

Análisis comparativo de las políticas públicas y acciones orientadas a la promoción de la salud y prevención de la Covid – 19 implementadas por las alcaldías de Bogotá D.C y Santiago de Cali, entre marzo y septiembre de 2020.

CRISTHIAN ALEXANDER GOMEZ ROSERO

Universidad del Valle

Instituto de Educación y Pedagogía

Estudios Políticos y Resolución de Conflictos

Cali, Valle del Cauca

2022

Análisis comparativo de las políticas públicas y acciones orientadas a la promoción de la salud y prevención de la Covid – 19 implementadas por las alcaldías de Bogotá D.C y Santiago de Cali, entre marzo y septiembre de 2020.

CRISTHIAN ALEXANDER GOMEZ ROSERO

Para optar por el título de:

Profesional en Estudios Políticos y Resolución de Conflictos

Director

JOSE JOAQUIN BAYONA ESGUERRA

Universidad del Valle

Instituto de Educación y Pedagogía

Estudios Políticos y Resolución de Conflictos

Cali, Valle del Cauca

2022

Agradecimientos

Me parece agradable dedicar este trabajo que es cierre de mi vida académica a las personas que me estuvieron acompañando y apoyando a lo ancho y largo de mi vida académica. Primeramente, a mis padres que fueron ese apoyo emotivo, económico y hasta físico a seguir adelante, desde las veces que mi mamá me ayudaba a levantarme a altas horas de la madrugada para asistir a clases, hasta las veces en que mi papá y mamá me daban para el pasaje y almorzar, donde muchas veces comía lo que podía y hacia todo esfuerzo posible para no serles una carga económica muy pesada porque sabía de los esfuerzos de cada uno de ellos, que desde su trabajo informal sacaban para sustentarme.

De igual manera agradezco a mi hermano en todo el apoyo que me brindó para que en esta, la segunda Tesis que entrego, lograra graduarme.

También quisiera agradecer de alguna manera a la Universidad del Valle en todo lo que me permitió. No sé como hacer este agradecimiento, pues la Universidad del Valle para mí lo conforman los y las docentes, al igual que su estudiantado y las personas que trabajan allí en labores no relacionadas a enseñar, mas que sin ellas de una manera u otra no existiera la academia que conocí, a todos ustedes, gracias, por lo bueno y por lo malo, todo eso me sirvió bastante.

Por último y más importante, quisiera agradecerle a Dios quien en todas las situaciones de la vida me ha sacado adelante y quien confío que lo seguirá haciendo siempre.

Resumen

El presente trabajo es el resultado de la investigación y análisis comparativo de los programas, proyectos y actividades implementadas por la Alcaldía de Santiago de Cali y Bogotá, con relación a la política como acción, denominada también como *policy* en el habla inglesa (para identificar a la política que es en acción), y en el habla hispana Política Pública (Vallès, 2000, p 46), que para este trabajo abarca las políticas públicas orientadas hacia la prevención de la covid-19 y promoción de la salud, entre marzo a septiembre de 2020.

El trabajo comienza dando un contexto de las respuestas que tuvieron las instituciones internacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud) los gobiernos nacionales y locales de algunos países frente a la nueva realidad de la pandemia de la covid-19, abarcando algunos países que en el plano mundial mostraron ser de lo más activos y otros no tanto frente a esta problemática.

De allí se pasa al marco teórico, explicando de qué trata la Política Pública y qué tratamiento es el que debería tener los problemas de índole de salud. Continuando, se aborda el contexto colombiano acerca de las directrices dadas por el Gobierno colombiano y legislativo, y como fue adoptado esto a los casos de Cali y Bogotá.

Más adelante, se describe de manera cualitativa el impacto de lo adoptado por Cali y Bogotá y se logra determinar que pese a que sí existió una política pública de prevención de la covid-19 y promoción de la salud, esta se complementó con políticas de áreas externas a la salud, atendiendo con o sin intención al reconocimiento de la salud como no sólo bienestar en ausencia de afecciones y enfermedades, sino también como bienestar biológico, psíquico,

social, económico y cultural de cada individuo y de la misma sociedad. Según la Corte Suprema de Justicia y el Ministerio de Salud. (Corte Suprema de Justicia, 2008; Ministerio de Salud, 2015).

Producto del análisis comparativo entre las medidas tomadas en Cali y Bogotá, se proponen unas recomendaciones para mejorar el impacto de las medidas adoptadas por estas dos (2) ciudades y se comparten las conclusiones de todo este trabajo.

Palabras claves

Política pública, Salud, Covid-19, Pandemia, Coronavirus SARS-CoV-2, Colombia, Bogotá, Santiago de Cali, Promoción de la Salud, Prevención de la enfermedad, Primer pico de la pandemia, Programas.

Contenido

Introducción.....	8
1. Marco General de la Investigación.....	11
1.1. Problema De Investigación	11
1.1.1. Descripción Del Problema	11
1.2. Justificación	13
1.3. Objetivos	15
1.3.1. Objetivo General	15
1.3.2. Objetivos Específicos.....	16
1.4. Estado de la cuestión.....	16
2. Marcos Referenciales	31
2.1. Marco Teórico.....	31
2.1.1 Las Políticas Públicas	31
2.1.2 Políticas Públicas Orientadas A La Promoción De La Salud	36
2.1.3 Políticas Públicas En La Prevención Del Covid 19.	46
3. Metodología	54
4. Presentación de Resultados	56
4.1. Descripción De Las Políticas Públicas Implementadas en Bogotá y Cali Para La Promoción y la Prevención De La Salud a Raíz De Covid-19	56
4.1.1. Programas Ejecutados Por La Alcaldía De Cali	57
4.1.2. Descripción De Las Medidas De Mitigación Adoptadas Por La Alcaldía de Bogotá	69

4.2. Similitudes y Diferencias de Los Programas de Promoción y Prevención de la Salud Ejecutadas Por Las Alcaldía de Bogotá y Cali	82
4.3 Análisis De Los Modelos de Organización Que Implementaron Los Programas De Salud y Prevención Del Covid-19 En Bogotá y Cali	95
4.3.1. Modelo Organizativo De Los Programas De Vigilancia Epidemiológica Del nuevo Coronavirus COVID 19	99
4.3.2. Modelo Organizativo De Los Programas De Beneficio En Términos Del Aseguramiento y El Acceso a Los Servicios De Salud	101
4.3.3. Modelo Organizativo De Los Programas De Atención Por Parte De La Red De Prestadores De Servicios De Salud Del Distrito	102
4.3.4. Modelo Organizativo Para Establecer Las Directrices Para Los Prestadores De Servicios De Salud En Cuanto a Programas De Salud y Prevención	104
4.3.5. Modelo Organizativo De Los Programas De Vigilancia Epidemiológica Del Nuevo Coronavirus COVID 19	108
4.3.6. Modelo Organizativo Para Establecer Las Directrices Para Los Prestadores De Servicios De Salud En Cuanto a Programas De Salud y Prevención	109
4.4 Recomendaciones Para Fortalecer La Respuesta Institucional a La Pandemia En El Marco De La Descentralización Político Administrativa En Colombia.	112
<i>Conclusiones</i>	121
<i>Bibliografía</i>	124

Introducción

El desarrollo de la pandemia por Covid-19 alrededor del mundo generó que algunos de los Estados respondieran de manera rápida y oportuna a los retos en salud pública que implicaba una pandemia como la generada por este virus. La irrupción del virus implicó que muchos de los países tuvieran que tomar acciones y adoptar programas de acuerdo con los conocimientos científicos de instituciones y organizaciones nacionales e internacionales como la OMS (Organización Mundial de Salud) enfocadas en el área de salud, e ir ajustándose en sus políticas de acuerdo con la evolución de los eventos económicos y efectos negativos del virus en la salud de las personas. Es así, que los programas implementados por las entidades e instituciones de salud se fueron adecuando a las realidades del momento.

En ese orden de ideas, las acciones implementadas por los países afectados se dieron en el marco de su misma política de salud, que se coordinó con las orientaciones técnicas y ciudadanas que recomendó la OMS frente al Covid-19, en algunos casos las políticas de salud se coordinaron junto a algunas políticas multisectoriales que sirvieran en minimizar los efectos perjudiciales de la Covid-19 en el bienestar de sus habitantes.

En el caso de Colombia las acciones implementadas no fueron muy bien coordinadas desde una política pública programática en salud que promocionara la salud y previniera la Covid-19, ni contó con políticas públicas multisectoriales lo suficientemente ágiles, pues la misma rapidez de los eventos y daños multisectoriales del virus y su mismo sistema de salud dificultó a que las oficinas de planeación, desarrollo y políticas estatales se ajustaran en los ritmos y necesidades en el área de salud en país. Por ello, las acciones se establecieron desde

puntos disímiles para enfrentar los aspectos más notables y críticos de la pandemia (Paz, 2020).

Los altos niveles de incertidumbre sobre el comportamiento del Covid-19 y las funciones adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social y a las entidades territoriales, implicó que los programas ejecutados a nivel nacional tuvieran cierta flexibilidad para que las entidades territoriales pudieran ajustar los lineamientos ofrecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con los requerimientos de cada territorio.

Producto de esta investigación se llegó a la conclusión de que a pesar de que los programas de intervención no pudieron ser concertados ni coordinados desde una política pública específica, sí es indispensable que los gobiernos regionales y nacionales establezcan una hoja de ruta a largo plazo que integre las principales lecciones aprendidas por este fenómeno para que en el futuro las comunidades sean capaces de afrontar a este tipo de crisis de manera organizada y mancomunada con las diferentes instancias del Gobierno (Paz, 2020; Andia, Criado, Mantilla, Molano, & Rodríguez, 2020; Pardo, 2020). Por lo anterior y a discreción del tesista, el presente trabajo adopta como objetivo analizar las acciones, estrategias, proyectos y programas en prevención y promoción de la salud desarrollados por las Alcaldías de Cali y Bogotá a través de una descripción de las principales medidas adoptadas por estas entidades territoriales, las similitudes y diferencias y los esquemas organizativos de las entidades encargadas de desarrollar y ejecutar los programas. Con base en este insumo, el lector encontrará algunas recomendaciones que permitan mejorar el impacto de los programas ejecutados en materia de promoción y prevención de la salud, tocando algunos puntos que no son estrictamente parte de este sector pero que lo involucran, pues la salud, como lo deja entender la Corte Suprema de Justicia y el Ministerio de Salud no sólo implica

la satisfacción de un derecho que se alcanza y protege de manera progresiva mediante la implementación de acciones estatales y gubernamentales hacia el bienestar social e individual en ausencia de afecciones y enfermedades, sino que va más, pues implica también el bienestar biológico, psíquico, social, económico y cultural de cada individuo y de la sociedad. (Corte Suprema de Justicia, 2008; Ministerio de Salud, 2015).

Para el desarrollo del presente trabajo, la investigación se divide en cuatro momentos. En primera instancia se presenta el marco general de la investigación, que contiene la descripción del problema, la justificación, los objetivos y el estado actual de algunos de los efectos y reacciones de distintos gobiernos extranjeros frente al manejo del problema de salud de la Covid-19 a manera de contexto, de allí pasamos de manera general al caso de Colombia para tener contexto nacional, de allí abordamos en detalle el caso de Santiago de Cali capital del Valle del Cauca y a Bogotá capital de Colombia. Seguidamente, se desarrolla el marco de referencia que contiene el marco teórico. En el tercer capítulo se encuentra la metodología, y en el cuarto capítulo se presentan los principales hallazgos de la investigación para finalizar con las principales conclusiones del estudio.

1. Marco General de la Investigación

1.1. Problema De Investigación

1.1.1. Descripción Del Problema

En el año 2020, el mundo atravesó uno de los problemas más acentuados y menos esperados en muchísimo tiempo, una pandemia por SARS COV – 2 más conocida como Covid-19, el cual tuvo una tasa de mortalidad de entre 1% a 3% afectando de manera esencial a las personas mayores de 60 años y con patologías de base, tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedad renal, enfermedad cardiovascular, entre otras. La enfermedad tomó una trascendencia tal que a finales de 2020 la mayoría de los países no se han recuperado de la totalidad de estragos generados por la pandemia, siendo el sistema de salud y el sistema económico los que más padecieron (OMS, 2020).

La Organización Mundial de la Salud fue una de las primeras instituciones que impuso diferentes parámetros para generar una disminución en los contagios, generando y difundiendo a través de los medios de comunicación normativas, orientaciones técnicas y orientaciones enfocadas para el público en general, alrededor del distanciamiento social, ocupación obligatoria de tapabocas y la ocupación de procesos de limpieza que garanticen la inocuidad de la totalidad de los espacios en los que se convive (Organización Mundial de la Salud, 2020). No obstante, en pleno año 2021 si bien existen lineamientos internacionales que establecen el proceso de control que debe tener la población general, cada país ha estado en libertad de generar medidas que buscan el cuidado de la población, considerando la necesidad inmediata de frenar la cantidad de contagios ante la imposibilidad de atender a más población en los centros médicos y disminuir consecuentemente el número de contagiados y el número de muertos.

En el caso colombiano si bien entre lo comprendido del año 2020 existe una gran cantidad de información referente a los decretos, circulares, resoluciones y leyes nacionales que están buscando la implementación de medidas a favor del bienestar de salud de la población (ver capítulo 1.4), lo cierto es que se han generado algunas tensiones, que se planean develar entre las propuestas realizadas por las alcaldías y gobernaciones, sin que exista una documentación sistematizada desde la política pública sobre los lineamientos implementados por cada una de los entes territoriales. No diciendo que esos procesos no existan, sino que la documentación que sustenta los procesos realizados no está para cada entidad territorial de forma individual y clara, lo cual se logra apreciar en trabajos académicos similares a este. (Muñoz y Ramirez, 2020; Rico, Barreto, Mendoza, Pulido & Duran, 2020) Por lo anterior, no es posible a futuro analizar de manera sistemática y organizada la evaluación de las acciones realizadas por cada uno de los gobiernos locales y departamentales para aprender de la experiencia de la acción gubernamental hacia la mitigación de los efectos adversos de la pandemia generada por la Covid-19. Y, en la búsqueda de referentes que permitan identificar una tendencia en el manejo de la pandemia en Bogotá y Santiago de Cali, no se han encontrado documentos que siendo avalados por una investigación exhaustiva permitan especificar un derrotero bajo el cual se rigieron los municipios para generar un control de la pandemia, en la misma medida siendo las poblaciones de estas dos regiones bastante afectadas a causa del Covid, es prudente mencionar que sus decretos o sus acciones gubernamentales, tienden a marcar un camino que puede o no ser atravesados por otras ciudades. En ese sentido, habiendo un vacío documental el presente proyecto de investigación mantiene la intención de develar algunas tendencias y exponer eventualmente las diferencias y semejanzas entre las diferentes propuestas.

1.2. Justificación

Dada la escasa literatura sistematizada sobre las medidas en materia de salud pública implementadas a nivel nacional para el manejo de la emergencia sanitaria acaecida por la COVID-19, además de la necesidad de su análisis como apoyo para la preparación del sistema de salud frente a nuevas problemáticas en salud similares a la presentada por esta enfermedad, se plantea el desarrollo el presente trabajo monográfico.

Se determinaron dos de las principales ciudades del país, Cali y Bogotá, para el análisis, considerando su nivel de representatividad a nivel poblacional, así como sus contextos diferenciales, incluyendo a sus entidades rectoras territoriales en salud pública, de tal manera que se pudieran evidenciar experiencias de éxito o fracaso en medio de una emergencia sanitaria en curso.

De manera adicional, se considera la necesidad de enfatizar el análisis de políticas públicas en programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, con base en la naturaleza de estas medidas, las cuales parten desde un enfoque de gestión del riesgo la primera y desde una mirada intersectorial y de análisis crítico a nivel territorial la segunda. Elementos que permitirían entender el proceso de salud – enfermedad de la COVID-19 desde una perspectiva integral y ayudarían a fortalecer la mitigación de su propagación.

Considerando los elementos anteriormente expuestos la presente monografía se enfoca en brindar una investigación de las políticas públicas en salud con relación a la promoción de la salud y prevención de la Covid-19 por la necesidad de que exista algo así que sirva como insumo para poder comprender y aprender de las experiencias de las acciones

gubernamentales emprendidas en Santiago de Cali y Bogotá, para que en estas ciudades capitales se pueda hacer un mejor trabajo a futuro.

Ubicando similitudes y diferencias sobre las políticas públicas de salud que han sido aplicadas por dos alcaldías de ciudades capitales de Colombia en medio del primer pico de la pandemia presentada por Covid -19, que tuvo ocurrencia en el país entre los meses de marzo y septiembre de 2020, posibilitando la apertura de discusión en torno a modelos de organización para su instrumentación e implementación desde la política pública comparada.

Bajo este mismo propósito se realizará un análisis político que permita conocer errores, aciertos, vacíos y brindar insumos al momento político y sanitario del primer pico de la pandemia en Bogotá y Santiago de Cali dos de las principales ciudades de Colombia.

El proyecto de investigación monográfico se realiza considerando no solo el interés presentado por el investigador en el área de políticas públicas de salud, sino también teniendo en cuenta la relevancia que estas políticas han tenido en el entorno actual y la relevancia que tienen estas al momento de planear el cuidado de la sociedad y enfrentar posibles problemas relacionados con la salud de la población.

los elementos anteriormente expuestos la presente monografía se enfoca en brindar una investigación de las políticas públicas en salud con relación a la promoción de la salud y prevención de la Covid-19 por la necesidad de que exista algo así que sirva como insumo para poder comprender y aprender de las experiencias de las acciones gubernamentales emprendidas en Santiago de Cali y Bogotá, para que en estas ciudades capitales se pueda hacer un mejor trabajo a futuro.

Ubicando similitudes y diferencias sobre las políticas públicas de salud que han sido aplicadas por dos alcaldías de ciudades capitales de Colombia en medio del primer pico¹ de la pandemia presentada por Covid -19, que tuvo ocurrencia en el país entre los meses de marzo y septiembre de 2020, posibilitando la apertura de discusión en torno a modelos de organización para su instrumentación e implementación desde la política pública comparada.

Bajo este mismo propósito se realizará un análisis político que permita conocer errores, aciertos, vacíos y brindar insumos al momento político y sanitario del primer pico de la pandemia en Bogotá y Santiago de Cali dos de las principales ciudades de Colombia.

El proyecto de investigación monográfico se realiza considerando no solo el interés presentado por el investigador en el área de políticas públicas de salud, sino también teniendo en cuenta la relevancia que estas políticas han tenido en el entorno actual y la relevancia que tienen estas al momento de planear el cuidado de la sociedad y enfrentar posibles problemas relacionados con la salud de la población.

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Realizar un análisis comparativo de las políticas públicas orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la Covid-19 implementadas por Bogotá y Santiago de Cali entre marzo y septiembre de 2020.

¹ Se entiende por pico de pandemia la mayor cantidad de contagios sufridos por una población específica en un tiempo dado

1.3.2. Objetivos Específicos

Describir las políticas públicas orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la Covid -19 implementadas por Bogotá y Santiago de Cali entre marzo y septiembre de 2020.

Identificar similitudes y diferencias entre las políticas públicas orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la Covid -19 implementadas por Bogotá y Santiago de Cali entre marzo y septiembre de 2020.

Efectuar una discusión de los modelos de organización de programas con los cuales se instrumentalizaron e implementaron las políticas públicas orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la Covid -19 implementadas por Bogotá y Santiago de Cali entre marzo y septiembre de 2020.

Formular recomendaciones para fortalecer la respuesta institucional a la pandemia en el marco de la descentralización político administrativa en Colombia.

1.4. Estado de la cuestión

En marzo de 2020 se declaró una pandemia a causa del brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causado por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2). Las tasas de letalidad se estiman entre 1% y 3%, afectando principalmente a los adultos mayores y a aquellos con comorbilidades, como hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular y cáncer. Hasta el momento no hay un tratamiento antiviral específico aprobado, los pacientes con cuadros leves deben ser manejados sintomáticamente y aislados en su casa. Los casos graves son aislados en los centros de atención, y el tratamiento es enfocado principalmente al alivio de los síntomas generales, la

oxigenoterapia y, en los casos críticos, al soporte respiratorio, con o sin ventilación mecánica. Frente a esto, el mecanismo para evitar la rápida propagación del virus fue el uso de tapabocas, evitar el contacto físico y el aislamiento preventivo. Por ello las entidades gubernamentales se vieron en la necesidad de diseñar e implementar una serie de políticas públicas para tratar de equilibrar las medidas de aislamiento preventivo con aquellas destinadas a aminorar el daño económico y social, generado por el aislamiento obligatorio y el cierre de fronteras.

En este acápite se analizarán algunas de las acciones tomadas por diferentes países frente a la pandemia. Inicialmente es preciso conocer las principales recomendaciones que realizó La Organización Mundial de la Salud frente al tema y que se debieron tomar en cuenta dentro de las normativas de cada país. Así la OMS sugiere:

- Guardar al menos 1 metro de distancia entre las personas, a fin de reducir su riesgo de infección cuando otros tosen, estornudan o hablan. Mantener una distancia aún mayor entre las personas en espacios interiores. Cuanto mayor distancia, mejor.
- Convertir el uso de la mascarilla en una parte normal de la interacción con otras personas.
- Evite espacios cerrados, congestionados o que entrañen contactos cercanos.
- Reunirse al aire libre. Las reuniones al aire libre son más seguras que en interiores, en particular si los espacios interiores son pequeños y carecen de circulación de aire exterior.
- Evitar lugares abarrotados o interiores
- Lavarse periódica y cuidadosamente las manos con un gel hidroalcohólico o con agua y jabón.

- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.
- Al toser o estornudar cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo.
- Limpiar y desinfectar frecuentemente las superficies, en particular las que se tocan con regularidad.

Pero conjuntamente con estos lineamientos, cada país debió poner en marcha un plan de acción en el que se evitara la propagación del virus tomando en cuenta las particularidades de sus sistemas económicos y la capacidad de sus sistemas de salud. Algunos países se vieron más afectados que otros por la pandemia, ya sea por las altas cifras de contagios y muertes o por las pérdidas económicas resultantes de las medidas de aislamiento y control. Entre los países más afectados por el coronavirus está Italia, en donde desde la detección de los tres primeros casos de coronavirus (SARS-CoV-2) el 15 de febrero de 2020, el número de casos confirmados no dejó de aumentar. A día 8 de febrero de 2021, se han contagiado más de tres millones de personas con el virus en el país. Dentro de esta cifra, se han registrado 100.000 decesos y alrededor de 2,5 millones de pacientes recuperados.

Los primeros casos sospechosos fueron anunciados oficialmente por la Organización Mundial de la Salud el 31 de diciembre de 2019, tras la aparición de este nuevo coronavirus unas tres semanas antes en uno de los mercados de la región china de Wuhan, de donde adquirió su nombre. Por su parte, en España el primer afectado por COVID-19, un turista alemán en La Gomera, se confirmó a finales de enero de 2020 (Department, 2021). Frente a esta situación se encuentran principalmente los siguientes decretos:

- ORDEN 21 de febrero de 2020: Medidas profilácticas adicionales contra la propagación de la enfermedad infecciosa COVID-19.
- DECRETO-LEY 23 de febrero de 2020, n. 6: Medidas urgentes de contención y manejo de la emergencia epidemiológica por COVID-19.
- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO DE MINISTROS 23 de febrero de 2020: Disposiciones de ejecución del decreto-ley 23 de febrero de 2020, n. 6, que contiene medidas urgentes relativas a la contención y manejo de la emergencia epidemiológica por COVID-19.
- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO DE MINISTROS 1 de marzo de 2020: Otras disposiciones de ejecución del decreto-ley de 23 de febrero de 2020, n. 6, rodamiento. Medidas urgentes de contención y manejo de la emergencia epidemiológica de COVID-19
- DECRETO-LEY 2 de marzo de 2020, n. 9: Medidas urgentes de apoyo a familias, trabajadores y empresas relacionadas con la emergencia epidemiológica del COVID-19
- DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSEJO DE MINISTROS 4 de marzo de 2020: Otras disposiciones de ejecución del decreto-ley de 23 de febrero de 2020, n. 6, rodamiento. Medidas urgentes de contención y manejo de la emergencia epidemiológica por COVID-19, aplicable en todo el país.
- DECRETO-LEY 9 de marzo de 2020, n. 14: Disposiciones urgentes para el fortalecimiento del Servicio Nacional de Salud con relación a la emergencia COVID-19.

- ORDENANZA 20 de marzo de 2020: Medidas urgentes adicionales en materia de contención y manejo de la emergencia epidemiológica por COVID-19, aplicables en todo el país

Estas disposiciones pueden explicarse en una serie de controles y manejos así:

- Se evitan todos los desplazamientos: Se debía evitar de forma absoluta los desplazamientos de entrada o salida de los territorios declarados como zona de seguridad de Lombardía y 14 provincias de las regiones de Véneto, Emilia-Romaña, Piemonte y Marcas, salvo que existan motivaciones de exigencias de trabajo o situaciones de emergencia inaplazables. Se prohíbe de forma absoluta salir de casa a las personas que estén contagiadas y realicen en casa la cuarentena.
- Cierre de discotecas: Para evitar el contagio se decidió suspender todas las manifestaciones organizadas, así como los eventos en lugares públicos o privados, comprendidos los de carácter cultural o lúdico, deportivo y religioso. Cierran cines, teatros, pubs, escuelas de bailes, salas de juego de bingo y discotecas. Esta medida es para la zona roja del norte, pero también en el sur.
- Bares abiertos, pero con condiciones: Las reglas en los lugares públicos afectan a toda Italia. Los bares y restaurantes podían permanecer abiertos, pero el gestor debía hacer respetar la distancia de seguridad de al menos un metro entre las personas.
- Suspenden misas y funerales: Las misas con fieles se suspendieron en todo el país, así como los funerales en las iglesias. Solo se hacían las oraciones en el cementerio. En algunos municipios se pidió que solo asista un par de familiares.
- Centros comerciales cerrados en jornadas festivas: Las medias y grandes estructuras de venta y centros comerciales debieron estar cerrados en las jornadas festivas y en

las prefestivas, así como las tiendas o locales que se encuentren dentro de dichos centros o mercados.

