



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Análisis comparado de implementación de política pública de enfermedades cardiovasculares, en los Departamentos de Cundinamarca y Atlántico, período 2007 – 2017

Katterine Isabel Urieles Sierra

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá, Colombia
2021

Análisis comparado de implementación de política pública de enfermedades cardiovasculares, en los Departamentos de Cundinamarca y Atlántico, período 2007 – 2017

Katterine Isabel Urieles Sierra

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Salud Pública

Director:

MSP, PhD., Jesús Ortega Bolaños

Línea de investigación:

Políticas en Salud

Grupo de Investigación:

Políticas Públicas

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2021

Agradecimientos

A DIOS por ser el tutor de mi vida, a mi madre por ser mi apoyo y motivación constante, a mis compañeros laborales que orientaron el proceso de esta investigación y a cada amigo que no dudo en brindar orientaciones que fortalecieron esta tesis.

Agradezco a mis amigos Yanire Castellanos y Jhohan Janiot; así como a los profesionales de la secretaria de salud del Departamento de Cundinamarca y Atlántico que aportaron información como base documental de esta investigación.

Al director de tesis, Dr. Jesús Ortega Bolaños, por su paciencia y comprensión; por cada asesoría que constantemente fortalecieron académicamente las bases de esta investigación.

Resumen

Introducción. La Enfermedad Cardiovascular (EC) es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el país y dentro de su historia natural se reconocen ciertos factores de riesgos modificables que hacen parte del grupo de intervenciones de prevención que debe garantizar el Estado. En Colombia, de acuerdo con información de SISPRO, se encuentran cambios en el comportamiento de la EC en los períodos de cambio de los planes nacionales de salud en el país, es por ello que se hace necesario analizar los procesos de implementación de los programas de salud cardiovascular en este período de cambio. Esta política se encuentra plasmada en el periodo 2007 – 2010 en el PNSP y en el 2012 – 2021 en el PDSP, los cuales son implementadas en los territorios a través de los PTS bajo una metodología establecida. En el país la EC continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, por lo que se busca a través del análisis comparado de política pública, bajo un enfoque interpretativista, identificar los cambios y diferencias en los procesos de implementación de los programas de salud cardiovascular en los departamentos de Atlántico y Cundinamarca, en el periodo de cambio de política pública nacional. **Objetivo.** Comparar la implementación de los programas de salud cardiovascular en el Departamento de Cundinamarca y Atlántico en el periodo 2007 – 2017. **Metodología.** A través de un análisis comparado de política pública con herramientas cualitativas de información secundaria proveniente de instituciones oficiales e información primaria de entrevistas a profundidad. **Resultados:** Los hallazgos descriptivos sugieren que las diferencias en procesos de implementación de los programas de salud Cardiovascular, determinaron el comportamiento de la prevalencia de la enfermedad Cardiovascular en el periodo 2007 – 2017

Palabras clave: Políticas Públicas, Enfermedad Cardiovascular, Plan Nacional De Salud Pública, Plan Decenal De Salud Pública, Plan Territorial De Salud

Abstract

Comparative analysis of the implementation of public policy on cardiovascular diseases, in the Departments of Cundinamarca and Atlántico, period 2007 - 2017

Introduction. Cardiovascular Disease (CD) is the main cause of morbidity and mortality in the country and within its natural history certain modifiable risk factors are recognized that are part of the set of prevention interventions that the State must guarantee. In Colombia, according to information from SISPRO, there are changes in the behavior of the EC in the periods of change of the national health plans in the country, so it is necessary to analyze the processes of implementation of cardiovascular health programs. in this period of change. This policy is reflected in the period 2007 - 2010 in the PNSP and in 2012 - 2021 in the PDSP, which are implemented in the territories through the PTS under an established methodology. In the country, CD continues to be one of the main causes of morbidity and mortality, which is why it is sought through a comparative analysis of public policies, under an interpretive approach, to identify changes and differences in the implementation processes of the programs of health cardiovascular health in the departments of Atlántico and Cundinamarca, in the period of change in national public policy.

Objective. Compare the implementation of cardiovascular health programs in the Department of Cundinamarca and Atlántico in the period 2007 - 2017. Methodology. Through a comparative analysis of public policies with qualitative tools of secondary information from official institutions and primary information from in-depth interviews.

Results: The descriptive findings suggest that the differences in the implementation processes of the cardiovascular health programs determined the behavior of the prevalence of cardiovascular disease in the period 2007-2017.

Keywords: Public Policies, Cardiovascular Disease, National Public Health Plan, Ten-Year Public Health Plan, Territorial Health Plan

Contenido

| | |
|--|------------|
| Resumen | V |
| Lista de figuras..... | IX |
| Lista de tablas..... | XI |
| Lista de anexos | XI |
| Lista de abreviaturas..... | XII |
| 1. Introducción..... | 1 |
| 2. Problema de investigación | 3 |
| 3. Pregunta de la investigación | 13 |
| 4. Hipótesis..... | 13 |
| 5. Objetivo general | 13 |
| 6. Objetivos específicos..... | 13 |
| 7. Marco teórico | 14 |
| 7.1 Procesos de implementación de Política Pública de Salud Cardiovascular en los territorios de Colombia | 15 |
| 7.2 Aspectos Normativos | 12 |
| 7.2.1 Internacional | 12 |
| 7.2.2 Nacional | 14 |
| 8. Marco metodológico..... | 16 |
| 8.1 Enfoque | 16 |
| 8.2 Método, análisis comparado desde la corriente de pensamiento de Max Weber..... | 18 |
| 8.3 Pasos Metodológicos | 20 |
| 8.3.1 Fuentes de Información | 20 |
| 8.3.2 Recolección de información..... | 21 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 8.3.3 | Categorización..... | 23 |
| | Identificación de categorías y subcategorías de análisis..... | 23 |
| 8.3.4 | Plan de Análisis | 25 |
| 9. | Consideraciones Éticas..... | 30 |
| 10. | Resultados | 31 |
| 10.1 | Procesos de implementación del programa de salud cardiovascular en la nación y los Departamentos de Cundinamarca y Atlántico en el periodo 2007 – 2017. | 31 |
| 10.1.1 | Metatexto Nacional..... | 31 |
| 10.1.2 | Metatextos Departamentales..... | 34 |
| 10.1.3 | Metatexto Integrado (Nación, Cundinamarca y Atlántico)..... | 43 |
| | Triangulación Nación, Cundinamarca Y Atlántico | 48 |
| 10.2 | Esquema Comparación en términos de tiempo..... | 49 |
| 10.3 | Comparación resultados procesos de implementación de programas de salud cardiovascular con prevalencia de enfermedad cardiovascular | 51 |
| 11. | Discusión de Resultados..... | 52 |
| 12. | Conclusiones | 54 |
| 13. | Limitaciones..... | 58 |
| 14. | Recomendaciones | 58 |
| 15. | Bibliografía | 60 |
| 16. | Anexos | 68 |
| | Anexo 1. Entrevistas | 68 |
| | Anexo 2. Proceso de Transcripciones, Codificación y Sistematización en NVIVO | 91 |

Lista de figuras

| | |
|---|----|
| Ilustración 1. Pirámide poblacional, 2005, 2019, 2020 | 4 |
| Ilustración 2. Cambios en el protagonismo de enfermedades infecciosas por cardiovasculares, Estados Unidos, 1990 – 1973..... | 5 |
| Ilustración 3. Organización Implementación Programas de Salud Pública Territoriales..... | 7 |
| Ilustración 4. Distribución comportamiento mortalidad (por 100 000 habitantes) y morbilidad de Enfermedades cardiovasculares (% de consultar enfermedades crónicas no transmisibles), Colombia 2009 – 2017..... | 8 |
| Ilustración 5. Indicadores Demográficos Colombia, Cundinamarca y Atlántico 2007, 2011 y 2017. | 9 |
| Ilustración 6. Distribución tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular 2007 - 2017, Cundinamarca, Atlántico y Colombia..... | 10 |
| Ilustración 7. Porcentaje de Consultas por Enfermedad Cardiovascular del total de consultas de Enfermedades no transmisibles, Comparación Atlántico – Cundinamarca – Colombia, Adultez (29 a 59 años) periodo 2009 -2017 | 11 |
| Ilustración 8. Porcentaje Consultas cardiovascular del total de consultas de Enfermedades no transmisibles, Comparación Atlántico – Cundinamarca – Colombia, Vejez (60 o más) periodo 2009 -2017..... | 12 |
| Ilustración 9. Componentes de una política pública (Torres y Santander, 2013): | 14 |
| Ilustración 10. Esquema comparativo Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 y Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, enfermedades cardiovasculares..... | 1 |
| Ilustración 11. Esquema comparativo Resolución 425 de 2008 y 1536 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social..... | 6 |
| Ilustración 13. Estructura Implementación de Acciones de Promoción – Ruta Integral de Atención en Salud Cardiovascular, Resolución 3202 de 2016..... | 9 |
| Ilustración 14. Periodos de tiempo hito de la investigación, comparación 1º período y 2º período de investigación..... | 11 |
| Ilustración 15. Fundamentos de las categorías de análisis de la investigación..... | 24 |
| Ilustración 16. Descripción paso a paso proceso de recolección, análisis y productos de la Investigación..... | 29 |
| Ilustración 18. Esquema de resultados de comparación Planes nacionales de Salud Pública 2007 – 2010 y 2012 - 2017..... | 33 |

| | |
|---|----|
| Ilustración 19. Nube de palabras Implementación Nacional Salud Cardiovascular 2007 – 2021..... | 34 |
| Ilustración 20. Esquema de resultados de triangulación información primaria y secundaria política cardiovascular Cundinamarca 2007 – 2010 y 2012 - 2017 | 37 |
| Ilustración 21. Nube de palabras triangulación información primaria y secundaria Cundinamarca, 2007 – 2021. | 38 |
| Ilustración 22. Esquema de resultados de triangulación información primaria y secundaria política cardiovascular Atlántico 2007 – 2010 y 2012 - 2017 | 41 |
| Ilustración 23. Nube de palabras triangulación información primaria y secundaria Atlántico, 2007 – 2021..... | 42 |
| Ilustración 24. Esquema de resultados de triangulación información Colombia, Cundinamarca y Atlántico 2007 – 2010 y 2012 - 2017 | 47 |
| Ilustración 25. Nube de palabras nación, Cundinamarca y Atlántico implementación de salud cardiovascular 2007 – 2021 | 48 |
| Ilustración 26. Comparación cualitativa tasa de mortalidad ajustada Colombia vs periodo de normatividad e inicio de implementación de política pública en salud en los territorios, 2007 – 2017..... | 50 |

Lista de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Peso relativo de la población adulta mayor, Colombia. 1951 - 2020 | 4 |
| Tabla 2. Metas Nacionales Objetivo 6, PNSP 2007 – 2010, Colombia..... | 2 |
| Tabla 3. Estrategias para disminuir los riesgos Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Línea de política 1) en el Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010 | 2 |
| Tabla 4. Objetivos Estratégicos y dimensión de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 | 4 |
| Tabla 5. Objetivos de la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, OPS 2008 | 12 |
| Tabla 6. Líneas estratégicas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, para el periodo 2012 - 2025, de la Organización Panamericana de la Salud | 13 |
| Tabla 7. Tablero de Control y Codificación Información Secundaria | 21 |
| Tabla 8. Tablero de Control Información Primaria..... | 22 |
| Tabla 9. Preguntas Orientadoras de Entrevistas a Profundidad | 22 |
| Tabla 10. Descripción de Categorías de Análisis de Información Primaria y Secundaria.... | 25 |
| Tabla 11. Descripción de Codificación Agrupaciones Unidades de Análisis..... | 27 |

Lista de anexos

| | |
|--|----|
| Anexo 1. Entrevistas | 68 |
| Anexo 2. Proceso de Transcripciones, Codificación y Sistematización en NVIVO | 91 |

Lista de abreviaturas

| | |
|---------------|---|
| ASIS | Análisis de Situación De Salud |
| EC | Enfermedad Cardiovascular |
| ENT | Enfermedades No Transmisibles |
| ERC | Enfermedad Renal Crónica |
| ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |
| PDSP | Plan Decenal de Salud Pública |
| PNSP | Plan Nacional de Salud Pública |
| PTS | Plan Territorial de Salud |
| RAE | Real Academia de la Lengua Española |
| SISPRO | Sistema Integral de Información de la Protección Social |

1.Introducción

La Enfermedad Cardiovascular se reconoce como un problema de salud pública, debido a que es la principal causa de morbilidad y mortalidad en el país y en la mayor parte del mundo y dentro de la historia natural se reconocen ciertos factores de riesgos modificables que hacen parte del grupo de intervenciones de prevención en salud pública que debe garantizar el Estado a través de una política pública que aplica en el ámbito de la vida que no es privado sino colectivo (Parsons, 2007).

Al revisar el comportamiento de la enfermedad cardiovascular en el país, relacionados con la morbilidad y mortalidad reportada en SISPRO, se encuentran cambios en el comportamiento de esta patología en los períodos de cambio de los planes nacionales de salud en Colombia.

Los planes nacionales de salud pública en Colombia desde el año 2007, son la política pública de salud que orienta y reglamenta los procesos de formulación e implementación de los programas de salud pública, en este caso, salud cardiovascular en los territorios, existiendo dos periodo de planes de salud pública en el país: plan nacional de salud pública 2007 – 2010 (PNSP) y el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 (PDSP).

La implementación de estos planes de salud, desciende a los territorios a través de los Planes Territoriales de Salud los cuales tienen un proceso de formulación, adopción y adaptación de acuerdo con los diagnósticos de situación de salud del territorio, en cuyo contenido se generan estrategias con programas que buscan garantizar una adecuada respuesta a las necesidades en salud priorizadas (Resolución 1536 de 2015) encontrándose el programa de salud cardiovascular dentro de esta priorización (Minsalud, 2013).

Basado en esto, la implementación de los programas de salud pública cardiovascular a través de los Planes Territoriales de Salud deberían ser similares en todos los territorios del país, debido a que se encuentra una metodología establecida estandarizada para todo el territorio nacional que debe ser adaptada de acuerdo con los diagnósticos de las necesidad en salud de la población. Sin embargo, parece que al momento de la implementación de los programas de salud cardiovascular existen diferencias no

investigadas o documentadas que permiten la presencia de contrastes de carga de enfermedad cardiovascular en la población adulta y adulta mayor en diferentes partes del país durante el periodo de cambio de política pública nacional.

Entonces, partiendo del supuesto que las políticas nacionales de salud cardiovascular deben ser implementadas con el plan territorial de salud a través de programas, adaptada a las necesidades del territorio ¿ Las diferencias en procesos de implementación de programas de salud Cardiovascular, determinaron el comportamiento de la prevalencia de la enfermedad cardiovascular en los Departamentos de Atlántico y Cundinamarca durante el periodo 2007 – 2017 ?

Debido a la naturaleza de la pregunta de investigación, ésta se basa en un enfoque interpretativista con **un metodo de analisis comparado de politica pública.**

Esta investigación busca evidenciar, a partir del análisis de caso comparado Atlántico-Cundinamarca, los hallazgos en los procesos y procedimientos de implementación de los programas de salud cardiovascular en los territorios en los periodos de cambio de planes de salud pública en ambos territorios, convirtiéndose esta investigación en una herramienta útil que permita mejorar los procesos de implementación de programas de salud cardiovascular en los Departamentos del país en los nuevos planes de salud pública a formular.

Este tema de investigación fue escogido porque, además de ser un problema de salud pública con afectación de calidad de vida y gastos económicos para el sistema de salud, me encontraba en un contexto laboral en un programa de prevención de salud cardiovascular. Además, durante la especialización realicé la revisión del procesos de planeación de planes territoriales de salud, por lo que ahora quise indagar por los procesos de implementación específicamente de enfermedad cardiovascular. Aceptando de esta forma, que el surgimiento de este tema de investigación está relacionado con la experiencia vivida y la teórica.

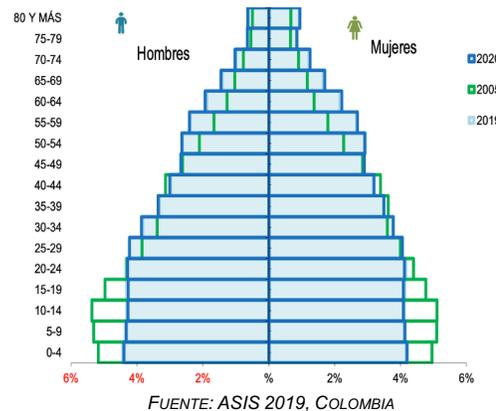
2. Problema de investigación

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de patologías que afectan al corazón y los vasos sanguíneos (Segura y Marruag, s.f) y son la principal causa de morbilidad y mortalidad en Colombia y en el mundo. En el año 2015, el 31% de las muertes registradas en el mundo fueron por causa de las ECV (OMS, 2017). En Colombia, en el periodo 2005 a 2016, fueron la principal causa de mortalidad en hombres y mujeres, siendo las enfermedades isquémicas del corazón la principal causa (53%), seguido de la enfermedad cerebrovascular (21,2%) y la enfermedad hipertensiva (11,9%) (Minsalud, 2018).

Estas enfermedades se encuentran dentro del grupo de enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas, porque son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre este grupo se encuentran también el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes (OMSb, s.f.)

En las enfermedades no transmisibles se reconocen cuatro factores de riesgo comportamentales afianzados con la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol (OMS, 2011). En Colombia, relacionado con este proceso de transición demográfica, de acuerdo con estimaciones DANE ver **Ilustración 1**, los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, 20 a 34 años de edad y se proyecta para 2020 en la pirámide poblacional aumente la población de edades más avanzadas (ASIS Colombia, 2019).

Ilustración 1. Pirámide poblacional, 2005, 2019, 2020



De igual manera, de acuerdo con el documento de envejecimiento demográfico Colombia 1951 – 2020 (Minsalud, 2013env), se encuentra un aumento porcentual desde el año 2005, con una estimación a 2020 de 12,6 de peso relativo de la población adulta mayor en el país, siendo mayor el peso en mujeres que en hombres, ver **Tabla 1** identificando de esta forma, grandes necesidades del fortalecimiento de la política pública cardiovascular en el país.

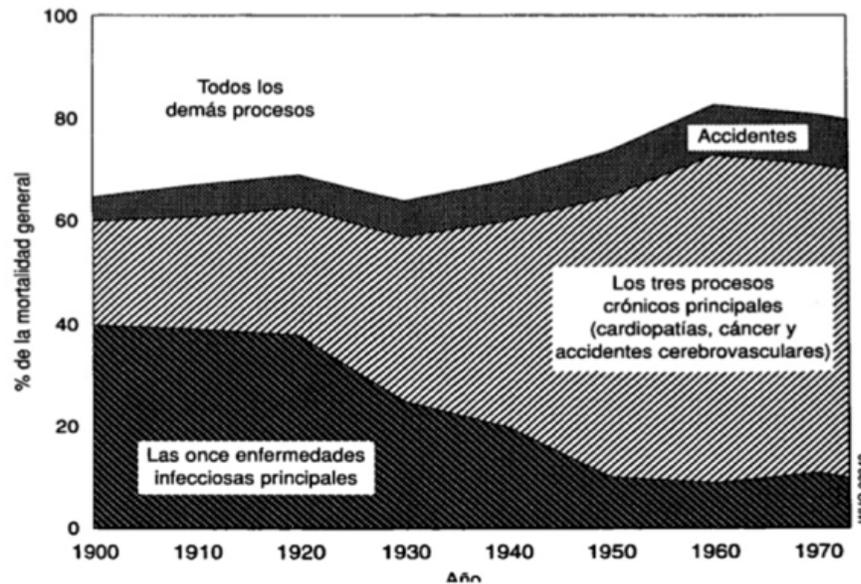
Tabla 1. Peso relativo de la población adulta mayor, Colombia. 1951 - 2020

| | 1951 | 1964 | 1973 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total | 5,1 | 4,9 | 5,0 | 7,0 | 7,3 | 7,7 | 8,3 | 8,9 | 9,8 | 11,1 | 12,6 |
| Hombres | 4,8 | 4,7 | 4,9 | 6,7 | 7,0 | 7,3 | 7,8 | 8,3 | 9,1 | 10,2 | 11,5 |
| Mujeres | 5,5 | 5,2 | 5,2 | 7,3 | 7,7 | 8,1 | 8,8 | 9,4 | 10,5 | 11,9 | 13,8 |

Fuente: *Imagen extraída del documento Minsalud. (2013env). Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social. Bogotá, junio 2013.

El protagonismo de las enfermedades cardiovasculares inicia entre las décadas de 1930 a 1950 cuando se logra el control y descenso de las enfermedades infecciosas, secundario a medidas de saneamiento, mejoramiento de las condiciones de vida y aparición de los antibióticos; con lo cual, comienza a presentar importancia las enfermedades crónicas no transmisibles, ver **Ilustración 2**

Ilustración 2. Cambios en el protagonismo de enfermedades infecciosas por cardiovasculares, Estados Unidos, 1990 – 1973



Fuente: <https://es.slideshare.net/angelusita/prevencion-epidemiologia-de-enfermedades-transmisibles-revisado-19-marzo-2020>

En la década de 1950, aparece en los Estados Unidos la enfermedad cardiovascular como la primera causa de muerte (Moris y Caicoya, 2014) generando necesidades de fortalecimiento del estudio de la historia natural de la enfermedad y acciones de intervención para su prevención y tratamiento. En los países de ingresos altos se convirtió la enfermedad cardiovascular en la principal causa de muerte.

En países como Finlandia se realizaron intervenciones exitosas basada en población, en 1972 se lanzó el Proyecto Karelia del Norte para reducir las tasas de mortalidad mejorando los tres factores de riesgo cardinales de la enfermedad coronaria: tabaquismo, colesterol total y presión arterial. Esta experiencia de intervención poblacional en Karelia del Norte propuso que los enfoques basados en la población para reducir los factores de riesgo podrían ser efectivos (Ford y Capewell, 2011).

En los Estados Unidos, en 1978 y 1980 también se realizaron ensayos de intervención comunitaria para reducir el riesgo de ECV y mostró resultados mixtos, identificando problemas complejos de evaluación e implementación de estas intervenciones, lo que forjó el camino de la política pública en salud como una estrategia primordial para la

prevención primaria en toda la población (Ford y Capewell, 2011). Dentro de estas, se encuentra la política del tabaco para la reducción de la prevalencia del hábito de fumar como uno de los logros más importantes en salud pública del siglo XX (Ford y Capewell, 2011).

En Latinoamérica, en Cuba durante la década de 1990, posterior a la pérdida de la Unión Soviética como socio comercial, presentó muchas dificultades económicas con disminución de la disponibilidad de alimentos y el gasto de energía en la población aumentó, debido a los recortes al sistema de transporte público (Orduñez, Caballero, Tapia, Lazo, et al. 2007.), encontrando una disminución de la mortalidad por cardiopatía coronaria durante la década de 1990, con disminución de un 35% entre 1997 y 2002 (Ford y Capewell, 2011).

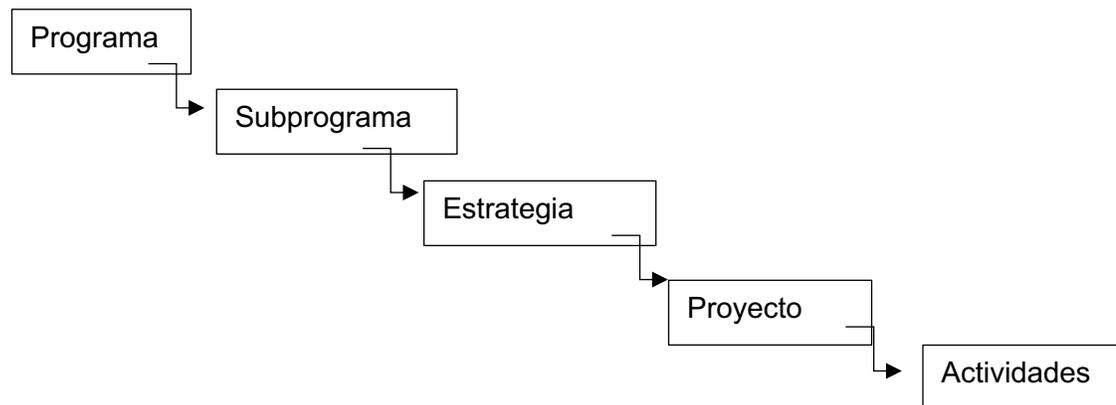
Estas intervenciones mostraron la necesidad de acciones de promoción en salud y prevención de la enfermedad cardiovascular.

En Colombia, para minimizar la carga de enfermedad y las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares (ECV), existe una política de salud pública cardiovascular enfocada en promoción, prevención y gestión del riesgo en salud, la cual está plasmada en los Planes Nacionales de Salud Pública en donde se encuentra priorizada la enfermedad cardiovascular. Estos planes nacionales son implementados en los territorios a través de los planes territoriales de salud y estos a su vez, a través de programas y estrategias, dentro de las cuales se encuentran los programas de salud cardiovascular, los cuales se pretenden analizar en esta investigación a través del análisis comparado de los procesos de implementación de los programas de salud cardiovascular en los departamentos de Atlántico y Cundinamarca durante el periodo de cambio de política pública, que podrían explicar cambios en el comportamiento de la enfermedad cardiovascular en los territorios.

Estos procesos de implementación de la política pública en los territorios se encuentran descritos en una metodología estandarizada de formulación e implementación de los planes territoriales de salud, en la Resolución 425 de 2008 para el periodo 2008 – 2010 y la Resolución 1536 de 2015 para el periodo 2015 – 2021, orientando la estructura de los procesos de implementación, así como el despliegue del programa a través de estrategias, proyectos y actividades, ver **Ilustración 3**, en donde se espera encontrar las

diferencias en el proceso de implementación en los territorios, que posiblemente explique los cambios en el comportamiento de la enfermedad cardiovascular.

Ilustración 3. Organización Implementación Programas de Salud Pública Territoriales.

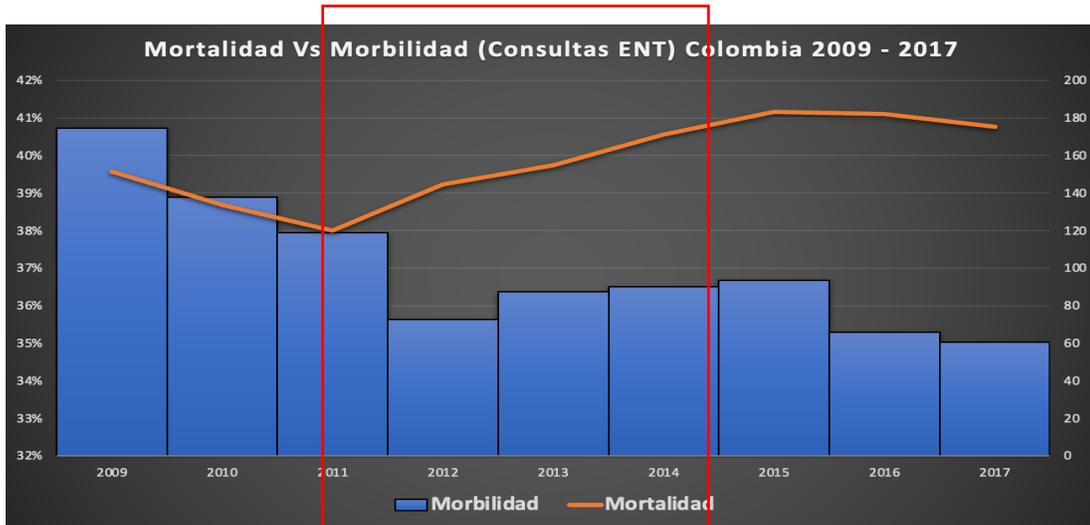


Fuente: Elaboración propia, información de Resolución 425 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Al revisar el comportamiento de la enfermedad cardiovascular del país, ver **Ilustración 4**, desde el 2009 hasta 2017, se observa un cambio en la tendencia de la tasa de mortalidad hacia el ascenso desde el año 2011 hasta el año 2015; de igual manera, se encuentra el indicador de morbilidad desde el año 2011 con cambio de tendencia hacia descenso con posterior ascenso lento hasta el año 2015, con un nuevo cambio de la tendencia hacia el descenso en el año 2015 tanto en la mortalidad como en la morbilidad.

Al revisar este comportamiento se generó la necesidad de generar una pregunta de investigación que explicara estos posibles cambios de comportamientos en la enfermedad cardiovascular en los períodos de cambios en los procesos de formulación e implementación de los planes de salud pública en el país (periodo 2007 – 2010 y 2012 – 2017); por lo que se decide comparar los procesos de implementación de los programas de salud cardiovascular en dos Departamentos del país con características demográficas similares e indicadores disímiles relacionados con la enfermedad cardiovascular.

