

Molina-Marín, Gloria; Álvarez-Ochoa, Paola Andrea; Oquendo-Lozano, Tatiana
La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, períodos 2008-2011 y 2012-2015

Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 13, núm. 27, diciembre, 2014, pp. 56-79
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54533007004>



Revista Gerencia y Políticas de Salud,
ISSN (Versión impresa): 1657-7027
revistascientificasjaveriana@gmail.com
Pontificia Universidad Javeriana
Colombia

La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, períodos 2008-2011 y 2012-2015*

Public Health in the Agenda of Municipal Governments of Six Colombian Cities, 2008-2011 and 2012-2015 Periods

Saúde pública na agenda dos governos municipais de seis cidades colombianas, períodos 2008-2011 e 2012-2015

Fecha de recepción: 27-05-14 Fecha de aceptación: 01-09-14 Disponible en línea: 01-07-14
doi: 10.11144/Javeriana.rgyps13-27.spag

Como citar este artículo:

Molina-Marín G, Álvarez-Ochoa PA, Oquendo-Lozano T. La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, períodos 2008-2011 y 2012-2015. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 56-79. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.spag>

Gloria Molina-Marín**
Paola Andrea Álvarez-Ochoa***
Tatiana Oquendo-Lozano****

-
- Este artículo se deriva de la investigación titulada “Decisiones en la Política y la Gestión en la Salud Pública en el ámbito municipal. Un análisis en seis ciudades colombianas en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (2012-2014)”, cuyos resultados están publicados en el libro de título *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano. El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*, publicado en el 2013. Fecha de iniciación de la investigación: febrero 20 de 2012; fecha finalización de la investigación: diciembre del 2013.
 - Enfermera, Ph.D. in Health Services Management, docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Investigadora principal. Correo electrónico: molinag@saludpublica.udea.edu.co. Dirección: Calle 62 No. 52-59, oficina 232, Medellín, Colombia.
 - Polítóloga, especialista en Cooperación Internacional, contratista de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: paoalvarez8a@gmail.com
 - Gerente en Sistemas de información en Salud, contratista de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: lozano0211@gmail.com



Resumen

Objetivo: analizar los contenidos que en materia de salud pública incluyen los planes de desarrollo, los planes territoriales de salud y los acuerdos municipales, así como la coherencia con la situación de salud de la comunidad reflejada en su perfil epidemiológico. *Metodología:* se revisaron y compararon los planes de desarrollo municipales, los planes territoriales de salud de los períodos 2008-2011 y 2012-2015 y los acuerdos que los concejos municipales emitieron sobre asuntos de salud pública entre el 2008 y junio del 2013, al igual que los perfiles epidemiológicos de seis ciudades colombianas. *Hallazgos:* los planes de desarrollo y territoriales poseen algunas líneas estratégicas que generan políticas públicas en diversas temáticas de salud a nivel territorial, pero ninguna ciudad cuenta con una política integral en salud pública. Los acuerdos municipales no recogen suficientemente las necesidades de salud. La mayoría de las políticas y programas en salud pública no tienen continuidad de un periodo de gobierno a otro, ni se llevan a cabo procesos de seguimiento y evaluación para tomar decisiones basadas en resultados. *Conclusión:* en ninguna de las ciudades hay una política integral de salud pública, hay múltiples políticas y programas enfocados en temas específicos, hay discontinuidad de las políticas y programas entre períodos de gobierno.

Palabras clave: política de salud; perfil de salud; planificación en salud; descentralización en salud

Abstract

Objective: Analyzing the contents included in the development plans, territorial health plans and the municipal agreements regarding public health, as well as their coherence with the health situation of the community, as reflected by their epidemiologic profile. *Methodology:* We reviewed and compared the municipal development plants, the territorial health plans of the 2008-2011 and 2012-2015 periods, the agreements that the municipal councils issued on public health matters between 2008 and June, 2013, as well as the epidemiologic profiles of six Colombian cities. *Findings:* The development and territorial plans have some strategic guidelines that generate public policies on different health topics on a territorial level, but none of the cities has an integral policy on public health. The health needs are not sufficiently covered by the municipal agreements. Most of the policies and public health programs are not developed further from a government period to the next; monitoring and assessment programs are not carried out to take decisions based on results either. *Conclusion:* None of the cities has an integral public health policy; there are multiple policies and programs focused on particular topics; there is no further development on policies and programs between government periods.

Keywords: health policy; health profile; health planning; health decentralization

Resumo

Objetivo: analisar os conteúdos que em matéria de saúde pública incluem os planos de desenvolvimento, os planos territoriais de saúde e os acordos municipais, assim como a coerência com a situação de saúde da comunidade refletida no seu perfil epidemiológico. *Metodologia:* revisaram-se e compararam os planos de desenvolvimento municipais, os planos territoriais de saúde dos períodos 2008-2011 e 2012-2015 e os acordos que os Concelhos Municipais emitiram sobre assuntos de saúde pública entre 2008 e junho de 2013, ao igual que os perfis epidemiológicos de seis cidades colombianas. *Achados:* os planos de desenvolvimento e territoriais possuem algumas linhas estratégicas que geram políticas públicas em diversas temáticas de saúde no nível territorial, mas nenhuma cidade tem uma política integral de saúde pública. Os acordos municipais não atendem suficientemente as necessidades de saúde. A maioria das políticas e programas em saúde pública não tem continuidade de um período de governo para o outro, nem se leva a cabo processos de seguimento e avaliação para tomar decisões baseadas em resultados. *Conclusão:* em nenhuma das cidades tem uma política integral de saúde pública, tem múltiplas políticas e programas focados em temas específicos, tem descontinuidade das políticas e programas entre períodos de governo.

Palavras-chave: política de saúde; perfil de saúde; planejamento em saúde; descentralização em saúde



Introducción

Con la Ley 100 de 1993 se estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss) de Colombia, el cual se fundamenta en directrices neoliberales internacionales justificadas en la búsqueda de mejorar la cobertura, el acceso, la calidad, la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. Esta ley estableció el aseguramiento como medio para acceder a los servicios y para ello creó las Empresas Promotoras de Salud (EPS) públicas y privadas, responsables de proveer un Plan Obligatorio de Salud (POS) a sus afiliados a cambio de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), es decir, una suma de dinero por persona afiliada. Asimismo, cambió el subsidio de la oferta por el subsidio de la demanda; introdujo el mercado y la competencia entre las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas y privadas; redujo el papel desempeñado por el Estado y amplió la participación privada. Con ello, un mayor porcentaje de la población tiene seguro en salud y hay una mayor participación privada (1), lo cual no ha significado mejor acceso efectivo a los servicios de salud, debido a las múltiples barreras administrativas, geográficas y económicas generadas y al ánimo de lucro, principalmente de la EPS privadas (2, 3).

La descentralización en salud es parte central del sgsss, a través de la cual se definieron las competencias y responsabilidades para los tres niveles de gobierno (nacional, departamental y municipal) en materia de salud. Con esto, el gobierno municipal, y en particular sus autoridades de salud, son responsables del desarrollo de políticas y programas de salud pública, con la participación de otros actores como las EPS, las IPS y la comunidad, entre otros (Ley 10 de 1990, Ley 100 de 1993, Ley 715 de 2001).

Durante el desarrollo del sgsss y de la descentralización ha habido un limitado desarrollo de políticas, programas y proyectos en materia de salud pública. Las autoridades de salud han desempeñado un tímido papel en este campo. A nivel local, se reconocen falencias en el direccionamiento de la salud y en la voluntad política para asumir la rectoría del Sistema para priorizar el tema en la agenda política (4, 5).

Esta parte de la investigación tuvo como objetivo explorar la presencia de la salud pública en la agenda política local, para lo cual se tomó como marco de análisis las competencias municipales en materia de salud, visualizadas a través de políticas y programas puestas en marcha, las líneas estratégicas de los planes de desarrollo y de los planes territoriales de salud, así como los temas de salud pública que fueron objeto de acuerdos municipales emitidos por el Concejo en las ciudades de Barraquilla, Bogotá, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto en los períodos 2008-2011 y 2012-2015. En este sentido, se analizaron estos planes y acuerdos, la continuidad de los programas, proyectos y políticas con los cambios de gobierno, y su coherencia con los perfiles epidemiológicos y la situación de salud pública de cada ciudad. Este estudio es parte de una investigación titulada *Decisiones en la política y la gestión en Salud Pública. Un análisis en seis ciudades colombinas en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2012-2014*, cuyos principales hallazgos están publicados en el libro *Tensiones en las decisiones en Salud Pública. El Bien Común en confrontación con los intereses y prácticas particulares*.

Se tomó como marco de análisis algunos conceptos teóricos sobre políticas públicas que involucran categorías como los antecedentes que permitieron la construcción de las políticas (la necesidad o el diagnóstico), los actores que la impulsaron y los que tomaron



decisiones, las estrategias con respecto a las necesidades identificadas, el seguimiento a sus resultados y la continuidad.