- Se garantiza el transporte: En Lombardía y las 14 provincias aisladas podían llegar tanto trenes como aviones. Si bien el tráfico se garantizó, el viajero tenía que demostrar exigencias laborales o graves motivos de emergencia.

A pesar de ser uno de los países más afectados por el virus, las medidas tomadas a tiempo por el gobierno italiano permitieron controlar las consecuencias devastadoras de la pandemia. Italia no fue de los primeros países en levantar las restricciones, y cuando lo hizo, a partir del 4 de mayo, lo hizo gradualmente, y eso, para La Vecchia, permitió un mayor control de la epidemia en los primeros meses del verano. Sin embargo, actualmente y a pesar de haber superado una de las mayores crisis de salud pública en su territorio, nuevamente la mayor parte de Italia deberá permanecer confinada a partir del lunes 15 del mes de abril, en el marco de las nuevas restricciones por el aumento de los contagios de coronavirus. Las regiones más pobladas del norte de la península, entre ellas Lombardía, con Milán, así como Lacio, con Roma, han sido clasificadas como "zonas rojas" a partir de esta fecha. Las demás regiones han sido todas declaradas zonas naranja, de contagio intermedio.

Otro de los países con mayor afectación por el coronavirus es Estados Unidos, que en determinado momento descartó la posibilidad de que en su territorio se propagara el virus y continuaba con normalidad sus actividades, a pesar de que la mayoría de estados del mundo ya habían entrado en cuarentena. Este país, en cuanto a muertes por cada 100.000 habitantes, ocupa el noveno lugar, detrás de países como Reino Unido, República Checa, Italia y Portugal, según la Universidad Johns Hopkins. La primera muerte por el virus conocida en Estados Unidos se produjo el 6 de febrero de 2020, eso significa que medio millón de vidas

se han perdido en poco más de un año, más que el número de muertos en Estados Unidos por la Primera Guerra Mundial, la Segunda Guerra Mundial y la guerra de Vietnam juntas (BBC News, 2020).

Frente a esto es pertinente revisar qué medidas adoptó el gobierno en el momento en que aceptó la realidad de los contagios en este territorio, sin antes tener en cuenta que algunos estados declararon la emergencia independientemente de la declaración de emergencia nacional que les permitía movilizar recursos ya y actuar rápidamente. San Francisco lo hizo el 25 de febrero, seguida de otras ciudades que declararon la emergencia sanitaria: el 29 de febrero lo hizo el estado de Washington, California el 4 y, de forma escalonada, le siguieron Maryland, Kentucky, Utah, Nueva York y Florida, estos dos últimos el 7 de marzo. Trump lo hizo el 13 del mismo mes.

La respuesta estatal y local se dio acorde con una estructura federal como la de EEUU, es decir que, tras la declaración del estado de emergencia, la principal consecuencia es el desbloqueo de fondos federales para ayudar a los estados y a las localidades afectadas a hacer frente a la crisis del COVID-19. Trump recurrió a la Ley Stafford de 1988, que permite a la Agencia Federal de Gestión de Emergencias de EE.UU. (FEMA, en inglés) coordinar la respuesta nacional en caso de una "catástrofe" y salir al rescate de los gobiernos estatales y locales impactados. La FEMA controla más de 40.000 millones de dólares en fondos federales aprobados por el Congreso para el alivio de desastres, que a partir de ese momento podrían destinarse a ayudar a algunos de los estados más afectados, como Washington, Nueva York o California. Adicional a esto, se restringieron los vuelos internacionales, se fomentó la toma de pruebas y el estudio del virus en búsqueda de tratamientos y vacunas (Navarro, 2020).

Esto se interpreta en que frente a la pandemia el gobierno de Trump, delegó responsabilidades a los estados federales, estos eran los encargados de establecer las medidas en sus respectivos territorios para frenar los contagios, algunos restringieron la circulación en espacios públicos, horarios de servicios y cerraron las instituciones educativas. Sin embargo, no existieron lineamientos nacionales que dirigieran las políticas de prevención, control y manejo del virus, por lo que no hubo una respuesta en bloque como país frente a la oleada de contagios y muertes.

Por otra parte, es pertinente analizar que, con la llegada de un nuevo gobierno a Estados Unidos, en el presente año, se espera un cambio en esta dinámica. El actual presidente Joe Biden se enfoca en ofrecer una respuesta coordinada a nivel federal para combatir la pandemia de Covid-19. Entre las medidas se ha incluido exigir una prueba PCR negativa y cuarentena a todas las personas que lleguen al territorio nacional, además de utilizar la ley de producción de defensa para la fabricación de vacunas. El mandatario estadounidense, quien aseguró que la situación del país empeorará antes de que mejore, también incluye en sus planes el regreso de Estados Unidos a la OMS y al Fondo de Acceso Global para Vacunas Covid-19 (Covax) (France 24, 2021). Biden se mueve con siete objetivos: restaurar la confianza pública en los esfuerzos del Gobierno; conseguir más dosis para vacunar; mitigar la propagación del virus; ofrecer ayuda económica de emergencia; diseñar una estrategia para realizar pruebas en escuelas y lugares de trabajo; crear un grupo que acabe con la desigualdad racial, étnica y geográfica que agrava la crisis y, también, prepararse para el futuro (ERNST, 2021)

Otro de los países con mayores contagios es Brasil. Desde el primer contagio, el 26 de febrero, y de la primera muerte, el 12 de marzo, ambos en Sao Paulo, el país suma ahora

11.019.334 casos confirmados y totaliza 265.411 muertes. Según el reporte oficial, en el país de poco más de 210 millones de habitantes se han recuperado 9.757.178 pacientes del nuevo coronavirus SARS-CoV-2, lo que supone el 88,5 % del total de infectados.

El caso de Brasil se asemeja al de Estados Unidos donde su principal dirigente mermó importancia a la realidad del virus, su alcance y masivas consecuencias. El presidente Jair Bolsonaro, cuestionó drásticamente las medidas de confinamiento para combatir la pandemia, sin embargo, el 20 de marzo, el Senado de Brasil aprobó un decreto presidencial que declara emergencia nacional por la pandemia de coronavirus, lo que permite al gobierno renunciar a los objetivos fiscales y liberar recursos presupuestarios para combatir el virus.

Entre las medidas que sí se establecieron a nivel nacional estuvo el aislamiento para personas sintomáticas y asintomáticas, que se someten a una investigación clínica de laboratorio y obtuvieran resultados positivos. El aislamiento tenía un plazo de 14 días y debía realizarse en el hogar. De acuerdo con la condición de cada paciente, esto podía extenderse hasta por 40 días o el tiempo que fuese necesario de acuerdo con lo que indicaran las autoridades sanitarias. Las personas que no cumplieran con el periodo de cuarentena, aislamiento y hospitalización estarían faltando al Código Penal, por lo que recibían una sanción con detención de un mes a un año, además de una multa. Así mismo aquellos que tuvieran la intención de propagar el virus a propósito, incurrían en un delito de epidemia y serían penados con 10 o 15 años de cárcel. Las personas que desobedecieran las medidas restrictivas serían detenidos por 15 o hasta seis meses y debían enfrentar diversas multas (Texeira, 2020)

Por otra parte, la responsabilidad del manejo de la pandemia que se delegó a los gobiernos locales, estaba enfocada en que cada territorio viera por sus habitantes y la seguridad de ellos, frente a esto se encuentra que:

- El Gobierno de São Paulo, estado que lideró el número de casos de la enfermedad, recomendó que se cancelarán los eventos de más de 500 personas. También decidió suspender gradualmente las clases en los colegios públicos. Se buscó que las familias tengan tiempo de planificarse y evitar que los niños estén en contacto con personas de edad avanzada, público de mayor riesgo de sufrir complicaciones en caso de infección. Además, los profesionales sanitarios no tendrían vacaciones, una forma de mantener operante el sistema de salud y con la mayor capacidad posible.
- Río de Janeiro, que cuenta con uno de los sistemas de salud más frágiles, también decidió suspender las clases en los centros públicos y particulares. El alcalde Marcelo Crivella canceló las clases en la red municipal durante una semana, mientras que el gobernador Wilson Witzel decidió anticipar las vacaciones escolares y suspender las clases en los colegios estatales y privados. También prohibió eventos multitudinarios y estableció que, de haber grandes aglomeraciones en las playas, la Policía Militar podría intervenir (Texeira, 2020)

Otro caso de mención es el de Argentina, el primer caso confirmado de la pandemia de COVID-19 se dio a conocer el 3 de marzo de 2020. Al 12 de marzo de 2021, se confirmaron 2.185.747 casos de personas infectadas y 53.578 muertes en total. Debido a que Argentina es un país federal, las decisiones para luchar contra la pandemia las toman cada una de las provincias y la Ciudad de Buenos Aires, sin perjuicio de las facultades propias y concurrentes del gobierno nacional. Para enfrentar la pandemia, Argentina, como la mayoría de los países

del mundo, adoptó una serie de medidas sanitarias, económicas y sociales, consensuadas entre el gobierno nacional y todas las provincias y la Ciudad de Buenos Aires. El plan de acción se caracterizó por una cuarentena temprana y estricta que abarcó todo el país durante 37 días, seguida de una flexibilización por regiones, que permitió levantar la cuarentena en la mayor parte del país, para establecer protocolos de distanciamiento, manteniéndola en las áreas de alto contagio. Otras normativas que implementó el país suramericano fueron:

- Creación de un fondo especial de 1.700 millones de pesos: El gobierno nacional dispuso la creación de un fondo especial que permitirá adquirir equipamiento e insumos a laboratorios y hospitales.
- Readecuación del calendario académico en todas las instituciones universitarias y de educación superior del país.
- Suspensión del dictado de clases presenciales en todas las escuelas del país: La medida rigió por 14 días consecutivos a partir del 16/03. Las instituciones educativas permanecerán abiertas para sostener la asistencia alimentaria, así como las actividades administrativas.
- Cierre de fronteras: A partir de la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud en relación al coronavirus COVID-19 y a los efectos de reducir las posibilidades de transmisión del virus, se determinó la prohibición de ingreso al territorio nacional de personas extranjeras no residentes en el país por un período de 15 días.
- Refuerzos en la política de protección social: Con el objetivo de garantizar el acceso a la alimentación y sostener los ingresos de los sectores más vulnerables

en el marco de la pandemia, se estableció un incremento en las partidas para asistir a comedores escolares, comunitarios y merenderos.

- **Construcción de 12 Hospitales Modulares de Emergencia:** El Ministerio de Obras Públicas pondrá en marcha la construcción de módulos hospitalarios que permitirán ampliar en 840 las camas de internación y ofrecer atención las 24 horas para fortalecer el sistema de salud ante la pandemia.
- **Aislamiento social, preventivo y obligatorio para toda la población:** Con el objetivo de restringir la propagación del nuevo coronavirus, el gobierno nacional ha dispuesto restringir la circulación tanto en las rutas nacionales como dentro de las ciudades de todo el país. La medida, que regirá hasta el 31 de marzo inclusive, no afectará la producción imprescindible, el abastecimiento, los servicios de salud y todos los servicios esenciales.
- **Aprobación de Programas de Acceso a Servicios TIC y Conectividad:** El contexto actual ha demostrado la importancia de garantizar el derecho de acceso a los bienes y servicios básicos de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones para el conjunto de la población.
- **Aumento del 50% el monto de la Tarjeta Alimentar:** Con el objetivo de sostener el poder de compra de las familias y avanzar con un esquema de buena nutrición, se incrementarán 50 por ciento los montos acreditados a las y los titulares de la tarjeta Alimentar.
- **Congelamiento temporario de alquileres y suspensión de desalojos:** Frente a la continuidad de la emergencia sanitaria muchos trabajadores y trabajadoras han

visto afectados sus ingresos como consecuencia de la merma en la actividad económica. (Ministerio de Salud, 2021)

Estas disposiciones permiten observar que, si bien también en Argentina se da libertad a cada territorio federal para manejar la situación, si existen unos lineamientos nacionales que rigen el accionar frente a la pandemia, en general dispuestas para frenar la propagación evitando las reuniones sociales, eventos públicos, clases y otras actividades, pero también manejando apoyo a las empresas y empleados que se vieron afectados por las medidas de contingencia.

Por último, centrándose en el ámbito local, Colombia confirmó el 6 de marzo de 2020 en Bogotá, con la llegada de una mujer infectada, de 19 años procedente de Milán, Italia. Hasta el 12 de marzo de 2021, se han reportado 2.294.617 casos confirmados, 60.950 fallecidos y 2.195.569 recuperados de COVID-19. Siguiendo la Declaratoria de Emergencia Económica, Social y Ecológica del Gobierno Nacional, del 17 de marzo del año pasado que se han adoptado hasta el momento una serie de medidas que se pueden clasificar en tres fuentes primordiales: medidas sanitarias y de emergencia sanitaria, medidas de emergencia social, económica y ecológica y medidas de orden público y otras de carácter ordinario. Lo anterior sin perjuicio de reconocer que existen relaciones estrechas entre cada uno de estos grupos de normas.

Entre las medidas sanitarias y de emergencia sanitaria, se encuentran principalmente:

- Resolución 380: Aislamiento y cuarentena de viajeros, China, Italia, España, Francia
- Resolución 385: Declaración de EMERGENCIA SANITARIA, mod. 407 y 450
- Resolución 453: Suspensión de establecimiento de comercio y bebidas.

- Resolución 666: Protocolo general de Bioseguridad
- Resolución 675: Protocolo industria manufacturera
- Circular 005: Directrices detección y atención COVID-19
- Circular 001: Transporte de pasajeros

Entre las medidas de emergencia social, económica y ecológica, se identifican:

- Decreto 438: Exención de IVA bienes COVID-19
- Decreto 439: Suspensión desembarque de pasajeros por 30 días desde 23 de marzo
- Decreto 470: Alimentación escolar y educación
- Decreto 546: Medida carcelaria - sustitución de penas de prisión y de detención
- Decreto 568: Impuesto Solidario por el COVID-19

Frente a las medidas de orden público y otras de carácter ordinario, se destacan las siguientes:

- Decreto 412: Frontera
- Decreto 457: Aislamiento
- Decreto 462: Prohibición de exportación y reexportación de productos
- Decreto 536: Continuación y aislamiento (Social, 2020)

De las anteriores medidas se puede identificar que se buscó un aislamiento estricto de la población colombiana, se restringió el acceso a diferentes espacios y se trató de subsanar los déficits económicos que se pudieran presentar en los hogares, ya sea por los despidos o por el cierre del comercio. Sin embargo, las medidas quedan cortas ante las necesidades de la

población ya que no se toman en cuenta muchas de las particularidades de las diferentes regiones en aspectos sociales, culturales y económicos.

Se puede establecer así, que si bien cada gobierno enfrentó y enfrenta la pandemia desde sus propias capacidades muchos de estos no estaban preparados para dar solución a las problemáticas que esta traía. Así mismo se ve la importancia de los lineamientos generales y nacionales para una acción coordinada, sin dar espacio a ambigüedades ya que por estas es posible la propagación del virus.

2. Marcos Referenciales

2.1.Marco Teórico

2.1.1 *Las Políticas Públicas*

Para Pallarés (1988) las Políticas Públicas son el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos, por lo tanto, estas deben ser consideradas como un “proceso decisional” que hace referencia a un conjunto de decisiones que se llevan a cabo a lo largo de un plazo de tiempo. Como puede notarse, el mencionado autor no aclara si estas políticas son “actividades” enmarcadas por fuera o dentro de un programa específico, pues aclara que se limitan a ser decisiones institucionales producto de un “proceso decisional”. Tampoco aclara que estas políticas afecten de manera positiva o negativa a la población, pero se puede decir que en ciertos casos el bienestar se cuestiona debido a la política de imposición fiscal y la mayoría de programas tienden a tener un impacto directo positivo en el bienestar de la población.

Paralelo a ello, Cadéas (1992) asegura que a las políticas públicas se las debe entender como una ciencia y arte de gobernar la administración y organización de un Estado en sus asuntos e intereses, así entonces se entiende que estas son las acciones que emite el gobierno en busca de dar una respuesta a las diversas demandas de la sociedad, en las que hace un uso estratégico de los recursos para aliviar los problemas nacionales. Por tanto, se entiende como el ámbito que otorga privilegios a la realización del pacto que se fija entre Estado y sociedad, pero en este caso es el Estado el que se encarga de organizarlo y hacerlo más ágil, aunque sea una participación activa de estos dos actores, el objetivo final de beneficio va completamente dirigido a la sociedad. Aquí cabe la aclaración de que no todo es asunto

público y que de lo público no todo se convierte en política pública, y que por este hecho existen asuntos que solamente son atendidos por el gobierno y no necesitan de la participación de la sociedad.

Por ello, es necesario aclarar las teorías referentes al problema público, para esto se encuentra lo estipulado por Montecinos (2007) quien asegura que este concepto se empieza a definir cuando en el enfoque de las políticas públicas se recurre al concepto de "formación de la agenda pública" para ubicar política y analíticamente el surgimiento de los problemas públicos.

Después de esto, se prosigue a la comprensión de los problemas públicos, los cuales, para Montecinos (2007) no existen por sí mismos, ni son objetivos, pues dependen de la definición y comprensión que de este tenga el decisor. Señalando así que "no todos los problemas se pueden convertir en problemas públicos y no todos los problemas públicos alcanzan una definición precisa que se traduzca o que pueda culminar en decisiones públicas acertadas" (Montecinos, 2007, pág. 327)

Por su parte, Roth (2007) considera que es necesario distinguir en el plano analítico dos elementos, el primero de ellos es acerca de la construcción del problema como problema social y el segundo es la inscripción de este en la Agenda. Posteriormente, estipula que existen tres fases en la construcción de los problemas:

- Que el asunto en cuestión genere cambio en la vida de los individuos afectando de manera diferenciada a diversos grupos sociales.
- La transformación anterior de la vida de los individuos genera una tensión que eleva el problema privado a problema social, allí debe encontrar una formulación

y transitar hacia la segunda fase, en la cual se precisa, por lo tanto, de un grupo o grupos de personas con la capacidad de liderar la vocería sobre el problema en el escenario público.

- Finalmente, una vez se reconozca públicamente como tal, y sea formulado, se persigue la institucionalización del mismo.

Por otra parte, se encuentra que el ciclo de vida de las políticas públicas cuenta con diferentes enfoques, que en la mayoría de estudios se reducen a cuatro momentos: la formulación del problema y puesta en agenda, el diseño de alternativas o toma de decisiones, la implementación y la evaluación de impacto.

En primer lugar, la formulación del problema, según lo mencionado por Roth (2007), implica la identificación, caracterización y análisis particular de la situación, por este motivo el autor se formula la pregunta: ¿Por qué en algún momento, y a través de qué mecanismos, un tema se convierte en problemático y obliga a las autoridades públicas a intervenir? Posteriormente, se encuentra la inscripción del problema en la agenda pública, la cual se define como el conjunto de problemas que necesitan debate público.

Cabe aclarar que, para que un problema sea considerado problema público, Subirats et al. (2012) afirma que esto se da cuando una situación se juzga políticamente como problemática y entra al debate público o a la agenda pública.

En segundo lugar, se encuentra el diseño de alternativas, para el cual, Franco (2013), considera que en esta etapa los servidores públicos analizan con detalle el problema público que les ha sido planteado y buscan soluciones creativas y viables para resolverlo. Esto con el fin de ofrecer una recomendación de política pública que sea inteligente,

presupuestal, económicamente viable, legalmente permisible, administrativa y políticamente posible.

El mencionado autor propone en su libro una metodología de cinco pasos para formular una política pública viable: 1) Análisis del problema, 2) Análisis de soluciones, 3) Análisis de factibilidad, 4) Recomendaciones de política pública y 5) Plan de acción de política pública.

En tercer lugar, se encuentra la etapa de implementación, para su explicación es necesario empezar mencionando el devenir del tema, el cual tiene sus inicios a mediados de los años setenta en Estados Unidos y se crea gracias a todos los inconvenientes presentados con las políticas públicas que no cumplieron las expectativas del gobierno que gastó grandes sumas de dinero en estas, esta fue la principal razón por la que se encuentra la necesidad de ir más allá del diseño de las políticas y se lo empieza a considerar como un campo sub disciplinar en el public policy analysis. (Cuesta, 2017, pág. 24)

Los primeros investigadores que se interesaron por el tema fueron Jeffrey Pressman y Aarón Wildavsky, quienes escribieron el libro llamado “Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland” publicado en 1973. En dicho libro los autores definen la implementación de diferentes formas:

Esta significa llevar a cabo, lograr, realizar, producir, completar. Pero ¿qué es lo que se está implementando? Una política naturalmente. Debe haber algo con anterioridad a la implementación; de otro modo, no habría nada que avanzara hacia el proceso de ésta. Un verbo como “implementar” debe tener un sujeto como “política”. (Pressman y Wildavsky, 1973, pág. 54)

Además de lo mencionado, los autores consideran que es de gran relevancia la delimitación del campo de acción o dominio de la implementación, lo que significa que debe dejarse claro desde donde empieza la política y hasta donde se pretende llegar.

En último lugar, se encuentra la evaluación de impacto, la cual Franco (2013), la define como: “la valoración de los efectos para determinar cómo ha cambiado una situación una vez que ha culminado la acción del gobierno” (p. 16). A pesar de ello, debe recalcar, que esta etapa puede ejecutarse durante el diseño, la implementación y su maduración. Cuando la evaluación se lleva a cabo en la etapa de diseño, esta es denominada evaluación *ex-ante*, cuando se realiza en la etapa de implementación se llama evaluación *concomitante* y cuando se la realiza al final, se la llama evaluación *ex-post*. (Franco, 2013)

Sin embargo, respecto a los momentos o etapas de la política pública, Vargas (2009) precisa que: “el orden de las etapas puede ser inverso o perturbado” (p. 72). Esto dilucida que la política pública no es precisamente lineal y que en determinados casos es posible que se implementen acciones ante un problema que no se sabe exactamente cuál es, o, que se tomen decisiones para intervenir el problema sin tener un programa propiamente hecho. Pese a esto, el mismo autor aclara que la política pública cuenta con elementos muy básicos como predicción, decisión y acción (p. 53). Atribuyendo a que es un ejercicio que debe hacerse con responsabilidad, y previendo un proceso y resultado positivo con base a análisis serios y sustentables, pues busca un fin (o resultados) que en palabras de Vallès (2015) se puede expresar como: “El objetivo último de la política es lograr un grado razonable de estabilidad social mediante la implementación de políticas públicas que inciden en el entorno” (p. 68)

2.1.2 Políticas Públicas Orientadas A La Promoción De La Salud

En primera instancia, cabe mencionar que, (Buck, 1996) estipula que la estrategia de Promoción de la Salud (PS) ofrece importantes alternativas frente a las problemáticas de salud en el mundo. Debido a que esta trata acerca del esfuerzo en común de empresarios, trabajadores y la sociedad en su conjunto por mejorar la salud y el bienestar. Entre los principales medios con los cuales se debe contar para alcanzar lo mencionado, se encuentran: la mejora de la organización del trabajo y del entorno laboral; promoción de la participación de los trabajadores en actividades saludables; promover hábitos de vida saludables y fomentar el desarrollo personal.

Por su parte, la (Red Europea de Promoción de la Salud , 2015) considera que esta se refiere a: “aunar los esfuerzos de la población para mejorar la salud y el bienestar de las personas” (p.14)

Por otro lado, la promoción de la salud de acuerdo a (Nutbeam, 1998) es:

... un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones orientadas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. (p.78)

El autor señala que es un propósito que permitiría a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y de esta manera mejorar su salud.

También es relevante considerar los planteamientos formulados en la (Carta de Ottawa , 1986) en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en la cual se logró establecer las bases para su conceptualización y práctica; Se plantearon como ejes de

la promoción de la salud: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios y se enfatizó en la salud como un concepto positivo que no concierne de manera exclusiva al sector de la salud.

Paralelamente, (Organización Panamericana de la Salud, 2000) define a la PS como:

... la realización de una serie de políticas y actividades, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países. (p. 41)

En cuanto a las diferentes definiciones que se presentan, (Eslava, 2006) señala que estas caracterizan a la promoción de la salud en tres sentidos. En primer lugar, como orientación de política internacional para intervenir sobre el entorno y modificar estilos de vida; En segundo lugar, como conjunto de acciones y procesos para que las comunidades y los individuos estén en condiciones de ejercer más control sobre los determinantes de la salud. Y finalmente, como dimensión que toma como eje la salud en un sentido positivo con el fin de mantener las condiciones de salud y garantizar condiciones de bienestar.

Es importante mencionar también que, debido a la creación de la Red Europea de Promoción de la Salud en la década de los 90, se generó un desarrollo global de políticas y acciones tendientes a destacar y fortalecer la promoción de la salud.

Con la publicación de la Declaración de Luxemburgo (ENWHP, 1997), se resalta la necesidad de “mejorar la organización y las condiciones de trabajo, promover la participación

activa y fomentar el desarrollo individual con el fin de mejorar la salud y el bienestar de las personas” (p. 12)

Como consecuencia de estos desarrollos y considerando las características regionales propias, se promulga en el año 2000 el documento Estrategia de Promoción de la Salud para América Latina y el Caribe (O.M.S., 2000) Estos planteamientos al ser acogidos y llevados a políticas públicas nacionales, ayudaron a contribuir a la mejora en las condiciones de salud de las poblaciones.