Ilustración 4. Distribución comportamiento mortalidad (por 100 000 habitantes) y morbilidad de Enfermedades cardiovasculares (% de consultar enfermedades crónicas no transmisibles), Colombia 2009 – 2017



*Fuente: Elaboración propia de datos extraídos en herramienta, bodega de datos SISPRO. *No fue posible desde 2007 debido a que en SISPRO "Sistema Integral de Información de la Protección Social", la información disponible se encuentra desde el año 2009. La Morbilidad que se encuentra en la tabla se refiere al número de consultas al sistema de salud, en el cual un paciente puede consultar más de una vez en el periodo; es decir, el indicador de morbilidad es el porcentaje que representan las consultas por enfermedad cardiovascular en relación con el total de consultas relacionadas con enfermedades no transmisibles en el periodo.*

Por lo que se busca comparar procesos de implementación de salud cardiovascular en dos departamentos del país, con características demográficas similares pero comportamiento de la enfermedad cardiovascular disímil; encontrando con estas características los departamentos de Atlántico y Cundinamarca, donde el índice de vejez y de Friz no son distantes entre departamentos y, a nivel general, se encuentra un índice de envejecimiento en ascenso y un índice de Friz en descenso, lo que muestra la tendencia del envejecimiento de la población en el país y en los departamentos de estudio, ver **Ilustración 5.**

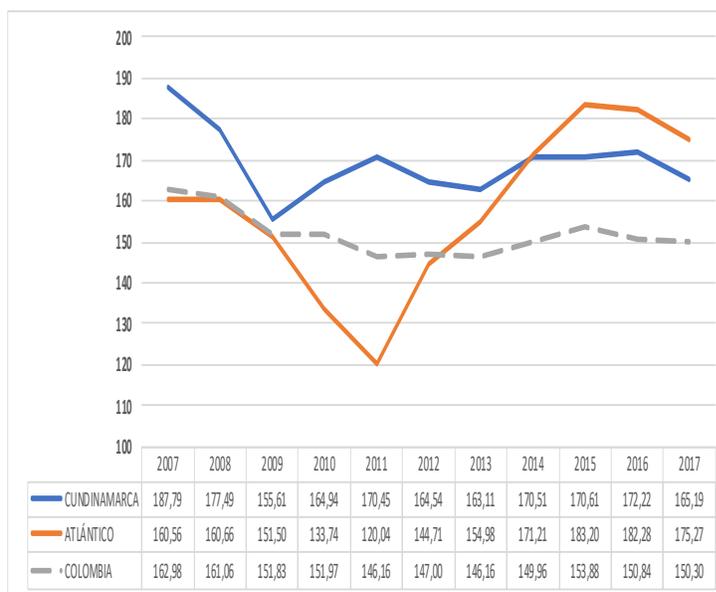
Ilustración 5. Indicadores Demográficos Colombia, Cundinamarca y Atlántico 2007, 2011 y 2017.

| Indicadores Demográficos | 2007 | | | 2011 | | | 2017 | | |
|-----------------------------------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|------------|--------------|-----------|
| | COLOMBIA | CUNDINAMARCA | ATLÁNTICO | COLOMBIA | CUNDINAMARCA | ATLÁNTICO | COLOMBIA | CUNDINAMARCA | ATLÁNTICO |
| Población total | 42.658.630 | 1.975.124 | 1.068.234 | 44.553.416 | 2.202.092 | 1.146.382 | 47.419.200 | 2.773.285 | 1.287.569 |
| Población Masculina | 20.908.400 | 977.852 | 529.528 | 21.826.960 | 1.091.454 | 572.092 | 23.196.961 | 1.371.607 | 636.827 |
| Población femenina | 21.750.230 | 997.272 | 538.706 | 22.726.456 | 1.110.638 | 574.290 | 24.222.239 | 1.401.678 | 650.742 |
| Relación hombres:mujer | 96,13 | 98,05 | 98,30 | 96,04 | 98,27 | 99,62 | 96 | 98 | 98 |
| Razón niños:mujer | 34 | 34 | 41 | 32 | 30 | 38 | 30 | 27 | 34 |
| Índice de infancia | 29 | 29 | 32 | 27 | 26 | 30 | 24 | 23 | 27 |
| Índice de juventud | 26 | 24 | 26 | 26 | 25 | 26 | 26 | 25 | 26 |
| Índice de vejez | 9 | 11 | 8 | 11 | 12 | 9 | 13 | 13 | 10 |
| Índice de envejecimiento | 32 | 37 | 24 | 39 | 44 | 28 | 52 | 56 | 37 |
| Índice demográfico de dependencia | 55,20 | 57,87 | 58,55 | 51,98 | 52,40 | 55,60 | 49,03 | 46,74 | 51,61 |
| Índice de dependencia infantil | 45,13 | 45,92 | 50,32 | 41,05 | 40,10 | 46,79 | 36,28 | 33,74 | 41,48 |
| Índice de dependencia mayores | 10,07 | 11,95 | 8,23 | 10,93 | 12,30 | 8,81 | 12,76 | 13,00 | 10,12 |
| Índice de Fríz | 144,41 | 142,89 | 155,99 | 136,41 | 133,71 | 149,45 | 123,86 | 115,31 | 138,82 |

Fuente: elaboración propia de datos extraídos en herramienta, bodega de datos SISPRO

Relacionado con los indicadores del comportamiento de la enfermedad cardiovascular en los Departamentos de Cundinamarca y Atlántico comparado con Colombia, el comportamiento de la mortalidad ajustado por enfermedades cardiovasculares, en el periodo 2007 a 2017 muestra diferencias tales como: en el Atlántico entre los años 2007 y 2009 se presentó un comportamiento cercano a la nación pero en Cundinamarca fue superior. Sin embargo, posterior al año 2009, el Atlántico presenta un descenso marcado hasta 2011 y posterior ascenso rápido manteniéndose superiores a la nación desde el año 2014. Cundinamarca posterior al año 2009 presenta un ascenso con pico marcado en el año 2011, con tendencia estable desde este año y comportándose inferior al Atlántico desde el año 2014, ver **Ilustración 6**

Ilustración 6. Distribución tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular 2007 - 2017, Cundinamarca, Atlántico y Colombia.

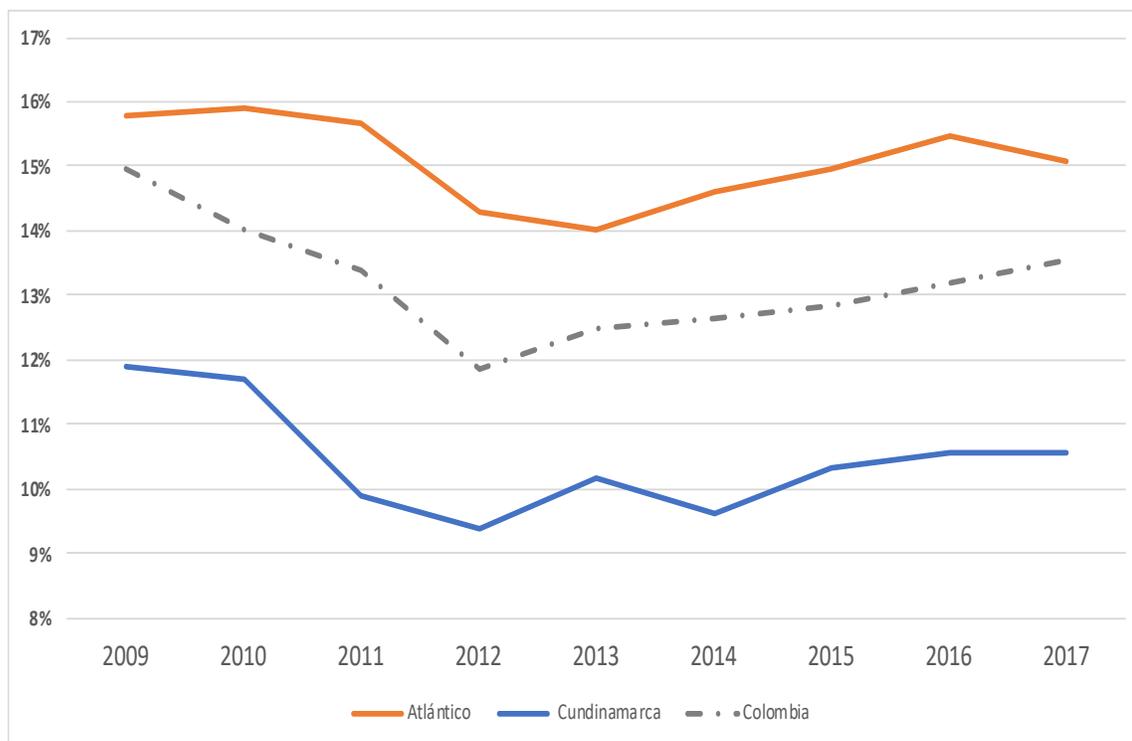


Fuente: elaboración propia de datos extraídos en herramienta, bodega de datos SISPRO (sgd), registro de estadísticas vitales DANE revisado en <http://rssvr2.sispro.gov.co/caracterizacion/>

Relacionado con la morbilidad, de acuerdo con información del SISPRO que es obtenida con datos absolutos de morbilidad atendida; es decir, número de consultas al sistema de salud, en el cual un paciente puede consultar más de una vez en el periodo. Por ello, el indicador de morbilidad presentado a continuación, es el porcentaje que representan las consultas por enfermedad cardiovascular en relación con el total de consultas relacionadas con enfermedades no transmisibles en el periodo 2009 a 2017 (se reporta desde 2009 debido a que en la bases de fuente SISPRO no hay información 2007 y 2008).

Al revisar el comparativo entre los grupos de edad adultez de 29 a 59 años y el grupo de edad de 60 años o más, entre los Departamentos, se encuentra en el grupo de 29 a 59 años (grupo en el cual deben ser fortalecidas acciones de promoción y prevención primaria de enfermedad cardiovascular) un menor porcentaje de consultas por patología cardiovascular en Cundinamarca (entre 4 y 5% puntos porcentuales de diferencia) comparado con la Nación y Atlántico, en el periodo 2009 – 2017, ver **Ilustración 7**

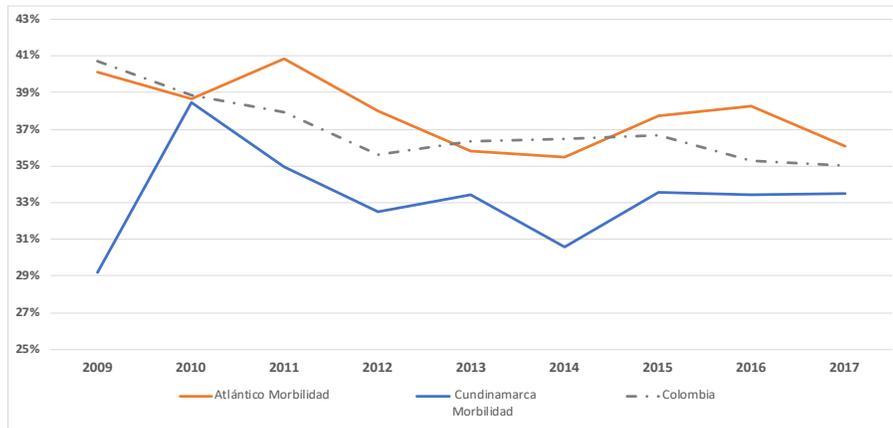
Ilustración 7. Porcentaje de Consultas por Enfermedad Cardiovascular del total de consultas de Enfermedades no transmisibles, Comparación Atlántico – Cundinamarca – Colombia, Adultez (29 a 59 años) periodo 2009 -2017



Fuente: Elaboración propia de datos extraídos en herramienta ASIS Minsalud con fecha de actualización: 27 de agosto de 2020.

Comportamiento similar en el grupo de vejez, de 60 años o más, observándose un menor porcentaje de consultas por patología cardiovascular en Cundinamarca pero con diferencias porcentuales menores comparado con el grupo de 29 a 59 años, excepto en el año 2009 donde la diferencia supera las 10 unidades porcentuales, ver **Ilustración 8**

Ilustración 8. Porcentaje Consultas cardiovascular del total de consultas de Enfermedades no transmisibles, Comparación Atlántico – Cundinamarca – Colombia, Vejez (60 o más) periodo 2009 -2017



Fuente: elaboración propia de datos extraídos en herramienta ASIS Minsalud con fecha de actualización: 27 de agosto de 2020.

Estos porcentajes solo registran el número de consultas del total de consultas de enfermedades no transmisibles, por lo que debe ser analizado con precaución. Concluyendo, que en el departamento del Atlántico hay mayor porcentaje de adultos que consultan por enfermedad cardiovasculares de total de personas que consultan por enfermedades no transmisibles en el Departamento, comparado con Cundinamarca.

Estas diferentes tendencias del comportamiento de la enfermedad cardiovascular en los departamentos de Cundinamarca y Atlántico muestra la necesidad de revisar posibles causas de las diferencias, cómo lo fueron los cambios en los planes nacional de salud pública en el período 2007 – 2017.

3.Pregunta de la investigación

¿Las diferencias en procesos de implementación de los programas de salud Cardiovascular, determinaron el comportamiento de la prevalencia de la enfermedad Cardiovascular en el periodo 2007 – 2017?

4.Hipótesis

Las diferenciales en los procesos de implementación de los programas de salud cardiovascular han determinado el mantenimiento de prevalencias altas en diferentes regiones del país.

5.Objetivo general

Comparar los procesos de implementación de programas de salud cardiovascular en los Departamento de Cundinamarca y Atlántico durante el periodo 2007 – 2017.

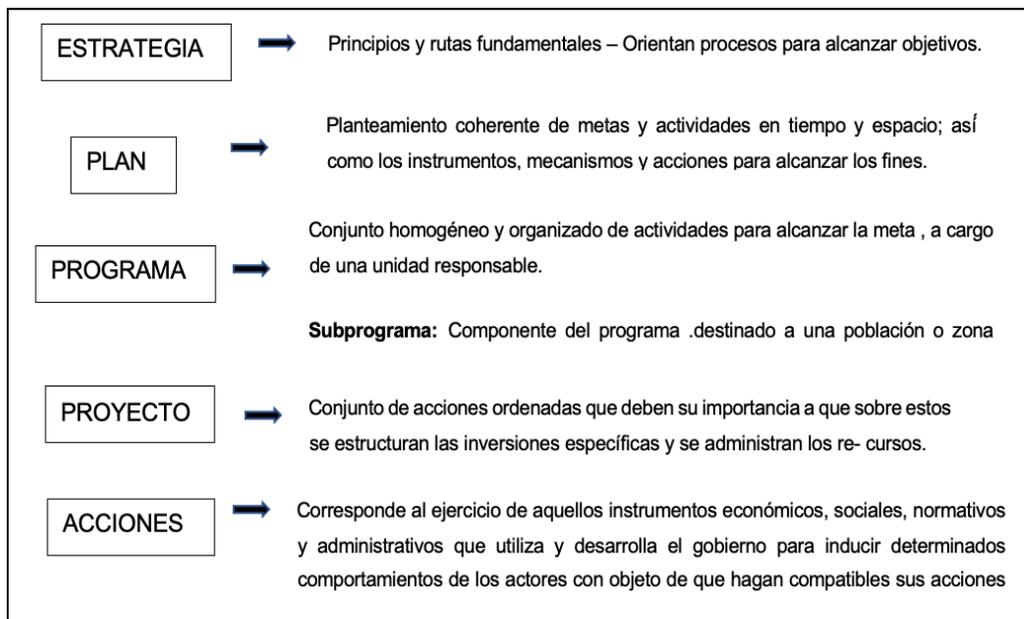
6.Objetivos específicos

- Caracterizar los procesos de implementación del programas de salud cardiovascular en los departamentos de Cundinamarca y Atlantico durante el periodo 2007-2017.
- Establecer características comunes y divergentes en el proceso de implementación de los programas de salud cardiovascular en los Departamentos de Cundinamarca y Atlántico en el periodo 2007 – 2017.
- Comparar los resultados de los procesos de implementación de los programas de salud cardiovascular con las prevalencias de la enfermedad cardiovascular.

7. Marco teórico

Las políticas públicas son un instrumento de acción que permite dar respuesta a una necesidad sentida de la población. La política se concentra en el proceso de toma de decisiones, que está condicionado por las características de la organización en la que se toman las decisiones, las que a su vez están de alguna manera, determinadas por un contexto histórico político específico; es decir, las políticas son definidas como las estrategias de acción racionales y sistemáticas, dispuestas por una organización, que implican intervención, atención o solución a problemas de interés público (Valenti et al., 2009). La política pública en salud, se materializa en las estrategias, programas y actividades, en la **Ilustración 9** se describen los componentes de una política pública, que inicia con los principios y fundamentos seguido de un plan operativo con programas, proyectos y actividades, siendo estas últimas las expresiones de política.

Ilustración 9. Componentes de una política pública (Torres y Santander, 2013):



Fuente: Diseño propia de acuerdo con información registrada en Torres, J y Santander J. (2013),

Esta investigación, su alcance se encuentra en el análisis comparado de los procesos de implementación de la política de salud cardiovascular en términos de las expresiones de la política pública cardiovascular; es decir, los programas de salud cardiovascular, plasmados en los planes territoriales de salud y, a su vez, en los planes nacionales de salud pública.

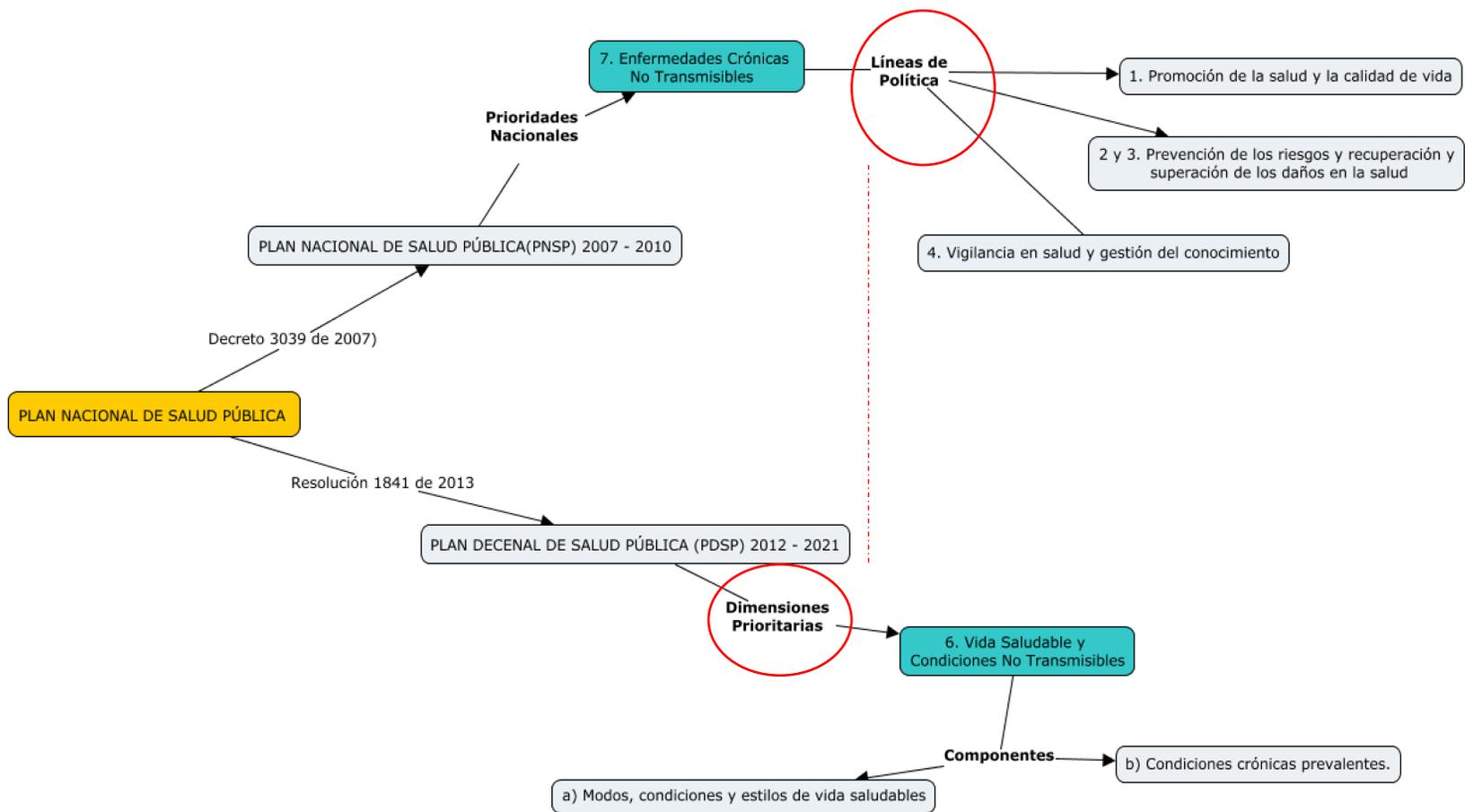
7.1 Procesos de implementación de Política Pública de Salud Cardiovascular en los territorios de Colombia

La política pública en salud Cardiovascular en Colombia, que es el interés de esta investigación, específicamente los procesos de implementación de los programas de salud cardiovascular, se fundamentan en lo formulado en los dos Planes Nacionales de Salud Pública del periodo de estudio.

En el plan nacional de salud pública 2007 – 2010 y en el plan decenal de salud pública 2012 – 2021 fue priorizada la enfermedad cardiovascular dentro del grupo de enfermedad crónica no transmisible y en la dimensión de vida saludable y condición crónica no transmisible, respectivamente. De igual manera, se encuentra un elemento común orientador de la estructura de los programas de salud cardiovascular en los territorios, denominadas líneas de política en el PNSP y componentes de la dimensión en el PDSP relacionadas con acciones de promoción y prevención y todo lo relacionado con la gestión del riesgo cardiovascular

En la **Ilustración 10**, se encuentra un esquema resumen donde se compara el plan nacional de salud pública 2007 - 2010 y el plan decenal de salud pública (PDSP) 2012 – 2021 relacionado con las enfermedades cardiovasculares, observando como las líneas de política son comunes en la estructura orientadora en el proceso de implementación de los programas en los territorios.

Ilustración 10. Esquema comparativo Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 y Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, enfermedades cardiovasculares.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, BASADA EN EL DECRETO 3039 DE 2007 Y LA RESOLUCIÓN 1841 DE 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

De igual manera, se encuentra un elemento funcional en estos procesos de implementación de salud cardiovascular en los territorios relacionado con las metas y actividades; planteando el PNSP 2007 – 2010 en su 6º objetivo: “Disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades” con cinco metas para lograrlo, ver **Tabla 2** encontrando representativas las metas relacionadas con el fomento de la actividad física.

Tabla 2. Metas Nacionales Objetivo 6, PNSP 2007 – 2010, Colombia

| | |
|---|---|
| 1 | Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13y 17 años. (Línea de base: 26%. Fuente: ENSIN 2005). |
| 2 | Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años. (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005). |
| 3 | Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años. (Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004). |
| 4 | Promover las acciones de diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica - ERC. (Línea de base: por definir). |
| 5 | Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables (Línea de base: 6,4%. Fuente: DANE 2005). |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA DE INFORMACIÓN DOCUMENTO PNSP 2007 – 2010

Seguido a esto, se establecen estrategias de acuerdo con las cinco líneas de política del PNSP 2007 – 2010, como se describe en la **Tabla 3**, encontrando en la línea de política 1: acciones que van orientadas a factores de riesgo modificables para prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 3. Estrategias para disminuir los riesgos Enfermedades Crónicas No Transmisibles (Línea de política 1) en el Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010

| <u>Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida</u> | |
|--|--|
| a. Fomentar estrategias intersectoriales para mejorar la seguridad vial en áreas rurales y urbanas y el fomento de espacios temporales de recreación como ciclorrutas recreativas. | b. Impulsar estrategias para la promoción de la actividad física en escenarios educativos, redes y grupos comunitarios, laborales. |
| c. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de | d. Promover estrategias de información, educación, comunicación y asesoría para desestimular el hábito de fumar y la cesación del hábito del tabaco en las |

| | |
|--|--|
| vida saludable, uso racional de medicamentos, y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. | escuelas de básica primaria, secundaria, universidades y lugares de trabajo. |
| e. Difundir, vigilar y regular el cumplimiento de la normativa de rotulado general y nutricional de alimentos para controlar el consumo de sal en alimentos procesados, colesterol y azúcar y promover el consumo de frutas y verduras (etiquetas visibles y otros refuerzos). | f. Promover la dieta saludable en comedores y restaurantes de las empresas e instituciones de trabajo. |
| g. Realizar abogacía para la reglamentación del convenio marco de lucha antibiótica, y ajustar la regulación sobre la comercialización y publicidad del tabaco. | h. Promover la implementación de las estrategias de Instituciones Educativas, Espacios de Trabajo y Espacios Públicos Libres de Humo de tabaco y de combustibles sólidos, en coordinación con las direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud - EPS, administradoras de riesgos profesionales - ARP, el sector educativo, trabajo, cultura y deporte y otros sectores. |
| i. Promover acciones de inducción a la demanda a los servicios de promoción de la salud, prevención de los riesgos y atención de los daños en salud visual, auditiva y cognitiva en los espacios educativos, laborales, culturales, deportivos y otros espacios cotidianos. | j. Ejercer abogacía para incluir en el Plan Decenal de Educación, programas dirigidos a incrementar el acceso al consumo de alimentos saludables en el ámbito educativo y para sustituir la clase de educación física de conceptos de deportes a clases de actividad física. |
| k. Promover acciones de protección de los derechos del consumidor y las condiciones ambientales y de salud que favorezcan el aprovechamiento biológico de los alimentos y un adecuado estado nutricional de la población entre el Ministerio de la Protección Social, Agricultura y Comercio, Superintendencia del Consumidor y Ministerio de Educación. | l. Impulsar políticas que propicien sistemas de transporte que promocien desplazamientos activos o el uso de vehículos no motorizados. |
| m. Realizar abogacía para la sustitución del enfoque del deporte centrado en deportistas de alto rendimiento hacia la actividad física, que se incluya la actividad física en espacios de la vida cotidiana y los discapacitados. | |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, BASADA EN EL DECRETO 3039 DE 2007.

En las líneas de políticas 2 y 3, se describen acciones específicas relacionadas con la prestación de servicios de salud y en la línea de política 4, se describen acciones relacionadas con la vigilancia en salud, específicamente en la caracterización e identificación de población en riesgo.

Las anteriores líneas de políticas, describen las estrategias (que se espera encontrar en los hallazgos de los programas de salud cardiovascular en los Departamento de estudio) que buscaban impactar en el objetivo relacionado con la disminución de las enfermedades

no transmisibles y discapacidades en el PNSP 2007 – 2010, que posteriormente con el Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012 – 2021 (Resolución 1841 de 2013), homologando establecieron tres objetivos estratégicos que a través de las dimensiones, basado en condición y enfermedad, buscan alcanzar estos objetivos.

En la **Tabla 4**, **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se describen los objetivos estratégicos del PDSP y la dimensión relacionada con la enfermedad cardiovascular, que se encuentra incluida en la dimensión de vida saludable y enfermedades no transmisibles, con sus dos componentes. De igual manera, se describen las dimensiones transversales, que como su nombre lo indica están relacionadas en todas las dimensiones prioritarias, donde el componente de envejecimiento y vejez está directamente relacionado con las condiciones no transmisibles, específicamente la enfermedad cardiovascular.

