

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad

La disputa por el derecho a la salud en Colombia


Análisis crítico de la política de salud en Bogotá 2004-2012

Luz Dary Carmona Moreno

Tutor: Mario Esteban Hernández A.

Quito, 2017

Trabajo almacenado en el Repositorio Institucional UASB-DIGITAL con licencia Creative Commons 4.0 Internacional

	Reconocimiento de créditos de la obra	
	No comercial	
	Sin obras derivadas	

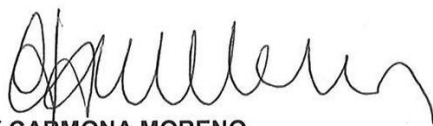
Para usar esta obra, deben respetarse los términos de esta licencia

Cláusula de derechos de publicación

Yo, **Luz Dary Carmona Moreno**, autora de la tesis: “**La disputa por el derecho a la salud en Colombia. Análisis crítico de la política de salud en Bogotá 2004-2012.**”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos a la obtención del Título de Doctor en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad en la Universidad Andina Simón Bolívar.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad utilizar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial de los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en la red local y en internet.
2. Declaro que, en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Junio, 2017



LUZ DARY CARMONA MORENO
C.C. 39.643.425 de BOGOTÀ.

Luz Dary Carmona Moreno

Resumen

El presente documento presenta el análisis crítico de la política de salud en Bogotá durante el periodo 2004-2012 cuando gobernó el partido de izquierda democrática: Polo Democrático Alternativo en la ciudad. La tesis muestra cómo la organización institucional y política que materializa el derecho a la salud está siempre en pugna y no es un asunto simplemente técnico.

El análisis de la política en salud se realizó a partir de los fundamentos de la Medicina Social que comprende la política en salud bajo el entramado de las reformas de los sistemas de salud en el marco del ajuste estructural, en donde la salud se produce en la tensión entre los procesos de acumulación ampliada de capital y los procesos de legitimación social.

El estudio parte del planteamiento de que la política de salud en Bogotá en el periodo de estudio tensionó al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creó un campo favorable al derecho a la salud entendido en el marco de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y la determinación social, disputó la visión de derecho y modificó específicamente la forma como se concebía y operaba la salud pública en la ciudad, configurando una alternativa para la población.

El ejercicio mostró que instalar una política desde el derecho social a la salud implicó una disputa que se expresó en tres planos: i) el conceptual, que muestra la tensión entre dos visiones del derecho (aseguramiento vs derecho social), y en donde la salud está necesariamente enmarcada en la política de Nacional; ii) el político, que corresponde a la red de relaciones de poder y las tensiones que producen la correlación de fuerzas e intereses en que se desarrolló la Política de Salud de Bogotá y en donde el papel de la participación social se reconoce como definitivo para el posicionamiento de la propuesta; iii) y el plano institucional, que expresa el reordenamiento de la gestión y las estrategias alternativas que usó Bogotá para modificar al Estado territorial en función del derecho social a la salud. Finalmente se presentan las conclusiones que recogen una síntesis de las disputas ordenadas en relación con las preguntas que orientaron la investigación mostrando algunos aprendizajes.

A Alba y Humberto, una campesina y un obrero latinoamericanos, mis padres que me dieron la esencia de lo que soy. A mis hermanos: Luis, Kike, Martha, Humberto, Anyela, Willy, Diego y Oscar por la certeza. A Abel, Alejandra, Andrés, que soportaron estoicos y unidos este esfuerzo y que con su afecto alimentan cada día la esperanza de un mundo mejor para todos.

Agradecimientos

Muchas personas aportaron de diversas maneras. Simplemente quiero reconocer a quienes me apoyaron con su diálogo, intercambio, aportes y discusiones. Gloria Alvarado otros puntos de vista; Asa Cristina Laurell por su crítica rigurosa y su generosidad en el tiempo; Nancy Molina por sus aportes y apoyo incondicional.

A quienes me apoyaron con su dedicación y entrega para recopilar, transcribir y realizar tareas fundamentales que soportan este trabajo: Laura Pulido, Angélica Rojas, Claudia Naranjo, John Benavides, y Alex García apoyos fundamentales de esta investigación. A María Isabel Noreña por su dedicación y aportes en el proceso de escrituración y corrección de estilo.

A mis compañeros del Grupo Fergusson por su compromiso permanente por el derecho a la salud, por su solidaridad y afecto cierto.

A mis compañeros del doctorado por transmitir siempre en sus voces la fuerza de sus pueblos y la solidaridad.

A los líderes y organizaciones sociales que se movilizan por el derecho a la salud y que nos enseñan la persistencia de la lucha cotidiana. A los compañeros de la Secretaría Distrital de Salud por su compromiso y esfuerzo para avanzar en la construcción de una propuesta por el derecho a la salud.

A Mario Hernández por su revisión rigurosa y sus aportes fundamentales, por su solidaridad permanente y su apoyo firme para concluir esta tarea y no desistir.

Y por supuesto a Jaime Breilh por permitirnos proyectar utopías, y recrearnos en la identidad latinoamericana para que quienes participamos de esta primera cohorte emulemos a César Vallejo y *“hagamos pedacitos de pan fresco aquí, en el horno de mi corazón”* y mantengamos viva la esperanza.

Tabla de contenidos

Introducción	23
Capítulo uno: Problema, enfoque y método	33
1.1. El problema: la disputa por el derecho a la salud	33
1.2. El enfoque: la Política de Salud de Bogotá	43
1.3. Categorías para analizar la política de salud en Bogotá	54
1.3.1. La salud como derecho	54
1.3.2. Categoría poder-participación	65
1.3.3. Categoría organización-gestión en salud	
1.4. Abordaje metodológico	81
Capítulo 2. Condiciones previas a la Política de Salud en Bogotá	107
2.1. El Estado y los sistemas de salud en América Latina	107
2.1.1. La primera reforma a los sistemas de salud en América latina y la modificación del Estado	114
2.1.2. La segunda ola de reformas en salud	116
2.2. El SGSSS o el mercado de la salud	121
2.3. El punto de partida de Bogotá 2004: La situación institucional	135
Capítulo tres. Análisis desde el plano de la disputa conceptual	147
3.1. La disputa general: el mercado de la salud (aseguramiento, ley 100 de 1993) vs el derecho social a la salud	147
3.2. La disputa conceptual desde las voces de los actores	156
3.3. La Estrategia Promocional de calidad de Vida y Salud	169
3.4. Algunos resultados en salud pública durante el periodo	178

Capítulo cuatro. Análisis en el plano de la disputa política	203
4.1. Condiciones políticas iniciales: la ruptura 2004-2005	204
4.2. La Reacomodación	209
4.3. Los actores	211
4.4. Análisis desde las voces de los actores	214
4.4.1. Relaciones de contradicción-oposición	214
4.4.2. Relaciones de identidad	217
4.4.3. Relaciones de dominación	227
4.5. La correlación de fuerzas	242
4.6. La participación	246
4.7. La Política de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía	251
Capítulo cinco. Análisis en el plano de la disputa institucional	263
5.1. Punto de partida institucional	264
5.2. Análisis de los procesos institucionales	269
5.2.1. Necesidades y problemas de salud	269
5.2.2. La práctica institucional y su transformación	271
5.2.3. Equipos de trabajo	274
5.2.4. Pacto institucional explícito entre los involucrados	275
5.2.5. Nueva gestión pública para y con el público	275
5.2.6. Normas y reglas	278
5.2.7. Modificación de la estructura	281
5.2.8. Burocracias, jerarquías, hábitos burocráticos, roles	283
5.2.9. Presupuesto	283
5.3. Las estrategias alternativas	286

5.3.1. SAH /SASC	287
5.3.2. Algunos resultados del Programa SAH_SASC	311
5.3.3. La Gestión Social Integral (GSI)	326
Capítulo seis. Conclusiones	343
Bibliografía	349
Anexos	383

Lista de cuadros

Cuadro 1. Paradigmas y factores para el análisis de las políticas	44
Cuadro 2. Perfil de entrevistados	91
Cuadro 3. Perfil de líderes sociales	92
Cuadro 4. Ordenamiento analítico final	97
Cuadro 5. Unidades de observación	100
Cuadro 6. Análisis Atlas TI.....	103
Cuadro 7. Configuración del mercado de la salud	120
Cuadro 8. Síntesis del funcionamiento del sistema en el 2004	124
Cuadro 9. Presentación SDS -Política de Salud.....	159
Cuadro 10. Presentación SDS-Política de salud	161
Cuadro 11. Síntesis disputa conceptual desde los actores.....	166
Cuadro 12. Comparación en la promoción en salud	177
Cuadro 13. Mapa de actores en la implementación de la Política.....	211
Cuadro 14. Transferencia de la nación en salud y gasto público	236
Cuadro 15. Síntesis correlación de fuerzas-gobernabilidad	243
Cuadro 17. Contenido de la política de participación social.....	255
Cuadro 18. Transformación estructura institucional-SDS	280
Cuadro 19. Enfoques en Atención Primaria en Salud.....	289
Cuadro 20. Procesos de APS –Ámbito Familiar 2010-2012.....	309
Cuadro 21. Acciones educativas que realizaba el Programa.....	317

Lista de gráficos

Gráfico 1. Fases de la metodología	85
Gráfico 2. Diseño metodológico	87
Gráfico 3. Enfoque promocional.....	174
Gráfico 4. Comportamiento razón de mortalidad materna, Distrito de Bogotá, 1998-2011	180
Gráfico 5. Comportamiento velocidad de cambio razón de mortalidad materna Distrito de Bogotá, 1998-2011.....	181
Gráfico 6. Comparación de razón de mortalidad materna entre Bogotá y Colombia, 2004- 2011	183
Gráfico 7. Comportamiento tasa de mortalidad perinatal Bogotá 1998-2011	187
Gráfico 8. Comportamiento tasa de mortalidad perinatal, Distrito de Bogotá- Colombia 2004- 2011	189
Gráfico 9. Comportamiento tasa de mortalidad infantil, Distrito de Bogotá, 1998- 2011	192
Gráfico 10. Comportamiento velocidad de cambio tasa de mortalidad infantil	193
Gráfico 11. Comportamiento tasa de mortalidad infantil, Distrito de Bogotá- Colombia,.....	194
Gráfico 12. Comportamiento tasa de mortalidad infantil Bogotá 2004-2011	197
Gráfico 13. Comportamiento velocidad de cambio tasa de mortalidad infantil	198
Gráfico 14. Comportamiento tasa de mortalidad en menores de cinco años	199
Gráfico 15. Inversión presupuestal global y en salud de los planes de gobierno 2001 al 2012.....	285
Gráfico 16. Ordenamiento de estructura de APS-redes de servicios	294
Gráfico 17. Primera organización institucional de APS-Salud a Su Hogar. 2004	295
Gráfico 18. Proceso de APS 2004-2007	297
Gráfico 19. Punto de partida territorial desde la determinación social	298
Gráfico 20. Complejización del territorio – condiciones de vida y salud –equidad	299

Gráfico 21. Estructura de operación APS 2004	300
Gráfico 22. Equipo de salud y funciones	304
Gráfico 23. Modelo de Atención 2006.....	305
Gráfico 24. Niveles de competencia de la gestión local para la Promoción de la Calidad de Vida	306
Gráfico 25 Proceso APS –Ámbito Familiar 2008-2009	306
Gráfico 26. Familias Caracterizadas, activas y con seguimiento Bogotá 2005 - 2011.	312
Gráfico 27. Individuos activos con seguimiento en el Ámbito Familiar Bogotá 2004- 2011	314
Gráfico 28. Comportamiento de la toma de CCV en las localidades del programa SASC 2007-2011	316
Gráfico 29. Canalizaciones a gestantes de 15 a 19 años (2005-2011)	319
Gráfico 30. Coberturas de vacunación Programa Ampliado de Inmunizaciones Bogotá 2004-2010.....	321
Gráfico 31. Valoración de resultados de SAH- SASC desde los actores.....	325
Gráfico 32. La GSI – acuerdos metodológico e interinstitucional.....	331
Gráfico 33. Núcleos de derechos	336
Gráfico 34. Participación en las políticas públicas	338
Gráfico 35. Desarrollo de capacidades en salud dimensionado por GSI	341

Lista de tablas

Tabla 1. Fuentes primarias: archivo documental	89
Tabla 2. Fuentes secundarias	94
Tabla 3. Tutelas en salud. Comparativo nacional 2004-2011	126
Tabla 4. Comparativo comportamiento de la razón de mortalidad materna 2011 con el promedio histórico de Bogotá	182
Tabla 5. Comparativo comportamiento de la razón de mortalidad Bogotá-Colombia 2004-2011. Ajuste Indirecto	184
Tabla 6. Comparativo comportamiento de tasa de mortalidad perinatal 2011 con el promedio histórico de Bogotá	188
Tabla 7. Comparativo comportamiento de la tasa mortalidad perinatal Distrito de Bogotá-Colombia 2004- 2011. Ajuste Indirecto.....	189
Tabla 8. Comparativo comportamiento de la tasa de mortalidad infantil 2011 con el promedio histórico, Distrito de Bogotá.....	193
Tabla 9. Comparativo comportamiento de la tasa de mortalidad infantil Distrito de Bogotá-Colombia 2004- 2011. Ajuste indirecto.....	195
Tabla 10. Comparativo comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años 2011 con el promedio histórico de Bogotá	199
Tabla 11. Comparativo comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años Bogotá-Colombia 2004- 2011. Ajuste indirecto.....	200
Tabla 12. Razón de diferencia presupuestal en el sector salud en los períodos de estudio comparado con el periodo anterior	286
Tabla 13. Consolidado de demanda de intervenciones en salud ambiental a nivel familiar, frente a coberturas de asesorías en vivienda saludable y Planes Integrales de Entornos	318

Índice de mapas

Mapa 1. Comportamiento de razón mortalidad materna Bogotá 2004-2011	186
Mapa 2. Comportamiento tasa de mortalidad perinatal por localidad. Distrito de Bogotá 2004-2011.....	191
Mapa 3. Comportamiento tasa de mortalidad infantil por localidad Bogotá 2004-2011	196
Mapa 4. Comportamiento tasa de mortalidad en menores de cinco años por localidad Bogotá, 2004-2011	201
Mapa 5. Ejemplo de lectura de necesidades por microterritorios	299
Mapa 6. Selección de zonas prioritarias para la Salud a su Hogar.....	301
Mapa 7. Cobertura de individuos con seguimiento APS Bogotá 2004-2011.	313
Mapa 8. Territorialización – Logros 2004-2011	320
Mapa 9. Gestión social Integral - inicial	332
Mapa 10. Gestión social para la acción transectorial	333
Mapa 11. Núcleos de derechos – vulnerabilidades territorializadas	337

Lista de siglas y abreviaturas

APS. Atención Primaria en Salud

ARS. Aseguradora del Régimen Subsidiado

CAMIS. Centros de Atención Médica Inmediata

CCF. Caja de Compensación Familiar

CLOPS. Consejo local de Política Social

CLOPSD. Consejo Social de Política Distrital

CONFIS. Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal

COPACO. Comités de Participación Comunitaria

DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

DESC. Derechos económicos, sociales y culturales

DPSySC. Dirección de Participación Social y servicio al ciudadano

DSS. Determinación Social de la Salud

EPCVyS. Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud

EPS. Empresa promotora de Salud

ESD. Estado Social de Derecho

ESE. Empresa Social del Estado - Hospital

ETESA. Empresa Territorial para la Salud

FFDS. Fondo Financiero Distrital de Salud

FONPRES. Fondo para las Prestaciones Excepcionales en Salud

FONSAT. Fondo del Seguro de Accidentes de Tránsito

FOSYGA. Fondo de Solidaridad y Garantía

GSI. Gestión Social Integral

IDPAC. Instituto Distrital de Participación y Acción Comunal

IEPRI. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales

IPS. Instituciones Prestadoras de Servicios

MNSSS. Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social

MSR. Manejo Social del Riesgo

PAB. Plan de Atención Básica. Paquete de acciones colectivas de altas externalidades.

PAI. Programa Ampliado de Inmunizaciones

PDA. Polo Democrático Alternativo

PIC. Plan de Intervenciones Colectivas. Denominación que reemplazó al PAB

PIDESC. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

POS. Plan Obligatorio de Salud

POSS. Plan Obligatorio de Salud Subsidiado

PPSySC. Política de Participación Social y Servicio al Ciudadano

PSB. Política en Salud en Bogotá

RFF. Riesgo Financiero

SAH. Salud a su hogar

SASC. Salud a su Casa

SC. Seguro Contributivo

SDIS. Secretaría Distrital Integración Social

SDS. Secretaría Distrital de Salud

SDH. Secretaría Distrital de Hacienda

SDP. Secretaría Distrital de Planeación

SED. Secretaría de Educación Distrital

SDH. Secretaría de Hábitat

SGP. Sistema General de Participaciones

SGSSS. Sistema General de Seguridad Social en Salud

SILOS. Sistemas locales de Salud

SIBEN. Sistema de Selección de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales

SNS. Sistema Nacional de Salud

SOAT. Seguro Obligatorio para Accidentes de Tránsito

UPC. Unidad de pago por captación

ZCVyS. Zonas de condiciones de calidad de vida y salud

Introducción

En 1993 se instaló en Colombia el Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) que reemplazó al Sistema Nacional de Salud (SNS). Los cambios fueron sustanciales. El ordenamiento del SGSSS modificó la operación de los servicios bajo la premisa de que la salud es un “servicio público” que podrá ser prestado por entidades públicas o privadas, como quedó enunciado en la Constitución de 1991. En tal sentido, la prestación de servicios se ordenó bajo la lógica del aseguramiento, sometida a la competencia público/privada. Esta propuesta se ajusta a la primera y segunda ola de reformas¹ de los sistemas de salud en América Latina:

El aseguramiento en salud es la propuesta de varios gobiernos latinoamericanos para lograr la cobertura universal en salud. Aclara que ésta no debe infringir los cánones de la nueva economía, o sea, el mercado como principio rector de la economía, la competencia, la flexibilidad del trabajo, el equilibrio fiscal, la apertura externa, o causar la competencia desleal del Estado con el sector privado. La reforma debe centrarse en lograr una mayor eficiencia del Estado, la cohesión social y la gobernabilidad. (Laurell and Herrera 2010a, 137)

Con este sistema se separó las funciones de administración de los recursos y la prestación de servicios, y se instaló una lógica de mercado regulado en la cual la salud se constituye en un bien privado, una mercancía, que se vende y se compra. Esto implica, en su estructuración y para los ciudadanos, que: i) el sistema se centra en la sustentabilidad financiera y no en las necesidades de las personas; ii) se concentra en la atención a la enfermedad, y en menor medida en la prevención o la promoción de la salud; iii) el modo de atención se organiza a través de dos regímenes: Contributivo, para quienes tienen empleo o ingresos y cotizan, y Subsidiado, para quienes demuestran no tener recursos (la población más pobre); el mecanismo para otorgar subsidios es a través de la aplicación de la encuesta del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios del Estado, hoy reconocido como Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN); se modificó el subsidio a la oferta por subsidio a la demanda, iv) los dos

¹ En el segundo capítulo se desarrolla como fue el proceso de reforma en América Latina y en Colombia.

regímenes dan lugar a paquetes diferenciados de servicios: un Plan Obligatorio de Salud (POS) para el primer grupo, y un Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSs) para el segundo; hasta 2014 el contenido de los servicios ofrecidos bajo estos planes mantenía una asimetría del 40% de menos beneficios en el POSs que en el POS, de tal modo que la Ley 100 de 1993 instituyó una inequidad estructural al establecer que el paquete de servicios depende de la capacidad de pago con lo cual rompe el principio de igualdad constitucional; v) se debilitó el papel del Estado como garante del derecho y se le asignó el rol de regulador –modulador, mientras que se posicionó y empoderó a las aseguradoras privadas; vi) separó los servicios individuales (POS o POSs,) de los servicios colectivos - Plan de Atención Básica (PAB); estableció la salud pública como un paquete para atender las altas externalidades.

A pesar de que la reforma al Sistema se sustentó en la no universalidad y la falta de eficiencia del Estado en el SNS y prometió que se lograría la universalidad en el año 2000, el SGSSS instalado bajo la lógica de aseguramiento no logra garantizar el derecho a la atención en salud en términos de las cuatro AES indicadoras del cumplimiento del derecho: Accequibilidad, Aceptabilidad, Accesibilidad, Adaptabilidad (Personería de Bogotá, 2009).

En este marco en octubre de 2003 ganó las elecciones a la Alcaldía de Bogotá Luis Eduardo Garzón, con las banderas del Polo Democrático Alternativo (PDA), y por primera vez en la historia del país un partido configurado por la unidad de izquierda democrática gobernaba en el segundo cargo ejecutivo más importante después del presidente de la República. Cabe aclarar que Bogotá había sido gobernada por los partidos denominados tradicionales (Liberal y Conservador) hasta 1995, año en que ganó la Alcaldía el profesor Antanas Mockus (1995-1998), en nombre de su propio movimiento Visionarios. Además, Mockus repitió Alcaldía en el periodo 2001-2003. En las lecturas políticas se ha asumido que el triunfo de Mockus en Bogotá expresaba una nueva cultura política en la ciudad, en la medida en que la ciudadanía elegía en función de su propia opinión, cambiando la lógica histórica de carácter clientelar.

Por su parte, desde 1994 la Secretaría Distrital de Salud (SDS), como todos los entes territoriales, había generado un proceso de adaptación del antiguo SNS a la nueva forma y concepción establecida por el SGSSS. En tal sentido, para el 2003 ya había una

apropiación conceptual e institucional, con ordenamientos que permitían el funcionamiento del Sistema. Es claro que no se entiende la institucionalidad como una forma homogénea; por el contrario, se reconoce como un campo donde se disputan poderes, formas de relacionamiento y saberes diversos, aunque siempre se ubique la Ley como el referente institucional: Ley 100/93.

Con el triunfo de la izquierda en cabeza de Garzón en el 2004, un grupo de profesionales vinculados con el pensamiento de la Medicina Social² y articulados al Movimiento en salud³, asumieron el direccionamiento de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá⁴.

En este contexto, a partir de 2004 y hasta 2012⁵, periodo de análisis de la investigación que corresponde al gobierno del PDA, en la ciudad de Bogotá se instaló una política que se propuso avanzar en la garantía del derecho a la salud, entendido como derecho humano en relación con los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y vinculado con la visión de determinación social, como propuesta contra hegemónica en salud, con una limitada autonomía de la ciudad en relación con el SGSSS, como expresión de la hegemonía en salud.

Desde la perspectiva de quienes instalaron el direccionamiento estratégico de la SDS en el año 2004⁶, la falta de garantía del derecho a la salud se explicaba por el modelo de aseguramiento en el que primaba la lógica de mercado, la rentabilidad económica y financiera que favorecía principalmente a los aseguradores en detrimento de la salud y el bienestar de las personas. Con base en lo anterior, el planteamiento del presente estudio es que la política de salud en Bogotá en el periodo de estudio tensionó al SGSSS creó un campo favorable al derecho a la salud entendido en el marco de los DESC y la determinación social y modificó específicamente la forma como se concebía y operaba la salud pública en la ciudad configurando una alternativa para la población.

² ALAMES

³ Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social (MNSSS)

⁴ A través de cargos de dirección, asesores, inclusive el cargo de Secretario de Despacho.

⁵ El periodo gubernamental fue hasta diciembre de 2011 pero el programa de gobierno terminaba en julio de 2012 cuando se instala el nuevo plan de desarrollo.

⁶ La autora de la tesis hizo parte del grupo que dirigió la Política de salud durante el periodo de estudio.

Para el desarrollo de la investigación se plantearon las siguientes preguntas-problema:

1. ¿Qué concepción de salud se instaló en la Política de Salud de Bogotá, con el PDA (2004-2012)? ¿En dicha concepción, qué puntos fueron centrales y entraron en contradicción con el SGSSS (Ley 100)?
2. ¿Cómo las relaciones de poder viabilizaron o limitaron las transformaciones y la instalación de la Política propuesta? Para responder la pregunta se propone identificar: ¿Qué sujetos-actores fueron determinantes en el desarrollo de la Política de Salud de Bogotá? ¿Qué tipo de relaciones de poder se instalaron, se construyeron y tensionaron en ese proceso?
3. ¿Cómo se desplegó la concepción político-conceptual de salud en lo institucional? ¿Qué estrategias se usaron para tensionar al SGSSS (Ley 100)?

Para dar respuestas a estas preguntas la investigación realizó un análisis crítico de la política en salud en Bogotá⁷, durante el periodo 2004 -2012 (PDA) en el marco del SGSSS (Ley 100/93), tomando como referente la concepción del derecho a la salud en relación con los DESC y con la perspectiva de la determinación social de la salud (DSS).

Lo anterior implicó:

1. Establecer los puntos centrales de la Política en Salud de Bogotá (concepción) para identificar las propuestas y ubicar las contradicciones en relación con la Ley 100/93.
2. Caracterizar los sujetos y las relaciones de poder con el propósito de identificar condiciones de posibilidad para la instalación de la política en salud de Bogotá (correlación de fuerzas y legitimidad).
3. Identificar los alcances y limitaciones de la Política en Salud en Bogotá en el periodo mencionado en la perspectiva de reconocer posibles aprendizajes.

El desarrollo de la investigación tomó como referente teóricos: la Medicina Social y se tuvieron en cuenta los debates sobre el Estado, la ciudadanía y el mercado que

⁷ El abordaje se explicita en el capítulo 1.

enmarcan la concepción, formulación e implementación de políticas de salud en los procesos de reformas neoliberales y las tensiones producidas entre los procesos de acumulación capitalista y los procesos de legitimación en América Latina en las últimas décadas. Se consideran de forma central⁸ los postulados o planteamientos de Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Mario Hernández, Armando de Negri, Hugo Spinelli y el Grupo Guillermo Fergusson, entre otros⁹.

El capítulo uno desarrolla: *problema, enfoque y método*. El problema se configura en la disputa entre dos visiones del derecho a la salud: una hegemónica (Ley 100) y la propuesta en la Política de Salud de Bogotá (PSB) en un marco de autonomía territorial restringida.

Los enfoques para los análisis de política se delimitan en una tendencia de tipo tecnocrático bajo una lógica procedimental que presenta las relaciones de poder de forma instrumental, mientras que desde la visión crítica y específicamente, desde la Medicina Social el análisis de las políticas en salud implica la comprensión de las relaciones de producción, propiedad y poder que subyacen al ordenamiento de los sistemas de salud en el contexto de las reformas neoliberales que se instalaron a partir de la década de los 80. Es decir, la comprensión de las políticas en salud pasa por reconocer que la salud es un bien que produce plusvalor en el contexto de los procesos de acumulación de capital y a la vez genera legitimación. En tal sentido, a lo largo del documento se mostrará cómo la organización institucional y política que materializa el derecho a la salud está siempre en pugna política e institucional y no es un asunto puramente técnico. En razón a ello el análisis propuesto contempla tres planos: conceptual, político e institucional que interconectados dan cuenta de la dinámica y disputas del poder en salud.

En cuanto a las categorías¹⁰ que se definieron como ordenadoras en relación con los tres planos de análisis fueron: i) la categoría derecho a la salud, ii) la categoría poder y participación y iii) la categoría organización-gestión de servicios. La primera permite

⁸ La revisión teórica es amplia y no se circunscribe solamente a América Latina; se revisaron diversos autores y corrientes sobre el debate acerca de Estado, mercado y ciudadanía. No obstante, se explicita que la postura del trabajo de tesis se vincula con el pensamiento latinoamericano expresado en los autores mencionados.

⁹ Todos inscritos en las vertientes del pensamiento latinoamericano: Medicina Social, Epidemiología crítica y Salud colectiva.

¹⁰ Entendidas como los conceptos que se usan para el análisis.

develar la disputa conceptual que se dio en el desarrollo de la experiencia de gobierno: cómo se organiza el pensamiento (lógicas) para la acción y la configuración del campo de la salud. La categoría poder-participación explicita las relaciones de fuerza y los movimientos que generan condiciones de realización de la política. Y la última categoría evidencia las estrategias con que se materializa la visión y las posibles modificaciones en la institucionalidad.

El marco metodológico se define desde el paradigma crítico bajo el cual se asume que la realidad es una construcción social. La relación sujeto-objeto está configurada de forma dinámica y relacional y la producción de conocimiento no es neutral; por ende, se determina desde las posturas y valores sociales de la investigadora situada en contexto; y el proceso investigativo reconoce la praxis como elemento central de las prácticas sociales. Para el caso de la política de salud la finalidad es producir conocimiento para la transformación de la realidad (pensamiento/acción).

Se usó el método dialéctico de análisis que demarca las relaciones de la política a la luz de posibles contradicciones y jerarquías como elementos ordenadores en los tres planos mencionados. Se trató de comprender las contradicciones entre la concepción de la Política en Salud de Bogotá en relación con la Política Nacional en Salud, específicamente la visión de derecho a la salud que subyace en los dos modelos: aseguramiento vs derecho a social a la salud durante el periodo 2004-2012 y sus procesos de gestión. En el plano político se leyeron las relaciones de poder en términos de identidades, contradicciones/conflictos y dominación. En el plano institucional se explicitan las relaciones internas /externas como elemento sustantivos de los procesos de organización y gestión en salud.

El proceso metodológico comprende: la postura de la investigación y el diseño metodológico que abarca tres fases: i) diseño teórico metodológico, que presenta la perspectiva de la investigación y su relación con las categorías; ii) el trabajo de campo, que presenta los momentos del proceso de recolección de información; y iii) el proceso de análisis, que presenta la forma en que se desarrolló el mismo para la obtención de resultados.

Se definieron como fuentes de información primarias el archivo documental, las voces de los actores-protagonistas y líderes y como fuentes secundarias a la revisión de

documentos referidos a la política de salud de Bogotá o que la contextualizaran. Adicionalmente, se realizó una revisión de prensa del periodo estudiado para subsanar la ausencia de algunas voces de actores claves que no se pudieron contactar o que no quisieron participar, pero cuyas posturas eran importantes para la comprensión de la política.

En cuanto a los instrumentos usados para acceder a las fuentes se tuvieron en cuenta la revisión de archivos y documentos institucionales, las entrevistas semiestructuradas, los grupos focales con líderes, los artículos de prensa, la revisión de indicadores de salud pública y mapas territoriales que presentan los fenómenos en salud.

Para el proceso de análisis se ordenaron como unidades de indagación: los documentos institucionales (políticas, lineamientos, informes), las transcripciones de las grabaciones de las entrevistas de los actores-protagonistas, las transcripciones de las posturas de los líderes expresados en los dos grupos focales realizados, los artículos de prensa escrita de la sección Bogotá- Salud de *El Tiempo* del periodo 2000-2012, los indicadores de mortalidad evitable (mortalidad materna, mortalidad infantil en menores de 5 años, desnutrición en menores de 5 años) producidos por la Dirección de Salud Pública, y los mapas de Gestión Territorial producidos por la Secretaría de Integración Social (SIS).

El proceso de análisis se realizó a partir de las categorías propuestas que permitieron consolidar los planos conceptual, político e institucional. Para el análisis de discurso se codificó la información y se sistematizó a través de rejilla de análisis y uso de Atlas TI.

El capítulo dos presenta las condiciones previas a la instalación de la Política de Salud de Bogotá (PSB) a partir los elementos que permiten la comprensión del lugar y tiempo de la política en salud como proceso; es decir, sitúa el momento previo a dicha política. El capítulo se organiza de lo general a lo particular, así: i) el Estado y los sistemas de salud en América latina; ii) El proceso de reformas a los sistemas de salud en América Latina; iii) el Sistema general de Seguridad Social en Salud en Colombia; iv) el punto de partida en la ciudad: como estaba organizada institucionalmente Bogotá; y el v) la institucionalidad en salud –Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Luego se desarrollan los capítulos tres, cuatro y cinco que presentan los resultados y el análisis realizado en los tres campos de disputa. El capítulo tres, recoge la *disputa conceptual*; el cuatro recoge la disputa desde lo *político*; y el capítulo cinco, analiza la disputa desde lo *institucional*. Cada apartado da prioridad a la narración de los actores-protagonistas de la experiencia y da voz a quienes no han podido expresar su propia experiencia permitiendo que la participación emerja como elemento sustantivo en el análisis de la política; es decir, al explicitar las múltiples voces y posturas de los actores se permite una comprensión vital de la dinámica política, en tanto que visibiliza la construcción de políticas como un ejercicio complejo que no se circunscribe meramente a lo técnico ya que va más allá de una mirada prescriptiva de la misma.

Adicionalmente, cada capítulo incorporó a las voces de los actores otros elementos de análisis expresados como materialidad de la política; este recurso permite resaltar algunas claves relevantes de la propuesta de salud durante el periodo 2004-2012.

En tal sentido el capítulo tres presenta la disputa *conceptual*, y se organiza así: i) la disputa general derecho como aseguramiento vs derecho social vinculado a la determinación social; ii) disputa conceptual desde las voces de los actores; iii) la Estrategia Promocional de Calidad de vida y Salud (EPCVyS) como una nueva concepción de salud pública y su método; iv) algunos resultados de salud pública en el mejoramiento de los indicadores de mortalidad evitable en la ciudad.

El capítulo cuatro presenta la disputa *política* así: i) el punto de partida o las situaciones que configuraron el momento político, ii) los actores que son móviles y que juegan y establecen relaciones con la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en función de los intereses; iii) los tipos de relacionamiento en que se desarrolló la Política: de identidad que se expresa en alianzas y articulaciones, de contradicción-oposición que se lee en posibles conflictos; y de dominación que refleja en las relaciones de jerarquía o control; iv) una lectura sobre la correlación de fuerzas y; vi) cierra con una lectura sobre los procesos de participación y los efectos de la Política de Participación Social y servicio al Ciudadano (PPSySC) como un esfuerzo para modificar las relaciones Estado-ciudadanía.

El capítulo cinco la *disputa institucional* realiza el análisis de los procesos institucionales y se resaltan dos estrategias consideradas claves en la disputa para

configurar una nueva institucionalidad en la ciudad: la Atención Primaria en Salud (APS) y la Gestión Social Integral (GSI).

En el capítulo seis se presentan las *conclusiones* en forma de ensayo- reflexivo ordenado a la luz de las preguntas planteadas, procurando identificar algunos aprendizajes y limitaciones de la Política de Salud en Bogotá durante el periodo 2004-2012.

Capítulo uno

Problema, enfoque y método

*Las reformas en América Latina
no sólo son la destrucción del viejo Estado y sus instituciones,
sino también, la instalación de nuevo régimen*

A.C Laurell

1.1. El problema: la disputa por el derecho a la salud

En Colombia la Política actual de salud corresponde al Sistema General de Seguridad Social instalado con la Reforma Ley 100 de diciembre de 1993 que traduce la realización del artículo 49 de la Constitución:

La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde 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. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

La política de salud que se instauró con la Ley 100 es un sistema de aseguramiento ordenado bajo la lógica del pluralismo estructurado que es una forma de organización neoliberal de la salud bajo el modelo neoclásico de mercado regulado, es decir, busca resolver los problemas de salud por la vía del mercado.

Esta perspectiva recupera la teoría del derecho natural de Locke con lo cual se escinde lo divino de lo humano y caracteriza los derechos que le son propios a la existencia del ser humano y lo distingue de otras especies, como la vida, la libertad y la propiedad que son considerados como inalienables:

En primer lugar, es preciso recordar que desde el momento en el que introduce la ley de naturaleza como una suerte de código moral único y diáfano para los hombres, es incuestionable su influencia en la teoría de los derechos.(...)De eso sigue que la naturaleza humana posee implícita una norma que obliga a los hombres a un determinado comportamiento.(Fernández 2011, 31)

La teoría Lockiana de derechos se sustenta en i) los seres humanos tienen el conocimiento claro y preciso de la ley natural a través de las facultades para identificarla y esto los hace iguales a todos; ii) los principios sobre los que se edifica la sociedad humana son muy pocos, dejando un amplio margen de libertad individual en el cual él debe decidir por sí mismo la aplicación de los preceptos morales; iii) la relación del individuo con la sociedad, se enfrenta siempre al peligro que implica que cada uno sea juez de su propia causa. A partir de estos supuestos Locke relaciona al individuo con la sociedad a través de la defensa de sus derechos, lo cual genera conflictos: ¿cuáles son los deberes y derechos que se asigna a los hombres? Serían aquellos que emanan de la condición humana: integridad física, vida, libre albedrío (libertad), producto del trabajo. Y sí en esa relación se puede afirmar que existen derechos inalienables, ¿cuáles serían esos derechos? La forma de resolución del conflicto se da a través del pacto que cumple dos funciones, por un lado, dirime el conflicto y por otro, garantiza los derechos de todos: “Por esto para Locke no se justifica una intervención del Estado más allá de un aparato de justicia y de seguridad; el uno, para dirimir los conflictos, y el otro, para proteger a los unos de los otros y castigar los atropellos derivados del ejercicio de la libertad”.(Hernández 2003, 349)

El derecho basado en Locke vincula libertad con propiedad de forma indisoluble delimita el papel del Estado a la regulación de las relaciones contractuales entre individuos libres, si hay personas que no poseen titularidades para satisfacer sus necesidades pueden ser atendidos en función de la compasión como actos de caridad no de justicia. En razón a ello los derechos son individuales y no sociales:

Nozick pretendía profundizar la justificación moral de los derechos a la libertad y a la propiedad como alternativa evidente a la expansión de los Estados modernos. El argumento central se concentra en la idea de la correspondencia moral entre garantía de los derechos humanos y la existencia de un Estado mínimo. El fundamento es lo que Nozick denomina “teoría de las titularidades”. En términos sencillos, se trata de demostrar que la relación entre el derecho a la propiedad y el derecho a la libertad es estructural e indivisible.(Hernández 2003, 351)

Desde la teoría económica neoclásica se trata de viabilizar los derechos por la vía del mercado sustentada en los bienes privados:

Entendidos como aquéllos que se consumen individualmente, se agotan en el consumo y satisfacen una necesidad individual; así se percibe y, por lo tanto, el individuo está dispuesto a pagar por él. Los bienes públicos serían solo aquellos que no se agotan en el consumo individual y por esto mismo, tienen externalidades positivas o negativas perceptibles. Así, las personas no estarían dispuestas a pagar por ellas. Según los neoclásicos, los bienes privados obedecen a las leyes del equilibrio de mercado y su distribución es mejor y más eficiente por esta vía que por la intervención del Estado.(Hernández 2003, 351)

Esta concepción fue impulsada a finales de los ochenta desde el Banco Mundial en el marco del ajuste estructural con el argumento de disminuir el gasto público en la provisión de servicios bajo la propuesta de cuatro grandes estrategias.

1. Cobro de aranceles a los usuarios de los servicios estatales de salud, según su capacidad de pago.
2. Provisión de seguros u otra protección frente a los riesgos económicos de la atención en salud.
3. Empleo eficiente de recursos no gubernamentales, esto, es, agentes de mercado con y sin ánimo de lucro.
4. La descentralización de los servicios gubernamentales, para disminuir la carga de los gastos nacionales y aumentar la inversión local.(Hernández 2003, 350)

Las estrategias fueron apropiadas por los reformadores en Colombia e introducidas en la Ley 100 del 93, bajo el modelo del pluralismo estructurado(Londoño and Frenk 1997, 22) que organiza a los agentes en cuatro núcleos interdependientes definidos según sus funciones: regulación, financiamiento, articulación y la prestación de servicios. Teóricamente el contenido pluralista radica precisamente en la posibilidad de que diferentes agentes y sujetos puedan participar en el sistema sin imponer en ningún momento su papel, y lo estructurado responde a la necesidad de interacción de los actores para que el sistema cumpla los cometidos sobre los cuales está basado:

En el caso colombiano de la reforma del sistema de salud, el cambio de modelo de planeación centralizada a competencia regulada o pluralismo estructurado se enfrenta

al menos a dos grandes restricciones: la resistencia de los médicos al cambio, y los efectos que tienen las características de diseño del nuevo sistema sobre la transformación de subsidios de oferta a demanda. (Gutiérrez Restrepo 2012, 187)

De acuerdo con Hernández los fundamentos del pluralismo son:

- Separación de bienes privados (atención individual) y bienes públicos (altas externalidades o “salud pública”).
- Estado regulador y mercado integrador.
- Incorporación según derechos de propiedad (pobres, no pobres, ricos) a través de dos regímenes: Régimen Subsidiado (incorporación de los pobres al mercado por subsidio a la demanda) y Régimen Contributivo (cotización obligatoria de los no pobres); Seguros privados (el plus de los ricos)
- La separación de funciones y Estado regulador:
 - Financiamiento mayoritariamente público (fiscales y parafiscales)
 - Modulación (regulación de la competencia entre aseguradores a través de la dupla UPC/POS)
 - Articulación entre fondos y prestadores (EPS en competencia)
 - Prestación (IPS en competencia).

Teóricamente el pluralismo considera relevante la sinergia entre articulación, financiación, modulación y prestación de servicios en los sistemas de salud, bajo una “justa medida”. La propuesta de Londoño y Frenk plantea un marco de análisis supeditado a variables macroeconómicas:

En particular, el pluralismo determina dos macrovariables para explicar los elementos fundamentales que sirven para tener éxito en cuanto a los objetivos del sistema y cumplir con los principios de universalidad, equidad, derecho a la salud, entre otros: la estructura poblacional y la composición institucional. (Gutiérrez y Restrepo 2012, 189)

En cuanto a la modulación responde a las funciones relacionadas con el desarrollo y la coordinación del sistema, el diseño financiero, la regulación propiamente dicha y la protección al consumidor. A primera vista, la modulación responde por el resto de las funciones del pluralismo estructurado; sin embargo, está sujeta al establecimiento de instancias de regulación; lo que ha mostrado el SGSSS es que no ha logrado hacer regulación efectiva; si bien el mercado también tiene reglas, éstas hasta ahora no han

garantizado la premisa de que ningún agente impusiera las reglas y su dominio; lo que ha sucedido es todo lo contrario, que los aseguradores en su función de administración terminaron dominando el mercado ¹¹. La modulación sería el instrumento para la protección y debe ser la guía para afianzar tanto la seguridad social como el aseguramiento de los actores del sistema:

En palabras de Almeida, se cuestiona la provisión directa de servicios de salud por el Estado (ya que se la considera impropia e ineficiente) y se propone “aliviarlo” a través de la reestructuración del mix público y privado y de la separación de las funciones de financiamiento y provisión. Son definidas entonces “nuevas” funciones: “modulación” y “articulación”. La función de “modulación” es enfatizada como la responsabilidad pública esencial de la autoridad gubernamental. En ese sentido la “modulación” se diferenciaría de la regulación tradicional. (Almeida 2000, 42)

Por su parte, la articulación es la vinculación entre los fondos y los prestadores. Esa función la ejercen las EPS. Y la modulación es simplemente la regulación de la competencia por el mecanismo de transferencia de los recursos públicos de la seguridad social a los articuladores por el mecanismo de UPC/POS.