Es por ello, que se han presentado la necesidad de establecer políticas públicas para su adecuado funcionamiento, en los últimos 25 años el contexto colombiano, las evidencias permiten concluir que existen importantes logros, pero también falencias al respecto. Puesto que, hay un creciente desarrollo legislativo nacional y existen experiencias considerables a nivel de gestión de los gobiernos locales, empresarios y trabajadores. No obstante, persisten problemas en todo el sistema, en especial en las formas de priorización, focalización y coordinación.

Debe resaltarse también lo descrito por (Kickbusc, 1996) quien afirma que aún se encuentra la existencia de un notorio énfasis en el desarrollo de habilidades y responsabilidades individuales, centradas básicamente en la prevención y atención de enfermedades. La PS aún no tiene un espacio propio en la agenda ni suficiente estructura institucional, ni reconocimiento cultural para ser considerada en Colombia como un asunto prioritario. Por ello, el autor afirma que es necesario fortalecer el liderazgo, la cultura, la participación y el compromiso de todos los actores: a nivel intersectorial entre el sistema de

salud, el sistema de riesgos laborales, gremios, empresarios y los propios trabajadores e instancias de gobierno nacional, regional y local.

En cuanto a los caminos que se han desarrollado para el logro de la implementación de políticas públicas en Colombia, se obtiene que, en el año 1991, con la reforma de la Constitución Política, se introduce el derecho a la seguridad social. Esto conlleva a la expedición de la Ley 100 de 1993 con la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social, que incluye los sistemas de pensiones, salud y riesgos laborales. A partir de allí se comenzaron a generar leyes, decretos y resoluciones.

Posteriormente, durante la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrada en septiembre del 2000, 189 países, entre ellos Colombia, se comprometieron con ocho objetivos que conducen hacia un mundo más humano y equitativo. Estos son los denominados Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y para alcanzarlos es indispensable incorporarlos en las agendas de acción de los países.

Seguido de la Ley 100 de 1993, con la creación del sistema de salud actual, se realizan las acciones conducentes al logro de los Objetivos de Desarrollo en materia de salud, por ello se da la creación del Plan Nacional de Salud 2002-2006 donde se empieza a orientar una adecuada promoción a la salud.

También se encuentran varios pronunciamientos de la Corte Constitucional, en las sentencias 076 de 1994, 192 de 1994, 010 de 1999 y 304 de 1998, las cuales consideran a la salud como un derecho conexo a la vida. No obstante, en el artículo 48 de la (CPC, 1991) se sanciona que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia,

universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Y en el artículo 49 se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, correspondiéndole al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

El Estado también es el encargado de establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, ejerciendo su vigilancia y control. Por ende, en la Ley 100 de 1993 se hace referencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para el cual se establecen los siguientes objetivos:

- regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.
- en el artículo 162 hace referencia al Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.
- Igualmente, el artículo 165 hace referencia al Plan de Atención Básica (PAB), el cual complementa las acciones previstas en el pos y las acciones de saneamiento ambiental.

Por otro lado, se encuentra la Resolución 4288 de 1996, la cual define el Plan de Atención Básica del Sistema General de Seguridad Social en Salud como el conjunto de actividades,

intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad a cargo de las entidades territoriales a nivel departamental, municipal y distrital.

El mencionado Plan se encuentra compuesto por actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo.

Ahora bien, hechas estas aclaraciones, se puede considerar que, para los casos específicos de promoción a la salud, cabe resaltar que, la (O.M.S., 2019) en las últimas décadas ha venido impulsando una estrategia global de salud, para lo cual considera que la promoción de la salud ha surgido internacionalmente como una estrategia importante para lograr la equidad, democracia y justicia social. Por ende, se la debe concebir como algo más complejo que el proceso de cura de enfermedades, ya que esta ha trascendido al individuo como beneficiario de políticas y como un objeto de acciones.

Al tener en cuenta lo referente al proceso salud-enfermedad, se ha logrado vislumbrar la totalidad de los factores que intervienen en el conjunto de áreas involucradas para mejorar las formas articuladas de intervención en salud. Por ello, la promoción a la salud, destaca los siguientes aspectos:

- Reconocimiento de la necesidad de políticas públicas multisectoriales para avanzar hacia las metas de promoción de salud a nivel poblacional.
- Énfasis en los aspectos de responsabilidad individual y colectiva de la salud, lo cual implica asumir que el individuo y las colectividades son

sujetos activos en la construcción de la dimensión social de la ciudadanía.
(Ministerio de Salud Pública, 2006)

Debido a ello, se obtiene que la promoción en la salud es viable si hay individuos y comunidades que pueden desplegar capacidades y potencialidades que les permitan lograr niveles de involucramiento, que generen respuestas en términos de resultados y procesos y sean sostenibles en el tiempo.

En Colombia, el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 1990, iniciaron la cooperación técnica en algunos municipios hacia la consolidación de Municipios Saludables. Las experiencias seleccionadas fueron las que demostraron compromiso político de los gobiernos locales, procesos relevantes de participación social y la integración intersectorial. Estos son los ejes que se consideraron favorables en cuanto al desarrollo de la estrategia de promoción a la salud.

Ahora bien, cabe mencionar que pasar de proyectos y programas a la generación de una política pública en el ámbito de promoción a la salud, implica que, las acciones se enmarcan en un nuevo concepto de temporalidad, dado que, la política tiene una vocación de permanencia de la cual carecen las acciones de naturaleza más puntual.

Por consiguiente, para que esta política pública funcione, (Torres & Santander, 2013) consideran que es necesario que se genere una nueva conceptualización de los problemas que le son asociados. Ya que, si los problemas sobre la promoción de la salud son considerados problemas de los individuos y no de las comunidades, se hace difícil que emerja una política pública que apunte a la construcción de la ciudadanía. Lo que puede darse, son políticas focales de impacto poblacional reducido.

Por otro lado, (Lo Vuolo, 1994) establece que, una política pública de construcción de ciudadanía social solo tiene posibilidad de existir y ser sustentable si parte de conceptualizar que la mayoría de los problemas que causa a los individuos son expresión de problemáticas socio-culturales globales y que por lo tanto las posibles soluciones deben generar respuestas acordes a tan alta dificultad.

En cuanto a los problemas de la promoción de la salud, se establece que la creación de valor, se da a través de dos actividades que operan en paralelo. En primer lugar, se encuentra la búsqueda de la resolución concreta de las necesidades de las comunidades y, en segundo lugar, está el desarrollo de estrategias y acciones que involucran a las comunidades en la resolución de los problemas que contienen. (Lo Vuolo, 1994)

Con lo mencionado se concluye que la construcción de la agenda de prioridades, la deliberación acerca de las mejores formas de intervenir, así como el control y monitoreo de las acciones hacen parte del juego democrático de la formación de las políticas públicas que esta estrategia apunta a construir.

Finalmente, cabe mencionar que, en Colombia no se ha usado este tipo de estilo de elaboración de políticas públicas, sin embargo, que tal como asegura el (Ministerio de Salud Pública, 2006) es condición esencial de la estrategia de promoción a la salud, que tanto las conductas como las condiciones de riesgo se modifiquen descentralizadamente, comunitariamente y a través de la deliberación democrática y la concertación de metas comunes. Ya que, con este proceso de construcción permanente de acciones locales, el que en paralelo libera las mejores actitudes de los individuos y las comunidades, hace que sean

no solo sujetos de derecho, sino autónomos y capaces de construir conscientemente sus condiciones de vida materiales y simbólicas.

El (Ministerio de Salud Pública, 2006) afirma que para conseguir la implementación de una política pública es necesario trabajar en un modelo de tres fases:

La primera fase hace referencia a la selección de las primeras experiencias en función de la preexistencia de capital social local, aquí se seleccionan las comunidades que permitan capitalizar experiencias pasadas, presentes y proyectadas, de trabajo comunitario en redes, de modo que se logre actuar desde el comienzo sobre los objetivos de comunidades saludables. Puesto que, tanto la OMS como la OPS promulgan el avance de la promoción de salud unida a la promoción del desarrollo que tiene una mirada territorial y que se apoya en procesos como:

La descentralización: entendida esta como una instancia territorial y político administrativa donde se produce una transferencia de poderes y recursos del centro del sistema a la periferia.

La intersectorialidad: esta es una consecuencia necesaria de la descentralización, dado que, si hay una perspectiva territorial de la política pública, es en el territorio donde la acción de varios sectores de la política debe hacerse presentes.

Los liderazgos locales: hacen énfasis en que la insistencia sobre la participación no debe impedir ver la importancia del liderazgo local, dado que las iniciativas y el sostenimiento de las mismas se basa en liderazgos emprendedores e innovadores con capacidad de interactuar en espacios más amplios que el local.

Negociación, concertación y consensos locales: tratan acerca de la identificación de problemas, la construcción de agenda, la señalización de alternativas y la construcción de acuerdos, lo que se denomina como procesos participativos y deliberados.

La sensibilización y la comunicación: es una tarea constitutiva de la promoción de la salud y tiene en cuenta también al reconocimiento de los problemas como problemas sociales, la aceptación de la agenda y de las alternativas de intervención, así como de la construcción de valores comunitarios. (Ministerio de Salud Pública, 2006)

En esta fase también se tiene en cuenta los criterios de selección de comunidades, en donde se debe tener en consideración las fortalezas institucionales para que cada comunidad cuente con referentes comunitarios con capacidad de liderazgo y con las estrategias se conforme una comisión intersectorial coordinada por los Directores Departamentales de Salud respectivos, dicha comisión debe tener como objetivos:

- La sistematización de problemas
- El establecimiento negociado de prioridades y compromisos a alcanzar
- Diseño de eventuales respuestas basadas en el uso de recursos locales
- Generación de información para el seguimiento de acciones
- Gestión local del seguimiento y monitoreo de las mismas.

la segunda fase, trata acerca de la sistematización y evaluación de las lecciones aprendidas y las buenas prácticas de las experiencias piloto en donde se debe recuperar todos los elementos surgidos del proceso piloto de ejecución que puedan capitalizarse en el futuro por el resto de las comunidades. (Ministerio de Salud Pública, 2006)

En esta fase, la evaluación debe ser un instrumento de mejora de la gestión y de la calidad de las políticas públicas, lo cual es de gran relevancia al momento de aumentar la eficiencia, eficacia y calidad de las acciones.

Al final de la segunda fase, el autor considera necesario prever la elaboración de un plan de visibilidad que pueda constituirse en uno de los elementos principales de legitimación de la misma.

Finalmente, en la tercera fase, se establece la importancia de enfocarse en una política pública saludable de alcance nacional y con una estrategia de implementación en ámbitos locales, para ello, se propone construir capital social que impulse y sostenga políticas públicas desde lo local, al contar con las evaluaciones de los casos desarrollados de manera favorable y las experiencias piloto. Esta incorporación depende de un diagnóstico confiable del territorio, desde el abordaje sanitario hasta el productivo, por lo cual, se debe atender en sus inicios a las homogeneidades regionales que tipologizan el país. (Ministerio de Salud Pública, 2006).

2.1.3 Políticas Públicas En La Prevención Del Covid 19.

El coronavirus pertenece a una extensa Familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. El SARS-CoV-2 es la versión acortada del nombre del nuevo coronavirus “Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave”, identificado por primera vez en Wuhan, China. La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. (Camara de comercio de Bogota, 2020).

La pandemia del COVID-19 según (Barinas & Viollaz, 2020) representa uno de los desafíos más serios que ha enfrentado la humanidad en tiempos recientes. Todavía se desconoce lo que podrá ser su costo total en vidas humanas y la profunda crisis de salud. El mundo está siendo testigo de un colapso económico que impactará de manera severa el bienestar de grandes segmentos de la población durante los próximos años. De acuerdo a ello se están tomando algunas de las medidas para contrarrestar la pandemia, las cuales, debido a la imposibilidad de utilizar el aislamiento selectivo con las personas y grupos contagiados ha llevado a la aplicación de medidas de distanciamiento social que están imponiendo un costo económico y social excesivamente desproporcionado en todo el mundo.

Este autor sostiene que la combinación de políticas como el distanciamiento social, el confinamiento y las cuarentenas implican una reducción, aunque no total de las actividades de producción y consumo por un periodo de tiempo incierto, lo cual repercute sobre el desplome de los mercados y puede llevar al cierre de empresas, llevando al desempleo a millones de trabajadores. De igual forma en la medida que el trabajo, factor esencial de la producción, está en cuarentena no hay crecimiento económico. La mayoría de las estimaciones muestran una contracción del producto global. En la región de América Latina y el Caribe, las predicciones muestran un consenso alrededor del -3% o -4%, y se espera que solo en 2022 la región recupere los niveles de actividad previos a la crisis. Según la CEPAL, más de 30 millones de personas podrían caer en la pobreza si no se ponen en marcha políticas activas para proteger o sustituir el ingreso de los grupos vulnerables.

Frente a todas las consecuencias ocasionadas por la pandemia de COVID-19 como la pérdida de ingresos de divisas por reducción de actividades clave como el turismo, la paralización de buena parte de las actividades económicas con efectos directos e indirectos

en el empleo e ingresos de los hogares, y desafíos fiscales, (Barinas & Viollaz, 2020) dice que los encargados de implementar medidas de alivio a la crisis son los gobiernos.

Así en tal sentido, considerando el efecto que se dio a nivel mundial por la pandemia de covid 19, todos los gobiernos han tenido que formular, aplicar y/o anunciar diferentes políticas públicas para afrontar la crisis generada por la declaratoria de pandemia y los cuidados y medidas que se requieren por parte de la población para reducir el riesgo de propagación, evitar el colapso de los sistemas de salud, reducir los efectos económicos y generar estrategias de reactivación.

De acuerdo a estudios realizados por el Fondo Monetario Internacional (2020), las economías desarrolladas, buscan implementar políticas para salvaguardar tanto su economía, como su salud, trabajo entre otros, es decir se han focalizado en la implementación de políticas de créditos y financiación, impuestos y seguridad social, mientras que en las economías emergentes se han trabajado más políticas regulatorias.

Según (Pardo, 2020) algunas de las políticas prioritarias implementadas en la mayoría de países se relacionan con:

En primer lugar, el aseguramiento de recursos para el sistema de salud, con lo cual se busca no sólo resistir sino también enfrentarse a la crisis económica que se tiene en este sector. Bajo este fin se plantea que la política planteada debe ser acorde con el desafío que se tiene de prevenir o evitar mayores impactos y efectos negativos.

Estas políticas en primera instancia buscan que los recursos sean asignados para que los sistemas de salud puedan responder a la creciente demanda de sus servicios, cabe resaltar que para alcanzar tal efecto se debe expandir el gasto público en pruebas adicionales, comprar

equipos de protección personal y ventiladores, y expandir las salas de aislamiento en cirugías generales. Así mismo se buscó evitar las restricciones comerciales sobre productos médicos y de salud para ayudar a garantizar que puedan ir a donde son más críticos. Conseguir este resultado requirió la ayuda internacional para brindar apoyo a los países con capacidad y recursos limitados en los sistemas de atención de la salud para ayudarlos a enfrentar y superar la pandemia.

Esta autora también menciona que las políticas se relacionan con los objetivos que tienen los diferentes países en cuanto a la política económica, pero que en economías emergentes relativamente más restringidas que fortalecen los sistemas de atención a la salud, se debe, no obstante, tener también en cuenta las políticas que en cierta medida buscan limitar o restringir la propagación de la crisis de salud a la actividad económica, protegiendo a las personas y empresas afectadas por las medidas de contención necesarias, minimizando los efectos persistentes de la desaceleración severa y asegurar que la recuperación económica pueda comenzar rápidamente y sea a mediano plazo.

Debe considerarse que el objetivo de las economías emergentes y en desarrollo son muy similares, pero existen diferencias en cuanto a los recursos para alcanzarlos están más restringidos, tanto por las capacidades más limitadas del sistema de salud como por el endurecimiento de las restricciones de endeudamiento.

Según (Barinas & Viollaz, 2020) las diferencias que existen entre economías también radican en la mayor demanda de activos de refugio seguro y las condiciones financieras más estrictas, junto con los niveles de endeudamiento ya elevados en algunos lugares, que limitan el alcance del estímulo fiscal. Como medida para controlar tal efecto de aumento de la

demanda de salud pública y los gastos esenciales relacionados, es posible que algunos países necesiten volver a priorizar el gasto existente y, al mismo tiempo, salvaguardar otras prioridades clave, como el apoyo a las poblaciones vulnerables. Así mismo estas políticas prioritarias implementadas en la mayoría de países se relacionan con las medidas fiscales específicas, las cuales tiene como no solo amortiguar el impacto en los hogares y empresas más expuestos, sino también preservar las relaciones económicas, en donde se busca aminorar el cierre de empresas para la era posterior a la crisis. Estas medidas fiscales deberán ampliarse si los paros de la actividad económica son persistentes o si el repunte de la actividad a medida que se levantan las restricciones es demasiado débil, por tanto, estas políticas específicas deben ser amplias, oportunas, temporales, en donde la amortiguación del impacto del shock en los hogares y empresas más expuestos debe depender en gran medida de políticas temporales y específicas, incluidas transferencias de efectivo, subsidios salariales, desgravaciones fiscales y prórroga o aplazamiento de los reembolsos de la deuda.

Dentro del sector financiero los bancos centrales de las economías avanzadas y de mercados emergentes han respondido de manera agresiva al repentino entorpecimiento de la actividad real y al rápido endurecimiento de las condiciones financieras, por tanto las políticas que se han implementado se basan en la generación de estímulos más amplios, es decir que como lo plantea (Castañeda, 2020) más allá de los recortes convencionales de las tasas de interés, varios bancos han ampliado significativamente los programas de compra de activos. Esta acción sincronizada entre países genera doble efecto por un lado se pueden engrandecer el impacto en las economías individuales y también ayudarán a generar el

espacio para que las economías emergentes utilicen la política monetaria para responder a las condiciones cíclicas internas.

De acuerdo con (Pardo, 2020) estas políticas evidencian que a nivel mundial los países han seguido una misma línea en las acciones establecidas, aunque cabe recalcar que existe una diferencia en su aplicación, es decir en los países desarrollados se ha logrado actuar más rápido que en las economías emergentes. Es fundamental actuar rápido, proteger el aparato productivo, analizar las alertas tempranas, entre otros, lo cual permitirá una reactivación económica más rápida y reducir los efectos sociales que está generando esta crisis.

De igual manera se considera a (Alvarez & Leon , 2020) quien plantea que entre las principales propuestas de política para la prevención del covid 19 radica en tres objetivos principales como son:

1. Contener el contagio y ajustar la infraestructura de salud.
2. Mitigar los efectos nocivos de la crisis sobre la incidencia de pobreza y, por esta vía, lograr el cumplimiento de las medidas de cuidado y autocuidado para convivir con el virus.
3. Proteger el empleo formal y ayudar a la supervivencia de las firmas.

Cabe resaltarse según (Comision interamericana de derechos humanos, 2020) que las medias adoptadas de prevención de covid 19, no traen resultados iguales, puesto que considerando América como la región más desigual del planeta, caracterizada por profundas brechas sociales en que la pobreza y la pobreza extrema constituyen un problema transversal a todos los Estados de la región; así como por la falta o precariedad en el acceso al agua potable y al saneamiento; la inseguridad alimentaria, las situaciones de contaminación

ambiental y la falta de viviendas o de hábitat adecuado. A lo que se suman altas tasas de informalidad laboral y de trabajo e ingresos precarios que afectan a un gran número de personas en la región y que hacen aún más preocupante el impacto socioeconómico del COVID-19. Todo esto dificulta o impide a millones de personas tomar medidas básicas de prevención contra la enfermedad, en particular cuando afecta a grupos en situación de especial vulnerabilidad.

En este contexto, la pandemia supone desafíos aún mayores para los Estados de las Américas, tanto en términos de políticas y medidas sanitarias, como en capacidades económicas, que permitan poner en marcha medidas de atención y contención que resultan urgentes y necesarias para proteger efectivamente a sus poblaciones, acordes con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Por otra parte, para (Fiallos, 2020) la implementación de políticas públicas depende del rol tan importante que juega la percepción del riesgo, aunque cabe considerarse que todavía en algunos de los países de la región todavía tienen una visión reactiva, por tanto para poder consolidar estas políticas públicas se necesita promover esa conciencia social en la producción del valor público, de una manera sostenible, a partir de este análisis de la amenaza, de la vulnerabilidad y del riesgo.

En este orden de ideas, cuando se habla de gestión de riesgos, los políticos específicamente la asocian mucho a la emergencia, por tanto, con la implementación de una política se trata de actuar en la emergencia, y en tal sentido en la medida en que la gente identifique el riesgo, va a estar más renuente a aplicar medidas de contención. Una experiencia representa el

COVID-19, cuando el ministro de salud de Costa Rica empezó a decir que la gente se quedara en casa, realmente la gente no se quedó en la casa porque lo pidiera el Ministro de Salud o porque pensarán que el ministro de Salud tuviera razón. La gente se asustó porque se empezó a tener el impacto de COVID-19 justo en el pico del impacto en España e Italia. Entonces las noticias de las muertes, de los furgones de cadáveres, de la gente tirada en la calle en Italia y en España asustaron a una población importante, y decidió quedarse en la casa.

Con ello se expresa que cuando la ciudadanía perciba el riesgo para su vida, para su negocio o para su comunidad, para su entorno, cualquiera que este sea va a aplicar las medidas planteadas.

3. Metodología

La presente investigación se realiza bajo un paradigma cualitativo descriptivo el cual se reconoce como el más apropiado para la investigación acerca de políticas públicas que desde el sector salud han funcionado para mejorar el proceso de prevención y protección de la salud de los pobladores de Bogotá y Santiago de Cali. Teniendo en cuenta lo anterior se estipula que esta es una investigación de revisión documental pues de acuerdo con Hernández (2014):

este estudio describe fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (p.105).

En la misma medida la revisión documental presenta un diseño no experimental en donde Hernández (2010) propone realizar la revisión de un fenómeno existente sin tener la posibilidad de generar incidencia en el proceso considerando las variables existentes en este, evidenciando la necesidad de buscar, observar y evidenciar los procesos llevados a cabo por las diferentes alcaldía en la temática nombrada a lo largo de la revisión, ello con la intención de analizar de manera consistente como se encuentran estipuladas las políticas públicas en el sector salud en Bogotá y Santiago de Cali.

Conviene mencionar que, en el presente estudio, se incluyen algunas estadísticas realizadas con la implementación de los programas de promoción y prevención en salud pública. Las estadísticas presentadas en el estudio se aportan teniendo en cuenta los datos

generados por cada una de las Alcaldía de Cali y Bogotá y por el sistema de datos abiertos de los gobiernos territoriales. Debido a ello, las estadísticas presentadas permitirán conocer el número total de programas, planes y acciones ejecutadas por las entidades territoriales de acuerdo a los meses, la naturaleza de los programas efectuados y las prácticas de geolocalización llevadas a cabo por cada una de las alcaldías.

Es importante resaltar que los datos aportados por las entidades territoriales todavía no permiten realizar estudios con un marcado enfoque cuantitativo porque los datos sobre los programas todavía se encuentran en proceso de elaboración por parte de las entidades encargadas, lo cual conlleva a que el estudio tenga un marcado enfoque descriptivo. Sin embargo, no se descarta que a futuro las investigaciones puedan analizar mediante modelos de impacto, las consecuencias que tuvieron las medidas adoptadas por las alcaldías de Cali y Bogotá para disminuir los efectos adversos del Covid-19.

4. Presentación de Resultados

4.1.Descripción De Las Políticas Públicas Implementadas en Bogotá y Cali Para La Promoción y la Prevención De La Salud a Raíz De Covid-19

En el presente acápite se analiza los programas realizados por las Alcaldías de Bogotá y Cali. Para la realización del presente objetivo se realizó un acercamiento con las alcaldías de cada ciudad con el objetivo de determinar qué programas se habían implementado en el periodo marzo-septiembre de 2020 para contrarrestar los efectos negativos del Covid-19 en sus territorios.

En ese orden de ideas, se identificó en primer lugar que tanto la Alcaldía de Bogotá como la de Cali afirman no haber desarrollado una política pública programática enfocada en la promoción y prevención de la salud pública. A pesar de la ausencia de una política pública programática, las entidades territoriales sí afirmaron haber desarrollado un plan de acción que contiene diversos programas enfocados en tratar los efectos adversos de la pandemia y el virus tanto en materia de salud pública, como en el ámbito productivo, económico y social.

En virtud de lo anterior, los programas y planes de acción ejecutados por las alcaldías de las respectivas entidades territoriales estuvieron enfocados en mitigar y disminuir la severidad de los efectos negativos del Covid-19 en la salud pública y en el aparato productivo de las ciudades. Esto en sí determina que la política pública en prevención de la Covid-19 y promoción de la salud sí se dio, pero de una manera no programática, no organizada y no directa. Como se podrá ver más adelante al indagar cuales fueron las actividades ejecutadas por la Alcaldía de Bogotá y Cali.