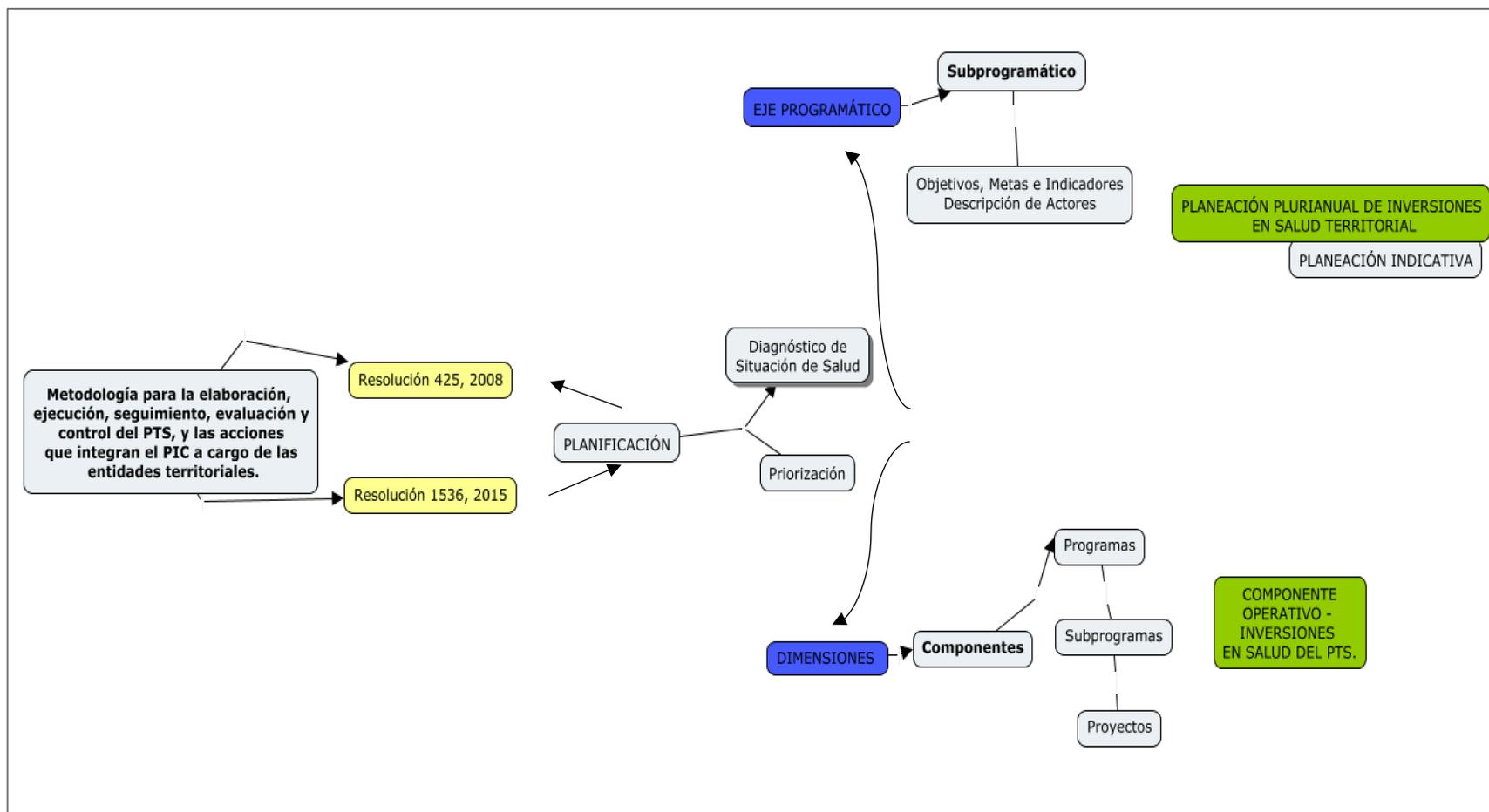
Tabla 4. Objetivos Estratégicos y dimensión de Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles, Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021

| Objetivos Estratégicos | |
|--|--|
| 1. Garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos. | |
| 2. Mejorar las condiciones de vida que modifican la situación S y disminuyen la carga de enfermedad existente. | |
| 3. Manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. | |
| Para alcanzar estos objetivos se desarrollan acciones e intervenciones, a través de ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales; con sus respectivos componentes | |
| Dimensiones Prioritarias | Componentes |
| 6. Vida Saludable y Condiciones No Transmisibles | a) Modos, condiciones y estilos de vida saludables. |
| | b) Condiciones crónicas prevalentes. |
| Dimensiones Transversales | Componentes |
| 9. Dimensión Transversal Gestión Diferencial de Poblaciones Vulnerables | a) Desarrollo Integral de las niñas, niños y adolescentes. |
| | b) Envejecimiento y vejez... |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, BASADA EN RESOLUCIÓN 1841 DE 2013 DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

De acuerdo con el periodo del plan nacional de salud pública, se encuentra una normatividad que guío la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes territoriales de salud (PTS) y las acciones que integran el Plan de intervenciones Colectivas (PIC) a cargo de las entidades territoriales: En el periodo 2012 – 2015, están orientados con la metodología descrita en la Resolución 425 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social y posteriormente, con la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social para el periodo 2015 - 2021, lo cual es la fundamentación de los procesos de implementación de los programas de salud cardiovascular en los territorios. En la **Ilustración 11** se encuentra un resumen de estas Resoluciones, observando en las dos normativas el proceso de planificación fundamentado con una previa priorización de las necesidades en salud, es decir, en los diagnósticos de la situación de salud del territorio.

Ilustración 11. Esquema comparativo Resolución 425 de 2008 y 1536 de 2015, del Ministerio de Salud y Protección Social



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, BASADA EN EL DECRETO 3039 DE 20007 Y LA RESOLUCIÓN 1841 DE 2013 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA.

Las líneas de política operativas descritas en los planes nacionales de salud, tienen su origen en el plan de atención básica (PAB) que era el orientador de procesos de formulación e implementación de los programas de salud pública en el país, creado como un complemento de las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y las acciones de saneamiento ambiental, cuyos componentes eran:

Promoción de la salud: Busca la integración de las acciones que realizan la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades.

Prevención de la enfermedad: Se realizan para evitar que el daño en la salud o la enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables.

Vigilancia en Salud Pública y control de factores de riesgo: Orientadas a la identificación, seguimiento y control de los principales factores de riesgo biológicos, del comportamiento y del ambiente, así como a la observación y análisis de los eventos en salud que ellos ocasionan.

De igual manera, en la circular externa 018 de 2004, del Ministerio de la protección social, establecen las acciones de salud pública prioritarias para el país, donde se incluye en el punto d) Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

Posteriormente, con la Ley 1122 de 2007, en el artículo 33, literal h, es reemplazado este plan de atención básica (PAB) por el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC); pero es hasta 2015 que se actualizan las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del PIC.

En el año 2007, con el Decreto 3039, se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y en 2008 con la Resolución 425, del Ministerio de Salud y Protección Social, se establece la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control de los planes territoriales de salud (PTS), y las acciones que integran el PIC a cargo de las entidades territoriales, definiendo los PTS como un “equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios”.

La Ley 1438 de 2011, especifica que las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de **la estrategia de atención primaria en salud** (APS), de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada. Definiendo APS como una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. A raíz de lo contemplado en la Ley 1438 del año 2011, se define para el futuro en salud del país la Estrategia APS (Atención Primaria en Salud) como la ruta para el alcance de la prosperidad en el tema de la salud; concepto al cual se le da mayor alcance en el documento del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

Posteriormente, la Resolución 1841 de 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social, adopta y describe el Plan Decenal de Salud (PDSP) 2012 – 2021, definiendo los lineamientos de planeación territorial y los vincula a la Estrategia BIT - PASE a la Equidad, definida como el Balance de las Tensiones que se generan en las Interacciones (BIT) entre la Población, el Ambiente, la organización Social y la Economía (PASE) y la Equidad en Salud y la Resolución 1536 de 2015, del Ministerio de Salud, orienta la formulación e implementación en los territorios del país.

De igual manera, la Resolución 429 de 2016, define tres rutas: La ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, rutas integrales de atención en salud para poblaciones en riesgo y las rutas integrales de atención en salud para eventos específicos priorizados para cada grupo de población en riesgo.

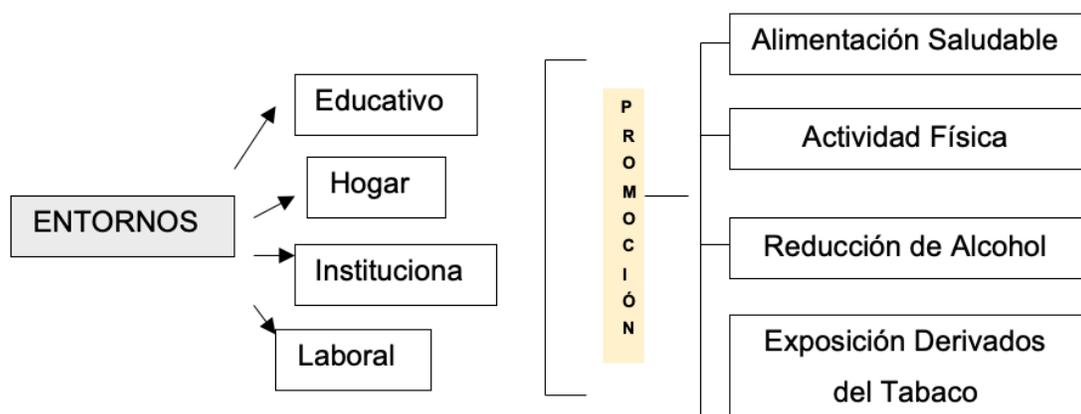
Para la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, aparece la Resolución 3202 de 2016, con el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS, donde se encuentra priorizado por el Ministerio de Salud y Protección Social la RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas (Hipertensión Arterial -HTA, Diabetes Mellitus — DM y Obesidad.).

A nivel de las RIAS en general, se establecen tres categorías de atención:

1. Acciones de gestión de la salud pública
2. Intervenciones de promoción de la salud
3. Intervenciones de gestión integral del riesgo en salud.

En las RIAS de cardiovascular las acciones de promoción tienen una estructura de acciones de implementación similares en entornos educativo (colegios y universidades) comunitario (hogar y espacio público), institucional y laboral; con énfasis en promoción de la alimentación saludable, de la actividad física, reducción del alcohol y exposición de derivados del tabaco (Estrategia espacios amigables para adolescentes), ver **Ilustración 12**

Ilustración 12. Estructura Implementación de Acciones de Promoción – Ruta Integral de Atención en Salud Cardiovascular, Resolución 3202 de 2016



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, INFORMACIÓN EXTRAÍDA DE RESOLUCIÓN 3202 DE 2016.

Dentro de las estrategias comunes en estas RIAS se encuentra la estrategia para la estratificación del riesgo cardiovascular y metabólico denominada “Conoce tu riesgo, peso saludable”, que incluye la clasificación del riesgo de Diabetes Mellitus y la estratificación de riesgo cardiovascular. La cual se encuentra integrada con el Plan Decenal para la salud cardiovascular, prevención y control de la Diabetes 2014 – 2024 (Minsalud, 2014a).

Dentro de las estrategias conocidas frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, se encuentra la estrategia 4 x4 buscando dar lineamientos para la prevención y control de

los cuatro grupos de enfermedades: cáncer, la enfermedad cardiovascular, la diabetes y las enfermedades de vías respiratorias inferiores, reconociendo cuatro factores de riesgo: consumo nocivo de alcohol, el consumo y exposición al humo de cigarrillo, la inactividad física y la alimentación no saludable; lo anterior, explica su denominación de 4 x 4 (Minsalud, 2016a) las cuales fueron integradas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.

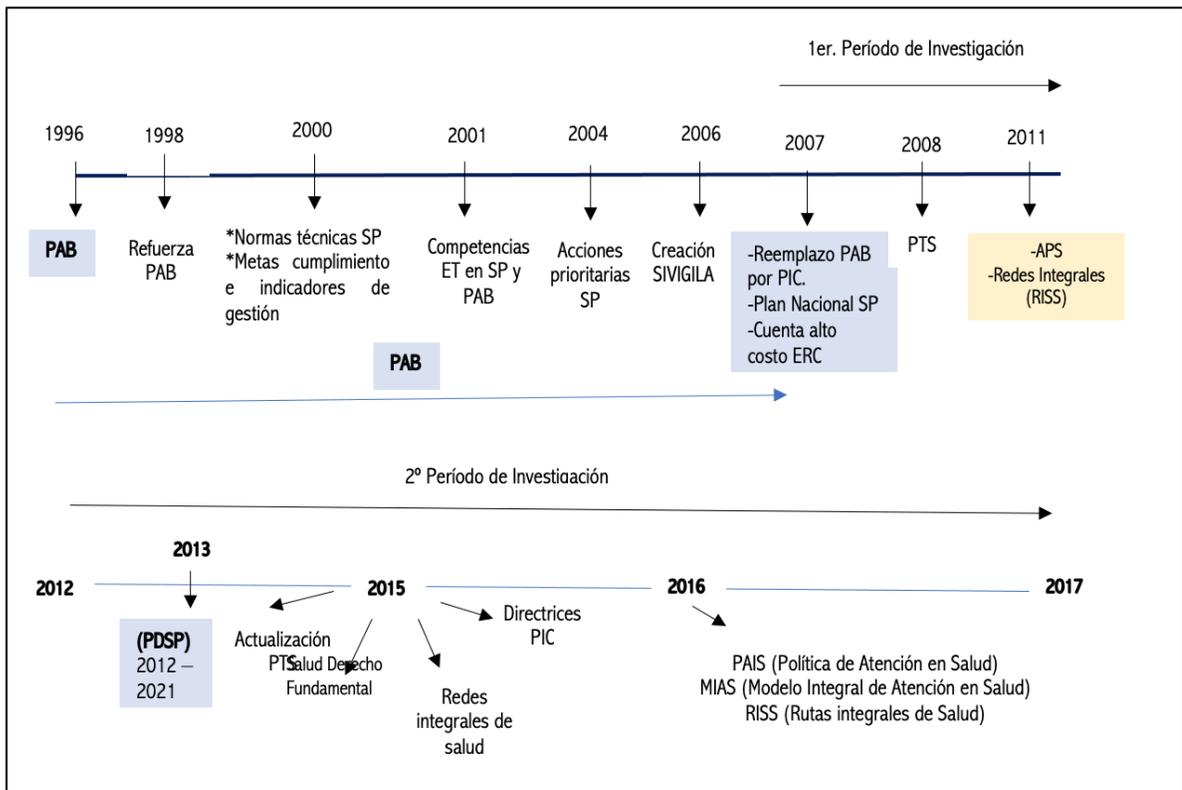
Las tres estrategias planteadas en el Plan Decenal para la salud cardiovascular, prevención y control de la Diabetes 2014 – 2024 para la mitigación y reducción del riesgo cardiovascular y de diabetes, las cuales se encuentran armonizadas con el Plan Decenal de salud pública 2012 -2021:

1. Estrategia conoce tu riesgo y tu peso saludable: Identificar y gestionar el riesgo cardiovascular en Colombianos mayores de 18 años (Minsalud, 2014a).
2. Proyecto de Estandarización del Tratamiento de Hipertensión: Buscando eliminar barreras que impiden un adecuado control de la tensión arterial, las cuales van enfocadas a una prescripción adecuada, disponibilidad y acceso a los medicamentos antihipertensivos, adherencia a tratamiento y monitoreo de tratamientos instaurados (Minsalud, 2014a).
3. Estrategia Un millón de corazones, la cual Contiene tres intervenciones: Eliminar el consumo de cigarrillo, garantizar el control de la tensión arterial y control del Colesterol (Minsalud, 2014a).

Lo anterior, fundamenta las categorías de análisis de esta investigación donde las tres categorías de análisis principales se organizaron en: 1. Fundamentos (relacionados con la normatividad y lineamientos que orientaron los procesos de implementación de la política cardiovascular en los territorios). 2. Estructura (relacionado con la organización de los procesos de implementación, que en este caso son las líneas de política) y 3. Funcional (relacionado con las estrategias, programas, actividades y proyectos de salud cardiovascular).

En la **Ilustración 13**, se resume este contexto histórico con los dos períodos de tiempo de esta investigación, que inicia en el 2007 – 2010 con el plan nacional de salud pública que coincide con el reemplazo del PAB por el PIC y el período 2013 – 2017 con el nuevo plan decenal de salud pública.

Ilustración 13. Periodos de tiempo hito de la investigación, comparación 1º período y 2º período de investigación



Fuente: Elaboración propia, de lineamientos y normatividad nacional referenciada.

7.2 Aspectos Normativos

7.2.1 Internacional

Acuerdos y políticas internaciones a favor de la salud cardiovascular (OPS, 2014):

- Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2003 (Resolución WHA56.1)
- Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2004 (Resolución WHA57.17)
- Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (Resolución WHA63.13).
- Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 61º Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2008, donde de establecieron seis objetivos, (2010, OPS), buscando modificar factores de riesgo, dentro de las que se incluye el fortalecimiento de las políticas y planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, ver **Tabla 5**

Tabla 5. Objetivos de la Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, OPS 2008

| Objetivo | Descripción |
|----------|---|
| 1 | Elevar la prioridad acordada a las enfermedades no transmisibles en el marco de las actividades de desarrollo en el plano mundial y nacional, e integrar la prevención y el control de esas enfermedades en las políticas de todos los departamentos gubernamentales. |
| 2 | Establecer y fortalecer las políticas y planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. |
| 3 | Fomentar intervenciones para reducir los principales factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol. |
| 4 | Fomentar la investigación en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. |
| 5 | Fomentar alianzas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. |
| 6 | Realizar un seguimiento de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes y evaluar los progresos en los ámbitos nacional, regional y mundial. |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA DE DOCUMENTO 61º ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD, MAYO DE 2008, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2010, OPS).

- Carta de Toronto para actividad física. Un llamado global para la acción, 2010.
- Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol, 2010.
- Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas, 2013-2019 .
- Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, para el periodo 2012 - 2025, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), respaldada en el 2012 por la Conferencia Sanitaria Panamericana junto con un marco regional para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT), a través de cuatro líneas estratégicas, (OPS, 2014), ver **Tabla 6**

Tabla 6. Líneas estratégicas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, para el periodo 2012 - 2025, de la Organización Panamericana de la Salud

| Línea Estratégica | Descripción |
|-------------------|--|
| 1 | Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles |
| 2 | Factores de riesgo y factores protectores de las enfermedades no transmisibles. |
| 3 | Respuesta de los sistemas de salud a las ENT y sus factores de riesgo. |
| 4 | Vigilancia e investigación de las ENT. |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA DE DOCUMENTO: UNA ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES, PARA EL PERIODO 2012 - 2025, DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2014, OPS).

Con lo anterior, se resumen los acuerdos internacionales que buscan la promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular, siendo el más reciente el último dato registrado relacionado con estrategias para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, para el periodo 2012 - 2025, de la Organización Panamericana de la Salud.

7.2.2 Nacional

Colombia se rige por la **Constitución Política de Colombia de 1991**, en el artículo 1° establece la organización de Estado Colombiano y la autonomía de las entidades territoriales, esto último relacionado con los procesos de descentralización en algunas entidades territoriales del país. Entendiendo entidad territorial en Colombia, definido en el artículo 286 de la Constitución Política de Colombia, los Departamentos, Distritos, Municipios y los territorios Indígenas.

De igual manera, en los artículos 339 – 344 de la Constitución, está descrito la obligatoriedad de la presencia de un Plan Nacional de Desarrollo, el cual está conformado por una parte general y un plan de inversiones de las entidades públicas del orden nacional; las entidades territoriales elaborarán y adoptarán los planes de desarrollo, con el objeto de asegurar el uso eficiente de sus recursos y el desempeño adecuado de las funciones. Además, también reglamenta que la Ley orgánica especificará los procedimientos de elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo y dispondrá los mecanismos apropiados para su armonización y para la sujeción a ellos de los presupuestos oficiales.

Es necesario resaltar, que los planes territoriales de salud están adheridos a los planes de desarrollo, por lo cual la implementación de estos planes se realiza en el mismo periodo de gobierno de los alcaldes y gobernadores.

El Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007 – 2010, se adoptó con el Decreto 3039 de 2007 del Ministerio de Salud y Protección Social y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 – 2021 se adoptó con la Resolución 1841 de 2013, del Ministerio de Salud y Protección Social, de este último se basan los PTS elaborados para el periodo 2016 – 2019. Igualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 2° de la precedida Resolución, define los lineamientos de planeación territorial y los vincula a la Estrategia BIT - PASE a la Equidad, definida como el Balance de las Tensiones que se generan en las Interacciones (BIT) entre la Población, el Ambiente, la organización Social y la Economía (PASE) y la Equidad en Salud entendida como: “Ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas” (Whitehead, 1992).

De igual manera, en Colombia existen políticas públicas cuyo campo de acción es la prevención de factores de riesgo y promoción de factores protectores donde intervienen varios sectores, además del sector salud:

- Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 2793 de 1993, lineamientos política envejecimiento y vejez.
- Ley 124 de 1994, por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad.
- Política nacional de envejecimiento en el año 2007.
- Ley 1355 de 2009, define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.
- Plan de estilo de vida saludable 2010.

8. Marco metodológico

8.1 Enfoque

Frente a los enfoques para realizar análisis de política públicas, en general, existen dos enfoques el *tradicional* y el *no tradicional o interpretativista de políticas públicas*.

El enfoque tradicional, liderado por Lasswell, padre de las políticas públicas, cuyo objetivo era crear una ciencia social aplicada - mediadora entre los académicos, los tomadores de decisiones del Gobierno y los ciudadanos, generando soluciones objetivas que permitieran eliminar o minimizar determinados problemas (Fisher, 2003). Buscaba una ciencia social con acción mediadora, ese enfoque tradicional se basa en métodos cuantitativos, llevando de la mano el método científico, supone que los sujetos son homogéneos y, por ende, predecibles (contrario a los enfoques interpretativistas donde los sujetos no son homogéneos y, por ello, no predecibles). El enfoque tradicional, supone que el sujeto es de elección racional y toma decisiones para ganar a nivel individual, por lo que se entiende en el enfoque tradicional que las políticas públicas son el resultado de una lucha entre los distintos intereses objetivos de los individuos o grupos de interés en una sociedad (Roth, 2010).

Los enfoques no tradicionales interpretativista, nacen como crítica a los enfoques tradicionales, al reconocer los problemas públicos como realidades sociales donde viven sujetos no homogéneos que, muchas veces, no son predecibles. El enfoque interpretativista, bajo la corriente de Roe, 1994; Yanow, 2000; Fisher, 2003 (como se citó en Roth, 2010): “se fundamenta en los postulados del constructivismo y/o teoría crítica para poner su mayor énfasis en los factores cognitivos, discursivos, argumentativos, retóricos y narrativos en sus análisis, asumiendo así una postura epistemológica post-empírica que minimiza la importancia de los tradicionales factores objetivos e institucionales” (p.47), por lo cual debido a la naturaleza de la pregunta de esta investigación, este estudio se fundamenta en un enfoque interpretativista.

Las técnicas cualitativas son utilizadas en los enfoques interpretativistas, que desde la perspectiva comprensiva, comprende la realidad y la producción del conocimiento como

el resultado de las interacciones recíprocas entre personas, la cuales generan significados. En el marco interpretativo la producción del conocimiento es el resultado de la relación entre la experiencia, acciones o comportamientos de objetos y el contexto (Ulin, P. Robinson, E y Tolley, E. (2006). La epistemología de la investigación cualitativa comprende el conocimiento en términos de producción y no como una apropiación lineal de una realidad, donde las agrupaciones de unidades de contenido producen significados (Macedo, Gandolfo y Mitjás, 2016). Es por ello, que la apuesta metodológica de esta investigación se fundamenta en el análisis narrativo.

El análisis narrativo de Emery Roe se encuentra dentro de la corriente argumentativa, en el cual se entienden las políticas públicas como construcciones discursivas a partir de argumentos y elementos retóricos, por lo que toma en consideración los aspectos cognitivos, retóricos y subjetivos; se basa en la reconstrucción de narrativas y contra-narrativas como elemento central en el análisis de política pública (Roth, 2010).

La meta-narrativa se construye con la identificación de los argumentos de la historia y la no historia; es decir, se genera una controversia entre lo que dice la narrativa histórica oficial con aquello que se argumenta en la contra-narrativa, con una profundización y aclaración de los argumentos desde una mirada deconstructiva de la narrativa (Roth, 2010), en esta investigación esta meta – narrativa es homologada al nombre de meta-texto final resultado de esa confrontación entre los relatos hegemónicos (información secundaria) y los no hegemónicos (información primaria).

La validez del análisis narrativo se fundamenta en la argumentación centrándose en lo interpretativo, la persuasión orientada a lo interpretativo y el papel activo que asume el que realiza el análisis en la construcción de esta narrativa y meta-narrativa (Roth, 2010).

Los datos que son utilizados para realizar análisis interpretativo tienen tres fuentes: Observación, entrevistas y lectura de documentos. En esta investigación hubo dos fuentes para el análisis: la primera, las entrevistas debido a que se identifican las vivencias y experiencias frente a los procesos de implementación de la política pública cardiovascular en el territorio y la segunda fuente fue la información secundaria para entender los procesos de implementación normados y estandarizados en el país y en los departamentos de estudio.

El instrumento utilizado para recolectar información primaria en esta investigación fueron las entrevistas a profundidad, debido a que se buscaba el intercambio de información directa entre el investigador y el entrevistado (Ulin, et al, 2006), para la identificación de saberes propios del entrevistado (Torres, 1999).

El muestreo para la realización de las entrevistas que se realizó fue de bola de nieve y debido a que fueron utilizados varios fuentes de información; es decir, la información secundaria a través de revisión documental y la información primaria a través de entrevistas a profundidad, se utilizó la triangulación como método de confrontación.

Es necesario anotar, que la información secundaria fue la inicialmente recolectada y codificada, con posterior realización de entrevistas a profundidad como fuente de información primaria.

8.2 Método, análisis comparado desde la corriente de pensamiento de Max Weber

Teniendo en cuenta la naturaleza de la pregunta de investigación “implementación de política pública” se definió un método que permitiera identificar diferencias y similitudes en los procesos de implementación de política pública cardiovascular en dos departamentos del país, por lo que se utilizó el *análisis comparado de política pública a través de análisis de caso*.

Desde los 50's el método de analisis comparado propuesto desde la sociología y la ciencia política, aplicado al escenario de la salud publica; responde a ¿Qué comparar? y Cómo Comparar?, la comparación como método es, pues, un aporte a la controlabilidad empírica de los fenómenos políticos. En ciencias sociales hay cuatro procedimientos básicos de control: experimental, estadístico, comparativo e histórico. El método comparativo es el procedimiento al que la Ciencia Política puede más fácilmente recurrir (Sartori 1971, 1984). Según Grau, el análisis comparado de política pública puede entenderse como una perspectiva de análisis propia que pretende explicar similitudes y diferencias observadas en las políticas o en sus expresiones, como planes y programas,

similares. Busca encontrar explicaciones causales a fenómenos políticos y sociales, cuyo punto de partida es una hipótesis que tiene variables de relevancia que posiblemente permitan explicar diferencias y similitudes a partir de técnicas cualitativas y cuantitativas (Bulcourn y Cardozo, 2008), que para esta investigación son cualitativas.

Cuando se realiza análisis comparado de política pública, es necesario identificar el caso(s) y las unidades de análisis:

Caso (s): Neiman y Quaranta (2006) definen el caso “como un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales” (p. 220). Por lo que, el estudio de caso es una herramienta metodológica que indica dónde se realizará la observación de los fenómenos para su medición o contrastación con la hipótesis (Gamboa y Franco, 2010); siendo en esta investigación el caso la Política pública cardiovascular Atlántico/ Cundinamarca.

Para identificar y elegir los casos va depender si son comparables y si son **relevantes para comparar**, en este se pueden utilizar datos estadísticos o históricos o combinación de los dos, los cuales pueden provenir de uno o más países o situaciones y dependiendo del momento comparado; si es un único momento se denominan comparaciones sincrónicas y si son distintos momentos para observar cambios en el tiempo se denominan diacrónicas (Makón, 2004). En esta investigación se considera una comparación sincrónica debido a que se realizará el análisis del mismo periodo de 2007 a 2017 en los dos Departamentos.

Unidad de Análisis: De igual manera, en un estudio de caso se encuentran las unidades de análisis, que son los objetos sobre los cuales el académico recolecta datos, como personas individuales, países, sistemas electorales, movimientos sociales, entre otros. La definición de la unidad de análisis está vinculada con la forma en que se presentaron las primeras preguntas de la investigación (Yacuzzi, s.f) por lo que las unidades de análisis en este estudio son los procesos de implementación de los programas de salud cardiovascular (Planes y programas).

Para esta investigación, se realiza un estudio de caso “Política pública cardiovascular Atlántico/ Cundinamarca” cuyas unidades de análisis fueron los Planes y programas de riesgo cardiovascular.

8.3 Pasos Metodológicos

A continuación, se presentan los pasos metodológicos de esta investigación; así como las herramientas utilizadas.

8.3.1 Fuentes de Información

Información Secundaria

Los documentos fuente de información secundaria fueron:

- Nacionales: Plan nacional de salud pública 2007 – 2010 y plan decenal de salud pública 2012 – 2021.
- Departamentales: Planes de desarrollo antes del año 2012 debido a que, previo a este año, los planes de salud estaban incorporados en los planes de desarrollo y posteriormente ya hacen parte de un documento adicional al plan de desarrollo.

Información Primaria

Los documentos fuente de información primaria fueron las entrevistas a profundidad realizadas a actores técnicos de los programas de salud cardiovascular en los Departamentos de Atlántico y Cundinamarca (ver entrevista en instrumento de recolección de información).

8.3.2 Recolección de información

Información secundaria

La recolección de la información secundaria de documentos relacionados con la implementación de programas de salud cardiovascular del periodo Enero 2007 – Diciembre 2017 en la nación y en los Departamentos de Atlántico y Cundinamarca se inició en diciembre 2019 hasta febrero 2021 (la búsqueda fue intermitente por cuestiones de pandemia Covid19).

Los criterios de inclusión para la revisión documental fueron la fuente de referencias instituciones o técnicos: Minsalud, Secretarías de salud, Alcaldías municipales y Gobernaciones Departamentales.