Teóricamente la articulación depende de los incentivos y las restricciones a los que está expuesto cada actor, no solo por las exigencias que el sistema determine, sino también por las prioridades y prerrogativas que al respecto tengan los sujetos:

No obstante, se asume que es una función que debe poner a todos los actores en constante diálogo, por cuanto se busca que el sistema sea óptimo en términos generales y que a partir de dicha cualidad puedan constituirse las condiciones para mejorar la funcionalidad y la operatividad de cada sujeto. Sin embargo, para este escenario, la modulación juega en primer lugar y de manera transversal. (Gutiérrez y Restrepo 2012, 192)

A pesar de los planteamientos teóricos sobre el funcionamiento “sinérgico” del Sistema, la evidencia empírica ha mostrado que la reforma a la salud en Colombia, no logró superar las crónicas inequidades y exclusiones del sistema de salud colombiano.¹².

¹¹ Esta afirmación se despliega en diferentes partes de la investigación mostrando el uso de poder que realizan los aseguradores.

¹² En el capítulo dos se presenta una síntesis del Sistema y su crisis. Adicionalmente la Sentencia de la Corte Constitucional: T 760 documentó a partir de la revisión de tutelas la crisis e inequidades producidas por el Sistema.

Para algunos actores la crisis del Sistema se explica por el incumplimiento en las condiciones (no se logran las variables macroeconómicas) o por la falta de aplicación teórica del Sistema:

Actualmente la dificultad estriba en que, si bien los actores pertenecientes al Sistema se consideran agentes, su disposición para con el sistema ha sido redirigida para reglamentar a este último. (...) Es decir, se ha presentado una especie de captura privada del sistema, en el que cada agente estima a su conveniencia la dirección que debe tomar, y no el sistema marco de referencia sobre el cual pueda actuar. Tomar la regla como instrumento de trabajo para sí ha provocado la creación de un justiprecio a la modulación.(Jiménez 2009, 119)

Para otros actores la razón de la crisis se explica en las condiciones mismas que ordenan el Sistema y que ponen estructuralmente a la salud como un bien privado bajo una lógica de mercado:

Concluido en la actualidad el periodo de transición, la universalidad en el aseguramiento y la homologación de los planes de beneficios son promesas incumplidas, e imposibles de concretar en medio de políticas de ajuste, de mercantilización de los servicios de salud, y de profundización de las políticas sociales de corte neoliberal.(Echeverri 2002, 91)

La segunda explicación corresponde a la postura de quienes dirigieron la SDS en el 2004 y perfilaron la Política de Salud de Bogotá del PDA, es decir, la crisis del Sistema no pasa por imperfecciones del mercado, o por la corrección de alguna función o su armonización; es un problema estructural. Desde esta perspectiva, se entendía que el pluralismo estructurado había modificado sustantivamente la política de salud nacional colocándola como un bien privado, a través de la transformación y operación institucional, así:

1. Pasó de un sistema estatal de provisión de servicios a un sistema de mercado libre.
2. Reordenó el funcionamiento del Sistema de Salud.
 - a) Separación de funciones.
 - b) Entregó de la administración de los recursos públicos a los fondos de salud privados o aseguradores.

- c) Estableció la libre elección del asegurador por parte del usuario bajo la lógica de las elecciones racionales o agentes racionales de mercado.
 - d) El asegurador tiene el dinero por cada asegurado y compra los servicios a los prestadores públicos o privados que están en competencia. El criterio que usa la EPS es el costo más bajo para generar más ganancia, por ello deben hacer sistemas que le permitan comprar más barato y /o contener el uso de los servicios. La aseguradora trasladó el riesgo financiero al prestador del servicio.
3. Definió paquetes de Servicios: Planes Obligatorios de Salud (POS) y PAB (paquete de acciones colectivas de altas externalidades)

Con este sistema se fragmentaron las funciones entre administradores y prestadores y se instaló una lógica de competencia en donde la salud se constituyó en un bien privado, una mercancía, que se vende y se compra, en el mercado de la salud.

En síntesis, se trata de un sistema de mercado regulado de aseguramiento en salud, en el que concurren agentes de propiedad privada, con y sin ánimo de lucro, y agentes de propiedad estatal. Aun así, el sistema está hecho para que todos los actores en especial, los usuarios, los aseguradores y los prestadores, se comporten como agentes racionales del mercado. Dado que se reconoce que hay inequidades y que existen imperfecciones en los mercados de salud el sistema cuenta con dos características que resultan muy atractivas en el debate internacional: primero la definición de dos regímenes: uno contributivo, para quien puede pagar, y otro subsidiado, para quien demuestre ser pobre. Y segundo, la incorporación de una serie de mecanismos de regulación del mercado de aseguramiento. (Hernández 2003, 353)

Esta lógica fragmentada, en la que se soporta el Sistema, deriva en una política en salud que viola el derecho a la salud¹³ al instalar de manera estructural una lógica de mercado donde prima los recursos por encima del bienestar.

En este contexto, en el año 2004 la izquierda democrática, con el Polo Democrático Alternativo en cabeza de Luis Eduardo Garzón, ganó la Alcaldía de Bogotá y un grupo de profesionales vinculados con el pensamiento de la Medicina Social¹⁴ y articulados al Movimiento de Salud direccionaron la Secretaría Distrital de Salud.

¹³ En el capítulo dos: Condiciones previas a la instalación de la Política en Bogotá, se amplía y argumenta esta afirmación.

¹⁴ Asociación de Medicina Social- ALAMES

Desde la perspectiva de quienes se instalaron en el direccionamiento estratégico de la Secretaría Distrital de Salud en el año 2004, la falta de garantía del derecho a la salud se explicaba porque en el modelo de aseguramiento configurado en el Sistema prima la lógica de mercado, la rentabilidad económica y financiera, favorece principalmente a los aseguradores (EPS) en detrimento de la salud y bienestar de las personas. En este contexto propusieron instalar una política de salud que garantizara el derecho a la salud en el marco de la Constitución Nacional basados en el Estado Social de Derecho (ESD) y vinculando el PIDESC¹⁵ que reconoce el derecho a la salud como derecho social. Esta postura entraba en contradicción con la Política nacional dada en la ley 100 del 93.

La presente investigación trata de comprender cómo un gobierno distrital toma la decisión de formular una política pública en su entidad territorial que disputa, interpela, y pone en tensión la política nacional. Mi interés es examinar esas tensiones que produjo la Política de Salud de Bogotá desde un enfoque fuera del ciclo liberal tecnocrático de la política, y puesto desde la visión de la Medicina Social que reconoce las políticas en salud como una producción en la que emergen las tensiones en la relación entre los procesos de acumulación de capital y procesos de legitimación.

En tal sentido, la investigación no busca realizar una evaluación de política, sino indagar como la Política que se propuso en Bogotá (PSB) desde la Secretaría Distrital de Salud (SDS) estableció un campo de disputa de diversos órdenes y planos. Para el desarrollo de la investigación se plantean las siguientes preguntas-problema:

1. ¿Qué concepción de salud se instala en la Política de salud en Bogotá, en el periodo de izquierda democrática (2004-2012)? ¿En dicha concepción, qué puntos son centrales y entran en contradicción con el SGSSS (Ley 100)?
2. ¿Cómo las relaciones de poder posibilitaron o limitaron las transformaciones y la instalación de la Política propuesta? Para responder la pregunta se propone identificar: ¿Qué sujetos-actores fueron determinantes en el desarrollo de la Política de Salud en Bogotá?, y ¿qué tipo de relaciones de poder se instalaron: de identidad, de oposición/contradicción, de dominación?

¹⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales firmado por Colombia en 1978.

3. ¿Cómo se despliega la concepción político-conceptual en lo institucional? ¿Qué estrategias se usan y se pueden considerar alternativas en relación con el SGSSS (Ley 100)?

Para dar respuestas a estas preguntas la investigación realiza un análisis crítico de la Política en Salud en Bogotá, durante el periodo 2004-2012, en el marco del SGSSS (Ley 100/93), tomando como referente la concepción del derecho a la salud en relación con los DESC¹⁶ y con la perspectiva de la determinación social de la salud (DSS).

El análisis crítico implica evidenciar la complejidad del ejercicio en varios planos: i) la salud como campo en disputa durante el proceso de reformas y en relación con el derecho y las posibles vías para su realización requiere develarlas concepciones sobre la salud y su valor para los distintos grupos o sujetos; ii) identificar las posturas políticas y las relaciones de poder que se tejen en relación con el objeto de la salud en un mundo en el que ésta pasó de ser un mecanismo redistributivo a una mercancía y, por lo tanto, un objeto de alto grado de interés para los diferentes sujetos en función de la acumulación de capital y a la vez como un valor socialmente reconocido; por ejemplo, los aseguradores en el marco del complejo médico industrial y de servicios; iii) la comprensión de los procesos y las formas de organización-gestión de la salud y su efecto en la institucionalidad.

En tal sentido se asume como abordaje para leer la complejidad de la política de salud el paradigma crítico entendido como aquel que permite la aproximación a la experiencia y posibilita la comprensión de los diversos planos y movimientos basados en una racionalidad que permite identificarlos juicios, los valores y los intereses que subyacen a las prácticas sociales: la salud es una práctica social que se vincula con el bienestar y la vida y por ello, tiene un alto valor para todos, lo que la hace un campo de disputa. De igual forma, la teoría crítica al postularse como una alternativa que crítica a la racionalidad instrumental y técnica preconizada por el positivismo, promueve:

1. Conocer y comprender los contextos que enmarca las relaciones en donde la praxis es un elemento central: las relaciones entre concepto y objeto, y entre significante y significado no son estables o fijas y están a menudo mediadas por las relaciones

¹⁶ Se expresan y están contenidos en el PIDESC.

de poder que estructuran desigualdades debido a la apropiación injusta de la riqueza colectiva por parte de unos y la enajenación de otros.

2. Considerar que el pensamiento esta mediado por relaciones de poder enmarcadas en la dominación (enajenación/ explotación)lo que se constituye social e históricamente en contextos específicos relacionales. No busca obtener verdades universales.
3. Entender que los hechos nunca pueden ser aislados del dominio de valores o separados de alguna forma de la adscripción ideológica.(Hernández, Fernández, y Baptista 2012, 22)
4. Considerar el lenguaje como eje central para la constitución de la subjetividad, tanto consciente como inconsciente y por supuesto es un lugar de ejercicio de poder.(Hernández, Fernández, y Baptista 2012, 25)
5. Se reconoce que en cualquier sociedad ciertos grupos ejercen dominación sobre otros y, aunque las razones para esta dominación son ampliamente variadas, la opresión que caracteriza a las sociedades contemporáneas se reproduce con más fuerza cuando los subordinados aceptan su estatus social como natural, necesario o inevitable. En palabras de Gramsci: “En relación con el poder como elemento sustantivo del conocimiento, la opresión tiene muchas facetas. Centrarse sólo en una, excluyendo otras, frecuentemente elude la interconexión entre ellas”. (...) las clases subalternas sufren siempre la iniciativa de la clase dominante, aun cuando se rebelan. ” (Gramsci 2009, 188)
6. Los ejercicios de hegemonía se corresponden con la experiencia subalterna que asume la imposición no violenta y la asimilación de la subordinación, es decir, la internalización de los valores propuestos por los que dominan o *conducen* moral e intelectualmente el proceso histórico.
7. Las prácticas investigadoras consolidadas están generalmente, aunque muy a menudo sin saberlo, implicadas en la reproducción de sistemas de clase, raza y opresión de género. (Molina y Vianna 2014, 18)

A partir de lo anterior se propone en el contexto específico de los años 2004-2012 comprender cómo en Bogotá se instaló la visión de derecho a la salud desde una escala

territorial local en contravía de lo instituido por la Ley 100 de /93 bajo la lógica del gobierno nacional (política nacional). Lo anterior implica:

- Establecer los puntos centrales de la política en salud de Bogotá (concepción) para identificar las propuestas y ubicar las contradicciones en relación con la Ley 100/93.
- Caracterizar los sujetos y las relaciones de poder, para identificar las condiciones de posibilidad en la instalación de la política en salud de Bogotá según la correlación de fuerzas y la legitimidad durante el periodo 2004-2012.
- Identificar los alcances y limitaciones institucionales de la política en salud en Bogotá en el periodo mencionado en la perspectiva de reconocer sus posibles alcances.

1.2. El enfoque: la Política de Salud de Bogotá como campo de disputa por el Estado

El estudio de las políticas públicas como objeto de conocimiento se ubica a partir de la década de los 50; es un campo en construcción, en debate y tensiones generadas en las relaciones entre Estado, mercado y ciudadanía, y las diversas posturas se construyen a partir del lugar que ocupa cada uno de estos elementos en la configuración política y en la forma como se traduce el poder y la legitimidad en la sociedad.

Actualmente no es posible hablar de una manera única de realizar el análisis de las políticas, inclusive muchas veces se mezclan varios enfoques. Para André Noël Roth, las políticas como cualquier otro objeto de conocimiento, han estado sometidas a múltiples intentos teóricos de explicación: “La teoría es como un mapa con el cual se pretende simplificar la realidad para hacerla entendible: es una reducción extrema de la complejidad del mundo, es como una trampa alistada para capturar la realidad, como diría Baudrillard, A lo cual cabe anotar que ninguna teoría por sí misma es capaz de dar cuenta de esta complejidad.” (Roth 2008, 70)

En este marco Roth propuso cuatro paradigmas como marcos referenciales para el análisis de las políticas que se diferencian por su ontología, su epistemología y su metodología: el positivismo, el neo positivismo, la teoría crítica y el constructivismo. A continuación, en el cuadro 1 se presenta e manera esquemática estos planteamientos.

Cuadro 1. Paradigmas y factores para el análisis de las políticas

Paradigma	Factores de análisis de las políticas	Enfoques	Marcos de análisis	Autores y año de referencia
Neopositivista	<p>Los actores racionales. La política pública se presenta como un objeto de análisis que puede ser subdividido en varias etapas, las cuales se pueden estudiar separadamente.</p> <p>Ha sido renovado por el neopositivismo (teoría del <i>Public Choice</i>)</p>	<p>Los intereses materiales de los actores. En la importancia de la medición de los hechos mediante la construcción de indicadores y hace uso de una mayor formalización matemática.</p>	<p>Marco secuencial ciclo de las políticas: identificación, formulación de alternativas, toma de decisión, implementación, evaluación.</p>	<p>Selznick 1949; Lasswell Jones Cobb y Elder 1972; Kingdon, 1984 y Garraud, 1990</p> <p>Teoría de la decisión Simon 1959; Lindblom 1959, Allison 1971; March y Olson 1972; Sfez 1976</p> <p>Proceso evolutivo de aprendizaje Majone y Wildavsky, 1979; Browne y Wildavsky, 1983</p> <p>Perspectiva interorganizacional Hjerpe, 1982</p> <p>Problema de "management" público Hughes, 1994</p>

				De <i>governance</i> Hill y Hupe, 2002
eo- positivi simo	F actores institucion ales, comporta mentales (multicaus alidad). T eoría del <i>Public Choice</i> M arco <i>Institutiona l Analysis</i>	Insiste en la medición, hace uso de una mayor formalización matemática ofrecida por la herramienta informática. Los actores son seres racionales y capaces de ordenar sus preferencias. Los actores actúan de forma independiente buscando maximizar sus intereses. Esta es la tesis del individualismo metodológico. Los arreglos	Se mantiene en la teoría de la elección racional. Pone en su centro una “arena de acción” en la cual se interrelacionan actores individuales y colectivos en una “situación” que corresponde al arreglo institucional específico operante para la política pública. Conside ra tres factores: 1). Las reglas utilizadas para ordenar sus relaciones (<i>rules- in-use</i>),2) Las características materiales y físicas del contexto pertinente (estado del mundo) y, 3). Las particularidades	Balme y Brouard, 2005; Lane, 1995; Hall y Taylor, 1996, Muller y Surel, 1998; Roth, 2002 BID – BM. Ostrom, 1999

		<p>institucionales deben generar los “costos de transacción” más bajos posibles.</p> <p>Costo/beneficio.</p>	<p>culturales de la comunidad política.</p> <p>Propone un marco de análisis a partir de factores explicativos racionales e institucionales.</p> <p>Las perspectivas utilitaristas hacen parte del grupo.</p>	
<p>teoría crítica</p>	<p>F</p> <p>actores estructurales</p> <p>A</p> <p>análisis de poder.</p>	<p>Los procesos de formación de las políticas como proceso de transformación.</p>	<p>Desarrollo de la explicación de las políticas públicas en tres etapas. Primera, considera la construcción histórica de los problemas de políticas públicas como una selección condicionada de las demandas sociales.</p> <p>Segunda, el desarrollo e implementación de las políticas se puede entender como procesos que modifican la</p>	<p>Horkheimer, Marcuse, Poulantzas, Öffe, Bourdieu, 1970-1990</p> <p>Häussler y Hirsch, 1987; Jenson, 1990; Jessop, 1992; Noel, 1988; y Theret, 1992</p>

			<p>infraestructura comunicativa de la sociedad. Con lo cual se condicionan los fundamentos normativos y las expectativas de la ciudadanía,</p> <p>Tercera etapa, se mantiene y reproduce la dominación.</p>	
<p>teoría crítica/ constructivismo</p>	<p>L a realidad objetiva no es asequible a los investigadores. La realidad es relativa. Con los aportes de la filosofía posestructuralista de Foucault y de la teoría crítica de Habermas, se hace análisis de discurso de las políticas públicas.</p>	<p>Intereses, Instituciones, Ideas</p> <p>Las tres</p> <p>l.</p> <p><i>Advocacy</i></p> <p>y</p> <p><i>coalition</i></p> <p>s</p>	<p>1. Integran la dimensión cultural en su explicación de las políticas públicas.</p> <p>2. Política como sistema y como controversias.</p> <p>3. Marco de análisis de <i>Advocacy coalitions</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deben ser capaces de tener en cuenta la información relativa a los problemas. • Debe tener temporalidad de larga duración • La unidad de análisis no se limita a la estructura gubernamental, sino a un “subsistema de política” que está compuesto por una variedad de actores, públicos y privados, implicados en un problema de 	<p>Sabatier, 1981;</p> <p>Edelman, 1990;</p> <p>Martinon R, 1990</p>

			<p>política o en una controversia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluye al interior del subsistema a la opinión pública e investigadores y analistas de políticas. <p>4.Las políticas públicas incorporan teorías implícitas sobre la manera de alcanzar sus objetivos.</p>	
<p>onstruc</p> <p>tivismo</p> <p>ognitiv</p> <p>o</p>	<p>C</p> <p>F</p> <p>actores cognitivos o de las ideas.</p> <p>C</p> <p>I</p> <p>mplica aquello que configura a los actores de la política; el problema de la racionalidad de los actores; el papel de la administración pública y</p>	<p>El marco de análisis por el referencial</p> <p>El marco de análisis narrativo.</p>	<p>Describi</p> <p>r y analizar las controversias de políticas públicas que representan por sí mismo una fuerza explícita.</p> <p>1.</p> <p>Identificar las principales historias o relatos en relación con la controversia de política, cada una con su particular inicio, desarrollo y final.</p> <p>2.Identificar relatos alternativos a los que dominan en</p>	<p>Müller, 2006;</p> <p>Roe, 1994</p>

	posibles redes de actores.		la controversia (contra-relatos) 3. Comparar las dos series de relatos con el fin de generar un "meta-relato". 4. Determinar en qué medida el meta-relato permite replantear el problema de la mejor manera para transformarlo.	
--	----------------------------------	--	--	--

Elaboración propia con base en(Röth 2007).

Para Röth la mezcla de paradigmas explica en gran medida la dificultad y la imposibilidad de fundamentar científicamente todos los aspectos de las políticas públicas, ante lo cual resulta indispensable reconocer el carácter retórico en el que se encuentra inscrito una política. Es de anotar que, históricamente, la retórica se desarrolla en el contexto de regímenes políticos que comportan alguna forma de institucionalidad democrática y se muere en momentos de regímenes autoritarios. Y es comprensible: la necesidad de convencer mediante la palabra a un auditorio para lograr una decisión incita a desarrollar estrategias de comunicación para tal efecto. En razón a ello, el análisis de discurso ha tomado fuerza en los últimos tiempos.

Al revisar la vasta literatura sobre el análisis de políticas se identificaron dos posiciones extremas en lo que se refiere a la naturaleza y a lo instrumental del análisis y al papel que puede o deben jugar los sujetos, actores, ciudadanía/ grupos en la formulación de la política. Aquí, como en otros campos, se repite la polémica entre una noción *racional* y una noción *transaccional* de la política.

El análisis de políticas dominante se caracteriza por incorporar explícitamente el esquema de decisión racional o de solución racional de problemas, cuyos pasos son: determinar el objetivo a lograr y ordenar las preferencias; indicar las opciones de acción que incorporan; determinar el cálculo de sus consecuencias para efectuar la acción; comparar las opciones en términos de eficiencia técnica y económica; elegir y poner en práctica programada la alternativa; evaluar resultados, aprendizajes según los resultados. Es decir, la tendencia en el análisis de políticas sigue mayoritariamente enmarcada en la racionalidad técnico - política de la modernidad instrumental.

En el presente estudio tomo distancia de esta visión tecnocrática-política del análisis de política y asumo como referente la propuesta de la Medicina Social que propone entender la política en salud como una producción social enmarcada entre el régimen de acumulación de capital y los procesos de legitimación, y en donde su materialización, en las últimas décadas, está dada en los sistemas de salud:

Un enfoque clásico de la Medicina Social/Salud Colectiva para analizar las prácticas y políticas de salud es su papel contradictorio en la acumulación de capital y en la legitimación del orden social. Sus relaciones con la acumulación involucran varias vertientes: la prestación de servicios como actividad lucrativa; el aseguramiento como ámbito de ganancias del capital financiero; la realización del plusvalor de productos de consumo final o tecnológicos; los contratos de Asociación Público-Privada y la reproducción de la fuerza de trabajo. En cuanto a la salud en la legitimación del orden social ningún Estado la puede ignorar hoy por el valor social del derecho a la salud. Aún los Estados liberales mínimos lo reconocen y establecen mecanismos para no desamparar a los muy pobres. (Laurell 2014, 853)

En este contexto, la reforma de salud requiere de la reforma del Estado. En su nivel más abstracto, el Estado es una relación de fuerzas que produce el pacto de dominio. En el sentido weberiano, es el monopolio del uso legítimo de la coerción. Desde uno u otro lado, el Estado es el poder político que se ejerce de forma concentrada, autónoma y soberana sobre un pueblo y un territorio a través de un conjunto de instituciones, un cuerpo de funcionarios y procedimientos reglamentados. No obstante, en las políticas en salud neoliberales, ésta se expresa en el marco de la tensión entre el régimen de acumulación ampliado, y los procesos de legitimación; así, la política de salud en Colombia se produce entre el aseguramiento que la puso como mercancía y los procesos de legitimación que

expresan el valor de la salud para el conjunto de la sociedad, lo que se ha sostenido bajo la promesa del universalismo:

En el ámbito de la acumulación el proyecto neoliberal aspira a abrir plenamente la salud como un terreno de ganancias privadas. Se aplican así políticas tendientes a impulsar la competencia de mercado y la privatización de la prestación de los servicios y a expandir la administración privada de los fondos de salud, directamente por medio de los seguros privados o con la intermediación privada en el manejo de los fondos público. Para ello los gobiernos han usado el poder estatal para destruir las instituciones públicas en su propósito de mercantilizar los servicios de salud y trasladar la administración de su financiamiento a entes autónomos, públicos y/o privados. Esta vertiente de acumulación es la más novedosa en el proyecto neoliberal en cuanto introduce como un actor central al capital financiero e impulsa la gran empresa médica. (Laurell 2014, 854)

En cuanto a la visión de Estado, en esta investigación no se asume como un aglutinador, ni simplemente como un aparato de dominación de clases, se reconoce como un campo donde se mueven fuerzas y donde el Estado también es un actor de poder con contradicciones en su interior y en su expresión territorial, y en donde su poder va más allá de la tecnocracia, hay dominios porque ejerce el control o monopolio sobre los recursos, la coerción, y la legitimidad esto último implica que el Estado está incrustado en la mentalidad de los pueblos y que se ha constituido también como valor simbólico:

Si el Estado es sólo máquina, entonces hay que tumbar la máquina, pero no basta tumbar la máquina del Estado para cambiar al Estado. Porque muchas veces el Estado es uno mismo, son las ideas, los prejuicios, las percepciones, las ilusiones, las sumisiones que uno lleva interiorizadas, que reproducen continuamente la relación del Estado en nuestras personas. E igualmente, esa maquinabilidad y esa idealidad presentes en nosotros no son algo externo a la lucha, sino frutos de lucha. Cada pueblo es la memoria sedimentada de luchas del Estado, en el Estado y para el Estado. Y entonces la relación frente al Estado pasa, desde una perspectiva revolucionaria, por su transformación y superación. Pero no simplemente como transformación y superación de algo externo a nosotros, sino de una maquinabilidad relacional y de una idealidad relacional que está en nosotros y por fuera de nosotros. Por eso, los clásicos cuando hablaban de la superación del Estado en un horizonte pos capitalista, no lo ubicaban como meramente un hecho de voluntad o de decreto, sino como un largo proceso de deconstrucción de la estatalidad en su dimensión ideal, material e institucional en la propia sociedad. (García 2010, 17)

En palabras de García Linera el Estado tiene materialidad, institucionalidad e idealidad. Se trata entonces de comprender qué paso en la experiencia de gobierno de Bogotá y su política de salud como expresión de fuerza del ente territorial que representa una parte del Estado y en donde se disputaron enfoques con el gobierno nacional y su política nacional en el marco de las relaciones de poder en sus diferentes escalas

territoriales; ya la vez explicitar como esto se conecta esto con la lógica de acumulación de capital de los servicios de salud que se ha profundizado con los procesos de globalización.

De acuerdo con García Linera la inserción de América Latina a la globalización o al Sistema-mundo interpela todas las estructuras y particularmente al Estado; esta construcción social se encuentra en una tensión teórica: quienes plantean la necesidad de su desaparición (Estado mínimo) y quienes proponen el retorno del Estado como mediador de las relaciones sociales y, por lo tanto, el generador de legitimidad y de cohesión social. No obstante, considera que las dos tesis son falsas puesto que el Estado no es mínimo, sino que ha sido el encargado de ejecutar las reformas necesarias para la globalización (privatizaciones, flexibilizaciones) en función de las multinacionales (corporaciones) y a la vez es el encargado de sostener/responder por los efectos negativos de las mismas. En tal sentido, los estados en América Latina que están sujetos a estas dinámicas no son autónomos, lo que nos pone frente a un gran desafío: construir una versión de Estado diferente al asignado por los supra poderes.

A partir de los gobiernos progresistas, en América latina en los últimos 20 años se ha intentado construir alternativas posibles, pero no ha sido una tarea sencilla ya que los gobiernos están sujetos a la globalización y al mercado mundial. La experiencia concreta del Estado plurinacional boliviano es un ejemplo desde el cual se plantean una serie de reflexiones que permitan evidenciar las dificultades, postular unas posibles alternativas y cuya clave ha sido lograr un co-gobierno con los pueblos: los indígenas, los sindicatos, las organizaciones sociales, y los movimientos sociales:

¿Qué fue entonces de este sujeto que llamamos Estado, a qué llamamos Estado? Es evidente que una parte del Estado es un gobierno, aunque no lo es todo. Parte del Estado es también el parlamento, el régimen legislativo cada vez más devaluado en nuestra sociedad. Son también las fuerzas armadas, son los tribunales, las cárceles, es el sistema de enseñanza y la formación cultural oficial. Son los presupuestos del Estado, es la gestión y uso de los recursos públicos. Estado es no sólo legislación sino también acatamiento de la legislación. Estado es narrativa de la historia, silencios y olvidos, símbolos, disciplinas, sentidos de pertenencia, sentidos de adhesión. Estado es acciones de obediencia cotidiana, sanciones, disciplinas y expectativas. Cuando definimos al Estado, estamos hablando de una serie de elementos diversos, tan objetivos y materiales como las fuerzas armadas y el sistema educativo; y tan etéreos, pero de efecto igualmente material como lo son las creencias, las obediencias, las sumisiones y los símbolos. El Estado en sentido estricto son pues entonces instituciones. No hay Estado sin instituciones”. (García 2010, 4)

En tal sentido, el análisis del Estado gira en torno a tres ejes: i) el Estado como correlación política de fuerzas sociales, ii) el Estado como materialidad institucional y iii) el Estado como idea o creencia colectiva generalizada:

En términos sintéticos podemos decir entonces que un Estado es un aparato social, territorial, de producción efectiva de tres monopolios: recursos, coerción y legitimidad. Y en el que cada monopolio, de los recursos, de la coerción y de la legitimidad, es un resultado de tres relaciones sociales. Tenemos entonces, utilizando brevemente a los físicos, que el Estado es como una molécula, con tres átomos y dentro de cada átomo tres ladrillos que conforman el átomo. Similar. Un Estado es un monopolio exitoso de la coerción, según Marx y según Weber; un Estado es un monopolio exitoso de la legitimidad, de las ideas fuerzas que regulan la cohesión entre gobernantes y gobernados, según Bourdieu; y un Estado es un monopolio de la tributación y de los recursos públicos, según Elías y según Lenin. Pero cada uno de estos monopolios exitosos y territorialmente asentados está a la vez compuesto de tres componentes: una correlación de fuerzas entre dos bloques con capacidad de definir y controlar, una institucionalidad, y unas ideas fuerzas que cohesionan. (García 2010, 5)

Desde esta perspectiva el Estado está siempre en movimiento, tiene momentos estables, y momentos de crisis que conducen a transiciones; en algunos países de América Latina en el momento en que la globalización interpeló el papel del Estado de manera general, a la vez, se instalaron algunos procesos de gubernamentalidad. Siendo así, se debe ubicar en qué momento se encuentra el debate del Estado desde estas experiencias y posibilitar aprendizajes que permitan evidenciar la dinámica que surge en la interrelación entre las dimensiones y los monopolios del Estado. Desde esta perspectiva la disputa por el Estado pasa por identificar y explicitar la idea fuerza; transformar la correlación de fuerzas; y construir una nueva institucionalidad.

En tal sentido, Laurell muestra cómo en los últimos veinte años los gobiernos progresistas han disputado las políticas en salud neoliberales a partir del reconocimiento del derecho social a la salud instalado como “ideas fuerzas” de carácter contrahegemónicas como una característica de las políticas transformadoras y de resistencias. (Laurell 2017, 11–14) Es decir, que las políticas neoliberales, han evidenciado la necesidad de rescatar el carácter de los derechos como conquistas sociales y estos se han convertido en horizonte político deseable y necesario.

A partir de estas ideas propongo tres planos para el análisis de la Política de Salud de Bogotá: el plano conceptual que busca identificar la visión de salud que se puso en la

Política de Salud Bogotá como idea fuerza contrahegemónica para disputar la visión de aseguramiento hegemónica de la política nacional; el plano político que trata de identificar como se dieron la correlación de fuerzas para instalar dicha política y cómo esto afectó los procesos de legitimación y de participación de la ciudadanía; y un tercer plano, que indaga por las formas o estrategias que usó la política para constituirse en alternativa y modificar la institucionalidad.

1.3. Categorías para analizar la política de salud en Bogotá

Dentro de las categorías usadas para el análisis de la política, la primera de ellas es la de derecho a la salud que permite comprender la discusión entre la visión el derecho a la salud como derecho social y como aseguramiento, en el entendido que, sobre las diferencias de estas dos visiones se desarrolló la propuesta conceptual del gobierno en Bogotá en el periodo estudiado. La segunda categoría, poder y participación engloba lo político en términos de legitimidad de los procesos de gobierno y, en tercer lugar, se expone la organización–gestión de la salud como categoría que demarca lo institucional.

1.3.1. La salud como derecho

Se puede definir el derecho a la salud como:

La realización efectiva que tienen los sujetos al disfrute pleno de sus vidas en condiciones adecuadas en los contextos específicos en que se desenvuelven, lo que implica el reconocimiento de la dignidad humana. Para el logro de ésta se requiere la interrelación e interdependencia del derecho a la salud con otros derechos como la educación, la alimentación, el vestido, el trabajo, la vivienda y la participación, que está sustentada en la Observación General 14 en el artículo 12 del PIDESC. (Grupo Guillermo Fergusson 2000, 16)

Y esto significa que un derecho es una relación entre los ciudadanos y el Estado, exigible en función de la relación de pertenencia o de aceptación de las reglas del Estado del que se trate. El contenido ha variado históricamente y es objeto de disputa en las sociedades concretas. Es decir, la historia de los derechos humanos esta signada por esta tensión entre los valores del libre mercado centrados en el ingreso y la riqueza que demandan un Estado que garantice los derechos mínimos a la vida, a la propiedad y a la

libertad (derechos civiles y políticos), y las demandas de intervención activa del Estado en la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales.

Los derechos humanos se enmarcan en la concepción de justicia. El debate de la justicia en la modernidad expresa dos tipos de reivindicaciones: la redistribución socioeconómica y la de un reconocimiento legal y/o cultural que hace eco a las premisas formales (igualdad, fraternidad, libertad), a pesar de que en lo fáctico se sostuviera y reprodujeran desigualdades, es decir, la puja por los derechos mantiene viva la lucha por la igualdad material, política y simbólica.

Es claro que el debate sobre el significado de la justicia implica la concepción de igualdad, en tal sentido las dos vertientes centrales se han movilizad entre el utilitarismo y la redistribución.

La premisa de los utilitaristas consiste en maximizar la suma total de satisfacción independientemente de cuál sea su distribución particular; es decir, permitir que se alcance un punto óptimo de rendimiento para todos los participantes: “La idea principal es que cuando las instituciones más importantes de la sociedad están dispuestas de tal modo que obtienen el mayor equilibrio neto de satisfacción distribuido entre todos los individuos pertenecientes a ella, entonces la sociedad está correctamente ordenada y es, por tanto, justa”. (Rawls 2005, 34)

La crítica de Rawls al pensamiento utilitarista es:

La teoría contractual está, pues, de acuerdo con el utilitarismo al mantener que los principios fundamentales de la justicia dependen en efecto de hechos naturales acerca del hombre en sociedad. Esta dependencia se hace explícita mediante la descripción de la posición original: la decisión de las partes se toma a la luz del conocimiento general. Más aún, los diversos elementos de la posición original presuponen muchas cosas acerca de la circunstancia de la vida humana. (...) plantear una teoría contractualista en la que los principios de justicia surgen por acuerdo entre los individuos en una situación hipotética (posición original) y en la que estos desconocen el lugar que ocuparán en la sociedad (velo de la ignorancia). (Rawls 2005, 155)

Rawls señala que, aunque el utilitarismo lleva a cabo lo que se denomina “comparaciones interpersonales de bienestar” esto no significa que esté clara la naturaleza de la base de estas comparaciones ni mucho menos que esta base sea razonable:

Aún más, el problema de las comparaciones interpersonales, en el caso de que fueran fructíferas según el criterio utilitarista, estaría ocultando el verdadero fondo de la cuestión, a saber, la prioridad concedida a la maximización de la suma de utilidades respecto de la libertad e igualdad de las personas. En este sentido, la rigidez de la noción

de utilidad, la imposibilidad de ofrecer un patrón homogéneo para hacer equivalentes las diversas utilidades marginales y la dificultad para que los individuos pudieran ver reflejada su voluntad y sus diferencias en ellas, obligan a la formulación de una teoría de la satisfacción de necesidades y promoción de los intereses que trascienda las limitaciones utilitaristas. Esta teoría sería, desde luego, la de los bienes primarios. (Rodríguez 2004, 54)

De otra parte, el debate por la redistribución no corresponde solo a una discusión teórica o ética, sino también, al reflejo de las transformaciones en el mundo y el resquebrajamiento de los Estados nacionales, en el contexto mundial con lo cual se ha actualizado el debate sobre la justicia.

Desde la perspectiva liberal de la justicia, los neoclásicos han propuesto la teoría de agentes racionales, con lo cual la sociedad se fractura bajo una mirada individualista, que sustenta la separación explícita de bienes privados y públicos:

Para Nozick cualquier redistribución derivada de la coerción o de la acción del Estado no sólo sería injusta sino, sobre todo, inmoral, porque afectaría los derechos “naturales”, que no son más que la integridad física, la propiedad y la libertad. La igualdad se refiere sólo a la condición natural de hombres libres. Nada más. Si hubiera alguna redistribución en favor de los que no tienen propiedad (los pobres) sólo sería como un acto voluntario de caridad o de beneficencia, a partir de un sentimiento de compasión de los propietarios, pero no en función de la justicia. (Hernández 2003, 349)

De acuerdo con lo anterior, sería injusto que todos pagaran por lo que consume un individuo; este argumento central de justicia neoclásica subyace a las políticas de ajuste estructural que soportaron las reformas en salud en contradicción con la perspectiva liberal redistributiva, de corte socialdemócrata, que dio origen al marco de derechos sociales como parte del pacto resultante entre el capital y el trabajo. Esta discusión se amplía en el capítulo dos.

En América Latina las reformas en salud iniciadas desde la década de los 80 han optado por una visión de la justicia liberal neoclásica imbricada en el modelo de Manejo Social del Riesgo (MSR) que ha viabilizado los dispositivos para su implementación en los sistemas de salud:

Según este modelo, los individuos tratamos de sobrevivir en la incertidumbre de la vida, como un trapecista de circo. Dependiendo de nuestras dotaciones naturales y del desarrollo de nuestras capacidades, logramos más o menos ingresos y acumulamos riqueza. Sin embargo, existen contingencias, como la enfermedad, el desempleo o los desastres, que nos pueden hacer caer del trapecio. En tal situación, los pobres tienen las peores condiciones para afrontar el riesgo del ingreso derivado de las contingencias y requieren una malla

salvadora temporal. Así, existen diferentes ámbitos para manejar socialmente el riesgo: las familias, las asociaciones voluntarias, el mercado, la ayuda filantrópica, los seguros individuales y, en último término, el Estado, por medio de la nueva Protección Social. Y ésta última consiste en “intervenciones públicas (i) para asistir a los individuos, hogares y comunidades a manejar el riesgo en mejor forma y (ii) para prestar apoyo a los pobres en situación crítica. (Hernández 2011, 173)

Para Hernández con esta metodología se legitima el mercado y se reedita la racionalidad utilitarista. La equidad es despojada de su mirada amplia vinculada con la justicia como resultante de los acuerdos sociales y es reemplazada por una visión ligada a la propiedad y a la distribución individual bajo una lógica de focalización de recursos públicos, o a lo sumo de filantropía privada.

Bajo esta perspectiva, la concepción de manejo social del riesgo se convierte en un dispositivo que le permite al Banco Mundial instalar esta concepción de justicia liberal neoclásica en los sistemas de salud, basados en el agente racional que sustenta la definición de bienes públicos y bienes privados. Esta lógica sustentó la reforma del Sistema de Salud en Colombia a través de la Ley 100 de 1993 colocando el derecho a la salud bajo la modalidad de aseguramiento, un bien privado constituyendo un modelo de competencia regulada:

Asume la sociedad como un conjunto de individuos, agentes racionales económicos, que se encuentran en transacciones egoístas, en busca de la mayor utilidad. Con base en estas teorías, se supone que la atención de la enfermedad y la educación son bienes privados, porque satisfacen un deseo individual, se agotan en el consumo y la gente está dispuesta a pagar por ellos. Mientras algunos servicios, como las acciones colectivas preventivas son bienes públicos, porque tienen altas externalidades, no se agotan en el consumo y la gente no está dispuesta a pagar por ellos. Esta división permitiría separar funciones entre el mercado y el Estado. El aseguramiento individual permitiría disminuir progresivamente el gasto público directo, pero con mercados regulados de aseguramiento, que no es otra cosa que la aplicación de la competencia administrada o *managed competition* propuesta por Alain Enthoven (1978). El eje de la regulación consiste en unificar el plan de beneficios y el valor de la póliza. De esta forma, los aseguradores estarían interesados “naturalmente” en la eficiencia, la calidad y la prevención. Y con el mecanismo del subsidio a la demanda focalizado, se incorporaría a los pobres al mercado según los recursos disponibles del Estado. (Hernández 2011, 59)

Tenemos entonces dos visiones de justicia que se vinculan con el derecho: por un lado, la neoclásica que desde la concepción de justicia liberal sustentada en los bienes privados vincula libertad con propiedad de forma indisoluble, reconoce como los derechos naturales de la integridad física, la propiedad y la libertad y establece que cualquier

decisión/coerción por parte del Estado que rompa la con la libertad termina siendo inmoral, con lo cual se configura una lógica de derechos como titularidades individuales. Por otro lado, y en contraposición, está la visión redistributiva, donde la justicia es una combinación entre el principio de igualdad y la libertad, en donde la primera es condición para la realización de la segunda, y por lo tanto, le corresponde al Estado un papel determinante para la realización de los derechos, que son considerados condiciones para el ejercicio de la libertad, como lo plantea el preámbulo del PIDESC: no es posible ejercer la libertad sin la garantía de condiciones materiales que la posibiliten:

(...) No puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos. (Organización de las Naciones Unidas ONU 1966)

La justicia se basa en una combinación especial entre el principio de libertad y el de igualdad, que considera la complementariedad entre la “libertad de” ser, entendida como el derecho negativo liberal que el Estado debe proteger, con la “libertad para” hacer, entendida como las condiciones y medios para ejercer la libertad y que constituyen los derechos positivos económicos, sociales y culturales. (Gracia 1990, 85)

Con base en esta visión redistributiva la condición de ciudadano generó una obligación correlativa de los Estados de proveer, con pretensión universal, condiciones de vida digna, expresadas en trabajo, educación, saneamiento, asistencia médica, vivienda, etc.: “Es claro que no todos los países desarrollaron las mismas formas de garantizar la universalidad”. (Esping-Andersen 1993) e, incluso, muchos no la alcanzaron, como se ha constatado desde muchas perspectivas”.(Hernández 2008, 72)

A pesar de que todos los derechos se denominan derechos subjetivos porque cada persona tiene expectativas de que las otras no les afecten con sus acciones u omisiones y, en consecuencia, supone unos derechos del individuo y también unas obligaciones que son individuales, el cumplimiento de los mismos recaen principalmente en las instituciones o poderes facticos responsables como el Estado, las empresas y otros actores individuales y colectivos. No obstante, cabe precisar que en tanto los Estados mantienen el monopolio de la ley, les corresponde la garantía de los derechos. Es decir, el cumplimiento de los derechos es obligatorio para lo cual cuenta con un aparato normativo que impone un conjunto de valores no negociables y unos instrumentos jurídicos que

permiten exigirlos y hacerlos cumplir, es decir, sin importar la concepción de derechos su concreción está sujeta a una institucionalidad y a unas reglas (positivización).