4.1.1. Programas Ejecutados Por La Alcaldía De Cali

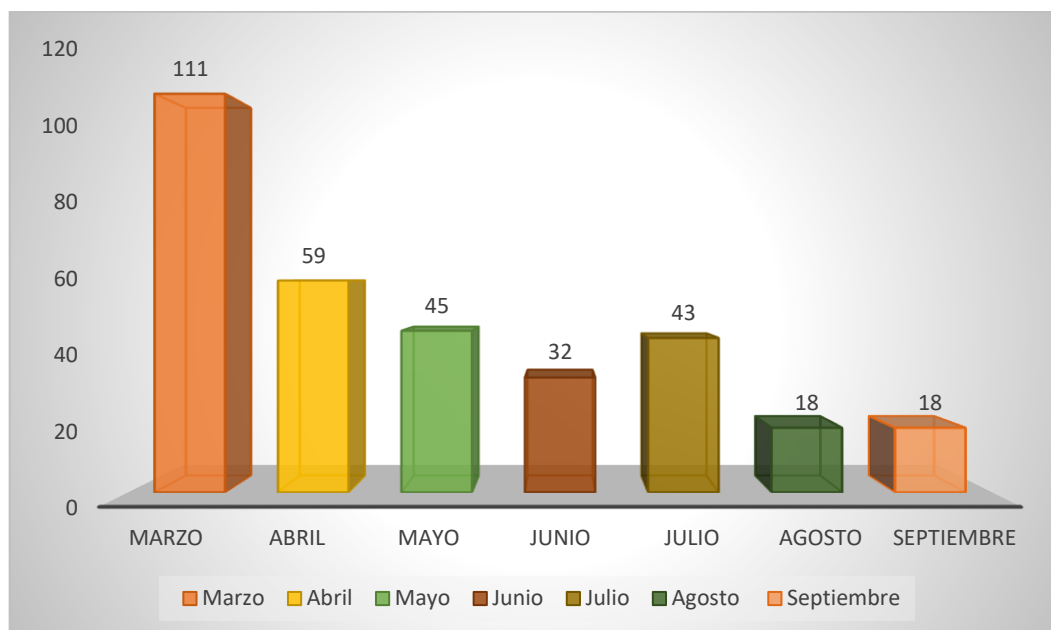
En referencia a los programas ejecutados por la Alcaldía de Cali, se encuentra que esta entidad territorial enmarcó todo su plan de acción en el programa denominado “Aislamiento Territorial Selectivo”, en adelante Aites, programa mediante el cual, la organización municipal tuvo como objetivo priorizar barrios según el número de población, el nivel de casos confirmados y probables contagios de Covid-19. Así, este programa tiene la finalidad no solamente de identificar y hacer seguimiento de los casos positivos de Covid-19 en la ciudad, sino también brindar la ayuda necesaria para estas personas, que en la mayoría de los casos son personas con escasos recursos económicos (Alcaldía de Cali, 2020). Cabe resaltar que todas las acciones y programas realizados al interior del programa Aites se coordinaron con las diferentes dependencias de la Alcaldía de Cali, así como las estipulaciones impuestas por el Gobierno Nacional.

Frente a las acciones implementadas por la Alcaldía de Cali para la mitigación y reducción de efectos negativos del virus Covid-19, se ejecutaron una serie de programas que tuvieron su enfoque principal en el área de salud, sin embargo, se encuentran programas complementarios que tenían como finalidad aumentar los niveles de conciencia de los ciudadanos sobre el potencial riesgo del virus. Para sintetizar el número de programas que se ejecutaron en este periodo de tiempo, al interior de la Alcaldía de Cali se presenta en la gráfica 1 los principales hallazgos sobre los programas efectuados.

Tal y como se observa en la gráfica uno, la mayor parte de los programas que se ejecutaron desde la Alcaldía de Cali tuvieron su auge en los primeros meses de la pandemia. En efecto, al analizar el número de programas se encontró que durante el periodo analizado se llevaron

a cabo 326 programas y/o acciones de intervención, de los cuales en el mes de marzo se desarrolló el 34,05% y en el mes de abril el 18,10% (ver gráfica 1).

Gráfica 1 Número de programas ejecutados por mes



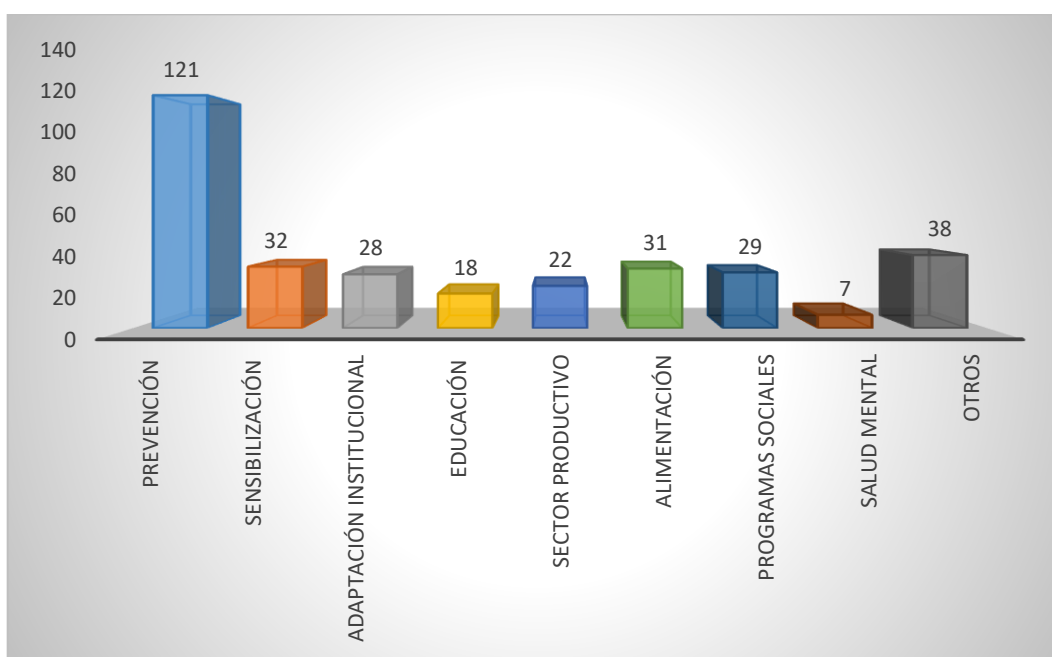
Fuente: Esta investigación, con datos de la Alcaldía de Cali (2020)

Al observar la gráfica uno, se encuentra que en los primeros tres meses de la pandemia se ejecutaron el mayor número de programas y acciones de intervención, situación que se fue disminuyendo con el tiempo hasta que en los meses de agosto y septiembre se ejecutaron solamente el 5,52% del total de los programas de mitigación.

En efecto, esta situación tiene una explicación porque el mayor número de programas y actividades de intervención en los primeros meses se explica por la necesidad de las entidades territoriales para adaptar las dependencias de la alcaldía, las secretarías de salud, los centros

de salud y demás instituciones relacionadas con la prevención y mitigación del virus. Por ello, si se analiza la naturaleza de cada uno de los programas ejecutados en el tiempo analizado, se podrá visualizar que, en los primeros meses, la mayoría de los programas se enfocaron en acciones preventivas, concientización y adaptación de todo el sistema de salud para el tratamiento del virus. Paulatinamente, con el desarrollo del virus y el mejoramiento en las capacidades institucionales de la Alcaldía de Cali se pudo diversificar la naturaleza de los programas para abarcar problemas derivados de la pandemia como la disminución del empleo, la precarización de las familias con menos recursos, los efectos nocivos sobre la salud mental de los caleños, entre otros (ver gráfica 2).

Gráfica 2 Naturaleza de los programas según rubro



Fuente: Esta investigación, con datos de la Alcaldía de Cali (2020)

Al revisar la naturaleza de los programas ejecutados por la Alcaldía de Cali, se logró encontrar que durante todo el periodo analizado se realizaron programas de prevención y

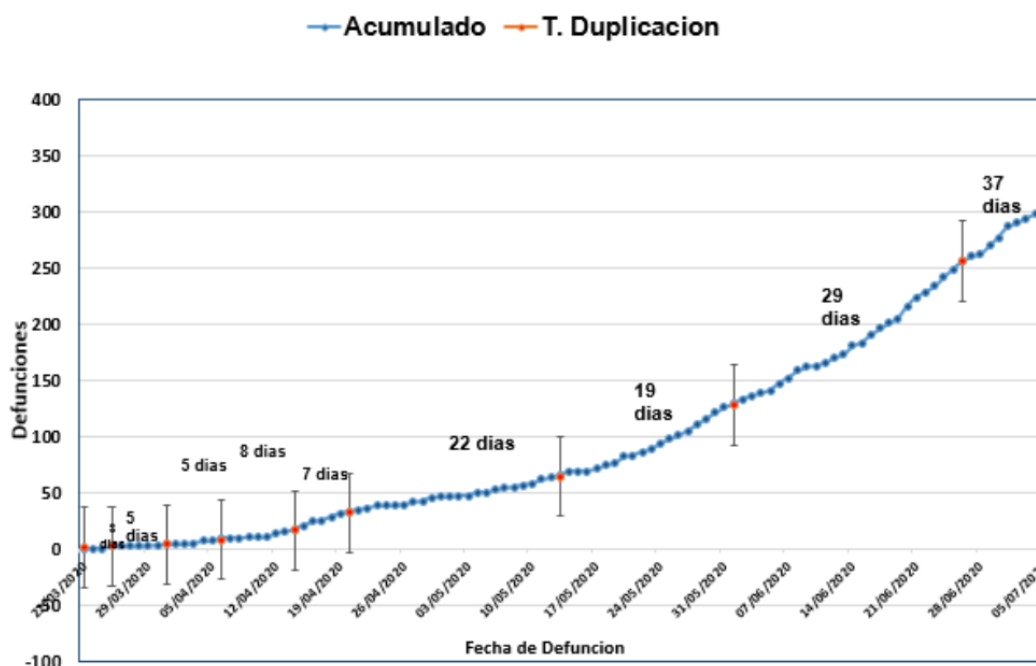
sensibilización de los ciudadanos con el objetivo de disminuir la tasa de contagio en la ciudad, lo cual a su vez indirectamente promovía a la sensibilización del cuidado de la salud a las personas que aún no se vieran afectados por el virus. En efecto, los programas en esta área fueron coordinados por la Subsecretaría de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud en conjunto con otras instancias de la Alcaldía de Cali como la Secretaría de Planeación, Transporte y Desarrollo Territorial.

Frente a la ejecución de estos programas se debe visualizar que el hilo conductor de los mismos fue acciones preventivas como campañas de lavado de manos, distanciamiento social, correcto uso de elementos de protección como tapabocas, conductas apropiadas en el servicio de transporte masivo MIO, hábitos de higiene y protocolos de los individuos al asistir a espacios sociales cerrados. Es importante destacar que este tipo de programas se concentraron en los primeros meses del año 2020, pero se encontró presencia de estos programas hasta en el mes de septiembre, especialmente en el área de sensibilización (Secretaría de Salud Pública, 2020).

En el mismo orden de ideas, desde el mes de marzo y abril un gran número de acciones y programas se enfocaron en la adaptación institucional de la Alcaldía de Cali para coordinar las acciones necesarias para hacer frente al Covid-19. En ese orden de ideas, se miró como desde la Alcaldía de Cali se fomentaron acciones para la adaptación de las Secretarías de Salud y Desarrollo Económico para que tengan un rango de acción más amplio que permita manejar de mejor forma los efectos nocivos del Covid-19. Adicional a lo anterior, se debe considerar que otro rubro que tuvo alto nivel de atención en los primeros meses de la pandemia fue la capacidad de adaptación de los centros de salud para que puedan responder a los picos de la pandemia de una manera óptima.

La denuncia realizada por el Concejo de Cali se cumplió efectivamente en el mes de junio cuando la ciudad vivió el primer pico de la pandemia que llevó a una ocupación de cerca del 96% en las camas UCI de la ciudad y el mayor número de muertes hasta dicho momento. En concreto, desde finales del mes de mayo la ciudad empezó a mostrar un crecimiento sostenido de los casos, alcanzado el mayor número de contagios en la última semana de Junio. Así mismo, se debe sostener que el tiempo de replicación y la tasa de mortalidad empezó a tener un aumento sostenido en ese periodo (ver gráficos 3 y 4).

Gráfica 4 Incremento en los decesos primer pico Cali



Fuente: Alcaldía de Cali (2020)

Frente al comportamiento de la curva de contagios y la letalidad de la misma, la Alcaldía de Cali comenzó a incrementar el número de programas de prevención, sensibilización y adaptación de las instituciones encargadas de la mitigación del Covid-19. Prueba de lo anterior, es el incremento del número de programas en la ciudad de Cali (ver gráfica 1) que

tuvo un aumento en un 30% al compararlo con el mes de junio. Gracias al aumento de las campañas de sensibilización y las cuarentenas focalizadas en la ciudad se pudo disminuir el número de contagios en la ciudad en cerca de un 58% en las primeras semanas del mes de julio (Alcaldía de Cali, 2020).

Cabe resaltar que en el proceso de implementación de programas, acciones, estrategias para la prevención y mitigación de los efectos colaterales del Covid-19, la Alcaldía de Cali y la Secretaría de Salud se encargaron de diseñar unos indicadores de vigilancia en Salud Pública mediante la cual se pudieran realizar las siguientes actividades:

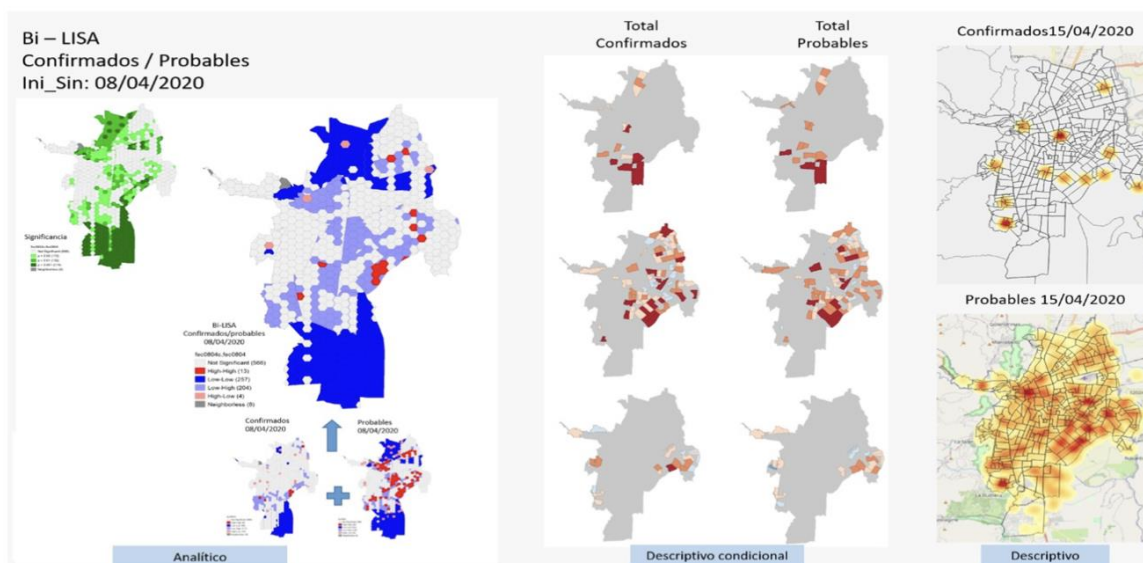
- Identificación de la población por EPS para ajustar los índices de morbilidad, mortalidad, hospitalización UCI, población asegurada y estandarización de los factores de riesgo por comuna.
- Establecimiento de la periodicidad de actualización de los indicadores de vigilancia. Se establece el número básico reproductivo (R_t) cada dos semanas y se evalúa su nivel de credibilidad.
- Se establecen modelos de expansión del virus en la ciudad y letalidad del mismo, con una revisión periódica continua.
- Se monitorean las curvas epidémicas mediante la revisión continua de la información proporcionada por el Portal SIVIGILA y SITREP con el INS.

Así mismo, la Alcaldía de Cali a través de la Subsecretaría de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud implementó el programa “Guardianes de la vida” que tiene como objetivo desarrollar acciones conjuntas con todas las dependencias de la alcaldía para que la ciudadanía caleña tenga la posibilidad de retornar, en la medida de lo posible, a sus

labores rutinarias. Es así, que se establece un procedimiento y una guía de atención para la vigilancia basada en eventos donde se utilizan los servicios de georreferenciación para identificar los posibles focos de expansión y mayor grado de circulación del virus.

En este punto, se debe mencionar, que el esfuerzo conjunto de la Alcaldía de Cali y la Gobernación del Valle permitió que los servicios de geolocalización se fortalecieron con el paso del tiempo, pudiendo identificar con un mayor grado de rapidez y eficacia los principales focos de expansión del virus (ver gráfica 5).

Gráfica 5 Sistema de georreferenciación de la ciudad de Cali

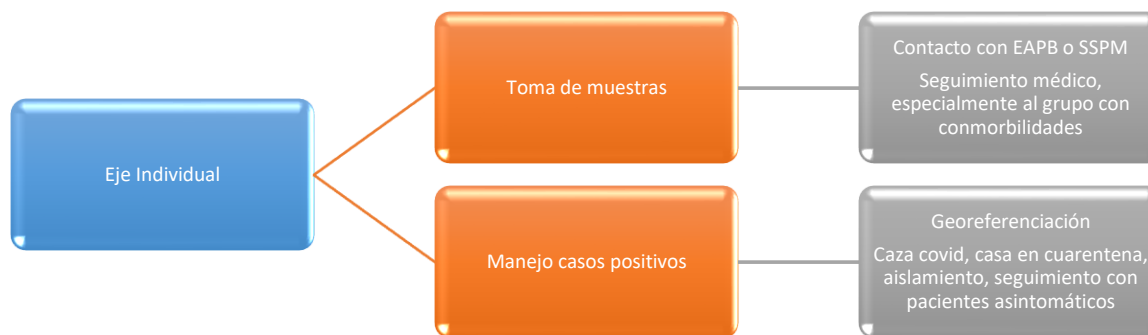


Fuente: Secretaría de Salud de Cali (2020)

De acuerdo con lo anterior, el modelo de vigilancia implementado por la Subsecretaría de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud se ejecutó considerando el eje individual y el eje comunitario. En el primer caso, la política de seguimiento de casos se basó en la capacidad de contagio que tiene un individuo y para ello se intentaba georreferenciar a

todos los posibles contactos que habían tenido relación directa en los últimos quince días con el posible positivo y/o confirmado (ver gráfica 6).

Gráfica 6 Guía de seguimiento individual



Fuente: Secretaría de Salud de Cali (2020)

En la vigilancia comunitaria, la estrategia de la Alcaldía y la Secretaría de Salud se enfocó en la delimitación de grupos y conglomerados sociales para identificar los principales grupos poblaciones de riesgos, así como los potenciales supercontaminadores. Al igual que en el seguimiento individual, una de las principales herramientas de localización y control fue la georeferenciación (ver gráfica 7).

De acuerdo con la Secretaría de Salud de Cali (2020) la vigilancia comunitaria permitió que en los primeros meses de la pandemia se lograran definir y priorizar territorios para realizar la búsqueda activa de casos y así implementar una intervención de doble aislamiento en zona con mayores tasas de transmisión. El establecimiento de las zonas de priorización se generó considerando el número de casos confirmados y analizando criterios tales como: densidad poblacional de cada territorio, estrato socioeconómico y un posible subregistro de casos confirmados. Al identificar las principales zonas de intervención, la Alcaldía de Cali y la Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Promoción, Prevención y Producción Social de la Salud ejecutaron programas de prevención y concientización, así como planes de mitigación enfocados principalmente en cuarentenas localizadas, toma de pruebas de Covid-19 y aislamiento de los casos confirmados como positivos.

Gráfica 7 Guía de seguimiento colectivo



Fuente: Secretaría de Salud de Cali (2020)

De acuerdo con la Secretaría de Planeación Municipal, la Secretaría de Salud y la Secretaría de Desarrollo Económico se contempló desde un principio que el programa de cuarentena obligatoria no se podía mantener indefinidamente. Es así, que con la ayuda de las tres secretarías y las diferentes dependencias de la Alcaldía de Cali se gestionó de manera conjunta el programa “Guardianes de Vida” que tiene como finalidad específica mitigar las consecuencias negativas en la salud al momento de retornar a la normalidad. Para ello, este plan requirió del esfuerzo mancomunado de las diferentes secretarías y funcionarios públicos para que se pudiera retornar parcialmente a la normalidad de los eventos, sin poner en riesgo la vida ni la calidad de la salud de los caleños. Dentro de las acciones más significativas de este programa se encuentran las siguientes:

- a) Programas de alimentación y programas sociales. Se concentró en proporcionar herramientas de cuidado y alimentación básico a los sectores más vulnerables de la ciudad de Cali. Los objetivos de este programa fueron: la reducción de la movilidad de los caleños para así disminuir la capacidad de contagio del virus y su expansión, así como limitar al máximo posible el contacto. Así mismo se debe considerar, que el programa de alimentación se consideró teniendo en cuenta la importancia de una alimentación balanceada para mejorar el sistema inmune de los pobladores y así disminuir la tasa de letalidad del virus. Este programa contempló una inversión de 60.000 millones de pesos en el 2020 (El tiempo, 2020).
- b) Atención a los esquemas productivos de la ciudad con el objetivo de coadyuvar a los empresarios y empleadores a establecer rutas de prevención en los puestos de trabajo. Priorización de las actividades productivas y necesidad de la identificación temprana de casos (El Tiempo, 2020).

- c) Atención a los sistemas educativos caleños mediante el análisis del riesgo epidémico de las 92 instituciones educativas oficiales de la ciudad. Se establece el programa “Cali Educa en Casa” con una inversión de más de dos mil millones de pesos para garantizar el acceso educativo a 126.500 estudiantes a través de la educación virtual y la entrega de implementos educativos con estándares de bioseguridad. Se analizan las estrategias de alternancia y la pertinencia de las mismas para el desarrollo de las actividades formativas y los riesgos a las curvas epidémicas de la ciudad (Alcaldía de Cali, 2020; Cali es Caribe, 2020).
- Finalmente, en el área de salud mental se enfocó en los procesos de planificación y atención prioritaria de casos graves. Según las cifras aportadas por el Observatorio de salud mental de la Secretaría de Salud Pública Municipal se reportó un incremento promedio del 45% de los casos de violencia intrafamiliar, episodios de eventos depresivos, de ansiedad y violencia sexual. Frente a ello, la institucionalidad de la Secretaría de Salud aumentó la capacidad de respuesta de su línea de atención gratuita para poder atender un mayor volumen de casos en el menor tiempo posible (Alcaldía de Cali, 2020).

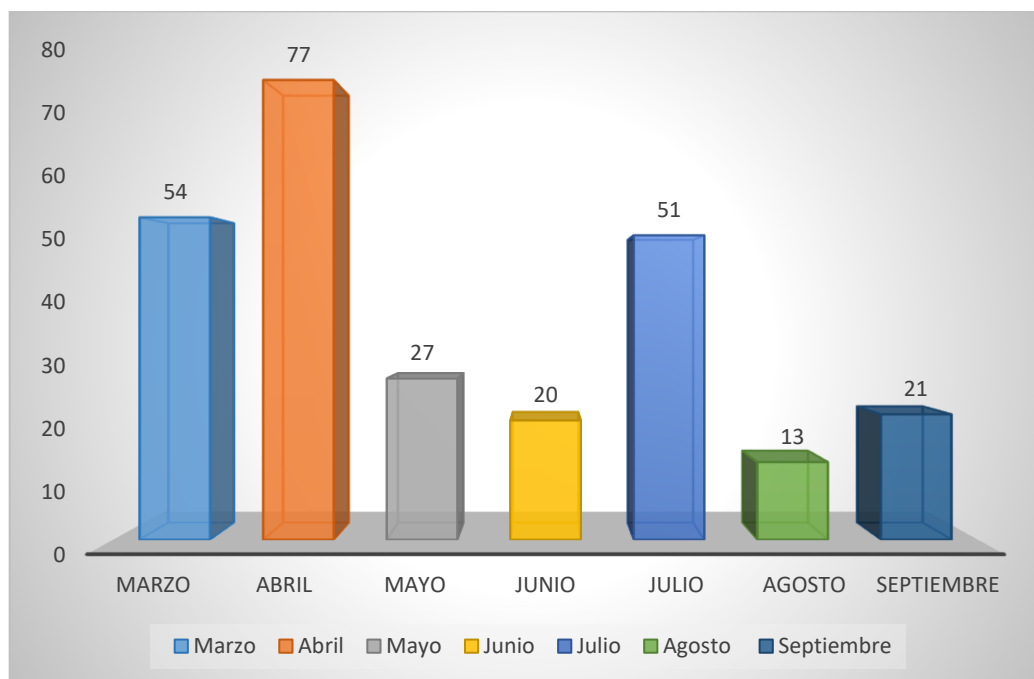
En consecuencia, las acciones, programas y planes implementados por la Alcaldía de Cali para mitigar los efectos nocivos del Covid-19 se concentraron en: (i) ampliación de la cobertura y capacidad de las instituciones de salud; (ii) seguimiento activo de casos a través de herramientas de geolocalización; (iii) implementación de programas de sensibilización y educación a los ciudadanos en toda la ciudad, y especialmente, en las zonas de mayor transmisibilidad; (iv) generación de indicadores para vigilar y controlar el ritmo de expansión

del virus y su letalidad y, (v) alianzas estratégicas con las otras dependencias de la Alcaldía y sectores caleños como educación, economía y seguridad social.

4.1.2. Descripción De Las Medidas De Mitigación Adoptadas Por La Alcaldía de Bogotá

En el caso de la ciudad de Bogotá, la ciudad tampoco formuló una política pública programática orientada a la promoción de la salud y prevención de la Covid-19 en el periodo marzo-septiembre a 2020. Sin embargo, la Secretaría de Salud del Distrito Capital sostuvo que durante ese periodo se realizaron e implementaron una serie de planes, programas y proyectos con el objetivo de disminuir el número de casos, letalidad del virus y expansión del mismo. Aunque estas acciones o políticas públicas no eran orientadas a la promoción de la Salud y prevención de la Covid-19 sí tenían como fin indirecto la prevención del virus y hacer promoción a la Salud. Al igual que en la ciudad de Cali, los programas y acciones estrategias que se establecieron en la ciudad de Bogotá tuvieron una gran afluencia de actividades que se dedicaron en diferentes áreas como salud, educación, sistemas productivos, entre otros.

