

# Las Zonas de Cuidado Especial en Bogotá: Una experiencia de territorialización e integración de acciones intersectoriales en el marco de COVID-19

Subsecretaría de Salud Pública  
Secretaría Distrital de Salud

**B**ogotá D.C. es la ciudad más grande en población del territorio nacional, se calculó a partir del censo 2018 que la ciudad tendría 7.743.955 habitantes en el 2020, los cuales corresponden al 15% del total de la población proyectada a nivel nacional(1). Según la división político-administrativa, al Distrito, lo conforman 20 localidades y 112 Unidades de Planeación Zonal - UPZ y 4 - Unidades de Planeación Rural -UPR. Diecinueve de las veinte localidades han tenido durante su desarrollo económico y cultural mayores asentamientos urbanos, y al interior de estas se han densificado unas más que otras, teniendo en cuenta el valor del suelo y las actividades económicas, accesos a redes de transporte público, entre otras(2).

Actualmente, la densidad de las localidades y sus UPZ, generan grandes retos para el abordaje de una pandemia como la COVID-19, que, sumado a desigualdades e inequidades prevalentes, requiere abordajes e intervenciones particulares y singulares, de acuerdo con las necesidades y realidades propias de cada localidad y territorio. La presente nota de política expone los principales resultados de las estrategias e intervenciones sectoriales e intersectoriales integradas, haciendo énfasis en Kennedy, como una de las Localidades que por su tamaño, vulnerabilidad y afectación se convierte en una experiencia ejemplarizante para la ciudad y la nación.

**La experiencia internacional muestra que las acciones de cuarentena y aislamiento social para el control de la epidemia de COVID-19 son muy exitosas(3).**

La ciudad inició de manera temprana las medidas de aislamiento físico, por medio de lo que denominó simulacro distrital. El 20 de marzo, en consenso con expertos y a partir de los datos disponibles de la vigilancia en salud pública, se pudo identificar una aceleración importante de la epidemia que requería intervenciones inmediatas de salud pública. Se estableció una cuarentena general en la ciudad como medio para favorecer el aislamiento social mientras se fortalecía la capacidad física instalada del sector salud y de otros sectores, la cual fue respaldada y asumida desde el orden nacional a partir de 24 de marzo, considerando los efectos de aceleración y comportamiento del virus en los países vecinos - fronterizos.

## Resultados principales

La restricción de la movilidad de 1.273.390 habitantes, permitió:

- Disminución en la variación de cambio de los indicadores de casos, hospitalización y UCI.
- Cambios favorables en el RT por localidad y distrito para las fechas de la intervención.
- La disminución de la movilidad en la localidad permite disminuir la velocidad de contagio.

La literatura reciente refiere en un experimento natural con la participación de 149 países, que la implementación de cualquier intervención de distanciamiento físico se asoció con una reducción general de la incidencia de COVID-19 del 13% (IRR 0.87, 95% intervalo de confianza 0.85 a 0.89; n=149 países). Adicionalmente mencionan que las cuarentenas tempranas se asociaron con una mayor reducción de la incidencia de covid-19 (pooled IRR 0.86, 0.84 a 0.89; n=105) en comparación con una implementación retardada de las cuarentenas posteriores a otras medidas de distanciamiento físico (pooled IRR 0.90, 0.87 a 0.94; n=41)(4).

Según datos del Instituto Nacional de Salud - INS-(5) al 24 de marzo, Bogotá D.C. y Colombia llevaban una aceleración muy similar, al comparar los datos por fecha de inicio de síntomas se evidencia que al 24 de marzo el cambio porcentual vs el 20 de marzo era de 45% para Bogotá D.C. y 46% para Colombia, el aumento para el país respecto de Bogotá era de 1,3%.

En la ciudad de Bogotá, según las medidas del nivel nacional relacionadas con la apertura parcial de actividades económicas normadas a partir del 27 de

abril, llevó a una flexibilización de la intervención, que implicó excepciones en la cuarentena y el consecuente aumento progresivo del contacto físico entre los ciudadanos; al comparar los datos del 24 de marzo vs 27 de abril, se observa que Bogotá tiene una variación porcentual de 124% mientras el país cambió en 143%, lo que implica una diferencia del 15% respecto de Bogotá.