La herramienta inicial de organización de la información secundaria, se construyó en el programa Excel llevando el control del documento disponible y asignando codificación con las iniciales del documento y el periodo; adicional a los departamentos iniciales se asignó codificación CUND a Cundinamarca y ATL a Atlántico en la **Tabla 7**

Tabla 7. Tablero de Control y Codificación Información Secundaria

| PERÍODO | ENTIDAD | DEPARTAMENTO | TIPO DE DOCUMENTO | DOCUMENTO DISPONIBLE (SÍ o NO) | Codificación Información Secundaria |
|-------------|---------------|--------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| 2007 - 2010 | NACIONAL | NO APLICA | PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA | SÍ | PNSP_2007_2010 |
| 2012 - 2021 | NACIONAL | NO APLICA | PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA | SÍ | PDSP_2012_2021 |
| 2008 - 2011 | DEPARTAMENTAL | CUNDINAMARCA | PLAN DE DESARROLLO | SÍ | PD_CUND2008_2012 |
| 2008 - 2011 | DEPARTAMENTAL | ATLÁNTICO | PLAN DE DESARROLLO | SÍ | PD_ATL2008_2011 |
| 2012 - 2015 | DEPARTAMENTAL | CUNDINAMARCA | PLAN DE DESARROLLO (SE HOMÓLOGO CON PLAN INDICATIVO) | NO | PI_CUND2012_2015 |
| 2012 - 2015 | DEPARTAMENTAL | ATLÁNTICO | PLAN DE DESARROLLO | SÍ | PD_ATL2012_2015 |
| 2016 - 2019 | DEPARTAMENTAL | CUNDINAMARCA | PLAN DE DESARROLLO | SÍ | PD_CUND2016_2019 |
| 2016 - 2019 | DEPARTAMENTAL | ATLÁNTICO | PLAN DE DESARROLLO | SÍ | PD_ATL2016_2019 |
| 2016 - 2019 | DEPARTAMENTAL | CUNDINAMARCA | PLAN TERRITORIAL DE SALUD | SÍ | PTS_CUND2016_2019 |
| 2016 - 2019 | DEPARTAMENTAL | ATLÁNTICO | PLAN TERRITORIAL DE SALUD | NO | NO APLICA |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Información primaria

La recolección de la información primaria se realizó a través de entrevistas a profundidad de actores político técnicos con previo acercamiento con los líderes de procesos en los Departamentos de Cundinamarca y Atlántico.

La entrevista fue grabada previa consentimiento verbal de los participantes, con posterior transcripción en documento Word con codificación descrita en la **Tabla 8**

Tabla 8. Tablero de Control Información Primaria

| Departamento | Actor | Codificación Entrevista |
|--------------|------------------|-------------------------|
| Cundinamarca | Político Técnico | ACT_PT_CUN |
| Atlántico | Político Técnico | ACT_PT_ATL |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Las preguntas orientadoras de la entrevista se organizaron con una pregunta principal y cuatro secundarias descritas en **Tabla 9** que dan respuesta a las categorías de análisis (ver **Tabla 10**)

Tabla 9. Preguntas Orientadoras de Entrevistas a Profundidad

| Tipo de pregunta | Contenido Pregunta | *¿A qué Categoría Principal de Análisis Responde? |
|---------------------|--|---|
| P1.Principal | Teniendo en cuenta la existencia de unas líneas de política relacionadas con los procesos de implementación de programas de salud cardiovascular en los territorios ¿cómo fue el proceso de implementación del programa de salud cardiovascular, en términos de planeación y despliegue de estrategias, proyectos y actividades en el Departamento, en el periodo 2007 - 2017? | Fundamentos, Estructura y Funcional |
| P1.1 | Priorización de las enfermedades cardiovasculares en los planes de gobierno Departamentales | Fundamentos |
| P1.2 | Bases y organización del programa en el Departamento, en términos de normatividad y líneas operativas | Fundamentos y Estructura |
| P1.3 | Distribución de estrategias, actividades y proyectos del programa | Funcional |
| P1.4 | Cambios en términos de planeación, metas y estrategias en el periodo de los dos planes de salud nacionales. | Fundamentos y Funcional |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA * CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

8.3.3 Categorización

Identificación de categorías y subcategorías de análisis

Las categorías de análisis se establecieron de acuerdo con el marco teórico y normativo relacionado con las expresiones de política de salud cardiovascular; es decir, los programas, estrategias, actividades y proyectos.

Partiendo de una categoría principal de análisis: *las líneas de política* debido a que son las bases que orientan los procesos en los programas sugiriendo la estructura y funcionalidad de las acciones frente a la enfermedades de salud pública en los territorios, siendo para este caso la enfermedad cardiovascular. Estas líneas de política están documentadas en los dos planes de salud nacionales de salud pública, con la diferencia en el PDSP 2012 - 2021 fueron adicionados los componentes de la Dimensión como se observa en la **Ilustración 10.Tabla 2**

Asimismo, existen unas estrategias por cada línea de política en el caso del PNSP y por cada componente en el PDSP, las cuales estructuran la organización de los programas y a su vez los proyectos y actividades en los territorios.

De esta forma, las líneas de política fueron la base para la creación de las categorías de análisis, debido a que son la base de la estructura del programa y orientadoras de las estrategias y actividades como se describe en la **Tabla 3**

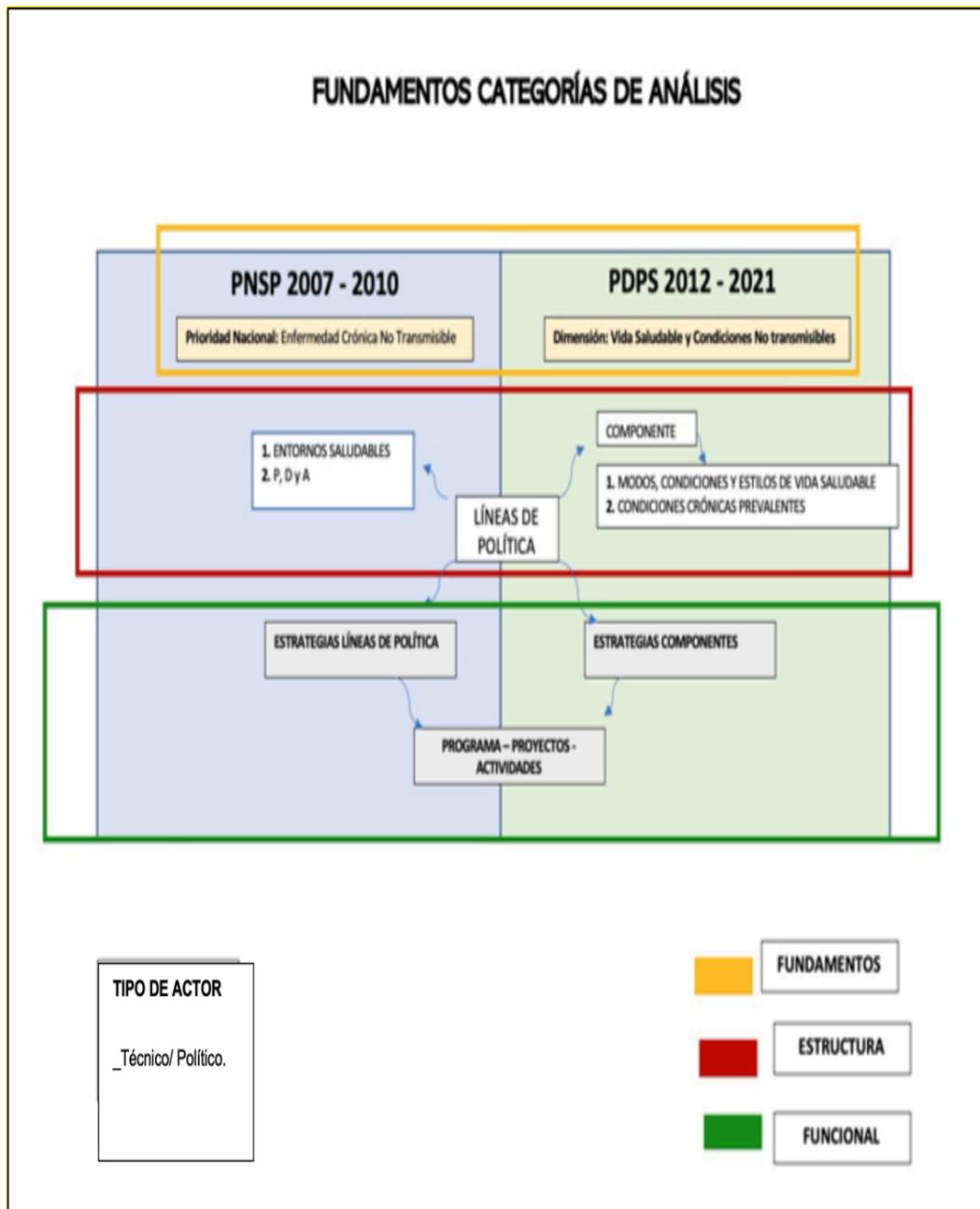
De acuerdo con esto, se crearon tres categorías de análisis principales (ver **Ilustración 14**).

Fundamentos: Relacionado con todo lo que fundamenta el programa de salud cardiovascular en el Departamento, específicamente la normatividad y lineamientos de la nación y entidades territoriales; de acuerdo con lo establecido en los planes nacionales y territoriales de salud.

Estructura: Relacionado con la organización de los programas de acuerdo con la estructura sugerida en las líneas de política de los planes nacionales de salud, ver **Ilustración 10**

Funcional: Relacionado con las estrategias de estas líneas de políticas en el PNSP o componentes en el caso del PDSP 2012 – 2021, descritas en la **Tabla 3**.

Ilustración 14. Fundamentos de las categorías de análisis de la investigación



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

Las categorías principales fueron divididas en subcategorías y subtemas de acuerdo con el marco teórico, dando respuesta a los objetivos establecidos en esta investigación y como categorías emergentes se encontraron la subcategorías de entorno y población, que se incluyó dentro de la categoría denominada funcional, lo anterior relacionado en la **Tabla 10**

Tabla 10. Descripción de Categorías de Análisis de Información Primaria y Secundaria

| CATEGORÍA PRINCIPAL | SUBCATEGORÍA | SUBTEMA | DEFINICIÓN | ¿A qué objetivo de la investigación responde? |
|---------------------|-------------------------|---------------------------|--|---|
| FUNDAMENTOS | Priorización | | Todo lo relacionado con la priorización del programa de salud cardiovascular | Tercer Objetivo |
| | Lineamiento | No aplica | Lineamientos relacionados con el PNSP, PDSP, PTS, PD o en general Ministerio de Salud. | Segundo Objetivo |
| | Metas | No aplica | Descripción de metas de salud cardiovascular | Tercer Objetivo |
| ESTRUCTURA | Líneas Operativas | Promoción de la salud | Antes de 2012: entornos Favorables de salud o desde 2012: modos, condiciones y estilos de vida saludable | Tercer Objetivo |
| | | Gestión del Riesgo | Antes de 2012: Protección específica, detección temprana y atención integral o desde 2012 o condiciones crónicas prevalentes | Tercer Objetivo |
| FUNCIONAL | Programas y Estrategias | Estrategias y Actividades | Descripción de estrategias y actividades | Tercer Objetivo |
| | Entorno * | Lugares contextualizados | Espacios donde se realizan las acciones | Tercer Objetivo |
| | Población* | Población | Población receptora de acciones | Tercer Objetivo |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA * CATEGORÍA EMERGENTE

8.3.4 Plan de Análisis

Este análisis comparado de política pública a través de un análisis de caso con herramientas cualitativas se realizó iniciando con la codificación de información primaria y secundaria basado en las categorías de análisis pre-configuradas, seguido de análisis (lectura y relectura) y un proceso de triangulación (confrontación) con generación de resultados.

Es necesario anotar, que la información secundaria fue la inicialmente recolectada y codificada, con posterior realización de entrevistas a profundidad como fuente de información primaria.

La herramienta para la codificación de la información fue a través del Software myNVIVO (software para investigación cualitativa).

A continuación se describe el paso a paso que se realizó para el análisis de la información tanto primaria como secundaria.

Paso 1: Codificación de Documento, asignación de nombre de acuerdo con el tipo de documento (ver **Tabla 7**) tanto de información primaria como secundaria.

Paso 2: Cargue de archivos en Software MyNVIVO a través de herramienta Importar – archivos.

Paso 3: Categorización, asignación de categorías y subcategorías de análisis (ver **Tabla 10**) – En software MyNVIVO las categorías se denominan códigos; a través de la herramienta Organizar - Codificación se crearon cada una de las categorías y subcategorías de análisis, así como las emergentes que fueron apareciendo con la lectura y relectura de los casos (unidades de análisis).

Paso 4 : Asignación de unidades de análisis (objetos sobre los cuales se recolecta la información) – En software MyNVIVO las unidades de análisis se denominan casos, a través de la herramienta Organizar – Casos, se asignaron los documentos previamente cargados como casos, de esta forma se crearon los grupos por información de cada Departamento y de la Nación que permitiera comparar los dos periodos de los planes nacionales de salud pública. Inicialmente con la información secundaria y posteriormente con la información primaria.

Paso 4: Codificación, lectura de casos (documentos unidad de análisis) con selección y asignación de textos relacionados con las categorías y subcategorías de análisis. A través de la herramienta Selección de codificación.

Paso 5: Comparaciones iniciales, a través de la herramienta Macros de trabajo en MyNVIVO, se iniciaron las comparaciones de las categorías y subcategorías asignando en filas los casos a comparar (comenzando con información secundaria de nivel nacional y departamental, y en columnas las categorías y subcategorías. Una vez creado este macro fue exportado en formato Excel, donde se realizó revisión (lectura, relectura y análisis) del contenido de las celdas con identificación de aspectos comunes y divergentes, con este paso se encontraron categorías de análisis emergentes.

Paso 6: Creación de grupos de análisis (Categorías de análisis), las unidades de análisis y las subcategorías de análisis fueron agrupadas con la herramienta matriz de codificación del software myNVIVO: fueron agrupados los documentos departamentales en información primaria y secundaria y los nacionales en los dos

periodos de los planes nacionales de salud pública (ver **Tabla 11**) y fueron guardadas estas consultas para posteriormente generar las comparaciones y análisis finales posterior a una lectura y relectura de estas salidas generadas en el Software.

Tabla 11. Descripción de Codificación Agrupaciones Unidades de Análisis

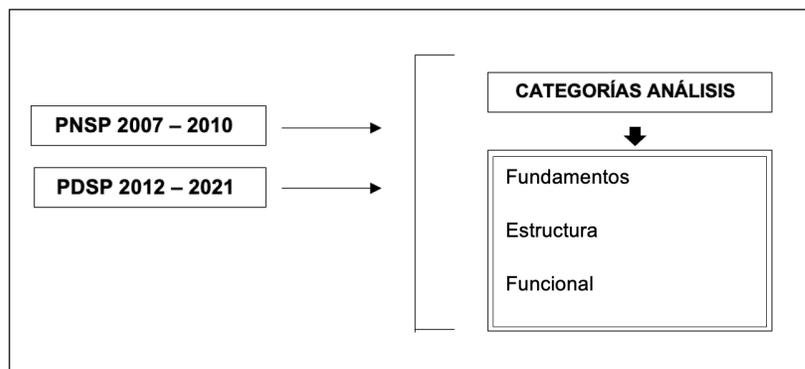
| Unidades de Análisis | Codificación |
|--|----------------|
| Información Secundaria Nacional Período I | PDSP_2012 2021 |
| Información Secundaria Nacional Período II | PNSP_2007 2010 |
| Información Primaria Cundinamarca | PRI_CUND |
| Información Primaria Atlántico | PRI_ATL |
| Información Secundaria Cundinamarca | SEC_CUND |
| Información Secundaria Atlántico | SEC_ATL |

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

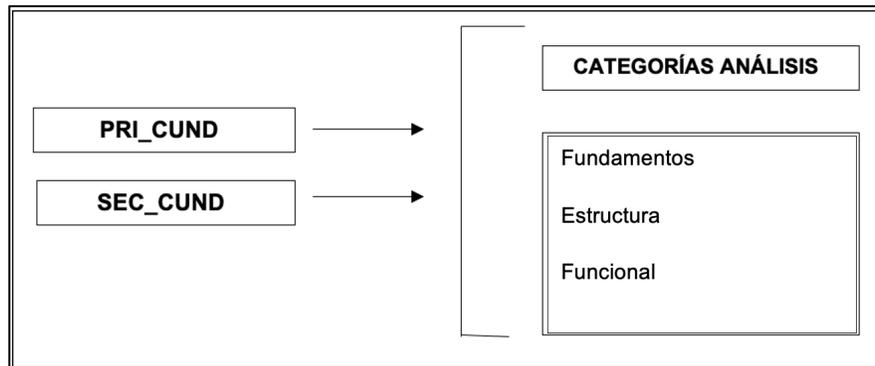
Paso 7: Comparaciones Finales (Categorías de análisis)

Macros de trabajo: A través de la herramienta de myNVIVO de macros de trabajo con exportación de información en Excel y se realizó el análisis de las comparaciones finales identificando aspectos en común y divergentes, en el siguiente orden:

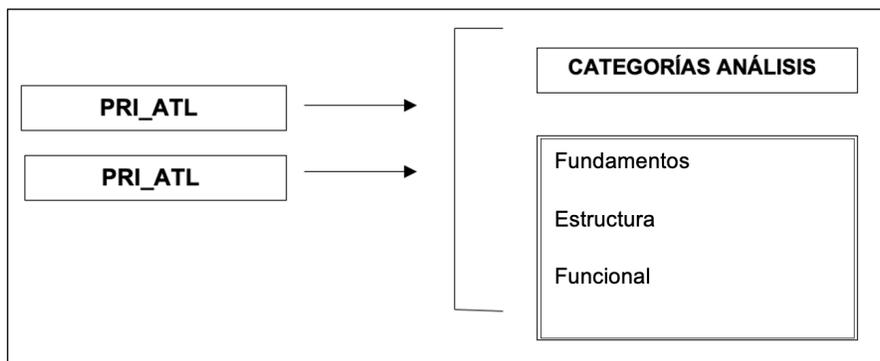
- Planes Naciones con categorías de análisis agrupadas



- Información primaria y Secundaria Cundinamarca con Categorías de análisis agrupadas



- Información primaria y Secundaria Atlántico con Categorías de análisis agrupadas



Paso 8: Generación de Metatextos y nube de palabras

La información de cada matriz en Excel generada en el punto anterior, se realizó una lectura y relectura generando un metatexto (descripción de similitudes y diferencias en texto) y posterior a ello, la creación de nube de palabras a través de la herramienta del software MyNVIVO. Para el proceso de triangulación, se realizó confrontando de la información primaria y secundaria.

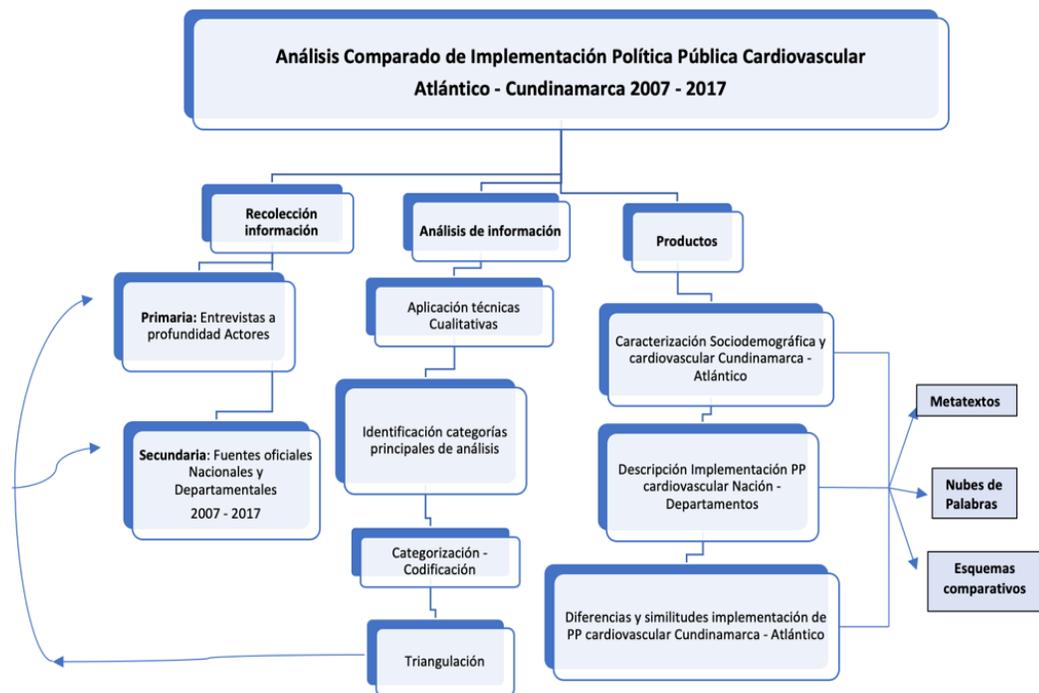
Inicialmente fueron generados los metatextos y nube de palabras de la información nacional, identificando similitudes y diferencias a resaltar, la fuente información secundaria.

Seguido a esto, se generó un metatexto distinguiendo la información primaria y secundaria por Departamento, con posterior generación de confrontación de la información

(triangulación) de los departamentos y la nación a través de metatextos con la lectura y relectura de la información exportada a Excel originada de los macros de trabajo y con la herramienta nube de palabras de myNVIVO.

En la **Ilustración 15** se encuentra el esquema final de los pasos metodológicos de esta investigación.

Ilustración 15. Descripción paso a paso proceso de recolección, análisis y productos de la Investigación



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

9.Consideraciones Éticas

De manera previa la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional desde el Comité de Ética aprobó esta investigación de maestría.

Según la resolución 08430 de 1993 que regula los aspectos éticos de las investigaciones realizadas en seres humanos, este estudio se clasifica como investigación sin riesgo puesto que se realizará una revisión de información secundaria y la información primaria fue obtenida a través de entrevistas virtuales con previo consentimiento verbal informado debido a la condición de pandemia Covid19; este consentimiento quedó grabado en las entrevistas realizadas de manera virtual, lo que no traduce ningún riesgo para individuos o colectivos. No obstante, se garantizará la confidencialidad de la información de otros aspectos diferentes al del estudio, si así fuera necesario.

10. Resultados

10.1 Procesos de implementación del programa de salud cardiovascular en la nación y los Departamentos de Cundinamarca y Atlántico en el periodo 2007 – 2017.

10.1.1 Metatexto Nacional

A continuación, se describe el metatexto final producto del análisis de los dos planes nacionales de salud pública, relacionados con la enfermedad cardiovascular, en términos de fundamentos, estructura y funcional:

METATEXTO FINAL PLANES NACIONALES DE SALUD PÚBLICA 2007 – 2017

El plan nacional de salud pública (PNSP) 2007 – 2010 y el plan decenal de salud pública (PDSP) 2012 – 2021 presentaron en común la priorización de las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra la enfermedad cardiovascular, reconociéndola así como un problema de salud pública; de igual manera, las metas estaban orientadas a la promoción de la salud y gestión del riesgo; sin embargo, en el PDSP se amplían las intervenciones de promoción y la prevención del consumo de alcohol, el fomento del consumo de frutas y verduras e incluyen actividades relacionadas con un envejecimiento activo y saludable, lo cual no se encontraba descrito en el PNSP.

En el PDSP las intervenciones de gestión del riesgo no solo incluyen acciones para el diagnóstico de enfermedad renal crónica, como en el anterior PNSP, sino que buscaba estrategias para mantener a las personas sin enfermedad renal o en estadios 1 o 2. El PDSP incluye en el marco de la estrategia de atención primaria en salud y gestión del

riesgo, la implementación del tamizaje poblacional para riesgo cardio – metabólico y peso saludable en población menor y mayor de 18 años.

Relacionado con la estructura de las estrategias de salud cardiovascular, se observa similar organización en los dos planes, con la diferencia del cambio de nombres pero bajo la misma base conceptual. Es decir, en el PNSP 2007 – 2010 fueron organizadas las estrategias bajo las líneas operativas promoción de la salud y la calidad de vida y la de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, homóloga en el PDSP 2012 – 2021 a través de los componentes de modos, condiciones y estilos de vida saludables y el componente de condiciones crónicas prevalentes.

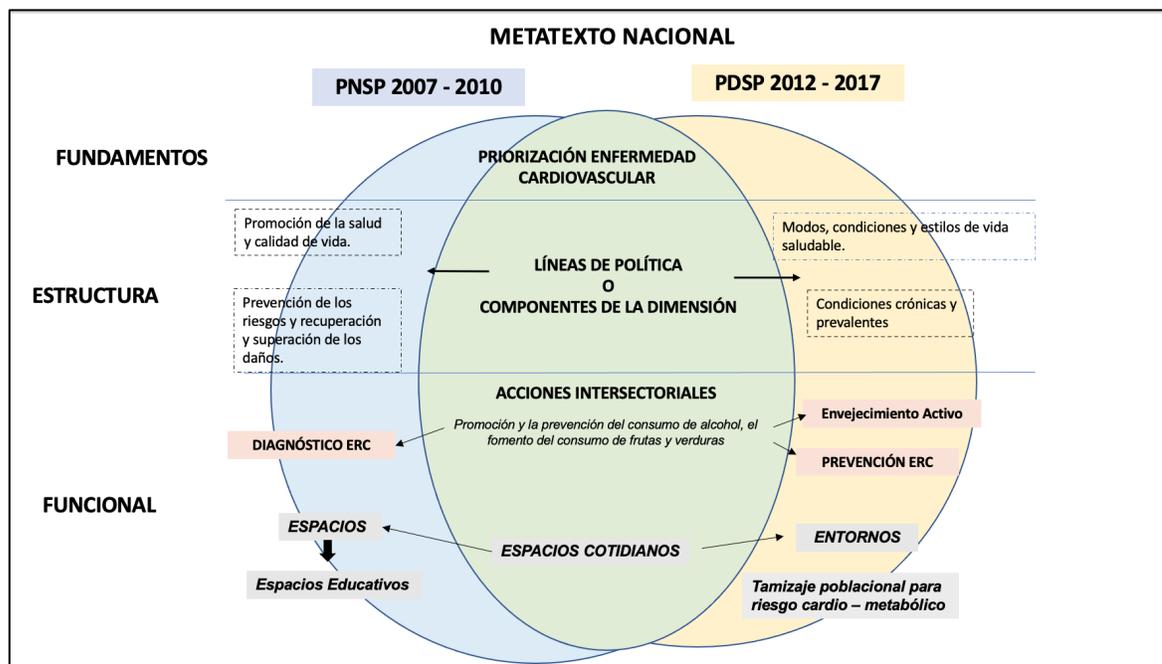
En el PNSP y el PDSP las estrategias se basaron en acciones intersectoriales con alianzas estratégicas.

Adicionalmente, el plan decenal de salud pública dentro de actividades de intervención de riesgos, especifica grupos de edad para las intervenciones como la reducción de hipertensión arterial en mayores de 25 años, colesterol en adultos y aumento de acceso y asesorías en personas de 40 años o más con riesgo cardiovascular.

Los lugares contextualizados a donde iban dirigidas las acciones tanto en el PNSP y el PDSP eran los espacios cotidianos, encontrándose en el PNSP una mayor especificación de las acciones en los espacios, principalmente educativos. Se encontraron cambios de denominación de estos lugares entre los planes, siendo denominados espacios en el PNSP con énfasis etnocultural y en el PDSP entornos con énfasis en características sociales y culturales de la población, incluyendo poblaciones vulnerables y víctimas del conflicto armado.

Lo anterior, representado en la **Ilustración 16** donde se observa en color verde los aspectos en común y en los extremos las diferencias relacionados con PNSP 2007 – 2010 y 2012 – 2017.

Ilustración 16. Esquema de resultados de comparación Planes nacionales de Salud Pública 2007 – 2010 y 2012 - 2017



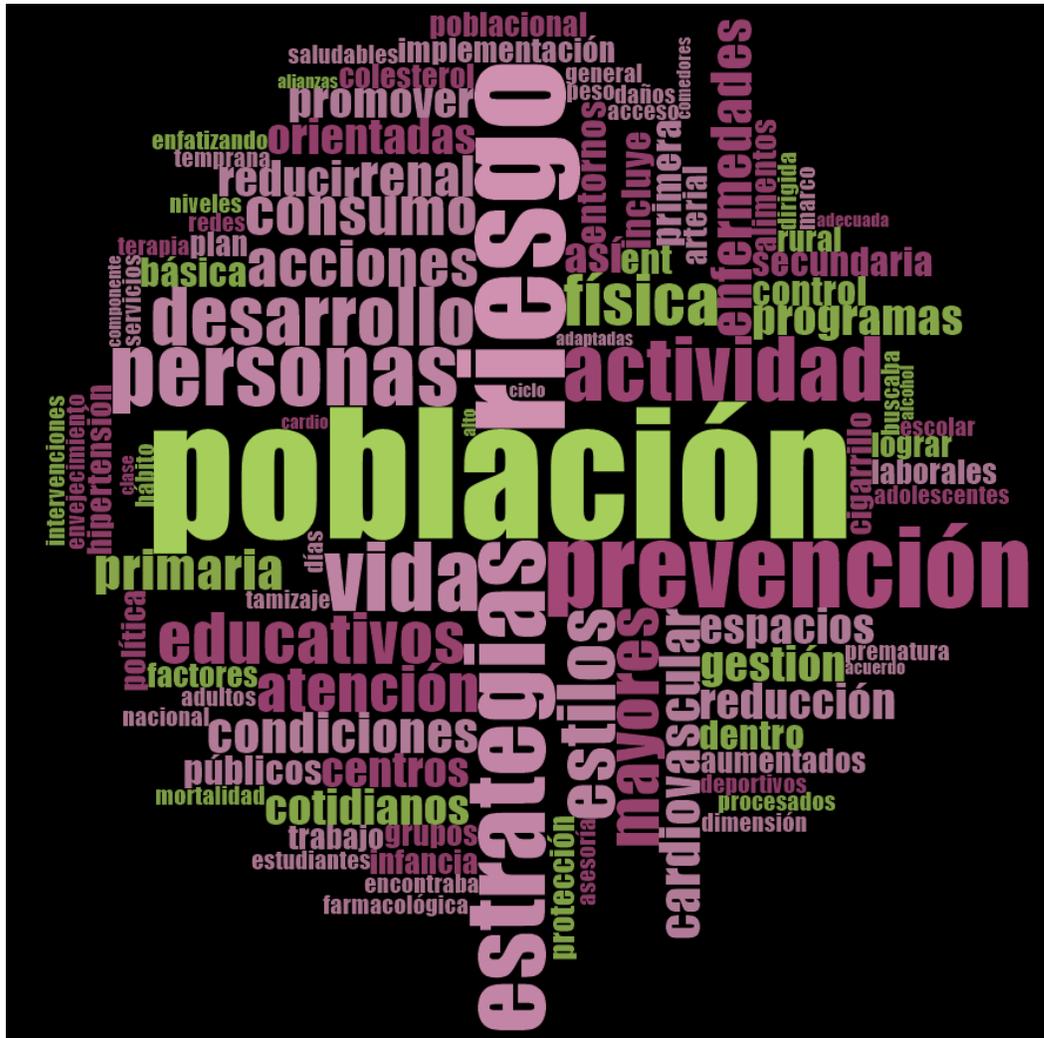
Fuente: Elaboración propia producto de los resultados de la investigación.