Gráfica 8 Número de programas implementados Bogotá



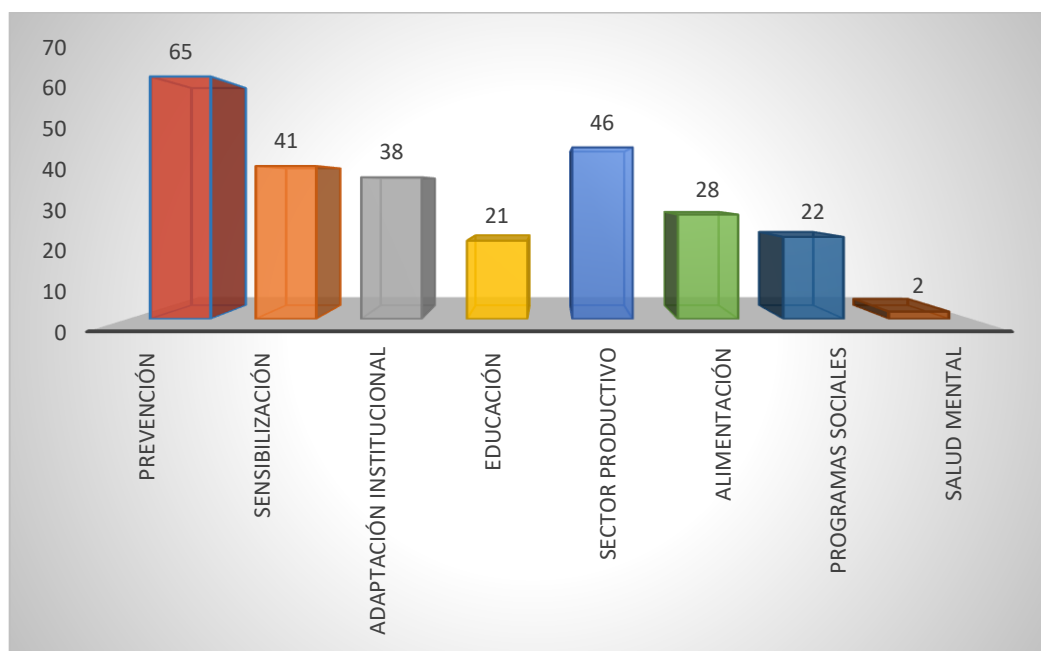
Fuente: Esta investigación, con datos de la Alcaldía de Bogotá (2020)

Igual que en la ciudad de Cali, la Alcaldía de Bogotá centró la implementación de los programas, planes y acciones en los primeros meses de la pandemia con el objetivo de adecuar tanto la institucionalidad de la Alcaldía de Bogotá como las instituciones prestadoras de Salud y los programas de sensibilización y prevención frente al Coronavirus. En ese orden de ideas, se encuentra que de la totalidad de los programas ejecutados en el periodo analizado el 16,56% de los programas se efectuaron en el mes de marzo y el 23,62% en el mes de abril (ver gráfica 8).

Al igual que en la ciudad de Cali, una gran parte de los programas que se desarrollaron en ese periodo de tiempo, se enfocó en las medidas de prevención y mitigación de los efectos adversos del Covid-19. Frente a ello, se debe considerar que los programas de prevención tuvieron un porcentaje de 19,94% mientras que la sensibilización fue de 12,58%. Así mismo,

se pudo establecer que del total de los programas realizados por la Alcaldía de Bogotá un 11,66% se concentró en la adaptación institucional, especialmente de las entidades encargadas como la Secretaría de Salud, los centros hospitalarios y clínicas. Por último, se debe mencionar que el 14,11% del total de los programas se enfocaron en planes que permitiera mejorar la capacidad de respuesta del sector productivo de la ciudad (ver gráfica 9).

Gráfica 9 Programas realizados por la Alcaldía de Bogotá debido a la pandemia



Fuente: Esta investigación con datos de la Alcaldía de Bogotá (2020)

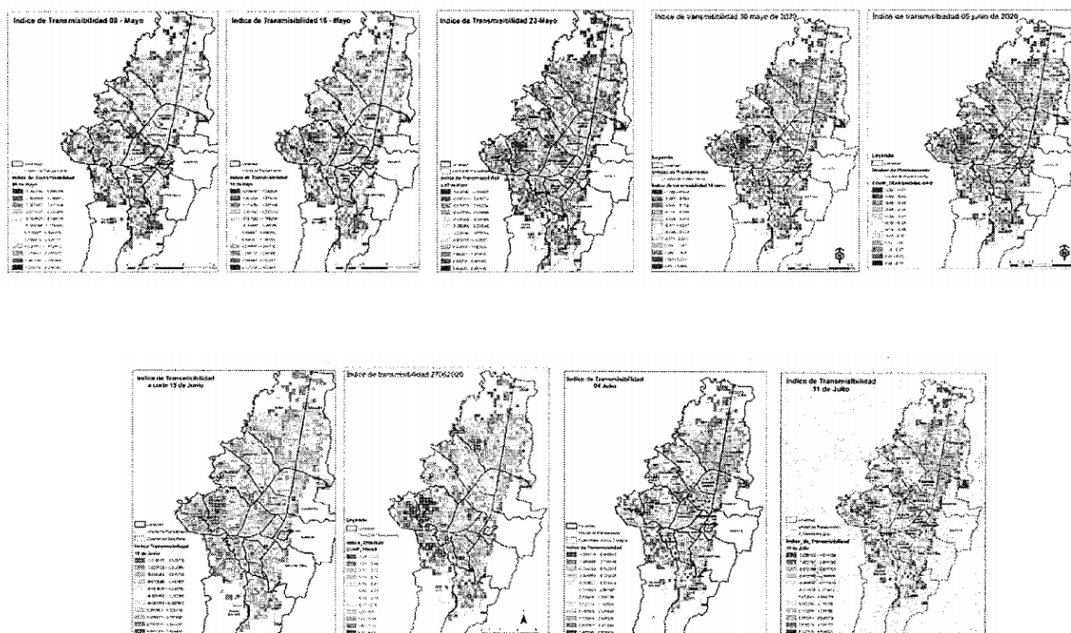
A diferencia de la multiplicidad de programas en el área de prevención y sensibilización, la ciudad de Bogotá enmarca todas las acciones desde la Secretaría Distrital de Salud, y específicamente desde la Subsecretaría de Salud Pública donde se trazó una ruta estratégica que se fundamentó en las siguientes líneas: visión epidemiológica de los

casos, contactos, fallecidos, proyecciones y modelos matemáticos y prestación de salud.

Desde el enfoque del análisis epidemiológico, la Secretaría de Salud se propuso el diseño de un índice de transmisibilidad, el número efectivo de reproducción, la curva epidémica, el seguimiento a casos y contactos por medio de indicadores como las tasas acumuladas por 100.000 habitantes, tasas de casos activos por 100.000 habitantes, tasas de fallecidos por 100.000 habitantes y el seguimiento de casos en UCI y hospitalización. Para el caso de la transmisibilidad, la Secretaría de Salud diseñó el índice de transmisibilidad por medio de un análisis multivariado donde se realizaba el seguimiento de la transmisión por cuadrantes de $0,3\text{km}^2$, lo que permitió direccionar las acciones tanto a nivel territorial como de cierre desde el inicio de la pandemia (Secretaria de Salud de Bogotá, 2021).

Gracias al diseño del índice de transmisibilidad, los funcionarios públicos de la Secretaría de Salud y la Subsecretaría de Salud Pública estuvieron en la capacidad de trazar Zonas de Cuidado Especial (ZCE) en donde se pudieron priorizar las intervenciones de promoción de la salud, gestión individual y colectiva del riesgo y acciones intersectoriales en el marco de la gestión de la salud pública y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas -en adelante PSPIC. Gracias a este índice fue posible que los funcionarios distritales pudieran adoptar y priorizar los programas y acciones estratégicas para el cuidado de la salud de los bogotanos. En efecto, el índice de transmisibilidad permitió monitorear la expansión del virus por localidades lo que posibilitó la toma de medidas de control en el transporte público masivo, las cuarentenas por localidades, los programas de atención en salud, educación y servicios sociales (ver gráfica 10) (Secretaria de Salud de Bogotá, 2021).

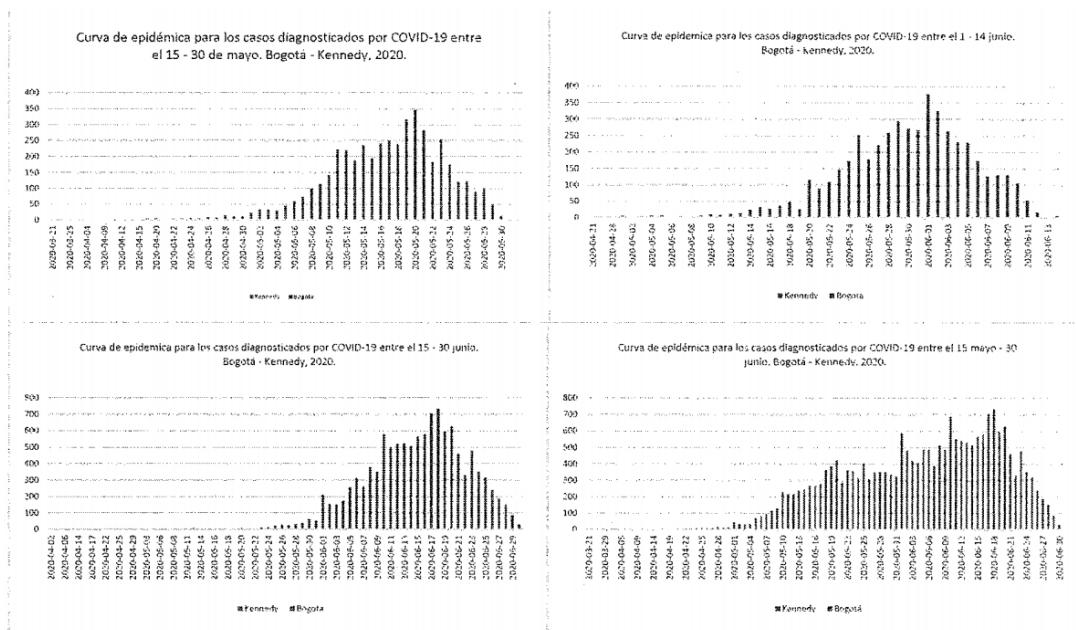
Gráfica 10 Evolución del índice de transmisibilidad



Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá (2021)

Como se había mencionado anteriormente, el índice de transmisibilidad fue uno de los principales índices de apoyo a la gestión de la territorialización para la focalización de los programas de intervención en la ciudad. Lo que permitió la ejecución de medidas controladas para sectores específicos de Bogotá, especialmente en los picos de la enfermedad. De esa manera, al localizar las ZCE se pudo establecer el número efectivo de reproducción (RT) a partir de lo cual se establece la curva epidémica que con un encuadre del potencial momento de contagio mide la tasa de transmisión en un momento (ver gráfica 11).

Gráfica 11 Curva epidémica antes, durante y después de la intervención territorial Kennedy



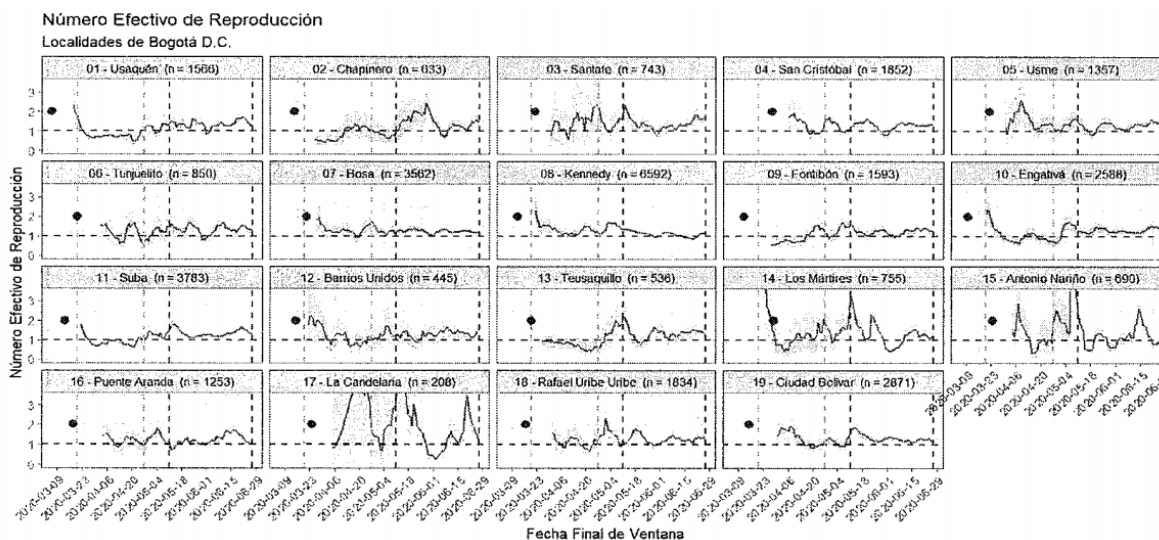
Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá (2021)

La efectividad del PSPIC y del índice de transmisibilidad en la ciudad de Bogotá permitió que se pudiera caracterizar a los principales grupos de riesgo de la población y los principales aspectos a considerar al momento de evaluar y diseñar programas para ofrecer soluciones a la comunidad afectada. En el mismo orden de ideas, esta estrategia permitió que en materia de salud se pudiera focalizar los programas e intervenir las ZCE para disminuir los picos en las localidades de la ciudad de Bogotá (Secretaría de Salud de Bogotá, 2021). En la gráfica 11 se puede observar como se disminuyó la curva epidémica en la localidad de Kennedy gracias a las proyecciones del índice de transmisibilidad, que permitió la toma de decisiones oportunas para mitigar el impacto negativo de la expansión del virus.

Efectivamente, el éxito del índice de transmisibilidad permitió que las acciones de intervención en las diferentes localidades de la ciudad se pudieran sectorizar y tratar de acuerdo al ritmo de expansión de las localidades. Se debe resaltar que la intervención

oportuna de las entidades de salud, permitió mitigar en la mayoría de los casos la curva epidémica (ver gráfica 12).

Gráfica 12 RT por localidades, antes y después de las diferentes intervenciones en Bogotá



Fuente: Secretaría de Salud de Bogotá (2021)

En consecuencia, la oportuna identificación de la curva epidémica en las diferentes localidades de la ciudad de Bogotá permitió que la implementación de los planes de acción se realizara de manera escalonada, coordinada y preventiva a través de los lineamientos establecidos previamente por el gobierno distrital y la Presidencia de la República.

En palabras de la Secretaría de Salud Distrital (2021) la intervención por conglomerados sociales permitió identificar un número mayor de casos y contactos para la realización de cercos epidemiológicos, romper las cadenas de transmisión, y posiblemente generar un impacto a la baja en la tasa de mortalidad al disminuir la ocupación y saturación de los servicios de salud. Así mismo, se logró priorizar las actividades de educación y sensibilización en las comunidades más afectadas para fortalecer la participación comunitaria

y de la gestión integral e intersectorial de los riesgos que acompaña el transcurrir de la epidemia.

El conocimiento de la epidemia por territorios, permitió que las dependencias de la Alcaldía de Bogotá entendieran los efectos socio-económicos debido a las características y determinantes presentes en el territorio que favorecen o no la propagación del virus, la disminución del índice de transmisibilidad y los factores económicos y culturales de las localidades.

Al igual que en la ciudad de Cali, la Alcaldía de Bogotá estableció una ruta de atención con el objetivo de disminuir la tasa de contagio en todo el territorio distrital. Este programa se basó en tres grandes grupos: nivel individual, comunitario y poblacional, en cada grupo se priorizaron y trazaron unas herramientas propias que permitieran conocer, detallar las características del contagio y afectar positivamente la tasa de transmisibilidad. Las estrategias de seguimiento por la Alcaldía de Bogotá se resumen en la gráfica 13.

En el mismo orden de ideas, otras de las acciones ejecutadas por parte de la Alcaldía de Bogotá y la Secretaría de Salud fue el fortalecimiento y los ajustes institucionales para hacer frente a los posibles picos en la ciudad. Esta estrategia se fundamentó principalmente en la ampliación de las camas UCI en la ciudad de Bogotá, la dotación de equipos de seguridad al personal médico y la adaptación de las entidades de salud encargadas de hacer frente a la crisis de salud pública.

Gráfica 13 Estrategias de seguimiento y mitigación Bogotá



Fuente: Secretaría de Salud Distrital (2020)

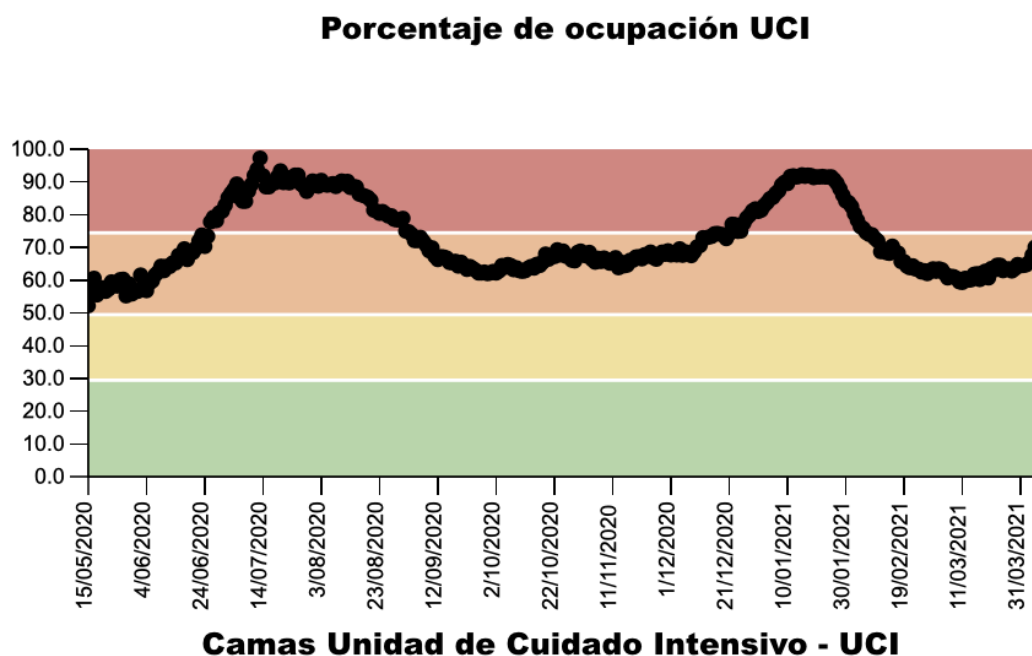
Según el portal Datos Abiertos Bogotá, se pudo establecer que en el periodo marzo-septiembre del año 2020, la capacidad de camas UCI en la ciudad de Bogotá tuvo un aumento del 66,87% al pasar de 543 de camas a inicios del mes de Marzo a 812 a finales del mes de septiembre para el tratamiento del Covid-19. Dentro de las principales acciones implementadas desde la Alcaldía de Bogotá se encontró el centro-hospital transitorio de Corferias donde se instalaron 274 camas y que fue levantado en el mes de septiembre debido a que la capacidad instalada de los centros hospitalarios y clínicos de la ciudad de Bogotá aumentaron considerablemente para conjurar la crisis del Covid-19. De acuerdo con la Alcaldía de Bogotá los 18.000 millones de pesos que se ahorraron al dismantelar el hospital de Corferias, se invirtieron en estudios e investigaciones relacionadas con la enfermedad (Alcaldía de Bogota, 2020).

Adicional a lo anterior, la Alcaldía de Bogotá dispuso el centro de consulta web SALUDATA del observatorio de Salud de Bogotá con el objetivo de que los ciudadanos pudieran conocer en tiempo real, la ocupación de las camas UCI, la capacidad instalada en la ciudad de Bogotá, la expansión de virus por sectores y el porcentaje de ocupación por localidad.

Se debe considerar que el aumento en la capacidad de atención de los centros hospitalarios y clínicos de la ciudad no fueron suficientes para afrontar la crisis cuando la curva epidémica alcanzó su punto más alto. En el periodo analizado, el pico más alto en la ciudad de Bogotá se alcanzó a mediados del mes de julio cuando se alcanzó una ocupación total del 97.2% del total de camas UCI. Al igual que en la ciudad de Cali, el aumento en la tasa de transmisibilidad del virus generó que la ciudad de Bogotá y la Secretaría de Salud intensificaran sus acciones preventivas y de sensibilización en la ciudad para evitar el crecimiento acelerado de los casos, y, por ende, la presión sobre los servicios de atención médica (ver gráficas 8 y 14).

De acuerdo con un informe presentado por la Universidad de los Andes (2020) a mediados del mes de junio encontró que las medidas adoptadas por la Secretaría de Salud de Bogotá fueron efectivas para contener y retrasar el primer pico en la ciudad. Los resultados de la investigación realizados por la universidad se sustentaron en la modelación matemática que permitió establecer cómo hubiera sido el avance de la pandemia si desde la Alcaldía Mayor de Bogotá no se hubieran tomado medidas de prevención como por ejemplo el diseño de los índices de transmisibilidad, la RT y las cuarentenas localizadas por localidades.

Gráfica 14 Histórico de la evolución de ocupación UCI Bogotá



Fuente: Saludata (2021)

Según el informe realizado por la Universidad de los Andes sin las medidas de restricción y los programas de prevención aplicados desde la Secretaría de Salud, la ciudad de Bogotá hubiera presentado un pico de 150 infectados por cada 100.000 habitantes, es decir, cerca de 1.5 hospitalizados por cada 100.000 habitantes, lo cual hubiera excedido por 3 la capacidad que presentaba la ciudad en ese momento para atender los casos de Covid-19. En el mismo orden de ideas, el estudio sostuvo que las medidas adoptadas por la Alcaldía de Bogotá se deberían mantener y dismantelar paulatinamente porque una apertura total de la ciudad generaría una alta presión a los sistemas de atención hospitalario.

En concreto, el informe presentado por la Universidad de los Andes sostiene que las restricciones a colegios y universidades se deben mantener debido al alto grado de circulación

de estudiantes en áreas concretas de la ciudad de Bogotá. Así mismo, se especifica la necesidad de fomentar el teletrabajo en la mayor parte de las actividades productivas para que la limitación al trabajo alcance un valor cercano al 50% del total de la población y promover el uso de medios alternativos de movilidad como la bicicleta (Universidad de los Andes , 2020).

Adicional a los programas de la Secretaría de Salud encaminados en la localización, mitigación y diseño de índices para el tratamiento y estudio del Covid-19, otra gran parte de las estrategias diseñadas por la Alcaldía de Bogotá se concentraron en la educación y sensibilización de los ciudadanos para que acaten las normas de bioseguridad en todo el territorio bogotano. Para ello, se realizaron campañas en puntos específicos de la ciudad para enseñar a los ciudadanos el correcto uso del tapabocas, lavado de manos y medidas de bioseguridad cuando se desplazaran por la ciudad. Los puntos localizados para la realización de este tipo de campañas fueron estaciones de Transmilenio, centros comerciales y plazas públicas, adoptando en todos los casos las medidas de seguridad pertinentes (Cámara de Comercio de Bogotá , 2020).

Aunado a lo anterior, la Alcaldía de Bogotá y la Secretaría de Salud, también fortalecieron los programas de toma de muestra y realizaron convenios con instituciones privadas para que ellas pudieran procesar y ofrecer los resultados de las pruebas PCR en el menor tiempo posible (Camara de comercio de Bogota, 2020).

Finalmente, se debe sostener que al igual que en la ciudad de Cali, los programas de mitigación y acciones para la promoción de la salud en la ciudad de Bogotá se diseñaron teniendo en cuenta la multidisciplinariedad del fenómeno. En otras palabras, las acciones

ejecutadas desde la Secretaría de Salud de Bogotá no fueron aisladas desde las otras dependencias de la Alcaldía de Bogotá, sino que se creó un grupo conjunto para que se pudiera intervenir diferentes sectores económicos, sociales, económicos y culturales. De acuerdo con la Alcaldía de Bogotá (2020) el grupo de trabajo multidisciplinario permitió realizar las siguientes acciones:

- Estrategia de atención en salud para el fortalecimiento de los sistemas de atención de emergencia como respuesta a la evolución de la pandemia y su impacto en el sistema territorial de salud.
- Programas de atención social para las personas con menores ingresos y con mayor grado de afectación por la pandemia con el objetivo de reducir el número de personas que circulan en la ciudad, ofrecer unos estándares de calidad dignos en medio de la pandemia y diseñar una estrategia integral del Ingreso Mínimo Garantizado para Bogotá.
- Fortalecimiento del programa Sistema Distrital Bogotá Solidaria con los tres componentes: transferencias monetarias, bonos canjeables por bienes y servicios, y subsidios en especie.
- Sistema Distrital para la mitigación del impacto económico, el fomento y la reactivación económica de Bogotá. Esta acción estratégica involucró la preparación para que todos los sistemas productivos de la ciudad contaran con un registro eficiente y rápido de posibles casos positivos de Covid-19 en los lugares de empleo, mecanismos para la identificación de casos, cuarentenas localizadas y reactivación del sector productivo de la ciudad con estándares de bioseguridad.

- Acciones de integración social ante la Covid-19 en cabeza de la Secretaría Distrital de Integración Social la cual tendrá el objetivo de desarrollar programas de atención social y mitigación del Covid-19.
- Acción Estratégica de Educación en Bogotá a través de unos lineamientos liderados por la Secretaría de Educación que permitan que los menores continúen con sus estudios sin exponerlos a los riesgos asociados del Covid-19 ni a sus familias.

Como se observa, las acciones de prevención, mitigación y atención en salud pública en la ciudad de Bogotá abarcaron un amplio espectro de ámbitos de la vida capitalina. Si bien es cierto, no se logró estructurar ni diseñar una política pública en concreto, sí existieron una diversidad de acciones encaminadas a: (i) rastrear los casos positivos en la ciudad para tomar medidas focalizadas y centradas en localidades; (ii) adaptar la institucionalidad y los centros de atención médica para afrontar la pandemia del Covid-19; (iii) Ofrecer programas que permitieran mitigar los efectos nocivos en los ámbitos educativos, sociales y productivos de la ciudad; (iv) el diseño de indicadores de transmisibilidad y geolocalización para situar y crear cercos epidemiológicos.