Políticas públicas

Las definiciones de las políticas públicas (*public policies*) se pueden analizar a partir de dos corrientes: la primera de ellas define a las políticas como las respuestas del Estado a problemas sociales, como parte de sus compromisos y obligaciones. Esta idea tiene entre sus defensores a Meny y a Thoenig (6), quienes definen la política pública como “un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico”. Para Thomas Dye una política pública es “todo aquello que los gobiernos deciden hacer o no hacer” (7). Salazar (8) y Vargas (9) coinciden en definir “las políticas públicas como las iniciativas, decisiones y acciones del Estado frente a situaciones socialmente problemáticas, que buscan su resolución las situaciones socialmente problemáticas son aquellas que la sociedad percibe como problemas sociales relevantes a los cuales hay que definirle soluciones mediante políticas”. Por su parte, para Maggiolo y Perozo (10) “el término políticas públicas se asocia de inmediato con asuntos del gobierno y sistemas políticos o con actividades de las instituciones públicas, que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos”.

La segunda corriente la defienden aquellos autores que reconocen las políticas públicas como un conjunto de interacciones y decisiones participativas que se deben concertar con la participación de los interesados. Roth (11) afirma que la construcción de políticas no es un asunto exclusivo de los hacedores de la política (*policy makers*), sino un asunto que incluye a la sociedad en su conjunto. Molina y Roth (12) definen las políticas públicas como “procesos de construcción colectiva de ini-

ciativas, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas por el Estado, para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, político, social y cultural específico”. En este mismo sentido, para Muller (13) las políticas públicas representan no solo la forma de materializar la política, sino también de concretar el debate en lo público, el reconocimiento de una sociedad y la oportunidad de articular intenciones y acciones de diferentes actores.

Bustelo (14) reconoce cinco categorías de actores involucrados en las políticas públicas: a) patrocinadores, formuladores y responsables políticos; b) directores de programas, gestores y profesionales; c) destinatarios o beneficiarios directos e indirectos; d) otros que actúan como referentes: profesionales y responsables de políticas similares, científicos sociales y expertos; e) instituciones inter y transnacionales. La presencia de actores diversos en el desarrollo de una política implica debate y confrontación —dadas las relaciones de poder existentes entre ellos—, lo que explica el carácter complejo y turbulento que puede llegar a tener la gestión de las políticas públicas. Sin embargo, el debate permite la democratización de las decisiones, inclusión social y reconocimiento de los ciudadanos como actores políticos.

Las políticas en salud pública implican gestión, planeación y asesoría interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional y una fuerte participación social, en donde los escenarios de concertación y decisión son propuestos desde uno o varios actores, con la participación del Estado como ente rector y garante del derecho a la salud. Entidades internacionales en materia de salud promueven un enfoque de políticas públicas en salud denominado “salud en todas las políticas” (15, 16), mediante el cual se busca la inserción de asuntos sociales, económicos, políticos, culturales e institucionales clave re-



lacionados con la salud pública, en la agenda de las principales políticas públicas, macro y microeconómicas de los Estados y de las organizaciones supranacionales.

Metodología

La metodología fue el estudio de casos (17), tomando cada ciudad como un caso, y en cada uno se revisaron los planes de desarrollo municipales y los planes territoriales de salud de los períodos 2008-2011 y 2012-2015 de las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto; también se revisaron los acuerdos que los Concejos municipales emitieron sobre asuntos de salud pública entre el periodo 2008 y junio de 2013, con el fin de identificar los lineamientos y acciones de salud pública propuestos en los planes y en los acuerdos, el proceso de construcción de las políticas en salud pública a nivel local, el lugar que la salud pública ocupa en la agenda municipal y la coherencia de las decisiones de las autoridades de salud con el perfil epidemiológico y las necesidades de salud en cada ciudad. Para realizar este análisis se elaboraron guías e instrumentos de recolección y revisión de información de fuente secundaria.

Las seis ciudades elegidas fueron seleccionadas por su diferencia en su nivel de desarrollo económico, social, político e institucional, asumiendo que debían darse diferencias relacionados con esto, y teniendo en cuenta los hallazgos de un estudio previo sobre los procesos de toma de decisiones en la atención en salud (2).

Se realizó una revisión y análisis de las bases de datos de estadísticas vitales de 2010, los Registros Individuales de Procedimientos en Salud (RIPS) del Ministerio de Salud del 2007 por ciudad, con los cuales se elaboró el perfil epidemiológico. También se iden-

tificaron las líneas estratégicas del Plan de Desarrollo y del Plan Territorial de Salud, y el propósito de los acuerdos del Concejo relacionados con salud pública. Con la información recogida se realizó una comparación, identificando la coherencia de las líneas de acción con el perfil epidemiológico; los procesos de gestión, ejecución y seguimiento en los programas y proyectos de salud pública y la continuidad en las acciones de los planes y los acuerdos.

La información de los planes y los acuerdos se obtuvo por medio de páginas web y de las bases de datos de los acuerdos que los concejos municipales proporcionaron al proyecto. Los datos de morbilidad infantil en menores de cinco años y de la población en general se obtuvieron de las bases de datos de los RIPS del Ministerio de la Protección Social que fueron reportados por las IPS para el año 2007; la mortalidad infantil en menores de cinco años y de la población en general se obtuvo de las estadísticas vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del año 2011; y los principales indicadores del perfil epidemiológico de documentos oficiales publicados y/o enviados al proyecto por las secretarías departamentales/distritales y municipales de las seis ciudades.

En cada ciudad se realizaron entrevistas, de las cuales se realizó un análisis cualitativo de las características y prácticas políticas locales y la influencia de estas en la construcción y definición de políticas y programas; parte de los hallazgos están publicados en el capítulo 6 del libro titulado *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano. El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares* (4), por lo cual no se incluyen en este artículo. Sin embargo, dichas entrevistas aportaron al análisis de contexto sociopolítico de las políticas y programas en salud pública y



para orientar la búsqueda y análisis de la información de los planes de desarrollo, de salud y los acuerdos municipales.

Hallazgos

Perfil epidemiológico de las seis ciudades

El perfil epidemiológico de las seis ciudades se muestra en las tablas A1-A4 (ver anexo), en los cuales se destacan como principales causas de consulta externa de los menores de cinco años las infecciones respiratorias y gastrointestinales y el monitoreo del crecimiento y el desarrollo, entre otros (tabla A1) (18). Entre las causas de mortalidad están los trastornos del crecimiento, malformaciones congénitas, trastornos del feto y del recién nacido, infecciones respiratorias agudas y problemas nutricionales (tabla A2) (19). En la población general se destacan como causas de consulta externa las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, las infecciones respiratorias y de vías urinarias, problemas lumbares, problemas gastrointestinales y dificultades durante el embarazo y el parto, entre otras (tabla A3) (18). Entre las causas de mortalidad, además de las infecciones está las enfermedades crónicas, la isquemia del corazón y tumores (tabla A4) (19).

En Leticia, además de lo común a las otras ciudades, resaltan entre las causas de mortalidad de la infancia las deficiencias nutricionales, anemias y el retardo en el crecimiento fetal; en la población general también está el VIH/SIDA y las lesiones (tabla A2). En Medellín, además de los aspectos mencionados para todas las ciudades, se presentan entre las diez primeras causas de consulta de la población general los trastornos del comportamiento (tabla A3), y entre las causas de mortalidad agresiones, homicidios y accidentes de tránsito (tabla A4).

La tabla A5 muestra algunos de los principales indicadores de salud pública, donde destaca la mayor mortalidad infantil en la ciudad de Leticia, la mayor mortalidad materna en Bogotá y Barranquilla, coberturas de vacunación superiores al 90% en todas las ciudades con los cuatro principales biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones; y mayores tasas de desnutrición en Leticia (20-26).

Líneas estratégicas de los planes territoriales de salud de Barranquilla, Bucaramanga, Pasto, Bogotá, Leticia y Medellín

A continuación se describen los contenidos en salud pública de los planes de desarrollo y de los planes de salud municipales en los períodos 2008-2011 y 2012-2015 y el listado de los acuerdos municipales sobre temas de salud desde enero del 2008 hasta junio del 2013, para cada una de las ciudades, así como las principales observaciones de la comparación entre los planes y los acuerdos con el perfil epidemiológico de cada ciudad.

Barranquilla: planes, políticas públicas y acuerdos municipales en salud pública 2008-2011 y 2012-2015. El Plan Territorial de Salud (PTS) 2008-2011 de Barranquilla se enmarca en el Plan de Desarrollo del mismo periodo, el cual tiene un enfoque de derechos e inclusión social. El marco estratégico para la salud se encuentra en la política misional “Barranquilla para la gente”, que incluye inversión y gestión en salud, educación y atención a la vulnerabilidad social y física. Esta política incluye los programas de: a) aseguramiento universal, b) mejor atención a población no asegurada, c) promoción social y programas especiales, d) prestación de servicios de salud con calidad, e) liderazgo, control y vigilancia del sistema de salud y f) participación, concertación y apropiación comunitaria. La tabla 1 presenta las líneas de acción del PTS y los acuerdos municipales.