Por esta razón los derechos humanos están dotados de unos principios rectores que definen los criterios básicos a tenerse en cuenta por parte de cualquier Estado en el momento de implementarlos: la universalidad, la integralidad e indivisibilidad, y la interdependencia.

A continuación, ampliaremos algunos elementos del PIDESC en el entendido que es el lugar desde el cual se realizaron los planteamientos que sustentaron la Política de Salud de Bogotá como son la universalidad, la integralidad e indivisibilidad, y la interdependencia. Cabe señalar que se recogen algunos elementos históricos y normativos ya que lo conceptual se desarrolla sobre la experiencia concreta en el capítulo tres de este documento.

La indivisibilidad e interdependencia de derechos surge a mediados del siglo XX en el marco de la Guerra Fría, cuando los Estados de los dos bandos en disputa cuestionaron el carácter holístico que tienen los derechos en la carta de la ONU firmada en 1948. Esta situación hizo que durante muchos años no se lograra la redacción de protocolos que contaran con la aprobación de todos los países; en consecuencia, en el año 1966 se redactó el documento-pacto¹⁷ con carácter vinculante que plasmó por primera vez la indivisibilidad de los derechos, marcando un punto de inflexión en la historia de los derechos humanos, ya que fue un llamado a los Estados asociados a tomar un papel activo en la garantía de los derechos que requieren de su intervención positiva y por tanto demanda de recursos concretos para su implementación. Amartya Sen diría que asumir la lógica del Estado liberal que no interviene en las dinámicas del mercado lleva a preferir los derechos civiles y políticos sobre los DESC, pero justamente queda claro que sin la garantía de los DESC se hace imposible también el disfrute de los primeros, descuidándose en consecuencia la función mínima del Estado liberal. (Sen 2002, 305)

El reconocimiento a los DESC fue perfeccionándose durante los años siguientes con la declaración de Teherán y en la Resolución 32/130 de 1977 que define: “Todos los derechos humanos y las libertades humanas son indivisibles e interdependientes; deberá

¹⁷ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. PIDESC.

prestarse la misma atención y urgente consideración a la aplicación, promoción y la protección tanto de los derechos civiles y políticos como de los derechos económicos, sociales y culturales”.(Organización de las Naciones Unidas - ONU 1966)

Posteriormente, la Declaración sobre el Derecho de 1986 afectó fundamentalmente la función del Estado que superó la función pasiva de garantizar y proteger el ejercicio de los derechos al incorporar los derechos en el diseño de las políticas públicas que deben estar orientadas al desarrollo. Todas las actuaciones del Estado deben apuntar al cumplimiento de los principios rectores de los derechos humanos: universalidad, indivisibilidad e interdependencia y progresividad; y debe hacerlo poniendo sus procesos administrativos en función de la garantía de los derechos humanos.

Otros elementos identitarios de la salud desde el derecho son la universalidad y la progresividad como responsabilidad específica del Estado.

La universalidad ha generado diversos debates en el campo de la filosofía política, entre quienes consideran que este principio tiene la intención de hacer de todos los seres humanos, sin distinciones, sujetos de derechos, derechos que son exigibles por todos en cualquier contexto político, jurídico social, cultural, espacial y temporal; y quienes consideran que sin negar su pretensión abstracta de cobijar a todos los seres humanos, los derechos siempre surgen en contextos históricos contingentes y por tanto más que una fundamentación moral requieren de una fundamentación histórica. (Serrano y Vázquez 2012, 7–9)

Vistos desde una perspectiva histórica los derechos humanos son entendidos en su dimensión de lucha entre actores diversos, entre grupos de interés que han logrado cierto alcance, siempre limitado, en sus contenidos, pero que también tienen la posibilidad de modificarlos o ampliarlos por cambios en el contexto. Esta interpretación lleva a la aparición de los enfoques diferenciales que discuten el alcance mismo del concepto de universalidad: se relativiza la concepción occidental de bienes primarios puesto que no en todas las culturas son iguales, obligando a replantearse la necesidad de aplicar el concepto de universalidad contextualmente, de conformidad con el contenido que cada grupo humano le da al concepto de vida buena. La universalidad de los derechos no implica entonces una práctica totalizadora, por el contrario, requiere de interpretaciones locales

producto de las experiencias de cada grupo humano; contextualizar los derechos impide que se vuelvan un instrumento de dominación ideológica.

En tal sentido la igualdad jurídica significa que la garantía de los derechos es igual para todas las personas interesándose por las condiciones que hacen diferentes a las personas más que por lo que pueda igualarlas, que desde una concepción esencialista define en abstracto a los seres humanos sin tener en cuenta sus contextos históricos concretos.

De otro lado el principio de progresividad en la responsabilidad específica del Estado en la garantía y restitución de los derechos mide el avance de los Estados en el cumplimiento de sus obligaciones atendiendo a los principios de universalidad y ante todo de indivisibilidad e interdependencia. Dicho principio está asociado directamente con el enfoque de derechos porque implica gradualidad y progreso. La gradualidad se refiere a las acciones que no pueden realizarse de manera inmediata y definitiva y por tal razón, requieren de procesos de planeación y de disposición del aparato estatal para que sean cumplidas en el corto, mediano y largo plazo. El progreso significa que el disfrute de los derechos siempre debe mejorar y, por tanto, los planes para avanzar hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas basadas en sus derechos deben contar con unos mínimos asumidos como puntos de referencia sobre los cuales avanzar. Lo que establece que para la materialidad de los derechos una vez alcanzado un nivel, este no se puede retroceder. (Serrano y Vázquez 2012, 64)

En el enfoque de derechos los Estados incorporan en su dinámica institucional las medidas planificadas y específicas que permitan el cumplimiento de sus obligaciones, lo que implica adicionalmente, la creación de indicadores para verificar el avance progresivo del ejercicio de los derechos.

Una de las mayores dificultades que tiene el enfoque de derechos es la falta de estándares que permitan definir cuáles son los mínimos aceptables para el cumplimiento de estos. No obstante, en el último tiempo se ha avanzado en identificar en relación con el derecho a la salud el cumplimiento de las 4AES: Accesibilidad, Adaptabilidad, Asequibilidad, Aceptabilidad.

En el marco del neoliberalismo, en los últimos cuarenta años se ha posicionado la tendencia generalizada que considera que los derechos humanos gravitan en la órbita de

los derechos civiles y políticos, desestimando la importancia de los derechos económicos, sociales y culturales, imaginario que se refuerza ante la falta de consenso sobre sus contenidos específicos. Cabe precisar que el Estado colombiano es firmante del Pacto desde 1978 y además este grupo de derechos hacen parte de la Constitución Nacional.

El derecho social a la salud y su vinculación con la determinación

La visión de derecho social integral, interdependiente e indivisible requiere una concepción de salud que constituya coherencia; en tal sentido, la determinación social de la salud como categoría explicativa que da cuenta del proceso salud–enfermedad de manera dinámica y compleja puede soportar esta visión de derecho.

Desde el paradigma crítico además de describir el proceso salud-enfermedad se busca establecer cómo se *produce* dicho proceso; explicarlo en el marco de las relaciones sociales y; demostrar que dicho proceso es generado a partir de la determinación social en una dinámica dialéctica que devela las relaciones entre producción, propiedad y poder, que se sustentan en el modelo de acumulación capitalista, lugar desde donde se explican las inequidades. Las inequidades no son naturales, son producidas en el marco de esta triple relación, es decir:

(...) en el debate epistemológico de la epidemiología crítica frente al objeto de salud se critica el objetivismo metodológico del paradigma positivista, con su concepción del conocimiento como reflejo; su modo de interpretación de la realidad como objeto fragmentado, que se desarrolla en un solo plano, y cuyas partes del conocimiento conecta de manera empírica, lineal y funcional; de todo lo cual deriva su consiguiente inclinación al análisis formal cuantitativo de esas asociaciones y conjunciones empíricas. Así mismo, se expone una crítica del subjetivismo metodológico, de las corrientes del construccionismo psico-cultural y la fenomenología, con su lógica deductiva que usa los relatos para duplicarlos bajo un empirismo ingenuo de signo cualitativo. (Breilh 1997, 27)

En los últimos años la perspectiva crítica hace esfuerzos por posicionar la salud-enfermedad como un *proceso complejo* para confrontar el abordaje reduccionista del paradigma clásico que restringe la realidad a esencias desconociendo la historia y la sociedad:

Las categorías centrales en ese momento, fueron, a más de las ya anotadas: exposición / imposición, para completar la crítica del factorialismo (y su noción empírica de vínculo externo entre factores de la salud), dicha visión estática y fragmentaria de factores fue en

nuestro discurso sustituida por la noción dialéctica de proceso, la cual se incorporó como unidad lógica de la matriz de procesos críticos. También se requirió replantearse el sujeto de conocimiento y dar el salto hacia la anhelada integración de otros saberes que el positivismo había desplazado, de ahí la importancia que adquiere en la última etapa la categoría de interculturalidad. La interculturalidad es el proceso histórico de relación entre los saberes que comparten un espacio social de reproducción de cultura, pero que se gestan en grupos específicos. (Breilh 2003, 49)

Desde la visión de la determinación social, se ubican tres planos o niveles que interrelacionados *producen* la salud o la enfermedad:

El *plano general* que corresponde al orden estructural y que organiza las relaciones macro: el modo de producción, las políticas, la cultura; el *plano particular* que funge un papel de mediación y corresponde a las oportunidades o posibilidades que tienen los grupos humanos de acuerdo con el lugar que ocupan en la sociedad, así la clase social, el género y la etnia son determinantes de los modos de vida de los grupos sociales; y el *plano singular* que corresponde al individuo en donde se ubica el genotipo y fenotipo de manera vinculante con los dos anteriores determinando los estilos de vida. (Breilh 2003, 65)

Cabe señalar que, desde la epidemiología crítica, estos tres planos se despliegan en un movimiento dialéctico que posibilitan develar el proceso salud-enfermedad como una *totalidad compleja y dinámica* por cuanto en ellos se expresan las contradicciones y el nivel *jerárquico* en la determinación del proceso s-e.

Para Laurell un elemento central del paradigma crítico es eliminar la fractura entre lo biológico y lo social, entre la naturaleza y la sociedad: “A pesar de que los procesos de adaptación se dan en los individuos, ello no impide que las condiciones que los producen sean sociales, por cuanto emergen del modo específico como los hombres se apropian de la naturaleza por medio de una determinada organización social”. (Laurell y Noriega 1989, 122)

Desde esta perspectiva se han realizado aportes sustantivos a la reconceptualización de la salud y su relación con el ambiente. El eje de esta nueva mirada se encuentra en la *subsunción de lo biológico en lo social*, en donde se ubica la producción social de las formas biológicas humanas: “Lo específicamente nuevo que ha surgido del estudio de la s-e en cuanto proceso social es plantearse el nexo biopsíquico como la experiencia concreta en la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado”. (Laurell y Noriega 1989, 231)

Por su parte, desde la salud colectiva que se impulsa en Brasil, con Arouca, Fleury y Almeida, entre otros, ubican la salud como un *proceso no lineal*, ni causal, sino como

un *sistema* en el que interactúan lo social y lo biológico con *niveles* diferenciados de jerarquía. Por ejemplo, para Almeida, estos niveles se interpretan y repiten en todos los niveles de lo subcelular a lo societario. “Los procesos de salud-enfermedad- cuidado pueden ser interpretados como una dimensión fractal que atraviesa los diversos niveles del sistema de las moléculas a las células a órganos a sistemas fisiológicos, campos, grupos, poblaciones y sociedades”.(Almeida-Filho 2006, 124-143)

Para Almeida se trata de construir un nuevo paradigma capaz de generar *síntesis* y operar tránsitos, no sólo interdisciplinar, sino, interparadigmas y más aún, entre los saberes de la vida y los conocimientos de la ciencia.

Desde la perspectiva del derecho a la salud es necesario reconocer la perspectiva crítica y la producción de saberes y conocimientos que se ha constituido desde América Latina como una herramienta de disputa frente al pensamiento hegemónico que perpetua la injusticia en los países, entre regiones y entre grupos y clases sociales. La salud vinculada al buen vivir es una reivindicación de los pueblos latinoamericanos y su comprensión desde la determinación social, le da fuerza al debate y a la movilización:

La complejidad de esta realidad implica develar las relaciones de producción-propiedad y poder como condiciones objetivas de la materialidad social que determina la salud para entender la importancia de trabajar el tema de la subjetividad social como clave para fortalecer el sujeto de la acción integrando fuerzas y culturas contrahegemónicas, y construyendo un poder simbólico alternativo, sin todo lo cual es imposible sostener un avance realmente emancipador. (Breilh 2010, 91).

Plantear vínculos entre la perspectiva de derecho a la salud y el enfoque de determinación social permite ampliar el campo de disputa en salud por lo menos tres planos:

1. Epistemológico en términos de interpelación al concepto de riesgo y de salud y su lógica fragmentada, individualizante y finalmente, biomédica.
2. Político en términos de “desnaturalizar” las inequidades en salud y demostrar su producción en el marco de las relaciones capitalistas de producción, propiedad y poder.
3. Organizacional y de gestión de salud por cuanto ampliar el concepto en relación con condiciones de vida implica que los ordenamientos para la salud deben ser para la vida y, por ende, deben superar la lógica fragmentada sectorial, disciplinar

y en su lugar, instalar unas lógicas de transectorialidad, transdisciplinariedad e integralidad.

En este marco, el derecho a la salud y la determinación social entablan diálogo por la superación de las relaciones de poder que reproducen las desigualdades y las injusticias. La determinación social se enmarca en el paradigma crítico que busca transformar las condiciones que generan desigualdades; a su vez los derechos son conquistas sociales, desde sectores y clases sociales que luchan por superar las injusticias. Los derechos no son simplemente dádivas de los Estados burgueses para legitimar su dominación.

En este sentido, la lucha por el derecho a la salud con visión de determinación social tiene un potencial emancipatorio como se evidenció en la Política de Salud de Bogotá. Por ejemplo, la ciudadanía como emancipación reivindica la autodeterminación, la autonomía, la reflexividad del hombre/mujer, y de los pueblos como constructores de la sociedad, bajo una premisa de igualdad material-económica, política y simbólica, que reconoce la necesidad de superar las desigualdades y de constituir los derechos sociales como base material o piso de igualdad, piso no techo.

1.3.2. Categoría poder-participación¹⁸

“La política de salud se vincula con el ejercicio del poder que se enmarca en las relaciones que se dan entre la acumulación de capital y los procesos de legitimación”.(Laurell 2014, 854) Es decir, el poder es un determinante de los procesos de salud–enfermedad.

En la investigación se entiende el poder como la fuerza que producen los sujetos individual y colectivamente para transformar la vida y sus condiciones, como la multiplicidad de fuerzas que se movilizan y generan correlación de fuerzas en relación con las condiciones que posibilitan o no la implementación de la Política de Salud en Bogotá, y que a su vez, se pone en juego en los procesos de participación social por cuanto

¹⁸ La categoría participación y específicamente su resignificación en salud es un aporte original de la autora, quien viene trabajando el concepto desde 1999 en la tesis de especialización titulada *La participación social en salud y la organización social* (ESAP-2009) y en la tesis de maestría, *La participación social en salud base de ciudadanía* (CINDE- UPN -2005).

se reconoce que, aunque existen asimetrías o desigualdades en la distribución o uso del poder que afectan los procesos de construcción de ciudadanía, también se asume que todos los sujetos son sujetos de poder.

Al considerar a todos los sujetos como sujetos de poder en permanente disputa por el bienestar y cuya necesaria participación garantiza ejercicio del derecho a la salud; la participación en salud desde un lugar de poder y no como mero instrumento, se convierte en una categoría central de análisis.

En Colombia, a partir de la Constitución de 1991, la participación se ha enmarcado en el denominado Estado social de Derecho, lo que de manera formal modificó la lógica histórica de los procesos de democracia representativa hacia la democracia participativa, determinando los relacionamientos y formas como los sujetos interactúan en la esfera pública y vinculan la participación como derecho.

Esta Constitución instituyó un sujeto de participación, configuró espacios y estableció mecanismos que ordenan la forma como se participa. No obstante, aunque allí se proponía avanzar en un tipo de participación más directa o de democracia participativa los dispositivos instalados¹⁹, hasta ahora no se han dado los resultados esperados. Entre otros elementos explicativos se encuentra un peso enorme de la cultura “democrática electoral” constituida a partir de la lógica clientelar que no solo se expresa en las prácticas, sino que está inserta también en la mentalidad en general. La lógica de dadas, favores-contraprestaciones, y captura del Estado por grupos se ha naturalizado, y debilita las posibilidades de construcción de una esfera pública (funcional y simbólica) que integre a la sociedad bajo otra perspectiva; sumado a lo anterior hay ausencia de ejercicios efectivos de los derechos como parte sustantiva de la ciudadanía lo que ha terminado minando el potencial de la participación.

Paradójicamente en Colombia estos mecanismos de participación reglamentados e instituidos desde el Estado, por ejemplo, los mecanismos de participación en salud creados en el decreto 1757 de 1994 en el marco de la Ley 100 no han llevado a un desarrollo significativo de la participación y/o empoderamiento de la ciudadanía, y la

¹⁹ A partir de la Constitución se establecieron mecanismos como: el voto, el cabildo abierto, la iniciativa popular legislativa, la revocatoria de mandato, el plebiscito, la consulta popular, el referendo (se reglamentó la participación con Ley 134 de 1994). También se estableció como mecanismo de protección de derechos fundamentales la tutela como acción de amparo.

normatividad tampoco ha modificado la perspectiva y las prácticas de la participación en el plano institucional: “La visión institucional es una construcción histórica. En tal sentido, ha estado subordinada a la lógica y prácticas vinculadas con una comprensión de la participación como “colaboración”, lo que le da con un carácter de participación asistida en donde es clara la ausencia de una visión de derecho”. (Ministerio de Salud y Protección social 2017, 41)

Es decir, que a pesar de la proliferación de normas no hay correspondencia en el surgimiento de experiencias participativas que muestren a los ciudadanos incidiendo eficazmente en las decisiones públicas. Las evidencias sobre otros modos de participación son esporádicas, poco sistematizadas, restringidas en tiempo y espacio y por supuesto, limitadas en cuanto al alcance social y político²⁰. Cabe entonces la pregunta: ¿qué tipo de participación es la que se impulsa en este tipo de normas si no logra afectar de manera efectiva la esfera pública? Lo que muestra la tensión entre lo que se plantea desde lo instituido y lo que se abre desde lo instituyente, que fue el fundamento de la Política de Salud de Bogotá.

Más allá de la discusión legal, la participación en Colombia aún no logra ser un medio para incidir en el Estado, ni en las políticas públicas, en tanto que no se ha logrado consolidar un sujeto político que apropie las características de ciudadanía como fuerza transformadora, acción social y política, que instituya relaciones basadas en valores colectivos y que coloque por encima de los intereses particulares el bien general y la construcción de bienes públicos. La participación que se impulsa desde el Estado, -el cual debe ser su garante-, no corresponde a una lógica de derecho, por lo cual no hay condiciones, ni garantías plenas para el ejercicio del derecho a la participación. Los ciudadanos tienen obstáculos para su ejercicio y hay dificultades para exigirla; termina siendo un instrumento de cooptación o captura y, por ende, no es un mecanismo de que dispute la hegemonía que ha instalado el Sistema de Salud.

²⁰ Hay importantes estudios en participación social y ciudadana (Velásquez F. y González E.(2003); Restrepo D. (2002);Toro B (2005); Kligberg B. y otros, (2009). En salud la producción es menor y se identificaron: Vega y Restrepo (2009); Carrillo J. (2014); Kotes, K. (2007); Chaparro T. (2013) ; González H, Caro I, Bedoya, C.(2010); Torres, M. (2013); Carmona L. y Casallas A (2005); Torres M, Méndez I, Carmona L (2016); Borrero, Y. (2013); entre otros. La mayor producción se centra en la relación participación - APS.

Sin embargo, este planteamiento no se restringe a Colombia; hace parte de las configuraciones históricas de los procesos de constitución de los Estados, los derechos, las políticas sociales y las ciudadanías en América Latina.

Construir la democracia pasa por reflexionar sobre los procesos de gobernabilidad que se enmarcan en grandes tensiones donde sobresale la relación capital/cohesión social: “América Latina está fundamentado en la convivencia paradójica entre un orden jurídico y político basado en el principio de igualdad básica entre los ciudadanos y la preservación simultánea del mayor nivel de desigualdad en el acceso a la distribución de riquezas y los bienes públicos.” (Fleury 2003b, 64) Se mantiene una fractura entre ciudadanía política y ciudadanía económica.

A esta discusión subyace la manera como se constituye la legitimidad partiendo de que ésta es una construcción en el marco de relaciones sociales históricamente configuradas. Si bien no se logra la consolidación de ciudadanías plenas,²¹ en los últimos 20 años ha habido cambios que afectan las relaciones de poder en América Latina:

Hay un proceso de transformación sin precedentes, que se manifiesta en términos económicos, políticos, culturales y sociales. Estos cambios pueden ser observados a partir de dos ejes de "desplazamiento": desde el Estado en dirección a la sociedad y desde el nivel central en dirección a lo local. Estos dos ejes sin embargo se desarrollan dentro de un contexto de globalización de la economía y de profundas transformaciones políticas y culturales que articulan estructuras y procesos supra y subnacionales en una nueva configuración del poder. (Fleury 2003a, 71)

En este contexto, la participación es elemento nodal de la ciudadanía social. La referencia bibliográfica consultada sobre la discusión en torno a la participación permite identificar diversos planos relacionales que expresan diversas concepciones: (Múnica-Ruiz 1998; Zibechi 2003; D. Restrepo 1995; de Sousa Santos 2008; Fleury 2006). En síntesis, se describe como: 1) Concepción estratégica que caracteriza la participación como medio para alcanzar logros. 2) Participación representativa que la identifica dentro del sistema democrático como un mecanismo que consolida la representación política. 3). Para los nuevos movimientos sociales, la participación es un valor y un medio que

²¹ Como se plantea más adelante, para la presente investigación se asume la ciudadanía social propuesta por Marshall. Es decir, vinculada con los derechos de forma integral: políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales.

constituye sujetos en el marco de la democracia directa y, por lo tanto, potencia el desarrollo de la sociedad más allá del marco de relaciones Estado-sociedad civil.

La participación ha sido considerada como un elemento clave en la configuración de los sistemas de salud. Por ejemplo, en la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria en Salud es una estrategia para lograr la Salud Para Todos en el año 2000 (SPT-2000), en este contexto la participación adquirió protagonismo. “Dentro de esta estrategia se determinó que la participación comunitaria era la clave para hacer llegar los servicios de salud a toda la población, en particular a los grupos de mayor riesgo y con menor posibilidad de acceso a ese tipo de servicio”.(Conferencia de Alma Ata 1978, OMS 2007)

En la década del 80 se produjo en Colombia un proceso de descentralización que incrementó potencialmente el modelo de participación. Con la Ley 10 del 90 se formalizó dicho proceso poniendo como uno de sus pilares la participación a través de la creación de los Comités de Participación Comunitaria (COPACO) en el marco de los sistemas locales de salud. Luego la Constitución Política de 1991 generó condiciones legales sólidas para avanzar en una democracia participativa a través de espacios y mecanismos para que los actores expresaran sus necesidades y de esta forma se dio paso a la institucionalización de algunos procesos comunitarios y un reconocimiento y proyección a la constitución de sujetos sociales y políticos. A pesar de esto la participación mantuvo su lógica instrumental instituida: “La participación social en salud es concebida como apoyo y colaboración de las comunidades en los diferentes programas, en la perspectiva de consolidar una propuesta de prevención que apuntaba a disminuir costos asistenciales y a la vez permitía mayor cobertura.” (Carmona y Casallas 2005, 97)

Las dinámicas sociales en salud a partir de la Ley 100 de 1993 posibilitaron la implementación de manera sutil de esquemas de pensamiento que cambiaron la lógica del derecho colectivo a la salud por una lógica individualista usuario-cliente, modificando las formas existentes²²que se habían caracterizado por las movilizaciones de la población frente a necesidades colectivas/comunitarias; la generación de espacios de trabajo desde

²² En las décadas del 70 - 90 hay documentación de experiencias en salud vinculadas con APS y con la reivindicación de necesidades alrededor de las cuales se organizaban las comunidades; un ejemplo de esto son los múltiples centros de salud construidos con “marchas del ladrillo” y autogestión comunitaria, que posteriormente son apropiados por el Estado y adecuados. En Bogotá, un ejemplo de este tipo de ejercicios: el Hospital del Carmen en la localidad de Tunjuelito. Grupo focal con líderes sociales.

las asambleas populares, entre otros, que buscaban respuestas y con lo cual se desarrollaban procesos de politización en salud.

Bajo lógica impulsada por la Ley 100 desde 1993, la participación se centró en la representación, mediada por la elección de un delegado a las juntas directivas de los hospitales y la conformación de las asociaciones de usuarios. Y así se evidencia la primera contradicción, ya que desde el discurso se apuesta por una democracia participativa que permita a la sociedad civil incidir en las decisiones que la afectan; mientras que en la cotidianidad lo que opera es una democracia representativa que funciona a partir de unos canales que obligan a una serie de conductos regulares para la toma de decisiones, en los que sólo puede “participar” el delegado, que en muchas ocasiones no cuenta con las capacidades técnicas, discursivas, ni con los recursos de poder.²³ No se trata de una desigualdad solamente numérica, muchos líderes llegan a estos espacios altamente técnicos sin el conocimiento y la información suficientes; incluso, en ocasiones el delegado no logra identificar la contradicción entre el interés particular y el colectivo que representa.

Un elemento sustantivo que debilita los procesos de participación en salud está dado en la fragmentación entre lo político y lo social; es decir, se plantea la participación como “acciones sociales” bajo una mirada que restringe lo social a búsqueda de respuestas puntuales y donde lo político es llevado al campo de “la politiquería”²⁴ con lo cual se despoja a la participación de su elemento central: el poder y la acción colectiva.

Con la Ley 100 del 93 se profundizó una mirada medicalizada de la salud vinculada a los servicios de atención lo que conlleva a que la participación quede centralmente sujeta a la lógica de los servicios en lo relacionado con recepción de quejas por la falta de acceso a servicios, o por la baja calidad, o la no oportunidad de servicios, en estos contextos los líderes de las asociaciones se instalan en una lógica de trámites-tramitadores frente a la institucionalidad bajo una clara lógica representativa. Desde esta perspectiva la norma (Decreto 1757/ 94) instituyó la participación: definió al sujeto de la participación; el sentido (los servicios y su reclamación); los espacios (asociaciones,

²³ El delegado de la Asociación de usuarios es uno entre 7 o 9 personas que representan a otras instancias como la administración, o gremios.

²⁴ Referida a formas de participación capturadas por intereses particulares, clientelas, o partidos políticos.

alianzas, COPACOS, comités de ética); y el alcance (consulta, opinión). No hay garantías, ni mecanismos, ni condiciones para que la acción logre afectar las decisiones públicas.

Parte de las dificultades de la participación se circunscriben a la insuficiencia de capacidades ciudadanas o su falta de cualificación, lo que disminuye los recursos de poder de la ciudadanía y de las organizaciones para afectar las decisiones; esto, a su vez, se vincula con una falta de reconocimiento de las instituciones de las lógicas comunitarias y de las dinámicas territoriales. En general, falta mayor comprensión por parte de la institucionalidad del valor de la participación en relación con la construcción social de la salud:

La participación se concibe como un medio y un valor a través del cual los sujetos expresan el poder que poseen como ciudadanos/as para afectar y transformar la esfera de lo público. De esta forma, la participación se realiza con sujetos de carne y hueso y en escenarios y contextos específicos, por lo cual se da en las interrelaciones que se tejen al calor de los conflictos, las resistencias, los acuerdos, los procesos de emancipación. Es decir, que es a través de la participación que se construye o deconstruye la democracia, como posibilidad de transformación con otros /as la vida social. (Carmona y Casallas 2005, 102)

En este marco, la participación termina vinculada con una lógica de atención individual, en donde la salud es asumida como un bien privado y se invisibiliza la salud como construcción social vinculada con la esfera pública –lo que es construido por todos/as y tiene como finalidad la búsqueda permanente de la equidad para la satisfacción de las necesidades humanas. El compromiso con la construcción de lo público a través de mecanismos participativos no se agota en la perspectiva de promulgar la participación constitucionalmente como eje de la gestión pública y de reglamentarla y perfeccionarla en un marco legislativo. Es necesario generar y modificar las relaciones de poder y su injusta distribución, lo que incluye también, la modificación de las actitudes, prácticas y comportamientos, tanto del ciudadano común como en el servidor público, capturados por una lógica privada y donde se mantiene de manera naturalizada una cultura clientelar, que impide el desarrollo de una visión que incorpore lo público como esfera material y simbólica de todos. “La participación es un proceso dinámico e integral, a través del cual los ciudadanos o miembros de una comunidad toman parte e influyen directamente en las decisiones y gestión de los asuntos públicos de la sociedad”. (Múnera 1998, 256)

Hasta el momento se ha mostrado la participación en salud como una fuerza que constituye la acción social y, por ende, la construcción de la salud como un valor de alta importancia social. No obstante, bajo la lógica individual y mercantil que ha instalado el Sistema de salud se requiere profundizar y redimensionar los procesos de participación en procura de determinar un posición que permita visualizarla como medio (estrategia) para la realización del derecho a la salud y como fin (valor) que constituya al sujeto como constructor social de la vida y el bienestar.

Algunas de las categorías que permiten la resignificación de la participación fueron inicialmente presentadas por Luz Mantilla²⁵; aquí son ampliadas en función de la participación en salud como un aporte original de este trabajo.

La resignificación se fundamenta en las categorías: habitar, que busca restituir a la participación su carácter ontológico en el entendido que es acción con otros (identidad) en lugares (territorios) y que, por lo tanto, no es algo dado, y no requiere de la norma para que los sujetos asuman la participación, el poder como capacidad transformadora es propia de la capacidad del ser humano de construir y por lo tanto es constitutivo de los sujetos.

El hablar-comunicar como la posibilidad de construir sentidos compartidos, y a la vez, como medio de expresión del poder; y el integrar, como las condiciones en que es posibles construir nuevas formas de interacción social y de expresión de la socialidad propia del ser humano. Cabe precisar que se trata de explicitar las potencias individuales y conjugarlas en unas condiciones colectivas que permitan transformar la lógica individual y competitiva que subyace al Sistema y que permita sacar a la participación de la mirada medicalizada en que está instalada.

El Habitar: resignificar la participación pasa por un primer elemento y es su vinculación con la identidad y con las formas como se constituyen relaciones en las lógicas territoriales. Para tal fin se ubica el concepto de *habitar* en la medida que permita establecer tal vínculo de forma ontológica: ¿cómo habitamos la tierra?

El habitar, que puede ser concebido en primera instancia como condición de posibilidad del ser, es etimológicamente equivalente a *construir*; por ello es necesario precisar que la reflexión sobre el habitar nos remite a la relación necesaria: habitar-

²⁵ ESAP. Módulo Gerencia de la participación Social. 1998.

construir, en donde construir tiene al habitar como meta: el habitar y el construir están el uno con respecto del otro en relación de fin a medio, en esa medida habitar quiere decir permanecer, residir.

El habitar-construir tiene que ver con la forma como los seres humanos son, la manera como los “*hombres somos en la tierra*”²⁶. Ahora bien, si habitar y construir son equivalentes, qué significa ¿construir? Construir es crecimiento que, desde sí, hace madurar los frutos. Desde una mirada ontológica, construir es la posibilidad de que el ser sea lo que en esencia es, algo que se construye desde su potencia hasta llegar a actualizarse. De esta forma, el construir no se refiere simplemente al producir, sino que es el desenvolvimiento, el devenir de la esencia misma. Desde esta visión la participación como identidad y forma de residir permite construir con otros en el lugar donde se habita-el territorio.

Siendo así, el habitar se convierte en la condición de posibilidad del ser que se desarrolla en el hacer; este ser no es otro que “el hombre que tiene los pies en la tierra y cuyo límite es la muerte; el hombre mortal y por lo tanto finito en tanto que puede desarrollarse a sí mismo en su esencia que es habitar-construir”.(Heidegger 1994, 17) La finitud del hombre lo conduce a construir su forma de ser en la tierra a partir de *la acción* que realiza para cultivar la vida *con otros*, el habitar-construir es movimiento, acción. ¿Cuál es la relación entre el habitar-construir y el participar? Para Heidegger definir habitar como la manera en que los seres humanos somos en la tierra implica un carácter ontológico que lo vincula al lugar donde vive y al tiempo en que se realiza.

El habitar es considerado como la condición de posibilidad del ser, es decir, desde una perspectiva ontológica; el ser es en la espacialidad y la temporalidad. El habitar le permite al ser la relación consigo mismo y con otros en el marco de la construcción social, desde una dimensión de la cultura.(Heidegger 1994, 18)

El construir que instala lugares es un instituir y ensamblaje de espacios; en este sentido, construir es dejar que esto, aquello, de este modo, de este otro, emerja en el presente, en el ahora, por esto el hombre es quien puede habitar, construir y producir; el conjugar todas estas acciones hace que el hombre tenga en su esencia el pensar. Visto de esta forma, el pensar va más allá de la lógica y la organización de pensamientos:

²⁶ Se retoma de forma literal la frase de Heidegger recogiendo a la especie humana.

El pensar está dado en la cultura que se desarrolla en el lenguaje, entendido como las formas en que el hombre construye el sentido desde una perspectiva simbólica y funcional que le permite de-construir y construir simultáneamente. El lenguaje ha forjado al hombre porque es en él donde el hombre es. (Heidegger 1998, 56)

Desde el concepto de *habitar* la participación es una acción que tiene un carácter ontológico, y que es condición de posibilidad de la existencia del hombre en el planeta; en el momento en que como seres humanos recobremos el sentido esencial del habitar como construir podremos levantar lazos de solidaridad que nos permitan a todos morar en la tierra; al reconocérsele el valor propio que posee la participación como condición de posibilidad para realizar acciones conjuntas que permiten configurar lugares, y vislumbrar la co-construcción de forma colectiva reconociendo la diversidad, por cuanto, “habitamos de modos diversos en el tiempo, el espacio y en los lugares que construimos”; el habitares subjetivo propio, particular de acuerdo a los lugares que poseen un significado propio (territorio). Si bien existe maneras particulares de habitar y vivenciar lugares /territorios en espacios y tiempos, estos a su vez son las condiciones que posibilitan la interacción, la cual se produce a través del lenguaje:

La exhortación sobre la esencia de una cosa nos viene del lenguaje, el hombre se comporta como si fuera él el forjador del lenguaje, cuando en realidad es éste el que es y ha sido siempre el señor del hombre. Podemos concluir que si somos capaces de habitar podemos construir; por eso el habitar es el rasgo fundamental del ser según el cual son los mortales. Los mortales tenemos que aprender a habitar-morar. (Heidegger 1998, 63)

Construir el concepto de participar desde lo ontológico confiere un sentido diferente a esta categoría en la medida en que plantea una visión que trasciende lo práctico y pone en evidencia su valor intrínseco, traza lineamientos de una ética de lo colectivo (desde cada sujeto) donde está implícita la participación como forma de habitar el mundo. La vida cotidiana se expresa en usos, objetos, lenguajes, costumbres, ritos, hábitos y género. Todos ellos le dan significación a la perspectiva ontológica, participar permite establecer el puente entre subjetividades, identidades; por ello, la participación es esencial al ser humano y no está limitada a un marco jurídico.

Una segunda categoría es el *hablar-comunicar*. La participación plantea la necesidad de construir el concepto desde los múltiples componentes de los seres humanos; en este sentido, el ser que es, requiere de otros seres para referenciarse y re-conocerse.

Esto lo hace en el hablar; la comunicación es la posibilidad del ser de desplegarse hacia otros; el lenguaje es el patrimonio de los seres humanos, lo que le permite constituirse socialmente en la cultura.

Bourdieu reconoce el mundo social como un universo de intercambios simbólicos en donde la acción recíproca, la interacción es un conjunto de actos comunicativos, intercambios lingüísticos que son a su vez son relaciones de poder simbólico, que actualizan relaciones de fuerza entre los locutores y sus respectivos grupos para elaborar una economía de los intercambios simbólicos, que se expresan en las acciones como el resultado de las disposiciones sociales (socialmente modeladas) y del habitus lingüístico que implican una propensión a hablar.

El planteamiento de Bourdieu es que hablar es posible porque los seres humanos poseen la competencia para generar y crear discursos, los cuales están determinados por el uso adecuado del lenguaje (capacidad social). Al ser la competencia comunicativa posibilidad de hacer uso adecuado del lenguaje, necesariamente el mercado lingüístico se impone como un sistema de sanciones y censuras específicas:

El modelo de producción y de circulación del lenguaje es la relación entre los habitus lingüísticos y los mercados, entendiendo que estos últimos son determinantes específicos y condicionan la producción simbólica desde la esfera de la producción social, es decir, el lenguaje es un instrumento de acción y de poder que a su vez está determinado por las condiciones sociales específicas donde funciona.(Bourdieu 1985, 63–95)

Por tanto, el sentido del discurso no es algo objetivo y neutral; está dado por la relación que se establezca entre el habitus lingüístico y el mercado simbólico, de modo que lo que circula en el mercado no es la lengua, sino discursos estilísticamente caracterizados desde el lado de la producción, lo que les permite ser aprehendidos por otros y convertirse en mensajes.

En el discurso la denotación es un componente estable común a todos los locutores, en tanto que se refiere a lo singular y propio, a la manera como cada locutor se expresa desde su propia experiencia y la pone a jugar en forma simbólica. La paradoja de la comunicación consiste en que, aunque implica un medio común, sólo se produce suscitando y re-suscitando experiencias singulares, es decir, socialmente caracterizadas.

La lengua es un código entendido no sólo como cifra que permite establecer equivalencias entre sonidos y sentidos, sino también, como sistema de normas que regula las

prácticas lingüísticas. Por esto la lengua oficial va de la mano con la creación del Estado: en la medida en que normatiza y regula la vida, se convierte en la institución que integra, a través de otras instituciones como la escuela: “El proceso que legitima e impone una lengua oficial es el sistema escolar que cumple con una función determinante fabricar similitudes de donde se deriva esa comunidad de conciencia que constituye el cimiento de la nación”. (Bourdieu 1985, 63–95).

De esta manera, la lengua es tomada como el eje de la integración, para lo cual parte del código en el sentido de cifra, que rige la lengua escrita y que es considerada como lengua correcta en oposición a la lengua hablada considerada inferior; así, el código adquiere fuerza de ley por el sistema de enseñanza. Instaurando unas jerarquías lingüísticas que surgen de la relación entre la escuela y mercado de trabajo, en ella la primera da condiciones y reconocimiento en términos de legalizar el saber.

De esta forma se genera un proceso en el cual la circulación de bienes económicos es proporcional a la capacidad de adquirir bienes culturales, creando un proceso de demarcación a través de una dominación simbólica llevada a cabo durante mucho tiempo. La dominación simbólica se realiza de forma inconsciente y sin ningún tipo de coerción a través del lenguaje; aunque si bien la dominación está determinada por los condicionamientos de clase, no se efectúa de manera consciente; simplemente es posible ejercerla porque hay una predisposición (*habitus*) para sufrirla, que se ha transmitido de manera inconsciente a través de sugerencias que no son necesariamente parte del lenguaje, sino que son parte de la vida cotidiana:

Todas las prácticas lingüísticas se valoran con arreglo a un patrón de las prácticas legítimas de los dominantes por eso el valor de la producción lingüística de los diferentes locutores, así como la relación que cada uno de ellos puede mantener con la lengua-y, por tanto, con su propia producción-se define desde el sistema de variables competitivas que se instituye cada vez que existen las convicciones extralingüísticas de constitución de un mercado lingüístico.(Bourdieu 1985, 63–95).

Los usos sociales de la lengua deben su valor propiamente al hecho de que tienden a organizarse en sistemas de diferencias que reproducen en el orden simbólico, las separaciones del sistema de diferencias sociales:

Habla es apropiarse de uno u otro de los estilos expresivos ya constituidos en y por el uso, y objetivamente caracterizados por su posición en una jerarquía de estilos que expresa la jerarquía de los correspondientes grupos. Estos estilos, sistemas de diferencias clasificados y clasificantes, jerarquizados y jerarquizantes, dejan su huella en quienes se los apropian y la estilística espontánea, provista de un sentido práctico de las equivalencias entre ambas

órdenes de diferencias, expresa clases sociales a través de las clases de índices estilísticos.(Bourdieu 1985, 63–95).