4.2. Similitudes y Diferencias de Los Programas de Promoción y Prevención de la Salud Ejecutadas Por Las Alcaldía de Bogotá y Cali

La aparición y propagación del Covid-19 alrededor del mundo presionó a la organización estatal a nivel nacional e internacional para hacer frente a los efectos adversos que presentaba esta pandemia. Debido a la espontaneidad en la aparición del virus todas las entidades estatales alrededor del mundo no tuvieron la capacidad para adaptarse y enfrentar este fenómeno con herramientas de política pública fuertes. Caso contrario, los países tuvieron

que irse adaptando en el camino y establecer acciones aisladas de un plan intersectorial para mitigar las características y efectos del virus que iban apareciendo poco a poco (Rico, Barreto, Mendoza, Pulido, & Duran, 2020).

La aparición y rápido desarrollado de la pandemia causada por el virus del Covid-19 exacerbo las problemáticas políticas, sociales, económicas y de salud en diferentes regiones, generando presiones en las entidades territoriales debido a la debilidad de algunas naciones para atender la crisis y emergencia de salud pública, lo cual ha afectado y evitado que cientos de individuos puedan acceder a una atención en salud en condiciones de calidad, pertinencia y suficiencia (ONU, 2020).

Por consiguiente, los sistemas de planificación nacional y territorial no habían predicho un evento como la expansión rápida de la pandemia y la necesidad del confinamiento y otras medidas de restricción y mitigación que requiriera de una política pública que permitiera guiar no solamente las acciones de las entidades estatales sino también del financiamiento y uso de los recursos materiales, monetarios, físicos, humanos y tecnológicos para hacer frente a las necesidades que requería la sociedad colombiana durante la vigencia de la emergencia sanitaria.

Es así, que cuando se conoció el primer caso de brote por Covid-19 en el país, las entidades de planeación nacional no tenían estructurado una política pública referente al tema. Esta misma situación se visualizó en las entidades territoriales, como el caso de Cali y Bogotá, que no cuentan con una política pública estructurada para hacer frente al Covid-19. Efectivamente, a nivel nacional el primer lineamiento de política pública fue dada por el Conpes 399 en el mes de agosto donde se estableció la importancia de realizar un balance de

las medidas de respuesta inicial más significativas del Gobierno nacional, definidas en el marco de la emergencia económica, social y ecológica, con el fin de fortalecer la estrategia de respuesta inicial ante los efectos de las crisis generadas por el Covid-19 y promover la reactivación gradual de la economía (Conpes, 2020).

Gracias a la visión inicial del documento presentado por el Conpes en el año 2020, las entidades territoriales obtuvieron un insumo general para fortalecer los sistemas de salud pública de las entidades territoriales en el entendido de que desde el Gobierno Central se iban a fortalecer y apoyar las acciones encaminadas en: (i) realizar estimaciones actualizadas que permitan orientar la toma de decisiones a nivel territorial; (ii) contención de casos, minimizar la transmisión local y proteger grupos de riesgo, y (iii) el fortalecimiento y ampliación de la oferta de servicios hospitalarios, expansión y reasignación del THS y financiamiento de atenciones en salud para reducir la presión sobre los servicios de salud y fortalecer su capacidad para la respuesta de manera oportuna ante la coyuntura.

A pesar de las medidas adoptadas por las entidades territoriales, la propagación del Covid-19 puso de manifiesto la necesidad de adoptar un enfoque de política pública en salud pública que atienda las necesidades de los grupos poblacionales más vulnerables y democratice el acceso a los servicios de salud. De acuerdo con la Cepal (2020) la necesidad de estructurar una política de atención integral en prevención y promoción de la salud es una característica fundamental para los países de la región donde las problemáticas sociales, de salud y económicas han tenido un proceso de agudización en los últimos años.

De acuerdo a lo anterior, se encuentra que las acciones individuales y desarticuladas de un plan de atención integral solamente tendrán un efecto parcial en mitigar los efectos más

visibles y latentes de la crisis causada por el Covid-19, sin que se atiendan los factores estructurales que han generado una gran presión a los servicios sanitarios de los países de América Latina (Cepal, 2020).

En efecto, las reflexiones realizadas por la Cepal (2020) son fácilmente comprobables en entidades territoriales del país como el caso de Cali y Bogotá. Si bien es cierto, la aparición de la pandemia generó una presión a la institucionalidad nacional para hacer frente a esta problemática, hasta el año 2021 no existe todavía un lineamiento o plan de acción estratégico o política pública programática en estas ciudades que permitan afrontar los efectos nocivos de la pandemia ni tampoco el escenario pos-pandemia.

En virtud de lo anterior, cabe reconocer que tanto la ciudad de Cali como Bogotá se enfrentaron a un escenario con un alto grado de incertidumbre donde se intentaron tomar las medidas que permitieran la atención rápida y eficiente para frenar las consecuencias negativas del Covid-19, sin primero realizar un plan de acción inicial estructurado que permitiera guiar las acciones que las diferentes dependencias de las respectivas alcaldías deberían tomar (Rico, Barreto, Mendoza, Pulido, & Duran, 2020). Es decir, que tanto las acciones, programas y planes de ejecución para hacer frente a la pandemia en las dos ciudades se enmarcaron sin una política estructural que permitiera ofrecer mayor uniformidad y control a las actividades implementadas.

En ese orden de ideas, una de las primeras semejanzas que se encontró en los programas que se implementaron en las dos ciudades fue la implementación de programas sin una planificación previa tanto en los planes de desarrollo territorial como en los planes de acción y políticas de las diferentes dependencias de cada una de las alcaldías. A pesar de la

espontaneidad del fenómeno de salud pública, tanto la Alcaldía de Cali como de Bogotá tuvieron un proceso adaptativo en el camino lo que permitió que durante el año 2020 se realizaran modificaciones a los planes de desarrollo territorial de las entidades para destinar una mayor cantidad de recursos al área de salud y establecer una serie de líneas estratégicas que permitieran mitigar los efectos nocivos del virus (Alcaldía de Bogotá, 2020; Foro Nacional por Colombia, 2020).

Teniendo en cuenta que el fenómeno del Covid-19 fue un elemento sorpresivo que se escapó a los procesos de planificación de las entidades territoriales, los primeros pasos que fueron realizados por las entidades territoriales se enfocaron en adaptar las capacidades institucionales y la capacidad de respuesta y atención ante emergencias de los centros de salud y hospitales de cada una de las ciudades. Es por ello, que durante los primeros meses de la pandemia (periodo comprendido entre marzo y mayo), las Secretarías de Salud de Cali y Bogotá, con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud, trazaron líneas de acción para incrementar la oferta de camas UCI en cada una de las ciudades, destinar mayores recursos económicos a las carteras de salud para la adquisición de ventiladores, equipos de protección personal para el personal de primera línea, y la adaptación de cada sus dependencias internas para facilitar la toma de decisiones basadas en hechos (Ministerio de Salud y Protección Social , 2020).

Paralelamente a la adaptación de la respuesta institucional de las entidades territoriales, las alcaldías a través de sus respectivas Secretarías de Salud se enfocaron en frenar la expansión del virus y la velocidad de propagación, que implicó política pública que de manera indirecta abarcaba prevenir la Covid -19 y hacer promoción a la salud. Frente a este aspecto, Andía, Criado, Mantilla, Molano y Rodríguez (2020) sostienen que un factor común

a las medidas adoptadas por todas las ciudades en el país fueron las medidas sanitarias y de aislamiento social que establecieron restricciones de circulación de personas y vehículos, protocolos de bioseguridad para ciertas actividades, suspensión de transporte aéreo y cierre de establecimientos comerciales e instituciones educativas, entre otras.

En consecuencia, las medidas de restricción de la movilidad y cuarentena general fueron elementos comunes a todas las ciudades en el país debido a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud en el año 2020. Sin embargo, se debe considerar que las acciones concretas para llevar a cabo las medidas y lineamientos propuestos por el Ministerio de Salud fueron diferenciadas en cada una de las ciudades. En virtud de lo anterior, aunque tanto en Bogotá como en Cali se desarrollaron programas similares para la mitigación, promoción y prevención de la salud, algunas acciones específicas fueron diferenciadas de acuerdo a las necesidades y características de cada una de las ciudades, y las limitaciones presupuestales que presenta cada entidad.

De acuerdo con lo anterior, los programas de mitigación y control de los casos de Covid-19 en Cali y Bogotá se concentraron en estrategias de georreferenciación para identificar las principales áreas y localidades de transmisión del virus, para focalizar y diseñar las políticas y programas que tengan un mayor impacto para hacer frente a la crisis. Sin embargo, cada una de las ciudades utilizaron las herramientas de geolocalización de manera diferenciada, por ejemplo, se debe considerar que las estrategias de Bogotá fueron más profundizadas y con una mayor implementación tecnológica.

Lo anterior se sustenta porque al comparar las herramientas de geolocalización de cada una de las ciudades se pudo encontrar que, por ejemplo, en la ciudad de Bogotá se fomentó

el diseño de los índices de transmisibilidad, zonas de alta transmisibilidad, zonas silenciosas y el número efectivo de reproducción (RT). Esta iniciativa se acompañó con el programa COVIDA de la Universidad de los Andes lo que permitió diseñar un programa matemático y de modelación que permitiera predecir las altas tasas de contagio y las principales zonas de riesgos para la transmisibilidad del virus.

En razón de ello, la Alcaldía de Bogotá a través de la Subsecretaría de Salud pública y Subsecretaría de Planeación permitieron identificar de manera geolocalizada las Zonas de Cuidado Especial (ZCE) y ello, permitió que en la ciudad de Bogotá se pudieran realizar cuarentenas localizadas como en Kennedy, Fontibón, Teusaquillo, entre otras. La georreferenciación además permitió enfocar acciones que permitieran disminuir las curvas epidémicas a través del cerco epidemiológico lo que facilitó que la velocidad de propagación del virus en la ciudad se pudiera controlar y mitigar de acuerdo a las Zonas de Cuidado Especial, lo que ayudó a la implementación de cuarentenas localizadas para evitar cierres totales de la economía local.

En contraste, la estrategia de georreferenciación en la ciudad de Cali también permitió la identificación de las principales zonas y barrios de la ciudad que tenían la mayor velocidad de propagación. Así como en el caso de Bogotá, el conocimiento de los casos por sector y comunas permitió la focalización de los programas, pero este procedimiento solamente se realizó mediante la identificación de los casos positivos, confirmados y toma de pruebas PCR para identificar el número de personas que habían sido afectadas por el virus según la dirección de su residencia.

La caracterización de la población afectada en cada una de las comunas de la ciudad de Cali, permitió el cálculo de una tasa de transmisión para analizar cómo se podría transmitir y reproducir el virus en un contexto específico. Sin embargo, el apoyo tecnológico que se implementó en Cali, no incluyó el diseño e implementación de indicadores y tasas como se realizó en la ciudad de Bogotá lo que facilitó el cercamiento epidemiológico y el control más efectivo de las curvas epidémicas.

Adicional a lo anterior, se debe considerar que las estrategias de vigilancia y seguimiento de los casos en las ciudades tuvieron aspectos similares debido a la estrategia PRASS establecida desde el Ministerio de Salud y Protección Social, pero la ejecución del mismo presenta algunas diferencias. Por un lado, en la ciudad de Cali, la Secretaría de Salud enfocó su estrategia de vigilancia en dos grandes grupos: el aspecto individual y colectivo donde se enfocó en el seguimiento de los casos positivos a nivel personal y la aplicación del programa PRASS a nivel grupal. Sin embargo, en la ciudad de Bogotá la estrategia de seguimiento se dividió en tres grandes grupos: individual, comunitario y poblacional. En el aspecto individual se concentró en el seguimiento de los casos, el comunitario en el control de los aforos para los espacios públicos y a nivel poblacional la aplicación del programa PRASS propuesto por el Gobierno Nacional.

Al mismo tiempo, se debe considerar que la estrategia de seguimiento en cada una de las ciudades se fortaleció con la implementación de una plataforma y aplicación que permitiera a la ciudadanía realizar los procesos de consulta y revisión de datos de forma instantánea y simultánea.

Por el otro lado, se debe destacar que los programas de mitigación y promoción de la salud tanto en la ciudad de Cali y Bogotá incluyeron actividades como planes de sensibilización y educación para capacitar a toda la población sobre el correcto uso del tapaboca, los hábitos de higiene, el lavado de mano y las estrategias de bioseguridad para disminuir la velocidad de propagación del virus, que es promoción de la salud. Este tipo de estrategias se fomentaron en ubicaciones estratégicas de cada una de las ciudades como los portales del transporte público masivo y zonas públicas de alta afluencia de los habitantes.

En este aspecto, se debe considerar que tanto la ciudad de Cali como de Bogotá no presentan diferencias en este aspecto porque los programas se concentraron en las mismas acciones y con las mismas características y factores. En este mismo se debe destacar que la frecuencia de acciones y programas de intervención y promoción en salud tuvieron una mayor afluencia en los primeros meses de la pandemia y en los meses donde se presentaron los picos en cada una de las ciudades.

En referencia a los programas desarrollados y ejecutados durante el periodo de confinamiento y desarrollo de la pandemia, se encuentra que las acciones de las Secretarías de Salud y Subsecretarías de Salud Pública no se presentaron de manera aislada, sino que poco a poco se fueron implementando con la ayuda de las otras secretarías de cada una de las alcaldías. Como consecuencia de ello, los programas de promoción y prevención en salud en cada una de las ciudades adquirieron un enfoque multidisciplinario donde se incluyó acciones en materia educativa, productiva, económica, del sector productivo, inclusión social y programas sociales asistenciales para ayudar a los grupos poblacionales más afectados por el desarrollo del Covid-19.

Se debe destacar que uno de los programas que más han llamado la atención en cada una de las ciudades fueron los problemas de Salud Mental debido a las restricciones en la movilidad y los efectos asociados a la misma como la ansiedad, depresión y mayores factores de riesgo asociados a la violencia familiar y sexual. Frente a este fenómeno Andia, Criado, Mantilla, Molano y Rodríguez (2020) sostienen que la salud mental de los ciudadanos en Cali y Bogotá se explicaron principalmente por factores como: (a) preocupación por enfermarse; (b) preocupación porque un familiar se enfermara; (c) no ser atendido por Covid-19; (d) no poder trabajar, y (e) no tener recursos económicos para solventar sus obligaciones financieras.

Estos factores generaron que las Alcaldías de Cali y Bogotá empezaran a atender los posibles casos y factores de riesgo que pudieran afectar la tranquilidad de cada uno de sus ciudadanos. El enfoque de Salud Mental de cada una de las ciudades se realizó de manera diferenciada porque en Cali la principal estrategia de atención fue el mejoramiento en la capacidad institucional de la Secretaría de Salud y la línea de emergencia para atender los posibles casos de Salud Mental (Alcaldía de Cali, 2020). En el caso de Bogotá, la atención a la salud mental de los ciudadanos se concentró en dos grandes programas denominados “estamos contigo” y “humanización contigo” (Alcaldía de Bogotá, 2020).

El primer programa estuvo enfocado principalmente a las familias y los familiares de personas que hayan sido afectadas por el Covid-19 y posteriormente, se amplió el espectro a través de la línea de emergencia de WhatsApp para todos los ciudadanos que sientan que su salud mental haya sido afectada por las consecuencias adversas del virus. De otra manera, la estrategia “humanización contigo” se enfocó en los trabajadores del sector de la salud para desarrollar programas que estuvieran enfocados en ayudar a los empleados y colaboradores

de la salud en relación con las consecuencias negativas del virus y el ritmo de trabajo extenuante en los centros hospitalarios, especialmente en los periodos de mayor propagación de la enfermedad.

Para resumir las principales diferencias y similitudes de los programas, acciones y proyectos realizados por las Alcaldías de Bogotá y Cali en el periodo de análisis se elabora la presente tabla.

Tabla 1 Comparación de los programas implementados en la Ciudad de Cali y Bogotá

Semejanzas	Diferencias
<p>Los programas de atención, planes y acciones encaminadas a la promoción y prevención de la salud en Bogotá y Cali se encaminaron en atender rápidamente la emergencia de salud pública. De esa manera, los planes de intervención no fueron planificados previamente a través de una política pública a la manera de un Programa.</p> <p>Así mismo, los lineamientos generales de la situación de confinamiento, prevención, mitigación y seguimiento de casos establecieron mediante la estrategia PRASS</p>	<p>El grado de tecnicidad de los programas de geolocalización de las alcaldías de Bogotá y Cali se diferenciaron. En concreto, Bogotá pudo implementar un sistema de georreferenciación con unos indicadores de medición más precisos, que se acompañó del apoyo de instituciones universitarias. En Cali, los programas de geolocalización no tuvieron un alto grado de desarrollo, aunque sí permitieron identificar las principales zonas de riesgo y propagación del virus por comunas.</p>

<p>del Ministerio de Salud y Protección Social a través de la geolocalización.</p>	
<p>Las primeras medidas adoptadas por las alcaldías y las entidades territoriales se enfocaron en la adaptación institucional y el aumento en la capacidad de respuesta y atención de los centros hospitalarios y clínicos de cada ciudad. Igualmente se ejecutaron programas enfocados en la sensibilización y educación de los ciudadanos para el correcto uso de tapabocas, hábitos de higiene y uso de elementos de bioseguridad.</p>	<p>El enfoque de los programas en cada ciudad se diferenció en la periodicidad, de acuerdo a los meses de mayor afluencia de casos. En la ciudad de Bogotá hubo un incremento de programas en el mes de Julio, que coincidió con el primer pico, y en Cali en el mes de Junio, que nuevamente coincide con su primer pico.</p>
<p>Para los sistemas de seguimiento en cada una de las ciudades se implementó estrategias de seguimiento de casos y control de los positivos. Así mismo, se implementó estrategias de divulgación de la información a través de plataformas digitales para el conocimiento de toda la ciudadanía.</p>	<p>El sistema de vigilancia y seguimiento de los casos positivos, presentaron diferencias en Cali y Bogotá. En el primero solamente se realizó control a los grupos individuales y comunitarios, mientras que en la ciudad de Bogotá se efectuó control a personas, grupos colectivos y poblacional. Así mismo, los sistemas de georreferenciación en la ciudad de Bogotá permitieron que las</p>

	medidas fueran más focalizadas y concretas en las localidades de Bogotá, situación que no se presentó en la ciudad de Cali.
Los programas de intervención, promoción y prevención en salud de la ciudad de Cali y Bogotá se realizaron de manera conjunta y multidisciplinaria porque se realizó con la ayuda de otras dependencias tales como educación, desarrollo económico e inclusión, hacienda, cultura, entre otras para ofrecer una respuesta conjunta y mancomunada.	En este aspecto no se presentó una diferencia entre los programas establecidos en cada una de las ciudades.
Tanto en la ciudad de Cali como Bogotá se presentaron problemas de salud mental que fueron atendidos por las alcaldías regionales.	La forma de atención a los programas de salud mental tuvo un mayor alcance en la ciudad de Bogotá a través de los programas “estamos contigo” y “humanización contigo” mientras que en la ciudad de Cali solamente se aumentó la capacidad de respuesta de la línea de emergencia.

Fuente: Esta investigación, con base en la Alcaldía de Cali (2020, 2021) y Alcaldía de Bogotá (2020, 2021)

Como se observa en la anterior tabla, los programas de intervención, promoción y prevención en salud ejecutados tanto en la ciudad de Cali como en Bogotá presentaron punto en común como algunas diferencias, principalmente en los aspectos más particulares debido a las necesidades de cada una de las ciudades dependiendo de su curva epidemiológica y los recursos humanos, técnicos, tecnológicos y financieros de cada entidad territorial.

Para finalizar con este acápite, se debe considerar que los programas de atención para la promoción y prevención de Covid-19 en Colombia y Latinoamérica presentan un gran reto para asegurar que los planes de acción en salud pública permitan no solamente responder a los retos que presenta el Covid-19, sino que generen procesos de enseñanza para que los países de la región se puedan preparar y afrontar de mejor manera los retos que puede presentarse en el futuro. Es así, que a pesar de que las acciones desarrolladas por las alcaldías de Cali y Bogotá fueron tomadas de manera prematura es indispensable que las medidas que se tomen a futuro se desarrollen en un marco de políticas públicas estructural y transversal que solucionen y atiendan los problemas en materia de salud pública, generación de ingresos, equidad y acceso a los servicios sanitarios (Álvarez, León, Medellín, Zambrano, & Hernando, 2020).

4.3 Análisis De Los Modelos de Organización Que Implementaron Los Programas De Salud y Prevención Del Covid-19 En Bogotá y Cali

A raíz de la pandemia del COVID-19 los gobiernos locales de Bogotá y Cali han emprendido acciones inmersas en los programas de salud y prevención para atender las situaciones acaecidas por los contagios de infección por SARS COV 2. Conviene mencionar,

que estas incluyen acciones multisectoriales, que integran una serie de decisiones de acuerdo al contexto de cada uno de los territorios, que ha implicado diversos retos y capacidades institucionales.

Ante esta perspectiva, se considera que los esfuerzos institucionales incluyen la evaluación de los modelos organizativos que implican un ejercicio de respuesta y capacidad de reacción, pues de acuerdo con la OPS (2020) la pandemia constituye una gran amenaza para los sistemas organizativos de los gobiernos locales, y tiene gran posibilidad de desestabilizar la estructura social. En efecto, las Secretarías de salud de cada una de las entidades territoriales enfrentan una capacidad de reacción enorme ante una situación que ha sido catalogada por la OPS como catastrófica.

En ese orden de ideas, aunque la pandemia por COVID-19 exige un despliegue de acciones presididas por las Secretarías de Salud por constituirse una crisis que implica afectaciones directas a este sector, no obstante, también desatan implicaciones en aspectos sociales, económicos y políticos, por ende, se requiere de una gestión de cada una de las dependencias de los gobiernos locales direccionados desde la Secretaría de Salud que lidera y proporciona las actividades de articulación a nivel sectorial e intersectorial, para dar una respuesta inmediata e intervenir los elementos críticos que la pandemia genera.

En ese contexto, la Alcaldía de Bogotá por medio de la Secretaría de Salud, emprendió un conjunto de actividades e intervenciones para propender un apoyo al sector, y procurar dar respuesta a las causas primordiales de los problemas de salud. En efecto, atendiendo a las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud que estableció que el brote del nuevo coronavirus COVID-19 es una pandemia, y a las disposiciones del Gobierno Nacional la

Alcaldía de Bogotá empezó a diseñar un modelo organizativo para atender las recomendaciones, direccionamientos y requerimientos para atender la pandemia.

Inicialmente, la Secretaría de Salud de Bogotá (2020) atendió a las disposiciones emitidas en la circular 005 de 11 de febrero de 2020, el oficio en mención planteaba las directrices para que las entidades territoriales puedan desarrollar acciones para la detección temprana, el control, la atención ante la posible introducción del coronavirus, así como los planes de preparación y respuesta ante el riesgo que ocasionaba el brote de infección por el virus.

En ese contexto, y mediante la detección del primero caso de COVID-19 en la capital el 06 de marzo de 2020 procedente de Milán, se inició un despliegue de actividades que integraban programas de detección temprana, planes de preparación, contención, atención y vigilancia epidemiológica ante el evento, todos estos direccionamientos fueron enviados al personal encargado de cada una de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas.

En referencia al modelo organizativo, la Alcaldía Mayor de Bogotá (2020) y su Secretaría de Salud mediante circular 068, establece cuáles serán las dependencias que conformaran la estructura organizacional de la Secretaría distrital de Salud, y las entidades adscritas y/o vinculadas del sector para atender la pandemia, y a partir de ello en cabeza del Secretario Distrital de esta dependencia inicia las formulaciones para adoptar, dirigir, planificar, coordinar y ejecutar las acciones dirigidas hacia el mejoramiento y la atención de salud que puedan requerir los ciudadanos de la capital, mediante acciones de salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En ese orden de ideas, la interlocución de la cabeza del sector salud, frente a las acciones que tomaron las entidades de salud, y demás organizaciones de la Secretaría Distrital de Salud y atendiendo el marco competencial, se producen desde el Despacho del Secretario o a través de los subsecretarios de la misma dependencia, como la de Salud Pública, Planeación y Gestión Sectorial, o de Servicios de Salud y aseguramiento.

Ante esta perspectiva, teniendo en cuenta las disposiciones de la Circular 005 de 11 de Febrero de 2020, se toman en cuenta las directrices emanadas en el documentos, y el Secretario de Salud Distrital empieza a articular un plan de detección temprana, y control, teniendo en cuenta que ya existían para inicios del mes de Marzo casos confirmados del COVID-19 en la ciudad, así mismo, se expidió oficio para realizar un conteo y poder tener cifras a todas las Instituciones prestadoras de salud de la capital, destacando la creación de un sistema de alerta ante la notificación de nuevos casos.

Es así, que el 16 de Marzo en reunión con cada uno de los alcaldes de las localidades, la Alcaldesa mayor de Bogotá declara la situación de calamidad pública con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID-19) en Bogotá y se imparten órdenes para que la Secretaría de Salud además de los programas de detección temprana, formule y ejecute medidas para lograr mantener una tasa baja de propagación del COVID-19, para evitar una situación de emergencia que ponga en riesgo la capacidad de atención de los servicios de salud.

