud es el desconocimiento de sus enfermedades crónicas. ¿Por qué? Porque nosotros podemos hacer una excelente intervención con terapia farmacológica y no farmacológica, pero mientras nuestro usuario no conozca su enfermedad y no la entienda, puede llegar a generar factores de riesgo que pueden desencadenar enfermedades más complejas, como insuficiencia renal o infartos, o las complicaciones propias de este tipo de enfermedades.

Después de brindar la educación en hábitos y estilos de vida, determinamos comorbilidades, definimos

un manejo integral, instauramos tratamiento farmacológico con terapia combinada y valoramos, dentro de lo que se establece en la ruta, la lesión de órgano blanco si se llega a presentar. Importante mostrar que con los centros de entrenamiento se logró el algoritmo de tratamiento.

¿Qué es el algoritmo de tratamiento de la estrategia? El consenso de médicos de primer nivel de salud para el manejo de pacientes crónicos en terapia farmacológica. En este algoritmo de tratamiento se buscó la intervención de médicos del programa de Duitama, Sogamoso y Nobsa para realizar una reunión y determinar cuáles eran los algoritmos de tratamiento farmacológico que se podrían empezar a implementar y dejar uno práctico para todo el departamento, cuando se llegara a hacer ese tipo de intervenciones.

En esa presentación del algoritmo de tratamiento unificado de estos tres centros de entrenamiento también se vincularon a los médicos especialistas, como el Hospital Regional de Duitama y el Hospital de Sogamoso, para determinar ese manejo al usuario, que no se nos pierda la información de un primero a un segundo nivel y que el manejo sea referenciado y avalado tanto por el especialista tanto por el médico, y que ese tipo de variables se tengan en cuenta. Porque se presenta mucho cuando el usuario va a un segundo nivel, en el cambio de medicamentos, se generan ciertos conflictos entre el primer y el segundo nivel. La idea de este algoritmo de tratamiento es tener un manejo exclusivo e integral de los pacientes crónicos, con el mismo manejo de medicamentos, con las mismas dosis, determinando también cómo iba el control de la enfermedad.

El algoritmo quedó establecido para los tres centros de entrenamiento, pero esto también va acorde a la capacidad instalada de las EPS y a la demanda inducida de medicamentos para determinar cómo se podrían manejar de la misma manera, con la misma dosificación y también teniendo en cuenta que algunos medicamentos vienen en compuestos y manejar un solo estamento para el manejo de este tipo de enfermedades crónicas.

Con estas variables se logró dar a conocer que en los programas de atención a pacientes crónicos se ve más la asistencia de las mujeres. Por eso, Salud Tundama empezó la estrategia Toma el control con mujeres, determinando que la enfermedad

cardiovascular en las mujeres a partir de los 40 años causa mayores tasas de mortalidad y representa una de cada tres muertes.

¿Por qué es importante? Porque el rol de la mujer es fundamental dentro de los procesos familiares, sobre todo en Boyacá, un área que cuenta con zonas rurales bastante amplias, donde la mujer es el pilar fundamental en los hogares. Al rol de ama de casa nunca se le ha dado su importancia, pero definitivamente para este tipo de situaciones, es importantísimo brindar educación. Porque cuando uno educa a una mujer, sabemos que esa mujer se nos va a volver un factor protector para toda su familia.

El Centro de Entrenamiento de ESE Salud del Tundama también maneja la estrategia Toma el control Mujer, que se realizó con toda la articulación de nuestro programa institucional Vive tu corazón, el cual está también avalado y estructurado en un sistema del Plan de Atención Integral y Cuidado del Enfermo Crónico<sup>5</sup> (PAICEC), una línea que manejaba un enfoque multidisciplinario a los usuarios con un plan de atención integral y cuidado la enfermedad crónica.

Este tipo de enfoque es lo que estamos trabajando: un enfoque multidisciplinario que aboga por la enseñanza de procesos de cuidado en los usuarios, pero más importante aún, vinculando al usuario en los procesos, determinando un enfoque cultural, en el cual el usuario también aporta a este tipo de situaciones y se hace partícipe de todo su proceso de autocuidado.

Eso es lo que queríamos dar a conocer del programa de la ESE Salud Tundama, de la Secretaría de Salud de Boyacá. La pandemia nos cambió el enfoque del programa, pero estamos haciendo todo lo posible para fortalecer los procesos de autocuidado y es un enfoque muy importante que deberíamos tener en cuenta para trabajar en salud con todas las personas que se encargan de la atención de esta población.

---

<sup>5</sup> El Plan de Atención Integral y Cuidado del Enfermo Crónico es un sistema de información para el paciente crónico, que permite disponer de información para la evaluación y seguimiento de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, monitoreo de la función renal y de riesgo cardiovascular en el marco de la implementación de las Rutas Integrales de atención en Salud.