La exposición que retoma Bourdieu plantea que a través del habla se crea el mundo; sin embargo, ésta a su vez está determinada por las condiciones específicas que condicionan los hábitos lingüísticos en relación con los mercados lingüísticos. En esta perspectiva, es claro que existe una distribución del capital lingüístico y cultural que difiere de lo relativo a otras competencias por su capacidad de asegurar beneficios de *distinción*. Desde la condición de competencia legítima de producción, en donde se cumplen las condiciones de unificación del mercado, pero a la vez, la desigual distribución de posibilidades de acceso a ella, los grupos que la detentan crean condiciones de imposición como la única legítima a través de los mercados oficiales: escolar, político, administrativo, así como en la mayor parte de las interacciones lingüísticas.

La cultura requiere del lenguaje como el medio de socialización que permite cultivar lo humano; esto se da a través del intercambio lingüístico. Hablar es símbolo compuesto de significante-significado cuya función es expresar racionalidades y poderes, teniendo en cuenta que expresamos espacialidades y temporalidades diferentes.

La lengua se convierte en un elemento de poder más allá de la instrumentalización y en el capital cultural por excelencia. Siendo así, existen relaciones de clase y orden, es decir, existen contextos del lenguaje. El sentido hermenéutico de la comprensión del lenguaje requiere procesos de homogeneización que son un sistema de experiencias cotidianas y que involucran a una comunidad, supera la esfera racional e incluye usos, costumbres y objetos. Para Bourdieu no hay una única lengua.

Es importante desarrollar la teoría del código lingüístico para complementar los aportes de Bourdieu y relacionarlos con el participar. Partiendo de los planteamientos realizados por Bernstein, un código lingüístico es: “un sistema de reglas para la construcción de los significados y de sus formas de representación en los discursos según se dan las experiencias acumuladas en los hablantes. Los códigos entonces se refieren a las reglas subyacentes de interpretación que regulan la orientación hacia un orden de significados que sustentan una cultura.”(Bernstein 1981, 30–46)

Algunas ideas centrales sobre los códigos lingüísticos son pertinentes para el análisis que se propone: (Bernstein 1981)

- El código es un principio regulador que se adquiere tácita e informalmente; nadie podría enseñar un código a otro, los códigos son aprendidos más que enseñados.
- El contexto actúa selectivamente sobre lo que puede decirse, cómo se dice y cómo se convierte en hecho público. El contexto determina lo que puede significar o sea lo que se puede decir con sentido.
- A diferentes contextos, diferentes códigos. Hay un nexo entre contextos y significados que los hace relevantes e importantes; los primeros dicen algo acerca de lo que se quiere significar, por lo tanto, encausan hacia la clasificación; por ejemplo, el lenguaje en la calle, en la casa, en la escuela, etc.
- Todo principio de clasificación presupone unas reglas de reconocimiento. Hipotéticamente la escuela privilegia la clasificación del lenguaje científico y especializado que favorece el aislamiento de los sujetos que se sirven de él.
- Siempre hay un poder que regula las relaciones entre contextos. Los procesos de enmarcación dan cuenta de él.

El enmarcamiento controla la regla de realización de los significados, controla lo que ocurre dentro del contexto porque “la regla de realización lo capacita a uno para producir la comunicación legítima”. De tal forma que la regla de reconocimiento capacita para escoger el significado relevante en la ocasión relevante, es decir, en el contexto relevante. No hacerlo implica una violación que se sanciona como comunicación ilegítima.

La enmarcación determina a los sujetos para escoger la comunicación o la práctica relevante; de aquí emerge el *poder* como forma reguladora de las relaciones entre los contextos, pues es el poder el que marca la diferencia y aislamiento entre los contextos y es el control el que regula las relaciones en el contexto. La articulación de la clasificación y la enmarcación dan cuenta del código y constituyen su gramática.

Bernstein intenta mostrar a través de su análisis que las diferencias entre los niños de la clase obrera y los otros sectores se deben a la diferencia en los ritmos para asimilar reglas de reconocimiento distintas y diversas.

Es la interacción comunicativa lo que promueve a todo sujeto hacia el conocimiento; ella está mediada en el mundo contemporáneo por textos impresos y visuales. Los códigos restringidos y elaborados no pertenecen necesariamente a una clase social, sino que ambos pueden ser usados en cada caso: los primeros son predominantes, pero no son peyorativos, ni deficitarios; los segundos no son muy comunes, pero tampoco

definen el modelo de la comunicación, ni son exclusivos de las elites sociales. Los códigos restringidos, los códigos particulares o los códigos locales son dependientes de un contexto determinado por el “aquí y el ahora”.

Si Bernstein define el código como un principio regulador es porque lo asume como un dispositivo que hace funcionar, que pone en movimiento un determinado proceso, el proceso comunicativo en este caso. A su vez todo proceso comunicativo está determinado por la asunción de una gama de significados que son compartidos transitoriamente por dos sujetos. La comunicación es entendida como un hablar en el cual hay elementos axiológicos y epistemológicos. La conjunción de estos elementos presentes en el hablar hace posible que la comunicación constituya sujetos.

Desde este enfoque es necesario considerar que el participar requiere de sujetos con capacidades para interlocutar con otros, para realizar acciones conjuntas; en esta medida, el hablar posibilita la generación de subjetividades siempre y cuando se entablen códigos comunes. El código es un principio semiótico que hace posible la interacción social y por supuesto la configuración de campos de sentido compartidos; el hablar es fundamental en el concepto de participación. La representación simbólica es exclusiva de la comunidad humana y se establece a través del habla.

A través del habla se dan los procesos epistemológicos y axiológicos; en esta perspectiva el acceso al lenguaje debe ser considerado como acceso al capital cultural. El hablar está sometido a la enmarcación; es por ello que excluye y margina a aquellos hablantes no especializados. Un ejemplo de esta situación, es el poder del representante de la asociación de usuarios de la salud es marginal a pesar de estar en el espacio de toma de decisiones, porque no tiene las condiciones lingüísticas para acceder a los discursos legítimamente instituidos, a la vez que no logra incidir en la construcción de discursos alternativos o contrahegemónicos. Desde esta esfera la apropiación del capital cultural por parte de los sujetos es una herramienta clave para los procesos de participación y significa una ruta para ser acogida en los procesos de formación para la participación.

Retomando el planteamiento de Bourdieu y Bernstein desde el hablar es posible retomar la fuerza de la voz que enuncia y que al hacerlo está explicitando posiciones frente al poder; de esta forma el hablar se convierte en un dispositivo que subvierte la lógica de

la enunciación institucional y permite instaurar formas nuevas de decir, formas nuevas de subjetividad, nuevas formas de relación y de poder.

El Integrar. No basta el habitar y el hablar- comunicar para constituir al sujeto participante; es necesario que el ser “formalice” “instituya” y de vía a las relaciones generadas; se requiere de un tercer momento: el de integración. El integrar se refiere al modo como se habita con otros, a la forma como se relaciona con otros/as, y a la manera como se han establecido las sociedades.

De acuerdo con las múltiples interpretaciones se debe recurrir a los procesos históricos, para identificar los elementos que han hecho posible la vida social. Para Weber la vida social ha sido posible porque en las diversas asociaciones disponen de mecanismos para articular distintos tipos de intereses. Como se mencionó anteriormente, es posible identificar una forma de acción colectiva que puede ser de varios tipos, con arreglo a diversos fines.

Para otros investigadores el que haya sociedad depende de procesos de integración basados en la solidaridad mecánica para compartir (Durkheim 2001, 38) o en una solidaridad orgánica que se da en sociedades más especializadas; esta solidaridad es entendida como una fuerza moral externa a los individuos que generalmente actúan a través de normas. Más allá de las discusiones se puede concluir que el integrar posee por lo menos tres planos:

1. El plano funcional referido a las condiciones materiales de la vida las cuales poseen una dinámica sujeta a la división social del trabajo, el mercado, el consumo, la globalización. Esta dinámica fluye y a la vez determina niveles de integración tanto en las sociedades como en los sujetos.
2. El plano ético que se refiere a la forma como se entablan relaciones entre los sujetos, los cuales son integrados a su micro-universo axiológico, es decir, a aquellos que posee el carácter de valor irremplazables.
3. Y el plano simbólico asociado a los procesos culturales que involucran el mundo de las significaciones para el conjunto de la sociedad, desde la esfera de la cultura, entendida como el conjunto de procesos a través de los cuales se elaboran estructuras de significación, se las reproduce, se las transforma y se las operativiza. (García 1990,137). En este sentido la cultura no es un servicio, sino parte esencial del ser

humano y por tanto de la dignidad (entendida como las condiciones propias del ser humano).

El integrar se sirve de procesos de comunicación que permiten la comprensión de los no acuerdos y la realización de lecturas y miradas diferentes, donde lo simbólico cruza los otros dos planos. El participar implica necesariamente al integrar, en la medida en que establece *condiciones materiales* para que los sujetos sean y existan en sociedad. La participación no puede ser, en el concepto ni en la práctica, si no contempla los tres planos del integrar.

A partir de todos los elementos expuestos el participar se muestra como un concepto dinámico, que se dirige a la constitución de sujetos transformadores, sujetos de poder que instituyen relaciones en *todas las esferas* del ser humano, como artífices de la cultura. En tal sentido, esta concepción de participación fue una idea fuerza que se revisó tanto en el sistema instituido como en la Política de salud de Bogotá que quería general procesos incluyentes.

1.3.3. Categoría organización-gestión en salud

La organización se define como el conjunto coordinado de recursos desplegados en tiempo y espacio para alcanzar una misión en el marco de la acción social. Como se dijo antes, para Weber, al referirse a la acción social, se deben considerar dos tipos de acciones. La primera es la acción racional con arreglo a propósitos, aquellos que están determinados por expectativas en el comportamiento, tanto de objetos del mundo exterior, como de otros hombres; y esas expectativas son utilizadas como condiciones o medios para el logro de fines propios racionalmente sopesados y perseguidos. Es decir, este tipo de acciones operan con miras a un resultado calculado basado en una racionalidad instrumental y soportan el paradigma de organizaciones burocráticas. La segunda, son las acciones racionales con arreglo a valores, determinadas por la creencia consciente en el valor –ético, estético, religioso o de cualquier otra forma como se lo interprete-propio y absoluto de una determinada conducta, sin relación alguna con el resultado.

Se trata de entender cómo es la organización, la gestión y la acción colectiva instituida y cómo se proponía de una política que pretendía generar procesos instituyentes.

Cabe precisar que los procesos de organización y gestión se enmarcan en el marco de la institucionalidad en salud, por lo cual se define la institución como:

Una red simbólica en la que se combinan dos variables, un componente funcional y otro imaginario. Así, todas las instituciones poseen un juego de fuerzas en tensión constante. Por un lado, encontraremos lo instituido que estará dado por lo establecido, lo determinado y representa una fuerza que tiende a perpetuarse de un modo determinado, conservador, resignado, en contra de todo cambio. Lo instituyente será aquella fuerza que, oponiéndose a lo instituido, será portadora de la innovación, el cambio y la renovación. Tanto lo instituido como lo instituyente, poseen una naturaleza dinámica ya que uno ansía el lugar del otro. (Castoriadis 1975, 197)

En este sentido, la organización y gestión en salud corresponden a acciones basadas en la racionalidad instrumental en donde de manera genérica se enmarcan los servicios de atención a la enfermedad e implica todos los ordenamientos o requisitos necesarios para el restablecimiento de la salud. Estos dos conceptos se vinculan con el ordenamiento general de la institucionalidad en salud.

La organización en salud como conjunto de prácticas que ordenan la prestación de servicios de atención y el restablecimiento a la salud, se configura en: i) el quehacer en función del objeto del cuidado ii) quienes realizan la acción (*sujetos*) que por lo general se ordenan a través de las *funciones* asignadas u ordenamiento de roles; iii) las *relaciones* que demarcan posiciones frente al objeto y expresa *conocimiento y poder*. Todo lo anterior se enmarca en los espacios, tiempos y movimientos, que configuran las *estructuras* y que dan lugar a las burocracias.

En relación con la especificidad de la organización en salud está dada en su objeto: el cuidado de la salud, lo que implica dos cosas: por un lado, un alto grado de responsabilidad, la vida de las personas, y por otro, un saber especializado. El campo de la salud se mueve así entre el control y la incertidumbre:

Una gran parte de esas organizaciones deben funcionar las 24 horas del día, los 365 días del año; se trabaja con el dolor, la vida y la muerte de las personas y los trabajadores pueden poner en juego valores e ideologías como parte del proceso de trabajo. Son muy pocas las organizaciones de la sociedad que cumplen esas condiciones. (Spinelli 2010, 281)

En el campo de la salud se dan respuestas para cuidar la vida individual y colectiva de los seres humanos lo que implica que las acciones sociales sean traducidas en políticas por parte del Estado, a partir de lo cual se ordena la organización y gestión; es decir, que

en el marco de las políticas del Estado se definen los ordenamientos que instituyen los sistemas de salud y los modelos de atención. De Sousa definió el modelo de atención en salud como un concepto que establece intermediaciones entre lo técnico y lo político:

Los modelos serían una especie de síntesis concreta entre directrices de la política sanitaria con determinado saber técnico. Una mezcla resultante da lógica del paradigma teórico y organizacional adoptado con referenciales políticos. Sería una traducción para el espacio de la gestión y para determinado proyecto de atención a la salud de principios éticos, políticos, jurídicos, organizacionales, clínicos y socio-culturales.(Gastão 2001, 47)

Por su parte la gestión se relaciona con las maneras, los cómo, referidos a los caminos que son utilizados para la realización del objeto. En tal sentido, se vincula con los procesos, los procedimientos que posibilitan las acciones, así como con los tiempos y movimientos. Por tal razón, existe un vínculo directo de la gestión con los dispositivos o mecanismos administrativos. La gestión como actuación es entendida como un trámite necesario para conseguir un fin o resolver un asunto, en salud existe relación directa entre la gestión y las repuestas o resoluciones a problemáticas (ya sea entendidas como riesgos, daños, vulnerabilidades, exposiciones, o necesidades).

Se entiende la gestión como: “Un conjunto de acciones u operaciones relacionadas con la dirección y administración de la organización. Entre los elementos centrales de la gestión se encuentran los procesos y procedimientos y juega un papel determinante la planeación en salud”.(Spinelli 2004, 193)

La organización-gestión es el resultante del aparato de Estado en relación con la propuesta de gobiernos o programa, con las políticas o normativas del sector en función de dar respuestas a la problemáticas o necesidades en salud. En este marco, tienen componentes técnicos y políticos, y la relación entre estas dos esferas es determinante de los modos de operación y de las repuestas que se propone alcanzar.

1.4. Abordaje metodológico

Como ya se mencionó el proceso de investigación parte del paradigma crítico bajo lo cual se asume que la realidad es una construcción social, la relación sujeto–objeto está configurada de forma dinámica y relacional, la producción de conocimiento no es neutral, por lo cual se enmarca en las posturas y valores sociales de la investigadora en contexto.

El proceso investigativo reconoce la *praxis* como elemento central de las prácticas sociales, -para el caso la política de salud-, y por ende, su finalidad es producir conocimiento (pensamiento/acción) para la transformación de la realidad.

En este marco, el desarrollo de la investigación tomó como referentes teóricos la Medicina Social, la epidemiología crítica y la salud colectiva en relación con la concepción del proceso salud-enfermedad y la organización y gestión en salud.

Desde esta perspectiva se trata de abordar las políticas en salud en la complejidad. En el paradigma crítico el proceso salud-enfermedad (s-e) que busca no solo *describir* la s-e, sino establecer cómo se produce el proceso y explicarlo en el marco de las relaciones capitalistas. La categoría determinación social explicita la dinámica dialéctica que devela las relaciones entre producción, propiedad y poder que se sustentan en el modelo de acumulación capitalista y muestra que es allí donde se explican las inequidades y donde la política es un determinante. Este análisis permite desarrollar la conciencia de la disputa política en salud, en un marco de relaciones de poder más amplias.

El método *dialéctico* de análisis permitió demarcar las relaciones de la política que se ordenaron a la luz de posibles contradicciones y jerarquías como elementos. Para el caso, se trató de comprender las contradicciones entre la concepción de la política en salud de Bogotá en relación con la política nacional, específicamente la visión de derecho a la salud que subyace a las dos (aseguramiento vs derecho a social a la salud) durante el periodo 2004-2012 y sus procesos de gestión.

Retomando a De Souza Minayo, se trata de reconocer que:

Existe una relación inseparable entre el mundo natural y el social; entre pensamiento y base material; entre objeto y sus cuestionamientos; entre la acción del ser humano en cuanto sujeto histórico y las determinaciones que la condicionan. Los principios de especificidad histórica y de totalidad le confieren potencialidad, para, desde el punto de vista metodológico, aprehender y analizar los acontecimientos, las relaciones y las etapas de un proceso como parte de un todo. Los criterios de complejidad y de diferenciación le permiten trabajar el carácter de antagonismo, de conflicto y de colaboración entre los grupos sociales y al interior de cada uno de ellos, y pensar sus relaciones como múltiples desde sus propios ángulos, intercondicionadas en sus movimientos y desarrollo interior, interactuando con otros fenómenos o grupos de fenómenos. (De Souza Minayo 1997a, 67)

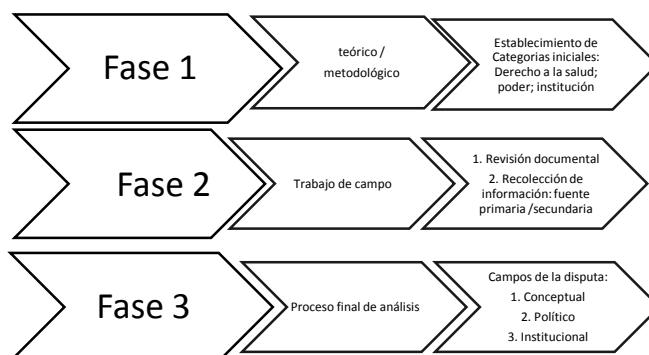
Este abordaje dialéctico implicó metodológicamente incorporar instrumentos que permitieron la aproximación a los significados en la perspectiva de establecer relacionamientos con los procesos históricos-estructurales:

El abordaje dialéctico, sin embargo, está poco desarrollado para el análisis de la realidad empírica, teniendo en cuenta que, al ser divulgado por el marxismo, terminó siendo acaparado por su corriente más positivista y mecanicista (Anderson, 1987). Esto lleva a que los estudios sustantivos realizados a partir de esa perspectiva, sean un desafío que enfrenta el investigador, pues le exige la superación de los instrumentos de investigación usualmente empleados por las corrientes comprensivistas o funcionalistas, y la inclusión de los SIGNIFICADOS en la totalidad histórico-estructural. (De Souza Minayo 1997b, 69)

Diseño metodológico e implementación

A partir del planteamiento anterior, la investigación se configuró en tres fases, como se evidencia en el gráfico 1: El proceso teórico-metodológico. ii) El trabajo de campo. iii) El proceso de análisis

Gráfico 1.
Fases de la metodología



Fuente: Elaboración propia.

Fase 1: Momento teórico-metodológico

En esta fase se revisaron las perspectivas teóricas que permitieran indagar y contextualizar el objeto, la Política de Salud en Bogotá (PSB) lo que implicó revisar la literatura, específicamente en tres campos de conocimiento:

- La concepción de la salud como derecho desde diferentes posturas tanto desde la lógica del derecho como desde la visión conceptual.

- Los procesos políticos que enmarcaron la política en términos de relaciones de poder que potencian o limitan la misma, y a la vez permite develar el desarrollo de los procesos de participación social como mecanismo de legitimación o deslegitimación.
- La organización y gestión de servicios como dispositivos que despliegan la concepción-visión de la salud. Lo que se traduce en la configuración del Estado. La revisión de esta categoría contextualizó el desarrollo de la experiencia en relación con la lógica de acumulación en la que se han constituido los procesos de legitimación y el desarrollo de las protecciones sociales en Latinoamérica.

En razón a lo anterior el proceso teórico-metodológico partió de la salud como una producción social en el marco de la determinación; siendo así, contiene al mismo tiempo dimensiones estructurales y políticas, expresadas en los aspectos histórico-culturales y simbólicos para su realización:

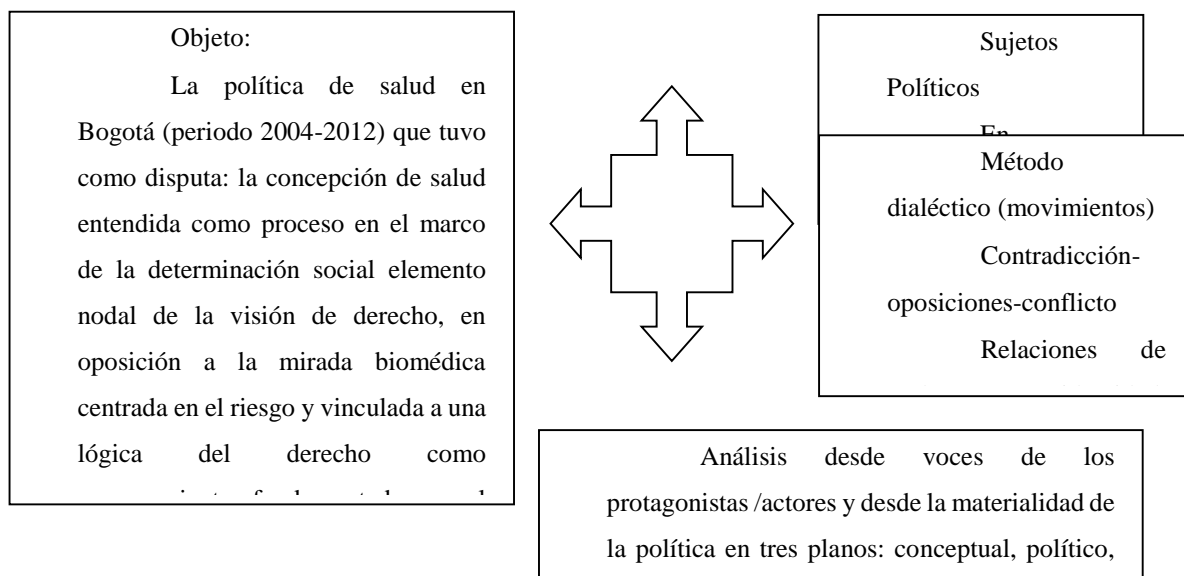
Como cuestión humana y existencial, salud es un bien complejo, compartido indistintamente por todos los segmentos y diversidades sociales. Esto implica que, para todos los grupos, aunque de forma específica, salud y enfermedad expresan, ahora y siempre, en el cuerpo o en la mente, particularidades biológicas, sociales y ambientales vividas subjetivamente, en la totalidad existencial peculiar del individuo o de los grupos. Las formas como cada persona y la sociedad donde ella está inserta, experimentan esos fenómenos, cristalizan y simbolizan las maneras de lidiar con su miedo a la muerte y de exorcizar sus fantasmas. (De Souza Minayo 1997a, 33)

Entender cómo se constituyó la Política de Salud de Bogotá desde el derecho y con una visión de determinación en un contexto que demarca una lógica de mercado implicó aproximarse a los significados que se produjeron y sus posibles tensiones tanto en la construcción y reconstrucción de la idea de salud como en la operatividad de la misma: el modo de atención y de materialización de lo que se considera derecho a la salud, a través de un Estado y de un sistema de atención en salud y de las políticas de salud de distinto orden.

Como se observa el gráfico 2 Diseño metodológico, en primer lugar se problematizó el objeto: política de salud como campo de disputa entre unos sujetos en

relaciones dialécticas (oposición, conflictos, jerarquías y para ello se usaron métodos cualitativos y cuantitativos que implicaron una diversidad de instrumentos.

Gráfico 2.
Diseño metodológico



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con De Souza Minayo, en el área de salud se requieren metodologías y abordajes que:

Respondan a los desafíos planteados por las transformaciones. Algunos de esos desafíos pueden ser puntualizados: (a) la necesidad de construir una apertura hacia modelos de “investigación por problemas”, que rompan la lógica unidisciplinaria y adopten estrategias inter y transdisciplinarias. Esas estrategias deben ser entendidas como la construcción de posibilidades de transitar por campos de conocimientos distintos. Está claro que tal apertura tiene como precondition de efectividad, la cooperación y el diálogo entre investigadores de áreas distintas, en todas las etapas de una investigación. (b) La construcción de un pensamiento complejo, que actúa en la búsqueda de interacciones e interconexiones entre conceptos, nociones y métodos de las diversas disciplinas y de las relaciones entre el todo y las partes que un tema específico representa. (c) La apertura hacia el trabajo colectivo, tomando la pluralidad de pensamiento y de experiencias como elementos de enriquecimiento del grupo. (d) Finalmente, la articulación de los conocimientos generados a través de las prácticas, volcadas hacia las necesidades concretas de la población. (De Souza Minayo 1997b, 63)

Instalar una propuesta de salud enmarcada en una concepción de salud como derecho social y vinculado con la determinación social, desde una institucionalidad local

con relativa autonomía como es el caso de Bogotá, generó una serie de tensiones con la visión del sistema de salud (SGSSS) nacional. Comprender cómo se desarrollaron dichas tensiones implicó identificar los diferentes planos y estrategias que usó el gobierno local para favorecer su propuesta y configurarse como una alternativa para la población; esto fue un hecho relevante en términos de aprendizajes.

En tal sentido, las investigaciones relacionadas con las políticas suelen poner énfasis en los instrumentos, la gestión o la administración bajo una racionalidad instrumental de los “efectos” o logros obtenidos; pero, el interés de esta investigación era entender cómo en un marco de política de tipo hegemónico, -el aseguramiento, que no sólo es una tendencia mundial de los sistemas de salud, sino también, la inclusión material de la lógica del mercado en la salud bajo una premisa de acumulación- es posible construir propuestas que entren a disputar el campo conceptual y político para desde allí modificar las prácticas de gobierno en salud.

Fase 2: trabajo de campo

La investigación se realizó en varios momentos: i) trabajo exploratorio de fuentes primarias de tipo documental para escuchar la voz institucional que permite contextualizar la experiencia y ponerla en relación con las categorías inicialmente propuestas, ii) ampliación de fuentes con entrevistas semiestructuradas a actores claves – protagonistas iii) grupos focal con líderes sociales y la revisión de prensa para explicitar las voces ausentes. iv) Revisión de información de fuente secundaria

- **Fuentes y herramientas de análisis**

Para el trabajo exploratorio de fuentes primarias se revisó documentación con el objeto de establecer un referente histórico que implicó retomar información previa a la experiencia que corresponde al periodo de gobierno anterior años 2001- 2003, y la revisión de documentos institucionales (SDS) del periodo y también de la política nacional (Desarrollo de la Ley 100).

Cabe aclarar que al asumir el método dialéctico no hay escisión entre lo cuantitativo y lo cualitativo; si bien se usaron dispositivos específicos a cada uno u otro método, en la interpretación los aportes y pesos diferenciados, quedan subsumidos:

Frente a los abordajes que disocian cantidad y cualidad, la dialéctica asume que la cualidad de los hechos y de las relaciones sociales es su propiedad inherente, y que cantidad y cualidad son inseparables e interdependientes. La dialéctica, desde el punto de vista filosófico, ensaya la disolución de las dicotomías tales como cuantitativo/cualitativo, macro/micro, interioridad/exterioridad, con que se debaten las diversas corrientes sociológicas. Asimismo, considera a los significados, como parte integrante de la totalidad, debiendo ser comprendidos e interpretados tanto a nivel de las representaciones sociales como de las determinaciones esenciales. Bajo ese enfoque, no se entiende la acción humana de forma independiente al significado que le es atribuido por el autor, como tampoco se identifica esa acción con la interpretación que el actor social le atribuye. Por lo tanto, con relación al abordaje cualitativo, el método dialéctico, como dice Sartre “se rehúsa a reducir. Él supera conservando”. (De Souza Minayo 1997a, 24)

La revisión²⁷ de fuentes y archivos documentales (ver tabla 1.) permitió tener en cuenta de la voz institucional para recuperar la memoria de la experiencia y recoger de manera directa los planteamientos sobre la política, expresado en las normas y los lineamientos que soportan los procesos, las decisiones y la operación del gobierno en el periodo estudiado. En tal sentido permitió:

- Reconstruir el trayecto histórico de la experiencia y su contextualización, de lo cual se infirió unos acontecimientos que permitieron una periodización de la Política de Salud en el Distrito.
- Contrastar posturas en relación con las categorías planteadas.

Tabla 1.

Fuentes primarias: archivo documental

Tipo de Archivo	Numero de documentos Relacionados	Años
Documento de Políticas	10	2001-2012
Planes de desarrollo	4	2001-2012
Lineamientos de operación de política	12	2001-2012
Normas (Leyes, Decretos, circulares)	18	2001-2012

²⁷ Anexo1: Listado de documentos de la revisión documental.

Informes de Gestión	10	2001- 2012
Diagnósticos Locales	20	2005
Diagnóstico Distrital	1	2010
Total	75	

Fuente: Elaboración propia.

Para la ampliación de otras voces se recolectó información a partir de la identificación de tres tipos de fuentes primarias: sujetos directamente vinculados con la experiencia para escuchar a los protagonistas claves o de primer orden; información de prensa²⁸ para subsanar la ausencia de algunas voces a las que no era posible acceder²⁹; y la voz de líderes mediante dos grupos focales³⁰ para ampliar la mirada desde sus posturas, por sus trayectorias en participación se consideraron como observadores participantes de la experiencia y una voz reconocida³¹.

Se realizaron entrevistas para tener una aproximación a la comprensión de las posturas de los sujetos y sus valoraciones en relación con la política de salud. Siguiendo a Minayo, esto permite contar historias, establecer tipos de relaciones y de representaciones, creencias, percepciones y opiniones, producto de las interpretaciones que los seres humanos hacen con relación a cómo viven, construyen, sienten y piensan: “Aquellas capaces de incorporar la cuestión del SIGNIFICADO y de la INTENCIONALIDAD como inherentes a los actos, a las relaciones, y a las estructuras sociales, siendo estas últimas consideradas, tanto en su advenimiento como en su transformación, como construcciones humanas significativas”.(De Souza Minayo 1997b, 56)

²⁸ Ver anexo N° 2. Sistematización de revisión de prensa.

²⁹ Entre los actores claves están los Concejales de la Ciudad, quienes no participaron, Esto se explica porque en el momento de trabajo de campo, estaba en auge el “Carrusel de la Contratación” donde hubo más de 12 concejales investigados. Esto dificultó el acceso a esta fuente.

³⁰ Ver anexo 4. Guía grupos focales.

³¹ Para identificar las voces de los actores de la experiencia de otras fuentes, las citas se marcan con letra itálica o cursiva.

Se realizaron en total veintiuna entrevistas semiestructuradas³² a protagonistas que cumplieron algún papel en relación con la política. El cuadro 2 presenta el perfil de los entrevistados, en tanto que el cuadro 3 presenta el perfil de los líderes sociales.

La selección de las personas entrevistadas³³ se obtuvo a partir del mapa de actores y se estableció un muestreo tipo de máxima variación que buscó representar el mayor número de posturas para dar lugar a una mejor comprensión de la experiencia de gobierno en salud. En tal sentido, se identificó que los roles de los protagonistas permitirían unas lecturas desde lugares diferenciales para establecer puntos complementarios, divergencias, o coincidencias. Las entrevistas³⁴ se ordenaron de acuerdo con los lugares que ocupaban los actores en la institucionalidad y en el Sistema, teniendo como referencia los grados de toma de decisión (jerarquía) y priorizando a quienes estaban en lugares estratégicos; sin embargo, el proceso de análisis mostró la necesidad de recoger otras miradas e interpretaciones que posibilitaron una lectura más amplia, por ello se entrevistó a coordinadores, y gestores operativos de la política lo que permitió visualizar grados de disputas desde diferentes ángulos: todos tenían algo que decir sobre la diferencia entre la antigua política en salud y la nueva visión que se instaló.

Cuadro 2.

Perfil de entrevistados

Papel Desempeñado	Cargo	Número
Direccionamiento político -estratégico de la Ciudad.	Alcalde Mayor de la ciudad	1
Direccionamiento político - estratégico de la Ciudad prioritariamente en el área de salud	Secretarios de Salud	4

³² Ver anexo N° 3. Formato consentimiento informado para los entrevistados.

³³ Ver Anexo 5: guía entrevistas.

³⁴ Ver Anexo N°6: codificación entrevistas.

Direccionamiento político -operativo del sector salud	Directores de área de la Secretaría Distrital de Salud	5
Direccionamiento operativo Local.	Gerentes Hospital	3
Operativos Distritales	Coordinadores distritales de Estrategia de ciudad: Salud a su hogar- Salud a su Casa y Gestión Social Integral	3
Operativo Local	Coordinadores – operadores de programas en el territorio (localidad)	4
Gerencia	Gerente de asegurador del régimen Subsidiado	1
Total		21

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro 3.
Perfil de líderes sociales

Espacio de participación	Participantes por espacio	Género
COPACOS ³⁵	12	7 mujeres 5 hombres
Asociaciones de usuarios ³⁶	9	5 mujeres 4 hombres
Veedurías en salud	5	2 mujeres 3 hombres
Espacio de los jueves	3	2 mujeres 1 hombre
Consejero de planeación distrital	1	Hombre
total	30	

Fuente: Elaboración propia.

³⁵ Comité de Participación Comunitaria en Salud: mecanismo de participación institucional creado en la Ley 10 del 1990 y ratificados en la Ley 100 de 1993. Fue reglamentado por el decreto 1757 de 1994. Tiene como objetivo posibilitar a participación social en los procesos de planeación en salud.

³⁶ Asociación de usuarios creadas por la Ley 100 y reglamentados por el Decreto 1757 de 1994. Su función vigilar la prestación adecuada de los servicios de salud.

El grupo focal. Se realizaron dos grupos focales con líderes cuyo objetivo central fue obtener la valoración de los ellos sobre la experiencia (observadores participantes) y buscar posibles contrastes o complementaciones con los planteamientos realizados por los actores directos o protagonistas. Los líderes se escogieron bajo dos criterios: i) la trayectoria, entendida como el tiempo de participación en salud (experiencia) y, ii) el grado de representatividad referida al reconocimiento en el espacio del cual participaba.

Tanto las entrevistas, como los grupos focales se grabaron. Las grabaciones fueron transcritas literalmente, codificadas con base en el cuadro de categorías definido por la investigación y cargadas en el programa Atlas-T.

En cuanto a la revisión de prensa ésta permitió conocer la voz de algunos actores importantes que por diferentes razones no fueron entrevistados. Para la selección de los medios de comunicación a consultar se establecieron los siguientes criterios: que el medio fuera impreso, que fuera de circulación nacional y que tuviera amplio reconocimiento, en el entendido de que éste garantiza la recordación y generación de opinión. Bajo estos criterios se seleccionó el periódico El Tiempo y la sección “*La salud en la sección Bogotá de El Tiempo*” para cada una de últimas alcaldías de Bogotá determinadas: Antanas Mockus 2001 a 2003, Luis Eduardo Garzón 2004-2008, y Samuel Moreno Rojas 2008-2012.

Durante el trabajo de campo no se pudo acceder a los concejales, ya que no quisieron participar, y no dieron entrevistas, debido a que el contexto político estaba permeado por el escándalo del *carrusel de la contratación*. En cuanto a los protagonistas pertenecientes a los entes de control (Contraloría, Personería) ya no están en la institucionalidad ya que estos son de libre nombramiento y remoción cargos removibles, un contralor está detenido, y el otro, vive Miami y ambos vinculados con casos de corrupción. Su ausencia se subsanó a partir de la revisión de prensa donde aparecen sus posturas. En cuanto a los aseguradores, básicamente la SDS tiene relación directa con las del Régimen Subsidiado; para el 2004 eran 9 aseguradores; para el 2013 quedaba sólo una, la cual fue tomada en cuenta. De esta forma se logró cumplir con el criterio de saturación de las entrevistas³⁷.

³⁷ Ver anexo N° 4: perfiles y codificación entrevistas.

En cuanto a la revisión de fuentes secundarias éstas se consultaron para complementar y comparar las voces de los protagonistas con las interpretaciones realizadas. Las fuentes secundarias fueron asumidas como aquéllas que son producidas de manera indirecta y que contemplan como objeto la Política de Salud de Bogotá en el periodo estudiado. Todas se referencian en la tabla 2.

Tabla 2.

Fuentes secundarias

o de Archivo	Tip de	Fuen te	Titu lo	Fecha	Aporte
Re vista		Román Vega, Naydú Acosta Ramírez, Paola Andrea Mosquera y María Ofelia Restrepo	La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud	Revista de medicina social. volumen 3, número 2, mayo 2008	A la comprensión de APS-participación
Libro		Secretaría Distrital de Salud – Corporación Grupo Guillermo Fergusson	Atención Primaria en Salud: un camino hacia la equidad	Corporación para la salud popular Grupo Guillermo Fergusson. Edición. 2012.	Trayecto histórico de la estrategia de gestión APS y su comprensión

ro	Lib	Secretaría Distrital de Salud – Corporación Grupo Guillermo Fergusson	La Gestión social integral en Bogotá	Corporación para la salud popular Grupo Guillermo Fergusson. Edición. 2012.	Trayecto histórico de la estrategia de gestión GSI como innovación del periodo 2004-2012.
ro	Lib	Las tensiones en las decisiones en Salud Pública en el Sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares.	Molina, Gloria (et al.)	Medellín, Pulsos y letras, editores. 2014	Comprensión de las tensiones políticas en relación con los tomadores de decisión.

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente, se realizó una valoración de los resultados de la implementación de la política, utilizando los indicadores de mortalidad evitable en Bogotá para el periodo descrito: mortalidad materna, perinatal infantil y en menores de cinco años general y específica por enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda. Se usaron como fuentes de los datos el consolidado de número de casos de mortalidad, serie mortalidad evitable de la Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva de la Secretaría Distrital de Salud, y se realizó una comparación de las tasas crudas para el distrito de Bogotá cada año y una comparación con la tasa nacional y por

lo localidad mediante diferencias de tasas; los resultados se presentan en tablas y mapas en los capítulos de análisis.

En la recolección de información se presentaron limitaciones con las fuentes así:

- Para las fuentes primarias el archivo documental de la entidad no está unificado en relación con la formulación de políticas y sus lineamientos. Cada área o dirección produce los documentos y no reporta a un banco de datos o repositorio, ni por área y menos aún a nivel general. Para el periodo estudiado no se identificó una directriz de gestión documental unificada. Adicionalmente, quien produce la información le da un manejo personal y al retirarse de la entidad es frecuente que se la lleve, lo que termina repercutiendo en la construcción de la memoria institucional. En conclusión existe un alto grado de dispersión de la información que se convirtió en una limitante para obtenerla y generó desgaste en términos de tiempos.
- Secundarias la limitación fue la poca literatura en relación con análisis de la política de salud de Bogotá del periodo estudiado.

Fase 3: proceso final de análisis. Planos de análisis

Este proceso fue permanente. No obstante, es claro que tiene énfasis en el momento de contrastar las categorías con los datos y los ajustes en relación con elementos emergentes. Una vez realizado el trabajo de campo se construyeron los siguientes planos:

- *Plano conceptual* donde se identificaron elementos que develaron la disputa entre las dos concepciones del derecho a la salud (aseguramiento vs derecho social);
- *Plano político* para explicitar las tensiones de poder en que se instaló la experiencia. Se refiere a la categoría poder en relación con la participación evidente en movimientos de legitimación- deslegitimación. Se ordenó acorde con la forma en que se forjaron las relaciones: contradicción, identidad (alianzas); oposición-dominio. Hay que resaltar que se analizan según momentos, pues no son estáticas y hay actores que son aliados en un momento y en otro, contradictores.
- *Plano institucional* entendido como el campo de realización y ordenamiento de la política y por ende el lugar material concreto donde se expresa la misma. En este plano

básicamente se buscó identificar el tipo de estrategias y si éstas se pueden considerar alternativas a las existentes para el desarrollo de la visión política instalada.

La síntesis se expresa en el cuadro 4:

*Cuadro 4.
Ordenamiento analítico final*

P lano o campo de disputa	Pre guntas – problema	C ategoría	O bjetivo	Aprendizajes	
C onceptua l	¿Qu é concepción de salud (disputa epistemológ ica) se instala en la política de salud en Bogotá, en el periodo de izquierda democrática (2004- 20012)? ¿En dicha concepción, qué puntos se pueden ubicar como centrales y en contradició n con el	D erecho a la salud	A nalizar la concepci ón de salud en la Secretarí a Distrital de salud de Bogotá en el periodo 2004- 2012 y sus posibles contradic ciones en relación con la Ley 10093.	¿Qu é tipo de modificacion es se obtuvieron de la gestión de la política pública en Bogotá 2004-2012 y por qué se consideran alternativa. ¿Qu é alcances, limitaciones, y aprendizajes se obtuvieron en términos del derecho a la salud como	Dis positivos para la apropiación epistemoló gica Nu eva concepción de salud pública.

	Sistema de salud (Ley 100)?			derecho social en el marco de la Ley 100?	
Político	<p>¿Qué relaciones de poder se instituyeron para generar las transformaciones e instalar la concepción propuesta (campo de disputa de política). Para identificar las formas instituyentes se requiere establecer: ¿Qué sujetos son determinantes en el desarrollo</p>	Participación Poder	Identificar las relaciones de poder que afectaron la instalación de la propuesta de gobierno en salud de Bogotá durante el periodo 2004-2012 en la perspectiva de	¿En el contexto de la Secretaría Distrital de Salud qué significó la llegada a la Alcaldía de gobiernos de izquierda democrática?	<p>Estategias de posicionamiento</p> <p>Política de participación social</p>

	de la Política de Salud en Bogotá, y qué tipo de relaciones de poder se instalaron: ¿de jerarquía, de alianzas, de dominación, otras?		establecer los planos de tensión.		
Institucional	¿Cómo se despliega la concepción política-conceptual en lo programático? ¿Qué estrategias y qué instrumentos se usan y se pueden considerar contra-hegemónicas en relación con el Sistema de Salud (Ley 100)?	Organización - Gestión	Establecer las posibles estrategias de organización-gestión que propuso el gobierno en salud en Bogotá 2004 - 2012 para la realización del derecho social a la salud.	¿Qué transformaciones hubo en cuanto a la gestión del talento humano?	Estategias de gestión Salud A Hogar- Salud A Su Casa Ge stión social integral

Fuente: Elaboración propia.