A partir de las disposiciones emitidas, se tiene en cuenta la Secretaría Distrital de Salud, como organismo central que dispone de la autonomía administrativa y financiera la cual tiene por objeto orientar y liderar la formulación, adecuación, adopción e implementación de

políticas, planes, programas, proyectos y estrategias conducentes a garantizar el derecho a la salud de los habitantes del Distrito Capital, así como también tiene a cargo las funciones de control y cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

En efecto, desde el modelo organizacional establecido el Secretario Distrital de Salud, autoriza y forma parte del equipo de talento humano que ejercerá la dirección, coordinación, vigilancia y control de la salud pública, formulando el plan de atención básica y coordinará con los sectores y la comunidad las acciones que en salud pública puedan mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población.

4.3.1. Modelo Organizativo De Los Programas De Vigilancia Epidemiológica Del nuevo Coronavirus COVID 19

Es así, que la Subdirección de Salud pública a través de la subdirección colectiva, inicia un plan de contingencia conformado por 45 profesionales (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2020, p.34) que suministrarán las directrices para guiar las acciones de intensificación de vigilancia epidemiológica del nuevo coronavirus COVID-19. En consecuencia, los profesionales impartirán inicialmente unas charlas y guías, además del acompañamiento permanente a cada una de las entidades prestadoras de salud para garantizar que en cada una de ellas se reporten los casos positivos de infección por SARS COV 2.

De la misma manera esta dependencia, de acuerdo con las indicaciones de la declaratoria de ESPII de la OMS, realizará la capacitación para que las instituciones prestadoras de salud extiendan las directrices y puedan tener un personal capacitado en toma de muestras respiratorias, elementos de bioseguridad empleados por la persona encargada de la toma de

muestra, medio de transporte viral, embalaje según lineamientos establecidos y transporte encargado del envío de las muestras al Laboratorio de Salud Pública (LSP) de la Secretaría Distrital de Salud. Esta muestra debe ser radicada con ficha de notificación de acuerdo a la definición de caso, historia clínica del caso y laboratorios anexos en casos de haber realizado alguno.

Por otro lado, el equipo de epidemiología de la Secretaría de Salud, realizará y garantizará la búsqueda activa de contactos sospechosos o confirmados al interior de sus instituciones y su respectivo seguimiento por 14 días, dejando soporte escrito del mismo, el cual debe ser enviado al referente de Vigilancia en Salud Pública de cada una de las Subredes Integradas de Servicios de Salud, igualmente, el equipo brindará el entrenamiento y disponibilidad de los Equipos de Respuesta Inmediata ERI que permitan la atención oportuna y las acciones en salud pública necesarias para la identificación de contactos.

Adicionalmente, se dispuso que el equipo profesional de apoyo intersectorial a la salud elaborara, difundiera los avances alcanzados en el estudio del curso de sintomatología y respuestas a las infecciones presentadas en la ciudad y reporte de las actualizaciones emitidas por el Instituto Nacional de Salud, de tal manera que la población demande los servicios de salud al identificar sintomatología compatible con la nueva enfermedad de COVID-19.

Finalmente, las dependencias de la Secretaría de Salud Distrital se comprometen mediante la plataforma creada para esta emergencia, a garantizar el envío de los soportes de los casos notificados como sospechosos o confirmados, que incluye la ficha de notificación, historia clínica, radicado de muestra al LSP, y demás paraclínicos realizados para el diagnóstico diferencial al área de Vigilancia en Salud Pública de la Subred, así como todo el equipo

profesional que integra el equipo técnico proporcionará la retroalimentación necesaria y dará una respuesta oportuna a las solicitudes realizadas.

4.3.2. Modelo Organizativo De Los Programas De Beneficio En Términos Del Aseguramiento y El Acceso a Los Servicios De Salud

Conviene mencionar, que las directrices emitidas por esta sección estarán a cargo del subdirector de Servicios de salud y aseguramiento, a través de los direccionamientos de este despacho se empezó a realizar un sondeo de la población afiliada al sistema de salud ya sea en su régimen contributivo o subsidiado, para identificar la población que no está registrada y lograr la portabilidad nacional para garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio del distrito a sus ciudadanos.

Así mismo, identificando las directrices emanadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, (2020) se emitió una circular dirigida a todas las entidades prestadoras del servicio esencial, paralelamente, se reconoció que se realizara el giro de manera independiente para los eventos que definen una atención de urgencias, independientemente de que el prestador haga parte o no de la red de prestadores de la respectiva EPS.

La subdirección, también estipuló como acción dirigida a garantizar a las personas en el distrito la atención a la salud, que aquellas personas que no contaran con reporte de movilidad de régimen en la atención en salud recibieran afiliación a una EPS. Teniendo en cuenta esto la Secretaría de Salud realizó un sondeo de las personas en inactividad y sin reporte de cotización, para reportarlos al BDUA con el fin de garantizar la continuidad en la atención de los usuarios que no se encontraran cotizando al régimen contributivo, teniendo en cuenta que en caso de infección es necesario un manejo y seguimiento a cada uno de los contagiados

y su núcleo familiar. De la misma, manera se realizó el seguimiento necesario, aprobado por la Secretaría de Hacienda Municipal que permitió el giro de recursos, para que el Fondo Financiero Distrital de Salud, atendiera los eventos de los ciudadanos en Bogotá que no pertenecieran al régimen contributivo o subsidiado, y que al aplicarles la encuesta Sisbén reportaran un puntaje superior a 54.86, en ese caso en concreto, el tratamiento, revisión y detección se definió como patología relacionado específicamente con el evento de interés en salud pública por nexo clínico o epidemiológico, y quedara exenta de cuota de recuperación, y, en los casos de las Subredes, se tendrá en cuenta lo dispuesto en el capítulo 4 del anexo técnico de los contratos suscritos entre el FFDS y las Subredes Integradas de Servicios de Salud.

En referencia a los extranjeros y teniendo en cuenta que en la Capital hay presencia considerable de gran número de inmigrantes provenientes de Venezuela, la Secretaría Distrital estableció que si el extranjero no es residente tendrá que evaluarse la capacidad de pago o no de una póliza, para el caso de la población venezolana en el mes de Septiembre de 2020 se puso en marcha un plan de respuesta para brindar orientación y atención a la población migrante en condiciones de vulnerabilidad, independiente de su estatus migratorio, teniendo en cuenta evento de interés en salud pública, esto a cargo del FFDS.

4.3.3. Modelo Organizativo De Los Programas De Atención Por Parte De La Red De Prestadores De Servicios De Salud Del Distrito

La subsecretaría de Planeación y Gestión Sectorial, realizó un diagnóstico en cuanto a calidad de atención de la instituciones prestadoras de salud, y emitió circulares para cada una de las entidades de la red de prestadores para inicialmente activar un plan de respuesta al evento, de acuerdo con orientaciones emitidas desde el despacho de la Secretaría Distrital de

Salud, que tiene en cuenta las consideraciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Departamental y Nacional de Salud, y organizaciones internacionales.

Teniendo en cuenta, los informes desarrollados por los profesionales de esta dependencia se creó un diagnóstico que otorgó perspectivas reales en cuanto a los programas de atención existentes en el distrito y sus 20 localidades, para ello implementó estrategias que garanticen la suficiente capacidad resolutive de su red de prestadores en la ciudad para la recepción y atención oportuna, sin ningún tipo de barreras de acceso, de los pacientes con sospecha o confirmados de infección por Coronavirus que se presenten en el Distrito Capital.

Así mismo, la subsecretaría emitió oficio dirigido a cada uno de los directores, gerentes y encargados de las entidades prestadoras de salud para que en un tiempo prudente implementen la ampliación de los horarios de disponibilidad de la consulta prioritaria, todos los días de la semana, incluyendo domingos y feriados, así como los horarios de disponibilidad de la consulta externa, igualmente, mencionan que de acuerdo a la emergencia sanitaria los índices de reclamaciones por ineficiencia en los servicios de prestación de salud deben ser subsanados, por ello instan a que cada una de las entidades hagan entrega durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana, de los medicamentos y los insumos necesarios para continuar el tratamiento ambulatorio del paciente que haya superado la atención inicial de urgencia y con destino a su domicilio.

La subsecretaría de servicios de salud, salud pública y planeación y gestión sectorial a través de su equipo profesional proporcionará capacitación permanente a las redes de

prestación de servicios en medidas de prevención y control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y adherencia a protocolos y guías de manejo en IRAIRAG-IRAGI.

En referencia a los protocolos y guías de manejo en IRAGAG-IRAGI se establece que es obligatorio que cada entidad difunda información entre los afiliados, sobre las redes de servicios para la atención de la infección respiratoria aguda, así como sobre las redes de diagnóstico en la ciudad de Bogotá, D.C, paralelamente deberán implementar acciones de información, educación y comunicación dirigida a sus afiliados, para el autocuidado de la salud, el manejo inicial de la IRA en casa, los signos de alarma para consultar y sitios claves que dispongan para la atención, de acuerdo con la información que permanentemente suministre el Ministerio de Salud y Protección Social.

4.3.4. Modelo Organizativo Para Establecer Las Directrices Para Los Prestadores De Servicios De Salud En Cuanto a Programas De Salud y Prevención

El secretario del despacho, firmó la circular 006 que emite las directrices para los prestadores de servicios de salud en ella, establece mediante la acción de cada uno de los delegados de salud para cada entidad, la imperativa necesidad de activar los planes hospitalarios de emergencia y los planes de contingencia para la prevención, detección, atención, educación y comunicación en salud, por un incremento de casos de IRA, o casos sospechosos o confirmados de COVID – 19.

De la misma manera, crear y poner a disposición una plataforma especial para incluir inventarios de insumos necesarios para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población, contemplando la capacitación y designación del talento humano necesario para la

atención y el direccionamiento de las personas con sintomatología presuntiva de Infección Respiratoria Aguda.

En ese contexto, se intensifica la inversión para campañas preventivas que se realizaran mediante difusión virtual, presencial en las entidades prestadoras de salud y zonas de gran confluencia, para difundir contenido pedagógico, y comunicación dirigida a población en general para evitar la IRA, abordar mitos relacionados con este evento, así como las recomendaciones para el manejo inicial en casa y los signos de alarma para consultar, acorde a información socializada por las distintas entidades encargadas de la salud pública.

Estas acciones de prevención, estaban dirigidas inicialmente a que el ciudadano de la capital reconozca las posibles consecuencias que la pandemia pueda generar en él y su grupo familiar, y acate las medidas de aislamiento respiratorio e higiénico-sanitario para reducir el riesgo de contagio de las personas que presenten síntomas respiratorios agudos y que sean compatibles con la definición de caso sospechoso o probable en urgencias y en consulta externa. Paralelamente, se instará a que cada ciudadano debe fortalecer las medidas sobre el uso de los elementos de protección personal y así lograr una adherencia de uso.

Por otra parte, se destinó un porcentaje importante y mayor número de rubros para lograr la eficiente intensificación de las medidas de bioseguridad y garantizar los suministros requeridos para disminuir riesgo de transmisión de IRA. Así mismo, para garantizar y proporcionar a los sintomáticos respiratorios atendidos, los insumos para lavado de manos, alcohol glicerinado, guantes, mascarillas quirúrgicas y máscaras de alta eficiencia (FFP2), entre otros, dando las indicaciones sobre su uso, tan pronto ingresen a la institución.

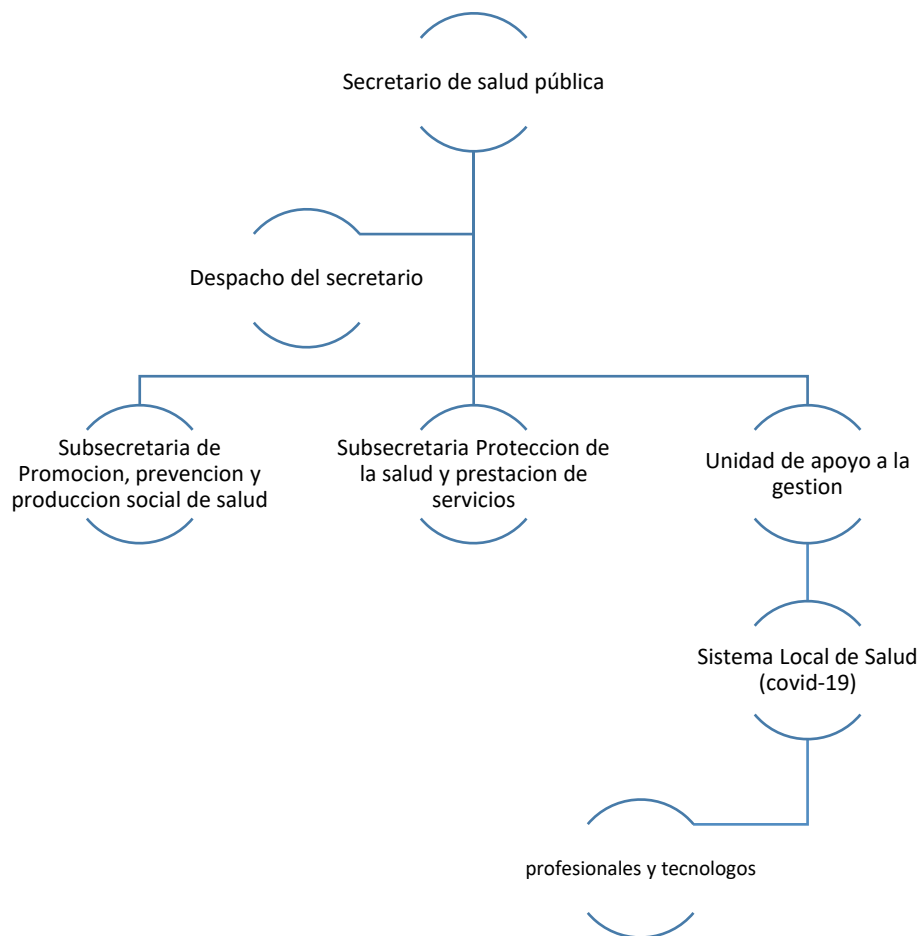
Finalmente, la Secretaría Distrital de Salud, expuso como elemento trascendental el reforzamiento del equipo humano y técnico que permita la comunicación con la Dirección de Urgencias y Emergencias- DUES de la Secretaría Distrital de Salud, para ello se propendió por facilitar la operación del sistema de referencia y contra referencia, teniendo en cuenta la necesidad de que se confirme el reporte en el Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia -SIRC, de la disponibilidad de camas tanto de adulto como pediátricas, en los servicios de hospitalización general, cuidado intermedio y cuidado intensivo, todos los días de la semana a las 9:00 a.m. y 9 p.m.

Ahora bien, con respecto a la ciudad de Santiago de Cali, la Secretaría de Salud Pública, de acuerdo con la Alcaldía de Santiago de Cali (2018) establece que la rectoría del sistema de salud, contribuye a mantener y mejorar las condiciones de salud, la calidad de vida de la población y el desarrollo humano sostenible, mediante la implementación de políticas públicas y del marco jurídico del sector, fortaleciendo la gestión integral y el compromiso de los diferentes actores y sectores para el goce efectivo del derecho a la salud.

Para el caso en concreto de la pandemia que la OMS declaró por el covid-19, y luego de la confirmación de casos positivos en ciudades de Bogotá y Medellín, la Alcaldía de Cali dispuso acciones de prevención y orientación. En efecto, el 12 de Marzo el alcalde de la ciudad en acompañamiento de la Secretaría de Salud Pública; Seguridad y Justicia, asistieron a un consejo extraordinario y establecieron inicialmente que los grupos de adultos mayores son los más susceptibles a la situación de salud presentada, ante esta perspectiva la Secretaría de Salud dispuso ese mismo día mediante circular 049 suspender las actividades en los 450 grupos de adulto mayor como paseos, reuniones y cualquier acción colectiva que se tenga planificada.

En referencia, al modelo organizativo se podrá evidenciar el mismo a partir del siguiente flujograma.

Figura 1. Flujograma, Organización Secretaria de Salud Pública



Fuente: Esta investigación, con base en información suministrada por la Alcaldía de Santiago de Cali

Paralelamente se estableció que la Alcaldía de Santiago de Cali adelantó la programación del Consejo de Política Fiscal (Concejo de Santiago de Cali, 2020, p,12) puso a disposición en el mes de abril \$2 mil millones para ejecutar acciones orientadas para la contención del Coronavirus en la capital del Valle del Cauca. De la misma manera, la Secretaría de Salud

tuvo respaldo de la Gobernación del Valle y del Instituto Departamental de Salud para contratar 27 tecnólogos de promoción en salud, para que puedan estimular en restaurantes, bares, discotecas, estaciones del MIO, espacios públicos o privados, a que la gente se lave constantemente las manos con agua y jabón o empleando gel, como medida eficaz para interrumpir el contagio.

De esta manera se crea el Sistema Local de Salud en cuanto se refiere a la interrelación de los recursos de salud, sectoriales y extra sectoriales, responsables de la salud en el Municipio de Santiago de Cali.

4.3.5. Modelo Organizativo De Los Programas De Vigilancia Epidemiológica Del Nuevo Coronavirus COVID 19

En cuanto al modelo organizativo, desde la Administración se acató la autonomía de la Secretaría de salud pública para poder llevar a cabo las acciones necesarias enfocadas en realizar una vigilancia epidemiológica del nuevo coronavirus, para ello el secretario de salud dispuso un seguimiento estricto a los puntos críticos, ejecutando inicialmente un plan piloto, dirigido con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario – Inpec -, para tomar las medidas para prevenir la delicada situación, instando al lavado permanente de las manos, al tiempo que los internos tomen con responsabilidad este llamado de salud pública para contrarrestar la propagación en estos espacios.

Así mismo, se realizó un llamado de apoyo a la Aeronáutica Civil y a Migración Colombia para que ajusten los protocolos de revisión de pasajeros e igualmente, se pide a aquellos viajeros quienes hayan llegado de China, España, Italia, Estados Unidos, Corea del Sur y Japón a que tomen medidas de aislamiento al menos por 14 días, así no tengan síntomas, para

que no sean promotores de ese virus y si llegan a tenerlos, como tos, flujo nasal, fiebre, malestar general, fatiga y dificultad para respirar puedan ser rastreados por funcionarios de la Secretaría para hacerles el seguimiento epidemiológico permanente.

Para ello, se dispuso de la atención y apoyo del Puesto de Mando Unificado, creado para atender esta situación en el sector de Versalles durante las 24 horas del día y a lo largo de toda la semana, como resultado los extranjeros o los nacionales que hayan llegado de países que se han identificado de alto riesgo por Coronavirus y sospechen tener la enfermedad o sientan los síntomas recibirán orientación e incluso, si amerita, se realizará visita por parte de médicos especializados, quienes harán exámenes clínicos y tomarán muestras para determinar si se tiene o no infección por el virus, evitando traslado a los centros asistenciales, minimizando la propagación y evitando congestión en los servicios de salud.

Estas determinaciones se tuvieron en cuenta, al detectar el primer caso de coronavirus en la Ciudad de Cali, ya que el 15 de marzo se confirmó en Cali el primer caso de COVID-19, de un hombre de 49 años proveniente de España, el cual recibió atención en casa por la baja complejidad del caso. En materia educativa, el plan de acción de vigilancia etimológica reconoció la necesidad del desarrollo de un plan estratégico de contención para educar, informar y comunicar a la comunidad en aras de prevenir el contagio por Coronavirus.

4.3.6. Modelo Organizativo Para Establecer Las Directrices Para Los Prestadores De Servicios De Salud En Cuanto a Programas De Salud y Prevención

Para llevar a cabo este proceso, la alcaldía de Cali, a través de la secretaria de Salud Pública Municipal, definió una serie de medidas, que se fueron fortaleciendo progresivamente de acuerdo con la evolución del virus en la ciudad. No obstante, la

Secretaría de Salud de Cali anuncia la decisión del Ministerio de Salud y Protección Social de elevar el nivel de riesgo por el coronavirus, de moderado a alto desde el mes de abril.

Al inicio de ese mismo mes se socializan las rutas de acción para garantizar las estrategias tomadas frente al COVID – 19, con los representantes de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Sociales del Estado (ESE) y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), paralelamente el despacho de la secretaría de salud le solicita a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) que garanticen la dotación de elementos de protección personal a todo el personal del área de salud, como medida preventiva ante posibles casos de COVID-19.

Desde la capacitación y direccionamiento de estrategias dirigidas a las entidades prestadoras de salud, se les da a conocer el plan operativo realizado para sumar esfuerzos y multiplicar acciones entorno a COVID-19. Una de las acciones fue la activación de la línea de atención a la ciudadanía de Cali para dar orientación en caso de dudas o sospechas generadas por COVID19, sin embargo, esta labor fue delegada a las EPS, para agilizar la ruta de atención de los posibles casos de coronavirus.

Ahora bien, también se evidenció un trabajo mancomunado e intersectorial bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud Pública Municipal, articulada con las demás secretarías, implementan la fase de contención con una serie de disposiciones entre las que se definieron: i) establecer líneas telefónicas de atención por parte de las EPS; ii) descongestionar las clínicas de pacientes que puedan ser tratados en casa y egresar a quienes tengan enfermedades crónicas que puedan ponerlos en riesgo de contagio de infecciones respiratorias tras la llegada del COVID-19 a Cali.

De la misma manera, la secretaría de salud encabezada por su secretaria, inicio una serie de reuniones con gerentes de ESE, EPS e IPS organizando la capacidad instalada, definiendo medidas para dar de alta a pacientes que puedan continuar su tratamiento en casa y adecuando prestación de servicios por eventual incremento de casos COVID-19. Además, se implementó la tele consulta, se aplazan las cirugías no prioritarias, las autorizaciones de exámenes para pacientes de la tercera edad se empiezan a dar vía telefónica, además se destinaron \$2.000 millones para análisis de muestras y se restringen toda clase de actividades colectivas.

Por otro lado, la subsecretaría de Protección de la salud y prestación de servicios se comprometió a agilizar la descentralización de la ayuda diagnóstica para que sean laboratorios de Cali, los que procesen las muestras. También se designó un epidemiólogo de la ciudad para concentrar toda la información y construir la curva epidemiológica de Cali, de tal manera que permitiera tomar decisiones en tiempo real. Se decretó la Alerta Amarilla Hospitalaria, se extremaron las medidas de bioseguridad y se aumentó la capacidad instalada en la Red de Salud Pública y se asume el control de la clínica Saludcoop- Champagnat, que se encontraba cerrada, la cual se destina para uso exclusivo de 90 Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Adicionalmente, en conjunto con la secretaría de Desarrollo Económico se implementan los cursos virtuales para domiciliarios y empresarios que utilizan este servicio para el buen manejo de los domicilios, debido al incremento de la demanda de este mecanismo.

Finalmente se dispone a un inventario visitando personalmente los establecimientos médicos de la Red pública de Salud y otros privados, con los cuales se fortalece la capacidad

hospitalaria y aumenta las camas de hospitalización, aislamiento y UCI, para casos de COVID-19, y se da inicio a la fase de mitigación y con esta a las acciones estratégicas de esta línea que busca aplanar la curva de los positivos para coronavirus mitigando la ola de contagio.

Se consolida las visitas a centros hospitalarios de la red pública y se aumenta la capacidad a 1359 camas hospitalarias y 113 de UCI, más las de la red privada, paralelamente entra en funcionamiento el laboratorio de la Universidad del Valle y junto a este, el Centro Médico Imbanaco, la clínica Fundación Valle del Lili y el Laboratorio Departamental de Salud; las cuales tienen el aval para la toma de muestras en la ciudad, lo que agilizará los resultados y con ello las acciones a tomar en cada caso.

Por último, son múltiples las medidas implementadas en Cali por la administración municipal para la salud pública; entre ellas el fortalecimiento de la red hospitalaria, el convenio con la red privada y el sector hotelero para aumentar el número de camas, la entrega de miles de tapabocas a distintos sectores, así como capacitaciones a personal médico y empresas privadas de domicilios.

4.4 Recomendaciones Para Fortalecer La Respuesta Institucional a La Pandemia En El Marco De La Descentralización Político Administrativa En Colombia.

La pandemia por coronavirus ha implicado un despliegue y creación de acciones institucionales por parte de las Secretarías de salud de cada entidad territorial, teniendo en cuenta que ante los diversos retos que ha generado para la salud pública el COVID-19 se requieren de diverso grados de ejecución con efectos que aún están en evaluación y que todavía no pueden definirse como procesos en culminación.

Desde el marco de descentralización territorial, se puede entender que para efectos del mismo las secretarías de salud cuentan con una autonomía administrativa, financiera, técnica, y además propenden por la libre concurrencia de sus acciones. En efecto, de acuerdo con el contexto de cada territorio se puede aumentar o ampliar los servicios de salud individuales y colectivos con celeridad, a fin de responder a circunstancias especiales que para el caso concreto de la presente investigación corresponde a la pandemia por COVID-19, así como propender por la creación, apoyo o mantenimientos de otros servicios esenciales.

Atendiendo lo descrito anteriormente, conviene acotar que la descentralización de salud comienza en el país en 1987 y se afianza en 1990 con la expedición de la ley 10. La reforma constitucional de 1991 retoma los principios del Sistema Nacional de Salud y establece que el país es una República unitaria y descentralizada; y en desarrollo de ella se expide la Ley 60 de 1993, reglamentaria de la Constitución, mediante la cual se establecen las competencias y recursos de la Nación y las Entidades Territoriales

La descentralización como modelo de estado para la administración de lo público respalda que las Secretarías de Salud de cada municipio puede racionalizar y unificar la administración pública por medio de la creación de estructuras territoriales adecuadas a las funciones que deben ejercer y, por otra parte, devolviendo el protagonismo a las administraciones, de gestión global en vez de las de carácter sectorial.

En ese contexto, la descentralización en salud como estrategia para modernizar el Estado, junto con la democratización y la internacionalización, son respuestas necesarias al surgimiento de nuevas realidades interrelacionadas y características de la organización del Estado establecido en la constitución, teniendo en cuenta la participación de los funcionarios

públicos que están a cargo de instituciones como las secretarías de salud que son conscientes de su papel protagónico frente al Estado, con información al acceso del usuario, con identidades regionales más explícitas, nuevos grupos sociales, nueva organización de la producción en donde sobresalen las relaciones horizontales y la creatividad de los individuos.