TABLA 1. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LOS PLANES TERRITORIALES DE SALUD Y ACUERDOS MUNICIPALES DE LOS PERIODOS 2008-2011 Y 2012-2015, BARRANQUILLA

Líneas estratégicas 2008-2011	Líneas estratégicas 2012-2015
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura universal • Servicios de salud con estándares superiores de calidad • Estilos de vida saludables <p>En el Plan Territorial de Salud se incluyen programas y proyectos que responden a las líneas estratégicas para disminuir las muertes y prevalencia de enfermedades según el perfil epidemiológico de la ciudad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención integral a la primera infancia, adolescencia y juventud • Inclusión de la población pobre y vulnerable • Educación de calidad y pertinencia • Formación integral con deporte y recreación • Salud con oportunidad y calidad en el servicio • Vivienda digna de interés social y prioritario • Atención integral a la primera infancia, adolescencia y juventud • Inclusión de la población pobre y vulnerable • Educación de calidad y pertinencia • Formación integral con deporte y recreación • Salud con oportunidad y calidad en el servicio • Vivienda digna de interés social y prioritario
Acuerdos municipales	
Periodo 2008-2011	
<ul style="list-style-type: none"> • 005 de 2008: saneamiento básico de caños • 013 de 2008: atención a las víctimas del conflicto armado • 022 de 2008: promueve la semana del buen trato, la convivencia y la tolerancia • 029 de 2008: protección integral a la mujer y a los niños y niñas • 017 de 2010: crea un subsidio para los servicios públicos en población vulnerable 020 de 2010: observatorio de seguimiento a las políticas públicas de la ciudad • 004 de 2011: prevención y promoción del cáncer de cuello uterino • 005 de 2011: política pública de atención a la población desplazada en Barranquilla implementando la Ley 1448 de 2011 • 007 y 008 de 2011: priorización de la gestión ambiental urbana 	
Periodo 2012 a junio del 2013	
<ul style="list-style-type: none"> • 001 de 2012: implementación de la Ley de Víctimas 	

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal y Plan Territorial de Salud Barranquilla 2008-2012 y 2012-2015. Concejo Municipal de Barranquilla, Acuerdos 2008 a junio del 2013

El Plan de Desarrollo Municipal, el Plan Territorial de Salud 2008-2011 y los acuerdos municipales emitidos son coherentes entre sí y fueron el punto de partida para los planes del 2012 al 2015, dando continuidad a algunas metas y poblaciones priorizadas, como las relacionadas con los derechos de los niños y niñas, mujeres, adultos mayores y víctimas de la violencia.

mesas temáticas con organizaciones sociales y la comunidad, para llegar a consensos con respecto a las necesidades en salud y a sus posibles soluciones. El PTS es parte del plan de desarrollo distrital en el eje “Barranquilla con equidad social” y en la estrategia “Barranquilla saludable”, que cuenta con cinco programas de salud: a) aseguramiento en salud, b) prestación y desarrollo de servicios de salud con calidad, c) vigilancia y control de la salud pública, d) atención primaria en salud y e) promoción social. El plan de desarrollo



y el PTS no recogen suficientemente las necesidades que plantea el perfil epidemiológico.

Bogotá: planes, políticas públicas y acuerdos 2008-2011 y 2012-2015. El Plan Distrital de Salud (PDS) 2008-2011, del marco del proyecto político “Bogotá Positiva, para vivir mejor”,

se enfocó en construir proyectos para la vida con equidad y dignidad, con el propósito de que el Estado garantice el goce efectivo de los derechos (GED) a los ciudadanos. La tabla 2 muestra las líneas de acción del PDS y los acuerdos municipales del Concejo en temas relacionados con la salud pública.

TABLA 2. LÍNEAS ESTRÁTÉGICAS DE LOS PLANES TERRITORIALES DE SALUD Y ACUERDOS MUNICIPALES DE LOS PERIODOS 2008-2011 Y 2012-2015, BOGOTÁ D.C.

Líneas estratégicas 2008-2011	Líneas estratégicas 2012-2015
Lineas estratégicas: a) aseguramiento; b) prestación y desarrollo de servicios; c) Salud pública - Plan de Intervenciones Colectivas; d) promoción social; e) prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales; f) gestión de riesgos frente a urgencias, emergencias y desastres	Lineas estratégicas: a) gobernanza y rectoría; b) aseguramiento; c) prestación y desarrollo de servicios de salud, la salud pública, promoción social; d) prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales y e) urgencias, emergencias y desastres
Acuerdos municipales	
Periodo 2008-2011	
<ul style="list-style-type: none"> 334 de 2008: dotación, mantenimiento y uso del botiquín de primeros auxilios en las estaciones del Transmilenio 379 de 2009: Programa Anual de Promoción del Refuerzo del Esquema Completo de Vacunación (Enfermedades Inmunoprevenibles) PAI. 461 de 2010: programa de “Detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino” y prevención del Virus del Papiloma Humano (vph). 462 de 2010: bioseguridad para los establecimientos que ofrecen servicios de estética facial, corporal y ornamental, gimnasios, saunas, turcos, salas de masajes y establecimientos afines en el Distrito Capital 	
Periodo 2012 a junio del 2013	
<ul style="list-style-type: none"> 489 de 2012: Plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C., 2012-2016 - “Bogotá Humana” que propone territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad 498 de 2012: promoción de alimentación saludable y de actividad física que mejore la calidad de vida y la salud 507 de 2012: tamizaje universal neonatal auditivo y visual gratuito para población pobre y vulnerable no asegurada 508 de 2012: promoción de la paternidad y maternidad responsables 512 de 2012: promoción de la higiene de manos 513 de 2012: prácticas ambientalmente sostenibles para la reducción de dioxinas 520 de 2013: promueve el examen de citología cervico-uterina para todas las mujeres en edad reproductiva 	

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal y Plan Territorial de Salud Bogotá 2008-2012 y 2012-2015. Concejo Municipal de Bogotá, Acuerdos 2008 a junio del 2013

En la ciudad de Bogotá se destaca en la última década el programa Salud a su Hogar, más tarde denominado Salud a su Casa, o Salud al Territorio, fundamentados en los derechos, estructurados por ámbitos de atención (hogar, escuela, trabajo, comunidad, entre otros), desarrollados con equipos de salud interdisci-

plinarios e interinstitucionales que asumen la salud desde los determinantes sociales, las diferencias por género, ciclo vital humano, grupos poblacionales y étnicos, entre otros, bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud. Estos programas han tenido logros importantes pero también obstáculos de tipo político,



social y técnico, dadas las características de mercado y la segmentación de la población a través del modelo de aseguramiento del SGSSS. Estas estrategias han buscado impactar el perfil epidemiológico de la población (tablas A5-A8).

Bucaramanga: planes, políticas públicas y acuerdos 2008-2011 y 2012-2015. El Plan de Desarrollo 2008-2011 tiene un enfoque económico encaminado a la productividad urbana, busca acondicionar la ciudad en función de las apuestas productivas y sus requerimientos de desarrollo social. El Plan Territorial de Salud prioriza la población discapacitada, el adulto mayor, los niños y niñas, los adolescentes, los jóvenes y la población desplazada. Adicionalmente, incluye a las mujeres, los habitantes de calle, la población carcelaria, los grupos étnicos, los loteros y chanceros como poblaciones prioritarias.

Los asuntos de salud en el plan de desarrollo están plasmados en la línea estratégica “ciudad integradora, incluyente y participativa”. Esta línea a su vez incluye: 1) seguridad social en salud, la cual tiene dos estrategias: a) universalización del régimen subsidiado para población del Sisben 1 y 2, y b) implementación de subsidios parciales a población del nivel 3 del Sisben; 2) salud pública. La tabla 3 describe las líneas estratégicas del Plan Territorial de Salud 2008-2011, del Plan Operativo Anual 2012-2013 y los acuerdos.

Los programas de salud pública del período 2008-2011 estuvieron alineados con las prioridades a nivel nacional. Algunas problemáticas como la prevención de muertes por agresiones, homicidios y accidentes de tránsito, así como la prevención de enfermedades respiratorias, la diabetes mellitus y los tumores del estómago, relacionadas con malos hábitos alimenticios y estilos de vida poco saludables, no se encuentran en los programas del Plan Territorial de Salud, a pesar de que son prioridad de acuerdo con el perfil epidemiológico (tablas A9-A12).

El Plan de Desarrollo 2012-2015 tiene como enfoque generar riqueza colectiva con los principios de equidad y sostenibilidad social. Con respecto a la salud busca priorizar la población vulnerable. Dentro de los programas de salud pública se encuentran dos estrategias: a) salud para todos y todas con calidad, que incluye el fortalecimiento de la salud pública, la Atención Primaria en Salud y el control de factores de riesgo del entorno; y b) saneamiento y entorno saludable, que busca la seguridad sanitaria y ambiental, con la inspección, vigilancia y control de factores de riesgo. En general, los acuerdos del período 2008-2011 y los proyectos priorizados en el PTS y en el plan de desarrollo 2008-2011 recogen algunos problemas reflejados en el perfil epidemiológico.