De igual manera, fue creada una nube de palabras relacionado con los aspectos más relevantes en los metatextos nacionales confrontados, presentada a continuación.

Nube De Palabras Implementación Salud Cardiovascular Nacional 2007 – 2017

Esta nube de palabras representa las palabras más frecuentes relacionado con las acciones para la salud cardiovascular plasmados en los planes nacionales de salud pública: Población, riesgo, estrategias, actividad física, prevención, educativo, a, consumo, control de programas. Lo cual traduce la estructura y funcionalidad de los programas de salud cardiovascular en términos de intervención de toda la población, basada en los riesgos con acciones de prevención y educación y control de las condiciones crónicas, en este caso la enfermedad cardiovascular, ver **Ilustración 17**.

Ilustración 17. Nube de palabras Implementación Nacional Salud Cardiovascular 2007 – 2021.



Fuente: Elaboración propia, software Mynvivo, criterios: 300 palabras más frecuentes, palabras sinónimas

10.1.2 Metatextos Departamentales

A continuación, se describe el metatexto final producto del análisis de los Departamentos de Cundinamarca y Atlántico, relacionados con la enfermedad cardiovascular, en términos de fundamentos, estructura y funcional; que incluye la triangulación de la información primaria y secundaria de cada Departamento.

Se inicia con la presentación de resultados del Departamento de Cundinamarca:

TRIANGULACIÓN INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA CUNDINAMARCA, a través de la lectura y relectura

En el periodo 2007 - 2017, el Departamento de Cundinamarca presenta priorización de la enfermedad cardiovascular y la formulación de las acciones se basaron en los análisis de situación de salud Departamental y las directrices del Ministerio de Salud adaptadas al territorio, con lo cual se establecieron las metas y actividades con su respectiva asignación presupuestal. En el periodo antes de la implementación del plan decenal de salud pública en el Departamento, que incluye el periodo de gobierno 2008 – 2012 y parte del periodo 2013 – 2015, las metas estaban orientadas hacia estilos de vida saludable con énfasis en actividad física en el área rural, prevención del consumo de cigarrillo y la estrategia de entornos en escuelas saludables. Posteriormente, con el plan decenal de salud pública en el Departamento se fortalecen acciones de gestión del riesgo adicionando metas relacionadas con la identificación temprana y canalización efectiva de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus; así como la inclusión de acciones de hábitos saludables en personas mayores.

El programa de cardiovascular en el Departamento siempre ha trabajado los procesos de cardiovascular y metabólico unidos, debido a que los dos tienen en común factores de riesgo y protectores. La organización del programa, en cuanto a las acciones, van orientadas a estilos saludables y patologías crónicas, las cuales son realizadas en los 116 municipios del Departamento de Cundinamarca.

El funcionamiento del programa antes de la implementación del plan decenal de salud pública, incluía actividades acompañadas de procesos educativos y de promoción de estilos de vida saludable, se reforzaba básicamente alimentación saludable, no consumo de tabaco y actividad física. Una parte de la intervención comunitaria en el Departamento, estuvo articulada con instituciones de deporte con mensaje no solo de ejercicio sino en general de salud; la gobernación tenía directo contrato con el instituto de deporte del departamento buscando la masificación de la actividad física en el Departamento a través de alianzas interinstitucionales y adicional en articulación con nutrición se trabajaron

campañas relacionadas, por ejemplo: con la promoción del no salero en los restaurantes para la disminución del consumo de sal, de igual manera se hicieron ferias de nutrición donde se enseñaba a la población a hacer recetas saludables con lo que había en el municipio, hubo muchos programas relacionados con los otros sectores. Con salud mental, se trabajó la estrategia del no consumo de tabaco y de no consumo de alcohol, lo cual fue realizado con estudiantes donde se promocionaban cocteles saludables para el no consumo de alcohol.

Posteriormente, entre el año 2016 y 2017 inicia en el Departamento una estrategia denominada “Me quiero y me quiere responsable de mi salud” fortaleciendo todo el proceso de envejecimiento activo de la población, que buscaba desde la infancia empezar los cuidados, se incluyó ICBF estableciendo el juego como elemento socializador y activo; así como el entorno escolar, comunitario y laboral y articulación con instituciones deportivas. De igual manera, se realizaron actividades en el adulto mayor institucionalizado para trabajar con ellos el tema de la funcionalidad para aquellas personas que no eran muy funcionales en su momento. Dentro de las experiencias significativas del programa, se encuentra en poblaciones productivas, por ejemplo en el entorno laboral las intervenciones con promoción de alimentación saludable y actividad física.

En el Departamento la estrategia de clasificación del riesgo, siempre ha sido realizada a través de la estrategia de atención primaria en salud, apoyado con promotoras de salud en los municipios, con perfil de auxiliares de enfermería, que realizan actividades de detección temprana y gestión del riesgo con procesos de tamización, que incluye la toma de tensión arterial y clasificación del riesgo, con posterior direccionamiento a los Hospitales del Departamento, donde el paciente mediante un canalización efectiva llega a la institución de salud e inicia el proceso de diagnóstico e intervención.

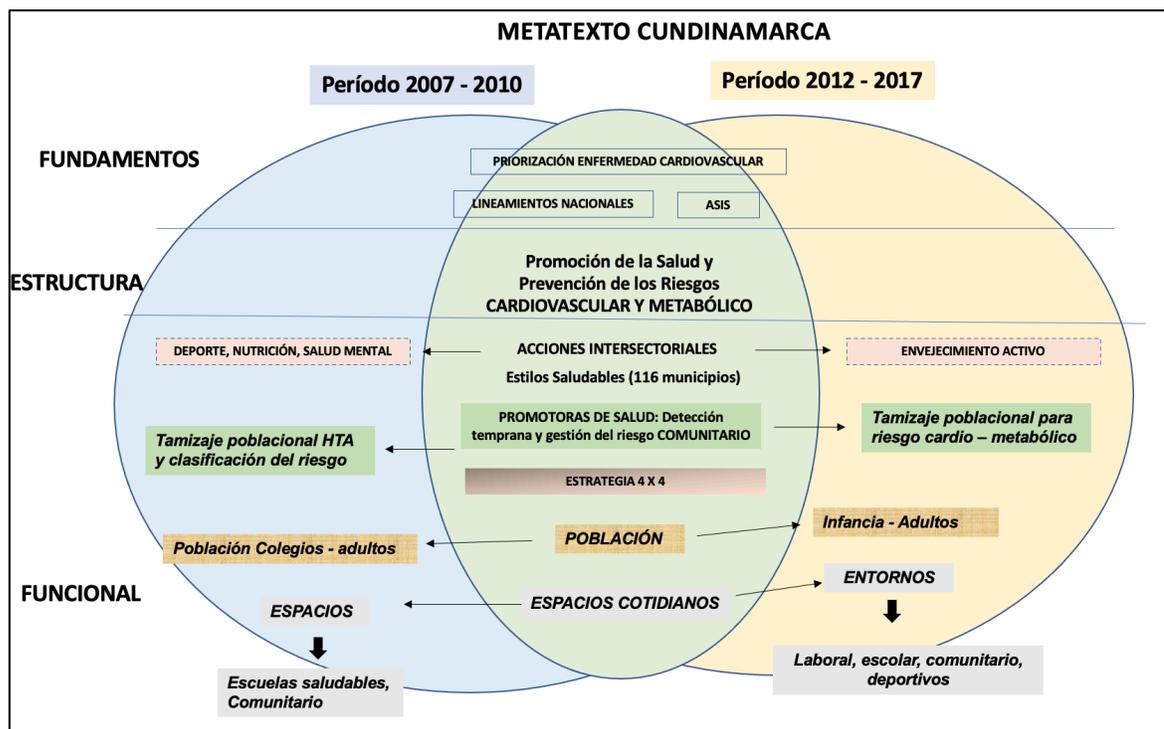
Con el plan decenal de salud pública y las rutas de atención en salud, se incluye una tabla nueva de tamización de riesgo cardiovascular a nivel hospitalario, la tabla de Framingham; a nivel de entornos el test de Findrisk y la tabla de estratificación de riesgo de la OMS incluida en la estrategia “Conoce tu peso, conoce tu riesgo”. Sin embargo, antes del plan decenal de salud las promotoras realizaban de igual manera una estrategia de clasificación del riesgo. Es decir, la estrategia “conoce tu peso conoce tu riesgo” se venía realizando antes del PDS en el Departamento pero homologado en la toma de tensión

arterial y educación sobre estilos de vida saludable, lo que sugiere que **el resultado del plan decenal y las rutas de atención son instrumentos ordenadores que ya se venían realizando y que ahora permiten complementar y permiten una intervención sectorial, fue una reforma de ajuste de los patrones de trabajo a unos lineamientos.**

En el Departamento durante los dos periodos transcurridos de planes nacionales de salud pública, incluyendo el decenal maneja la misma estrategia 4 x 4 (cuatro enfermedades: cáncer, enfermedad cardiovascular, diabetes y enfermedades de vías respiratorias inferiores. Y cuatro factores de riesgo: alcohol, humo de cigarrillo, inactividad física y alimentación no saludable).

Lo anterior, representado en la **Ilustración 18** donde se observa en color verde los aspectos en común y en los extremos las diferencias relacionados con los dos período de cambio de planes nacionales de salud pública (PNSP 2007 – 2010 y 2012 – 2017).

Ilustración 18. Esquema de resultados de triangulación información primaria y secundaria política cardiovascular Cundinamarca 2007 – 2010 y 2012 - 2017



Fuente: Elaboración propia producto de los resultados de la investigación.

A continuación, se presentan los resultados del Departamento del Atlántico.

TRIANGULACIÓN INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA ATLÁNTICO

En el Departamento del Atlántico el programa de salud cardiovascular ha estado organizado en términos de normatividad y líneas operativas, las cuales se encuentran plasmadas en los planes de desarrollo o territoriales y la descripción de las actividades en los planes de acción anuales (PAS).

La enfermedad cardiovascular siempre ha sido priorizada en el Departamento del Atlántico, en su plan de desarrollo 2008 – 2011 y parte del 2011 - 2015 las metas iban dirigidas al fomento de la actividad física en adolescentes en espacios deportivos y prevención del consumo de cigarrillo. En el periodo posterior al plan decenal de salud pública, en el periodo de gobierno 2016 - 2021 (corte año 2017) las metas adicionaban la disminución del consumo de sal y sodio, consumo nocivo de alcohol, aumento del consumo de frutas y verduras y la disminución de la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase 5.

Estructuralmente el programa en el Departamento del Atlántico esta organizado en estilos de vida saludable y línea de crónica. En vida saludable se encuentra actividad física, humo, alcohol, frutas y verduras, sal y sodio y en la parte de crónicas está salud oral, visual, auditiva, hipertensión, diabetes, EPOC y huérfanas. En 2017, las actividades no fueron dirigidas a una población específica sino a la población en general, sin embargo al sistematizar la información de las EAPB el mayor porcentaje correspondía a población mayor de 40 años.

En el periodo de gobierno entre 2016 y 2021, se encuentra en el año 2017 el inicio de la estrategia “conoce tu peso, conoce tu riesgo” a través de asistencias técnicas a los entes municipales, desde el Departamento se realiza seguimiento y monitoreo a las EAPB y Hospitales relacionado con la gestión de riesgo de la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Además, en los Hospitales se verificaba la creación de los clubes de Hipertensos. Ese año fue más de contextualizar a los actores para el despliegue de acciones.

Teniendo en cuenta que las secretarías de salud municipales eran las encargados de realizar en cada municipio el seguimiento de estrategias y ejecución de actividades y por

parte del Departamento se realizaban asistencias técnicas en las ESE, al personal de los hospitales y al personal de salud de las secretarías de salud. Cada municipio era autónomo para realizar actividades contando cada municipio con su plan de acción en salud -PAS y personal para realizar las actividades específicas incluidas también en el plan de intervenciones colectivas- PIC. Por parte del PIC, se desplegaban acciones a nivel comunitario con capacitaciones, actividades lúdicas y educativas; esto a través de personal externo contratado.

En 2017, se realizaron jornadas del día del hipertensión, de actividad física, de estilos de vida saludable, lo cual fue convoca desde el Departamento. En este año, varias actividades fueron realizadas en su momento por fundaciones, realizando acciones educativas con la comunidad. En el componente educativo en la comunidad, se realizaron acciones dirigidas a la actividad física, disminución del consumo de alcohol, disminución del consumo de cigarrillo, aumento del consumo de frutos y verduras, disminución del consumo de sal y sodio, muy ligado a Hipertensión Arterial.

En cuanto a las intervenciones colectivas el 60% correspondían a acciones institucionales y 40% comunitario a través del PIC. Las actividades comunitarias son propias de los municipios debido a que son autónomos en el proceso y desde el Departamento se evalúa el cumplimiento de acciones educativas.

De igual manera, en el 2017 se conformaron los comités municipales de estilos de vida saludables creados por Decreto, en donde se tratarían temas de estilos de vida saludable y crónicas. A su vez, por cada comité se hicieron mesas de trabajo, en busca de la movilización para la actividad física. En estos comités debía haber un representante de la Comunidad, un representante del Legal de la policía, de ICBF, del hospital, de las EAPB, de la Secretaría, es decir un representante de cada sector para generar acciones y desplegar en la Comunidad quedando conformados estos comités en 2017.

Asimismo, en el año 2017 en los 22 municipios del Departamento se realizaron actividades por medios masivos, comunicativos, con promoción y fomento de la actividad física, alimentación saludable, riesgo de hipertensión arterial por radio, prensa y televisión.

De igual manera, se realizó la conformación de huertas escolares en 10 instituciones educativas, donde se explicaba a los estudiantes y profesores de cómo crear y mantener las huertas con posterior seguimiento. De igual manera, se realizaba seguimiento del

manejo tiendas y comedores escolares para toda la parte de promoción del consumo de frutas y verduras. También se realizaron actividades lúdicas en adolescentes y jóvenes de corregimientos relacionado con el desestimulo del consumo de alcohol y en los comités de estilos de vida también se trataba el tema de prevención del consumo masivo de alcohol.

En cuanto a los entornos, en el año 2017 se trabajaba con instituciones educativas y también con comunidad y empezaron intervenciones en el entorno laboral.

Al comparar el anterior plan con el decenal de salud pública, se encuentra una mejor distribución y orientación de las actividades en los entornos en el PDSP.

Lo anterior, representado en la **Ilustración 20** donde se observa en color verde los aspectos en común y en los extremos las diferencias relacionados con los dos período de cambio de planes nacionales de salud pública (PNSP 2007 – 2010 y 2012 – 2017) en el Departamento del Atlántico.

Ilustración 20. Esquema de resultados de triangulación información primaria y secundaria política cardiovascular Atlántico 2007 – 2010 y 2012 - 2017



Fuente: Elaboración propia producto de los resultados de la investigación.

10.1.3 Metatexto Integrado (Nación, Cundinamarca y Atlántico)

A continuación, se describe el metatexto final producto del análisis de los Departamentos de Cundinamarca y Atlántico con la nación, relacionados con la enfermedad cardiovascular, en términos de fundamentos, estructura y funcional; que incluye la triangulación de la información primaria y secundaria de cada Departamento.

TRIANGULACIÓN NACIÓN, CUNDINAMARCA Y ATLANTICO, a través de lectura y relectura

El plan nacional de salud pública (PNSP) 2007 – 2010, el plan decenal de salud pública (PDSP) 2012 – 2021 y los planes de desarrollo o territoriales de salud en los Departamentos de Cundinamarca y Atlántico en el periodo 2007 – 2017 presentaron en común la priorización de las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra la enfermedad cardiovascular, reconociéndola así como un problema de salud pública; de igual manera, las metas estaban orientadas a la promoción de la salud o estilos de vida saludable y gestión del riesgo o condiciones crónicas.

La estructura de las estrategias de salud cardiovascular, desde la nación y los Departamentos de Atlántico y Cundinamarca, es la misma organización con la diferencia del cambios en los nombres. Es decir, en el periodo del plan nacional de salud pública - PNSP en los dos Departamentos fueron organizadas las estrategias bajo las líneas de política operativas de promoción de la salud y la calidad de vida y la de prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, homóloga en el periodo de implementación del plan decenal de salud pública - PDSP a través de los componentes de modos, condiciones y estilos de vida saludables y el componente de condiciones crónicas prevalentes.

En el plan nacional de salud pública (PNSP) las metas estaban relacionadas con la promoción de estilos de vida saludable tales como fomento de la actividad física en adolescentes y adultos y la prevención del consumo de cigarrillo en población menor de 18 años y la meta relacionada con gestión del riesgo correspondía a promover acciones de diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica. En el Departamento de

Cundinamarca y Atlántico, en el periodo de gobierno 2008 – 2012 y parte del periodo 2013 – 2015 se encuentra armonizado con lo establecido por la nación; adicionando el Departamento de Cundinamarca la estrategia de entornos en escuelas saludables. Relacionado con las metas de gestión del riesgo, en los dos Departamentos no fueron descritas en los planes de desarrollo acciones relacionadas con enfermedad renal crónica pero se documentó en el Departamento de Cundinamarca actividades de clasificación del riesgo cardiovascular a través de la estrategia de atención primaria en salud con promotoras de salud en los municipios que realizaban la toma de tensión arterial y clasificación del riesgo.

Posteriormente, en el plan decenal de salud pública (PDPS) se incluye en el marco de la estrategia de atención primaria en salud y gestión del riesgo, la implementación del tamizaje poblacional para riesgo cardio – metabólico y peso saludable en población menor y mayor de 18 años; buscando incrementar coberturas de prevención y detección temprana, asimismo metas relacionadas con la reducción de HTA, colesterol total, acceso y asesoría en personas de 40 años o más con riesgo cardiovascular; y en metas relacionadas con estilos de vida saludable se adiciona la reducción del alcohol y el fomento del consumo de frutas y verduras y actividades relacionadas con un envejecimiento activo y saludable. Encontrándose armonizado el Departamento de Cundinamarca y Atlántico respecto a modos, condiciones y estilos de vida saludable con la nación, excepto lo relacionado con el envejecimiento activo donde se encuentra reportado solo por Cundinamarca en su plan de Desarrollo la inclusión de acciones de hábitos saludables en personas mayores. Lo relacionado con las metas de condiciones crónicas el Departamento de Cundinamarca se encuentra armonizado con la nación al incluir acciones de gestión del riesgo relacionadas con la identificación temprana y canalización efectiva de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus y el Departamento del Atlántico incluye una meta de disminución de la prevalencia de enfermedad renal crónica en fase 5 no armonizada con la nación y con actividades documentadas que se armonizan con la nación, tales como: la identificación temprana y canalización efectiva de pacientes con HTA y DM a través de la estrategia “Conoce tu peso, conoce tu riesgo” la cual fue aplicada no solo en Atlántico sino también en Cundinamarca.

Las estrategias estaban armonizadas con las metas establecidas en el Departamento del Cundinamarca, en el periodo del PNSP se encontraban actividades acompañadas de

procesos educativos y de promoción de estilos de vida saludable, con reforzamiento de alimentación saludable, no consumo de tabaco y actividad física. Una parte de la intervención comunitaria en el Departamento, estuvo articulada con instituciones de deporte con mensaje no solo de ejercicio sino en general de salud; la gobernación tenía directo contrato con el instituto de deporte de Cundinamarca buscando la masificación de la actividad física en el Departamento a través de alianzas interinstitucionales y adicional en articulación con nutrición se trabajaron campañas relacionadas, por ejemplo: con la promoción del no salero en los restaurantes para la disminución del consumo de sal, de igual manera se hicieron ferias de nutrición donde se enseñaba a la población a hacer recetas saludables con lo que había en el municipio, hubo muchos programas relacionados con los otros sectores. Con salud mental, se trabajó la estrategia del no consumo de tabaco y de no consumo de alcohol, lo cual fue realizado con estudiantes donde se promocionaban cocteles saludables para el no consumo de alcohol.

En el Departamento del Atlántico, en el periodo del plan decenal de salud pública, incluye estrategia la estrategia “conoce tu peso, conoce tu riesgo” dando respuesta a la armonización de la meta nacional de aumento de la captación; realizado por el Departamento a través de asistencias técnicas a los entes municipales, y el seguimiento y monitoreo a las EAPB y Hospitales relacionado con la gestión de riesgo de la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Además, en los Hospitales se verificaba la creación de los clubes de Hipertensos. Cada municipio era autónomo para realizar actividades contando cada municipio con su plan de acción en salud -PAS y personal para realizar las actividades específicas incluidas también en el plan de intervenciones colectivas- PIC. Por parte del PIC, se desplegaban acciones a nivel comunitario con capacitaciones, actividades lúdicas y educativas; esto a través de personal externo contratado. En 2017, se realizaron jornadas del día del hipertensión, de actividad física, de estilos de vida saludable, lo cual fue convoca desde el Departamento. En este año, varias actividades fueron realizadas en su momento por fundaciones, realizando acciones educativas con la comunidad. En el componente educativo en la comunidad, se realizaron acciones dirigidas a la actividad física, disminución del consumo de alcohol, disminución del consumo de cigarrillo, aumento del consumo de frutos y verduras, disminución del consumo de sal y sodio, muy ligado a Hipertensión Arterial.

Los lugares contextualizados hacia donde iban dirigidas las acciones tanto en el PNSP y el PDSP eran los espacios cotidianos, encontrándose en el PNSP una mayor

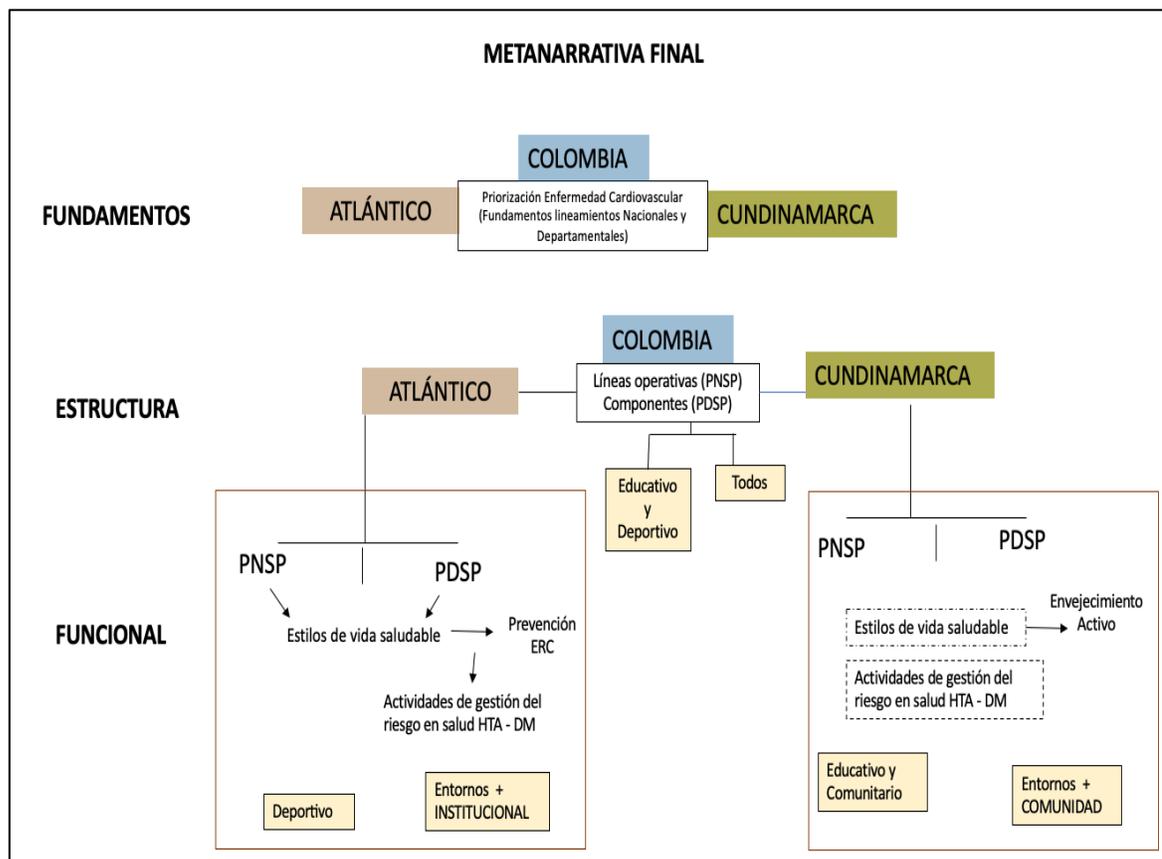
especificación de las acciones en los espacios principalmente educativos y deportivos armonizado esto tanto en Cundinamarca como Atlántico, este último con deportivos. Se encontraron cambios de denominación de estos lugares entre los planes, siendo denominados espacios en el PNSP con énfasis etnocultural y en el PDSP entornos con énfasis en características sociales y culturales de la población, incluyendo poblaciones vulnerables y víctimas del conflicto armado. Al comparar estos lugares contextualizados, para el periodo del PDSP en los Departamentos, se encuentra en Atlántico mayor representación de acciones a nivel institucional en el periodo del plan decenal de salud pública y en Cundinamarca a nivel comunitario en los dos periodos.

Dentro de las estrategias o actividades de recordación en los Departamentos, en el periodo del plan decenal de salud pública, el Departamento de Cundinamarca tuvo la estrategia "Me quiero y me quiere responsable de mi salud" donde se fortaleció el proceso de envejecimiento activo de la población, que buscaba desde la infancia empezar los cuidados, se incluyó ICBF estableciendo el juego como elemento socializador y activo; así como el entorno escolar, comunitario y laboral y articulación con instituciones deportivas. De igual manera, se realizaron actividades en el adulto mayor institucionalizado para trabajar con ellos el tema de la funcionalidad para aquellas personas que no eran muy funcionales en su momento. Dentro de otras experiencias significativas del programa, se encuentra en poblaciones productivas, por ejemplo en el entorno laboral las intervenciones con promoción de alimentación saludable y actividad física. En el Departamento del Atlántico en el periodo del plan decenal de salud pública (2017), se conformaron los comités municipales de estilos de vida saludables creados por Decreto, en donde se tratarían temas de estilos de vida saludable y crónicas. A su vez, por cada comité se hicieron mesas de trabajo, en busca de la movilización para la actividad física. En estos comités debía haber un representante de la Comunidad, un representante del Legal de la policía, de ICBF, del hospital, de las EAPB, de la Secretaría, es decir un representante de cada sector para generar acciones y desplegar en la Comunidad quedando conformados estos comités en 2017. De igual manera, se realizó la conformación de huertas escolares en 10 instituciones educativas, donde se explicaba a los estudiantes y profesores de cómo crear y mantener las huertas con posterior seguimiento. De igual manera, se realizaba seguimiento del manejo tiendas y comedores escolares para toda la parte de promoción del consumo de frutas y verduras.

Desde la percepción de los actores político técnico en el Departamento de Cundinamarca “el resultado del plan decenal y las rutas de atención son instrumentos ordenadores” y en Atlántico “se encuentra una mejor distribución y orientación de las actividades en los entornos en el PDSP”.

Lo anterior, representado en la **Ilustración 22** donde se observa en el centro los hallazgos en común en los tres comparadores y en la parte inferior lo de resaltar por cada Departamento de acuerdo con el período de tiempo, encontrando diferencias en los entornos (amarillo) y en el enfoque de las estrategias de entornos de vida saludable, este último en el período del PDSP.

Ilustración 22. Esquema de resultados de triangulación información Colombia, Cundinamarca y Atlántico 2007 – 2010 y 2012 - 2017



Fuente: Elaboración propia producto de los resultados de la investigación.

A continuación, fue creada una nube de palabras relacionado con los aspectos más relevantes productos de la triangulación de la información de la nación y los Departamentos.