Configurados los planos se tomó las fuentes y se ordenó las unidades de observación, así:

*Cuadro 5.
Unidades de observación*

Unidad	Qué se observa	Plano de análisis
Los documentos institucionales (políticas, lineamientos, informes)	<p>Concepción de salud.</p> <p>Actores.</p> <p>Ambiente favorable – desfavorable.</p> <p>Posibles relaciones.</p> <p>Estrategias, o dispositivos de gestión propuestos</p>	<p>Conceptual</p> <p>Político</p> <p>Institucional</p>
Transcripciones de las grabaciones de las entrevistas de los actores – protagonistas.	<p>Concepción de salud.</p> <p>Actores.</p> <p>Ambiente favorable – desfavorable.</p> <p>Posibles relaciones.</p> <p>Estrategias, o dispositivos de gestión propuestos</p>	<p>Conceptual</p> <p>Político</p> <p>Institucional</p>
Transcripciones de las posturas de los líderes expresados en dos grupos focales.	<p>Concepción de salud.</p> <p>Actores.</p> <p>Ambiente favorable – desfavorable.</p> <p>Posibles relaciones.</p> <p>Estrategias, o dispositivos de gestión propuestos</p>	<p>Conceptual</p> <p>Político</p> <p>Institucional</p>
	Concepción de salud.	

Los artículos de prensa escrita de la sección Bogotá- Salud de El Tiempo del periodo 2000- 2012.	Actores. Ambiente favorable – desfavorable. Posibles relaciones. Estrategias, o dispositivos de gestión propuestos,	Conceptual Político Institucional
Indicadores de: mortalidad materna, mortalidad infantil, mortalidad en menores de 5 años, mortalidad en menores de 5 años por IRA y EDA producidos por la Dirección de Salud Pública.	Comportamiento	Resultados
Mapas de Gestión Territorial producidos por la Secretaría de Integración Social.	Ubicación	Avances

Fuente: Elaboración propia.

El análisis se realizó usando la rejilla de análisis de discurso³⁸. Las entrevistas revisadas a partir de la rejilla aportaron las posturas de los actores o protagonistas participantes directos de la experiencia. Para las entrevistas se partió de una guía básica de preguntas que posibilitaba abrir campos de reflexión y daban vía a otras preguntas o a profundizaciones. Las entrevistas aportaron: i) contexto para situar la experiencia; ii) posibilitó las postura de los actores en la concepción de salud iii) reconocimiento de las expresiones de poder y la participación; iv) identificación acerca de la organización y gestión, los ordenamientos que tuvo la política, las estrategias que implementó. Todas las entrevistas se codificaron para incorporar las posturas.

³⁸ Ver Anexo N° 7: formato rejilla de análisis.

Para el caso de las entrevistas el análisis se realizó con el Software de Análisis de Datos ATLAS. Ti³⁹ 7.5.4®. Este *software* permitió organizar la información y reducirla a sus componentes más esenciales. Es decir, permitió reducir las entrevistas transcritas de los protagonistas en apartados específicos y relevantes que respondían al interés y propósito de esta investigación.

El análisis de la información a través de ATLAS. Ti 7.5.4® permitió la extracción de citas de las entrevistas, la codificación de las mismas con base en las categorías previamente definidas, así como las categorías emergentes que se presentaron.

El proceso de análisis final consistió en:

- La transcripción de las entrevistas de 21 protagonistas (Documentos primarios).
- Incorporación de Documentos Primarios al Software ATLAS. Ti 7.5.4® para ser codificados.
- Lectura sistémica y profunda de cada una de las entrevistas, destacando los elementos discursivos que hacían alusión las categorías propuestas para la Investigación.
- Definición y agrupación de los códigos en familias.
- Generación de redes relacionales entre citas, códigos y familias.
- Generación de reportes para cada una de las categorías.

Los componentes de ATLAS. Ti 7.5.4® para el análisis de las entrevistas y los documentos, para esta investigación fueron:

- Documentos primarios que aportan los “datos originales” con los que cuenta el investigador. Para el caso de esta investigación, los documentos primarios corresponden a las transcripciones del audio obtenidas de las entrevistas de los protagonistas (21 Documentos primarios).
- Citas como fragmentos o apartados de los documentos primarios, que son de importancia para la investigación. Son segmentos con alto significado, que corresponden a un primer nivel de selección y reducción de información.

³⁹ Ver Anexo N° 8: Mapas de relaciones Atlas TI.

- Códigos o unidades básicas de análisis. Se pueden interpretar como agrupaciones de citas. Para esta investigación, corresponden a las categorías y el análisis se basó en su interpretación.
- Familias: son agrupaciones en un nivel jerárquico superior. Para el propósito de la investigación, las familias articulan los códigos y contribuyeron al establecimiento de relaciones, la creación de códigos más abstractos y la elaboración de bloques de modelos teóricos como se ve en el cuadro 6.
- Vínculos (relaciones): entendidos como la posibilidad de crear una relación lógica entre elementos (Citas, Códigos), estas relaciones se entienden como una de los elementos más importantes del análisis.

*Cuadro 6.
Análisis Atlas TI*

Familia	Códigos	Número de citas
Ambiente Político	Favorable	8
	Desfavorable	6
Barreras	Resistencia y barreras ante el cambio	10
Cambios con la llegada de la izquierda	Enfoque	5
	Reorganización	6
	Tensiones	2
	Transformación	5
	Cambios en el proceso administrativo	8
Concepciones de Salud Pública	Concepciones Previas a la llegada de la Izquierda	6
	Concepciones posteriores a la llegada de la izquierda	14
	Estrategias para apropiar nuevas concepciones y prácticas	8

	Visión Positiva	12
	Visión Negativa	5
Contexto en que se realiza el programa de gobierno en salud 2004-2011	Antecedentes	5
	Efecto de la Ley 100	4
	Relaciones con el Concejo	6
	Relaciones con el Ministerio	11
	Relaciones con otras Instituciones	1
	Relaciones de tensión y conflicto	3
	Valoración Positiva	8
	Valoración Negativa	5
	Poder Coercitivo	3
	Estructura	Componentes principales
Estructura funcional		5
Estructura Organizativa		4
Ciudad de derechos		2
Ciudad Positiva		2
Centralización		2
Descentralización		3
Dispositivos de Gestión	Gestión	7
	Interacción	5
	Recursos Económicos	6
	Talento Humano-contratación	3
	Talento Humano-formación	5
	Talento Humano-Perfiles y Funciones	8
Efectos	Efectos del programa	13
	Necesidad de Cambio	2

Herramientas De Transformación	Mecanismos de Integración	3
	Estrategias de Transformación	4
	Mecanismos de Transformación	4
	Estrategias en Salud	5
Total Familias: 9	Total Códigos: 41	Total citas: 225

Fuente: Elaboración propia.

Una vez construidos los planos del análisis desde la información aportada por las diversas fuentes se contrastaron, se complementó y se constituyó el discurso que da cuenta de la comprensión de la Política en Salud en Bogotá. En los capítulos 3, 4 y 5 se presentan los resultados de la experiencia desde la voz de los actores-protagonistas junto con las revisiones documentales y algunos indicadores de salud pública (mortalidad evitable materna, perinatal, infantil en menores de cinco años, y específica por IDA y ERA) en términos de resultados o materialidad de la Política.

Capítulo dos:

Condiciones previas a la Política de Salud de Bogotá

Las reflexiones en torno a las políticas en salud son un tema central en las agendas de los países y objeto de estudio en las últimas décadas debido a la complejidad del funcionamiento, las reformas de los sistemas de salud, las relaciones entre los actores, las múltiples exigencias y tensiones que enfrenta, las condiciones y adversidades e incluso las apuestas estructurales con intenciones de reafirmar la salud como derecho. Específicamente en Colombia, las reformas han sido sustanciales en cuanto a la estructuración del financiamiento y funcionamiento del sistema de salud en una lógica centrada en la rentabilidad económica que al momento no logra garantizar el derecho a la atención en salud.

En este contexto, la experiencia de gobierno en la ciudad en Bogotá durante 2004-2012 le apostó a garantizar la atención en salud como un derecho humano social pese a las limitaciones normativas del orden nacional. A continuación se presenta una mirada general de las condiciones previas a la instalación de la propuesta.

2.1. El Estado y los sistemas de salud en América Latina

Las políticas de salud se traducen en sistemas de salud y como se planteó en el capítulo uno está directamente relacionado con la configuración del Estado. En América Latina no se puede reconocer un Estado bienestar consolidado, sino versiones ajustadas a la lógica y dinámica de cada país con denominaciones como Estado proteccionista, o providencia donde la seguridad social juega un papel central. “Los cambios que ha tenido la seguridad social en Colombia y en América Latina hacen parte de tendencias más generales. Sin duda, cada uno de los países tiene sus particularidades, pero los grandes cambios responden a patrones comunes”. (Rodríguez 2005, 186)

Si bien es cierto que la seguridad social se puede entender como mediación entre el régimen de acumulación y los procesos de legitimación, desde una perspectiva histórica se plantea que también son un instrumento redistributivo de los Estados europeos,

originados al calor de las luchas de los trabajadores por lograr la promesa moderna de igualdad política y económica.

En este contexto, se reconoce a Alemania (1883-1884) como el pionero en la creación de un sistema de seguridad social como condición redistributiva. El Estado que había creado la unidad nacional, liderada por Otto von Bismarck, demandaba mantenerla mediante un sistema de obligaciones mutuas -entre el Estado y los trabajadores formales.

La seguridad social fue diseñada solamente para la nueva clase de trabajadores industriales que en el marco de la relación capital-trabajo establecía pensiones regulares de vejez que serían pagadas solamente a aquellos de más de 70 años de edad; además, rara vez el pago sería mayor al de un nivel de subsistencia.

Otra perspectiva de la seguridad social fue impulsada desde Inglaterra a mitad del siglo XX, a partir del Informe Beveridge (1942), que plantea una seguridad social con carácter universal sobre la base de una legislación social vinculante. Es decir, que todo ciudadano, por el mero hecho de serlo, tiene derecho a participar de los beneficios de la economía, y el papel del Estado es proveer el acceso a estos. A pesar de los reparos, el Informe fue asumido, y se aplicaron desde el principio sus recomendaciones dando inicio al Estado de Bienestar británico.

La expansión de las funciones del Estado al “área social”, cambió su carácter y condujo a una masiva expansión financiera de la actividad gubernamental. La nueva “época social” sería la era del intervencionismo, con gobiernos activos “corrigiendo” el proceso capitalista de producción y distribución: “En este marco, se entiende el sistema de protección social como un sistema de mediación social o redistribución que se enmarca en una visión estructuralista basado en los desarrollos del análisis institucional en el campo de la sociología económica”. (Rodríguez 2005, 192)

Si bien las prácticas y formas institucionales varían de país a país, con la idea de que el Estado debe proteger y promover la justicia social y el progreso, surgió la construcción de la política social como una característica del Estado moderno. Históricamente, los Estados de Bienestar quedaron estructurados después de la segunda mitad del siglo XX en Europa en el marco del capitalismo:

Los sistemas de protección social no dependen exclusivamente del modelo elegido, sino también del ambiente económico y político en el que opera en relación con las

transformaciones del régimen de acumulación y la dinámica de la economía-mundo, que determina la manera como las economías nacionales se vinculan al mercado mundial; de igual forma son importantes, la economía política de las reformas en los sistemas de protección social (es decir, las transacciones entre los grupos sociales que participan); y su influencia. (Salama 2005, 48)

Después de la Segunda Guerra Mundial la tendencia en el mundo capitalista era hacia la expansión de las funciones de los Estados por medio de una intervención progresiva en las economías y las relaciones sociales para garantizar derechos ciudadanos más allá de la libertad y la propiedad. La regulación o intervención del Estado en la economía se expresaba en controles estatales de la actividad de mercado, el uso agresivo de políticas fiscales y monetarias, así como un régimen de salarios relativamente altos para estimular y mantener la demanda, lo cual permitió la reconstrucción de Europa y el aumento de la productividad, la rápida innovación tecnológica y el pleno empleo.

Este crecimiento rápido y continuo se tradujo además en una expansión de los derechos sociales y un mejoramiento de las condiciones de vida de la población, dando legitimidad a la figura de los Estados de Bienestar como fruto del acuerdo entre las organizaciones obreras y el capital.

Para Castell, el Estado benefactor posibilitó la protección social: “El mecanismo “clásico”, que protegía de los riesgos de enfermedad, el accidente, la vejez empobrecida, discapacidad laboral, se había desplegado en la sociedad salarial sobre la base de condiciones de trabajo estable en donde el Estado aparece como el regulador de las relaciones y posibilita la cohesión social, modelo que fue debilitado posteriormente en la década de los 70 y que estaba basado en una lógica universal mutualista”. (Castel 1997, 47)

En este contexto se produjo en América Latina lo que se denominó el modelo cepalino, benefactor o intervencionista, que se puede considerar una asimilación de las experiencias del Estado de Bienestar europeo, pero no equivalente.

Para Laurell realizar el análisis de los Estados Bienestar en América Latina pasa por la configuración histórica de los Estado Nación, los alcances y limitaciones en los procesos de constitución de los mismos. Lo que implica identificar:

1. Que los procesos políticos en América Latina se enmarcan en dos grandes paradigmas; Estados autoritarios o democracias representativas. Y estas variantes definen el tipo de

- régimen que constituyen. En América Latina, la tendencia de los procesos de ciudadanía social se funda en función de la ciudadanía política-representativa.
2. La estructura de clases: se trata de establecer el papel o importancia relativa de la clase obrera y su papel a través de los sindicatos.
 3. El grado de riqueza/pobreza relativa: existe una comprensión de que las instituciones de bienestar son resultado del crecimiento económico, en esos términos en América Latina, hay diferencias importantes entre los países en función de la distribución riqueza-pobreza.
 4. Desarticulación de la política económica y la política social. Desde la década de los 50s el discurso de la CEPAL se sustenta en la búsqueda del crecimiento económico, sin embargo, se mantiene la separación entre política económica y política social. Y el crecimiento económico no da necesariamente un Estado proveedor de servicios y/o beneficios sociales. (Laurell 2010a, 8)

A partir de lo anterior se puede plantear que en América Latina ha habido un tipo de Estado Social restringido o incompleto con relación al Estado de Bienestar de Europa. Sin embargo ese Estado Social restringido ha tendido a un reconocimiento formal de los derechos sociales básicos; prácticamente en todos los países de América Latina se ha formalizado la educación y la salud en el plano constitucional. Esto expresa una concepción y unos valores sociales en relación con una idea de ampliación del núcleo de beneficios y servicios sociales, y que esto es posible a través de la expansión de la seguridad social laboral pública o cuasi-pública. No obstante, simultáneamente con estos valores hay coberturas restringidas y beneficios estratificados, “accedes a la seguridad social si tienes un trabajo”.(Laurell 2010a, 10)

A pesar de que América Latina no logró el desarrollo del Estado de Bienestar europeo, se ha planteado que existen aproximaciones entre el modelo cepalino y el modelo “bismarckiano”, entre otras razones por el impulso a los sindicatos obreros. La premisa era que muy rápidamente se avanzaría hacia sociedades en las que la relación salarial sería la relación social básica y así todos serían incluidos en la seguridad social. Pero, en estos Estados la premisa no se cumplió y en vez de incorporar a todos a la relación salarial la informalidad se amplió.

En cuanto a la producción de los servicios y beneficios incluidos en la seguridad social en unos casos estos eran administrados públicamente por los institutos de seguridad social, en otros casos por los sindicatos, como en Argentina, y en otros más se compraban o se administraban por el sector privado. En este marco, lo que se ha producido como complemento a la seguridad social fue una política social asistencialista mínima que no

corresponde a la seguridad social sino que da una cobertura básica a los sectores de la población que no acceden por otra vía a servicios y beneficios sociales: “La incorporación de las demandas sociales en América Latina como resultado de los procesos de urbanización e industrialización, sintetizó un modelo regional de protección social centrado en el trabajo formal, que, dada la heterogeneidad estructural del mercado, no fue capaz de universalizar la ciudadanía.” (Laurell 2010a, 10)

Para Fleury, se trató de un modelo caracterizado por la transformación de los beneficios en privilegios diferenciados de acuerdo a las demandas de los grupos de presión, generando condiciones propicias para la formación de sistemas duales y administrativamente fragmentados, irracionales y clientelistas: “Las reformas llevadas a cabo durante las décadas del 60 y 70 se caracterizaron fundamentalmente por garantizar la concentración del poder en manos del gobierno”. (Fleury 1998, 27).

Es en este contexto que se puede comprender las características de la reforma social del Estado que se dio en los países latinoamericanos a partir de la década de los ochenta, y las premisas que dieron cabida a las propuestas neoliberales:

La intención es también ir construyendo una metodología de análisis desde el materialismo histórico: la crisis es la oportunidad para plantear una interpretación distinta y una solución distinta que le ofrece a la ideología neoliberal una explicación de la crisis y simultáneamente ofrecer una solución, partiendo de la premisa del mal funcionamiento del Estado. (Laurell 2010a, 11)

Se trata de reconocer que lo que sucede con las protecciones sociales en la década de los setenta en América Latina corresponde a un proceso de reconfiguración de la relación Estado-mercado, como producto de la reestructuración del capitalismo mundial que venía adelantándose:

El capitalismo mundial, se caracteriza por una creciente movilidad del capital transnacional (procesos de deslocalización y flexibilización de la producción) y una predominancia del sector financiero sobre los otros sectores de la economía por lo que se habla del régimen de acumulación flexible y de financiación, con la desaceleración de la tasa de crecimiento y con la ruptura por parte de Estados Unidos del patrón dólar-oro,-desde el rompimiento de las paridades fijas de Bretton Woods en 1971- se produjo un crecimiento extraordinario de la circulación financiera evidenciada en el aumento exponencial de los mercados internacionales de divisas y capitales.(Giraldo 2007, 199)

La reconfiguración del Estado obedeció a la crisis económica mundial, enmarcada en la sobreacumulación que produjo la etapa anterior. El elemento que disparó la crisis

fue el aumento de los precios del petróleo que impuso la OPEP cuando decide no “regalar más el petróleo”. Este aumento de precios dio más ventajas a unos Estados que a otros; por ejemplo, el impacto fue menor para la economía estadounidense o la soviética porque contaban con este recurso: “La caída del crecimiento económico agravó la crisis fiscal de los Estados de Bienestar que, de hecho, ya se encontraban en una difícil situación financiera debido al aumento del gasto público y junto a la emergencia de la doctrina neoliberal surgida décadas atrás, arremetieron contra la regulación del capitalismo, consolidando sus políticas monetaristas y de liberalización de los mercados”.(Estrada 2004). O en términos de Öffe se profundizó la contradicción entre acumulación y legitimidad.

La crisis del petróleo catapultó la búsqueda de fuentes distintas de energía, el desarrollo tecnológico consiguiente y un proceso de "tercerización de las economías", en el que los sectores de comunicación y financiero jugaron el papel protagónico. La tercerización ha significado una recomposición del capitalismo de fin de siglo que no puede desconocerse.(Hernández 2003, 352)

La crisis del petróleo y la caída del crecimiento económico tuvieron efectos directos sobre las economías mediadas por la deuda externa: “Pero uno de los efectos simultáneos fue lo que se convirtió después en una crisis aguda de la deuda externa. El efecto al ingresar muchos dólares en los mercados financieros –“petrodólares”- que terminó en préstamos con “bajas tasas de interés” a los gobiernos de los países tercermundistas”. (Laurell 2010a, 11)

Al tiempo las tasas de devolución de los préstamos adquiridos aumentaron las tasas de interés y a la vez que bajaron los precios de las materias primas afectando el modelo de sustitución de importaciones y se abrieron los mercados a la inversión extranjera y con ello, la carga de la deuda externa se volvió entonces inaguantable: “México por ejemplo entró en crisis porque su deuda era inmensa. A fines del 82 entró en una situación en la que no podía pagar los intereses. Otros países como Brasil y Argentina le propusieron a México hacer un cartel de deudores, para no permitir la quiebra. Si hubieran hecho una negociación conjunta de lo que era su deuda externa habrían conseguido mejores condiciones”. (Laurell 2010a, 10)

La deuda externa se convirtió en la palanca decisiva de la entrada del BM y FMI a través de los “préstamos puente”, donde el FMI era el garante frente a los acreedores

internacionales. Los préstamos iban junto con las cartas de intención, donde los Estados se comprometían a hacer reformas neoliberales. Este es el origen de las políticas de ajuste estructural:

La primera carta de intención que firmó México no fue en el /82, sino en el /76. Una de las cláusulas es que México, se comprometió a mandar a sus jóvenes a formarse en Chicago -Chicago Boys- para tener interlocutores en la región con la formación liberal de sus estudiantes de economía. Esto sucedió también en Chile, después del golpe de Pinochet, originando el primer golpe neoliberal en el mundo, anterior incluso a Inglaterra. (Laurell 2010a, 13)

La crisis económica y su explicación se convirtieron en la confrontación al papel del Estado, al que se le acusa de haber sido ineficiente para dar respuestas a las necesidades, lo que generó su deslegitimación. No obstante, la clave está en cómo se explica la crisis. ¿Qué hacer con el comportamiento del capital que tiene recesiones económicas que pueden volverse depresión económica? Al respecto, Keynes planteaba una teoría económica en la que el capitalismo en su comportamiento normal tiene ciclos económicos de crecimiento y decrecimiento.

En esta perspectiva el Estado debe tener políticas contra cíclicas, es decir, tomar una serie de medidas que permitan revertir la baja del ciclo económico para que no llegue a una depresión, con medidas como: la generación de empleo, ya que la bajada en el ciclo económico genera un creciente desempleo (crisis generalmente derivada de la crisis de sobreproducción); o la implementación o ampliación de los servicios prestados por el Estado. Para el Neoliberalismo, por el contrario, las medidas que propone para enfrentar la crisis es la minimización del Estado:

(...)La disputa no se da sólo en el campo económico; el salto cualitativo de una fase del capitalismo a otra tiene que ver con lo que Borón (2005) señala como la pugna hegemónica entre la fracción industrial y la fracción financiera del capital, la cual se resolvió a favor de esta última, conllevando a una impresionante mundialización de sus actividades y un crecimiento sin precedentes del volumen de sus transacciones. Sin duda, aparte de los fenómenos de deslocalización y transnacionalización de la producción con la consecuente flexibilización y precarización del trabajo planteada por Castel y la liberalización e integración del comercio que condujo a la estanflación prolongada de la economía mundial llevaría a que el keynesianismo reinante desde el período de la segunda posguerra cediera la hegemonía ideológica a un nuevo bloque de fuerzas sociales, el neoliberal, dando así inicio a una nueva fase del capitalismo – que es en la que nos encontramos actualmente. (Estrada 2009, 172)

La reforma del Estado en América Latina se dio en el marco de esta crisis y se concretó inicialmente en contextos de autoritarismo y de dictaduras que planteaban como el gran tema la necesidad de democratizar los Estados y sociedades. El instrumento era la eliminación del monopolio que ejercía el Estado sobre franjas de servicios como educación y salud:

Sin embargo, no se pueden ocultar los conflictos en relación tanto al diagnóstico de la crisis como en lo que respecta a las estrategias de la reforma. El pensamiento hegemónico en este campo fue conducido por el paradigma neoliberal, desde que el consenso keynesiano fue derrumbado por las evidencias de que la manipulación de la demanda agregada había dejado de ser una respuesta eficiente a los problemas económicos. (Fleury 1994, 9)

En este marco los Estados latinoamericanos se vieron abocados a constituir políticas de salud en sistemas de salud que abrieran espacio a los procesos de acumulación dados en las reformas estructurales y a la vez debían mantener la salud como elemento sustantivo de cohesión y legitimación como valor social.

2.1.1. La primera reforma a los sistemas de salud en América Latina y la modificación del Estado

Las reformas en salud en la década de los 90 se enmarcaron en el ajuste estructural dado en la reconfiguración del Estado y la política social.

En 1987 el BM recoge un informe de UNICEF, *“Ajuste con rostro Humano y la recomendación de la Asamblea Mundial de la Salud”*. Allí se evidencia que los Organismos de la ONU como escenarios intergubernamentales están apropiados por las grandes potencias, como los Estados Unidos, por lo que las decisiones del BM y del FMI dependen en gran medida de la postura de estos grandes países. A En tanto que la OMS y la OPS como agencias de apoyo técnico no están respaldadas con suficiente dinero, por ejemplo, el BM cuenta con amplios recursos para hacer una reforma “a través de préstamos condicionados”. A partir de esa capacidad de financiamiento, se imponen las agendas.

El BM en su informe de 1987 impulsó cuatro estrategias:(Hernández 2003, 466)

1. El cobro de aranceles a los usuarios de los servicios estatales según su capacidad de pago,
2. La provisión de seguro u otra protección frente a los riesgos económicos de la atención en salud;
3. El empleo eficiente de recursos no gubernamentales, esto es, agentes de mercado, con o sin ánimo de lucro;
4. La descentralización de los servicios gubernamentales, para disminuir la carga de los gastos nacionales y aumentar la inversión local.

En 1993 el BM publica el informe sobre el desarrollo Mundial, *Invertir en Salud* (Hernández 2003, 366), cuyos objetivos fueron: i) Compatibilizar la salud con la doctrina neoliberal. ii) Adecuar esta política a las prioridades de ajuste fiscal: disminuir y reestructurar el gasto social público. Dicho documento deberá considerarse como la guía oficial de las reformas de salud en América Latina

El propósito central de la agenda del BM era que el financiamiento de los servicios de salud en estos países acoja el planteamiento neoliberal ortodoxo:

Es el segundo pilar del pensamiento neoliberal en salud, que vino a solucionar las críticas a la idea del libre mercado. Se trata de la utilización de la teoría neoclásica sobre los bienes para entender los servicios de salud y educación. Según esta teoría, un bien privado es aquel que se consume individualmente, se agota en el consumo y satisface una necesidad individual; así se percibe y, por lo tanto, el individuo está dispuesto a pagar por él. Los bienes públicos serían solo aquellos que no se agotan en el consumo individual y, por esto mismo, tienen externalidades positivas o negativas perceptibles. Así, las personas no estarían dispuestas a pagar por ellos. (M. Hernández 2003, 366)

Ante esta situación las fuerzas políticas toman diversas posturas:

Los Estados latinoamericanos ante la crisis del estado bienestar y la unanimidad formada alrededor de la necesidad de reformar el Estado, surgen dos posiciones estratégicas con relación a la reforma del Estado: de un lado, los identificados como neoliberales, que defienden la reducción del Estado al mínimo, con su sustitución por el mercado siempre que sea posible, aunque esto conlleve la pérdida de derechos sociales. De otro lado, los que se auto-identifican como social-liberales que defienden un Estado fuerte y ágil, que asegure los derechos sociales, aunque por intermedio de organizaciones competitivas no-estatales. (Fleury 2002a, 11)

Las reformas neoliberales fruto de este primer ajuste estructural se propuso reducir la inversión pública y aumentar el gasto privado, es decir, promover que

quienes pudieran pagar lo hicieran; no obstante, esto termina requiriendo la consolidación del ordenamiento del Estado.

2.1.2. La segunda ola de reformas en salud: la reinstitucionalización del Estado

La segunda ola de reformas fue mucho más ortodoxa con la doctrina neoliberal en su documento de Estrategia de Modernización del Estado las razones aducidas son nuevamente la crisis: el no logro de la universalización que estaba prevista para el año 2000:

Después de que se manifestaran los efectos negativos de la reforma social conducente al Estado Mínimo, con una rápida redistribución regresiva del ingreso y un alarmante crecimiento de la pobreza, los organismos supranacionales (Banco Mundial –BM– y Banco Interamericano de Desarrollo –BID–) propusieron una Segunda Reforma o Modernización del Estado. Esta reforma replantea la importancia del Estado en la política social, y principalmente su papel en la regulación y en acciones específicas para fortalecer la gobernabilidad, gobernanza y cohesión social. (Laurell 2010c, 79)

La reforma buscaba una mayor efectividad en la acción estatal en términos de legitimidad. Las estrategias fueron:

- Buscar la cobertura universal a través del Seguro Universal como una de las propuestas en América Latina y se ubica dentro de la noción de la protección social.⁴⁰
- Fraccionar el aseguramiento de la atención en salud para que pueda asumir una lógica mercantil. Se abren dos ámbitos de ganancia: administración y prestación de servicios: hay unos que concentran los fondos y hay otros que concentran los servicios.
- Descentralizar el Estado; guiarse por una misión; orientarse por resultados y además evaluarlos. Es decir, incluir la lógica de empresa hacia el mercado (gerencia)⁴¹.
- Promover la libre competencia e impedir la competencia “desleal estatal”.
- Mantener la flexibilidad del trabajo.
- Servir al “cliente”: los usuarios pasan a ser clientes.
- El Estado debe cumplir con un papel de cohesión y catalizador a través del diálogo social.

⁴⁰ Se fundamenta en el pluralismo estructurado. La primera propuesta de cobertura universal la hizo Putin en: Kutzin J. (2000) Towards Universal HealthCareCoverage. A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. Health, Nutrition and Population Discussion Paper. Washington DC: TheWorld Bank.

⁴¹ Lógica gerencial basada en la eficacia de la institución privada frente a la pública.

- Mantener el equilibrio fiscal: que no se gaste más de lo que el FMI dice que puede gastar y se establece como uno de los mecanismos es la independencia del Banco Central. (Laurell 2010b, 6).

La reforma no trastocó los principios básicos de la lógica neoliberal, por el contrario, los profundizó, planteó la importancia de garantizar la eficacia, efectividad, y propuso:

- Hacer una reforma administrativa para el Buen Gobierno.
- Hacer rendición de cuentas, lo que expresa una preocupación importante por la corrupción, transparencia.
- La creación y fortalecimiento de instituciones para el mayor crecimiento y mejor distribución del ingreso.
- Promover la cohesión social y legitimidad.

El principal objetivo de esta reforma era resolver la cuestión de la legitimidad del “nuevo orden social”, o sea, la profunda reorganización de la sociedad sobre la base del proyecto neoliberal. Parafraseando a Öffe, (Öffe 1990, 280) el extremo peso dado a las nuevas formas de acumulación de capital dejó fuera la segunda gran tarea del Estado, la de la legitimidad. “Se trata de afinar algunos de los mecanismos más salvajes del Estado mínimo para tratar de poder volver a manejar la contradicción entre acumulación y legitimidad”. (Laurell 2010b, 14).

El Pos-consenso Washington reconoció las limitaciones de los mecanismos de mercado, en el sentido en que sus fallas debían ser mitigadas por una intervención pública que mejorara su funcionamiento. Este papel -“*amigable con el mercado*” (marketfriendly)- del Estado, reviste un doble sentido: por una parte, implica reconocer los límites del sector privado para alcanzar amplios objetivos públicos (incluso suponiendo que las privatizaciones aumentan la eficacia productiva); por otra parte, postula la introducción en la administración pública de la lógica de mercado mediante mecanismos de incitación contractuales (aún si no es posible precisar hasta qué punto estos mecanismos son un sustituto eficaz de un mercado de derechos de propiedad). (Stiglitz 1997, 349)

El Estado debería organizar la coordinación de los agentes de acuerdo con una lógica contractual y no administrativa. “De este modo, el mercado no sólo sigue siendo la

instancia de coordinación económica por excelencia, aun cuando deba ser completado por formas de coordinación no mercantiles, sino que además es promovido como el patrón de eficiencia del Estado”.(Salama 2005, 45)

Bajo esta lógica se consolida el cambio *estructural en salud* de un modelo público a un modelo de mercado. ¿Cuáles son las fases en esta transformación? Y ¿Cómo eso impacta en asuntos importantes de la salud colectiva?

Según Laurell la reforma propone una serie de pasos que se adaptan y desarrollan en cada país acorde al contexto específico, y un reordenamiento en la lógica de funcionamiento; se trata de:

1. Entregar la administración de los recursos públicos a un administrador o asegurador privados; vinculado con la libre elección del asegurador por parte del usuario.
2. Comprar servicios para sus asegurados. El asegurador tiene el dinero del asegurado y compra los servicios requeridos a unos prestadores en competencia al costo más bajo. Por ello, deben crear sistemas que le permitan comprar más baratos y /o contener el uso de los servicios. La aseguradora pasa el riesgo financiero al prestador del servicio.
3. Negociar las formas de pago (por capitación o por pago por servicio) con lo cual se establece el precio con los prestadores públicos y privados.
4. Separar las funciones y la necesidad de definir paquetes de Servicios. Si no se separa el financiamiento de los servicios de la prestación de los mismos desaparecen los aseguradores como función económica porque el mercado se inserta efectivamente donde unos compran y otros prestan. Unos tienen el dinero y otros prestan los servicios. Por ello esta separación es una condición de la mercantilización de la salud.

Con la reforma se requirieron arreglos institucionales que modificaron el papel que los actores cumplían en los sistemas anteriores. Los siguientes son los planteamientos principales en salud: Se reducen las responsabilidades del Estado, este disminuye su papel como prestador de servicios y se concentra en los bienes públicos con altas externalidades que no cumplen con el principio de exclusión para el caso colombiano los que están en el

paquete de salud pública o plan de atención básico. Hay que corregir las “fallas del mercado” en el entendido y reconocimiento de que el mercado médico tiene asimetrías muy fuertes y por tanto produce fallas muestra de ello es que el sector salud sea reconocido como uno de los mercados más imperfectos. Por ejemplo, la asimetría entre médico y paciente hay que subsanarla con información. En cuanto al Estado debe realizar acciones costo-efectivas mínimas para los que fracasan en conseguirlas en el mercado, “los pobres”.

En cuanto al papel de los privados sin fines de lucro, se asignan roles en labores de promoción y prevención esto deriva en estilos de vida saludables, el énfasis se pone en la familia como principal responsable, particularmente las mujeres. Las organizaciones no lucrativas “tercer sector” desde las iglesias hasta las asociaciones civiles⁴² pueden suplir a las instituciones públicas en acciones de salud de baja complejidad porque supuestamente son más eficientes y más eficaces.

Teóricamente, los prestadores privados con fines de lucro, se centran en la prestación de servicios clínicos en un mercado competitivo para lograr mayor eficiencia y mayor calidad. Los subsidios a la demanda permitirían que el paciente elija el servicio y haría que los prestadores de salud al competir entre ellos “mejoraren” la calidad de los servicios; la lógica funcionaría igual entre los médicos (a más pacientes, más salario). Esta competencia automáticamente daría mejor calidad de los servicios. En la administración se trata de que los fondos o aseguradores de salud organizaran los servicios más flexibles bajo los principios empresariales, (comparan la administración de los sistemas de salud con cualquier otro sector).

En conclusión, la salud como valor en el Neoliberalismo queda restringida a la “universalidad” para todos los que pagan, en tanto que la equidad, a la disminución de las brechas de salud-cerrar las brechas- con el subsidio a la demanda, y el pago según ingresos. Desde esta lógica, la ciudadanía se fundamenta en derechos individuales y entra en contradicción con la ciudadanía social por cuanto condiciona el ejercicio del derecho a la salud a una lógica prestacional, individual y deconstruye la idea de la salud como construcción social y bien público; configura la protección financiera para los asegurados

⁴² ONG

acotando los paquetes de servicios. La salud es un nuevo negocio global importante porque es un escenario en el que puede haber una gran acumulación de capital, en varios segmentos de negocios o de diversificación como se muestra en el cuadro 7.

Cuadro 7.

Configuración del mercado de la salud

Cam po de negocio	Descripción	Requisitos
Los Negocios Bio- Tecnológicos	- Vacunas contra todo: algunas vacunas que incluso pueden tener efectos secundarios muy graves y otras innecesarias.	a. Nuevo proceso de trabajo. -Valoriza el capital financiero. -Medios: trabajo médico y tecnología. -La mercantilización de la salud es la condición de existencia de los nuevos negocios globales. b. Pérdida de estatus médico. -Criterio clínico vs. Criterio comercial o criterio estrecho de costo-beneficio. -Pago por desempeño cuantitativo no cualitativo. -Pérdida de autonomía y sujeción a protocolos por parte de los aseguradores.
	- Nuevos tratamientos para antiguas y frecuentes enfermedades.	
	- La genómica como la innovación máxima.	
	- Medicina personalizada hacer un perfil genómico de cada persona.	
	- La industria de equipo médico. Innovaciones para vender servicios.	
	- Procesos de innovación tecnológica como responsable del encarecimiento de la salud	
	- Concentración, fusión y oligopolios.	
- Patentes y protección comercial: incorporación plena de la ciencia al capital, la ciencia es una condición de la acumulación.		
Emp resas Hospitalarias	- Nuevo eje de la práctica médica.	c. Destrucción del equipo de salud. -Colaboración cuestionada. -Tercerización del trabajo.
	- Densidad tecnológica alta.	
La Industria de los Seguros.	- El trabajo médico es un trabajo cada vez más subordinado.	d. Imposibilidad de atención integrada. -Abandono de la salud colectiva o sistema paralelo. -Centrado en la persona enferma. -Ruptura del proceso de atención.
	- Financiamiento necesario por los altos costos.	
	- Subordina a los prestadores de servicios: tanto a la empresa médica como a sus trabajadores (explotación en cadena)	e. Separa funciones y construye el mercado.
	- Normatiza el acto médico: ellos determinan lo que se puede hacer. Es una faceta de los protocolos médicos.	
	- Nueva forma de privatización de las ganancias y socialización de pérdidas.	

Los hospitales de Asociación público- privada (Mixto: Publico/Pri vados)	- Endeudamiento público encubierto. Hipotecar el futuro.	- La fragmentación de funciones (Regulación; Administración; (Prestación) posibilita la compra / venta de servicios. f. El Estado es regulador y subsidiario de los pobres; Productor de bienes públicos/salud pública. -Viabiliza fondos y compra de servicios – grupos financieros.
	- Control estricto sobre el endeudamiento público y asociación público/privado que no aparece como endeudamiento porque se va pagando como gasto corriente.	
	- Encarecimiento por tasa de interés, ajuste por inflación y ganancias.	
	- Estado garante de pago, “inquebrantables” por presión social o no inicia operaciones, pero recibe pago.	
	- Duplicación de gastos de administración o contratación irregular de personal.	
- Incremento presupuesto público de salud sin ventaja para ciudadanos.		
RESULTADO EL ENCARECIMIENTO DE LA MEDICINA El campo de salud se ha convertido en un gran negocio.		

Fuente: Elaboración propia con base en Laurell.

2.2. El Sistema de aseguramiento en salud SGSSS o el mercado de la salud en Colombia

La constitución de 1991 es el resultado de la confrontación de múltiples fuerzas sociales y políticas que lucharon por poner sus intereses contruidos de forma histórica con el fin de demarcar el proyecto de sociedad que cada uno consideraba el más adecuado.

Dicha Constitución declara como principios básicos los derechos sociales y simultáneamente, abre el campo a la economía de mercado de forma irrestricta. Y en este marco, las políticas sociales y en particular la de salud se convirtieron en un segmento de la economía muy importante acorde con la ola de reformas que impulsaron el BM y el FMI, a partir de lo cual, se configuraron los primeros pasos y arreglos institucionales para realizar el ajuste estructural en salud en Colombia. Al respecto Hernández plantea:

En la década del ochenta en Colombia una combinación de crisis de legitimidad del Estado, movilización social abundante y diversa, insurgencia fortalecida y narcotráfico con aspiraciones políticas. Todo ello condujo a una búsqueda de salidas que terminaron en la

combinación de proyectos como se vio con la Constitución del 91, en que se ve la expresión garantista de derechos de corte socialdemócrata al lado de muchos instrumentos de reforma neoliberal, como la autonomía del banco central. (Hernández 2003, 57–70)

En este contexto, se configura el Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) como política de salud en Colombia en 1993. Los cambios fueron sustanciales: el ordenamiento del SGSSS modificó la operación de los servicios bajo la premisa de que la salud es un servicio público que podrá ser prestado por entidades públicas y privadas, en tal sentido, la prestación de servicios de salud se ordenó bajo la lógica del aseguramiento, sometida a la competencia público/ privada.

Con este sistema se fragmentaron las funciones entre administradores y prestadores instalando una lógica de mercado, en donde la salud se constituye en un bien privado, una mercancía, que se vende y se compra.

En el sistema de salud colombiano construyó un mecanismo de entrega de los recursos públicos a unos agentes de mercado (lucrativos) con un mecanismo de regulación de la competencia que es la dupla UPC/POS. Por eso, es un sistema de seguridad social, pero con un mercado de aseguramiento con competencia regulada en donde se ordena con precisión el lugar de cada uno de sus componentes. Bajo esta lógica, las Aseguradoras (EPS) tiene como funciones:

- administrar los recursos;
- afiliar a los usuarios, y otorgar el carné;
- ofrecer el paquete de servicios que el usuario que lo consume de acuerdo con la clasificación establecida con la afiliación al régimen (cotizante o subsidiado), para el primer caso pagando obligatoriamente el 12,5% de sus ingresos así: el 4% de su salario y el 8,5% del empleador;
- contratar los servicios con Instituciones privadas prestadoras de servicios (IPS) o con ESE (Empresas Sociales del Estado –antes hospitales públicos- ahora entidades con recursos públicos que operan en una lógica privada venden servicios y compiten con los otros prestadores privados).

Las EPS actúan de tal modo como intermediarios de la compra-venta de los servicios de atención en salud.

Por su parte las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) privadas y públicas (éstas últimas corresponden a la Red Pública hospitalaria y se denominan Empresas Sociales del Estado –ESE) son las entidades que prestan los servicios; es decir, el SGSSS separó la provisión de los servicios de la administración de los recursos. Esta estructura establece una estricta separación de funciones entre financiación, regulación/modulación, administración de fondos y prestación de servicios.