## Un abordaje intersectorial de las crónicas no transmisibles en el departamento del Cauca

**Kelly Tello Hoyos:** Hago parte de la Secretaría de Salud del Cauca y voy a hacer un recorrido por una estrategia que hicimos a través del Plan de Intervenciones Colectivo y un ejercicio que estamos iniciando que implica un abordaje de acciones poblacionales que respondan al manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Desde el Plan de Salud Territorial le apostamos a la implementación de la estrategia 4x4, en donde intervenimos cuatro factores protectores para la prevención y manejo de las crónicas no transmisibles. Promovemos la actividad física, la alimentación saludable, desestimulamos el consumo de tabaco y de alcohol. En el departamento, dentro de las cinco primeras causas de morbilidad y mortalidad tenemos a las crónicas no transmisibles. Los indicadores de la Cuenta de Alto Costo muestran que la hipertensión y la diabetes han ido en ascenso, hemos llegado hasta 5,86 casos por cada 100 000 habitantes o 1,71 casos de diabetes por 100 000 habitantes.

Hay un descenso en la enfermedad renal crónica, pero podríamos decir que tenemos un subregistro. Porque en la cotidianidad podemos ver que estamos en ascenso. Al igual que la mortalidad, también tenemos un ascenso a lo largo de estos últimos años. Cerramos en el 2019 para hipertensión con 124,69 muertes por cada 100 000 y para diabetes con 37,37. Es un número importante de personas de nuestro departamento que están falleciendo por

estas enfermedades. Eso implicó como reto hacer un ejercicio juicioso para determinar cómo íbamos a intervenir esta problemática a nivel departamental.

Para la implementación de la estrategia 4x4, priorizamos cuatro entornos donde se favoreció el proceso de identificación temprana del riesgo y de factores protectores para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Definimos hacer una intervención en el entorno hogar para buscar bienestar, con acciones de información en salud, educación para la salud a nivel comunitario, enfocada a la movilizar la población hacia la práctica de estilos de vida saludable.

Se conformaron redes sociales y comunitarias enfocadas a promover la actividad física, y a su vez se movilizó a las autoridades locales, para que hubiese una conciencia y una transformación de factores estructurales que favorezcan la práctica de estilo de vida saludable, no solamente en escenarios deportivos, sino también una modificación en todo lo que tiene que ver con la movilidad y la infraestructura que permita que realmente las personas podamos tener un entorno saludable a través de la estrategia ciudades entornos y ruralidades saludables.

A nivel escolar tratamos de favorecer el bienestar de los alumnos, con la implementación de la estrategia Escuela de Puertas Abiertas, orientada a fortalecer la identificación de problemáticas de obesidad a ni-



**“Nos enfocamos en tener instituciones educativas que fomenten tiendas escolares saludables y recreos activos”**

vel escolar, que repercute en un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles.

Nos enfocamos en tener instituciones educativas que fomenten tiendas escolares saludables y recreos activos, para lo cual hicimos unas alianzas estratégicas. Iniciamos un proceso de articulación con salud ambiental del departamento, hicimos una articulación en el fomento de la estrategia hábitat saludable en los municipios en los que intervenimos estos últimos seis años. De los 42 municipios, hicimos esta intervención en 17.

También hicimos una alianza estratégica con la Secretaría de Educación, quienes nos permitieron hacer este abordaje de las tiendas saludables y de los recreos activos en conjunto con el programa PANES, que prioriza instituciones educativas de orden agropecuario rural, donde se cubren más o menos 170 instituciones, también hicimos una alianza con el Ministerio del Deporte, con quien definimos que íbamos a adaptar y expandir el modelo que ellos utilizan en hábitos y estilos de vida saludable para la promoción de la actividad física, conformando grupos regulares y no regulares, y usando su sistema de monitoreo.

Hemos hecho alianzas con la Universidad del Cauca y con la Universidad María Cano, que nos apoya en el proceso formativo de líderes comunitarios, de instituciones prestadoras de salud en el abordaje de factores protectores y de manejo clínico de enfermedades cardiometabólicas.

Respecto hábitat y vivienda, tenemos un instrumento de evaluación de la vivienda para las familias de los grupos regulares, en 17 municipios, hacemos una intervención de cuatro grupos regulares de 40 personas, para conocer el contexto, en dónde está localizada, cómo está construida, si tiene acceso a servicios básicos, cuáles son sus condiciones sociales humanas, si hay, alrededor de esa vivienda, un desarrollo comunitario, participación comunitaria que nos permita hacer alguna gestión. Posterior a esa identificación de riesgos, abordamos a la familia completa con una estrategia de información donde tratamos de sensibilizar para hacer un cambio según dichos riesgos a corto plazo, seis o nueve meses.