10.2 Esquema Comparación en términos de tiempo

Contrastes formulación e Implementación de política en salud pública y Enfermedad Cardiovascular en términos de tiempo

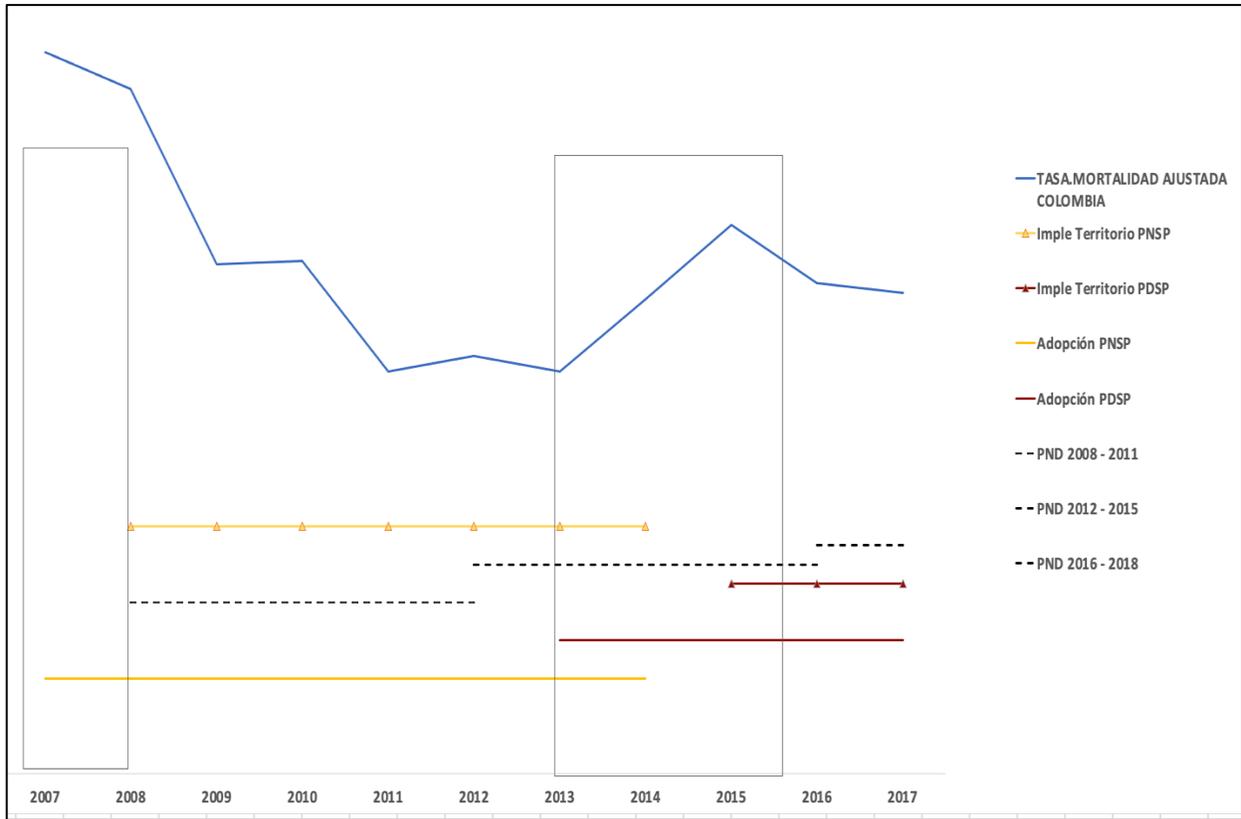
Se observa un periodo de tiempo de diferencia de mínimo un año, entre el proceso de inicio de la normatividad (adopción) del plan nacional de salud pública y la implementación de los mismos a través de los planes de salud en los territorios. Asimismo, se observa que los cambios en los periodos de gobierno Departamentales no fueron coincidentes en el tiempo con los cambios de políticas públicas en salud.

En la **Ilustración 24** se observan las diferencias en los periodos de inicio de normatividad e implementación de estos planes en los territorios y los cambios de periodos de gobierno Departamentales, contrastando con el comportamiento de la mortalidad por enfermedad cardiovascular en el periodo 2007 – 2017.

Se observa el proceso de adopción del Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010 en el año 2007 con el Decreto 3039, pero fue con la Resolución 425 de 2008 que se lleva a cabo el proceso de implementación en los territorios con los planes territoriales de salud. De igual manera, sucedió con la Resolución 1841 de 2013, que adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 202 pero el proceso de implementación en los territorios inició con la Resolución 1536 de 2015.

Adicional a ello, los cambios en los periodos de gobierno en los Departamentos no coinciden con los periodos en que debían adoptarse los planes nacionales de salud en los Departamentos, encontrando contrastes entre las tasas de mortalidad cardiovascular, visiblemente mayores en el periodo de transición entre el PNSP y el PDPS debido a que el PNSP tenía fecha de terminación en el año 2010 pero se extendió hasta el año 2013 cuando se adopta el PDSP. Sin embargo, este último es implementado en los territorios en el año 2016, cuando inicia un nuevo periodo de gobierno en los Departamentos.

Ilustración 24. Comparación cualitativa tasa de mortalidad ajustada Colombia vs periodo de normatividad e inicio de implementación de política pública en salud en los territorios, 2007 – 2017.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

10.3 Comparación resultados procesos de implementación de programas de salud cardiovascular con prevalencia de enfermedad cardiovascular

Atlántico presentó cambios en la tendencia relacionada con la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular con ascenso desde el año 2011 hasta el máximo pico en el año 2015, y no vuelve a ser inferior a la tasa de Cundinamarca y la nación posterior a este año; hallazgos que al comparar con los procesos de implementación de los programas de salud cardiovascular en estos periodos de tiempo, coincide en el tiempo de la implementación del PNSP 2007 – 2013 -14 donde dentro de la estructura funcional de la categoría de análisis se encontraron debilidades en las acciones relacionadas con gestión del riesgo de la enfermedad cardiovascular y en el período del PDSP (desde 2014-15) se encontró un mayor enfoque institucional en las acciones de gestión del riesgo.

Cundinamarca, contrario a Atlántico, presenta un cambio en la tendencia de la tasa de mortalidad por enfermedad cardiovascular posterior al año 2009 con un pico en el año 2011 manteniéndose desde este año con comportamientos inferiores al Atlántico, esto coincidente con los hallazgos en el periodo del PNSP donde las acciones detección temprana relacionadas con la gestión del riesgo cardiovascular ya eran parte del programa y fueron fortalecidas en el periodo del PDSP.

Frente a los aspectos en común en esta tendencia del comportamiento de la mortalidad y morbilidad por enfermedad cardiovascular, se encuentra como desde el año 2016 en los dos departamentos comienza a descender la tasa de manera simultánea posiblemente relacionado con el fortalecimiento de las acciones de gestión del riesgo y ampliación de los espacios o entornos de implementación de acciones en los programas de salud cardiovascular en el periodo del PDSP.

11. Discusión de Resultados

De acuerdo con la revisión de información primaria y secundaria en los Departamentos de Atlántico y Cundinamarca, la implementación de los programas de salud cardiovascular sigue la estructura planteada en los planes nacionales de salud pública, concordante con la normatividad establecida en los planes territoriales de salud como la Resolución 425 de 2008 y la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se encuentran diferencias posiblemente explicadas por mayor enfoque institucional en el Departamento del Atlántico y mayor enfoque comunitario en el Departamento de Cundinamarca, a pesar de la mayor extensión territorial y población rural de este último. Sin embargo, la información primaria del Departamento del Atlántico solo fue obtenida del último año de estudio de esta investigación (2017) por lo que se hace necesario ampliar esta información debido que el mayor soporte documental de este período fue información secundaria.

Se observó en las entrevistas, cómo el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 se convierte en un ordenador de acciones en los programas de salud cardiovascular debido a debilidades en los procesos de implementación previos al PDSP; siendo esto consistente con lo reportado por la Organización Panamericana de la Salud en 2009, que describe dificultades en la implementación de los programas de salud pública en el territorio nacional en la vigencia del anterior plan nacional de salud, como se establece en el documento de OPS, 2009, mostrando debilidades en la implementación en los procesos anteriores al PDPS 2012 – 2021.

Relacionado con las estrategias del programa es común la estrategia para la estratificación del riesgo cardiovascular y metabólico denominada “Conoce tu riesgo, peso saludable” coincidiendo con la principal estrategia divulgada por el Ministerio de salud y Protección Social; sin embargo, se encuentra en el Departamento de Cundinamarca el uso de esta estrategia (con otra denominación) desde el plan nacional de salud pública del 2007 con fortalezas en la estrategia de atención primaria en salud, lo cual podría explicar las diferencias porcentuales frente a la morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular comparado con Atlántico y la nación en este periodo; sin embargo, es

necesario mayor información primaria en el periodo anterior al PDSP en el departamento del Atlántico.

Frente a la carga documental de estos planes nacionales, se encuentra una mayor carga conceptual en el plan decenal de salud pública 2012 – 2021 comparado con el periodo anterior 2007 – 2010, debido al cambio metodológico basado el modelo BIT – PASE a la equidad establecido en el Plan Decenal de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social, lo que da cuenta de los resultados en común obtenidos, en los dos Departamentos de estudio, producto del análisis de la información primaria (entrevistas) donde es resaltado cómo el PDSP se convierte en un orientador y fortalecedor de los procesos de implementación de la política pública de salud cardiovascular en los territorios; lo cual se encuentra soportado con los avances reportados en la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles en el documento de avances de Minsalud, 2020.

De igual manera, se observa en los dos Departamentos los programas de salud cardiovascular fueron orientados de acuerdo con las directrices nacionales; encontrando en el Atlántico un seguimiento casi estricto frente a lo estipulado en los dos planes decenales, tanto así que el PNSP 2007 – 2010 no amplió las actividades relacionadas con gestión del riesgo y en el Departamento no se encuentran descritas a nivel documental; contrario al Departamento Cundinamarca que desde el período del PNSP se encontraban realizando actividades relacionadas con gestión del riesgo en la comunidad, lo que traduce una adaptación a las necesidades del territorio como lo establece la normatividad frente a la formulación e implementación, la cual sugiere la necesidad de aumentar las especificaciones relacionadas con los procesos de adaptación de los procesos de implementación de los programas en los territorios de acuerdo con las necesidades descritas en los documentos de análisis de situación de salud (ASIS), hallazgo descrito de igual manera en el documento de Segura, 2008 relacionado con el Plan Nacional de Salud pública 2007 – 2010 y en Larrote, 2008.

12. Conclusiones

El Departamento del Atlántico y Cundinamarca presenta características demográficas cercanas porcentualmente en los ciclos vitales de adultez y adulto mayor pero con características territoriales disímiles como la ubicación de Atlántico en el Norte del país y Cundinamarca en el centro del país, esta última con mayor extensión territorial y mayor zona rural. A pesar de esto, se encontró un mayor enfoque comunitario en la implementación del programa de salud cardiovascular en Cundinamarca teniendo mayor extensión territorial y municipios en regiones rurales dispersas comparado con Atlántico que es un territorio más urbano y el predominio de su implementación fue más institucional.

Cabe anotar, que a pesar que los planes nacionales en el periodo de análisis establecían un corte de 2007 – 2010 y 2012 – 2021 (para esta investigación hasta 2017), se encontró un periodo de tiempo, entre 2010 y 2012, sin un plan orientador de intervenciones en salud pública y al analizar la información primaria y secundaria en los Departamentos se encuentra una adopción desde el año 2013 e implementación desde el año 2015 del PDSP en estos territorios; por lo cual el periodo analizado para el plan nacional de salud pública anterior se extendió hasta 2015 y son los años 2016 a 2017 donde es implementado el plan decenal de salud pública en los territorios, no siendo coincidentes estos periodos de cambios con los periodos de gobierno Departamentales que es momento cuando se formulan los planes territoriales de salud para su posterior implementación; por lo cual la mayoría de acciones de implementación del plan decenal de salud pública fueron documentadas a partir del año 2015 – 2016 y no desde el año 2012.

Los programas de salud cardiovascular se encuentran incluidos en el grupo de enfermedades crónicas no transmisibles en la nación y Departamentos en el periodo de análisis, documentadas en los planes de desarrollo o territoriales en los Departamentos.

La estructura del programa en la nación y los Departamentos de Atlántico y Cundinamarca, se basa en los dos componentes de promoción de la salud (estilos de vida saludable) y gestión del riesgo (condiciones crónicas) como se encuentra documentado en los planes nacionales de salud pública de los dos períodos.

Las enfermedades cardiovasculares se encontraron priorizadas en el periodo de estudio en la nación y los Departamentos analizados, encontrando cambios en el comportamiento en la tasas ajustadas de mortalidad por enfermedad cardiovascular en la nación y los Departamentos de comparación. El Departamento del Atlántico presentó tasas superiores posterior al año 2011 comparado con Cundinamarca y la nación y el Departamento de Cundinamarca presentó tasas superiores hasta el año 2011 comportándose con tendencia estable hacia el descenso desde este año, siendo inferior al Atlántico desde el año 2014; es decir, posterior al año 2014 el comportamiento de Cundinamarca frente a la enfermedad cardiovascular se mantuvo estable en descenso siendo inferior tanto al Departamento del Atlántico como a la nación posiblemente relacionado con el enfoque comunitario y de atención primaria en salud fortalecido en el Departamento frente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular desde el PNSP que fue fortalecido con las orientaciones del PDSP 2012 – 2021.

Adicional a ello, se observó dentro de las actividades relacionadas con gestión del riesgo (Hipertensión Arterial - Diabetes Mellitus) un fortalecimiento en el PDSP 2012 – 2021 y casi ausentes en el PNSP 2007 – 2010, siguiendo éstas orientaciones el Atlántico donde se encuentran fortalecidas las acciones de gestión del riesgo en el período posterior al PNSP; contrario al Cundinamarca donde ya se encontraban instauradas estas actividades desde el periodo del PNSP con fortalecimiento en el período del PDSP posiblemente relacionado con el proceso de adaptación por parte de esta entidad territorial de acuerdo con el ASIS departamental.

Para el periodo del plan nacional de salud pública - PNSP se encontraban dentro de las acciones de promoción el fomento de estilos de vida saludable con marcado énfasis en la actividad física y prevención del consumo de tabaco y para el periodo del plan decenal de salud pública se adicionaron acciones de promoción relacionadas con el fomento del consumo de frutas y verduras y prevención del consumo de alcohol así como la inclusión de acciones en pro del envejecimiento activo en la población; siendo las orientaciones de estas estrategias similares en los dos Departamentos; sin embargo, en Atlántico no se

incluyeron metas ni actividades relacionadas con el envejecimiento activo en el periodo del PDSP, esto de acuerdo con la descripción del plan de desarrollo de este periodo en el Departamento.

Se encuentra una discordancia entre las acciones de gestión del riesgo (crónicas) en el periodo del plan nacional de salud pública – PNSP relacionada con la meta y estrategia nacional de acciones del fortalecimiento del diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica debido a que ninguno de los dos Departamentos reporta estas metas en el periodo relacionado; contrario a las estrategias de gestión del riesgo establecidas en el PDSP relacionada con la implementación de tamizaje poblacional para riesgo cardio – metabólico con la estrategia “conoce tu peso, conoce tu riesgo” donde en los dos Departamentos implementaron esta estrategia, **siendo fortalecido en Cundinamarca en el entorno comunitario y el Atlántico en los entornos de instituciones de salud**. Cabe anotar, que en el Departamento del Atlántico no hay una descripción de esta meta pero en el proceso de triangulación con la información primaria se encontró descripción de implementación de la estrategia en el Departamento.

Dentro de las experiencias significativas en el periodo del plan decenal de salud pública, en el Departamento de Cundinamarca la estrategia “Me quiero y me quiere responsable de mi salud” dio respuesta al fortalecimiento del envejecimiento activo de la población; adicionalmente realizaron intervenciones en entornos laborales relacionados con promoción de alimentación saludable y actividad física. Así mismo, en este mismo periodo, se destaca en el Departamento del Atlántico la conformación de los comités municipales de estilos de vida saludables creados por Decreto, en donde se tratarían temas de estilos de vida saludable y crónicas.

Los hallazgos descriptivos y comparativos sugieren que la **prevalencia de la enfermedad Cardiovascular se ve afectada por las formas de implementación de los programas de salud cardiovascular** en los departamentos de Colombia, que a su vez están relacionados con los **cambios de los planes nacionales de salud pública en el periodo 2007 – 2017**. Adicional, en los dos planes nacionales se encuentra ausencia de herramientas de adaptación, a las necesidades del territorio, para la implementación de los programas en el territorio, lo que posiblemente genera diferencias en el comportamiento de la EC en el país. Frente a las diferencias de implementación entre los dos Departamentos, se hicieron visibles las diferencias frente a los entornos de las

acciones, donde es superior el despliegue de acciones a nivel comunitario en Cundinamarca comparado con Atlántico, donde en este último el predominio es institucional; de igual manera, se encontraron diferencias en las estrategias de detección temprana en los dos periodos de tiempo, siendo visible en Atlántico en el periodo del PDSP y casi ausente en el PNSP, lo cual posiblemente explica las diferencias en el comportamiento de la enfermedad cardiovascular entre estos Departamentos

13. Limitaciones

La información primaria en el Departamento del Atlántico no fue suficiente para saturar las categorías de análisis debido a que la mayor información recolectada a través de la entrevista realizada fue del periodo posterior al PNSP 2007 - 2010, debido a que las personas expertas técnicas en el territorio que fueron parte de la implementación antes del 2012 no permitieron la realización de las entrevistas debido a condiciones de pandemia o tiempo de dedicación para la entrevista. Por lo cual es necesario, ampliar la información primaria relacionada con el PNSP.

Las condiciones de pandemia no permitieron ampliación de esta información con actores diferentes a los político – técnicos, tales como actores sociales o pacientes que hubiesen recibido las actividades del programa de salud cardiovascular en los Departamentos.

14. Recomendaciones

Debido a las limitaciones relacionadas con información primaria en el Departamento del Atlántico donde no se alcanzaron a saturar las categorías de análisis, se recomienda la ampliación de información relacionada con las acciones del periodo del plan nacional de salud pública 2007 – 2010.

El resultado relevante de esta investigación (conocimiento nuevo), es la necesidad de fortalecer el contenido de la implementación basado en la adaptación a los territorios, de acuerdo con priorización ASIS, de manera operativa con una herramienta que permita orientar este proceso con el objetivo de disminuir estas diferencias en la implementación de los programas de salud cardiovascular que están relacionadas posiblemente con este vacío de orientaciones frente a las adaptaciones de las estrategias y actividades en los territorios; y más aún, identificando en esta investigación, que los territorios siguen las orientaciones dadas en estos documentos de planes nacionales de salud pública, es imperioso incluirlos en el nuevo plan decenal de salud pública en el país.

De igual manera, se recomienda comparar otras enfermedades de salud pública priorizadas en toda la nación con la misma metodología, buscando identificar si estos hallazgos no solo ocurrieron con el programa de salud cardiovascular sino en la mayoría de programas de eventos de interés en salud pública, en busca de fortalecer los próximos planes decenales de salud pública a formular en el país, identificando fortalezas y debilidades a impactar de acuerdo con los procesos de implementación analizados.

Siguiendo con esta línea de resultados, desde la comparación del proceso de implementación en los Departamentos, desde lo funcional se hace imperioso hacer énfasis en los entornos y mecanismos de detección temprana en la política de salud cardiovascular en el país adaptada a las necesidades de los territorios.

De igual manera, buscar una estrategia que permita de manera simultánea la socialización de los planes nacionales y la metodología de implementación a través de los planes territoriales de salud; debido que estos defases de periodos de publicación de normatividad y socialización de la metodología de implementación en los territorios retrasa las acciones en los territorios.

15. Bibliografía

Makón A. (2004). Métodos comparativos en ciencias sociales: algunas reflexiones en relación a sus ventajas y limitaciones. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Adam, s. & Kriesi, h. (2007). The network approach. en P. sabatier (ed.), *Policy Process* (pp. 129-154).

Blavia, A. (1992). Evolución del pensamiento político. Recuperado a partir de <https://books.google.com.co/books?id=9B8U1b4fL9IC&pg=PA17&dq=DEFINICION+DE+POLITICA&hl=es-419&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMIsKmN7oemxwIVBWweCh2NHA-8#v=onepage&q=DEFINICION%20DE%20POLITICA&f=fal>

Bulcourn, P y Cardozo, N. (2008). ¿Por Qué Comparar Políticas Públicas?. ISSN 1852-1517. Revisado el 23 de marzo 2020 en https://www.flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/1252898778.politica_comparada_A.pdf

Borges, 1995. El estudio de caso como instrumento pedagógico y de investigación en políticas pública. Estudio de caso N° 4. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas

Calderón, V.A. (2010). La perspectiva de H.D.Lasswell (1902-1978) para el análisis de las políticas públicas. En Enfoques para el análisis de políticas (pp. 67-96). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Florez, Julio. (1995). ¿Transición demográfica en Colombia?. Cuadernos de Geografía, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Distrital, Vol. V, No. 2, 1995.

Gamboa-Rocabado, Franco. (2010). Metodología para el análisis político: un enfoque flexible a partir de problemas, mecanismos e inferencias causales. *Ciências Sociais Unisinos*. 46. 121-139. 10.4013/csu.2010.46.2.02. http://revistas.unisinos.br/index.php/ciencias_sociais/article/viewFile/477/73

- Garson, G. d. (1986). de la ciencia de políticas al análisis de políticas. Veinticinco años de progreso (a. senzek, trans.). en I. F. aguilar (ed.), Problemas políticos y Agenda de Gobierno (pp. 149 - 179). méxico: Grupo editorial miguel angel Porrua.
- Gómez L, M. (2012). El marco de las coaliciones de causa. OPERA, 12(12), 11-30. Recuperado a partir de <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/opera/article/view/3648>
- González, F.L. (1997). Epistemología cualitativa y subjetividad, Volumen(1). ed. São Paulo: EDUC.
- González, F.L. (1999). La investigación cualitativa en Psicología: Rumbos y desafíos. São Paulo: EDUC.
- González, F.L. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos em Psicologia*. Trad. SILVA, M.A.F. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González, F.L.(2005) Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação. Trad. SILVA, M.A.F. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González, F.L. (2011). La categoría de sentido subjetivo y su significación en la construcción del pensamiento psicológico. *Contra Pontos*, volumen (1) pp. 13–28.
- Hufty, m. (2008). una propuesta para concretizar el concepto de gobernanza: el marco analítico de la Gobernanza, (pp. 17).
- Instituto Nacional de Salud. (2013). Boletín No. 1, Observatorio Nacional de Salud. Bogotá, diciembre 2013.
- Ivàlua (2011). Guía práctica 8 La metodología cualitativa en la evaluación de políticas públicas Instituciones miembros de Ivàlua: https://www.dgfc.sepg.hacienda.gob.es/sitios/dgfc/es-ES/ipr/fcp1420/e/Documents/Guia8_Evaluacion_cualitativa_ivalua.pdf
- Klijn, E. 'Policy Networks: An Overview' in Kickert, W. J. M. & Koppenjan, J.F.:(eds) (1998) *Managing Complex Networks*. Sage, London

Organización Mundial de la Salud (2003)
https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf TABACO

Organización Mundial de la Salud (2010).
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_12-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Revisado el 22 de marzo de 2020 en https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf

Organización Mundial de la salud, (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Grupo enfermedades no transmisibles. 2014.

Organización Mundial de la Salud. OMSb, s.f. Enfermedades no transmisibles. Revisado en. https://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/

Organización Mundial de la Salud (2017). Enfermedades cardiovasculares, 17 de mayo de 2017. Revisado el 2 de julio de 2019 en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Larrote, C (2007). Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 6 (13): 5-8, julio-diciembre de 2007 en <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2688/1947>

Lasswell, h. (1971). la concepción emergente de las ciencias Políticas. en I. F. aguilar (ed.), *Problemas Políticos y Agenda de Gobierno*. méxico: Grupo editorial miguel Ángel Porrua.

López, J.E y Parra, F. (2010). El análisis del desarrollo institucional de Elinor Ostrom. En *Enfoques para el análisis de políticas* (pp. 125-166). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Macedo, Gandolfo y Mitjás. (2016). Epistemología cualitativa de González Rey: una forma diferente de análisis de “datos”. *Revista Tecnia*, volumen (1).

Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano, Oficina de Promoción Social. (2013). *Envejecimiento Demográfico, Colombia 1951-2020, Dinámica Demográfica y Estructuras Poblacionales*. Bogotá, junio de 2013. Revisado el 2 de julio de 2019 en

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano. (2013env). Envejecimiento demográfico. Colombia 1951-2020 Dinámica demográfica y estructuras poblacionales. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social. Bogotá, junio 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). Colombia busca frenar la prevalencia de enfermedades cardiovasculares. Boletín de Prensa No 149 de 2014. Revisado en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-busca-frenar-la-prevalencia-de-enfermedades-cardiovasculares.aspx>

Ministerio de Salud (2015). ENDS Encuesta Nacional de Demografía 2015. https://www.minsalud.gov.co/Documents/General/20161212_B_ENDS%202015_cambios_demogra%CC%81ficos.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). Orientaciones y Herramientas para la Articulación del Componente de Alcohol en la Estrategia 4x4. Bogotá, octubre 2016. Revisado en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-alcohol-estrategia-4x4.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano, Dirección de Epidemiología y Demografía (2018). Análisis de Situación de Salud en Colombia 2017. Bogotá, mayo de 2018. Revisado el 2 de julio de 2019 en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano (2019). Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2019. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf> revisado el 24 de octubre 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano (2020). Informe avance metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo de Planeación de la Salud Pública octubre de 2020.

Molina, Ignacio y Santiago Delgado. (2001). Conceptos fundamentales de Ciencia Política. Madrid: Alianza Editorial

Molina, C. (2002). Modelo de formación de políticas y programas sociales, notas de clase. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, INDES.

Moris, J. y Caicoya M. (2014) El Estudio Framingham. Un estudio epidemiológico a lo largo de sesenta y cinco años. Medicina Interna. Hospital de Cabueñes- Gijón, Consejería de Salud- Oviedo. 1 de julio del 2014. Revisado el 3 de julio de 2019 en <https://www.enotas.es/?revison-clasico=el-estudio-framinghan-un-estudio-epidemiologico-a-lo-largo-de-sesenta-y-cinco-anos>

Muller, P. (2010). *Las políticas públicas* (3ª ed.). Bogotá: universidad externado.

Naciones Unidas, (2014). La situación demográfica en el mundo, 2014. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. División de Población. Nueva York, 2014. OMS. (2014).

Neiman, G.; Quaranta, G. (2006) “Los estudios de caso en la investigación sociológica”, en Vasilachis de Gialdino (comp.) Estrategias de investigación cualitativa. Buenos Aires: Gedisa. (<https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630252005.pdf>)

Organización Mundial de la salud, (2009). Serie de buenas prácticas en salud pública en Colombia. Plan Nacional de Salud Pública 2007: 2010: Una construcción Colectiva. Revisado el 16 de noviembre de 2020 en https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=1194-plan-nacional-salud-publica-2007-10&Itemid=688

Organización Mundial de la salud, (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Grupo enfermedades no transmisibles. 2014.

Organización Mundial de la salud, s.f. Enfermedades Cardiovasculares. Revisado en https://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/es/

Patton M. (1990). Purposeful sampling. En: *Qualitative evaluation and research methods* (pp. 169-186). Beverly Hills, CA: Sage.

Parsons Wayne (2007). *Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas publicas / Wayne Parsons; traducción de Atenea Acevedo. - México: FLACSO, Sede Académica de México, 2007.*

Roth, André-Noël. (2008). Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico? *Estudios Políticos* ISSN 0121-5167 No 33, Medellín, julio-diciembre de 2008: pp. 67-91.

Observatorio Nacional de Salud. (2014). Boletín No. 1. Instituto Nacional de Salud Pública. Diciembre 9 de 2013.

Roth, a. n. (2002). *Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación. Bogotá: Ediciones Aurora.*

Roth André-Noel Deubel (2010). Las políticas públicas y sus principales enfoques analíticos. En: *Enfoques para el Análisis de Políticas Públicas*. Universidad Nacional de Colombia.

Rubio, R y Rosero, A. (2010). El Advocacy Coalition Framework, de Paul A. Sabatier: un marco de Análisis de Política Pública basado en coaliciones promotoras. En *Enfoques para el análisis de políticas* (pp. 183-212). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

Sabatier P y Weible. (2007). *Teorías del proceso de las políticas públicas traducción y publicación del Proyecto de Modernización del Estado Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación República Argentina*. Publicado por Westview Press, miembro de Perseus Books Group.

Salazar, C. (2009). La evaluación y el análisis de políticas públicas. *Revista, Opera*, (9), 23-51.

Sartori, G. (1971). La Política Comparata *Scienza Politica*, 1(1), 7-66 *Scienza Politica*, 1(1), 7-66.

Sartori, G (1984). La política. Lógica y método de las Ciencias Sociales. Fondo de Cultura Económica, México.

Segura, Omar El Plan Nacional de Salud Pública: tesis, antítesis, síntesis. *Biomédica* [en línea]. 2008, 28(2), ISSN: 0120-4157. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84328201>

Schwartz-Shea, P., & Yanow, D. (2013). Ways of Knowing: Research Questions and Logics of Inquiry. In *Interpretive Research Design* (pp. 38-58). Routledge.

Segura, A. y Marruag, J. (s.f). Capítulo 10 Epidemiología Cardiovascular. Recuperado de https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap10.pdf.

Strauss, A. y Corbin, J. (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia (pp1-16).