En cuanto a la financiación del Sistema los recursos mayoritariamente son públicos, bien sea por la vía fiscal (Sistema General de Participaciones) o por la parafiscal a través de las cotizaciones del régimen contributivo, de las regalías del petróleo, del recaudo de impuestos de juegos y azar; y de impuesto sobre licores. Por su parte el FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) es el organismo público que tiene como función el manejo de las cuentas y subcuentas que organizan los recursos del Sistema, es decir recoge las contribuciones y las distribuye entre los operadores (aseguradoras):

Colombia dedica el 7,3 y el 7,7% del PIB (22) a la salud, con un incremento del 1,5% del PIB a partir de la aprobación de la Ley 100. Este aumento proviene básicamente del gasto público, que pasó del 1,3% al 3,2% del PIB. El SGSSS es un sistema de financiamiento público ya que sus recursos provienen principalmente de las contribuciones obligatorias al Seguro Contributivo (SC) que tienen carácter de impuestos y de recursos fiscales directos. Los empleadores aportan el 8,5% y los trabajadores el 4,13% del salario, mientras que los trabajadores independientes deben aportar el 12,5% de su ingreso”. (Laurell y Herrera 2010, 139).

El cuadro 8 presenta una síntesis del Sistema:

Cuadro 8.

Síntesis del funcionamiento del sistema en el 2004

Funciones	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Vinculado⁴³
Administración	EPS ⁴⁴	EPS Subsidiada	Estado – Entes Territoriales
Usuarios	Cotizantes y su familia	Población Subsidiada Identificada por el SISBEN (Nivel 1 y 2)	población pobre no asegurada o
Proveedores	IPS ⁴⁵ Públicas y Privadas	IPS y ESE ⁴⁶	ESE
Servicios Individuales	POS ⁴⁷	POS-S ⁴⁸ (40% menos que el POS)	Si paquetes que atiendan eventos prioritarios

⁴³ El vinculado fue una denominación transitoria aquellas personas que no logran demostrar ser “suficientemente pobres” por la encuesta del SISBEN y tampoco cuentan con capacidad de pago o empleo para cotizar al régimen Contributivo, esta población era asumida por el Estado a través de los entes territoriales.

⁴⁴ Empresa Promotora de salud

⁴⁵ Institución Prestadora de Servicios de Salud

⁴⁶ Empresa Social del Estado (hospital público)

⁴⁷ Plan Obligatorio de Salud

⁴⁸ Plan Obligatorio de Salud subsidiado

Finalización (FOSYGA⁴⁹)	C otización: 4% Empleado r; 8.5% Empleado	1% Régimen Contributivo Regalías Petróleo, rentas cedidas por licores, tabacos, Copago acorde al nivel de clasificación del Sisben (3: 30%, 2: 20% y 1: 10%)	Ente s Territoriales – Estado
Dirección	Ministerio de Protección Social		
Control	Superintendencia de Salud Asociaciones de Usuarios		
Servicios Colectivos	Plan se Atención Básica – Estado (Acciones de altas externalidades)		

Fuente: Elaboración propia a partir de la Ley 100 de 1993.

Como resultado de la transformación del sistema y pesar de la promesa de universalidad en el año 2000, ésta no se logró y por el contrario se profundizaron inequidades estructurales del Sistema que están ampliamente documentadas⁵⁰; más allá de lo anterior, una evidencia contundente fue el promedio de tutelas⁵¹ que se interpusieron cada año, como se muestra en la tabla 3.

⁴⁹ Fondo de Solidaridad y Garantía, recoge todos los aportes del Sistema y los ordena por subcuentas para entregar a los administradores según sea el caso.

⁵⁰ Existe múltiples informes institucionales, académicos que muestran la situación del Sistema, para el caso particular se tomó el documento: Balance y perspectivas de la Ley 100. (Grupo Guillermo Fergusson 2006)

⁵¹ Acción de amparo o protección de los derechos fundamentales contemplado en el artículo 86 de la Constitución Nacional.

Tabla 3.
Tutelas en salud. Comparativo nacional 2004-2011

Año	Ingreso de tutelas a nivel nacional	Ingreso de tutelas en Bogotá
2004	72.033	9.565
2005	81.017	12.538
2006	96.226	15.399
2007	107.238	18.072
2008	142.957	18.313
2009	100.490	10.893
2010	94.502	9.390
2011	105.947	9.550

Fuente: Corte Constitucional Cálculos: Defensoría del Pueblo. Con base en la información del Consejo Superior de la Judicatura-Unidad de Desarrollo y Análisis Estadístico. 2015.

La tabla evidencia que las tutelas se mantienen como un mecanismo usado para la protección del derecho a la salud y demuestran la violación permanente del mismo a pesar del aseguramiento. Si bien el periodo de análisis de la investigación corresponde a los años 2004 a 2012, a continuación se presentan datos posteriores al tiempo de análisis que expresan que la tendencia aún se mantiene: para el 2014, se interpusieron 114.313 de las cuales el 64.8% están referidas a las EPS del Régimen Contributivo en su mayoría en relación con el incumplimiento del POS y 35.2 a las EPS del régimen Subsidiado (Defensoría del Pueblo 2015).

Las tutelas denuncian la falta de acceso a los servicios, a tratamientos de especialistas y medicamentos con lo cual la salud se convierte en el derecho a la salud es el más vulnerado y tutelado en el país (Defensoría del Pueblo 2015). Pero, ¿por qué hay falta de acceso a los servicios, incluso cuando las personas están afiliadas y el Sistema cuenta con recursos alrededor del 7.2 del PIB?⁵²

⁵² En los últimos años los recursos de salud han correspondido a 7.2.

Una posible respuesta es que en el SGSSS el pago por cada paquete es fijo. Hay un monto para los servicios por usuario-unidad de pago por capitación (UPC)-, que es consumido por el sujeto a través del POS cuando asiste a los servicios. La relación UPC/POS es el mecanismo de regulación de la competencia entre aseguradores, lo que conduce a estrategias de rentabilidad que ya no dependen del valor de la póliza. Los recursos son manejados por las aseguradoras (EPS) de manera que los recursos que no gasta el usuario van quedando como valor que se acumula. De esta forma, una de las maneras para que la aseguradora capitalice es generar obstáculos o barreras al acceso⁵³. Desde este punto de vista, el Sistema ha establecido una contradicción entre el interés del ciudadano y el interés de la aseguradora.

Pero más allá de los fines, la estructura y la operación, la crisis del SGSSS se convirtió en permanente y se puede explicar de múltiples formas según los actores y sus intereses. Lo cierto es que en el periodo de análisis no existe ninguna documentación que demuestre acceso efectivo a servicios por parte de los pacientes/usuarios; inclusive durante este periodo no sólo se evidencia el aumento de tutelas como se vio en la tabla 3, sino que emergió lo que se denominó el “paseo de la muerte”⁵⁴ que persistió y profundizó la crisis hospitalaria pública, y se percibió un aumento en la crisis de los prestadores privados (IPS) debido a los no pagos o retrasos en los mismos por parte de las EPS.

El Ministerio de Salud y Protección Social argumenta que instalar el SGSSS ha sido un esfuerzo centrado en alcanzar la cobertura universal, la cual ha sido progresiva; la discusión radica en que desde la perspectiva del Ministerio, la cobertura corresponde específicamente a la afiliación y no necesariamente se vincula con acceso.

⁵³ Las barreras de acceso son aquellos obstáculos que impiden el disfrute de los servicios; se han tipificado cinco tipos de barreras: geográficas, económicas, administrativas, culturales y técnicas o tecnológicas.

⁵⁴ El paseo de la muerte se tipifica como aquellos pacientes-ciudadanos que mueren por falta de acceso debido a que las barreras se lo impiden. Por ejemplo, el no ingreso a la atención por falta de autorización de servicio por parte de la EPS (barrera administrativa) o porque el sitio para acceder al tratamiento específico está lejos (barrera geográfica) o porque no hay la disponibilidad para el tratamiento requerido (barrera administrativa- tecnológica), o porque no funciona adecuadamente el proceso de referencia - contrarreferencia. O porque no tiene asignada EPS o quien responda (barrera económica).

Para las EPS la crisis se explica por el ordenamiento del Sistema que afecta los flujos económicos y por ende la liquidez, así como el alto impacto de siniestros⁵⁵ que no están contemplados en el POS⁵⁶ y por las demoras en el pago por parte del FOSYGA. Aunque los diferentes actores tienen diversos argumentos, todos coinciden en que hay crisis. Por tal razón se han realizado varias reformas al Sistema.

En el 2007 la crisis del Sistema se expresaba básicamente por:

- la dificultad de recursos y del flujo que tensionó la prestación de servicios y aumentó las deudas de aseguradoras a IPS y a ESE.
- la re-emergencia de enfermedades transmisibles ya controladas en el país como la fiebre amarilla lo que expresó una crisis de salud pública en el año 2004.
- Las barreras de acceso a servicios y una serie de patologías o servicios que no estaban incluidos en el POS o POSs.

Estos argumentos condujeron a la reforma o Ley 1122 de 2007 que de manera general reordenó el modelo bajo la premisa de gestión del riesgo. El sentido de la reforma planteaba que los actores del Sistema debían reordenar la gestión orientándola a resultados. Con el concepto de gestión del riesgo se privilegia un ordenamiento de eficiencia de los recursos bajo la premisa de que la crisis del Sistema obedece a lo financiero. La Reforma se centró en la gestión del riesgo financiero y no en los resultados en salud:

En sus 45 artículos solamente se hace explícita la modificación de dos artículos de la Ley 100, el 204 y el 214, referidos al financiamiento. Con esto se revela cómo la discusión no se centra en los aspectos formales o de diseño del sistema, de modo que se introduzcan cambios específicos que guarden armonía con la legislación vigente en el sentido de hacer explícitos los cambios sobre ella. Más bien, predomina un afán por afectar la implementación por la vía de cambios o adiciones de poco fondo, dejando un amplio espacio para la interpretación de lo que puede cambiar de la Ley 100". (Restrepo 2007, 87)

Esta reforma puso énfasis en:

- La incrementación de la cotización en medio punto porcentual por parte del trabajador al pasar del 12 al 12,5% del ingreso base de cotización, 8,5% a cargo

⁵⁵ Corresponde al alto impacto en costos de las preexistencias o de los servicios no contemplados en el POS.

⁵⁶ Durante el periodo mencionado con el argumento de los costos de acciones no POS se incluyó un mecanismo de recobro al FOSYGA por parte de las aseguradoras, que posteriormente se convirtió en un foco de corrupción y desangre del Sistema.

del empleador y 4,0% a cargo del trabajador, y se dispone que la totalidad de los recursos nuevos, los cuales ascienden a cerca de \$ 500.000 millones anuales, se destinen a la financiación del régimen subsidiado, así que se incrementan en 50% los recursos de solidaridad del régimen contributivo.

- Los departamentos deberán destinar por lo menos 25% de las rentas cedidas (recaudos por impuestos a la cerveza, licores y loterías) al régimen subsidiado a partir del 2009.
- La posibilidad de que los afiliados realicen aportes, en particular quienes reciben subsidios parciales y quieran aplicar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo.
- En el sistema de inspección, vigilancia y control para que adopte una nueva jurisdicción en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, lo cual va acompañado de la figura del defensor del usuario.
- Las entidades promotoras de salud (EPS) no podrán contratar más del 30% del gasto en salud con sus propias instituciones prestadoras de servicios (IPS).

Ley 1122 también reorganizó la salud pública a través del cumplimiento de prioridades en salud en lo que se denominó el “Plan Nacional de Salud Pública”(Congreso de la República de Colombia 2007b), con lo que se configuró el paquete de salud colectiva (PIC que contenía el antiguo PAB) a través del Decreto 3039 de 2007. (Ministerio de Salud y Protección Social 2007):

(...) Se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de estos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad. (Congreso de la República de Colombia 2007a).

No obstante, en salud pública el elemento central de la Ley 1122 fue que abrió la posibilidad a que los aseguradores (EPS) realizaran acciones individuales de salud pública bajo el argumento de articular los paquetes de servicios (POS y PIC) con lo cual, en términos prácticos, se trasladaron las acciones de prevención y promoción que le correspondían a los entes territoriales a manos de las EPS con una lógica contractual.

Un aspecto que vuelve a ser objeto de cambio normativo es el de los recursos de promoción y prevención del régimen subsidiado, los cuales ya no serán administrados directamente por las alcaldías, sino que lo harán las ARS, pero estas quedan obligadas a contratar con las ESE, (...) En lo que respecta a la seguridad social, la Ley 1122 mantiene intacto el esquema de aseguramiento. (Restrepo 2007, 89)

En conclusión, la Reforma propuesta con la Ley 1122 de 2007 no resolvió los problemas del sistema de Salud. Como se vio en el cuadro de tutelas se mantuvo la tendencia, se profundizó la crisis hospitalaria se ampliaron las deudas de los administradores (EPS) con los prestadores (IPS- ESE).

- Las EPS adeudaban 4,9 billones de pesos a IPS del país en 2011 (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas 2011).
- El 40% (403) de las ESE del país estaban en riesgo financiero (RFF) alto y medio en 2011. Y el 14 (64%) de las ESE de la ciudad de Bogotá se encuentran calificadas en riesgo financiero (RFF) alto y medio ese año (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas 2011).
- La Red pública de Bogotá tenía más de \$328 mil millones de déficit en 2011. (Controlaría General de la República 2011).

La Contraloría General de República mediante memorando de advertencia al gobierno central en 2012, concluía que los regímenes contributivo y subsidiado venían presentando un incumplimiento sistemático en indicadores de las EPS desde el 2010, que no tenían solvencia financiera y que se estaba omitiendo las funciones de inspección, vigilancia y control por parte del gobierno nacional. (Martínez 2015, 4)

La crisis no resuelta condujo a que en 2009 el ejecutivo declarara la “Emergencia Social en Salud”, mediante el Decreto 4579 de 2009, que traía un paquete de medidas destinadas a mejorar el flujo de caja y de recursos, lo que centralmente favorecía a las EPS. De manera resumida los puntos del Decreto matriz y los sucedáneos eran:

- Pagar las “prestaciones excepcionales en salud”, es decir, las que se encuentran por fuera del Plan Obligatorio de Salud –POS–, con el patrimonio de los pacientes o sus familiares previa verificación de sus capacidades de pago (las cesantías, las pensiones, dineros del grupo familiar y líneas de crédito).

- Crear el Fondo para las Prestaciones Excepcionales en Salud –FONPRES–, con dineros limitados hasta agotarse, recaudados a través del impuesto sobre las ventas de cerveza, cigarrillo y juegos de azar; el FONPRES sería administrado por miembros del Gobierno Nacional o nombrados por este último; el FONPRES empezaría a operar seis meses después de la entrada en vigencia del decreto.
- Sancionar en ciertos casos a los médicos con prisión o multas a los que formularan servicios por fuera del POS.
- Autorizar a las aseguradoras para administrar el Seguro Obligatorio para Accidentes de Tránsito –SOAT– y el Fondo del Seguro de Accidentes de Tránsito –FONSAT–.
- Controlar la evasión y la elusión en el pago de cotizaciones.
- Establecer estándares obligatorios para el médico tratante en materia de tratamientos y medicamentos (en un decreto expedido con posterioridad, el médico puede apartarse o sancionarse dando razones de peso).
- Definir que el POS se corresponde con el núcleo esencial del derecho a la salud; determinar que el POS se establecerá con criterios de participación ciudadana.
- Redefinir la autonomía médica como la capacidad de autorregulación y como sujeción a estándares.
- Determinar que la capacitación de los médicos se efectuará con recursos provenientes de los juegos de azar, licores y multas; ordenar estudios sobre la viabilidad del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA– que iniciarán en el año 2011.
- Y por último, ordenar estudios de programas de saneamiento financiero de las entidades del sector.

La Emergencia Social no se proponía resolver los problemas de acceso, oportunidad, (barreras de acceso), en cambio sí afectaba el ejercicio de la autonomía médica, ampliaba el papel de los entes territoriales para garantizar los servicios sin claridad en los recursos y su origen, y planteaba el mejoramiento fiscal de las ESE bajo una lógica sancionatoria con los cual no se modificaba las causas de la crisis. El Decreto se cayó por las presiones y la amplia movilización social.

Con la caída de la mayor parte de los artículos del Decretos de emergencia por parte de la Corte Constitucional se dio paso a una nueva reforma que en el 2011 se promulgó como la Ley 1438, que supuestamente resolvería la grave crisis de salud en el país.

La propuesta de la Ley 1438 de 2011 consolidó la apropiación de la gestión del riesgo bajo la premisa de que: “el sector salud tiene similitudes con el sector financiero, lo cual hace posible aplicar los principios y las técnicas que se han desarrollado para este último”(Puerto 2011a, 16), demostrando una vez más que el centro de la reforma se mantiene en la lógica de los recursos y no de las necesidades en salud de la población, la explicación de la crisis para el gobierno sigue siendo económica no la falta de acceso, ni el paseo de la muerte y menos las inequidades en salud. La Reforma propuso de manera formal el ordenamiento de los servicios bajo la Atención Primaria en Salud, y la reorganización de servicios en redes integradas; sus planteamientos centrales fueron (Congreso de la República de Colombia 2011):

- La Ley “generará nuevos recursos al sector salud de manera permanente, los cuales permitirán mejorar el financiamiento”.
- La unificación del plan de beneficios, “garantizar la universalidad del aseguramiento y la portabilidad nacional. En el 2015 se logrará unificar los planes de beneficio; la idea es que para ese año los afiliados a los regímenes subsidiado y al contributivo tengan los mismos servicios”. Esto se reglamentó en el decreto 1683 de 2013.
- La Ley incluye la formación de talento humano en salud.
- Definir una política farmacéutica.
- Organización de redes de prestación de servicios y fortalecimiento de hospitales.
- Sistemas de información y otras disposiciones para hacer más efectivas las funciones de inspección, vigilancia y control.
- Se garantiza la libre escogencia al usuario, quien podrá decidir a qué aseguradora desea afiliarse.
- Se elimina la contratación de personal en hospitales a través de cooperativas, para lo que se debe buscar otro mecanismo.
- Se promueve la formación de especialistas y como residentes se les pagará un salario.
- La creación de la figura del Defensor del Usuario con autonomía.
- El fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud para descentralizarla y que esté más cerca al usuario. (Congreso de la República de Colombia 2011)
- La red pública dispondrá de nuevos recursos para mejorar la capacidad de gestión e incentivos, con el fin de que se actualicen tecnológicamente; “se creará un fondo de salvamento y garantía para el sector salud, con lo que se va a lograr apoyar a instituciones que vengán intervenidas, se va a promover un saneamiento fiscal y financiero de la red pública, lo que va a permitir ayudar a que las instituciones mejoren sus niveles de gestión”. (CM& 2011).

Es pertinente ubicar que más allá de los puntos específicos la Ley 1438 de 2011 se propuso implementar efectivamente la visión de gestión del riesgo financiero para las EPS explicitando una vez más el carácter mercantil del Sistema y no la preocupación por las necesidades en salud de la ciudadanía como se evidencia en la siguiente cita:

La gestión del riesgo en salud se constituye en una herramienta útil para la gestión eficiente de los recursos, que permite contrarrestar el elevado riesgo y la incertidumbre de las actividades propias de este sector con el fin de generar valor, mejorar el desempeño y garantizar la supervivencia de la empresa en tiempos adversos, minimizando las pérdidas y maximizando las ganancias. En Colombia el concepto de gestión del riesgo en salud comienza a tenerse en cuenta mucho después de haberse desarrollado y aplicado en los sectores financiero, bancario y asegurador. (Puerto 2011b, 19).

Por su parte, la reforma propuso en salud pública pasar de los planes territoriales al Plan Decenal, bajo el argumento de que todos los actores involucrados tienen competencias y responsabilidades en la salud pública,⁵⁷ con lo cual se mantiene las acciones individuales de forma fragmentada y se impulsa una “descentralización empresarial”; los privados pueden ejecutar las acciones individuales de prevención y promoción y debilitan el papel del Estado de garantía de la salud pública, es decir la salud pública entró también en la lógica total de la competencia.

La obligatoriedad de las EPS de contratar las acciones de promoción con las Empresas sociales del Estado (ESE) tiene un margen de libre albedrío por parte de la EPS, pues solo están obligadas a contratar con la red pública hasta el 40 % según la Ley 1438 de 2011.

Con todo lo anterior, esta nueva Reforma, al igual que la anterior, no tocó los pilares del Sistema, ni las causas de la crisis. Se mantiene la separación entre administradores de seguros (EPS) y prestadores (IPS –ESE) y con ello la lógica de mercado y la competencia. Es decir, las reformas 1122 de 2007 y 1438 de 2011 buscaron posicionar la gestión del riesgo como instrumento que permitiría disminuir los riesgos empresariales, a través del mejoramiento de la estructura organizacional (para aseguradores y prestadores), con el fin de mejorar la eficiencia y el flujo de recursos, para

⁵⁷ La salud pública quedó enmarcada a acciones colectivas (grupos) en un plan de intervenciones (PIC) y las acciones individuales de salud pública como tamizajes y detección temprana, por ejemplo, de prevención de cáncer de cuello uterino pasó a ser administrado por las EPS.

el sector privado con lo cual se mantiene la lógica de mercado regulado que se centra en la rentabilidad económica y no en las necesidades de las personas:

En teoría, la competencia entre administradores y entre prestadores de servicios sería un mecanismo para optimizar el uso de los recursos, contener costos y mejorar la calidad. En la realidad se establece una pugna por el excedente entre compradores y prestadores de servicios. Esto ha impulsado mecanismos de contención de costos con impacto sobre la atención y prácticas de selección adversa. En esta pugna, el tercero perjudicado es la persona necesitada del servicio, sea por el retraso o la negación de la atención o los medicamentos requeridos. (Laurell y Herrera 2010, 137)

Durante el periodo de análisis, en el año 2008 la Corte Constitucional falló la Sentencia T – 760 que reconoció por primera vez de forma positiva la salud como derecho humano fundamental y autónomo y ordenó al gobierno igualar los planes de beneficios (Régimen Contributivo / Régimen Subsidiado) considerados inequitativos y violatorios del derecho a la salud y reconociendo que el Sistema tiene una inequidad estructural en cuanto contradice el principio Constitucional del derecho a la igualdad. (Corte Constitucional de Colombia 2008).

Las EPS del régimen contributivo siguen siendo las mayores deudoras con \$1.4 billones, es decir el 36.6% del total de las deudas, seguidas por las EPS del régimen subsidiado con \$914.384 millones, equivalente al 24%. Existen otros deudores de este gremio, como entidades de medicina prepagada, Administradoras de Riesgos Profesionales, magisterio y particulares, entre otros, cuyo porcentaje sube hasta el 17.2%. El estudio determinó que la cartera mayor a 60 días, es decir la morosa de acuerdo a la Ley, creció en el último semestre de manera significativa, pues del total de la deuda \$2.1 billones es de este tipo, pasando de 51.9% de participación en diciembre de 2010 a 55,6% en junio de 2011, en el último semestre creció 3.7% ". (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas 2015, 20).

Por su parte el Contralor General de la Nación manifestó: “es tan difícil tener las cuentas claras en el Sistema de Salud, que sólo cada IPS y ESE cruzando las cuentas con las EPS podrán decir el monto real de las deudas”. (Editorial El Tiempo 2015).

Con el SGSSS se transformó el papel del Estado y su debilitamiento fue innegable. Fleury plantea que a los gobiernos de izquierda de las últimas dos décadas en América Latina les correspondió gobernar en marcos institucionales neoliberales. Éste es el contexto en que se desarrolla la experiencia de Bogotá: “El acercamiento a la institucionalidad del Estado no puede dejar de ver que, además de poder político institucionalizado (actor), el Estado es también un campo estratégico de lucha (arena), en

el cual los diferentes actores se enfrentan y se reconstituyen como sujetos políticos.” (Fleury 2002b, 26).

La disputa por el derecho a la salud en Bogotá, no es solo la discusión entre las dos visiones (derecho como aseguramiento o como derecho social), es un punto que pone en disputa la concepción misma del Estado y su papel en la vida colectiva.

2.3. El punto de partida de Bogotá 2004: La situación institucional

Bogotá, la capital de Colombia ocupa el primer lugar en el país en el mercado de capitales, telecomunicaciones y desarrollo tecnológico; es el primer centro de educación, servicios sociales y comerciales; el principal nodo exportador con el 23% del total nacional y las finanzas públicas bogotanas y el mercado financiero sobresalen a nivel nacional. Las cifras del DANE para el periodo de estudio muestran que Bogotá aportaba el 45% del PIB relacionado con las finanzas a nivel nacional y que sus finanzas públicas presentan históricamente, un manejo estable. Tal manejo le ha permitido a la ciudad asumir créditos en divisas sin el respaldo de la Nación.

Por otro lado, la ciudad es el resultado de dinámicas sociales que se vinculan a la historia, al desarrollo urbanístico, a las migraciones y al cambio del uso de la tierra. Según la encuesta de calidad de vida, para finales el año 2003⁵⁸ Bogotá contaba con 6.861.499 habitantes aproximadamente, siendo la sexta ciudad de América Latina en densidad poblacional: aprox. 4.146 habitantes por kilómetro cuadrado, de acuerdo con las cifras presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) y es la ciudad más poblada del país, con marcadas diferencias en relación a ciudades como Cali 5.20%, Medellín 4.60%, Barranquilla 2.99% y Cartagena 2.20% del total nacional. (DANE 2005).

A pesar de que la ciudad avanzaba en modernización, para el año 2003 en la ciudad la pobreza se encontraba en 50.3%, y la miseria afectaba a más de un millón pobladores. En términos absolutos, las personas pobres de Bogotá para el 2000 se estimaron en

⁵⁸ Se toma como referencia de información la que permite el análisis con relación al periodo de tiempo 2002-2012.

3.190.170, mientras que las personas en condiciones de indigencia en 959.238. En este marco uno de los mayores retos de la ciudad en ese momento era avanzar en la inclusión social y la superación de las brechas de inequidad:

La modernización de la ciudad en infraestructura no se compagina con las brechas de inequidad, con el precario desarrollo de autonomía de las personas para el ejercicio pleno de la libertad y con la debilidad persistente en la construcción de lazos de hermandad y solidaridad que posibiliten la construcción de lo público como la esfera de integración funcional y simbólica de los y las ciudadanos bogotanas. (Carmona y Naranjo 2005, 63).

En cuanto al ordenamiento administrativo de la ciudad es decir la forma como se realiza la gestión en la ciudad, Lizarazo plantea que se debe tener en cuenta lo siguiente:

- El Decreto 3133 de 1968 que define la organización administrativa del Distrito Especial de Bogotá, lo ratifica como Distrito Especial, Capital de la República y del Departamento de Cundinamarca. En dicha norma se establecen como órganos de Gobierno: El Concejo, El Alcalde Mayor, Las Secretarías y Departamentos Administrativos, la Junta Asesora y de Contratos y la Junta de Planeación Distrital⁵⁹.
- Antes de la Constitución Política de 1991 la ciudad desarrolló ejercicios a nivel de desconcentración agenciado a través de las alcaldías menores (desde 1954) y algunos ejercicios de planeación zonal que pretendían la aplicación de recursos en algunas localidades, definidos con la participación de las comunidades. Hacia 1991, la administración de la ciudad era excesivamente centralizada en cabeza del Concejo, el alcalde mayor, las instituciones del nivel central y tres juntas:

La **Junta Asesora y de Contratos** integrada por el alcalde, la administración y tres representantes del Concejo: la presidía el Alcalde Mayor, quien designaba tres secretarios del despacho y dos directores de departamento administrativo. Los representantes del Consejo eran elegidos por éste y en ella tenían voz sin voto el Tesorero y el Contralor. Tenía como

⁵⁹ Esta fue la última reforma de importancia para la capital antes de la Constitución Política de 1991. En ella se fijaron los principales principios rectores para el funcionamiento del Distrito Especial, donde se rescata el carácter centralizado de la ciudad frente a las alcaldías menores y el inmenso poder ejercido por la coadministración en cabeza del ejecutivo y del concejo de la ciudad. La Junta Administradora y de Contratos y la Junta de Planeación Distrital eran dos órganos de inmenso poder en la ciudad y estaban compuestas por representantes del ejecutivo y del Concejo, creando un mecanismo perverso y nocivo para la administración de los asuntos públicos de la ciudad. Igualmente el Concejo participaba en las juntas directivas de las empresas descentralizadas (artículo 81). Estos mecanismos solo se vieron modificados a partir de la expedición del Decreto Ley 1421 de 1993.

función asesorar a la administración en cuestiones fiscales, autorizar al alcalde para celebrar contratos por las cuantías autorizadas por el Concejo, y aprobar o no los contratos celebrados por el Alcalde Mayor o sus delegados. En dicha junta se acumulaban los mayores problemas para el manejo administrativo de la capital por la injerencia del concejo en la coadministración de la ciudad.

La **Junta de Planeación**, con una composición integrada por la administración en cabeza del Alcalde Mayor y con participación del Concejo: el Alcalde, el secretario de Hacienda, el secretario de Obras Públicas, el director del Instituto de Desarrollo Urbano y cuatro representantes el Consejo. En la Junta tenía voz sin voto el director del Departamento Administrativo de Planeación y el Contralor del distrito. Tenía como principales funciones estudiar el plan de desarrollo, los planes y programas sectoriales, definir la prioridad del gasto público, conceptuar sobre el anteproyecto de presupuesto y consultar y asesorar al Concejo para la integración de los programas físicos, económicos, culturales y sociales. Al igual que la Junta Asesora y de Contratos, era expresión del centralismo y entrañaba los mismos males de la coadministración.

La **Junta de Hacienda** con una composición muy semejante a las anteriores, cumplía las funciones de ser instancia para las reclamaciones de los contribuyentes sobre liquidaciones de impuestos y órgano consultivo y asesor sobre asuntos tributarios. Queda a la imaginación de los lectores, lo que significaría una Junta como instancia de reclamación sobre impuestos integrada con representantes del Concejo. (Lizarazo 2005, 104)

Como se lee es evidente el poder que tenía el Concejo en la ciudad sobre la ejecución de recursos, “*era coadministrador*” que se sustentaba en una lógica clientelista bipartidista (partido Liberal y Conservador) con capacidad electoral que le permite capturar el Estado. A partir de 1988 con la elección popular de alcaldes y solo hasta 1995 se logró romper la dinámica bipartidista con el triunfo de Antanas Mockus.

Con esta ligera mirada sobre el Estado en la ciudad antes de la Constitución Política de 1991 se evidencia el excesivo centralismo de la misma, y el régimen político bipartidista que era dominante y que se agravaba por el tamaño y el desorden urbano con el cual se finalizaba el siglo XX.

A partir de la Constitución Política de 1991, se declaró a Bogotá como Distrito Capital⁶⁰. Y administrativamente se crearon las localidades y las Juntas Administradoras Locales, JAL. Esta nueva realidad político-administrativa para la ciudad buscaba cumplir los principios constitucionales de descentralización y democracia participativa, tanto en su relación con la nación, como en su organización territorial (localidades).

En el año de 1993 se reordenó la ciudad con el Decreto 1421 que dio origen al *Estatuto orgánico de Bogotá* que definió el régimen político, administrativo y fiscal que desde entonces gobierna la ciudad, y estableció las funciones y atribuciones de las autoridades y sus relaciones, incluyendo la ciudadanía.

Uno de los principales aportes del Estatuto Orgánico estuvo en el desmonte de la coadministración⁶¹. También posibilitó el desarrollo de la descentralización y la autonomía fiscal.

En cuanto a las finanzas de la ciudad el estatuto permitió usar la autonomía territorial para simplificar los procedimientos, organizar el sistema financiero de recaudo de los recursos distritales⁶², y adoptar medidas para combatir el fraude y la evasión fiscales. La ciudad entró así en una racionalidad administrativa distinta y renovada con la cual se pretendían enfrentar los principales problemas que aquejaban a la administración y que afectaban a sus pobladores.

La Ley 1 de 1992 y su reglamentación a través del Acuerdo 2 y 6 de 1992 del Concejo de Bogotá establecieron básicamente que Bogotá (Lizarazo 2005, 106-108):

- a. Tiene derecho a una proporción igual de los recursos fiscales que le otorgan a los departamentos del Sistema General de Participación (SGP).
- b. Desde el punto de vista administrativo se moderniza y agiliza la gestión de la administración a través de varias disposiciones: se acoge de manera inmediata del régimen de contratación pública (Ley 80 de 1993), se adoptaron los principios de la ley orgánica de presupuesto y se creó el Consejo Distrital de Política Económica y Fiscal (CONFIS).
- c. Dota de nuevos recursos a los Fondos de Desarrollo Local, lo cual permite que las localidades empiecen a asumir las funciones otorgadas en la norma y puedan empezar a cubrir parte de las necesidades básicas insatisfechas de buena parte de

⁶⁰ El régimen de la la ciudad está definido en los artículos 322, al 327 de la Constitución Política de 1991.

⁶¹ Con la Ley de 1993 desaparecen las tres juntas mencionadas antes.

⁶² Instauró el cobro de valorización general como uno de los principales medios para recaudar y el autoevalúo para el pago del predial con lo cual la ciudad aumentó de manera importante los recursos.

la población bogotana a la que los beneficios del desarrollo le habían sido negados dentro del esquema centralizado y clientelista⁶³.

De acuerdo con Lizarazo, la descentralización no se logró de forma plena y en la ciudad persisten viejos problemas administrativos, debido principalmente a que(Lizarazo 2005, 101):

- se inició el proceso con la misma estructura orgánica que tenían las alcaldías menores en una ciudad centralizada. No se dieron cambios significativos en la estructura de las alcaldías locales;
- no se definieron con claridad las competencias asignadas a las autoridades locales, de acuerdo con un análisis de capacidad, diferencias en las problemáticas a resolver y disponibilidad de recursos;
- las localidades fueron establecidas por el Acuerdo 2 de 1992, y mantenían la misma distribución territorial de la Bogotá centralizada y con la misma lógica administrativa: las localidades no son entidades territoriales en el sentido constitucional y por lo tanto, su autonomía es más limitada que la de los municipios;
- se mantuvo la mirada sobre las localidades como “menores de edad” incapaces de manejar los recursos y, por ende, debe restringírseles;
- se descuidó plenamente el nivel político del proceso, especialmente al reproducir los vicios de la política tradicional, la concentración de funciones en cabeza de alcalde y ediles, y la poca importancia dada a la democracia participativa y deliberativa alrededor de las decisiones locales.

En términos de administración de la ciudad es fundamental la Ley 152 de 1994, Ley Orgánica de Plan de Desarrollo y el Acuerdo 12 de 1994: Estatuto de Planeación para el Distrito Capital. Dichas leyes facultaron al Alcalde Mayor para que en el lapso de dos

⁶³ Ver artículo 88 del Decreto Ley 1421 de 1993. Para Jaime Castro los efectos de la descentralización se empezaron a sentir sobre todo en las zonas marginales a donde era muy difícil que el Estado centralizado pudiese llegar, pero agrega que “la descentralización evitó que la ciudad explotara en estos dos últimos años como muchos lo temían o querían. Así sucedió porque aceleró la presencia efectiva del Estado en todo el territorio del distrito..... Había lugares en Bogotá a los que el Distrito nunca llegaba. Teníamos más ciudad que autoridad. Más territorio que distrito, entendido este como expresión del poder del Estado.....Pero la tranquilidad y el orden público no se han alterado, como si ocurrió en 1977”.

meses reglamentara la elaboración y ejecución de los planes de desarrollo de las localidades⁶⁴, plazo que no se cumplió y solo hasta la primera administración del alcalde Mockus se expidió el Decreto 425 de 1995 al respecto.

El Acuerdo 12, que sigue rigiendo la formulación de los planes de desarrollo de la ciudad, junto con la aplicación del Acuerdo 13 de 2000 la ciudad, han permitido mayor participación de la ciudadanía en la gestión pública.

En conclusión, Bogotá, como Distrito Capital de Colombia, ha logrado una independencia política y fiscal en relación con el territorio nacional. Sin embargo, no se puede plantear que tenga una descentralización plena en términos de autonomía política, es decir, la descentralización corresponde más a una figura de desconcentración.

En cuanto al sector salud, mantiene una relación subordinada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y la organización de la estructura administrativa de Bogotá corresponde al marco general del país. La única ventaja que tiene Bogotá es que de acuerdo con su capacidad fiscal puede destinar recursos propios para inversión en salud dependiendo de la voluntad política del alcalde.

La institucionalidad en salud: la transición del SNS a la ley 100 (1994- 2003) en Bogotá

La transición entre el modelo anterior (Sistema Nacional de Salud) y el Sistema General de Seguridad Social en Salud comenzó en 1995 con una serie de adaptaciones institucionales, legales, administrativas y financieras que permitían hacer efectiva la creación de un modelo de aseguramiento en salud caracterizado por la co-participación del Estado y el mercado.

El inicio de los cambios coincidió con un ambiente político agitado por el escándalo que vinculaba al entonces presidente Ernesto Samper entre 1994 y 1998 con dineros del narcotráfico (Uribe 2009, 17), y con el agotamiento de la ciudadanía que seguía

⁶⁴ El Acuerdo 12 de 1994 dejó en manos del Alcalde Mayor la reglamentación de la planeación local. El Artículo 24 del acuerdo dice: “Se autoriza al Alcalde Mayor del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá para que en un término de dos meses, contados a partir de la fecha de expedición y aprobación del presente acuerdo, proceda a la reglamentación para la elaboración, aprobación y ejecución de los planes de desarrollo de las localidades”.

sin ver soluciones para los problemas de corrupción, seguridad pública, inequidad y desempleo. Ernesto Samper se proponía combinar la consolidación de las reformas económicas e institucionales con programas centrados en el desarrollo del empleo y de la educación. Según el equipo gubernamental, éste era un modelo de desarrollo alternativo que no buscaba únicamente el crecimiento del mercado, sino también la equidad social. En materia de salud, la transición implicaba transformar la oferta pública (que representaba casi el 80% de los servicios) y propiciar la expansión de las promotoras privadas. Entre las metas propuestas para el sector estaban garantizar la afiliación progresiva de la población al nuevo sistema de aseguramiento (contributivo y subsidiado), sustituir los subsidios a la oferta por subsidios a la demanda y apoyar la transformación de los hospitales públicos en empresas estatales autónomas (Empresas Sociales del Estado). (Uribe 2009, 19)

Esta última meta estaba proyectada desde 1990 con la Ley de descentralización, sin embargo, muy pocos hospitales habían empezado su proceso de transición hasta ese momento.

Para el caso de Bogotá el Acuerdo 20 de 1990 del Concejo⁶⁵ había creado el Sistema Distrital de Salud de Bogotá que buscaba: “la descentralización como proceso indispensable para la modernización de los modelos de prestación de servicios dando a las entidades locales y municipales la responsabilidad de diseñar sus propios planes de salud, presupuestos y administración involucrando la participación activa de la comunidad”. (Concejo de Bogotá 1990).

Para esa época el sistema de salud funcionaba en dos frentes: El Servicio Distrital de Salud y la Secretaría de Salud; dos fuentes de financiación; dos regímenes de contratación; dos nóminas (7.500 funcionarios). Así mismo la Secretaría Distrital de Salud (SDS) con el Sistema Distrital había generado un régimen único con 16 hospitales, 18 Sistemas locales (SILOS), 107 centros de salud y 6 programas básicos. El Acuerdo también ordenó un modelo de asistencia para casos fortuitos a través de la Red Distrital de Urgencias lo que implicó la construcción de 30 Centros de Atención Médica Inmediata (CAMIS) en 30 puntos de mayor accidentalidad de la ciudad; estableció 117 comités de

⁶⁵ Acuerdos: 16,17, 18y 19 de 1991.

participación comunitaria y 57 boticas comunitarias. Además, creó el Fondo Financiero Distrital (FFDS) como ente público con personería jurídica, autonomía administrativa, financiera y patrimonial y fondos de medicamento y suministros. El FFDS era el medio para articular los recursos de la Nación con los del ente territorial, obligado por la Ley 10 de 1990 que definió la descentralización en salud para todo el país, sin afectar la seguridad social ni el subsector privado.

En cuanto al modelo de atención creó un programa de Atención Primaria en Salud que debía vincularse con los niveles de atención según el grado de desarrollo científico tecnológico de las instituciones. “[..]es entendible en la actualidad, que la atención primaria en salud se aplicara como si fuera una primera instancia en la atención a la enfermedad”(Concejo de Bogotá 1990). Sin embargo, la lógica de APS como primera instancia no se incorporó, entre otras razones porque no se contaba con un sistema de referencia y contrarreferencia que logrará articular los diferentes niveles de atención.

El primer nivel de la Red se componía de puestos de salud, hospitales locales (consulta externa, médicos generales, urgencias) y CAMIS; el segundo, de atención intermedia, con especialidades básicas: medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, psiquiatría, anestesiología, cuyo centro era un hospital o un CAMI de segundo nivel y; el tercero, de atención de alta complejidad, con médico general, especialidades y subespecialidades en un hospital de alta complejidad.

Entre las funciones por parte de la SDS para ese momento, se destacan:

- Coordinar y supervisar la prestación de servicios de salud en el Distrito.
- Formular y ejecutar planes del sector salud de Bogotá, en armonía con la política, planes y programas, de la nación.
- Adaptar y aplicar tarifas para la prestación de servicios médicos asistenciales establecidos por la Junta Nacional de Tarifas (decreto 1759 de 1990 y las disposiciones que lo reglamenten).

En cuanto a la estructura la SDS estaba organizada así: i) despacho del secretario, concejo asesor distrital de integración funcional, comité técnico ii) subsecretaría, división de veeduría interna iii) asesoría jurídica iv) planeación v) Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) establecimiento público vi) administrativa y financiera.

Hacia 1996 la ciudad y en particular la Secretaría Distrital de Salud (SDS) se reordenaron para asumir la normatividad e implementar de la Ley 100, durante la primera alcaldía de Antanas Mockus. Con el Decreto 812 del 30 de diciembre de 1996: “Artículo 2º.- Misión. La Secretaría, en virtud de la Ley 100 de 1993, creará condiciones de acceso de la población a los servicios de Salud, como un servicio público a cargo del Estado, mediante la dirección, coordinación, asesoría, vigilancia y control de los diferentes actores del sistema. Garantizará el Plan de Atención Básica a la población”. En este artículo es claro que el Estado centra su misión en la coordinación y control y deja su función de prestador, su papel de garante de los derechos, se restringe a las acciones colectivas o de salud pública.