Esta reapertura exigió también la generación de estrategias innovadoras para atender los retos de un escenario epidemiológico emergente. Mediante un análisis por componentes principales, se generó un índice de transmisibilidad y severidad para la ciudad, las localidades y sus micro territorios, que permitió identificar las zonas y poblaciones de mayor riesgo (6); las acciones se focalizaron por cuadrantes de 0,3km<sup>2</sup>, espacios geográficos más pequeños que las UPZ, ganando efectividad en sus resultados. Estos territorios emergentes fueron definidos como Zonas de Cuidado Especial- ZCE y son el resultado de un ejercicio de toma de decisión para la política pública a partir de ajustes en los sistemas de inteligencia epidemiológica de la ciudad (ver ilustración1).

Ilustración 1. Línea del tiempo zonas de cuidado especial en Bogotá.



Fuente: Elaboración propia grupo ACCVSYe, subsecretaría Salud Pública, SDS.

La estrategia de vigilancia territorializada acogida en Bogotá D.C., además de realizar la identificación y rastreo de contactos de personas positivas para COVID-19, identifica conglomerados de riesgo /definidos como zonas de alta transmisibilidad, zonas silenciosas o de transmisión desconocida, grupos selectos (migrantes, personal de aseo, domiciliarios, taxistas, bici taxistas, entre otros) y centinelas - talento humano en salud/, y se acompaña de intervenciones de educación, información y protección específica (v.g.

vacunación) para la salud comunitaria, que buscan motivar a la población a mejorar su cuidado y autocuidado, con un ejercicio intersectorial y de comunicación social del riesgo que promueve el mensaje saludable, entendiendo que hasta que no haya un tratamiento- vacuna o fármaco- la estrategia comunitaria de cuidado debe ser muy fuerte y debe acompañar las medidas de cuarentena o aislamiento social. Estas medidas se realizaron en las diferentes ZCE mencionadas en la línea del tiempo.

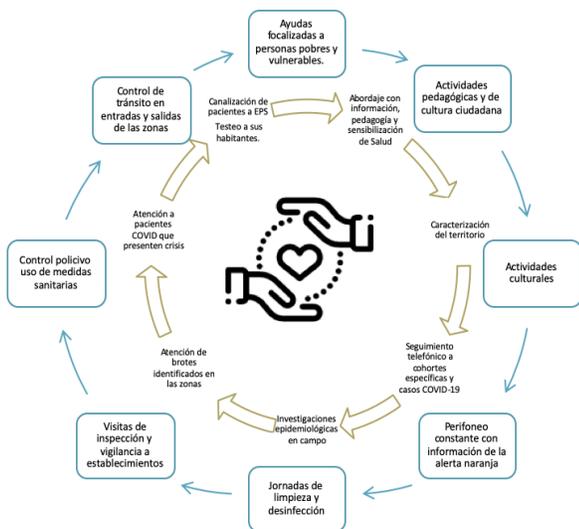
## La experiencia en la localidad de Kennedy

Bajo el liderazgo de la Alcaldía Mayor de Bogotá, las intervenciones en las ZCE, se han coordinado conjuntamente entre Secretaría de Salud y Secretaría de Gobierno (ver ilustración 2), que con el esfuerzo de todos los demás sectores integraron y armonizaron las acciones en las ZCE establecidas. Estas se articularon y potenciaron con las asociaciones comunitarias y los tejidos sociales del territorio que permitieron mayor cercanía y acogida por parte de la comunidad. El primer abordaje se dio por cuadrantes entre el 9 y 25 de mayo; posteriormente, dado el comportamiento de la epidemia, el 1 de junio se realizó una acción más contundente en toda la localidad. La intervención consistió en reducir la movilidad de las personas, esto es, una cuarentena focalizada a los habitantes de la ZCE, permitiendo

sólo los movimientos para necesidades básicas, como compras de alimentos y víveres, todo el comercio estuvo cerrado durante un periodo de 14 días. Es válido mencionar que, la localidad cuenta con la central de abastecimiento alimentario más grande del país lo que le genera una acción territorial diferencial dada la dinámica alrededor de la misma, sin embargo, estas se describirán en otro texto.