Suarez, C. (2006). Protocolos riesgo cardiovascular 2004, Sociedad Española de Medicina Interna, EMI actualización 2007. Editorial Elsevier, 2ª Edición.

Vélez, G. (2007). *Redes de políticas públicas: una mirada estructural a la toma de decisiones estatal. Ensayos sobre políticas públicas*. Bogotá. Universidad Externado de Colombia.

Torres, A. (1999). Estrategias y técnicas de investigación cualitativa. Buenos Aires: Iberoamericana editores.

Torres, J y Santander J. (2013), Introducción a la políticas públicas. Conceptos y herramientas desde la relación entre Estado y ciudadanía. IEMP ediciones, Bogotá, Noviembre 2013.

Ulin, P. Robinson, E y Tolley, E. (2006). Investigación aplicada en salud pública. Métodos cualitativos. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica y Técnica No. 614.

Valenti Nigrini, Giovanna, & Flores Llanos, Ulises. (2009). Ciencias sociales y políticas públicas. *Revista mexicana de sociología*, 71(spe), 167-191. Recuperado en 15 de noviembre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000500007&lng=es&tlng=es

Yacuzzi, CEMA, s.f. El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación 1, Universidad del Cema) <https://ucema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>

Zornoza, J.A. (2010). Enfoque de redes de política. Instrumento explicativo, analítico e investigativo. En *Enfoques para el análisis de políticas* (pp. 165-182). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

16. Anexos

Anexo 1. Entrevistas

Entrevista actor político Cundinamarca

Fecha: 13 de abril 2021 – Virtual - Videoconferencia

Previo al inicio de la grabación se solicita autorización y el consentimiento informado verbal haciendo claridad que la información de la entrevista será utilizada para fines puramente académicos, ante lo cual persona refiere dejar claro que la información será dada de manera personal de acuerdo con las vivencias, como una reseña histórica y con perfil de experto.

Se inicia la entrevista a profundidad, con otros actores técnicos conectados a la entrevista debido a que fue una de las condiciones para realizar la entrevista. Sin embargo, estos actores no intervienen debido a que la información completa la presenta una experta en el programa de salud cardiovascular.

La transcripción se realiza identificando como ACT_PL del Departamento (entrevistada) y como EST estudiante de la maestría (entrevistadora)

EST: Teniendo en cuenta la existencia de unas líneas operativas. Sí, unas líneas de política relacionadas con los procesos de implementación de política de programas de salud cardiovascular en los territorios. ¿Entonces, cómo fue el proceso de implementación del programa de salud cardiovascular? Pues en términos de planeación y despliegue de estrategias, proyectos y actividades en el Departamento de Cundinamarca pues en este caso periodo 2007 2017, pero pues sería con la información que ustedes pueden brindarme frente a ese periodo de tiempo.

ACT_PL: Nosotros en Cundinamarca estamos trabajando, no trabajamos independientemente con un proceso cardiovascular únicamente. Nosotros siempre hemos trabajado los procesos cardiovascular y metabólico alternado. Es decir, porque tú como médica debe saber que o hay pacientes con las dos patologías o es necesario hacer

un acompañamiento de esas dos patologías, el que tenga cualquiera de las dos... digamos como más, ¡sí, más prevalente! Entonces nosotros siempre trabajamos el tema cardiovascular y metabólico unido. De hecho entendemos que todo lo que son factores protectores y todo lo que son factores de riesgo afectan a las dos patologías casi de igual forma. Nosotros empezamos a trabajar, a partir de 2010 siempre se ha realizado trabajo cardiovascular y metabólico a través de la estrategia de la atención primaria en salud. Esta estrategia de atención primaria en salud, es una estrategia que viene desde alma ata, eso es viejísimo y a través digamos de un ejército de promotores de salud que nosotros tenemos en los municipios hacemos la parte de la detección temprana, de la gestión del riesgo a través de procesos de tamización y a procesos de clasificación del riesgo. Estas promotoras de salud que son auxiliares de enfermería debidamente capacitadas en todos los temas de pública, realizan procesos direccionados a las hospitales del departamento, donde allí se le hace al paciente mediante un proceso que se llama canalización efectiva y allí se le hace al paciente, se le empieza a poner todo el proceso ya de un diagnóstico, de la patología que sea necesaria y por supuesto la intervención misma con un tratamiento oportuno. Nosotros empezamos desde el 2010, con la parte de la planeación del plan decenal de salud, donde tomamos lo ajustable y lo necesario para Cundinamarca. Si tú lees cualquier norma, cualquier modelo, cualquier lineamiento, lo que uno hace es ajustar la norma a las necesidades de nuestro departamento. De ahí tomamos lo necesario para aplicar en el departamento, entonces teniendo en cuenta eso, tomamos como metas importantísimas y necesarias, prevalentes, que era la necesidad de aumentar las cobertura de detección temprana en el departamento de las enfermedades crónicas no transmisibles. En ese orden de ideas, de ahí empezamos a manejar todas las estrategias que el mismo plan decenal nos dice que están relacionadas con estrategias adaptables y adoptables a un grupo de población específica con cierta patología. De ahí además de eso, tomamos todo lo que tiene que ver con salud bucal, salud auditiva y salud visual. Se hizo un análisis muy exhaustivo, muy juicioso, manejando un ASIS departamental que en su momento no ha cambiado, no ha cambiado donde lo prevalente era la parte de las crónicas no transmisible, que por la mayor carga epidemiológica, tenemos hipertensión, diabetes y cáncer y/o salud bucal, se sabe que estamos entre las patologías de mayor carga epidemiológica en el departamento y en el país. Y que haya habido un cambio positivo, ¡yo no creo, lo que ha habido es mayor búsqueda. Y cuando tú buscas, encuentras! ¿Entonces, quizás esos significados de incidencia es porque el departamento ha trabajado muchísimo en la búsqueda de esos

riesgos asociados y es en ese sentido que nosotros, se ha incrementado digamos entonces esa detección temprana. Nosotros solo salud no podemos solucionar el problema de las cardiovasculares y metabólicas, Katerine tú sabes que eso un problema de sectorial, eso es un problema de determinantes sociales, ese es un problema que tiene una incidencia grandísima que va afectando esa esa parte, digamos, de sintomatología y no podemos decir que salud sea el responsable de bajar o de subir esa carga epidemiológica, porque son muchos los factores externos que intervienen, la pobreza interviene, el estrés interviene, la falta de hábitos, la falta de cultura de autocuidado, una cantidad de cosas que desde nuestra historia, la alimentación, son costumbres y prácticas que la gente lleva arrastrando desde su inicio de vida y que no es fácil solucionar en un momento. Nosotros hicimos un estudio muy juicioso con el plan decenal, elaboramos con la metodología PASE todo el proceso determinado de lo que son, la carga de enfermedad, como se trabajaría, hacia dónde nos dirigimos, absolutamente todo. De ahí, a través de los Planes de desarrollo de los gobernadores que siguieron y de los planes territoriales de salud departamentales se empezaron a formular metas y actividades muy específicas relacionadas con el tema. Siempre estuvieron en la agenda, en primer plano porque consideramos como unas patologías que hay que intervenir, sea como sea y que es de intervención multisectorial. En ese orden de ideas quedaron metas establecidas durante los cuatro o seis años que se ha elaborado este proceso, donde levantamos línea de base, donde levantamos una línea de base para búsqueda de población con riesgo cardiovascular a nivel comunitario, manejando un poco de información que se tenía en cuenta a través de las de las visitas de caracterización de las promotoras de salud, de ahí empezamos a aplicar una cantidad de instrumentos que corresponden a una estrategia que el Ministerio llama "conoce tu riesgo, peso saludable", Teniendo en cuenta esa estrategia, le empezamos a implementar masivamente en el departamento y empezamos a definir y a darnos cuenta que además de la población que antes se tomaba en cuenta de 20 en adelante, se nos estaba bajando el riesgo a población de 18 años. Entonces empezamos a trabajar con esa población más joven, nosotros aplicamos en el entorno como prueba de tamización o primer filtro, lo que se llama el test de Findrisk y lo que se llama la tabla de estratificación de la OMS. Además, para nosotros es muy importante lo que es la parte de la medición de las cifras tensionales que hacen las promotoras de salud en sus visitas a los diferentes entornos. Al pie de esto, indudablemente siempre iba cargado el proceso, de modos y condiciones de estilos de vida considerando como un factor protector o considerandolo como un factor de riesgo,

siempre estábamos o estamos con acciones de promoción y detección temprana y prevención de la enfermedad... Por ejemplo, el año pasado, en el 2019 definimos una línea de base, teníamos una cobertura del 12% de la población mayor de 20 años que detectamos con riesgo cardiovascular y metabólico, para estos cuatro años que vienen nos fijamos a llegar a 47.080 personas para detectar en ellos el riesgo cardiovascular y metabólico. En el 2019 habíamos levantado una línea de base solamente con la población rural y rural dispersa. Este año dijimos no; en este cuatrienio, dijimos no; nos vamos a aumentar el bloque de búsqueda y en este momento estamos teniendo en cuenta los tres ámbitos el urbano, rural y rural disperso, por eso nuestra población aumentó a 47.080 personas. Para nosotros es un proceso grande porque estamos haciendo lo siguiente, estrictamente las normas y, a partir del 2018, empezamos a trabajar directamente, ya con lo que es la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y ahorita ya empezamos con las rutas directas de evento específico de hipertensión y diabetes. Cuando nosotros estamos hablando de la ruta de promoción y mantenimiento, exactamente estamos hablando del espacio donde se van a conectar todos los actores del sistema para poder empezar esos procesos tan claros que son de detección temprana, gestión del riesgo a través de la tamización y clasificación del riesgo, lo estamos haciendo con estrategias que ya te dije, con todos los instrumentos aprobados por el Ministerio de salud. Donde en nuestro proceso de canalización estamos enviando a nuestra población a los servicios de salud y en los servicios de salud, ya con procesos de contratación de las diferentes EPS, estamos haciendo la validación para un diagnóstico de toda la población mayor de 18 años, atendiendo los paquetes digamos que permiten un diagnóstico de alguna enfermedad cardiovascular o metabólica para así luego seguir la intervención de esta población en los diferentes eventos o rutas de evento. Esto siempre va ir acompañado o está acompañado de procesos educativos y de promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable. Nosotros estamos promocionando en estos momentos muchísimo la parte del estilo de vida saludable, porque es aquel que va pegado al cambio individual que debe tener una persona en su práctica para mejorar su calidad de vida y para poder manejar, digamos un proceso, si ya no se puede de funcionalidad permanente, sí un proceso de mejor calidad de vida con una parte de medicación y con la otra parte complementaria de estilo de vida saludable. Se refuerza básicamente lo que tiene que ver con una alimentación saludable, con una actividad física o con un ejercicio de acuerdo a la funcionalidad del paciente y a la gravedad de su patología e indudablemente promocionar el no consumo de tabaco. Este proceso viene parejo, fusionándose desde

antes de que yo estuviera y después de que yo estuve de diferentes formas. No sé si valga la pena hacer hacer mucha profundidad de qué se manejaba, de qué se manejo, pero realmente hemos aprendido esos procesos desde el principio, cundinamarca está manejando por fortuna con prioridad en un plan de desarrollo y con prioridades en unos proyectos donde tenemos asignación presupuestal para estas actividades y todo está absolutamente, digamos planeado metódico para que pueda nuestra población ser intervenida a través de metas estadísticas, de cubrimiento porcentual para la intervención. Nosotros tenemos ya te digo, una población muy fija, yo tengo definida exactamente cada mes, cuántas personas tenemos que llegarle con detección temprana. ¿Puedo hablar un poquito de estilos, mis compañeros me lo permiten?.

OTROS: Claro que sí, doctora, pero por supuesto.

ACT_PL: Tenemos con estilos de vida, un proceso que se ha venido direccionando desde hace muchísimos tiempos y como tú sabes por haber trabajado en la gobernación, ya sabes que debemos ajustarnos a muchas cosas, dentro de eso a la disponibilidad del talento humano y de la disponibilidad presupuestal, pero es algo que siempre hemos entendido que tiene que ir junto, tan es así que cuando tu hablas de plan decenal de la estrategia vida saludable y condiciones crónicas no transmisibles, el componente básico es modos, condiciones, y estilos de vida, entonces eso tiene que ir pegadito y siempre hemos trabajado juntos; en este momento estamos un poquito, no abiertos sino con responsabilidad un poquito compartida porque antes manejaba yo sola el proceso. Pero por fortuna, nombraron a otra persona que es XXX y ella es la que está más encaminada a lo que es la atención de estilos de vida saludable pero de todas maneras es un proceso que siempre es necesario y lo tenemos que hacer conjuntas. ¿Qué te puedo decir? Nosotros seguimos normas del Ministerio, el Ministerio es muy claro en estrategias del Ministerio, el Ministerio de estrategias para todo. Es decir, simplemente lo importante para nosotros es aplicarlas. Como parte importante, estilos de vida ha hecho dos estrategias muy importantes que era antes se llamaba “ Me quiero y me quiere responsable de mi salud” y la de ahorita que ellos manejan, que se llama “Cundinamarca más saludable”, pero de todas formas lo esencial, lo esencial de estos procesos es la promoción de alimentación saludable, del ejercicio de la actividad física y la parte del no consumo de tabaco. Se está en este momento trabajando en estos tipos de intervenciones. Una intervención más colectiva, mas de la promoción de esos estilos de vida para todo el mundo, para la comunidad en general, para la gente activa, para la gente jove, para la

gente saludable y se está haciendo otro paquete de intervención también en esa parte para la gente que está enferma, para la gente que está en un momento de vida adulto y mayor y quizás que ya está enferma, que esta con poca funcionalidad porque es absolutamente diferente, y usted como médica lo sabe, dar un estilo de vida para una persona joven y saludable o para una persona mayor o ya con cierta sintomatología asociada. En ese orden de ideas, venimos desarrollando ese proceso, antes lo hacían igual en el 2007 Antes se hacía igual, pero ahora ahora indudablemente lo estamos haciendo muy rigurosamente con unas normas y con unas estrategias que nos da el Ministerio de Salud. No sé si mis compañeros quieren agregar algo o tú quieres hacer otra, pregunta. Si no te quedo claro o en general.

EST: Frente a lo que comenta la doctora. Hablamos de que se comienza a implementar, se comienza a realizar una planeación del plan decenal de salud pública en el 2010, sí; ¿cuándo comienza como la parte operativa de ese plan decenal en el departamento, pues cuando operativamente ya esa parte de planeación se comienza a realizar?

ACT_PL: Lo que yo te dije Katerin, inmediatamente. Porque nosotros empezamos a trabajar cuando hacemos ese plan de acción de ahí en adelante, todo lo que fueron los planes de desarrollo y los planes territoriales estaban favoreciendo esa norma, entonces inmediatamente, nosotros empezamos con el proceso inmediato desde que hubo la planeación del plan decenal.

EST: Otra pregunta, como la orientación de la pregunta iba hacia la parte de las líneas operativas, en la cual se basa en que las estrategias del programa de salud cardiovascular, antes del plan decenal de salud pública, pues teníamos de igual manera 2 líneas de políticas que es la parte entornos favorables de salud y otra línea de política que era toda la parte de promoción, protección y detección temprana y atención integral. Eso me comenta que igual cuando comienza el plan decenal de salud pública, de igual manera continúa, pero ya en este caso ya se se traduce en lo que son componentes de enfermedades no transmisibles, donde ustedes ya comienzan, es decir, antes todo estaba agrupado, las acciones estaban agrupadas de esas líneas de políticas en una sola, en un solo actor pues de planeación y ya en el plan decenal de salud pública ya está estas líneas de políticas ya sí son divididas en modos, condiciones de estilo de vida saludable y ya en condiciones crónicas prevalentes que es cuando comienza toda la parte del fortalecimiento de la estrategia conoce tu peso, conoce tu riesgo. Sí, es como lo que le

alcance a sintetizar de lo que me dijo frente a estas líneas operativas, que es como la base de las estrategias de de los programas de salud cardiovascular.

ACT_PL: Mira Katerine, las líneas operativas vienen funcionando desde antes, todo el tiempo, lo venimos manejando con los entornos y lo venimos manejando con la detección temprana. Hay detección temprana, como te dije en manejo colectivo porque ahora tenemos que hablar es de rutas, ahora no hablamos de políticas hablamos de rutas. En el entorno colectivo estamos hablando de una detección temprana y estamos hablando de una promoción de estilos de vida saludable como componente prioritario, cierto? osea ese proceso con distinto nombre obviamente se está ajustando desde el 2010, desde que empezamos el trabajo con plan decenal de salud pública, porque es que nos los dice, nos lo obliga, entonces en las mismas estrategias propuestas nombraban esa intervención por eso desde ese momento estamos trabajando en esas líneas operativas.

EST: Doc una pregunta, la estrategia que usted dice “me quiero y me quiero responsable de mi salud” ¿en qué periodo de tiempo comenzó y cuando pasó a Cundinamarca saludable?

ACT_PL: Bueno, yo te voy a explicar. Eso empezó hace cuatro años, empezamos con la estrategia “me quiero y me quieren responsables de mi salud” porque fue una estrategia donde quisimos cubrir el todo el proceso de envejecimiento activo de la población, empezar con ellos un proceso de envejecimiento activo donde la conclusión desde pequeños empezar a cuidar y no solamente los estilos de vida nos sirvieran para la parte digamos curativa, porque jamas nos iba a curar cuando una persona ya tiene una sintomatología muy desarrollada, una patología muy desarrollada, tuvimos varios precios, en ese momento se programo un pronter...Fallas de internet... entonces teniamos y se programaron acciones muy desde temprano con la población digamos menor infantil con los hogares de instituto de bienestar familiar donde allí lo que podiamos ver el juego como un elemento socializador y activo para los niños, teniamos también intervención en el entorno escolar donde para nosotros fue muy importante pensar en ese momento en lo que era la inclusión de la población menor que no era tenida en cuenta digamos por su obesidad o por algún problema que tuviera complicado para realizar una actividad, un ejercicio y después seguimos con lo que era la intervención comunitaria con la parte de capacitar o estar muy en conexión con las instituciones de deporte del departamento, para con ellos que ellos manejan comunidad de dar con ellos no un mensaje tanto de ejercicio

sino más de salud y también tuvimos en cuenta un poco la parte del adulto mayor institucionalizado para trabajar con ellos el tema de la funcionalidad para aquellas personas que no eran muy funcionales en su momento, además tuvimos, la pretensión de esta estrategia era una intervención educativa, de sensibilización pero más de como compromiso del beneficiario, tuvimos experiencias muy bonitas en poblaciones productivas, por ejemplo con el entorno laboral donde la persona se comprometía a hacer cambios y ajustes en su vida más relacionados con lo implicaba una más alimentación saludable, una actividad física pero era donde se manejaba ... para el cumplimiento de las cosas, esta estrategia no se pudo utilizar mucho en la parte comunitaria porque como ya te dije nosotros hacemos la intervención a través de promotoras de salud y ellas van recorriendo todo el departamento y no podían ellas volver a visitar muy frecuentemente a cada persona para saber que cambió o cómo iba su evolución y compromiso y cumplimiento de los compromiso en cuanto a salud pero se reforzaron todas las acciones relacionada con educación y estilos de vida saludable, antes de esta estrategias, años antes cuadro años antes, la gobernación tenía directo contrato con el instituto de deporte del departamento y a través de ellos contratábamos educadores físicos para todo el departamento para que ellos hicieran la parte de actividad física del departamento, eso una experiencia muy interesante donde educadores físicos contratados por nosotros llegaban por ejemplo hasta pueblitos donde nunca había un profesor contratado y llegábamos a partes comunitarias donde ellos participaban, trabajamos en coordinación con nutrición, en nutrición se trabajaban donde se hicieron campañas interesantes antes del plan decenal que tenía que ver con por ejemplo la promoción del no salero en los restaurantes, la disminución del consumo de sal, con ella se hicieron trabajos muy importantes con ferias de nutrición donde se le enseñaba a la población a hacer recetas saludables con lo que había en el municipio, hubo muchos programas relacionados con los otros sectores debido a que no contábamos con dinero específico para talento humano para esa área. También se trabajó con salud mental, con ellos trabajamos digamos el combo de no consumo de tabaco y de no consumo de alcohol, ese trabajo lo hicimos muy fuerte con estudiantes donde promocionamos cocteles saludables para el no consumo de alcohol, todo eso lo vinimos trabajando durante los años, años anteriores y realmente siempre siempre ha estado pegado a lo que ha sido el proceso de la detección y un tratamiento oportuno y diagnóstico de la misma patología, tenemos población extremadamente rural entonces donde necesitamos estar revisando muchísimo la adherencia al tratamiento de estos pacientes, porque además de las barreras que se presentan algunas veces del suministro de

medicamento, existen muchísimas barreras de desplazamiento para que, por ejemplo, los pacientes vayan a los hospitales cumplir sus protocolos que nos dice la guía de práctica clínica, pero esto los hospitales están muy juiciosos en estos procesos y mucho más ahora en tiempos de pandemia, donde vemos que la población crónica es muy vulnerable para cualquier tipo de complicación patológica. De todas formas desde el año pasado, están en estilos de vida con otra nueva estrategia, que creo que ellos le pueden comentar un poco realmente con eso, pero el fondo de todo es la promoción de la alimentación saludable, la prevención del consumo de tabaco y el ejercicio o la actividad física en la población teniendo en cuenta las condiciones, teniendo en cuenta digamos su momento de vida y básicamente sería eso relacionado con el ajuste del nuevo nombre que le pusieron a la estrategia.

EST: Antes del plan decenal, los indicadores que apuntaban como a la parte del programa de salud cardiovascular estaba muy enfocados, en la parte de enfermedad renal crónica pero ya luego con el plan decenal de salud pública ya se amplió un poco más, como esas metas frente a varias, o sea ya no solamente en ERC sino obviamente en las precursoras. No se si de pronto había una estrategia o algún programa específico que apuntaba a esa meta anterior.

ACT_PL: Mira nosotros como salud pública, y tu lo sabes porque trabajaste en salud pública, nuestro fin último es la detección temprana, no de patologías, que ya digamos por su complejidad o sintomatología asociada severa, están llegando a estadios de renal. Nosotros generalmente eso pura prestación de servicios, nuestro énfasis está en buscar población con riesgo. Y básicamente entonces nos enfatizamos terriblemente en buscar gente como ya te dije cuales eran nuestros compromisos básicos de búsqueda, gente que este con riesgo de tener diabetes en 5 o 10 años, gente que por su condición física, su sedentarismo o sus estilos este con riesgos altísimos de poseer cualquiera, de que sea adquirida este tipo de patologías y que es de cuyos riesgos tensionales han sido elevados, mejor dicho siguiendo los instrumentos del Ministerio. Pero ya la parte de los estadios mismos o como una persona nos llega a renal, ya se sale mucho de nosotros porque eso ya es prestación de servicios, entonces nosotros no manejamos mucho este tema, de todas formas hacemos un seguimiento digamos un poco a lo que es la aplicación de guías de práctica clínica, en términos de algunos indicadores pero yo no te puedo decir específicamente eso porque no es de mi competencia el manejo de prestación de servicio, tu sabes que ya un problema diagnosticado, un paciente diagnosticado y más con una

afectación de una patología que muchas veces requiere el acompañamiento, digamos un nivel de complejidad más alto, nosotros solo llegamos a niveles de complejidad 1 y 2 casi, entonces se sale de nosotros, de hecho el área de desarrollo social en el quinto piso, que tú conoces por eso te refiero así, ellos ellos manejan todo lo que tiene que ver con prestación de servicios, ellos tienen que manejar todo lo que tiene que ver, digamos con la oferta de servicio en la atención, bien sea pacientes renales o a pacientes con algún problema relacionado después de un diagnóstico que se haya dado. Nuestro énfasis e intención clarísima desde el principio es la parte de la detección temprana, entonces es salud pública nuestro enfoque básicamente con las intervenciones colectivas o extramurales. Para ya llegar a decir, es decir cuando el paciente lo soltamos en el momento en que este paciente llega al Hospital, se le aplica el paquete completo que nos dice la ruta de promoción y mantenimiento en cuanto a tamización y diagnóstico oportuno y de ahí este paciente sale directamente a las distintas rutas de atención de evento, no está priorizado para nosotros en enfatizar ruta renal este año ni el otro año porque tenemos ocho rutas que desarrollar y estamos enloquecidos. Tenemos que desarrollar cinco rutas de cáncer y las otras rutas de cardiovascular y metabólico, en este momento por ejemplo también nos ingreso enfermedades huérfanas que también es otro proceso que toca empezar desde cero. Entonces no te tengo información renal clara, porque tenemos énfasis en otros problemas que le competen es a salud pública.

EST: Sí, si señora. Esa meta estaba como más relacionada hacia la parte de precursoras hacia la detección temprana de las precursoras, pues que de manera directa me disminuye la parte de enfermedad renal crónica, era como más hacia o sea la meta estaba como establecida de esa forma en el Plan Nacional de salud pública. Que qué bueno, es como como uno de los cambios que yo veo entre el entre el nacional y entre el anterior y este. Le iba a hacer una pregunta antes, la estrategia conoce tu peso, conoce tu riesgo, comenzó más o menos en 2014, ¿en el departamento igual también comenzó en 2014 y antes que utilizaban para hacer el proceso de tamización y detección temprana.

ACT_PL: El test de Findriks siempre ha existido, es la herramienta que nos dice la estrategia “conoce tu riesgo, peso saludable”, para la medición de la diabetes, la medición de datos ... siempre ha existido y es lo que nos hacia la parte del tema de la parte de la toma de las tensiones arteriales, los estilos de vida saludable siempre han existido, el

manejo de esos componentes y que agregó ahorita la ruta de atención, simplemente agregó nombres específicos, porque ahora aparece la tabla de la predicción de la OMS que es una tabla que maneja estilos de vida saludable, como te dije nada cambio, Findrisk lo venimos aplicando hace años, toma de tensión arterial años, educación sobre estilos de vida saludable hace años factores protectores años, luego una tabla nueva a partir de la tabla de riesgo que se llama la tabla de Framingham y esa es la tabla que se aplica pero a nivel hospitalario, entonces estamos en ese proceso con la tabla de Framingham en los hospitales, pero todo lo de detección temprana se hacía desde años, incluso ahora se le pone nombres y ahora se le llama tabla de estratificación que condensa todo lo que nosotros llamábamos con un diagnóstico en cuanto a alimentación, sedentarismo y todo ese tipo de cosas pero todo absolutamente todo se hacía desde antes, es decir todo lo que ha salido el plan decenal, las rutas de atención son instrumentos ordenadores que ya se venían haciendo y que permiten complementar y permiten una intervención sectorial eso es, pero hay muchas cosas que todo el mundo, los entes territoriales veníamos haciendo y que ahora se les puso un nombre específico y un acomodador, por eso te digo nada es nuevo solo estamos reformando cosas de acuerdo con la nueva norma ajustando nuestros patrones de trabajo a unos lineamientos, desaprendiendo digamos un poco de terminología porque estamos aprendiendo, ya estamos hablando en otros términos, ya hablamos de momentos, un poco de cosas pero siempre se ha trabajado desde que yo llegué a tomar ese programa, como yo te lo dije, antes con los mismos componentes que se trabajan ahora, solamente que ahora están encasillados dentro de una línea, una estrategia o dentro de un programa específico.

EST: Tengo una última pregunta referente a, de pronto se hizo, de acuerdo con lo conversado, usted me dice por ejemplo que antes se fortalecía mucho la parte rural y pues ya se comienza como a fortalecer esa parte también urbana, es decir, aumentar, aumentar la población a captar. Eso es como un cambio que se ve frente a la detección, el aumento de la cobertura, pues en cuanto a las actividades. Y en cuanto a los entornos?, esos entornos comunitarios, laboral, institucional, hubo un cambio de pronto en las estrategias, o continúa fortaleciéndose los mismos entornos? o hay estrategias más específicas frente a unos entornos de pronto que han visto priorizados?