En coherencia se dio inicio al proceso de modificación de la funciones. El Artículo 3º. “Procesos Centrales. La Secretaría desarrollará y cumplirá sus funciones enmarcadas dentro de los siguientes procesos centrales:

- a. “Dirección, planificación, orientación, coordinación y control de la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Distrito Capital, acorde con las políticas, planes, programas y proyectos de nivel Nacional y Distrital.
- b. Delegación de facultades y asignación de recursos para generar autonomía y participación social en la solución de los problemas de salud a nivel local.
- c. Coordinación de la elaboración, ejecución y evaluación del Plan Distrital de Salud como componente del Plan de Desarrollo Económico y Social del Distrito Capital, al igual que los planes operativos anuales en salud, en el ámbito Distrital.
- d. Racionalización y orientación de las acciones de la Secretaría, evaluando, si la gestión de la entidad marcha en relación con el cumplimiento de su misión.
- e. Garantía de la afiliación de la población a los diferentes regímenes del Sistema General de Seguridad Social en salud y vigilancia del acceso de ésta a los servicios de salud.
- f. Administración y gestión de los recursos de la Secretaría”. (Decreto 812 de 30 de diciembre)

Como queda claro la SDS generó una institucionalidad para ejercer un papel de modulador de agentes del mercado y disminuyó su papel como garante del derecho. Un año después con el Decreto 1173 de 1997 se suprimió la oficina de descentralización:

Artículo primero: Suprímase la Oficina de Descentralización dependiente del Despacho del Subsecretario de Salud” y se crean las Direcciones locales “artículo segundo: Créase la Dirección para Asuntos Locales, dependiente del Desarrollo del

Subsecretario, que tendrá como objetivo, a través del proceso de descentralización, establecer las condiciones políticas, técnicas, administrativas, financieras y organizacionales tendientes a acercar la salud a cada una de las localidades.

Dice un entrevistado:

El proceso de la conformación de las direcciones locales en la Secretaría fue un momento revitalizador [porque] posibilitaba un enfoque territorial; además confluyó con un momento donde varias personas que habíamos estudiado en México, Ecuador, como Luz Ángela, habíamos tenido proximidad con la Medicina Social y los determinantes; entonces era un momento para intentar avanzar en esa visión. Los directores que ingresaron tenían perfiles muy vinculados hacia lo social, una mirada de salud más allá de la enfermedad. Y había una búsqueda de que la salud se leyera de otra forma, un ejercicio específico en ese sentido, fueron los diagnósticos con participación social del 96. (E9C3)⁶⁶.

Con el Decreto 868 de 1999 se modificó nuevamente la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud. “Artículo 1°:

Suprímase de la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud, la Dirección para Asuntos Locales dependiente del Despacho del Subsecretario, creada en el artículo 2 del Decreto 1173 de 1997. Artículo 2°.- Suprímase de la estructura organizacional de la Secretaría Distrital de Salud las Direcciones Locales de Salud creadas en el artículo 3 del Decreto 1173 de 1997.

Con este Decreto se resalta como la labor de la SDS es apoyar la asistencia en salud pública restándole autoridad sanitaria:

Apoyar y asistir a las autoridades del sector de las localidades en materia de salud pública, así como asesorarlas en la asignación de recursos que se dirijan para esos fines en cada una de las localidades. Lo mismo sucede con desarrollo de servicios: “Apoyar y asistir a las autoridades del sector de las localidades en materia de servicios de salud, así como asesorarlas en la asignación de los recursos que se dirijan para esos fines en cada una de las localidades.

El Estado se desprendía de la provisión directa de bienes y servicios e impulsaba la entrada de agentes privados en tanto que él debía sólo regular, asesorar y hacer inspección, vigilancia y control.

Uno de los entrevistados comenta lo siguiente frente a esta situación:

⁶⁶ Las entrevistas fueron codificadas así: E: entrevistado y se referencia el número que corresponde al actor y C: corresponde al plano de análisis: Conceptual: 1; Política 2; Institucional: 3. Ver anexo N° 9. Además todas las voces de los actores y aquellas que fueron recogidas en la prensa se presenta en letra inclinada o cursiva.

La desaparición de las direcciones locales, que duraron más o menos año y medio, corresponde a la modificación del modelo: cada vez más a la lógica del aseguramiento, cada vez se perfilaba que el papel del Estado era regular, modular a los agentes, no organizar, prestar servicios y menos garantizarlos. Las direcciones locales habían empezado a disputar espacios de poder en lo territorial, incluso con el mismo hospital; se sentía que en cada localidad había una secretaría de salud chiquita, y esto se iba convirtiendo en problema, porque este ente empezaba a ejercer control, a pedir cuentas, a direccionar la política local; y terminan suprimiéndolas, a pesar de que para el mismo periodo de gobierno la Secretaría de Salud era Beatriz Londoño. (E15C3).

Durante el periodo 1996 a 1999 con la administración de Beatriz Londoño, se consolida el proceso de transición al aseguramiento a través de la reorganización de la SDS bajo una perspectiva que teóricamente se centra en la eficiencia:

- La dirección de Aseguramiento organiza todo el proceso de relacionamiento con las aseguradoras (ARS) para los recursos del aseguramiento en salud del régimen subsidiado, y la coordinación con el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).
- La reorientación del talento humano en función de instalar una nueva lógica administrativa donde la gestión se centra en procesos de manejo de recursos en función de la facturación bajo una visión de eficiencia.
- Se reorienta la salud pública en términos de establecer que el papel del ente territorial se debe centrar en esta área, en relación con el paquete de acciones colectivas para ese momento Plan de atención básica (PAB) y no en la prestación de servicios que debe trasladarse fundamentalmente a los prestadores a través de las aseguradoras.

En esa línea un entrevistado comenta: *“La SDS venía desarrollando desde el año 98 un proceso de adaptación progresiva al SGSSS de la Ley 100 y eso implicó un reordenamiento institucional interno muy profundo y un reordenamiento de la red hospitalaria del Distrito”.* (E6C1).

En conclusión al momento en que entra a gobernar la izquierda la Secretaría de Salud contaba con una estructura orientada al aseguramiento en tres direcciones misionales (Aseguramiento, Desarrollo de Servicios y Salud Pública), los hospitales eran Empresas Sociales del Estado (ESE), con fusión de centros y hospitales, había comenzado la flexibilización laboral en la red pública y estaba en aumento progresivo del aseguramiento así como las políticas de adaptación al nuevo Sistema.

Con estos antecedentes en salud, se inicia el periodo del gobierno de la convergencia de izquierda democrática, Polo Democrático Alternativo (PDA) en cabeza de Luis Eduardo Garzón. En el marco del Plan de Desarrollo: “*Bogotá sin indiferencia, un compromiso contra la pobreza y la exclusión*”, que se centró en la realización del Estado Social de Derecho consagrado en la Constitución Nacional, en el reconocimiento de los derechos humanos y del Estado como garante de los mismos, y en esta línea, el derecho a la salud se ubicaba como el eje de la propuesta de la Política en salud para el distrito durante el periodo 2004-2008, lo que se mantuvo en el siguiente periodo de gobierno del PDA 2008-2012.

No obstante, no sobra resaltar que para los dos gobiernos el tema de salud estaba ya decidido en su estructura desde el ámbito nacional con el SGSSS y que instalar una propuesta de derecho incluso en el marco del Estado Social de Derecho Constitucional implicaba tensiones con el proyecto hegemónico. Es importante recordar que quienes participaban del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social traían una agenda política formulada en 2001 desde el Movimiento y claramente ligada a la lucha por los derechos, desde otra visión de la salud y del sistema, contra la ley 100 fueron llamados a integrar este gobierno desde lo contrahegemónico.

Capítulo tres

Análisis desde el plano de la disputa conceptual

El capítulo presenta el análisis de los resultados de acuerdo con la categoría del derecho a la salud desde el campo de disputa conceptual.

En tal sentido, en primer lugar se presenta la disputa conceptual entre las visiones de salud en contienda: el aseguramiento vinculado al mercado de la salud (política nacional) y la salud como derecho vinculado con la perspectiva de determinación social (Política de Salud de Bogotá). En segundo lugar, presenta las contradicciones entre los planteamientos que traía la SDS y los nuevos postulados sobre el derecho a la salud que se instalaron a partir del 2004; reconociendo las voces de los protagonistas. En tercer lugar, se presenta la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud como un enfoque innovador de la salud que sustentó la Política de Salud de Bogotá; y en cuarto lugar, se presentan los resultados en salud pública a partir de algunos indicadores que muestran ciertos logros considerados como materialidad de la política, aclarando que en ningún momento se pretende evaluar la política.

3.1. La disputa general: el mercado de la salud (aseguramiento, ley 100 de 1993) vs el derecho social a la salud

Como se mencionó antes, la Ley 100 de 1993 puso la salud en la lógica del mercado y con el Sistema (SGSSS) se operó una transformación en la concepción de salud que había en el país con el antiguo SNS de 1975.

Conceptualmente el SGSSS limita la salud a la atención de la enfermedad; a una condición singular de cada sujeto y no como producto de las relaciones entre el trabajo, el ambiente y las condiciones estructurales que organizan la sociedad, esto es, en qué tipo de sociedad se vive, qué se produce, cómo se da la reproducción social. Mucho menos vincula la enfermedad con el orden capitalista y su proceso de producción, con la acumulación y la circulación. En consecuencia, el concepto de salud que subyace al Sistema se circunscribe al modelo positivista que vincula la salud con riesgos que

parecieran externos y no determinados por las condiciones de vida de los sujetos en sociedad.

En tal sentido, es pertinente recordar que Marx explica cómo la modernidad centra sus posibilidades de desarrollar las fuerzas productivas en la alienación que produce la fragmentación del proceso productivo, que despoja al trabajador del control total del conocimiento y la transformación que tenía sobre el objeto, a través del trabajo. En este marco, el trabajo es el elemento definitorio del proceso; es transhistórico, porque es el mecanismo a través del cual toda sociedad se reproduce; es la condición fundamental que permite satisfacer las necesidades. “El proceso de trabajo es la estructura básica y transhistórica de todo proceso de producción, y el proceso de valorización es la configuración específica, histórica de la sociedad burguesa”. (Veraza 2007, 138)

La subsunción formal del trabajo al capital está dada por la forma de organización y la división social, que mantienen el modo de producción y las relaciones sociales. La subordinación del trabajo respecto al capital se consigue al arrebatarse al trabajador la iniciativa en el proceso productivo, la cual es desplazada por la dinámica de un sistema de procedimientos que convierten en instrumento a la persona que trabaja. La subsunción real exige, no sólo la subordinación al capital del trabajo dentro del proceso productivo, sino también, de los trabajos y actividades efectuados en la totalidad de los espacios sociales, en particular, en el espacio privado del hogar familiar donde las mujeres garantizan, de forma invisible y obligatoria, la producción y reproducción del capital.

De igual forma, la subsunción real implica la subordinación de la tecnología, la cultura, la subjetividad, la política y las relaciones sociales en su conjunto, al ciclo del capital. Para Marx el plusvalor se produce fundamentalmente con base a la prolongación de la jornada laboral. Este plusvalor se llama plusvalor absoluto.

El plusvalor obtenido a través de todos los mecanismos sociales que, tanto dentro como fuera de los espacios productivos o empresas, hacen más productivo el trabajo humano y acaban produciendo una reducción en el coste de producción de la propia fuerza de trabajo, se llama plusvalor relativo.

En tal sentido, un hecho sustantivo para la subsunción es la alienación. En la actualidad la enajenación ha llegado a la colonización de la vida por el capital, cuando

comienza a demandar la totalidad de la fuerza de trabajo, y se tornan cada vez más borrosos los límites que separan “tiempo de vida” y “tiempo de trabajo”.

Siendo el objetivo del capital la producción de plusvalía –y no la disminución del tiempo de trabajo socialmente necesario–, la tendencia actual es que dicha producción ya no se limite al espacio cerrado de la empresa o el lugar de la producción, sino que se extiende al conjunto de la vida social, abarcando los espacios tradicionalmente conceptuados como de “reproducción” y “consumo”; la totalidad de la vida social se hace potencialmente productora de plusvalía, la vida y el trabajo se convierten prácticamente en sinónimos y se realiza la subsunción real de la vida al capital. Muestra de ello es la “tercerización” actual del trabajo que marca la progresiva flexibilización del tiempo y a la vez, la mercantilización de todas las actividades humanas.

En este contexto, hay un retroceso del “Estado de bienestar” y se expanden las políticas sociales neoliberales; se trata de garantizar contratos entre propietarios y de focalizar recursos públicos en subsidios a la demanda para los pobres e incorporarlos al mercado. De aquí surge la idea de la cobertura universal en salud por la vía del mercado de aseguramiento.

Además, el proceso salud-enfermedad se convierte en una interacción en el marco de la reproducción social, en el que la relación que establece el sujeto con otros sujetos y a la vez con los objetos (naturaleza) se da a través del proceso de trabajo. Entonces, ¿en qué consiste el modo de producción de la salud en el sistema capitalista en Colombia instaurado a través de la Ley 100 del 93? ¿Cómo se da la articulación de la salud en el modo de producción capitalista contemporáneo?

La Ley 100 origina un Sistema que establece una cierta manera de producir y reproducir el proceso de salud-enfermedad, donde la división social del trabajo se fractura aún más a partir de la separación de funciones: financiación, regulación, articulación y prestación. Cuando el SGSSS estableció que la salud es un servicio prestado por agentes públicos o privados, que circula en el mercado el plusvalor se produce con base en el plusvalor por el menor uso posible de los recursos disponibles por cada usuario (UPC⁶⁷), a la hora de prestar un paquete de servicios (POS). Esto hace que el intermediario cree

⁶⁷ Unidad por capitación es el valor de transferencia de recursos públicos a unos intermediarios (EPS) que se lucran con la función de “articulación”.

mecanismos, como las barreras, las glosas, etc., para disminuir el uso de servicios, y adicionalmente, genera mecanismos que le permiten la integración comercial de toda la cadena (integración vertical); y bajo esta lógica se generan beneficios económicos para los dueños del capital, los aseguradores, y se modificó la forma de producir y reproducir el proceso salud enfermedad que había antes de la Ley 100.

La producción de la salud se lleva a cabo para el intercambio y la circulación en el mercado de la atención; la premisa de la ganancia del “asegurador” somete tanto al trabajador, como al usuario que es convertido en consumidor del servicio. En el capitalismo la salud como servicio se vuelve productiva cuando produce plusvalor; la necesidad implícita en el concepto de “valor de uso” se desdibuja y el consumo pasa a ser un espacio dominado por la manipulación de las estructuras cognitivas.

En el ámbito de la acumulación el proyecto neoliberal aspira a abrir plenamente la salud como un terreno de ganancias privadas. Esta vertiente de acumulación es la más novedosa en el proyecto en cuanto introduce como un actor central al capital financiero e impulsa la gran empresa médica se redefine la atención médica como un ‘bien privado’ de mercado cuyo costo debe ser pagado por el usuario-consumidor. (Laurell 2014, 860)

En cuanto el sometimiento del proceso salud-enfermedad está basado en la organización del trabajo y sus condiciones materiales u objetivas bajo la lógica de la mercancía, y sus reglas. Se asigna el papel del usuario o consumidor; se establece los paquetes de servicios; se disponen los niveles de atención de acuerdo al uso de la tecnología y su complejidad; se regulan los tiempos de la atención por cada médico o profesional de la salud en cada servicio de 15 a máximo 20 minutos por usuario; se ordenan los espacios y los tiempos en función de la productividad; se instauran las redes de servicios para que en el Sistema haya articulación/cooperación y optimizar el tiempo de trabajo en función de la productividad. Con todo lo anterior se termina subsumiendo a los trabajadores formal y realmente.

A la vez ocurre lo mismo con los usuarios, quienes asumen esta lógica y son subsumidos formal y realmente bajo el capital. Todos terminan adoptando “que si no hay dinero para pagar el servicio no hay prestación, naturalizando la salud como bien privado”: “como sometimiento del alma y del cuerpo; que se da a través de la enajenación del trabajo, y que termina economizando la salud y naturalizándola como mercancía”.(Veraza 2007, 139).

Con la Ley 100 la salud se convierte en objeto de consumo, las satisfacciones de las necesidades pasan por el filtro del ordenamiento del Sistema, si está o no en el Plan Obligatorio de Salud (POS), y allí se reifican constantemente. Las necesidades de atención son despojadas del valor de uso. Las necesidades de las personas en cuanto a que se le atienda el malestar o la enfermedad definiría el *valor de uso*, pero éste es sometido a la lógica del valor de cambio cuando la atención es un *servicio* por el cual se paga en una relación de oferta y demanda; la mercancía circula y su circulación permite entender cómo se relaciona el valor absoluto⁶⁸ y el valor relativo⁶⁹.

La salud, al incorporarse en el discurso de la oferta y la demanda, modifica la determinación del valor de uso en relación con el trabajo que produce la salud. El trabajo visto de forma transhistórica produce bienes, pero en el capitalismo en su configuración histórica afirma que el trabajo es productivo en cuanto más bienes produzca y así se va configurando el trabajo productivo como aquel que produce plusvalor. La parte del producto que le interesa al capital, la productividad, depende entonces de la cantidad del plusvalor que se genera.

En el capitalismo, la transformación del trabajo improductivo en productivo concentra la subordinación formal y la subordinación real; esto le sucede a la salud cuando es constituida como servicio privado que contrapone al capitalista y al trabajador en cuanto haya explotación del trabajo del último (se le paga menos de lo que produce).

Marx en este punto de la argumentación enmarca al trabajador en el concepto de obrero total y capital total. El capitalismo ha logrado unificar a los obreros de manera material y tecnológica; son la masa explotada. El trabajo es convertido en productivo y ha cohesionado los capitales y a los propietarios de dichos capitales por un interés político, económico y tecnológico, que no son otra cosa que el capital mismo unificado mundialmente. Con esta reconfiguración histórica del trabajo el capitalismo integró lo que era improductivo con el trabajo productivo; por ejemplo, incorpora lo administrativo como parte de la producción. Esta es la razón por la cual las empresas aseguradoras (EPS)

⁶⁸ valor del producto producido por la persona que trabaja más allá de la parte de la jornada laboral en la que ha producido el valor de su propio salario, es decir, el valor de reproducción de sí mismo y su familia como fuerza de trabajo.

⁶⁹ condiciones sociales que aumentan la fecundidad del trabajo, llegando a reducir el coste de producción de la fuerza de trabajo, los salarios.

en el SGSSS tienen como papel administrar para hacer crecer el plusvalor, dividen aún más el proceso de producción de la atención en salud y separan los que proveen servicios de los administradores; éstos últimos programan los recursos, los tiempos, crean barreras de acceso, disminuyen costos e incrementan el plusvalor.

En este proceso, no solo se da una “proletarización total”, y el capital mundial pone en cuestión al sujeto social, que es sometido por la producción, sino que, a la vez el sujeto es sometido por el consumo. Recordemos que el modo de reproducción depende del modo en que se produce, pero también del modo en que se desarrolla la sociedad capitalista y en qué forma se distribuye la ganancia, que, a su vez, depende del modo en que se produce el plusvalor; todo esto implica que el proceso de producción es la unidad del proceso de trabajo y también de valorización. Entonces: no es que la Ley 100 haya generado este modo de producir y reproducir en salud, sino que fue una decisión política que permitió una mayor articulación de los servicios de salud al modo de producción capitalista, en especial, de todo aquello que estaba en manos del Estado. De hecho, la salud en el capitalismo ha venido siendo subsumida desde comienzos del siglo XX.

En el capitalismo se consume la fuerza de trabajo refuncionalizando lo transhistórico del trabajo a través del proceso de valorización, colocando al sujeto como medio para producir plusvalor. Cuando el trabajo se convierte en mercancía, el trabajo adquiere un doble carácter: abstracto y concreto.

Para la crítica de la economía política, el centro de la discusión está en la contradicción entre el trabajo abstracto y trabajo concreto – el valor y el valor de uso, que a su vez se desdobra entre el valor y el valor de cambio-, en esta dualidad, lo concreto corresponde al proceso de trabajo que genera valor de uso, y lo abstracto a la creación del valor y con los dos se constituye la valorización. Todo trabajo contiene esa dualidad en el capitalismo, y esto posibilita la creación de plusvalor:

(...) está indicando que esta contradicción nos permite esclarecer las paradojas que surgen de la relación entre el proceso de creación del valor y el desarrollo de la productividad del trabajo y, entonces, entre el desarrollo de las fuerzas productivas y el desarrollo histórico en general, desde allí es posible comprender la relación entre el desarrollo histórico general de las fuerzas productivas con el desarrollo de la producción capitalista.(Veraza 2007, 140).

Las condiciones en las cuales se produce la salud como proceso de valorización se inscriben en: cómo se desarrolla el proceso de trabajo; cómo se desarrolla la institucionalidad que organiza el proceso productivo; cuáles son las condiciones de legislación (Ley 100) y las políticas económicas que permiten acrecentar el plusvalor y la tasa de ganancia que emerge del SGSSS.

El punto de partida está precisamente en el hecho que funda la Ley cuando instaura la salud como servicio que puede ser prestado por el sector privado, creando la competencia y la conversión de la salud en bien privado, en una mercancía que circula y genera plusvalor. Cuando se instaló la competencia público-privada se afectó la lógica organizativa del trabajo e institucional bajo la competencia.

Como se mostró anteriormente el proceso de organización del trabajo de la Ley 100 subsumió formal y realmente al trabajador. Reordenó el proceso productivo institucional, constituyó legalmente la salud como bien privado, y configuró una serie de dispositivo para acrecentara las ganancias:

La desmoralización institucional causada por la desvalorización del trabajo—disminución salarial, su creciente reglamentación con medición cuantitativa del desempeño, creciente imposibilidad de una práctica profesional estimulante, etcétera— y la creciente brecha entre los prósperos gerentes y el empobrecido personal de salud... La maniobra clave es separar las funciones de regulación y seguridad sanitaria de la administración de fondos/compra de servicios y de la prestación de los mismos. Es la condición necesaria para la mercantilización ya que abre los espacios de mercado donde compiten los agentes económicos, privados y públicos. (Laurell 2014b, 25).

El proceso de enajenación se completa cuando el SGSSS instala la idea de “libertad”; cada vez es más claro que la posibilidad de elegir depende de la disposición y la forma en que las personas están insertas en el mercado: ciudadanos de primera, de segunda, de tercera y de cuarta, de acuerdo con su capacidad de pago, que los pone en alguno de los regímenes; contributivo, subsidiado, vinculado, medicina prepagada.

La subsunción de la producción, de la circulación y del consumo que ha sido propuesta en la Ley como ordenamiento del sistema de salud en Colombia ha subsumido la lógica de las personas que han sido despojadas de la posibilidad de pensar de otra forma la salud. Igual ha pasado con las facultades de medicina y ciencias de la salud y con los médicos y los trabajadores en general del SGSSS; han sido separados de su objeto, y la salud cada vez pierde más el carácter de necesidad, su valor de uso, y es constituida como

objeto de consumo, inclusive como lujo, donde la mejor calidad y oportunidad en la atención hace parte de este “lujo”. Como consecuencia, hay mayor inequidad en los resultados en salud: La salud se ha economizado y con ello se han naturalizan las inequidades:

La transferencia de los fondos de salud a una instancia administradora se ha perpetrado de distintas maneras y está acompañada por la definición de paquetes de servicios, explícitos y costeados, y los servicios excluidos son pagados por el ‘consumidor’ o paciente. En este esquema el prestador recibe su pago por los servicios prestados y/o por el número de personas bajo su atención”.(Laurell 2014b, 126).

En conclusión, cuando la salud es una mercancía se le despoja de su carácter ligado a la vida y su reproducción de manera positiva al *valor de uso*. En el sistema la salud se reduce a la atención a la enfermedad y no a la protección como condición básica de reproducción de la vida. En el Sistema el valor de uso es opacado por el valor, y la salud es un producto que genera plusvalor.

Esta perspectiva de salud como mercancía hace parte de la lógica de aseguramiento que contiene el Sistema como un mercado regulado y se convierte a través de la Ley 100 en la política hegemónica a la cual confronta la propuesta de Bogotá en el periodo 2004-2012 cuando propuso avanzar en la garantía del derecho a la salud como un derecho humano y social vinculado a las condiciones de vida de las poblaciones de la ciudad.

La política de Salud del Bogotá partió de la crítica a la política nacional, que para el 2004 tenía como objetivo la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el marco la protección social, entendida como el “manejo social del riesgo”. Desde esta perspectiva, el aseguramiento y el subsidio a la demanda fueron estrategias fundamentales para disminuir el riesgo económico y social derivado de situaciones adversas como la enfermedad. La política nacional tenía tres objetivos: “avanzar hacia la cobertura universal del aseguramiento, conseguir coberturas útiles de vacunación, y obtener sostenibilidad financiera del SGSSS”.(Ministerio de la Protección Social 2003).

Dice uno de los entrevistados:

Cuando llegamos a la Secretaría la política estaba a cargo de las direcciones misionales. Entonces, para sintetizar, la SDS estaba en un proceso muy rápido de adaptación

profunda técnico política al modelo Ley 100, al SGSSS, sin criticarlo en absoluto, simplemente identificando lo que correspondía hacer. (E6C1).

En contraste a la visión nacional la Política de Salud de Bogotá se planteó como objetivo general:

Avanzar en la garantía del derecho a la salud en la ciudad” lo que se tradujo en tres objetivos específicos, así:

- Afectar los determinantes de la salud y la enfermedad desde la gestión participativa y transectorial de los territorios sociales.
- Promover y facilitar el ejercicio de la ciudadanía en salud, entendida como la conciencia y la práctica de los sujetos de derechos, como agentes de transformación de las condiciones de vida y la salud
- Orientar a todos los actores del sistema hacia la atención integral, desde un enfoque promocional de la calidad de vida y la salud de las personas, con base en el ejercicio de la rectoría del sistema distrital de salud. La rectoría estará orientada hacia cuatro objetivos de reorganización del sistema de salud de la ciudad: 1). Incorporar progresivamente la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque familiar y comunitario (Salud a su Hogar). 2). Regular de atención de las urgencias médicas en toda la ciudad. 3). Consolidar la red hospitalaria pública y organización de todos los prestadores, públicos y privados, en redes de servicios. 4). Desarrollar un sistema integrado de información en salud que permita hacer seguimiento a metas de equidad, calidad de vida y salud, como orientadoras de las decisiones. (Secretaría Distrital de Salud 2004, 8)

Los objetivos de la Política de Salud de Bogotá recogen el espíritu del derecho a la salud vinculado con la determinación social.

El primer objetivo expresa el horizonte de sentido de la política. Se trata de afectar las determinaciones que producen las desigualdades en salud no simplemente de afiliar a las personas al Sistema; la concepción de salud es modificada en la Política de Salud de Bogotá porque se entiende como un proceso, y enuncia que le corresponde a la Política desarrollada por el ente territorial, modificar las condiciones que producen la salud-enfermedad (s-e), dispone la forma cómo se debe implementar la Política a través de la gestión participativa y transectorial con lo cual reconoce el proceso s-e como una producción social que implica a todos. En últimas, eleva la salud a bien público y con la transectorialidad la pone como un objeto que trasciende la lógica sectorial/fragmentada de atención o servicios, y con su territorialización posibilita la comprensión del proceso

s-e desde las relaciones de producción, propiedad y poder. Con este primer objetivo la Política de Salud de Bogotá establece como orientador al derecho a la salud en términos de integralidad, interdependencia e indivisibilidad y recoge la Observación General N° 14 de 2000 del Comité del PIDESC.

El segundo objetivo se centra en la ciudadanía en salud con lo cual reconoce a las personas como sujetos de derechos y su participación como elemento sustantivo para transformar las condiciones de vida. De esta forma se instala la idea de sujetos de poder, “*agentes de transformación*” cuya participación es necesaria para el ejercicio del derecho individual y colectivo a la salud como producción social. Este objetivo pone en vigencia que la salud es un valor que se construye entre el Estado y los ciudadanos.

El tercer objetivo establece la relación entre la visión (objetivo uno), el modo de gestión y la atención. De entrada expresa el papel del ente territorial como ente rector. Pone como centro del modo de atención la promoción de la salud en contraposición a la lógica curativa del Sistema; define la salud como calidad de vida con lo cual incorpora una visión integral. Así mismo, reitera el papel del Estado como autoridad sanitaria del territorio, y lo obliga a asumir un papel más allá de ser agente regulador ya que lo dota de capacidad para reorganizar el Sistema de salud en la ciudad y para incluir la APS como estrategia principal.

Esta visión de salud puesta por Bogotá es contrapuesta a la política nacional y se visibilizó en la ampliación de la construcción de salud pública a través de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVyS) como lo dicen las voces de los actores que se presentan a continuación.

.2. La disputa conceptual desde las voces de los actores

Los actores del proceso reconocen que la institucionalidad se identificaba con la concepción de salud de aseguramiento a la cual subyace una visión medicalizada, curativa, individualizada y fragmentada y que prevalecía en la política de la ciudad hasta el 2003 y si bien, existían algunos ejercicios fuera de esa lógica, éstos eran específicos y no permeaban a toda la SDS:

El hecho de que tanto acciones curativas como preventivas y de promoción son

esencialmente parciales, puntuales o en extremo limitadas, se explicaba en gran medida por una lógica más de orden financiera-administrativa que técnica; con muy pobre visión de ciclo de vida, lo cual no permite proyectar la comprensión de los problemas y su intervención con relación a la progresión de la vida de las personas; con una perspectiva fragmentaria, que dificulta la lectura integral de las necesidades. (E11C1).

Hay un cambio de la salud antes y después del 2004, el cambio está en el enfoque que se le da a la atención en salud, porque antes estábamos dedicados a la infraestructura, a la fusión de hospitales, a optimizar la capacidad instalada, a ser eficientes administrativamente. (E3C1).

De acuerdo con los entrevistados el Plan de Desarrollo: *Bogotá Sin indiferencia* (2004-2008), marcó de entrada una concepción distinta a la anterior:

Se comenzó un discurso distinto, que comenzó a involucrar distintos actores a toda la SDS, puso a liderar a los actores de la SDS las 17 mesas en una lógica distinta. Aquí se instalaron unos mecanismos para ampliar la discusión con los distintos actores del sistema y pensar que la SDS ya no era simplemente que mandaba, sino como involucrar a los distintos actores y cómo construir con los distintos actores del sistema; esto involucró a la Secretaría en su conjunto. (E9C1).

En el marco de esta visión plantear como ordenador de la política la garantía del derecho a la salud como una tarea del Estado, que no se limita a regular o modular, sino a dar cumplimiento al Estado social de derecho, requería de un enfoque de salud distinto y un marco normativo más amplio que el de la Ley 100. Esta transformación se vinculó con los pactos en derecho que había ratificado el Estado colombiano, y que la política explicitó así:

Para precisar el contenido del *Derecho a la salud* se acudió al referente internacional definido por el Comité Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), en la Observación N° 14. Este referente constituye la base de los compromisos de la actual administración:

- Acceso a centros, bienes y servicios de salud sin discriminación, comenzando por los excluidos;
- alimentación sana y suficiente;
- hogar y vivienda con agua potable y servicios básicos;
- acceso a medicamentos esenciales;

- distribución equitativa de instalaciones de salud;
- planes y programas de salud pública con participación y vigilancia por parte de la población.

Desde esta perspectiva, el derecho a la salud incluye la atención oportuna y de calidad de las enfermedades por medio del acceso efectivo a los servicios de salud, tanto como la modificación de las condiciones de vida que determinan la salud y la enfermedad de las personas y su participación efectiva en las decisiones privadas o públicas. La salud es un resultado social y un medio para la vida, y no es un fin en sí misma. No todo es derecho a la salud, pero esta visión permite entender la interdependencia de los derechos humanos y actuar en consecuencia. Esto implica comprender las relaciones profundas entre la salud, la calidad de vida y el ejercicio de la autonomía de las personas como base de su condición de ciudadanía. (Secretaría Distrital de Salud. 2004, 10).

Para cualquier lector plantear el cumplimiento del derecho en el marco de una Constitución, como en el caso de Colombia sonaría obvio; no obstante, en las condiciones y la experiencia colombiana que los gobernantes prometen cumplir el Estado Social de Derecho⁷⁰ y por lo tanto, garantizar el derecho a la salud, no es lo “común”. La Constitución plantea el derecho a la salud como un derecho no fundamental, y lo ubica como derecho de carácter prestacional: “puede ser prestado por públicos y privados (Colombia 1991, secs. 48-49); y la Ley 100 otorga al Estado un papel de modulador de los actores del Sistema y relega su función en privados. Que un ente territorial asumiera el papel constitucional que manda el Título1 (ESD) terminaba siendo por lo menos novedoso, como lo dicen los entrevistados:

...un elemento muy atractivo, de compromiso político y que parecía revolucionario era avanzar en los derechos, en el Estado Social de Derecho. Y que eso se hiciera en Bogotá como una cosa ejemplarizante, incluso recuperar el proyecto político de la Constitución del 91 y que en cada sector llegáramos a un acuerdo de cómo avanzar en cada derecho. (E6C1)

El primer elemento diferente sustancial, es entender que toda la operación de salud debe hacerse alrededor de la garantía de un derecho, aunque había muchas debilidades jurídicas para establecer que la salud era un derecho, que eso se establece solo hasta el 2008, mucho después en la Corte Constitucional. (E1C1)

En cuanto al enfoque de salud⁷¹ se adoptó la *determinación social* como la manera más coherente para la comprensión-explicación del derecho a la salud:

⁷⁰ Título I de la Constitución Nacional.

⁷¹ Entendido como el lugar o paradigma para explicarla.

“afectar los determinantes de la salud y la enfermedad desde la gestión participativa y transeccional de los territorios sociales.”

Este planteamiento no se encontró en ningún documento anterior como ordenador general de la Política. La afirmación implicó una comprensión distinta de salud que se explicitó en dos elementos: por un lado, un entendimiento y unas lógicas diferentes a las planteadas por el aseguramiento y su vínculo con el manejo social del riesgo, y por otro, el direccionamiento que los dispositivos de gestión debían seguir para modificar la lógica anterior. Asumir lo territorial y la participación como partes sustantivas para modificar el proceso de gestión hacia una esfera transeccional que condujera a “sacar” a la salud del campo biomédico y posibilitara su instalación en las condiciones de vida y en los procesos productivos y reproductivos de la vida. Es decir, la salud-enfermedad como un proceso, una producción social en el marco de la red de relaciones políticas (poder), económicas, culturales y sociales.

La SDS asumió la visión de determinación social para lo cual partió de una relectura de lo que había hasta ese momento como se ve en el cuadro 9.

En este marco, claramente los actores señalan:

Empezamos a hablar de equidad e inequidad en salud, de cómo incorporar la perspectiva de equidad en el diagnóstico, tanto dentro de los territorios y las localidades como en la comparación de las mismas. (E13C1.)

Cuadro 9.

Presentación SDS -Política de Salud

Una ciudad más moderna pero más desigual	Respuesta social
<ul style="list-style-type: none"> • Inversión sostenida en infraestructura, cultura tributaria y ciudadana. • Más desempleo, subempleo e informalidad vs. Aseguramiento. • Más pobres por línea de pobreza e indigencia. 	<p>Avances en la implantación del SGSSS, pero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragmentación del sistema (baja capacidad de respuesta). • Barreras de acceso a los servicios (económicas, administrativas, geográficas, culturales).

<ul style="list-style-type: none"> • Más desplazados por conflicto. • Enfermedades crónicas, infecciosas y lesiones al mismo tiempo. • Mayores necesidades y más complejas: inequidades en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en curación individual y debilidad de la prevención. • Participación social más cercana a necesidades institucionales que a las comunidades.
--	---

Fuente SDS- Presentación Política 2004-2008

Para la incorporación de la perspectiva de determinación social se recogieron los análisis obtenidos en el diagnóstico con participación social elaborados por los hospitales con el direccionamiento de la Universidad Nacional⁷² en el año 2003.

Ese ejercicio de los diagnósticos locales que pudo tener esa incorporación de perspectiva en equidad ayudo a que dijéramos partamos de aceptar que hay desigualdades intolerables y que el Estado es el que tiene que hacer una intervención en cualquier sistema de salud para tratar de superar estas desigualdades y que eso debería hacerse de manera participativa e inicialmente pensando en el derecho a la salud y en una gran presencia del Estado en el territorio. Hasta ahora íbamos ahí, así lo esbozamos, creo que participamos de una manera muy consciente de que queríamos avanzar en DESC. (E8C1).

La definición de salud que planteó la SDS:

La realización cotidiana del proyecto de vida de los sujetos, entendida como una construcción intencional e intencionada determinada por necesidades, condiciones y estilos de vida y por las respuestas sociales organizadas que buscan reducir su magnitud. Es un proceso que posibilita el desarrollo del proyecto vital humano. Enfermar y sanar no son sólo procesos biológicos, son fenómenos sociales que resultan de procesos de interacción complejos entre diversos elementos de la realidad. (SDS, Lineamiento de Política 2004, 12).

La transformación en el plano conceptual se explicita en el cuadro 10 que corresponde a presentación oficial SDS de la política de salud.

⁷² Durante el año 2003 la Universidad Nacional fue convocada para apoyar la actualización (diseño conceptual, metodológico y pedagógico) del diagnóstico participativo en salud en las 20 localidades. Entre quienes direccionaron el equipo de la Universidad se encontraban: Mario Hernández, Nancy Molina, Luz Dary Carmona, Jairo Luna, entre otros, todos miembros del Movimiento Nacional Por la Salud y ALAMES.

Cuadro 10.

Presentación SDS-Política de salud

Pasar de	Hacia
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Modo de atención basado en la enfermedad. ✓ Modo de gestión por servicios curativos. ✓ Demandas filtradas por la oferta. ✓ Identificación de fragmentos de las necesidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Imperativo ético de responder a necesidades sociales. ✓ Modo de atención promocional de la calidad de vida y la salud. ✓ Modo de gestión apropiado y ordenado por necesidades sociales. ✓ Respuestas integrales

Fuente SDS- Presentación Política 2004-2008

De esta forma el enfoque de determinación social de la salud, el referente territorial y la movilización social por la salud se constituyeron en el fundamento de la Política de Salud de Bogotá:

El enfoque de *determinación de la salud y la enfermedad* asume que tanto la salud como la enfermedad son consecuencia de la interacción causal de condiciones y medios que conducen al bienestar o a la enfermedad y la muerte, con diferentes jerarquías que van desde lo general a lo singular, pasando por lo particular. Dadas estas jerarquías, es posible identificar sujetos, niveles y estrategias específicas de intervención, del sector salud, de otros sectores y de las personas, grupos y comunidades, para disminuir exposiciones y transformar los determinantes en poblaciones específicas. (SDS Lineamiento de salud pública, 2004, 14).

De acuerdo con los actores, la perspectiva para articular derecho y determinación social fue a través de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVyS) se constituyó en el marco de acción de la política en salud de Bogotá ya que representó desplazamientos importantes en la concepción de una política de salud para la ciudad. Estos pueden ser sintetizados del siguiente modo:

- El centro de las acciones en salud no es el individuo, sino la comunidad.
- La salud es un derecho fundamental, no un servicio.
- Las acciones en salud no tienen como preocupación fundamental la enfermedad y su cura, sino la construcción de condiciones para que se puedan construir comunidades saludables.
- El asunto de la intervención en el campo de la salud es un asunto político, no asistencial. Se es un ciudadano, no un cliente.

- El Estado es el garante del derecho a la salud, no el administrador de los servicios.
- El asunto central no es la prestación de servicios de salud sino la calidad de vida.
- La construcción de la salud es un hecho público y social, no un hecho privado e individual.

Asumir la *determinación* como paradigma explicativo exigió modificar la lógica territorial por localidades que tenía la ciudad. Adicionalmente requirió de la transformación de la concepción de salud individual por una lógica de construcción social y por lo tanto debía contar con la participación social:

El referente de la *movilización social* es fundamental para la política de salud, pues sin la decisión de transformación por parte de las personas no es posible promover la calidad de vida y la salud. La movilización se logra en la medida en que se reconozca una situación como problema, se identifique la posibilidad de transformación y se construya una decisión colectiva con suficiente legitimidad y compromiso. La movilización va desde la decisión personal de asumir una opción saludable, hasta la acción organizada de una comunidad para orientar la asignación de recursos del Estado y vigilar su cumplimiento hasta obtener resultados. (SDS Lineamiento de salud pública, 2004, 15).

El enfoque de derechos vinculado con el enfoque de la determinación se constituyó en la base epistemológica de la política que se articuló en lo que se denominó la *Estrategia Promocional de calidad de vida y salud*. Dicha estrategia se viabilizó y concretó en el programa de Atención Primaria en salud (APS) Salud a Su Hogar.

De acuerdo con la revisión documental, la Implantación progresiva de la APS, con enfoque familiar y comunitario en el SGSSS en el D.C. (*Salud a su Hogar*) se constituyó como el medio para:

Mejorar el acceso a los servicios de salud, garantizar la integralidad y la continuidad y de la atención, propiciar el vínculo entre prestadores y usuarios, y promover la participación y la responsabilidad social por la salud, se adopta la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), con un modelo de organización de servicios basado en la salud familiar y comunitaria, en los territorios sociales más precarios de la ciudad y de manera progresiva. Este proceso servirá de referente para la incorporación de la APS por parte de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en la ciudad. En este sentido, la APS es una estrategia de reorganización del sistema de salud en su conjunto, como ha ocurrido en varios países. (SDS Lineamiento de salud pública, 2004, 16).