Para el período 2012-2015 no se encontraron políticas y programas enfocados a prevenir las muertes por agresiones y homicidios, ni muertes materno-infantiles, que si bien se nombran como problemas de salud en el plan de desarrollo, no se ponen en marcha estrategias concretas para su intervención.

Leticia: planes, políticas públicas y acuerdos 2008-2011 y 2012-2015. El Plan de Desarrollo “De la mano con la comunidad” tiene como enfoque el desarrollo con responsabilidad y armonía entre lo económico, lo ambiental, lo social, lo cultural y lo político, y se compone de cuatro líneas: a) niñez, infancia, adolescencia y juventud, b) Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario y reducción de la pobreza, c) calidad educativa y cultura ciudadana y d) prospectiva, ciencia y tecnología.

La tabla 4 presenta las líneas estratégicas de los planes territoriales de salud del 2008-2011 y 2012-2015, los acuerdos municipales y algunas ordenanzas dadas por la Asamblea de Amazonas, dado que Leticia depende del departamento en asuntos de salud.



TABLA 3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LOS PLANES TERRITORIALES DE SALUD Y ACUERDOS MUNICIPALES DE LOS PERIODOS 2008-2011 Y 2012-2015, BUCARAMANGA

Líneas estratégicas 2008-2011	Bucaramanga: Plan Operativo Anual (POA) de salud 2012 y 2013
Líneas estratégicas de salud pública: a) salud infantil, b) salud sexual y reproductiva, c) salud bucal, d) salud mental, e) enfermedades trasmisibles y zoonosis, f) nutrición y seguridad alimentaria, g) seguridad sanitaria y ambiental, h) enfermedades crónicas, i) programas para la población discapacitada, j) salud y la calidad de vida de poblaciones vulnerables, k) gestión de la salud pública, y l) atención a la población desplazada	Al momento de realizar esta investigación no se contaba con el <i>Plan Territorial de Salud (PTS) 2012-2015</i> sino con un <i>POA 2012-2013</i> . Líneas estratégicas en salud del POA son: a) aseguramiento universal, b) salud infantil, c) salud sexual y reproductiva, d) salud bucal, e) salud mental, f) enfermedades crónicas y discapacidad, g) seguridad alimentaria, h) enfermedades trasmisibles y zoonosis, i) seguridad sanitaria y ambiental, j) salud laboral, k) gestión del plan de salud pública local, l) salud y calidad de vida, promoción social y m) desarrollo sostenible. En el interior de estas se detallan acciones para dar solución a las principales causas de muerte
Acuerdos municipales	
Periodo 2008-2011	
<ul style="list-style-type: none"> • 013 de 2008: crea las brigadas de emergencia • 027 de 2008: obliga los elementos de primeros auxilios en establecimientos de comercio • 029 de 2008: institucionaliza el día de la prevención cáncer de mama • 051 de 2009: crea la red de prevención de embarazos en adolescentes • 054 de 2009: política pública de atención a las mujeres víctimas de la violencia • 083 de 2009: crea la red de prevención de la accidentalidad vial • 087 de 2009: crea el comité interinstitucional consultivo para la prevención de la violencia sexual y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de este delito • 088 de 2009: crea los centros de escucha y orientación para atender el consumo de sustancias psicoactivas • 091 de 2009: promueve los derechos de la población con discapacidad auditiva • 015 de 2010: promueve la práctica de la vasectomía y el implante subcutáneo como métodos de planificación familiar • 029 de 2010: establece acciones para prevenir el síndrome del alcoholismo fetal • 032 de 2010: forma el consejo municipal asesor del cáncer infantil • 050 de 2010: crea un mecanismo de coordinación interinstitucional para la atención integral de niños, niñas y adolescentes • 053 de 2010: política pública de discapacidad • 011 de 2011: política pública de atención a personas con epilepsia • 015 de 2011: política pública de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y otro de tipo adictivos 	
Periodo 2012 a junio del 2013	
<ul style="list-style-type: none"> • 020 de 2012: política pública para el control y la prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas no trasmisibles. 	

Fuente: Plan de Desarrollo municipal y Plan Territorial de Salud Bucaramanga 2008-2012 y 2012-2015. Concejo Municipal de Bucaramanga, Acuerdos 2008 a junio de 2013



TABLA 4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LOS PLANES TERRITORIALES DE SALUD Y ACUERDOS MUNICIPALES DE LOS PERIODOS 2008-2011 Y 2012-2015, LETICIA

Líneas estratégicas 2008-2011	Líneas estratégicas 2012-2015
Las líneas estratégicas en salud pública son: a) niñez, infancia, adolescencia y juventud, b) Derechos Humanos, Derecho Internacional Humanitario y reducción de la pobreza y c) salud y protección social. Dentro de estas líneas estratégicas se plantean acciones para enfrentar los problemas de salud pública de la ciudad presenta.	Líneas estratégicas en salud: a) protección social, b) prevención y vigilancia de gestión de riesgos profesionales, c) emergencias y desastres, e) prestación y desarrollo de servicios de salud y f) salud pública y aseguramiento
Acuerdos municipales	
Acuerdos y ordenanzas en salud pública 2008-2011	
En este apartado es necesario incluir las ordenanzas del departamento del Amazonas, ya que Leticia es un municipio no certificado en salud y por tanto las funciones descentralizadas las asume el departamento:	
<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo 001 de 2010: crea la estampilla para el bienestar y protección a las personas de la tercera edad de los niveles 1 y 2 del Sisben o quienes según evaluación socioeconómica requieran este servicio para mitigar las condiciones de pobreza extrema, vulnerabilidad, aislamiento o carencia de soporte social, a través del centro de vida • Ordenanza 010 de 2011: emisión de la estampilla proseguridad alimentaria y desarrollo rural del departamento por el término de cinco años, en reemplazo de la estampilla preelectrificación rural de Amazonas, que se destinará a la financiación exclusiva de la seguridad alimentaria y desarrollo rural de Amazonas • Ordenanza 026 de 2011: plan de seguridad alimentaria y nutricional del departamento de Amazonas 	
Acuerdos y ordenanzas en Salud Pública de enero 2012 a junio del 2013	
<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo 06 de 2012: incorpora recursos del presupuesto de rentas y gastos del municipio de Leticia para la vigencia fiscal de 2012, en el marco del cual se celebró convenio administrativo con la gobernación de Amazonas de concurrencia en las actividades contenidas en el desarrollo de políticas y estrategias de vigilancia y gestión del conocimiento en salud pública • Acuerdo 024 de 2012: fondo de solidaridad y redistribución de ingresos y asignación de subsidios en los servicios de acueducto, alcantarillado y aseo en el departamento de Amazonas • Acuerdo 025 de 2012: fondo de gestión de riesgos de desastres del departamento de Amazonas 	

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal y Plan Territorial de Salud, Leticia 2008-2012 y 2012-2015. Concejo Municipal de Leticia, Acuerdos 2008 a junio del 2013

En Leticia existen graves problemas de salud pública ya controlados en casi todo el país, tales como la carencia de infraestructura sanitaria básica (acueducto, alcantarillado, manejo de basuras, etc.) que afectan negativamente la salud y la calidad de vida de los habitantes.

El Plan de Desarrollo 2012-2015 tiene un enfoque de Derechos Humanos y de género, prioriza la población infantil, los adolescentes, la familia, los grupos étnicos, la población discapacitada y las mujeres. El plan cuenta con dos proyectos estratégicos: a) el plan maestro de acueducto y b) la adquisición de predios para el proyecto de vivienda de

interés social. Para mitigar los problemas de salud hay cuatro líneas estratégicas: a) fortalecimiento de la política social e integral; b) municipio con compromiso ambiental; c) municipio moderno con desarrollo urbano funcional y sostenible; y d) gerencia pública eficiente. Se han desarrollado programas y acciones en salud pública con enfoque etnocultural, en lo cual participa la población indígena, líderes indígenas, técnicos en salud y tomadores de decisiones. Sin embargo, los planes de desarrollo, los planes territoriales de salud y los acuerdos municipales solo recogen algunas necesidades y prioridades del perfil epidemiológico (tablas, A13-A16).



La mayoría de las metas de los planes de estos periodos no cuentan con estrategias concretas para ser logradas.

Medellín: planes, políticas públicas y acuerdos 2008-2011 y 2012-2015. La Secretaría de Salud de Medellín utilizó la metodología de marco lógico para la elaboración del Plan Territorial de Salud periodo 2008-2011, tomando como base la Resolución 425 de febrero del 2008. Para este fin, se realizaron reuniones con representantes de la comunidad, sector salud, entidades y dependencias involucradas en el tema de salud y de grupos poblacionales específicos como afrodescendientes, discapacitados, LGBTI e indígenas. Igualmente participaron, con sentido de corresponsabilidad, los actores del sgsss. La tabla 5 muestra las líneas estratégicas de los planes de territoriales de salud y los acuerdos municipales emitidos por el Concejo en asuntos de salud pública.