Las acciones mencionadas en la ilustración 2 han permitido identificar y medir la intervención de cuarentena; es válido resaltar el acompañamiento a las necesidades sentidas de la comunidad, por medio de la entrega de ayudas humanitarias, así como las acciones de sensibilización y pedagogía con un mensaje saludable.

Ilustración 2. Intervenciones intersectoriales en las ZCE, Bogotá.



Acciones intersectoriales en Zonas de cuidado Especial - ZCE	ZCE (8 Cuadrante 9-25 mayo )	ZCE localidad Kennedy 1-14 junio 2020	Total de intervenciones
Personas abordadas con información general, pedagogía y sensibilización en salud	55.979	51.652	107.631
Viviendas Visitadas SDS	1.945	3.120	5.065
Vacunados bajo esquema regular (Menor de 5 años ) e influenza (mayores de 60 años)	1.345	973	2.318
Tamizajes realizados en puestos de control	--	5.985	5.985
Investigaciones epidemiológicas de campo	707	633	1.340
Seguimiento telefónico a otras cohortes en salud	--	535	535
Canalizaciones hacia EPS condiciones de salud diferentes a COVID-19	425	281	706
Número de pruebas COVID-19 aplicadas	948	12.147	13.095
Atención de brotes COVID-19	21	1	22
Seguimiento telefónico a casos COVID-19 y contactos	42.846	18.439	61.285
Búsqueda activa de contactos institucionales	--	19.590	19.590
Sensibilización y pedagogía en establecimientos de comercio (número de establecimientos)	--	1.608	1.608
Operaciones de Inspección, Vigilancia y Control efectuadas	813	176	989
Número de rutas con perifoneo y vehículos con información visual	276	2.220	2.496
Número de rutas de lavado y desinfección de espacio públicos	299	517	816
Señalización en espacio público, establecimientos y conjuntos residenciales (número de piezas)	3.900	475	4.375
Ayudas humanitarias entregadas	11.562	29.049	40.611
Atención a población habitante de calle	--	299	299
Atención a población migrante	--	72	72
Caracterización, pedagogía vendedores informales	--	2.400	2.400
Comparendos No Tapabocas	284	491	775
Incumplimiento al Decreto 132	--	2.003	2.003
Comparendos Tránsito	943	1.922	2.865
Número de vehículos requeridos en puestos de control	75	12.762	12.837
Cierre de establecimiento por actividad económica no autorizada	--	98	98
Número de establecimientos abiertos	--	4.823	4.823
Número de establecimientos cerrados	--	9.756	9.756
Reconvenciones	--	14.777	14.777
Acciones itinerantes en espacio público (personas dispersadas en aglomeraciones)	12.428	--	12.428
Comparendos por contravenciones Código de Convivencia y Policía	300	--	300
Programación cultural "Asémate a tu ventana"	9	--	9
Número de vueltas o rutas realizadas por valla móvil	1.782	--	1.782

Fuente: Punto de mando unificado - PMU, Secretaría Distrital de Gobierno.

## Resultados de la experiencia en la localidad de Kennedy

Las 5.923 encuestas de riesgo e información con fuentes secundarias disponibles permitieron caracterizar la situación así: el 44% las personas se encontraban entre los 20 - 39 años, el 52,5% son hombres. El 1% vive solo, es decir, son familias unipersonales; el 50,2 % conviven con 3 o 4 personas. De las personas que tuvieron que salir, refieren que se movilizaron a otras localidades 48,3%, principalmente por trabajo (82,1%), de los que se movilizaron en “únicamente dentro del barrio” (30%) sus principales actividades fueron comprar alimentos o víveres 69% y trabajo 17%.