Sobre todo, hemos hecho intervenciones sobre la disposición de la basura, la manipulación de los alimentos, la potabilización del agua, con medidas

básicas como potabilizar el agua a través con los rayos UV, colocando botellas de vidrio con agua en el techo. Ese tipo de educación es mucho más fácil de manejar a través de un folleto que maneja solamente imágenes sin texto, que nos permite abordar a una población que tiene un nivel escolar bajo.

En lo que tiene que ver con la actividad física, hicimos una alianza con Indeportes, y definimos usar el mismo sistema de información para el registro de personas que practican actividad física en grupos regulares y no regulares denominad Sistema de monitoreo. Ampliamos la cobertura en municipios donde ellos no hacen presencia. Podemos cubrir zonas rurales y zonas urbanas. Conformamos grupos regulares y no regulares de 40 personas. Los grupos regulares hacen actividad física tres veces por semana. Los no regulares hacen actividad física una vez por semana. Dentro de esta intervención se aplica una encuesta inicial donde podemos valorar cuáles son sus prácticas de estilo de vida saludable de las personas, consumo de frutas y verduras al día, consumo de agua, actividad física, consumo alcohol y tabaco y se realiza una evolución al finalizar el proceso, es decir 10 meses después, para evaluar qué cambios en hábitos o IMC se lograron.

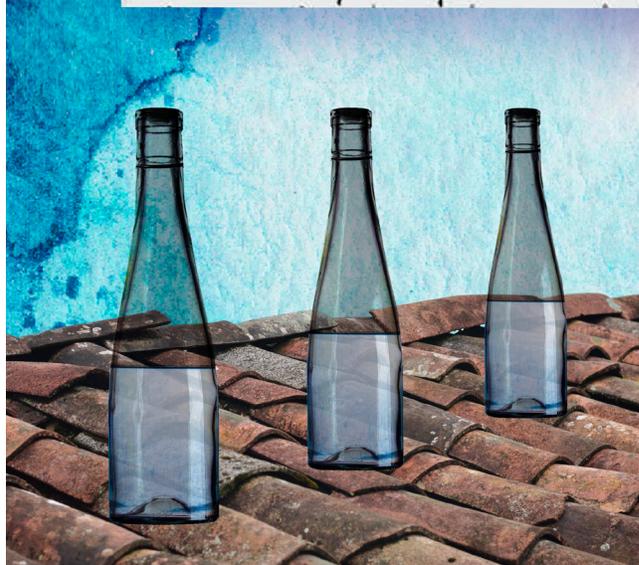
También hicimos una intervención de eventos masivos con esta población, tratando de incentivar a que más población participe de los grupos de actividad física, en estas jornadas vinculamos a otros actores y se realizan acciones de salud, se aplican tamizajes de identificación de riesgo cardiovascular.

En la implementación de Escuela de Puertas Abiertas se selecciona por cada uno de los municipios dos instituciones educativas y tratamos de fomentar la transformación de la alimentación escolar hacia lo saludable con la participación de padres de familia, se cambia la oferta de empaquetados o bebidas azucaradas, con opciones como frutas y otro tipo de alimentos más saludables.

En actividad física hemos logrado cobertura de 7552 personas en grupos regulares y no regulares. En la estrategia Escuela de Puertas Abiertas hemos logrado una intervención hasta de 198 instituciones educativas en los 41 municipios del departamento, excepto Popayán, donde hemos hecho este abordaje también de fomento de escuelas con tiendas escolares saludables, desparasitación, recreos activos que nos permitan ir transformando esta realidad desde



**“Ampliamos  
la cobertura  
en municipios  
donde  
Indeportes  
no hace  
presencia”**



temprana edad para crear una conciencia de que es crucial o que el factor más preponderante para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles es el estilo de vida.

Voy a presentarles los resultados de las personas: 76 % son de género femenino; en los rangos de edad que hemos abordado están adultez y vejez. En las etnias que hemos abordado están afros con 35 % y 50 % de población mestiza. Evaluamos cuáles son las costumbres respecto al consumo de frutas y verduras, casi 60 % consume 1 a 2 porciones de fruta, 1 o 2 porciones de verduras al día, e identificamos que, más o menos, 202 personas consumen tabaco, es un número importante de personas. ¿Cuántas personas de estas que intervenimos ya tienen un diagnóstico de hipertensión y diabetes? Más o menos 6 %, casi 2000 personas que ya tienen un diagnóstico de hipertensión y diabetes, y del total de hipertensos el 87 % logra tener sus cifras tensionales controladas, además en la evaluación financiera de estas intervenciones por cada peso invertido tenemos una retribución en resultado salud para esta población de 1,7 pesos.