El propósito del pts 2008-2011 fue mejorar las condiciones de salud de los habitantes de la ciudad y lograr el acceso real y con calidad a los servicios de salud, priorizando las poblaciones más vulnerables. Este plan se enmarcó en el Plan de Desarrollo de Medellín del mismo periodo, denominado “Medellín solidaria y competitiva”, como parte de la línea 2 de “Bienestar para toda la población”.

La construcción del pts 2012-2015 fue guiada por la Secretaría de Salud de Medellín, que convocó al Consejo Municipal de Seguridad Social en Salud, a los Comités de Participación Comunitaria en Salud, a las mesas de salud, a las ligas de usuarios, a grupos poblacionales especiales (LGTBI, afrodescendientes, indígenas, discapacitados, víctimas de la violencia, adultos mayores), a organizaciones de mujeres, al sector académico, EPS, IPS, entidades gubernamentales del orden departamental y municipal y otros actores

relacionados con el sector salud (Inder, secretarías de Bienestar Social, Medio Ambiente, Cultura, Tránsito, Empresas Sociales del Estado), entre otros.

Se observa que los planes como los acuerdos municipales tampoco recogen suficientemente las necesidades de salud que se identifican en el perfil epidemiológico. Sin embargo, algunos programas tuvieron continuidad en ambos periodos.

Pasto: planes, políticas públicas y acuerdos 2008-2011 y 2012-2015. El Plan de Desarrollo 2008-2011 tuvo un enfoque de desarrollo humano sostenible, fundamentado en cooperación, equidad y seguridad, con cinco ejes estratégicos: a) convivencia, justicia y seguridad; b) espacio público, ordenamiento territorial y movilidad; c) equidad y humanidad; d) ambiente, servicios públicos y gestión del riesgo; e) cultura y deporte. El eje de equidad y humanidad llamado “Pasto un espacio digno” contiene siete programas de salud pública: a) aseguramiento en salud; b) prestación de servicios en salud; c) salud pública; d) servicios sociales básicos y complementarios; e) nutrición y afecto; f) jóvenes en la jugada; y g) equidad de género y derechos humanos. Los planes territoriales de salud establecen líneas estratégicas las cuales se presentan en la tabla 6, junto con los acuerdos municipales.

Los planes de desarrollo y de salud del periodo 2008-2012 se complementan entre sí; tienen en cuenta las directrices y prioridades nacionales en salud y el enfoque de prevención y promoción para enfrentar problemas de salud pública. El Plan de Desarrollo 2012-2015 se enfoca en: trasformación productiva, superación de los niveles de pobreza y vulnerabilidad y mejoramiento de los índices de seguridad; integridad social con respeto, sana convivencia y garantía de los derechos civiles, económicos, sociales, políticos y culturales.



TABLA 5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LOS PLANES TERRITORIALES DE SALUD Y ACUERDOS MUNICIPALES DE LOS PERIODOS 2008-2011 Y 2012-2015, MEDELLÍN

Líneas estratégicas de salud pública 2008-2011	Líneas estratégicas de salud pública 2012-2015
1) salud infantil, 2) salud sexual y reproductiva, 3) salud oral, 4) salud mental y lesiones violentas evitables, 5) enfermedades transmisibles y zoonosis, 6) enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidades, 7) nutrición, 8) seguridad sanitaria y del ambiente, 9) seguridad en el trabajo y enfermedades de origen laboral, 10) gestión del plan	a) promoción de la salud y la calidad de vida, b) prevención de los riesgos, c) recuperación y superación de los daños en salud, d) vigilancia en salud y gestión del conocimiento, e) gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan de Salud Municipal
Acuerdos municipales	
Periodo 2008-2011	
<ul style="list-style-type: none"> 04 de 2008: establece el Centro Integrado de Servicios Sociales para adultos y adultas mayores (Amautta) 039 de 2008: crea la política pública ambiental de intervención integral en laderas y bordes para la sostenibilidad ambiental de Medellín 056 de 2008: crea el “Programa de recuperación nutricional en Medellín”, dirigido a niños/as menores de seis años que padeczan o estén en alto riesgo de desnutrición 059 de 2008: crea las “unidades móviles de salud” 03 de 2009: establece las mesas ambientales en el municipio de Medellín 057 de 2009: habla sobre el programa El Barrio Oxigena la Ciudad. 062 de 2009: crea la política pública para la gestión de escombros en Medellín 064 de 2009: establece el programa de salud oral para el adulto mayor 065 de 2009: crea el programa de salud oral para la población infantil entre cero y siete años, para la población pobre y vulnerable de la ciudad 035 de 2010: crea el programa Siembra un Árbol, Salvemos el Planeta 075 de 2010: establece la mediación escolar como una estrategia alternativa para la solución de conflictos en las instituciones educativas públicas y contempla acciones para fomentar espacios de paz y convivencia en la comunidad educativa 077 de 2010: implementa el comparendo ambiental en Medellín 05 de 2011: modifica y actualiza el Acuerdo 64 de 2005 sobre la creación de la política pública de salud mental 06 de 2011: programa mínimo vital de agua potable, encauzado hacia población en situación de vulnerabilidad y pobreza, propone tres actividades: servicio público domiciliario de acueducto y alcantarillado y mínimo vital de agua potable 023 de 2011: crea la política pública de prevención del embarazo infantil y adolescente 058 de 2011: crea la política pública de atención integral a la primera infancia “Buen Comienzo”, dirigida a la población infantil de cero a cinco años de edad 	
Periodo 2012 a junio del 2013	
<ul style="list-style-type: none"> 08 de 2012: crea la política pública de envejecimiento y vejez de Medellín 023 de 2012: crea la política pública de Medellín Ciudad Verde y Sostenible, que promueve la ejecución de prácticas ambientales 045 de 2012: crea la política pública municipal de educación ambiental 055 de 2012: otorga facultades <i>pro tempore</i> al alcalde de Medellín para participar en la asociación, adquisición o creación de una EPS mixta. Con ello se espera que la EPS mixta o pública pueda participar en los regímenes subsidiado y/o contributivo 	

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal y Plan Territorial de Salud Medellín 2008-2012 y 2012-2015. Concejo Municipal de Medellín, Acuerdos 2008 a junio del 2013



TABLA 6. LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LOS PLANES TERRITORIALES DE SALUD Y ACUERDOS MUNICIPALES DE LOS PERIODOS 2008-2011 Y 2012-2015, PASTO

Líneas estratégicas de salud pública 2008-2011	Líneas estratégicas de salud pública 2012-2015
<p>1) Aseguramiento en salud, 2) prestación de servicios de salud y 3) salud pública. Dentro de estas líneas, los ejes programáticos del PTS son: a) aseguramiento, b) prestación de servicios, c) salud pública, d) promoción social, e) prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales y f) emergencias y desastres</p> <p>Tiene trece planes indicativos a) aseguramiento, b) prestación de servicios, c) infancia, d) salud sexual y reproductiva, e) salud oral, f) salud mental, g) salud ambiental y zoonosis, h) nutrición, i) enfermedades crónicas no trasmisibles, j) gestión en salud pública, k) promoción social, l) prevención, vigilancia y control del riesgo profesional y m) emergencias y desastres.</p>	<p>a) Aseguramiento, b) prestación de servicios, c) salud pública, d) promoción social, e) prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales y f) emergencias y desastres. Debido al número de enfermedades de salud pública que aún tienen prevalencia en Pasto, las acciones dentro de la línea estratégica en salud pública tienen como objetivo mitigar la prevalencia de enfermedades previsibles</p>
Acuerdos municipales	
<p>Periodo 2008-2011</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 022 de 2008: incluye a Pasto en el Plan departamental para el manejo empresarial de los servicios de agua y saneamiento en el departamento de Nariño • 010 de 2009: adopta la política pública de salud mental • 019 de 2009: adopta el comparendo ambiental en el municipio • 031 de 2009: vinculación del municipio de Pasto al Plan departamental para el manejo de aguas y saneamiento básico en el departamento de Nariño • 034 de 2009: Fondo municipal de Prevención y Atención de Emergencias y Desastres • 037 de 2009: otorga beneficios para mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores de 62 años • 011 de 2010: institucionaliza un programa recreativo y deportivo • 021 de 2010: crea los centros de servicio social para la atención del adulto mayor • 022 de 2010: disposición administrativa de inclusión laboral de personas en condición de discapacidad • 019 de 2011: Plan Decenal Educación Ambiental un camino para construcción de ciudadanía y corresponsabilidad ambiental en el territorio 2009-2019 • 026 de 2011: adopta la política pública de adolescencia y juventud <p>Periodo 2012 a junio 2013</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solo se había emitido el Acuerdo del Plan Territorial de Salud 2012-2015 	

Fuente: Plan de Desarrollo Municipal y Plan Territorial de Salud de Pasto 2008-2012 y 2012-2015. Concejo Municipal de Pasto, Acuerdos 2008 a junio del 2013

Las líneas estratégicas del Plan son siete: a) medio ambiente y problema ambiental; b) espacio público y problema urbano; c) cultura, comportamiento ciudadano y cambio cultural; d) productividad y competitividad urbana y rural; e) progreso social incluyente; f) convivencia, seguridad, justicia y atención a víctimas; g) institucionalidad pública.