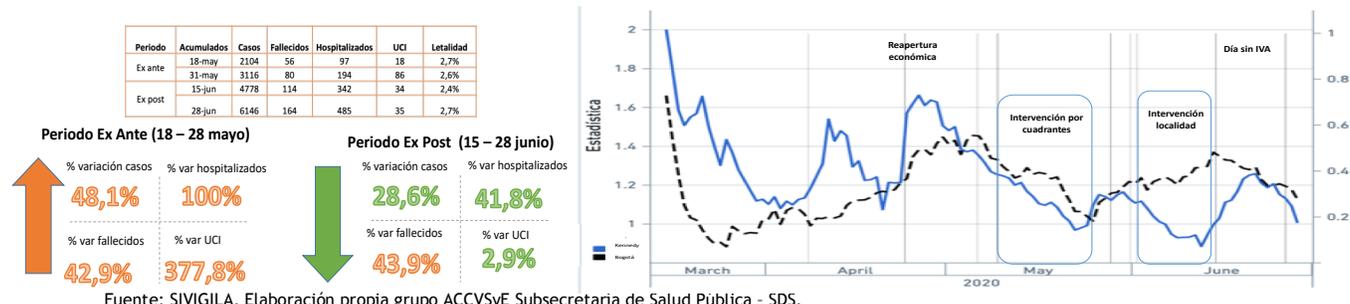
Se identificaron tres momentos para observar los puntos de aglomeración en los cuadrantes de la localidad de Kennedy, el primer momento contempla los primeros días de intervención día 1 a 4 en cada ZCE, a partir de estos puntos identificados se realiza una observación dirigida sobre los mismos durante el día 10 a 14 y el día 20 a 24 de haber iniciado la intervención. Teniendo en cuenta esto, para la localidad de Kennedy se identificaron 818 puntos de aglomeración en el primer momento, 287 en el segundo momento y 155 en el tercer momento, se dio una reducción del 81% en puntos identificados. Esta reducción pudiera ser el resultado de las acciones de información y educación en salud realizadas a la comunidad en temas de distanciamiento social, lavado de manos, salud mental, uso correcto del tapabocas, actividad física entre otras, realizadas por los equipos de salud pública con el acompañamiento intersectorial.

Desde las acciones intersectoriales, se destacan los apoyos a las necesidades sentidas por personas vulnerables económicamente en las ZCE, y la inclusión a los proyectos sociales de la ciudad para el abordaje integral.

Se realizó una comparación ex - ante y ex -post en periodos específicos de la intervención en la cual se observó conteo de casos acumulados durante los periodos según fecha de inicio de síntomas; conteo de fallecidos acumulados durante el periodo según fecha de defunción; comparativo de cambios en el tiempo de los indicadores con el Distrito y otras localidades; seguimiento a los promedios de movilidad (ver ilustración 3).

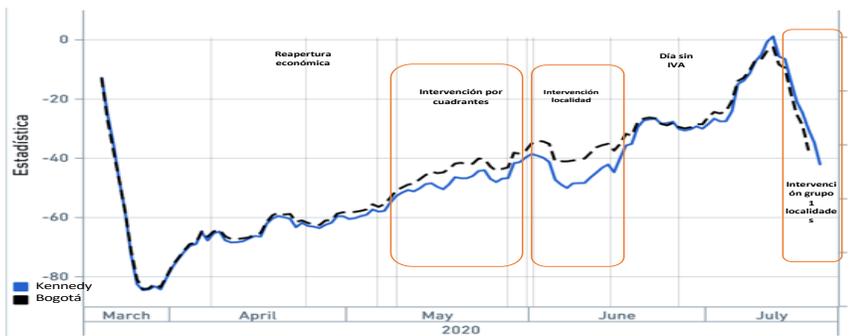
Se identificó que en el periodo ex - post hubo una disminución en el cambio porcentual obtenido vs el periodo ex - ante, adicionalmente por medio número efectivo de reproducción - RT- se evidencia una disminución, el RT se establece a partir de la curva epidémica (la cual se reconstruye con la fecha de inicio de síntomas de los casos positivos) con un encuadre del potencial momento de contagio (entre 5 a 10 días de la fecha de inicio de síntomas), y mide la tasa de transmisión en un momento dado; es un indicador valioso que permite establecer el riesgo específico en tiempo y lugar de avance de la epidemia y el posible efecto de las medidas de intervención, de tal manera que cuando es mayor a uno (1) significa que la epidemia va en aumento, y cuando es menor indica que la epidemia está en descenso (ver ilustración 3).

Ilustración 3. Evaluación intervenciones intersectoriales territoriales Kennedy.