Este trabajo lo hacíamos netamente presencial, pero por la pandemia tuvimos que hacerla virtual con apoyo de La María Cano y, aprovechando todos los medios de comunicación, pudimos hacer una difusión de información que favoreciera las prácticas de estilos de vida saludable. Incluso, pudimos hacer procesos de acompañamiento de esos grupos de actividad física de manera virtual, enfocados también en los centros de protección y centros vida donde están los adultos mayores del departamento.

Quiero mostrarles desarrollos de la información de las diferentes ESE con las cuales contratamos el PIC. Queremos resaltar Los súper saludables, que se difundió a través de la web, de radio y de WhatsApp. Esta intervención promueve la alimentación saludable y la práctica de actividad física, y el favorecimiento de entornos escolares saludables.

Sabemos que esta acción colectiva no es suficiente para hacer una transformación de los determinantes: condiciones económicas, geográficas, de acceso a los servicios de salud, de disponibilidad, de recurso, de disponibilidad de frutas y verduras en ciertos lugares, porque no hay acceso. Desde el 2020 empezamos a apostarle con los alcaldes a sensibilizar la estrategia Ciudades, entornos y realidades que

tiene un enfoque de acciones poblacionales que van dirigidas a que la salud esté en todas las políticas, que realmente pueda haber una transformación en este contexto y que todas las inversiones que se den en un municipio estén enfocadas a favorecer la salud de la población.

Quince alcaldes firmaron un acuerdo de voluntades con nosotros para empezar el proceso de implementación de ciudades entornos y ruralidades saludables (CERS), de los cuales cinco ya incorporaron dentro de su plan de desarrollo acciones poblacionales donde salud es el centro de las acciones definidas en su plan de desarrollo, en busca de que su municipio tenga un enfoque saludable y que pueda ir resolviendo ciertas problemáticas que son estructurales, que vayan favoreciendo la salud de su población. Esta es una de las intervenciones a las que les estamos apostando, sabiendo que, para poder tener un impacto real en la salud de la población, necesitamos que otros actores y sectores se concienticen y puedan tener ese proceso de inversión y de planeación conjunta.

Hicimos un proceso de desarrollo de capacidades a través de un curso de humanización que tiene como enfoque entregar el lineamiento del Plan Nacional de Calidad, donde tomamos el riesgo cardiovascular para que estas instituciones pudiesen hacer un abordaje y una gestión no solamente desde la atención individualizada, sino desde todo su proceso de planeación, con participación de Secretaría de Salud municipal, sea EAPB, IPS y líderes comunitarios. Se desarrollaron seis cursos, tres virtuales y tres híbridos, con una participación de 185 personas y 46 instituciones enfocadas a hacer un proceso de articulación y de planeación conjunta para el abordaje de la ruta cardiovascular a nivel local.

Tratamos de responder a esa necesidad de compensar el desarrollo de capacidades a nivel local que puedan ayudar a las instituciones a abordar de manera colectiva y poblacional las enfermedades cardiovasculares. Esos son los resultados que hemos tenido en estos seis años. Muchas de estas acciones han sido netamente colaborativas, de hacer una gestión conjunta, de aportar al departamento, porque la única inversión que hemos hecho es a través del Plan de Intervenciones Colectivas. Estos cursos y la implementación de la estrategia se han hecho con el acompañamiento del Ministerio, al igual que con las universidades.

## Referencias

1. Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., & Fernandez, M. E. (2011). *Planning Health Promotion Programs* (Third ed.). San Francisco (CA): Jossey-Bass.
2. Kennedy VC. (2003). A Study of Local Public Health System Performance in Texas. *J Public Health Manag Pract*; 9(3):183-187. 10.1097/00124784-200305000-00002
3. Khaleghian P, Das Gupta M. Public management and the essential public health functions (2005). *World Dev*; 33(7): 1083-1099. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2005.04.001>
4. Schwartz R, Deber R. The performance measurement–management divide in public health (2016). *Health Policy*. 120 (3): 273-280. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.003>
5. Scutchfield FD, Bhandari MW, Lawhorn NA, Lamberth CD (2009). Ingram RC. *Public Health Performance*. *Am. J. Prev. Med.*: 36 (3): 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.11.007>
6. Wight, D., Wimbush, E., Jepson, R., & Doi, L. (2016). Six steps in quality intervention development (6SQulD). *J Epidemiol Community Health*, 70(5), 520-525. doi:10.1136/jech-2015-205952