La línea de “progreso social incluyente” tiene como objetivo mejorar la calidad y cobertura en educación, salud, equidad, vivienda, deporte, recreación y actividad física. Esta línea cuenta con tres programas relacionados con los determinantes de la salud: a) desarrollo nutricional, b) trasformando la cultura de la salud y c) aseguremos nuestra salud.



Las líneas estratégicas de los planes intentan dar respuesta a algunos problemas relacionados con el perfil epidemiológico de la población (tablas A21-A24).

Discusión

Políticas y programas en salud pública como políticas públicas

Las políticas y programas de salud pública vinculados a los planes de desarrollo y planes territoriales de salud no siempre se conciben y desarrollan como políticas públicas, las cuales por su naturaleza deberían conllevar procesos participativos, deliberativos e incluyentes que permitan incorporar y reconocer las necesidades sociales, los intereses de la comunidad y de los diferentes actores involucrados y generar espacios de concertación y debate (13), facilitando así una discusión amplia y la toma decisiones que beneficie primordialmente al colectivo. No todos los planes analizados han sido el producto de un proceso participativo, son pocos los casos en los que los representantes de los diferentes sectores han participado activamente en el desarrollo de iniciativas de políticas y programas en salud pública; lo cual es coherente con lo que plantea Vargas (9) quien afirma que han sido insuficientes los esfuerzos para lograr la articulación, participación y movilización social en la definición de políticas públicas y programas.

Por otro lado, el diagnóstico de salud de la población es uno de los principales aspectos para elaborar los planes de desarrollo y los planes de salud de cada ciudad. En este aspecto se visualizan carencias dado que las líneas estratégicas de los planes revisados no necesariamente guardan coherencia con las necesidades de la comunidad y su perfil epidemiológico.

Con respecto a los acuerdos municipales, los hallazgos sugieren que la salud pública no ha sido un asunto prioritario para los concejos municipales, lo que se evidencia en el bajo número de acuerdos emitidos sobre el tema. Asimismo, los acuerdos municipales no necesariamente se emiten como políticas públicas, y se convierten en legislaciones que no se reglamentan ni se les asignan recursos, y por ello no se implementan ni generan impacto. Adicionalmente, algunas se convierten en políticas de un gobierno de turno, que no logran surtir efecto porque son modificadas o abandonadas con facilidad por el gobierno siguiente. Dentro de la teoría acerca del ciclo de las políticas públicas, se destaca la importancia de la etapa de seguimiento y evaluación de los resultados obtenidos y el impacto de las políticas y programas (10, 27-29). Sin embargo, la revisión de los planes y sus estrategias en materia de salud pública sugiere que estos no han sido objeto de procesos de monitoreo ni evaluación. Cada gobierno genera cambios e introduce nuevas iniciativas sin conocer los resultados ni el impacto de los planes del gobierno anterior; en este sentido, no se logra evidenciar la relación que existe entre las acciones que se desarrollan y los cambios en la situación de salud de las comunidades. Es común ver esta práctica también en los acuerdos municipales, los cuales en su mayoría son olvidados con el cambio de mandatario local, por lo cual su implementación se queda a mitad de camino. Las políticas y programas son discontinuos, debido a los cambios periódicos de gobierno, lo que desfavorece su consolidación, resultados e impacto y además limita el posicionamiento de estas en la población y el uso eficiente de los recursos, entre otros.

Falta una política integral de salud pública

En cada una de las ciudades estudiadas existen diversas políticas y programas en salud pública sobre temas específicos como

salud materno-infantil, vacunación, salud bucal o lactancia, entre otros, que se desarrollan según las directrices nacionales. Se evidencia la falta de una política integral en salud pública en cada ciudad que trasciende los programas puntuales de cada gobierno y que articule e involucre políticamente a los diferentes actores relacionados con la salud y sus determinantes. Las diferentes dependencias de cada gobierno desarrollan políticas y programas aislados unos de otros, donde se entremezclan las motivaciones de protagonismo, los intereses de algunos actores sobre determinados temas y las buenas intenciones de atender necesidades de las comunidades.

Los hallazgos también sugieren que la falta de políticas públicas estables en salud y la poca priorización de temas de salud pública en las agendas políticas obedecen a intereses políticos y económicos locales, regionales y/o nacionales o de partidos políticos en el poder que buscan beneficios financieros. Asimismo, en ocasiones, la toma de decisiones no formula soluciones en el orden de las necesidades sociales, sino de acuerdo a las presiones políticas de los interesados en el problema. Los hallazgos de este estudio son coherentes con los reportados en diferentes trabajos sobre la descentralización en salud y sus tensiones con el SGSSS, donde se ha evidenciado la poca capacidad institucional y de gestión de las autoridades de salud municipales y del gobierno local en sus conjunto (2, 4, 21, 24, 25, 30-35).

Conclusiones

En cada ciudad se desarrollan líneas estratégicas de los planes, políticas y programas de salud pública en temas específicos. Sin embargo, no hay una política integral en salud pública en cada ciudad que trasciende los programas puntuales de los gobiernos de turno y que articule política y

técnicamente los diferentes actores relacionados son la salud pública. Los cambios de gobierno generan incertidumbre, pérdida de continuidad y de construcción de capacidad institucional para atender las necesidades de la población y cumplir las competencias que las autoridades de salud tienen derivadas del proceso de descentralización.

Las autoridades de salud en las seis ciudades objeto de estudio han desarrollado procesos de planeación con diferentes estrategias y han formulado planes de desarrollo y planes territoriales de salud bajo diferentes enfoques; entre ellos la equidad, los derechos en salud y los determinantes sociales de la salud, tomando en cuenta las directrices nacionales y poblaciones prioritarias tales como la niñez y el adulto mayor.

En las seis ciudades, la salud pública ha estado tímidamente en la agenda del Concejo Municipal; se observa una mayor actividad de esa entidad en las ciudades de Bogotá, Medellín, Barranquilla y Pasto.

Se destaca, en todas las ciudades, la discontinuidad de los planes, programas y proyectos, dados los cambios de gobierno. Igualmente, hay carencia de monitoreo y evaluación de los procesos, resultados e impactos de los diferentes planes, políticas, programas y proyectos en salud pública que permitan retroalimentar la toma de decisiones y la generación de ideas a partir de métodos de seguimiento y evaluación.

Hay programas de salud pública que se mantienen en el orden local por directriz del gobierno central ya que hacen parte de los compromisos e indicadores nacionales. Así, las necesidades en salud pública de carácter local se invisibilizan y pierden importancia por el poco seguimiento desde el ente nacional.



Se reconocen programas de salud pública que las ciudades formulan en los planes de desarrollo, planes territoriales o por acuerdo, que en ocasiones no llegan a ser implementados porque el presupuesto asignado es poco para su ejecución o porque se utiliza para otros programas en el trámite de la administración.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que concedieron las entrevistas, participaron en los grupos focales, en los foros de discusión de los resultados preliminares y a quienes proporcionaron la información sobre los planes de desarrollo y planes territoriales de salud. Igualmente, a las entidades que cofinanciaron este estudio: Colciencias, Universidad de Antioquia (CODI sostenibilidad de grupos 2012-2013), Universidad Santo Tomás —sede Medellín—, Universidad Nacional de Colombia —sede Bogotá— y la Universidad de Illinois.