En el seguimiento a los promedios de movilidad (ver ilustración 4) realizada para la localidad se evidenció que cuando se hace la intervención de la cuarentena en toda la localidad, se logra una disminución mucho más visible en el promedio de movilidad, rente a la cuando se realiza la intervención por cuadrantes, sin embargo, es más evidente la disminución obtenida por la externalidad de acciones de cuarentena focalizadas en otras localidades al final de la ventana de tiempo.

Ilustración 4. Promedios de movilidad, localidad de Kennedy vs Bogotá.



Fuente: Servinformación- Secretaría Privada - Alcaldía Mayor Bogotá.

Las acciones de promoción de la salud, permitieron para el caso de las ZCE, específicamente las abordadas en Kennedy obtener resultados positivos frente a la estrategia de vigilancia epidemiológica. Se espera que la acción sostenida de las acciones de participación social y la estrategia de comunicación social del riesgo permitan que se maximicen o mantengan los resultados aquí observados.

Adicionalmente, al analizar estrategia de vigilancia epidemiológica en las ZCE del distrito, previo al 13 de julio, se evidenció que el porcentaje de positividad en zonas silenciosas es del 12%, esto implica un nuevo reto para la ciudad en términos de continuar la búsqueda de estas poblaciones que están siendo asintomáticas pero que son potencialmente transmisoras del virus.

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Censo Nacional de población y vivienda [Internet]. DANE. 2019 [cited 2019 Dec 19]. p. 1. Available from: <https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#!/>
2. Secretaría Distrital de Planeación, Alcaldía Mayor de Bogotá. Monografía 2017 Diagnóstico de los principales aspectos territoriales, de infraestructura, demográficos y socioeconómicos. 2017.
3. Pan A, Liu L, Wang C, Guo H, Hao X, Wang Q, et al. Association of Public Health Interventions with the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. JAMA - Journal of the American Medical Association. 2020 May 19;323(19):1915-23.
4. Islam N, Sharp SJ, Chowell G, Shabnam S, Kawachi I, Lacey B, et al. Physical distancing interventions and incidence of coronavirus disease 2019: natural experiment in 149 countries. BMJ [Internet]. 2020 Jul 15;m2743. Available from: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.m2743>
5. Instituto Nacional de Salud. Coronavirus Colombia [Internet]. Casos positivos COVID19. 2020 [cited 2020 Jul 23]. p. 1. Available from: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx>
6. Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Planeación, Secretaría Distrital de Salud. Documento metodológico índice de transmisibilidad y severidad. Bogotá ; 2020 May.

## Recomendaciones de política

- Es necesario mantener la acción territorializada en la ciudad con la estrategia de vigilancia epidemiológica propuesta articulándola con la estrategia PRASS Minsalud. Es imperante avanzar en las ZCE silenciosas que permitan la identificación de población vulnerable, diferencial y situacional (pueblos indígenas, ROOM, adultos mayores y personas con comorbilidades) con una adecuada gestión del riesgo individual por medio de la articulación las EAPB. En el contexto de la PRASS concentrarse en la caracterización de casos y contactos con oportunidad para gestionar el aislamiento selectivo y apoyo social e intersectorial que las haga sostenibles.
- Las intervenciones territorializadas en la ciudad han sido efectivas para disminuir la velocidad de propagación del virus y consecuentemente la demanda de servicios de hospitalización y cuidados intensivos. Sin embargo, parece haber una ganancia marginal decreciente propios de la condición social y económica de la población, por lo que es necesario fortalecerla con estrategias complementarias que favorezcan el cuidado personal, familiar y de los entornos; así como bienes y servicios a la comunidad más vulnerable que favorezca su adherencia.
- Mantener la adherencia de la población a las estrategias y hacerlas efectivas exige avanzar en la gobernanza multinivel, por medio de la coordinación, cooperación y articulación de instituciones gubernamentales del orden nacional, distrital y local. La articulación público privada es perentoria en la gestión de la crisis, no solamente en la toma de decisiones sino en la inversión y operación de la estrategia. Por lo tanto, potenciar el Comité Intersectorial Distrital de Salud como mecanismo para la confluencia de actores gubernamentales, privados y sociales, contribuirá a una mejor gestión de la crisis, generando toma de decisión concertada, cohesionada y representativa, proponiendo acciones que mitiguen la brecha económica y social que a razón de la epidemia aumentó las desigualdades e inequidades en salud.