En virtud de lo anterior, la ley 60 reserva para el nivel nacional funciones de dirección, asesoría y control y entrega las competencias operativas y de ejecución a las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios), quedando los Municipios y Distritos como responsables del primer nivel de atención y los departamentos del segundo y tercer nivel (Ministerio del Interior de Colombia, 2016, p.12)

Ahora bien, reconociendo la autonomía de las políticas de descentralización en salud, es necesario identificar cuáles son los elementos que pueden ser reforzados para consolidar un respuesta institucional efectiva, en ese orden ideas, aunque los departamentos, distritos y municipios tienen múltiples roles en el sistema de salud, la pandemia exigió una serie de acciones que puso en evidencia algunos inconvenientes, identificados principalmente en cuanto a defectos de capacidad y conflictos de intereses que obstaculizan el desempeño de cada una de las instituciones de salud.

Igualmente se identifican, grandes problemas de coordinación entre actores, hay traslapes y duplicidades en ciertas tareas, hay funciones que podrían no ser compatibles con otras, hay una escala, o un número mínimo de usuarios, a partir del cual se vuelve viable el aseguramiento y la prestación, y evidentemente en zonas de baja población hay desatención y/o desequilibrio financiero.

Por lo tanto, es procedente, formular algunas recomendaciones para fortalecer su capacidad institucional, para ello, inicialmente se establece darles una mayor especialización funcional, y consultar sus respectivas capacidades institucionales al momento de definir sus atribuciones, esto teniendo en cuenta que la contingencia por la que está pasando el país, exige un desafío organizacional, técnico, profesional y de recursos para poder ejecutar un trabajo coordinado para implementar las medidas de control y prevención efectivas, así como la ejecución de estrategias planes y programas.

No obstante, se pudo identificar que la especialización y el nivel de reacción en los momentos críticos, como el presentado por la pandemia por covid-19 ha sido una prueba para el sistema, que permitió probar algunas de sus virtudes pero que reflejó diversas debilidades, en referencia a la especialización se establece que es necesario definir una adecuada redefinición de funciones para así lograr una mejor estratificación de los municipios en términos de la capacidad institucional de sus administraciones públicas y la capacidad local de prestación de servicios de salud.

Pues inicialmente se detectó grandes debilidades en la forma de actuar, que no dejó en claro la especialización de cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud, incluso esto se vio reflejado en las medidas individuales y hasta contradictorias entre la Presidencia de la República, las alcaldías y en efecto de las decisiones implementadas en las secretarías de salud de cada una de las entidades territoriales.

En consecuencia, estas contradicciones se debieron a falencias por problemas operativos, incompatibilidad o desbalance con las bases de datos incompletas, sistemas de información frágiles, donde el Gobierno nacional tenía unas cifras y las que proporcionaban las

Secretarías de salud eran diferentes, para ello se plantea reforzar la plataforma de reporte de casos nacional existente, para crear un sistema de alerta ante la incompatibilidad de reportes y cifras, de esta manera se podrá identificar cuando una salida de información no concuerda con otra y se podrá revisar cada uno de sus destinatarios para verificar y subsanar el error.

Por otro lado, se plantea como recomendación una mejora en la rectoría del sistema, pues ante la contingencia se evidenció una deficiente gobernabilidad tanto desde la presidencia y sus equipo de ministros, como de las entidades locales sobre algunas empresas prestadoras de salud, de esta manera, se establece necesario reforzar la rectoría, para que se pueda establecer las reglas de juego, y que no haya lugar a que algunas empresas no las cumplan o ejecuten acciones para librarse de las disposiciones centradas en atender la emergencia de manera correcta, observando que exista una disparidad de las entidad que ejercen las disposiciones a acatar.

En ese contexto, la rectoría, podría dar lugar a plantear la posibilidad que entidades de control como la Superintendencia de Salud pueda abrir sedes fuera de Bogotá. Pues se reconoce que todas las acciones de control ejecutadas por esta entidad de control se escalan a la misma, y la Superintendencia de Salud, que es el gran supervisor nacional, no tiene presencia por fuera de Bogotá.

En consecuencia, aunque las Secretarías Departamentales también tienen funciones de inspección y vigilancia, no hay una interdependencia para que estas tengan las suficientes atribuciones legales para establecer reglas claras ante las entidades prestadoras de salud, esto dificulta el control, además de que cualquier solicitud requiere un gran lapso de tiempo que ralentiza las peticiones intervenidas por las entidades del orden departamental o municipal,

por ello instalar sedes de control y vigilancia proporcionaría mayor eficacia en cuanto a decisión de verificación y ayudaría a trabajar de manera articulada, para ejercer la vigilancia. En esta decisión habría que asegurar la capacidad institucional. Si algunos entes de orden departamental no tienen la capacidad suficiente podrían crearse, para efectos de la vigilancia, jurisdicciones que abarquen más de un departamento, como seccionales que incluya peticiones de secretarías de salud en cada una de las regiones.

Sin embargo, esta recomendación debe incluir unos canales claros y bien regulados para la recepción y respuesta de quejas. Los municipios podrían convertirse en voceros y orientadores de los usuarios, ayudarlos a canalizar las quejas por los canales establecidos y por las plataformas de PQRS establecidos, de esta manera se podría superar la heterogeneidad de las diferentes solicitudes que se exponen y poder agilizar de acuerdo con las atribuciones legales que podrían tener cada una de las seccionales de control y vigilancia.

En consecuencia, de acuerdo con la situación de la pandemia, se podría establecer que la rectoría y la posible ampliación de sedes de entidades de control y vigilancia asegurarían la capacidad, la escala mínima, y podrían facilitar la aplicación de estándares más homogéneos, delegando en primera instancia en los departamentos, y solo en tareas específicas que lo ameriten, en algunos o todos los municipios.

Otra de las recomendaciones que se pueden formular en este trabajo de investigación, atiende los inconvenientes de financiación y asignación de recursos, pues como se reconoce la inversión para atender la pandemia se incrementó notablemente, y la salud ha sido un sector golpeado enormemente en cuanto a inversión, para ello se propone que los municipios puedan plantear unas fórmulas de asignación de recursos de manera más clara, y que en caso

de urgencia como la pandemia, la planeación, propuestas y solicitud de recursos tenga una vía de acceso más rápida que les permita tener la asignación de una manera más ágil sin tener el visto bueno de muchas dependencias a las cuales están sujetas las peticiones actualmente.

Y aunque según datos del Ministerio de salud (2020) para atender la pandemia se generó un plan con cuatro componentes: aseguramiento, mejoramiento en las capacidades de salud pública, ampliación de la oferta en salud y fortalecimiento dirigido propiamente al Ministerio de Salud y Protección Social y se aplicó una la Ley de presupuesto para la vigencia actual por el orden de \$929.950 mil millones (p.82) , la federación colombiana de municipios estableció que falta una inversión aproximada de 864.950 mil millones para la ampliación de la oferta de servicios de salud y para el fortalecimiento institucional de cada una de las Secretarías de Salud del Municipio.

Situación que se complejiza, pues a partir de la Ley 100 los destinatarios de las transferencias ya no son las entidades territoriales, pues con esta disposición legislativa el aseguramiento y la prestación se pasó al sector corporativo (EPS) y por ende las entidades territoriales terminaron siendo unos mensajeros, situación que amerita a que se presente atasco de recursos, pues las entidades territoriales se convirtieron en un jugador de la prestación, y se convierten en entidades que están a merced de las EPS, pues son ellas quienes contratan a sus hospitales. Este carácter mixto, y la destinación de recursos a las EPS ha fomentado prácticas de desviación y corrupción que afecta la adecuada inversión de recursos al sector.

Frente a la ejecución de recursos, cada una de las entidades territoriales podrían crear una plataforma que pueda ofrecer la divulgación de planes de gasto o la totalidad de gastos y

recursos para que se identifique de manera clara cuáles han sido las inversiones realizadas, de la misma manera se podría reconocer cuales son las EPS que están incumpliendo con los pagos que terminan siendo recursos para el sector, y poder difundir esa información para que las personas identifiquen y puedan ejercer de esa manera un control social, teniendo en cuenta la ventaja de la rápida difusión de información facilitada por las redes sociales, de esta manera el ciudadano reconocerá cuales son las entidades prestadoras de salud que engañan al sistema y que aportan al detrimento de la calidad de atención del servicio

Paralelamente, teniendo en cuenta la facilidad y el acceso a la información, se podría reconocer de manera más fácil los actos de corrupción que aquejan al país, de esta manera tener una plataforma asequible y con información sucinta y precisa permitiría, que los ciudadanos puedan desarrollar actividades de control y así se subsane las dificultades de las fuentes oficiales de consulta pública que no permiten un entendimiento.

Finalmente, se plantea una recomendación de apoyo intersectorial más expedito y efectivo, que permita una mejor coordinación de actores, pues se reconoce que ante una de estas eventualidades se requiere de la disposición de recursos que no están a disposición del sector, para ello es necesario recurrir a la acción y operación de otras Secretarías y de diferentes estrados, pues claramente los recursos en Colombia están fuera del sector sanitario.

Para ello, se plantea crear en cada uno de los departamentos agendas y compromisos que incluyan tanto al sector público y privado, y se establezca que la salud es un servicio esencial del cual todos necesitamos, y por ende la inversión en el mismo beneficia a todos los ciudadanos, para ello funcionarios de las secretarías de salud expondrán y participaran activamente en reuniones, y demás actividades que puedan facilitar el desarrollo de alianzas

que conlleven a pactos y acuerdos en los ámbitos nacional y departamental, tanto rural como urbano, para fortalecer el sector de la salud.

Conclusiones

La aparición del Covid-19 a nivel mundial generó una presión a las instituciones estatales y de salud a nivel internacional para diseñar e implementar estrategias que permitieran disminuir la velocidad de propagación del virus y la letalidad del mismo. La rápida expansión del virus en Colombia implicó una serie de retos para tratar de prevenir y disminuir los niveles de propagación del virus. Sin embargo, se debe considerar que las primeras acciones ejecutadas por las administraciones locales no se enmarcaron en una política pública concreta ni programática. Sino que fueron acciones con base a decisiones institucionales que predecían de una manera u otra un impacto positivo o menos perjudicial ante la situación socialmente problemática de la pandemia covid-19.

En efecto, las Secretarías de Salud de Cali y Bogotá sostienen que en el periodo de análisis (marzo a abril de 2020) no se desarrollaron políticas concretas en relación a la promoción y prevención de la salud, pero sí se ejecutaron acciones con el objetivo de mitigar los efectos nocivos de la pandemia, lo cual, de acuerdo al contenido de los programas, proyectos y acciones ejecutadas, implicó políticas públicas indirectas para la prevención del covid-19 y promoción de la Salud. En ese orden de ideas, las primeras acciones realizadas tanto por la Secretaría de Salud de Cali y Bogotá se enfocaron en mitigar la velocidad de propagación del virus y la letalidad del mismo. Para ello, cada alcaldía implementó acciones de geolocalización para identificar las acciones de acuerdo a la velocidad de propagación en los territorios y así ofrecer una focalización más precisa, efectiva y eficiente de los programas de intervención en salud pública.

Es así, que la mayoría de los programas de salud en las ciudades analizadas se enfocaron en la prevención y mitigación de los efectos negativos que puede tener el Covid-19 en la salud de las personas. Debido a ello, se implementaron acciones de prevención como las cuarentenas, las limitaciones para el contacto con las personas, los protocolos de bioseguridad en establecimientos públicos y transporte masivo, los controles de aforo en lugares públicos. En el mismo orden de ideas, las acciones realizadas por las Secretarías de Salud de cada una de las ciudades emprendieron acciones y programas que tuvieron como objetivo sensibilizar y educar a los ciudadanos para el adecuado manejo de la pandemia, tales como el correcto uso del tapaboca, el lavado de manos, los hábitos de higiene personal y el uso de los implementos de bioseguridad para reducir la tasa de contagio y letalidad del virus.

Así mismo, cada una de las entidades territoriales puso a disposición de la ciudadanía un sistema de información para que los ciudadanos pudieran conocer en tiempo real el avance del virus, la ocupación de camas UCI y las estadísticas sobre casos positivos y letalidad de la enfermedad.

Si bien es cierto, que los programas implementados por las Alcaldías de Cali y Bogotá presentan ciertas similitudes en relación a los programas de prevención y promoción de la salud, existen algunas diferencias dependiendo de las necesidades de cada territorio, la velocidad de propagación en cada región, los factores de riesgo asociados a la velocidad del virus y los factores presupuestales de cada municipio.

En consecuencia, los planes de acción de cada municipio se centraron en la promoción, prevención, localización y mitigación de efectos del Covid-19, cada programa tiene sus particularidades para responder de mejor manera a las realidades que se vivían en el territorio.

Lo anterior, también se explica en la flexibilidad que otorgó el Gobierno Nacional a las entidades territoriales para que, al momento de aplicar los lineamientos generales de salud pública, fueran los territorios quienes adaptaron y modificaron algunas variables de interés para gestionar de manera más eficiente la problemática desatada por la pandemia.

Ahora bien, en cuanto al modelo organizacional de cada una de las Alcaldías objeto de estudio de la presente investigación, se identificó que el despliegue de ambas atendió las disposiciones de las entidades de control y vigilancia tanto nacionales como internacionales, de la misma manera, ambas han ejecutado acciones presididas por el secretario de salud que desde su despacho fijaba los direccionamientos pertinentes para poner en marcha las acciones encaminadas a atender la pandemia.

Las subdirecciones y redes locales se fijaban como dependencias de apoyo para las decisiones ejecutadas por el Secretario, de esta manera para el caso de Bogotá la subdirección de salud pública y de prestación de servicios de salud, y para Cali la Subsecretaría de Promoción, Prevención y Producción Social de Salud ejercieron un trabajo articulado para poder llevar a cabo las actividades importantes en cuanto a atención, manejo, vigilancia y prevención de las diferentes acciones que requería la pandemia.

En cuanto, a las recomendaciones se plantearon una serie de propuestas que partieron de la identificación de las dificultades que se presentaron ante la ejecución de los programas de atención y prevención de la pandemia, a partir de la identificación, se plantearon ideas que podrían subsanar o agilizar su resolución teniendo en cuenta aspectos como disposición de recursos, rectoría del sistema, comunicación y apoyo intersectorial principalmente.

Bibliografía

Alcaldía de Bogotá. (01 de 06 de 2020). *En marcha, programas de humanización con pacientes y profesionales de salud*. Obtenido de <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/programas-para-la-salud-mental-y-emocional-frente-al-covid-19>

Alcaldía de Bogotá. (30 de 04 de 2020). *Así cambió el Plan de Desarrollo de Bogotá por el coronavirus (COVID-19)*. Obtenido de <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/administracion-distrital/asi-cambio-el-plan-de-desarrollo-de-bogota-por-el-coronavirus>

Alcaldía de Bogotá. (30 de 09 de 2020). *"Tuvimos una ocupación del 63% en el hospital de Corferias", secretario de Salud*. Obtenido de <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/hospital-de-corferias-no-funcionara>

Alcaldía de Cali. (04 de 08 de 2020). *Instituciones educativas continúan con la estrategia 'Cali Educa en Casa'*. Obtenido de <https://www.cali.gov.co/educacion/publicaciones/155303/instituciones-educativas-continuan-con-la-estrategia-cali-educa-en-casa/>

Alcaldía de Cali. (12 de 04 de 2020). *En tiempos de COVID19, Cali cuenta con línea telefónica de Salud Mental*. Obtenido de <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/152935/en-tiempos-de-covid19-cali-cuenta-con-linea-telefonica-de-salud-mental/>

Alcaldía de Cali. (12 de 08 de 2020). *La salud mental en Cali en épocas de pandemia*. Obtenido de <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/155536/la-salud-mental-en-cali-en-epocas-de-pandemia/>

Alcaldía de Cali. (16 de 04 de 2020). *Cali educa en casa: un proceso formativo en tiempos de coronavirus*. Obtenido de <https://www.cali.gov.co/educacion/publicaciones/153042/cali-educa-en-casa-un-proceso-formativo-en-tiempos-de-coronavirus/>

Alcaldía de Cali. (17 de 04 de 2020). *Listo el Plan de Aislamiento Territorial Selectivo (Aites)*. Obtenido de <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/153065/listo-el-plan-de-aislamiento-territorial-selectivo-aites/>

Alcaldía de Cali. (2020). *Boletín epidemiológico No. 127*. Cali: Alcaldía de Cali.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2020). *Estrategias dirigidas por pandemia COVID-19*. Bogotá.

Alcaldía Municipal de Santiago de Cali. (2020). *Cronología del COVID19 en Cali y las medidas de la alcaldía para enfrentarlo*. Cali.

Álvarez & León, A. (2020). *El coronavirus en Colombia: vulnerabilidad y opciones de política*. América latina y el caribe.

Álvarez, A., León, D., Medellín, M., Zambrano, A., & Hernando, Z. (2020). *El coronavirus en Colombia: vulnerabilidad y opciones de política*. Bogotá: PNUD.

Andia, T., Criado, L., Mantilla, C., Molano, A., & Rodríguez, P. (2020). *Relación entre las medidas para mitigar la propagación del COVID-19 y los patrones de actividad laboral y salud mental en Colombia*. Bogotá: AlianzaEFI.

Barinas & Viollaz, S. (2020). *Impacto Económico y Social del COVID-19 y Opciones de Política en la República Dominicana*. América Latina y el Caribe.

BBC News. (2020). *Coronavirus en Estados Unidos: 5 cifras que muestran cómo la pandemia de coronavirus está fuera de control en el país.*

Buck, C. (1996). *La creación de la Salud. En: Promoción de la Salud una Antología.* . Washington: OPS. Publicación Científica No. 557.

Cali es Caribe. (26 de 12 de 2020). *Secretaria de educación Cali, acciones 2020.* Obtenido de <https://caliescribe.com/es/26122020-2332/educacion/20371-educacion/secretaria-de-educacion-cali-acciones-2020>

Cámara de Comercio de Bogotá. (27 de 10 de 2020). *Medidas del Gobierno nacional y distrital para mitigar el impacto del COVID-19 y la reactivación productiva.* Obtenido de <https://www.ccb.org.co/observatorio/Economia/Economia-dinamica-incluyente-e-innovadora/Medidas-del-Gobierno-nacional-y-distrital-para-mitigar-el-impacto-del-COVID-19-y-la-reactivacion-productiva>

Cámara de comercio de Bogotá. (2020). *PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD FRENTE A LA PREVENCIÓN AL CONTAGIO POR CORONAVIRUS COVID-19.* Obtenido de <https://cupdf.com/document/protocolo-de-bioseguridad-frente-a-la-prevencion-al-.html?page=1>

Carta de Ottawa. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.*

Castañeda, S. (2020). *Conocimiento sobre medidas preventivas frente al covid-19 en comerciantes del mercado de villa maria del perpetuo socorro. lima-2020.* . Lima- Perú.

Cepal. (2020). *Pactos políticos y sociales para la igualdad y el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe en la recuperación pos-COVID-19.* Buenos Aires: Cepal.

Comisión interamericana de derechos humanos. (2020). *Pandemia y derechos humanos en las Américas*. Obtenido de <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

Concejo de Cali. (18 de 05 de 2020). *Cali no tendría suficientes camas de UCI para atender pacientes Covid-19, dicen Concejales*. Obtenido de http://www.concejodecali.gov.co/Publicaciones/cali_no_tendria_suficientes_camas_de_uci_para_atender_pacientes_covid19_dicen_concejales

Conpes. (2020). *Estrategia de respuesta inicial ante los efectos de la pandemia del Covid-19 sobre la salud pública, los hogares, el aparato productivo y las finanzas públicas*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Consejo de Cali. (18 de 05 de 2020). *Cali no tendría suficientes camas de UCI para atender pacientes Covid-19, dicen Concejales*. Obtenido de http://www.concejodecali.gov.co/Publicaciones/cali_no_tendria_suficientes_camas_de_uci_para_atender_pacientes_covid19_dicen_concejales

Corte Suprema de Justicia. (03 de 11 de 2020). Sentencia T-760/08. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>.

CPC. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Bogotá.

Cuesta, C. (Febrero de 2017). *Análisis de las fallas de implementación de la política pública de seguridad ciudadana del Ecuador*. Obtenido de shorturl.at/nDP05

Department, S. R. (12 de Marzo de 2021). Obtenido de Número acumulado de casos confirmados, muertes y recuperaciones del coronavirus en Italia entre el 17 de febrero y el 8 de marzo de 2021.

El Tiempo. (11 de 05 de 2020). *Plan para reactiva economía por 2.2 billones, tras pandemia en Cali*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/colombia/cali/plan-para-reactivar-economia-por-2-2-billones-por-pandemia-en-cali-493636>

El tiempo. (26 de 03 de 2020). *Así es la entrega de alimentos a domicilio en 10 zonas de Cali*. Obtenido de <https://www.eltiempo.com/colombia/cali/entrega-de-alimentos-a-domicilio-en-10-zonas-de-cali-477156>

ENWHP. (1997). *Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo. Declaración de Luxemburgo*.

ERNST, J. (2021). *JONATHAN ERNST (REUTERS)*.

Eslava, D. (2006). Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Salud pública*, 106-115.

Fiallos, B. (2020). *La gobernanza de riesgos a partir de las políticas públicas desde una perspectiva de Covid-19*. Universidad Andina Simon Bolivar Ecuador.

Foro Nacional por Colombia. (07 de 06 de 2020). *La pandemia: Un reto para los planes de desarrollo territoriales y la participación*. Obtenido de <https://www.elespectador.com/colombia2020/opinion/la-pandemia-un-reto-para-los-planes-de-desarrollo-territoriales-y-la-participacion/>

Franco, J. (2013). *Diseño de políticas públicas, una guía práctica para transformar ideas en proyectos viables*. México: IEXE store.

Gobernación del Valle. (2020). *Estimación de la capacidad instalada de camas frente a los casos esperados y plan de expansión*. Cali: Gobernación del Valle.

Kickbusc, I. (1996). *Promoción de la Salud una Perspectiva Mundial*. Washington.

Lo Vuolo, R. (1994). *Conflictos actuales y escenarios futuros de la política social*. Buenos Aires: CIEPP-Miño y Dávila editores.

Ministerio de Salud (03 de 11 de 2020) . Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 Acción Transectorial. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/peru-pdsp-visita-peru.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2006). *Hacia una política pública de promoción de la salud basada en comunidades productivas y saludables*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (07 de 09 de 2020). *Total de camas UCI en el país para la atención de covid-19 incrementó 91%*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Total-de-camas-UCI-en-el-pais-para-la-atencion-de-covid-19-incremento-91.aspx>

Ministerio de Salud. (2021). *Gobierno de Argentina*. Obtenido de ¿Qué medidas está tomando el gobierno?

Montecinos, E. (2007). *Límites del Enfoque de las políticas públicas para definir un “problema público”*. Pontificia Universidad Javeriana.

Muñoz, Ramírez. (2020). *El COVID-19 en Colombia: un análisis desde el enfoque de las corrientes múltiples de la política pública*.

Navarro, B. (2020). *Vanguardia*. Obtenido de Senado de Estados Unidos aprueba el mayor plan de estímulos de su historia.

Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion International*. Volume 13, Issue 4.

OMS (Organización Mundial de la Salud). (30 de 09 de 2020). *Centro de Prensa* obtenido de <https://www.who.int/es/news-room>

Organización Mundial de la Salud. (03 de 11 de 2020). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): Orientaciones Para el Público y Orientaciones Técnicas. Obtenido de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Salud del sistema interamericano*.

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *El covid 19 una pandemia que afecta el mundo*. Santiago de Chile.

Pardo, C. (2020). Prioridades de las políticas públicas para superar la crisis del Covid. *Portafolio*.

Paz, B. (2020). Tendencias de los diseños de políticas públicas sanitarias para la pandemia Covid-19 en América Latina. *Revista Universidad y Salud*, 22(3), 23-39.

Pressman y Wildavsky, J. (1973). *Implementación: Cómo Grandes Expectativas Concebidas en Washington se Frustran en Oakland*. Estados Unidos: Fondo De Cultura Económica.

Red Europea de Promoción de la Salud. (2015). *La importancia de la vigilancia en la Salud y su promoción*.

Rico, Barreto, Mendoza, Pulido & Duran. (2020). *Políticas Públicas Para el Afrontamiento Adaptativo del Covid-19: Nueva Normalidad En Colombia*.

Saludata. (08 de 04 de 2021). *Ocupación de UCI adulto para atención general y Covid-19 Bogotá D.C.* Obtenido de <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/ocupacion-ucis/>

Secretaría de Salud de Bogotá. (2021). *Respuesta a Derecho de Petición*. Bogotá: Alcaldía de Bogotá.

Secretaría de Salud Distrital de Bogotá. (2020). *Informe acciones adelantadas contra el COVID*. Bogotá.

Secretaría de Salud Distrital. (12 de 08 de 2020). *Medidas para la mitigación del Covid-19*. Obtenido de <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/como-funciona-el-semaforo-epidemiologico-de-covid-19-en-bogota>

Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali. (2020). *Informe como vamos Cali en materia de salud y prevención*. Cali.

Secretaría de Salud Pública. (2020). *Plan de contingencia en Salud Covid-19*. Cali: Alcaldía de Cali.

Social, M. d. (2020). *Medidas frente a la pandemia COVID-19*.

Texeira, L. (2020). *Carcel para infectados y otras medidas de Brasil en contra del COVID-19*. Obtenido de LExLATin.

Torres, J., & Santander, J. (2013). *Introducción a las políticas públicas*. Bogotá: IEMP ediciones.

Universidad de los Andes. (2020). *Modelación Covid-19 Bogotá*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Vallès. (2000). *Ciencia Política: Una Introducción*.

Vallès. (2015). *Ciencia política: Un manual*.