Referencias bibliográficas

1. Restrepo J, Lopera J, Rodríguez S. Integración vertical en el sistema de salud colombiano: aproximaciones empíricas y análisis de doble marginalización. *Borradores del CIE*. 2005; 15.
2. Molina G, Ramírez A, Muñoz I, editores. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano, segunda edición. Bogotá: Editorial La Carreta; 2011.
3. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2008; 24 (3): 210-16.
4. Molina G, Ramírez A, Ruiz A, editores. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso y Letra Editores; 2013.
5. Organización Panamericana de la Salud, USAID. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y Fortalecimiento. Edición Especial No. 17, Washington: OPS, USAID; 2007.
6. Meny Y, Thoenig J-C. Las políticas públicas. Barcelona: Ariel; 1992.
7. Dye TR. *Understanding Public Policy*. Nueva Jersey, Estados Unidos: Prentice Hall; 2002.
8. Salazar C. Las políticas públicas. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas; 1995.
9. Vargas A. Notas sobre el estado y las políticas públicas. Bogotá: Almudena Editores; 1999.
10. Maggioli I, Perozo J. Políticas públicas: proceso de concertación Estado-sociedad. *Revista Venezolana de Gerencia* [Internet]. 2007; 12 (39): 373-392 [consultado el 10 de julio del 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-99842007000300004&lng=es&nrm=iso ISSN 1315-9984
11. Roth A. Políticas públicas: Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Auroras; 2002.
12. Molina G, Roth A. Políticas públicas en salud. En: Molina G, Roth A. Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2008.
13. Muller P. Las políticas públicas, segunda edición. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2002.
14. Bustelo Ruesta M. ¿Qué tiene de específico la metodología de evaluación? En: Bañón Martínez RI. *La evaluación de la acción en políticas públicas*. Madrid: Díaz de Santos; 2003. p. 13-33.
15. Howard R, Gunther S. *Health in All Policies: An EU Literature Review 2006-2011 and Interview with Key Stakeholders*. European Union, Equity Action [Internet] [consultado el 10 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.equitychannel.net/uploads/HiAP%20%20Final%20Report%20May%202012.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. 2008 [Internet] [consultado el 16 de abril del 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/chapter4/es/index.html>.
17. Yin R. *Case Study Research. Designing and Methods*, segunda edición. Londres: Sage; 1994.
18. Ministerio de la Protección Social. Registros individuales de prestación de servicios de salud, 2007.
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Defunciones por grupos de edad y sexo, según departamento, municipio de residencia y grupos de causas de defunción (lista de causas agrupadas 6/67 cie-10 de ops de 2011) [Internet] [consultado el 13 de diciembre del 2012]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1297:defunciones-no-fetales-2011-preliminar-&catid=118:estadisticas-vitales.
20. Oquendo T, Gómez LM, Molina G. Caracterización sociodemográfica y epidemiológica de: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto. En: Molina G, Ramírez A, Ruiz A, editores. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: El bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. Medellín: Pulso y Letra Editores; 2014. p. 79-161.
21. Gobernación de Amazonas. Informe de gestión 2011: rendición pública de cuentas sobre



- la gestión para la garantía de los derechos de los niñ@s, adolescentes y jóvenes. 2011 [Internet] [consultado el 17 de mayo del 2014]. Disponible en: http://amazonas.gov.co/apc-aa-files/37626237653038643430623162626265/INFORME_DE_GESTION_RPC_IAJ_2011_AMAZONAS_FINAL.pdf.
22. Alcaldía de Pasto, Secretaría de Salud. Plan Territorial de Salud 2012-2015 [Internet] [consultado el 18 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.pasto.gov.co/phocadownload/documentos2012/salud/plan_territorial_de_salud_2012-2015.pdf.
23. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Bienestar Social. Diagnóstico situacional de la infancia y la adolescencia en el municipio de Medellín. 2012 [Internet] [consultado el 18 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Bienestar%20Social/Secciones/Informes/Documentos/2012/Diagn%C3%B3stico%20de%20infancia%20y%20adolescencia%20nuevo%20formato.pdf>.
24. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y Alcaldía de Bucaramanga. Bucaramanga: estado de avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2012 [Internet] [consultado el 20 de mayo del 2014]. Disponible en: http://www.pnud.org.co/2012/odm2012/odm_bucaramanga.pdf.
25. Medellín Cómo Vamos. Análisis de la evolución de la calidad de vida en Medellín, 2008-2011: salud [Internet] [consultado el 20 de mayo del 2014]. Disponible en: www.medellincomovamos.org/file/2032/download/2032.
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Freno al embarazo adolescente, meta de MinSalud. Boletín Electrónico para los Actores del Sistema de Salud en Colombia. 2013; 20 [Internet] [consultado el 20 de mayo del 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/Enlace_MinSalud_20.pdf.
27. Subirats J. Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración. Madrid: Editorial Imprenta Nacional del Boletín del Estado; 1989.
28. Vila M, Chedrese L. Los concejos barriales: propuesta para el fortalecimiento democrático. Repensando la participación política desde lo local. En: Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad, Gobierno y Administración; Córdoba 2003, Nov 27-29. Córdoba: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas; 2003.
29. Howlett M, Ramesh M. Studing Public Policy. Policy Cycles and Policy Subsystems. 1995. En: Molina G. An Examination of the Process of Decentralization of the Health Sector in Colombia [Doctoral thesis]. University of Birmingham, England; 2003.
30. Herazo, B. Pobreza y corrupción: dos obstáculos difíciles para la promoción de la salud. En: Franco Agudelo S, editores. La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2005.
31. Hellman J, Kaufmann D. Las captura del Estado en las economías en transición. Revista de Finanzas y Desarrollo [Internet]; 2001. Disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2001/09/pdf/hellman.pdf>
32. Ruiz M, Acosta N, Rodríguez L, Uribe LM, León M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. Revista de Salud Pública. 2011; 13 (6): 885-96 [Internet] [consultado en agosto del 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600002&lng=es&nrm=iso.
33. Molina G, Rodríguez C, Montoya N, Spurgeon P. Descentralización del sector salud en Colombia. Análisis de 91 municipios. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2006; 24 (1): 48-60.
34. Molina G, Spurgeon P. La descentralización del sector salud en Colombia: una perspectiva múltiple. Rev. Gestión y Política Pública. 2007; 16 (1): 171-202.
35. Molina G. Rol de los partidos políticos en la provisión de servicios de salud, Colombia 2007-2008. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2009; 27 (1): 66-75.



Anexo**TABLA A1. CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA EN MENORES DE CINCO AÑOS DE LAS CIUDADES DE BARRANQUILLA, BUCARAMANGA, BOGOTÁ, LETICIA, MEDELLÍN Y PASTO, 2007**

Barranquilla	%	Bucaramanga	%
Control de salud de rutina del niño	10,4	Control de salud de rutina del niño	19,1
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	8,5	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	5,1
Fiebre no especificada	5,6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	5,0
Atención y supervisión de salud de otros niños o lactantes sano	3,5	Fiebre no especificada	4,2
Examen médico general	3,2	Atención y supervisión de salud de otros niños o lactantes sano	4,0
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	2,6	Atención medica no especificada	2,4
Persona sana que acompaña al enfermo	2,2	Asma no especificada	2,1
Otros síntomas y signos generales específicados	1,6	Infección viral no especificada	1,8
Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	1,6	Examen médico general	1,7
Otras causas	60,9	Otras causas	54,5
Bogotá D. C.	%	Leticia	%
Control de salud de rutina del niño	17,9	Control de salud de rutina del niño	14,4
Atención y supervisión de salud de otros niños o lactantes sanos	8,4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	9,4
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	6,9	Otros exámenes generales	9,1
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4,2	Infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada	7,3
Bronquiolitis aguda no especificada	2,5	Bronquiolitis aguda no especificada	6,7
Examen médico general	2,4	Examen médico general	6,6
Consulta para atención y supervisión de la salud del niño abandonado	2,1	Disminución de la agudeza visual, sin especificación	5,0
Caries de la dentina	1,7	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	3,5
Fiebre, no especificada	1,6	Nacido vivo único	2,5
Otras causas	52,4	Otras causas	35,6
Medellín	%	Pasto	%
Control de salud de rutina del niño	23,1	Control de salud de rutina del niño	23,9
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	4,4	Rinofaringitis aguda (resfriado común)	7,6
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	4,3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	7,1
Examen médico general	2,6	Neumonía no especificada	6,3



Asma no especificada	1,9	Otras deformidades congénitas de la cadera	4,7
Atención y supervisión de salud de otros niños o lactantes sano	1,8	Examen odontológico	2,1
Fiebre no especificada	1,7	Infección de vías urinarias en sitio no especificado	1,7
Infección viral no especificada	1,5	Parasitosis intestinal sin otra especificación	1,6
Otros recién nacidos pretérmino	1,5	Infección intestinal viral sin otra especificación	1,5
Otras causas	57,2	Otras causas	43,6

Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2007

TABLA A2. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN MENORES DE CINCO AÑOS EN LAS CIUDADES DE BARRANQUILLA, BUCARAMANGA, BOGOTÁ D.C., LETICIA, MEDELLÍN Y PASTO, 2011

Causa	%	Causa	%
Barranquilla		Bucaramanga	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	26,9	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	42,0
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	25,4	Otras afecciones originadas en periodo perinatal	11,6
Sepsis bacteriana del recién nacido	10,7	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	10,1
Otras afecciones originadas en periodo perinatal	8,3	Infecciones respiratorias agudas	5,8
Infecciones respiratorias agudas	4,7	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas en el nacimiento	4,3
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	3,0	Otros accidentes, inclusive secuelas	2,9
Retardo crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer, gestación corta	2,4	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	2,9
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas en el nacimiento	1,8	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	2,9
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	1,8	Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	2,9
Otras enfermedades del sistema digestivo	1,8	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	2,9
Otra	13,3	Otra	11,6
Bogotá D. C.		Leticia	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	25,5	Infecciones respiratorias agudas	18,8
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	17,6	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	18,8
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	11,9	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	18,8