ACT_PL: Katterin los entornos, los nombres de entornos que tu me estas mencionando salieron a partir de la 3280 y de las 3202 con las rutas de atención desde ese momento las empezamos a trabajar. Entonces, es una de obediencia a un orden, a un instrumento

ordenador como te venia diciendo que salió con la norma, que hablamos de entorno institucional, entorno comunitario, entorno laboral, entorno hogar, entorno educativo, eso salio a apartir de las rutas, antes se hablaba de un entorno completo comunitario que es donde yo te digo siempre se ha trabajado en Cundinamarca con estrategia de atención primaria en salud y tal vez no me hice entender bien respecto a la cobertura de intervencìon de detección temprana, cuando nosotros tenemos promotoras de salud con la atención primaria en salud tenemos la cobertura de los tres ámbitos, tenemos la cobertura de lo urbano, de lo rural y del rural disperso. Desde el primer momento, se ha tenido la cobertura de esos tres ámbitos, solamente que se levanto una línea de base solamente teniendo en cuenta el rural y el rural disperso porque el sistema de información que se manejó en los cuatro años pasados, favorecia a que nos llegara esa información, por eso se tomo solo esa línea de base pero no significa que no se hubiese trabajado en lo urbano, las promotoras de salud llegan a los tres ambitos, es por eso que la reflexión de este año fue “ya nuestro sistema de información está más fortalecido, ahora si empezemos a levantar información incluyendo lo urbano pero hablo es de una línea de base no hablo de una intervención que se haya dejado de hacer, entonces siempre siempre siempre hemos cubiertos los tres entornos que ahora se llamen cinco perfecto y en todos tenemos inclusión, tenemos inclusión en el educativo, con la parte de detección temprana de riesgo cardiovascular y metabólico específicamente en la población universitaria que son personas de 18 años en adelante, eso va con estilos de vida saludables, tenemos intervención en el entorno laboral, estamos trabajando el entorno informal, estamos buscando los sitios de mayor informalidad que son básicamente las plazas de mercado, allí vamos a trabajar todo el proceso de búsqueda y detección temprana del riesgo cardiovascular y metabólico, ahí va incluido estilos de vida saludable, vamos a trabajar un poco en los colegios la promoción de estilos de vida, no la detección sino la promoción de estilos de vida saludables para generar en ellos el concepto de multiplicador generacionales de un estilo de vida saludable, estamos trabajando en el comunitario, vamos a trabajar con el comunitario porque vamos a elaborar jornadas de salud donde va ser muy importante el trabajo con las EPS, para aquellos espacios o sitios más vulnerables con menos acceso a los servicios para hacer la detección temprana del riesgo cardiovascular y metabólico y promoción de estilos de vida saludables y en el entorno hogar como ya te dije vamos trabajando en visitas domiciliarias de caracterización donde se busca la población mayor de 18 años y se les va haciendo todo el proceso de priorización y tamización, vamos a trabajar también a nivel institucional la parte de

detección temprana, con aquellos pacientes o personas que nos llegan a los servicios de salud para una demanda de servicio diferente a HTA o DM o sea que vamos a manejar el concepto de referencia o de demanda inducida de algún otro servicio de salud de población que en determinado momento al aplicarle el test de findrisk al hacer la parte de su toma de tensión sus rangos tensionales y todo sea un paciente que está clasificado para una demanda inducida interna o institucional y se incluya en el programa de promoción y prevención que se maneja en cada una de las instituciones, entonces tenemos mucha entrada de detección temprana, muchísima, y todo eso se ha favorecido con todo aquello que llamamos rutas que son el espacio donde nos abrieron los ojos y nos permitieron ordenar todas esas actividades que hacemos muchísimas y realmente yo puedo decirte y es cuando yo voy a una capacitación yo no le digo a la gente, yo no le voy a enseñar un proceso nuevo porque quizás hay miles de cosas que usted ya venía haciendo entonces es un ordenador un referente de terminología que debemos empezar y debemos ajustar, cuando siempre ha tenido prioritario, absolutamente prioritario el riesgo cardiovascular y metabólico, además tenemos población mayor, mucha población mayor, donde tu mejor si eres epidemióloga sabes que la expectativa de vida ha aumentado un poco y en ese orden de ideas queremos es población sana no queremos población con mas vida con mas años de vida y con una calidad de vida no tan buena porque es cero funcionalidad o por muchas otras cosas.

EST: Listo doc, muchas gracias. Le iba a preguntar la priorización de los municipios, ¿hay una priorización de las estrategias por municipios en el Departamento?

ACT_PL: No, nosotros hacemos ese trabajo en los 116 municipios, en los 116 municipios hay promotoras de salud, en los 116 estamos haciendo vigilancia, en los 116 estamos dando asistencia técnica y acompañamiento, en los 116 instituciones de salud sea en el nivel que sea estamos haciendo vigilancia para que esa persona se le cumpla todos los paquetes en los procesos de atención, en las dos partes, en la parte de estilos y en la parte de las patologías, de todas formas tu tienes que tener en cuenta que el problema de crónicas es poblacional, entonces donde haya más población hay más problemas crónicos, entonces si yo te muestro un cuadro de incidencia o de prevalencia vamos a ver que las mayores consultas se presentan obviamente en los hospitales mas grandes por que hay mayor población, y la mayor incidencia esta en los mayores municipios porque hay mayor población entonces prevalece en fusa, soacha, faca, chía, me entiendes, los más grandes eso no es un problema que este relacionado con alguna causa diferente a

la poblacional, no tiene otra forma de mirar esa cobertura y esa magnitud, si tu te vas a mirar un soacha es muchisima mas lapoblación y un pueblo chiquito así sea pequeño la carga sigue siendo mayor por las cardiovasculares y metabólicas, metabólicas menos, caardiovascaulares diria yo.

EST: Basicamente, lo que te quiero comentar es que a medida que va evolucionando los días, a pesar de que a pesar de que el componente es el mismo de la 4 x 4, de todas las estrategias que salen, nosotros tratamos de ajustar y adoptar las cosas de acuerdo a la necesidad que se va presentando. En su Investigación, en el trabajo que ellos han hecho ultimamente (entornos saludables) han visto la necesidad de una promoción de prácticas saludables para un colectivo, digamos, para tratar de generar una cultura, despeje cimientos para un colectivo, digamos para tratar de generar una cultura de envejecimiento activo para un colectivo digamos más joven, un colectivo más funcional, más sano, pero de todas formas. Hemos pensado siempre en que no podemos dejar aquellas personas, por ejemplo, mayores de cincuenta y pico, o mayores con alguna patología asociada solamente por la edad para que no puedan recibir este beneficio. Entonces, casi que los dos puntos fuertes de intervenciones es para aquella gente que como cualquier promoción de hacer coma más saludablem haga la ejercicio, camine, toma agua cierto?. Pero también en nosotros está la necesidad de que ese proceso complementario ante una patología diagnosticada ante un riesgo diagnosticado, se tenga cierta promoción de prácticas saludables o de estilos saludables que sean el combo saludable, llamémoslo así para que esa persona tenga mejor calidad de vida. Es clarísimo que ellos tienen (entornos saludables) y que nosotros tenemos, estamos en un proceso de conversación y eso, que yo no le puedo decir a una persona de 60 años tome agua, cuando se sabe que no sabemos cuáles son las condiciones de retención urinaria, no sabemos cuáles son las condiciones de, muchas condiciones de patologías que tenga esa persona para darle este tipo de promoción, entonces sí como la misma ruta de promoción y mantenimiento lo dice, incluso la parte educativa va estar paga por las EPS, le vamos o se le va a enseñar al médico y a las personas que atienden esa parte, que no necesariamente lo tienen que saber, cuáles son realmente digamos, los tips favorables en práctica con estilos de vida saludables aconsejables para que esta persona, además de su de su farmacología, pueda empezar un proceso saludable de estilos que le permite una mejor, una mejor, como un mejor vida, como una mejor aprte funcional en su vida, mientras que al otro grupo le estamos promocionando eso, es una cultura de autocuidado, una cultura de prevención

básicamente cierto?, y aquí esto va a ser una cultura de acompañamiento para mejorar su calidad de vida, simplemente es eso. Que si podemos lograr con el fortalecimiento de estilos bajar, por ejemplo, la farmacología que toma perfecto, Si podemos lograr que lo que le hemos enseñado a esa persona resulta más funcional, a pesar de que tiene que seguir con su farmacología, perfecto. Lo que queremos es que la gente tenga mejor calidad de vida, la que ya está, digamos en un proceso de lo que nosotros llamamos un momento de vida, ya de vejez o de Adulto ya un poco más mayor comparativamente con aquella juventud que necesita que se le estalle de información sobre una cultura de autocuidado ,sobre pautas para cambiar prácticas que no sean repetitivas de lo que se hacen, lo que hacen sus antepasados, o sus padres en una alimentación cargada de muchas cosas no saludables. Donde queremos una juventud joven sin tanto consumo de chatarra, de comida chatarra, que le bajemos a la sal, un poco de cosas que son de Intervención colectiva. Vamos hacer eso, una intervención colectiva sobre un colectivo que necesita prácticas saludables y una intervención individual sobre una persona que necesita cambiar sus estilos de vida como proceso para mejor, para mejorar esa misma, esa misma vida o esos años, a pesar de la patología que tengan.

Se finaliza confirmando si es posible transcribir la entrevista con fines académicos, ante esto acepta, pero especifica que es la información cuenta como información de un histórico de intervención con criterio de experticia en el tiempo que lleva en el programa de salud cardiovascular en el Departamento. Se agradece la participación.

Entrevista actor político Atlántico

Fecha: 7 de mayo 2021 – Virtual - Videoconferencia

Se inicia la entrevista con dos actores político-técnicos del programa de riesgo cardiovascular, sin embargo, la información fue descrita solo por una persona debido a que era la que tenía la mayor información en el periodo de estudio (desde el año 2017)

Previo al inicio de la grabación se solicita autorización y el consentimiento informado verbal haciendo claridad que la información de la entrevista será utilizada para fines puramente académicos.

La transcripción se realiza identificando como ACT_PL del Departamento (entrevistada) y como EST estudiante de la maestría (entrevistadora)

Se realiza presentación del tema de tesis con el contexto que justifica la investigación y la pregunta central de la entrevista:

EST: Teniendo en cuenta la asistencia de unas líneas de políticas relacionadas con los procesos de implementación del programa de salud cardiovascular en los territorios. ¿Cómo fue el proceso de implementación del programa de salud cardiovascular, en términos de planeación y despliegue de estrategias, proyectos y actividades en el departamento, en el periodo 2007 – 2017?

EST: Desde que tu llegaste en 2017, ¿qué recibiste y cómo fue el programa?

ACT_PL: Soy profesional especializado en vida saludable y crónicas no trasmisibles. Conozco el proceso desde el año 2017 en la parte del área cardiovascular se trabajó todo lo que era gestión del riesgo de hipertensión, muy ligado también a diabetes. Se trabajó mucho la estrategia, conoce tu peso, conoce tu riesgo a niveles de asistencias técnicas a los entes municipales para que tuvieran la formación y posterior aplicación, eso se trabajó en 2017. Se hicieron diversas visitas de seguimiento y monitoreo a las EAPB, también para mirar cómo estaban haciendo la gestión de riesgo de la hipertensión, se recopilaban bases de datos de los pacientes hipertensos por EAPB y de estos pacientes hipertensos también cuántos de ellos presentaban diabetes. Se realizaron actividades educativas a la Comunidad para el control de riesgo de la hipertensión a nivel de los hospitales también se realizaron seguimientos y monitoreos a los hospitales para mirar, para verificar cómo le estaba haciendo seguimiento a sus pacientes hipertensos y verificar si cada hospital tenía o contaba con club de Hipertensos y se dejó para vigencia 2018 2019 la creación de los Club de hipertensión luego de la socialización de las estrategias de hipertensión, básicamente el año 2017 más que todo de asistencias técnicas educativas a municipios, EAPB y hospitales.

EST: ¿Cuándo hablas asistencias técnicas de municipios habla de asistencias técnicas de los municipios, hablas de asistencias técnicas con la comunidad, o es específicamente a nivel hospitalario en las ESES?

ACT_PL: realizábamos asistencia técnica en las ESE al personal de los hospitales y al personal de las secretarías de salud también, que son los encargados de vigilar en cada

municipio que se ejecuten las estrategias y ejecutarlas también todas las actividades. Entonces en ese año básicamente fue eso y para la parte de la asistencia técnica de la estrategia conoce tu peso, Conoce tu riesgo para posteriormente realizar como el trabajo de implementación.

EST: ¿cómo hacen ese proceso? ¿Es decir, entiendo que esa parte como de EAPB, como una parte institucional, de pronto se despliegan a los municipios a nivel comunitario tiene de pronto auxiliares que van casa a casa o cómo es?

ACT_PL: cada municipio es autónomo para realizar sus actividades, cada municipio cuenta con su PAS, con su plan de acción en salud, ellos deben plasmar anualmente sus actividades donde deben contemplar las actividades cardiovasculares. Uno como Secretaría departamental va a verificar que se estén cumpliendo con esas actividades y prestar como toda la ayuda que ellos de pronto les requieran a uno, que le pidan. De pronto, alguna capacitación que el municipio esté pidiendo, uno la puede prestar, pero básicamente ellos como son ahora ellos son autónomos, como en sus actividades y en su seguimiento, entonces ellos cuentan con todo el personal para hacer esas actividades específicas, ellos van al hospital, ellos tienen las personas que se encargan del plan de intervenciones colectivas en cada municipio, ellos despliegan las actividades de formación educativa y uno como tal también presta esas actividades básicamente al personal del hospital, al personal de las secretarías para ser formación en ellos, en cuanto a las estrategias.

EST: ok te entiendo, basado como en esas ya sean componentes o línea operativa me hablas más de la parte de gestión del riesgo, ¿sí? Toda la parte de tamización, pero te comprendo esa parte de tamización de pronto no está articulado con la estrategia de APS a nivel comunitario o sea como más específica esa parte o ya me tocaría más con un municipio, ¿como especificar más el tema de esa parte?

ACT_PL: el Departamento también tiene línea de, en la parte del plan de intervenciones colectivas, también despliega a nivel comunitario capacitaciones, actividades lúdicas, educativas, sí, estas las realizan normalmente externos o sea contratos como uno sí, los contratan a uno también y otras entidades para que despliegan esas actividades a la Comunidad, de 2017 si tenemos algunos soportes de jornadas que se hicieron del día del hipertensión, Jornadas de actividad física, esos soportes están, están bueno, ya están archivados, verdad? Sí. Están dentro de los archivos que se realizaron, también medio

digital, esas actividades realizadas en su momento por fundaciones, ellos realizaron toda la parte educativa en la Comunidad.

EST: por ejemplo. Pues yo, por lo que estoy comparando con lo que me dijeron en Cundinamarca y bueno, lo que también he vivido en Bogotá no tienen esas actividades individuales, pues yo entiendo, pues que toda esta parte de vigilancia en salud pública son colectivas, pero pues también hay acciones individuales, como por ejemplo ese tamizaje de una población que yo veo y tamizo y le hago, por ejemplo, esta parte de la encuesta Findriks o la de conoce tu caso, conoce tu riesgo, o sea no está establecido dentro del programa de ustedes, no estaba pues en el 2017, no estaba establecido como tal, o sea como más acciones a nivel colectivo, es lo que entiendo.

ACT_PL: en el año 2017 no, no se realizaron ya posteriormente sí, sí, sí empezaron a implementar a nivel de que uno, por ejemplo, hacia actividad específica en un solo municipio en ese municipio, trabajaba, sí, pero después de 2017, en 2017 como tal fue como más, cómo te diré, cómo poner en contexto a los actores para que pudieran desplegar las actividades posteriormente.

EST: Y el otro componente, que sería el de entornos saludables, ¿cómo manejaron ese tema en 2017?

ACT_PL: Igual ese tuvo más componente educativo a la Comunidad, con talleres lúdico educativos, jornadas lúdicas, en capacitaciones a la Comunidad, es más, es más educativo ese de componente, igual también se hicieron toda la parte de asistencias técnicas a secretarías, hospitales y EAPB como para que llevara a cabo las acciones, pero si se trabajo lo que era actividad física, disminución del consumo de alcohol, disminución del consumo de cigarrillo, aumento del consumo de frutos y verduras, disminución del consumo de sal y sodio, básicamente y aumento o fomento de la actividad física muy ligado a Hipertensión.

EST: ¿Y esa parte de entornos era solo en el entorno comunitario, o también ingresaron en el entorno escolar, laboral?

ACT_PL: Se incluyo laboral, se incluyo escolar, se trabajaba con instituciones educativas y también con comunidad y se empezó el entorno laboral como tal, no muy afianzados como está ahora, pero si se empezó a incluir en ese año.

EST: tengo una pregunta que puede ser como obvia, pero pues debo hacer la pregunta: la enfermedad cardiovascular está priorizada en el Departamento siempre ha estado priorizada, dentro de los planes territoriales siempre han priorizado la enfermedad cardiovascular

ACT_PL: sí

EST: ¿Ustedes son 22 municipios, las estrategias son para todos o están priorizados a algunos municipios?

ACT_PL: son para todo, uno siempre hace seguimiento a los 22 municipios.

EST: O sea no hay una priorización de pronto en el municipio, que ustedes digan hay mayor carga de enfermedad cardiovascular.

ACT_PL: no, le hacemos a todos los seguimientos por igual.

EST: veo mucho dentro de la lectura de lo que me dices, veo bastante peso institucional, no se que tanto peso tiene la parte comunitaria en el programa.

ACT_PL: Normalmente, el PIC lo que es orientado hacia la intervención colectiva, si lo ponemos en porcentaje, sería un 60% institucional y 40% PIC.

EST: si eso es lo que leo en lo que me comentas, como que hay una priorización institucional. Y comunitaria de pronto incluso en comunitaria va como más enfocada a la parte laboral y escolar

ACT_PL: lo que pasa es que cuando uno va a vigilar a los municipios, uno revisa que los municipios si estén haciendo las actividades comunitarias. Uno les deja mucha responsabilidad a los municipios que al ser autónomo y al tener sus presupuestos para sus actividades, ellos ejecuten la parte comunitaria porque ellos están ahí, entonces para ellos es más asequible con el PIC municipal de cada uno poder realizar sus actividades a la comunidad. Entonces cuando uno va a hacer los seguimientos a esos entes institucionales, uno básicamente va a evaluar es que estén haciendo esa parte educativa.

EST: ok, de pronto alguna actividad que uno diga, no sé, por ejemplo, en los restaurantes escolares fortalecieron la prevención del consumo de sal, es decir, ¿actividades específicas que ustedes desde departamento orientaron o que se dieron cuenta que los municipios hicieron?

ACT_PL: Bueno, nosotros siempre contemplamos la celebración del día de la actividad física y bueno en el año que yo estuve 2017, todos los municipios debían hacer la celebración porque anteriormente se veía que no, no todos lo hacían, entonces por medio de actividades ese día ellos debían conmemorar el día de la actividad física, la semana de estilos de vida saludable, también es algo muy marcado que se que se convoca desde departamento, esa semana es septiembre. En el mes de septiembre todos los municipios deben hacer actividades encaminadas al Fomento de estilos de vida saludable como factores protectores de la enfermedad cardiovascular.

EST: ¿y de pronto algún nombre específico, alguna actividad, estrategia que fuera significativa en el Departamento?

ACT_PL: ..hicimos de la conformación de los comités municipales de estilo de vida saludable, todos los municipios conformaron comité por decreto, todos los municipios donde se iban a tratar pues toda esa parte de esos temas de que tienen que ver con el estilo de vida saludable y crónicas. A su vez, por cada comité se hicieron mesas de trabajo, eso en 2017, la movilización para la actividad física, toda la parte institucional entonces que fue seguimiento a hospitales y Secretarías, la semana de estilos de vida saludable. En los 22 municipios, actividades de medios masivos, comunicativos, la Gobernación hace promoción y Fomento de la actividad física, alimentación saludable, riesgo de hipertensión por radio, prensa, televisión. Realizaron huertas escolares, conformación de huertas escolares, ahí si no fue en todos los municipios pero creo q fue la mitad de los municipios, la conformación de huertas saludables escolares y seguimiento de cómo hacen ellos el manejo de tiendas y comedores escolares para toda la parte de promoción del consumo de frutas y verduras, las huertas, las huertas fueron en 10 instituciones educativas, íbamos le explicábamos a los niños y a los profesores como hacer toda la parte de las huertas, que sembrar como sembrar. Ellos ya luego lo hacían, y nosotros íbamos a verificar que la huerta si estuviera activa y funcionando. Se realizaron todas las partes de actividades lúdicas en adolescentes y jóvenes de corregimientos, en cuanto al de desestimulo del consumo de alcohol y en los comités de estilos de vida se trataba esta parte de la prevención del consumo masivo de alcohol.

EST: ¿y esos comités eran cómo para hablar y dialogar con la comunidad o era hablar y dialogar y hacer actividades con la comunidad?

ACT_PL: Debía haber un representante de la Comunidad, un representante del Legal, pues de la policía, de ICBF, del hospital, de las EAPB, de la Secretaría, o sea había un representante de todo para generar como acciones y esas acciones ya después poderla generar en la Comunidad. Eso en 2017, quedaron conformados en 2018, bueno ya ellos internamente se debían reunir y hacer como todas sus actividades y se empezó a trabajar ya otra temática diferente ahí con lo del ... y eso. Pero en 2017, si se conformaron.

EST: ustedes tienen organizados el programa de cardiovascular, tiene algún nombre, en este caso sería la dimensión que estamos hablando de 2017. ¿Ustedes hablan de la dimensión de condiciones crónicas no transmisibles y trabajan también la parte de cáncer, bueno, toda la parte de no transmisibles y hay un programa que se llama cardiovascular o cómo estructuralmente están organizados, está organizado el programa allá?

ACT_PL: Estructuralmente es dimensiones crónicas y dentro de crónicas están actividades encaminadas a la salud cardiovascular.

EST: y esta subdivido en entornos y en gestión (como se llama ahorita: modos, condiciones y estilos de vida saludable y condiciones prevalentes) o le tienen otro nombre, o sea sus actividades se orientan frente a las dos líneas o tienen una sola línea para los dos componentes.

ACT_PL: tenemos las dos, estilos de vida saludable y la línea de crónicas, y de vida saludable se desprenden pues todas las que son actividad física, humo, alcohol, frutas, verduras, sal y sodio y de la parte crónicas esta salud oral, visual, auditiva, hipertensión, diabetes, EPOC y huérfanas.

EST: ... si yo te pregunto a ti, bueno la priorización me dices, pues que evidente, pues obviamente la priorización. La organización en términos de normatividad y línea operativas me dice pues igual que se basa en un plan territorial de salud, con un plan de acción que son anuales y pues está organizado estructuralmente en condiciones y en modos y que las estrategias son iguales pues en todos los, en todos los municipios. De pronto lo que tienen más fortalecidos son la parte de las jornadas, sí, las jornadas y los días, los días conmemorativos frente a los términos, bueno depende, depende si es actividad física, depende la prevención que se vaya a hacer. Y en la última pregunta que yo tengo, es pues los cambios.

EST: La última pregunta, pues no sé si de pronto la tienes, por lo que estas en 2017, pero de pronto cuando te entregaron algún cambio, en términos de pronto de planeación, de metas, de estrategias, que tu vieras que en el Atlántico cambiará porque antes había un Plan Nacional y ahorita un plan decenal o tú de pronto no tienes mucha claridad frente a eso, porque pues ya tu llegaste a un plan decenal, o sí vez de pronto algunos cambios que el plan decenal ha permitido cambios en el programa en el departamento.

ACT_PL: Pues yo ya llegué al plan decenal, de pronto lo que sí pude perseguir percibir es lo de los entornos ya como más, mejor distribución de las actividades hacia los entornos a las que iban a ir dirigidas. Eso es como lo que, lo que sí me llamó la atención porque antes las actividades eran encaminadas a la Comunidad en general, pero ya con esta parte de la división de los entornos, como que se repartieron mejor, eso fue lo que percibí porque igual yo entré, ya ingresé, ya estaba el plan decenal.

EST: Tú me dices que hablas de que ustedes tienen las Cohortes de hipertensión, de diabetes, pero lo institucional tienen algunas de pronto alguna estimación de cohortes en población en Comunidad, es decir, yo tengo tanta población mayor de o bueno, su enfoque, ¿su enfoque es hacia población es hacia Joven, o en general?

ACT_PL: En general, pero las estimaciones nosotros trabajamos ahí sí junto con vigilancia y ellos, si son los que nos hacen pues toda esa parte de estimaciones poblacionales...

EST: Pero o sea como esto es tan cuali, vigilancia les pasa la información y te dice esta es tu población para tamizar tanto porcentaje, y esa población para tamizar en cuanto a la gestión del riesgo que es buscar a pacientes hipertensos y diabéticos ¿manejan una población, mayor de 45 de 30 para diabéticos o cómo...?

ACT_PL: , Normalmente esta en los mayores de 40 a 45, es lo que mas o menos en 2017 se notó porque ahora ya ahora se está haciendo algo mas sistematizado como para poder llevar mejor el control, pero las EAPB en su momento cuando pasaron la información si era mucho paciente mayor de 40 años.

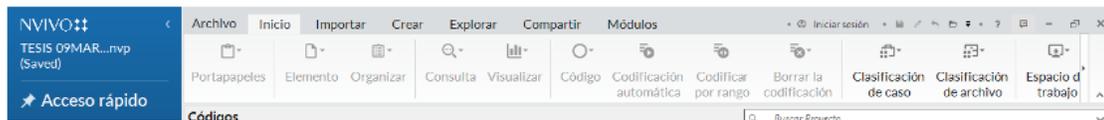
EST: porque por ejemplo esa estrategia la plantea ministerio en mayor de 18 años, por eso te preguntaba como la corte de edad del enfoque, porque pueden q estén tamizando población de 45 o...

ACT_PL: o sea no era muy específico, o sea las actividades no te sesgaban, para adultos mayores ¿no?, sino para comunidad o sea adultos, describían las actividades a realizar, entonces no te decían no tienen q ser estos ¿no?, se tomaban todos los adultos, pero sin un rango de edad especificado, ya cuando nos llegaban las cifras ya uno veía mas o menor los rangos de edad. En 2017, nunca se hablaron de actividades que van dirigidas a mayores de 40 a 45 sino adultos de la comunidad del municipio del tal.

Se finaliza confirmando si es posible transcribir la entrevista con fines académicos, ante esto acepta, se agradece la participación.

Anexo 2. Proceso de Transcripciones, Codificación y Sistematización en NVIVO

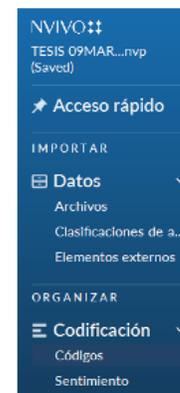
1. IMPORTACIÓN INFORMACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA



2. ASIGNACIÓN A CASOS (UNIDADES DE ANÁLISIS)

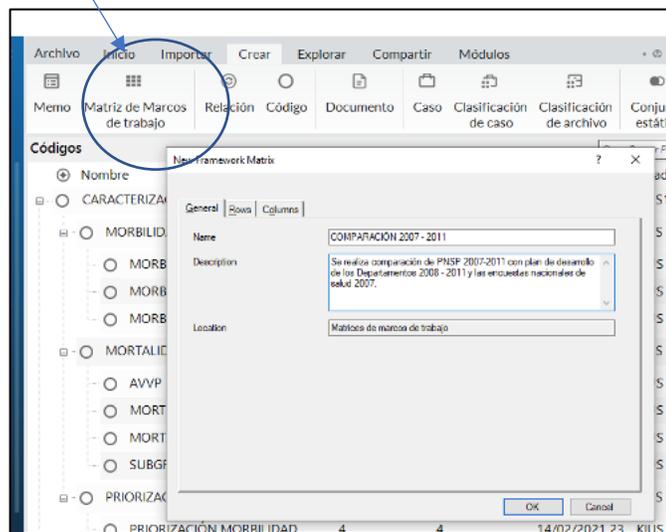


3. CREACIÓN CÓDIGOS (CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS)



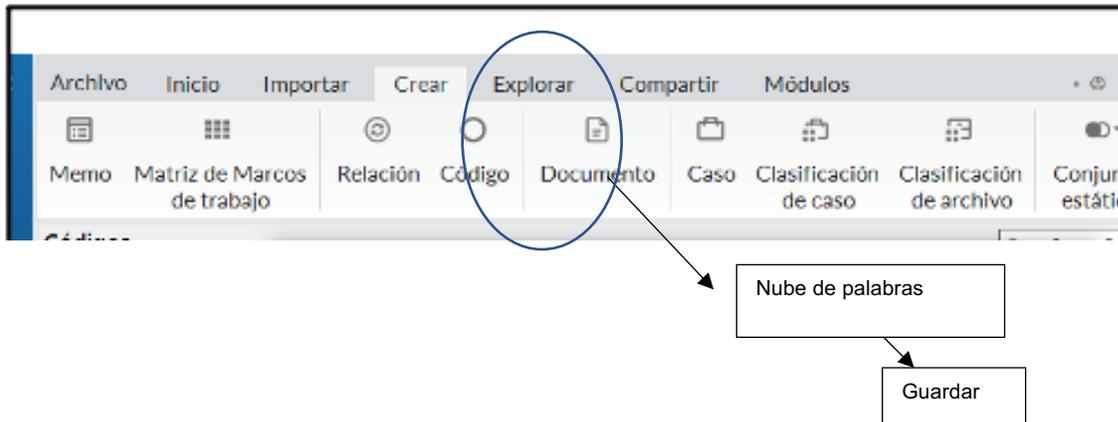
4. LECTURA DE DOCUMENTOS Y ASIGNACIÓN DE CÓDIGOS AL TEXTO RELACIONADO

5. COMPARACIONES CON AYUDA DE MACROS DE TRABAJO Y EXPORTACIÓN EN EXCEL PARA LECTURA Y RELECTURA. Relacionar en filas y columnas los casos (unidades de análisis y códigos (categorías de análisis))



9. LECTURA Y RELECTURA DE EXPORTACIÓN DE MACRO EN FORMATO EXCEL

10. CREACIÓN DE NUBE DE PALABRAS: EN OPCIÓN “EXPLORAR” CREACIÓN DE NUBE DE PALABRAS CON CASOS Y CATEGORÍAS Y GUARDADAS



11. PRODUCTO FINAL: METATEXTOS – NUBES DE PALABRAS Y COMPARACIÓN DE CONTENIDO Y TIEMPO (Este último de manera manual en Excel de acuerdo con los hallazgos de lecturas finales).