Causa	%	Causa	%
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	8,2	Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	12,5
Infecciones respiratorias agudas	7,5	Tuberculosis, inclusive secuelas	6,3
Sepsis bacteriana del recién nacido	7,1	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas en el nacimiento	6,3
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas en el nacimiento	4,1	Retardo, crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer, gestación corta	6,3
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	1,8	Enfermedad hemolítica del feto y del recién nacido y Kernicterus	6,3
Retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer, gestación corta	1,7	Otros accidentes, inclusive secuelas	6,3
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	1,6		
Otra	13,0		
Medellín		Pasto	
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	25,8	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	27,0
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	14,5	Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	15,7
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	13,2	Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	10,1
Sepsis bacteriana del recién nacido	9,4	Otros accidentes, inclusive secuelas	6,7
Infecciones respiratorias agudas	5,5	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	4,5
Retardo en el crecimiento fetal, desnutrición fetal, bajo peso al nacer, gestación corta	3,5	Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas en el nacimiento	3,4
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumas en el nacimiento	3,2	Sepsis bacteriana del recién nacido	3,4
Otros accidentes, inclusive secuelas	3,2	Ahogamiento y sumersión accidentales	3,4
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	2,9	Otras enfermedades respiratorias	3,4
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	1,9	Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	2,2
Otras	16,8	Otra	20,2

Fuente: DANE, 2011

TABLA A3. CAUSAS DE CONSULTA EXTERNA EN POBLACIÓN GENERAL MAYOR DE CINCO AÑOS DE LAS CIUDADES DE BARRANQUILLA, BUCARAMANGA, BOGOTÁ, LETICIA, MEDELLÍN Y PASTO, 2007

Barranquilla	%	Bucaramanga	%
Examen médico general	2,0	Caries de la dentina	2,3
Lumbago no especificado	2,0	Lumbago no especificado	1,6



Vaginitis, vulvitis y vulvovaginitis en enfermedades infecciosas y parasitosis	1,9	Infeción de vías urinarias en sitio no especificado	1,3
Infeción de vías urinarias en sitio no especificado	1,7	Examen médico general	1,1
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1,4	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1,1
Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	1,4	Parasitosis intestinal sin otra especificación	1,0
Otros exámenes generales	1,2	Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico	1,0
Síndrome del colon irritable sin diarrea	1,1	Procedimiento no realizado por decisión del paciente o por otras razones SAI	0,9
Cefalea	1,1	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	0,9
Dispepsia	0,9	Diabetes mellitus no insulinodependiente sin mención de complicación	0,9
Otras causas	85,2	Otras causas	87,9
Bogotá D. C.	%	Leticia	%
Hipertensión esencial (primaria)	6,3	Supervisión del uso de drogas anticonceptivas	9,8
Examen médico general	2,6	Embarazo confirmado	8,7
Caries de la dentina	2,4	Examen médico general	7,5
Lumbago no especificado	1,8	Otros exámenes generales	6,3
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	1,4	Control de salud de rutina del niño	4,9
Infeción de vías urinarias en sitio no especificado	1,3	Parasitosis intestinal, sin otra especificación	4,3
Otros síntomas y signos generales específicados	1,3	Disminución de la agudeza visual, sin especificación	3,3
Hipotiroidismo no especificado	1,3	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	3,0
Supervisión de embarazo de alto riesgo sin otra especificación	1,3	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción	2,4
Otros dolores abdominales y los no especificados	1,2	Caries dental no especificada	2,0
Otras causas	79,0	Otras causas	47,7
Medellín	%	Pasto	%
Hipertensión esencial (primaria)	8,2	Hipertensión esencial (primaria)	4,8
Lumbago no especificado	1,6	Caries de la dentina	4,7
Supervisión de embarazo normal no especificado	1,5	Examen durante el periodo de crecimiento rápido en la infancia	3,4
Caries de la dentina	1,4	Examen del estado de desarrollo del adolescente	3,2
Examen del estado de desarrollo del adolescente	1,4	Supervisión de otros embarazos de alto riesgo	3,1



Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación	1,3	Infección de vías urinarias en sitio no especificado	2,9
Infección de vías urinarias en sitio no especificado	1,1	Examen médico general	2,3
Examen médico general	1,0	Parasitosis intestinal sin otra especificación	2,1
Hipotiroidismo no especificado	0,9	Lumbago no especificado	1,6
Gastritis no especificada	0,9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	1,5
Otras causas	80,7	Otras causas	70,4

Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2007

TABLA A4. DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN POBLACIÓN GENERAL MAYOR DE CINCO AÑOS EN LAS CIUDADES DE BARRANQUILLA, BUCARAMANGA, BOGOTÁ D.C., LETICIA, MEDELLÍN Y PASTO, 2011

Causa	%	Causa	%
Barranquilla		Bucaramanga	
Enfermedades isquémicas del corazón	15,0	Enfermedades isquémicas del corazón	12,9
Enfermedades cerebrovasculares	8,7	Enfermedades cerebrovasculares	8,7
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	5,2	Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	5,1
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	4,5	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	4,5
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	4,5	Infecciones respiratorias agudas	3,5
Infecciones respiratorias agudas	4,0	Diabetes mellitus	3,5
Diabetes mellitus	3,7	Enfermedades del sistema urinario	3,4
Enfermedades hipertensivas	3,6	Enfermedades hipertensivas	3,4
Residuo	3,6	Otras enfermedades del sistema digestivo	3,2
Enfermedades del sistema urinario	3,6	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	3,2
Otra	43,6	Otra	48,5
Bogotá D. C.		Leticia	
Enfermedades isquémicas del corazón	14,8	Infecciones respiratorias agudas	10,5
Enfermedades cerebrovasculares	7,2	Enfermedades isquémicas del corazón	8,8
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	6,8	Enfermedades cerebrovasculares	6,1
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	4,9	Lesiones autoinfligidas intencionales (sucidios), incluso secuelas	6,1
Otras enfermedades del sistema digestivo	4,0	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	5,3
Enfermedades hipertensivas	3,6	Enfermedad por el VIH/SIDA	4,4
Diabetes mellitus	3,4	Diabetes mellitus	4,4
Residuo de tumores malignos	3,4	Tumor maligno del estómago	3,5
Enfermedad cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón	3,2	Tumor maligno hígado y vías biliares	3,5



Causa	%	Causa	%
Síntomas, signos y afecciones mal definidas	3,0	Tumor maligno del útero	3,5
Otra	45,7	Otra	43,9
Medellín		Pasto	
Enfermedades isquémicas del corazón	14,3	Enfermedades isquémicas del corazón	12,5
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	11,7	Enfermedades cerebrovasculares	8,7
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	7,5	Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	6,9
Enfermedades cerebrovasculares	6,5	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	6,8
Infecciones respiratorias agudas	4,1	Otras enfermedades del sistema digestivo	4,7
Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	3,8	Enfermedades hipertensivas	3,8
Enfermedades sistema urinario	3,5	Diabetes mellitus	3,7
Otras enfermedades del sistema digestivo	3,1	Infecciones respiratorias agudas	3,6
Residuo de tumores malignos	3,0	Tumor maligno del estómago	3,3
Accidente de transporte terrestre, inclusive secuelas	3,0	Residuo	3,0
Otras	39,5	Otras	43,0

Fuente: DANE, 2011

TABLA A5. PRINCIPALES INDICADORES DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE BARRANQUILLA, BOGOTÁ, BUCARAMANGA, LETICIA, MEDELLÍN Y PASTO, 2010

Indicador	Barranquilla	Bogotá	Bucaramanga	Leticia	Medellín	Pasto
Tasa de mortalidad infantil x 1000 nacidos vivos	14,72	11,7	10,97	42,72	13,7	14,42
Razón de mortalidad materna x 100000 nacidos vivos	47	39,1	0,0	18,9 (2009) (2)	17,5	0,0 (3)
Cobertura vacunación (%)						
DPT	99	94,2	120	98,3	93,7 (6)	85,7 (3)
BCG	116	101,1	100	109,5	108	82,2 (3)
Polio	98	94,2	ND	98,3	93,5	80,5
HB	99	93,8	ND	98,3	93,6	85,6 (3)
Porcentaje de embarazo en adolescente	17,4	17,5	23 (2009) (5)	24,4	15,5 (7)	9,9 (2011)
Porcentaje de desnutrición						
Aguda	1,3	ND	2,8 (5)	4,1 (2007)	ND	3,64 (2011)
Crónica	19,9	11,0	3,6 (5)	30 (2007)	8,5 (4)	0,88 (2011)
Global	3,6	8,4	3,5 (5)	14,7 (2007)	1,7 (4)	2,75 (2011) (3)

* ND: no hay datos disponibles

Fuentes: 1) Oquendo, Gómez Molina, 2014; 2) Gobernación de Amazonas, 2011; 3) Alcaldía de Pasto, Secretaría de Salud, 2012; 4) Alcaldía de Medellín, Secretaría de Bienestar Social, 2012; 5) Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y Alcaldía de Bucaramanga, 2012; 6) Medellín Cómo Vamos, 2011; 7) Ministerio de Salud y Protección Social, 2013