Instalar la APS en el marco del SGSSS no fue sencillo, implicó además del diseño de la propuesta buscar su viabilidad. En este caso se identificó que se podría instalar en el área de Salud Pública donde había recursos del Plan de Atención Básica (PAB) o paquete

de acciones colectivas. Adicionalmente, obligó a gestionar recursos propios de la salud, colocar la APS en el paquete de salud pública de entrada planteaba que su operación se realizaba a través de los Hospitales de primero y segundo nivel (14 de los 22 cumplían este requisito).

Realmente el modelo de APS que se materializó fue el de una APS híbrida, combinación de algunos componentes limitados de APS Integral, otros de atención gerenciada y de atención básica biomédica. Todo ello en un marco de protección social basado en la gestión social del riesgo que arrastró y paralizó a las instituciones y a las comunidades en muchos aspectos. Sin embargo, hay que defender que a pesar de tantas limitaciones ese enfoque híbrido de la APS pudo generar algunos resultados en salud asociados, alguna mejoría del desempeño de los hospitales en los atributos de APS con grandes vacíos en su orientación familiar y comunitaria, y algunos logros en equidad en salud en parte quizás atribuibles a la APS: sobre esto es bueno compartir y discutir los resultados de una investigación reciente. (E13C1).

La EPCVyS logró instalar una lógica del pensamiento complejo: pensamiento que capta las relaciones, las interacciones y las implicaciones mutuas, los fenómenos multidimensionales, las realidades que a la vez son solidarias y conflictivas; que respeta lo diverso toda vez que reconoce la individualidad; pero a la vez reconoce las necesidades como una condición social; un pensamiento organizador que concibe la relación recíproca entre el todo y las partes. Así la salud se vio como una producción de múltiples dimensiones que comprendía los principios de (De Negri Filho 2004, 63):

1. Salud como derecho-Autonomía
2. Universalidad, equidad, integralidad (Interdependencia)
3. Participación social, organización y democracia
4. Gestión social (articulación público–privada bajo predominio del interés común)

Se pretende superar la lógica del aseguramiento con autoridad sanitaria y prestación directa integrada de servicios a población “vinculada” como modelo demostrativo de que el Estado podía garantizar el derecho a la salud.

Así lo comenta la voz de un actor:

En ese momento fue innovador, implicaba reconocer que la salud es más que la atención médica, que la salud no solo depende de la atención médica o del medicamento, sino si tengo agua potable, si mi vía está pavimentada, es decir, de otras condiciones que son los determinantes de la salud. Eso es una ganancia, tanto para los trabajadores de la salud como para los pacientes, que entendieran que hay unos determinantes de la salud, que afectan positiva o negativamente las condiciones de salud de las personas y del

entorno, además que también cada persona tiene responsabilidad en construir su salud y el estado el deber de garantizarlo. (E11C1).

Para el periodo 2008-2012 el enfoque de derechos se sostuvo como perspectiva epistemológica y en coherencia con ello, el programa Salud a su hogar ahora Salud a su Casa. Así la perspectiva se reforzó con la Gestión Social Integral surgida en el periodo anterior y que había ganado reconocimiento como instrumento que articulaba y que además acercaba el Estado a la ciudadanía.

Una propuesta para tratar de trabajar el empoderamiento social y de participación social con un tema más que institucional, de construcción de los imaginarios y de las operaciones en salud de la ciudadanía. Afectar los determinantes, atacar las inequidades, tratar de subir a unas condiciones humanas de bienestar a la población como fundamento principal. (E11C1)

Cuando se preguntó a los actores en relación con posibles cambios o énfasis de este segundo periodo plantearon lo siguiente:

...algunos elementos toman más fuerza. Como calidad de vida, territorio, participación, el tema del derecho, el tema de la exigibilidad. (E14C1)

Yo creo que otra cosa que es sello de este período, es la idea de la promoción de la salud no centrada en la educación, sino una promoción centrada en lograr unas garantías de calidad de vida, cosas básicas esenciales. Posibilidades del alimento, del agua, de la educación, de un trabajo adecuado. (E14C1).

Para los actores es claro que la continuidad política permitió una mayor apropiación del discurso y ver reflejado que tenía efectividad en la práctica:

Hoy es posible después de estos 10 años que la mirada sobre la salud pública sea entendida de una manera mucho más amplia en términos de la política y lo político, no solamente en términos de los programas y la organización que se da en términos institucionales donde hay un ordenador conceptual alrededor de la población y una mirada sobre reconocer las personas, los ciudadanos y en esa apuesta lo que aporta el desarrollo de procesos de salud pública desde una mirada amplia hacia el desarrollo de la autonomía, las condiciones de la calidad de vida de las personas en donde eso se relaciona con una discusión de los derechos y una interdependencia de los derechos y el rol del Estado allí y el rol de los ciudadanos (E14C1)

También los actores plantearon que a pesar de que en la institucionalidad hubo

resistencias⁷³. El lugar donde mejor se apropió el discurso fue en el área de salud pública, quizás porque desde antes había reconocimiento de la medicina social; no obstante, esto no es generalizable; igualmente hubo una resistencia propia a los cambios, otras resistencias ideológicas ya que la salud se había “politizado” cuando históricamente se reconocía como un saber y un discurso técnico:

Lo que se hizo en Bogotá fue diferente en el año 2004-2005, era un concepto mucho más político, con notados elementos ideológicos y los errores cometidos o insuficiencias que se hayan tenido en este período, obedecen a que no había un punto de comparación de cómo hacer las cosas, era un ambiente técnicamente adverso, políticamente con capacidades de hacerlo en un espacio difícil contra el gobierno nacional.(E5C1).

...todo el ejercicio de responsabilidad de salud pública era de responsabilidad de la SDS, lo que se llama acciones colectivas, pensar en la población en general. Pero la atención de cada individuo ya no era responsabilidad de nosotros, sino era responsabilidad del ente asegurador, la EPS en ese entonces, el régimen contributivo o de la ARS del régimen subsidiado. Y no logramos empatar, unas cosas pudimos garantizarlas a través de acciones colectivas, pero la atención individual de un parto, de un niño menor de un año, de una persona en condición de discapacidad, un niño desnutrido o tantos hechos que identificábamos nosotros, no lo cubría de manera adecuada, oportuna ni eficiente el asegurador y entonces llevábamos a la población y a nosotros mismos a un choque que inclusive minaba en muchos campos nuestra credibilidad (E11C1).

En cuanto a las principales dificultades para instalar esta visión los actores identificaron: el poder político instituido, la configuración administrativa (esto se ampliará en los siguientes capítulos: disputa política e institucional);y la prevalencia del paradigma positivista:

Siento que por más esfuerzo que se ha venido haciendo en esto, tiene unos límites que impiden desarrollar desde Salud pública una visión de determinación social de la salud, una visión de articulación de todo el sistema a través de la APS, no se pudo. Los poderes están en otro lado y van en contra de esa expansión de abajo hacia arriba. (E13C1)

La lógica de lo administrativo termina coartando el espacio, sobretodo hay controles en el nivel administrativo y gerencial de los hospitales que siguen siendo islas de captación de poder, de recursos, de contratos, de clientelas, que no van a soltarse y que tienen cuerdas por otros lados, con los concejales, con los partidos políticos tradicionales, con los distintos niveles y la SDS no puede gobernar eso mientras no pueda afectar esas cosas. (E6C1).

⁷³ Las resistencias internas se amplían en el análisis del plano político, acá se trata de resaltar que éstas surgen desde el enfoque que generó una ruptura con la lógica que existía hasta ese momento.

Para resumir los principales hallazgos en el plano conceptual entre la Política del Gobierno Nacional (Ley 100 de/93) que asumió Bogotá hasta el 2003 y la propuesta de Bogotá (2004-2012) sustentada en el derecho social y la determinación social se presenta en el cuadro 11.

Cuadro 11.

Síntesis disputa conceptual desde los actores

Concepción de salud	Ley 100 política nacional (Congreso de la República de Colombia 1993)	Derecho social Propuesta instalada en Bogotá
Sujeto	<p>Énfasis en lo individual-biológico</p> <p>El sujeto tiene la responsabilidad del auto cuidado con lo cual se le fragmenta de la globalidad del proceso de producción.</p> <p>Es clasificado de acuerdo con la capacidad de pago en un régimen, y obtiene el paquete de servicios de acuerdo con ello.</p>	<p>Individual-colectivo</p> <p>El sujeto está en relación con otros y con la naturaleza y la salud se produce en el marco de estas relaciones.</p> <p>Supera la lógica del aseguramiento individual con autoridad sanitaria y prestación directa integrada de servicios a población “vinculada”.</p>
Lógica explicativa	<p>Factores de riesgo</p> <p>Persiste la visión causal/factorial con lo cual individualiza y a la vez responsabiliza a los sujetos frente a la enfermedad o al bienestar ubicando la salud como cuidado.</p>	<p>Producción social</p> <p>El proceso s-e se explica en relación con la determinación social que busca describir cómo se produce en el marco de las relaciones capitalistas y demostrar que dicho proceso es generado a partir de las condiciones en que se produce y realiza la vida (reproducción social) en una dinámica dialéctica que devela las relaciones entre</p>

		<p>producción, propiedad y poder que sustentan en el modelo de acumulación capitalista, desde donde se explican las inequidades.</p>
Derecho	<p>Se vincula con los riesgos</p> <p>Corresponde a un bien privado que se consume de forma individual. Se ordena por principios de eficiencia, universalidad y se establece por paquetes de servicios. Y se obtiene en el mercado de la salud.</p>	<p>Se vincula con las necesidades sociales. Bien público.</p> <p>Se basa en los principios de universalidad, equidad, e integralidad en los territorios.</p> <p>La APS se pensó como una estrategia demostrativa para integrar servicios y generar respuestas integrales.</p> <p>Se evidencia a través del programa Salud a Su Hogar, que identifica las desigualdades y las deudas históricas con poblaciones vulnerables para alcanzar la universalidad.</p>
Papel del Estado	<p>Regula- modula a los actores del sistema en el marco de una política nacional que respondió a las reformas de los sistemas de salud en América Latina.</p>	<p>Responde a necesidades sociales de las poblaciones en territorios y garantiza el derecho. Sin embargo, por la lógica del Sistema General de Seguridad Social se instaló a través del programa salud a su hogar (APS Renovada) como puerta de entrada a partir de SAH sustentada en el “paquete de salud pública (Plan de atención Básica) que caracterizaba e identificaban necesidades y proponía respuestas integrales. En cuanto a los servicios los</p>

		Hospitales debían facturarlos a las ARS (EPS del Régimen subsidiado)
Papel de la ciudadanía	Son consumidores. Ejercen la libre elección (escogen entre varios aseguradores en competencia) y presentan quejas y reclamos y hacen veeduría como consumidores.	Son sujetos de poder, co-constructores de la salud y la política y deben participar en todo el proceso de gestión de la misma.
Papel del mercado	Responde a las necesidades bajo una lógica de seguros, administra los recursos en competencia regulada.	Debe someterse al derecho y el Estado debe controlarlo.

Fuente: Elaboración propia.

La postura que instaló Bogotá conjunta la visión política del derecho a la salud con la visión epistemológica de la determinación social de la salud configurado bajo la perspectiva que se denominó Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud (EPCVYS). También es válido recordar que dicha propuesta de política se instaló a través de la estrategia de APS y se materializó con el programa Salud a su Hogar (SASH) en el primer periodo (2004-2008) o Salud a su Casa (SASC) en el segundo (2008-2012).

Para marzo de 2004, la Secretaría Distrital de Salud contrató como consultor a Armando de Negri Filho para apoyar la construcción de la Política. El papel que jugó fue fundamental para la estructuración de la Estrategia Promocional en salud.

3.3. La Estrategia Promocional de calidad de Vida y Salud⁷⁴

La experiencia de gobierno en salud en Bogotá fue un esfuerzo por constituir una política a partir de una comprensión de la salud como proceso en el marco de la determinación social, elemento nodal de entronque con la visión de derecho, y en oposición a la mirada biomédica centrada en el riesgo y vinculada a una lógica del derecho como aseguramiento enmarcado en el mercado. Desde el plano conceptual todos los actores reconocieron que el logro más importante fue la transformación de la concepción de salud pública en SDS, lo que favoreció los resultados de salud pública en la ciudad.

A continuación se detalla la visión de salud pública construida, las razones por las que se considera que es una propuesta alternativa y el contraste entre la visión de salud pública nacional y la propuesta que desarrolló Bogotá.

La SDS en coherencia con lo anterior propuso como objetivo avanzar en la garantía del derecho a la salud en la ciudad, entendido como la suma de todos los esfuerzos tendientes a satisfacer las necesidades sociales de manera integral. Al Estado le corresponde intervenir sobre asuntos tales como: alimentación sana y suficiente; hogar y vivienda con agua potable y servicios básicos; acceso a medicamentos esenciales; distribución equitativa de instalaciones, planes y programas de salud pública con participación y vigilancia por parte de la población; acceso a centros, bienes y servicios de salud sin discriminación bajo la premisa de la progresividad. Es decir, las intervenciones se iniciaban por los históricamente excluidos, pero con un horizonte para alcanzar la universalidad.

El desarrollo de este compromiso implicó reconocer en la ciudad necesidades diversas, marcadas fundamentalmente por la presencia de desigualdades injustas y evitables, definidas como inequidades, las cuales se configuran de forma variada en los grupos humanos y en los territorios socialmente construidos. En consecuencia, la respuesta a estas realidades diversas debe igualmente ser diferenciada según las necesidades de cada grupo poblacional: “La universalidad con equidad es entonces la

⁷⁴ La EPCVyS retomó centralmente los aportes de Armando de Negri F. En Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004

máxima expresión de justicia entendiendo lo justo como lo que se necesita, es decir, responder a cada uno según sus necesidades”. (Secretaría Distrital de Salud 2004b, 16)

En este contexto, se entiende de la realidad social, como un concepto integrador que se desarrolla en un continuo de la vida y de sus determinaciones sociales en todas sus etapas, procesos y contextos. Se asocia con lo que se valora socialmente como bueno, deseable y alcanzable. Propone igualmente formas de construcción de respuestas colectivas que trascienden las políticas centradas en la prestación de servicios y articula las políticas económicas y sociales alrededor de objetivos y metas públicas dirigidas a impactar en la transformación de las condiciones de vida de la ciudadanía.

La SDS adoptó la Estrategia Promocional de calidad de vida⁷⁵, entendida como:

El esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades para hacer efectivos los derechos sociales, entendiendo por autonomía la capacidad de decidir y materializar proyectos de vida de acuerdo con necesidades, lo cual dependerá del acceso y distribución equitativa de oportunidades a una buena calidad de vida. En este contexto la promoción significa elevar o mejorar las condiciones de vida, es la acción o efecto de moverse hacia la superación de los problemas a partir de la valoración de todas las dimensiones y variables que actúan como causalidades y determinantes de los mismos”. (De Negri Filho 2004b, 121)

La *EPCVyS*, requiere para su concreción la definición de agendas de decisión política en las que se establecen compromisos públicos capaces de movilizar todos los esfuerzos de la sociedad en su conjunto con particular énfasis en los institucionales.

La construcción parte de la identificación de situaciones o problemas inaceptables e intolerables sobre los cuales es posible definir compromisos o metas de reducción o erradicación de problemas sobre la base de criterios de viabilidad técnica y científica, económicamente sustentables, socialmente deseados y políticamente concertados. (SDS 2006, 43).

De lo anterior se desprende la necesidad de incorporar una visión de salud con una lógica integradora en la lectura y construcción de respuestas a las necesidades identificadas, superando la fragmentación y parcelación de la realidad que con frecuencia hegemoniza y homogeniza la respuesta social e institucional.

⁷⁵ El planteamiento inicial de LA EPCVYS es retomado de la experiencia de Armando de Negri en Venezuela, precisando que la experiencia de Bogotá logró su implementación específica en el campo de la Salud Pública; en tal sentido, no corresponde a una “copia”, sino a una adaptación con desarrollos propios acorde a los contextos y sus diferencias, políticas, sociales e institucionales.

La experiencia de Bogotá logró instalar esta visión epistemológica en el campo de la salud a partir de la generación de un discurso nuevo que conjugaba una visión ético-político-jurídica (derecho social a la salud) con la perspectiva de salud como proceso (determinación social). Esta visión produjo una forma de conocer y aprehender la realidad en salud de manera radicalmente diferente a como se concebía la salud-enfermedad en el marco del SGSSS, y particularmente, en relación expresa con el campo de la salud pública. En este contexto, la experiencia de la SDS muestra una reconfiguración así:

- Se trata de ver la totalidad de la salud e identificar las dimensiones y sus relaciones en planos y movimientos. No se leen riesgos, variables, ni factores fragmentados, sino la realidad como un continuo (poblaciones en territorios), se identifican las condiciones de vida en claves de derechos; entonces se debe leer el grado de autonomía de los sujetos, para lo cual se requiere precisar qué condiciones limitan o potencian dicha autonomía. Estas condiciones se ordenan por dimensiones y se establece el peso que cada una tiene para afectar o potenciar la autonomía; esto define los tipos de intervención o respuestas en salud para promover autonomía⁷⁶. Esta visión implicó construir herramientas de lecturas y respuestas que se verán más adelante.
- Establece una relación sujeto-objeto reconfigurada en la medida en que el sujeto de saber —para el caso el técnico— debe constituir un objeto complejo, a partir de una relocalización frente al mismo. Propone una visión del proceso salud-enfermedad como un campo producto de condiciones en el marco de las relaciones de producción, propiedad, poder, por lo cual la salud pública es el lugar para afectar esas condiciones y por ende es una práctica ética-política-científica.
- Instala una lógica integradora donde había una fragmentada que vincula todas las dimensiones; no se refiere a un ejercicio puramente operacional o procedimental (sumatoria), sino a la comprensión del todo y las partes como continuo.
- Esta visión de salud produjo nuevos relacionamientos, discursos y prácticas diferenciales que posibilitaron una nueva narrativa en salud.

⁷⁶ La autonomía se entiende como el ejercicio de la libertad vinculada con la dignidad humana, y por ende, está directamente relacionada con las condiciones de posibilidad materiales para ejercerla.

La comprensión de la salud como un campo complejo y el papel de los trabajadores de la salud como garantistas del derecho permitió modificar lo que hasta ese momento realizaba la institucionalidad en salud y en coherencia modificar el papel del Estado de ente regulador de agentes o modulador del mercado a un Estado garante del bienestar colectivo.

El método para el desarrollo de la Estrategia Promocional

Se trata de un cambio no solo en la comprensión del derecho social a la salud, sino que se debe dar respuesta a las necesidades sociales. Se requería pasar de la lógica institucional de ordenar las respuestas de acuerdo con la capacidad institucional –oferta de servicios–, al imperativo ético de responder a las necesidades sociales. Para ello, fue necesario fortalecer el proceso de construcción de una visión compartida frente a esas necesidades de la ciudad y sus pobladores; esto también implicó modificar el rol del Estado debilitado y en especial, lo referido a modular el aseguramiento, considerando en ese momento como la respuesta a las necesidades en salud.

El punto original para la modificación del papel del Estado es el planteamiento del Plan de Desarrollo Distrital, en el que decidió asumir el papel manifiesto en el preámbulo constitucional que considera al Estado como un Estado Social de Derecho, es decir, garante de los mismos, y asigna un papel a la ciudadanía como sujetos de derechos y a estos como exigibles. La perspectiva política mencionada permitió que la SDS asumiera un papel fuerte de rectoría del sistema de salud en el ámbito municipal (más allá de los planteamientos del SGSSS) y a la vez iniciará una transformación institucional partiendo de la identificación de necesidades como concepto fundamental que expresa la realización de derechos:

Desarrollar procesos de identificación de necesidades específicas de población en territorios sociales concretos⁷⁷, reconociendo las diferencias existentes y profundizando en su problematización; es decir, en el reconocimiento de sus determinantes lo que define una agenda social de interés para los actores; a partir de esto, articular el que hacer en la respuesta tanto institucional como social; para finalmente, definir los procesos y acciones

⁷⁷ Inicialmente se retomaron las 79 Zonas de Condiciones de vida y Salud de los diagnósticos con participación social del 2003. Posteriormente el ejercicio territorial se profundizó con la caracterización territorial de APS (por microterritorios), lo que fue retomado posteriormente para el proceso de Gestión Social Integral (GSI) que terminó constituyendo 114 territorios en la ciudad construidos con participación social y en acuerdo con la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaría Distrital de Planeación.

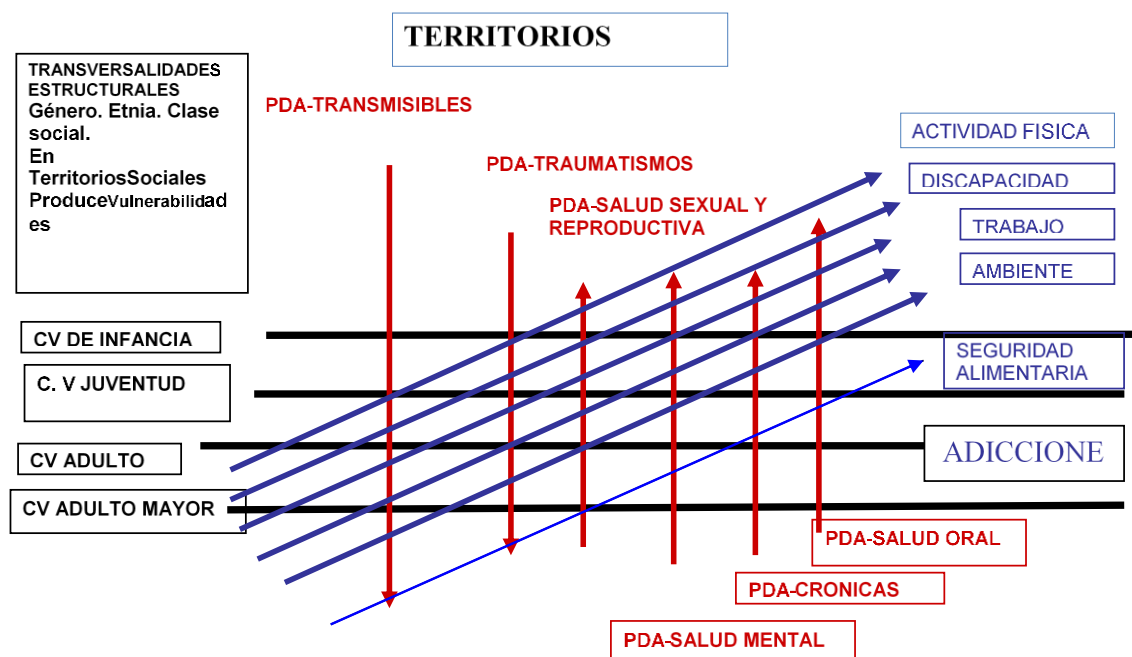
necesarias (gestión) que permitan el desarrollo de dicha respuesta. En síntesis, se trata de construir una voluntad política y programática que permita definir conjuntamente cuáles son los problemas, cuál es la mejor respuesta, es decir la más articulada e integral posible, y la forma en que dicha respuesta será desarrollada, monitoreada y ajustada de manera sistemática. (Molina, N. Informe de Gestión DSP, diciembre de 2005, 3).

Ubicarse en esa visión compleja de salud requirió incorporar una metodología que posibilitara una lectura también compleja, que permitiera el reconocimiento transversal de las inequidades (desigualdades injustas) que se expresan en:

- Diferencia por ciclo vital: entendiendo que el ciclo vital es un continuo en el desarrollo de los sujetos, que propone que el crecimiento y desarrollo humano son producto de la sucesión de experiencias en el plano biológico, psicológico, social, entre otros. Las condiciones y experiencias en cada ciclo vital preparan o condicionan las posibilidades de las siguientes. Adicionalmente, existen necesidades diversas a lo largo del ciclo como reflejo de las especificidades que acontecen en cada momento vital. Bogotá organizó el ciclo en momentos: infancia, juventud, adultos y adulto mayor.
- Inequidades o desigualdades injustas por aspectos estructurales de calidad de vida: se refieren a las categorías relacionadas con los núcleos determinantes de la equidad en la calidad de vida: clases sociales, género, etnias y condiciones particulares de vulnerabilidad como es el caso de la condición de desplazamiento forzado.
- Inequidades por aspectos mediadores de calidad de vida: se refieren a categorías mediadores en la calidad de vida tales como el trabajo (ocupación), nutrición, las condiciones del ambiente, la actividad física, la condición de discapacidad y las adicciones. Estas se definen como condicionantes potenciales de una mayor o menor calidad de vida.
- Inequidades por condiciones específicas de calidad de vida: que pueden o no expresar problemas colectivos que afectan la autonomía de las personas y grupos sociales. Aquí se encuentran las necesidades que se derivan de las enfermedades crónicas, las transmisibles, los traumas, las condiciones de salud mental, salud oral y salud sexual y reproductiva.

Para este análisis así como para la construcción de respuestas integrales se adoptó la matriz de análisis de las necesidades en salud (calidad de vida) y con la cual se ordenó el trabajo en salud pública como se ve el gráfico3:

Gráfico 3.
Enfoque promocional



Fuente : (De Negri Filho 2004a). Ajustado PAB 2006.

El gráfico tres permite la siguiente explicación:

1. La lectura parte del reconocimiento de necesidades de los sujetos en los territorios que habitan. El territorio demarca la red de relaciones que atraviesan al sujeto en términos de producción, reproducción, y consumo, en el escenario de las relaciones capitalistas; esto determina la posición social, los contextos políticos-relaciones de poder y los efectos ambientales, (transversalidades determinantes) estableciendo un primer plano de diferenciación. Por ejemplo, no es igual vivir en la localidad de ciudad Bolívar en la parte baja (Candelaria la Nueva) con acceso a vías, transporte, infraestructura (bienes y servicios salud, educación, etc.) que vivir en la parte alta de la misma localidad (Ciudad Bolívar) en el Mochuelo bajo, zona

rural, con dificultades para el acceso a transporte, bienes y servicios y ambientalmente con alta exposición a los efectos del Relleno Sanitario Doña Juana. La comparación corresponde a dos zonas de una misma localidad, si estas dos zonas se comparan con otra zona en otra localidad como Teusaquillo las condiciones de vida producidas en el marco del territorio son extremas en su diferenciación y condiciones de vida, la mayoría injustas y evitables y que producen más o menos salud o bienestar, enfermedad o muerte. El territorio es el primer elemento para comprender las condiciones de vida y determinar las desigualdades. Este elemento es sustantivamente diferente con la lógica que ordena los problemas en salud en el Sistema donde el territorio se diluye.

2. El ciclo vital (en territorio) permite reconocer unas diferencias en términos de momentos del desarrollo del sujeto, pero esto es insuficiente para determinar la totalidad de las diferencias y hallar las desigualdades que correspondan al criterio de “injustas y evitables” y que afectan el desarrollo de autonomía del sujeto, es decir, en el gráfico se trata de leer cada ciclo a la luz de las transversalidades estructurales de equidad: género, etnia, clase social. Así al leer **cada ciclo en su territorio** y filtrarse por el **género** se reconoce que hay una diferencia estructural que pone a las mujeres de cualquier ciclo vital en una posición menor a los hombres configurando una desigualdad injusta y evitable; si se filtra por **la clase social** se reconoce el poder como determinante de la salud, en relación con el control sobre las condiciones de vida de los grupos sociales, y configurada en la red de relaciones diferenciadas que se tejen entre lo social, lo político y lo económico, lo ambiental, a partir de lo cual se constituyen las cosmovisiones y posturas frente a la vida. La clase social, devela las relaciones entre producción, propiedad y poder que se sustentan en el modelo de acumulación capitalista y esto permite explicar las inequidades. Al filtrarse por **etnia**, se reconoce el ejercicio del poder de unos grupos sobre otros, poder constituido históricamente bajo procesos de dominación y racismo. La intersección de todas estas condiciones estructurales producen diferentes grados de vulnerabilidad.
3. La lectura de cada ciclo vital en territorio también debe leerse a la luz de las transversalidades que posibilitan la reproducción de las condiciones de vida, y que

potencian o limitan la autonomía y el desarrollo humano⁷⁸. Esta son: seguridad alimentaria, trabajo, actividad física y ambiente. Contar con estas transversalidades de manera positiva genera mayores oportunidades para la realización de la autonomía. En cuanto a las adicciones, es una condición que pone en posición de debilidad al sujeto en las decisiones que toma con en relación al conjunto de la sociedad. En cuanto a la condición de discapacidad se plantea que las particularidades deben ser tenidas en cuentas para poner al sujeto en condición de dignidad, desde los principios de universalidad (sin discriminación), igualdad (piso de oportunidades equivalentes, todos somos iguales en dignidad y derechos); y equidad (se reconoce la condición diferencial con relación al conjunto para generar dispositivos que les permita igualdad en el disfrute de bienes y servicios en el marco de los derechos).

4. Una vez se ha hecho la lectura, se debe plantear qué acciones debe emprender el Estado (garante) y la sociedad (que construye el valor de la salud y el bienestar) para mejorar las condiciones de vida. Es decir, cómo afectar las transversalidades de equidad (estructurales); mejorar las transversalidades de reproducción de forma positiva y realizar acciones integrales no segmentadas bajo la lógica de Proyectos de Desarrollo de Autonomía (PDA). Se denominan así porque cada uno debe responder: ¿qué acciones debo realizar para transformar las condiciones que limitan las autonomía individual y colectiva en cada ciclo vital y por territorio (zona de condición de calidad de vida o microterritorios según sea el caso o abordaje territorial)?

Hasta acá se ha mostrado como se configura una nueva visión de salud, que logra su materialización institucional en el lineamiento del PAB 2006.⁷⁹ A continuación, en el cuadro 12 se presenta sintéticamente la perspectiva de salud pública que estaba instalada

⁷⁸ Se entiende el Desarrollo Humano como la ampliación de la libertad (autonomía) bajo la correlación directa entre satisfacción de necesidades y opciones-oportunidades para realizar la vida buena y las capacidades. Es decir, que se reconoce el planteamiento de Martha Nussbaum, en cuanto a su afirmación sobre el desarrollo humano es posible si desde el Estado y la sociedad garantizan los derechos civiles, políticos y sociales integrales (DESC) para que las personas sean y puedan realizar al máximo sus potencialidades.

⁷⁹ El Plan de Atención Básica (PAB) de febrero de 2006 es la consolidación del proceso de construcción-discusión de los dos años anteriores resultado de trabajo en equipos al interior de la SDS y simultáneamente, trabajo con los equipos de salud pública de las ESE.

en el Ministerio de Salud y Protección Social y que regía en el país en el periodo de análisis, la cual se concreta en la Resolución 412 de 2000, el PAB que desarrolló Bogotá y la modificación a la Resolución 412 que fue reemplazada en el 2008 por la Resolución 425; el ejercicio muestra una comparación entre las visiones de salud pública explicitando las diferencias, como muestra el cuadro 12.

Cuadro 12.

Comparación en la promoción en salud

Ministerio de Salud Resolución 412 de 2000	Secretaría Distrital de Salud. PAB 2006⁸⁰	Ministerio de Salud. Resolución 425 de 2008
Definición		
Centra la visión de salud pública como enfermedad y las acciones son para detectar riesgos. Normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	Centra la visión de salud pública como bienestar y calidad de vida en relación con la determinación social y el derecho a la salud El PAB es el conjunto de acciones e intervenciones para garantizar el derecho a la salud.	Mejoramiento del estado de salud para prevenir desenlaces adversos de la enfermedad. Asume que el perfil epidemiológico obedece a la transición demográfica y añade “como también disminuir las inequidades territoriales en salud” como una variante más.
Procedimientos		
Ubica una lógica de costo-beneficio	Ordena la ejecución a través de tres componentes: - gestión social	Genera líneas de intervención fragmentadas por eventos relacionados con el manejo social de

⁸⁰ El PAB 2006 es la consolidación de la perspectiva construida de forma colectiva por la Dirección de Salud Pública y las ESE durante los dos años anteriores. Para la formulación se organizaron equipos de trabajo, la metodología estaba a cargo del Área de Análisis y políticas, a través del equipo de gestión territorial. La metodología rompió la lógica fragmentada de la Dirección y organizó 8 equipos en los que participaban todas las áreas.

	<ul style="list-style-type: none"> - ámbitos de vida cotidiana - vigilancia en salud pública <p style="text-align: center;">Estos tres componentes deben afectar los determinantes sociales de la salud. El estado es garante del derecho a la salud y es autoridad sanitaria en el territorio.</p>	<p>riesgo. La norma se concentra en los bienes y servicios individuales de carácter preventivo que deberían prestar las EPS a sus afiliados. La salud pública se entiende en el sistema como acciones con altas externalidades, es decir, el PIC.</p>
--	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de: SDS, Lineamiento PAB 2006. Ministerio de Salud: Resoluciones 421 de 2000 y 425 de 2008.

Ahora bien, ¿qué efectos en la materialidad se obtuvo con esta postura político-epistemológica de salud en la ciudad? Desde los hallazgos obtenidos se puede afirmar que Bogotá logró durante el periodo estudiado construir un nuevo modelo de salud pública inédita en la ciudad; si bien este estudio no pretende arrojar resultados precisos o evaluación obtenidos con la implementación de la Política, si es posible mostrar variaciones que señalan una disminución de los eventos trazadores de salud pública como el aumento de biológicos en el programa ampliado de inmunización y un aumento de la inversión de recursos⁸¹. Adicionalmente, varios de los entrevistados plantearon que el enfoque permeo la lógica de formulación del Plan territorial de Salud que era el lineamiento de Salud pública del Ministerio de Salud (2008), pero este planteamiento no fue comprobado.

3.4. Algunos resultados en salud pública durante el periodo

Los esfuerzos dirigidos a mantener y mejorar las condiciones de calidad de vida y salud de la población de la ciudad partieron del reconocimiento de la desigual de necesidades de la ciudad; ampliar la comprensión de la ciudad permitiría dar respuestas más acordes con las desigualdades de los distintos grupos, las diversidades y los territorios

⁸¹ En el capítulo de análisis institucional se amplía el tema de recursos.

de la ciudad. A partir de ello, el diseño e implementación de respuestas estuvieron dirigidos a la transformación de las condiciones de vida. Esta apuesta se concretó en la ejecución de intervenciones promocionales en los ámbitos en donde ocurre la vida y la cotidianidad de las personas (hogar, escuela, trabajo, comunidad e instituciones), con un carácter integral y continuo.

En la mayoría de los países se considera a la medición la mortalidad evitable como un claro indicador de desarrollo y equidad⁸², ya que mantiene correlación con indicadores de desarrollo humano, como por ejemplo, el ingreso per cápita o el índice de necesidades básicas insatisfechas. De manera específica, en el sector salud, el comportamiento de la mortalidad evitable toma particular relevancia como indicador de desarrollo social, de la disponibilidad, uso y el acceso a los servicios de salud y de manera más amplia adquiere relevancias en relación con las condiciones de calidad de vida y salud de la población y del ejercicio de la salud como derecho.

Si bien no se puede atribuir de manera directa el comportamiento de los indicadores de mortalidad evitable a la apuesta política en salud instalada en Bogotá en el periodo 2004-2011⁸³, da cuenta de los avances en términos de mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población.

A continuación se presenta el análisis del comportamiento de seis indicadores básicos de mortalidad evitable (mortalidad materna, perinatal, infantil, mortalidad general en menores de cinco años y específica por Infección respiratoria aguda-IRA y Enfermedad diarreica aguda-EDA) en Bogotá, durante el periodo 2004-2011, en relación con el comportamiento del país. De manera general se observa que tanto en el Distrito como en el país estos indicadores han tenido un comportamiento descendente durante este periodo, pero la reducción en el Distrito de Bogotá fue mayor a la observada en el país, para la mayoría de los indicadores estudiados.

Al realizar el análisis de los indicadores de mortalidad evitable se enfrentaron algunas dificultades relacionadas con las limitaciones en el acceso a la información o la fragmentación de la misma. Adicionalmente, fue evidente que en el diseño de la política

⁸² Sen, Naciones Unidas.

⁸³ Se tomó como referencia diciembre de 2011 que es el momento en que el PDA aún se mantiene efectivamente en el gobierno.

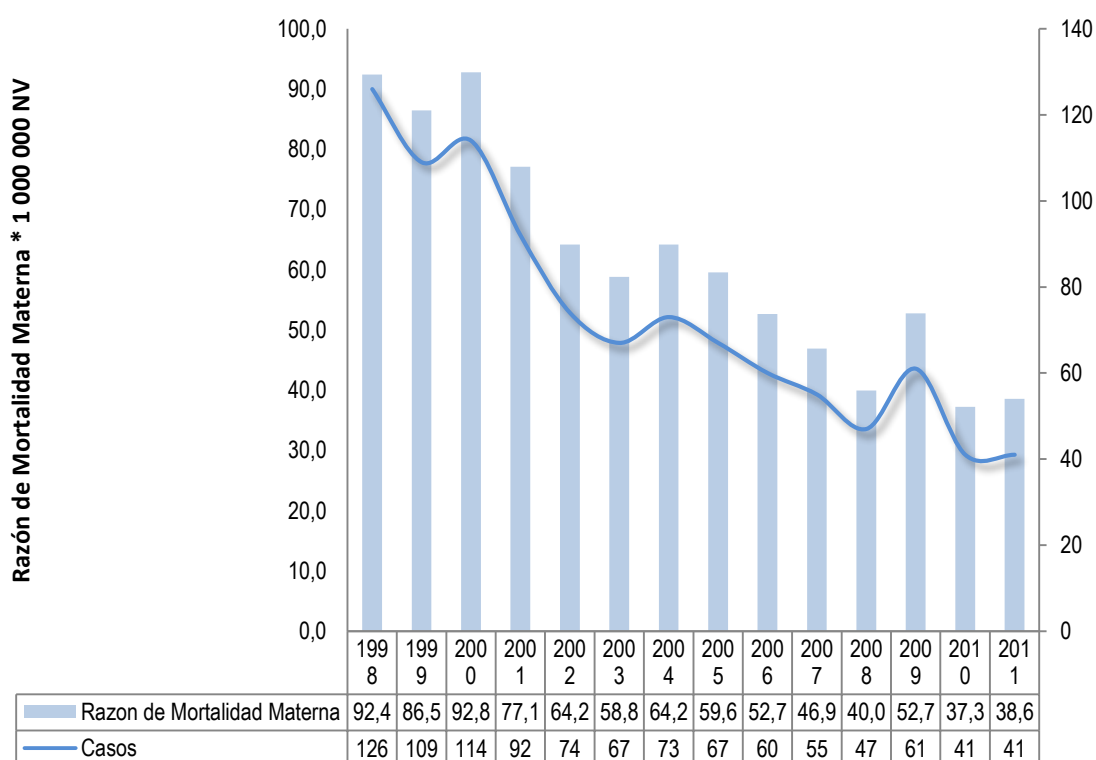
este tipo de información requiere de nuevas formas de evaluación y monitoreo más acorde con el enfoque de equidad; no obstante, esto no depende solo del Distrito, el ejercicio de evaluación está sometido a la lógica instituida desde la visión hegemónica y esto restringe las posibilidades de realizar análisis más complejos.

Mortalidad Materna

En Bogotá la mortalidad materna muestra un marcado descenso a través con una reducción del 58,2% entre el año 1998 a 2011, pasando de una razón de mortalidad materna de 92,4 en el año 1998 a una cifra de 38,6 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en el año 2011, (gráfico 4).

Gráfico 4.

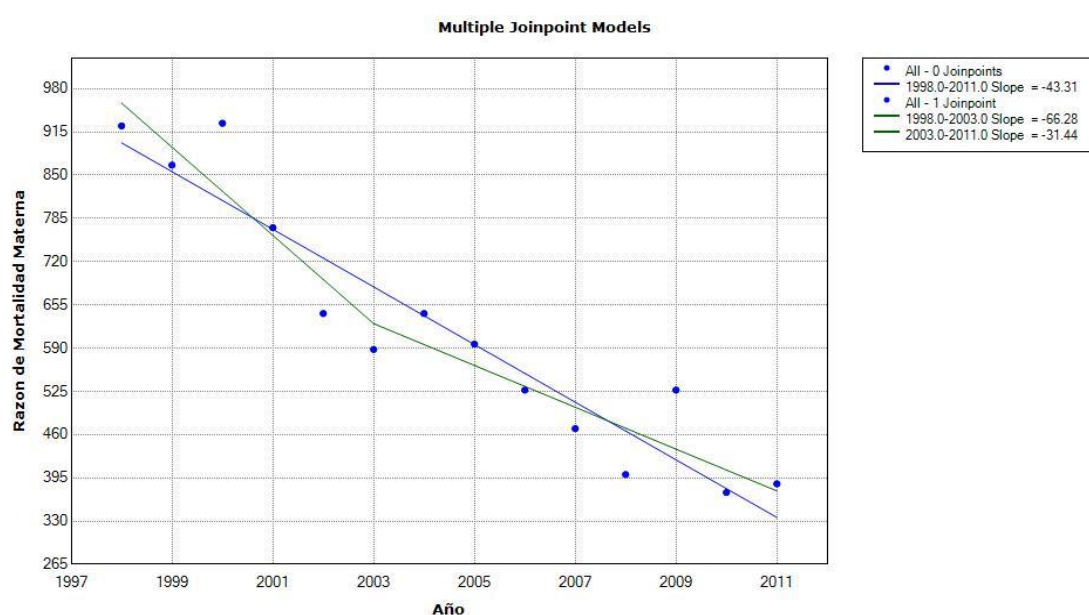
Comportamiento razón de mortalidad materna, Distrito de Bogotá, 1998-2011



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Los coeficientes obtenidos mediante un modelo de regresión para cero (0) *joinpoint* muestran una reducción anual en la razón de mortalidad materna para el Distrito de Bogotá del 43 % y para un *joinpoint* de 66,2 % entre el periodo 1998 – 2003 y de 31 % para el periodo 2003 – 2011 (ambos valores con valor de significancia estadística). (Gráfico5).

Gráfico 5.
Comportamiento velocidad de cambio razón de mortalidad materna
Distrito de Bogotá, 1998-2011



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 –2011. Elaboración propia.

Al comparar la razón de mortalidad materna observada en el Distrito de Bogotá en el año 2011 con el promedio histórico para la serie de años 2004- 2010, se observa una reducción de 23,5 % durante este periodo como lo muestra la tabla 4).

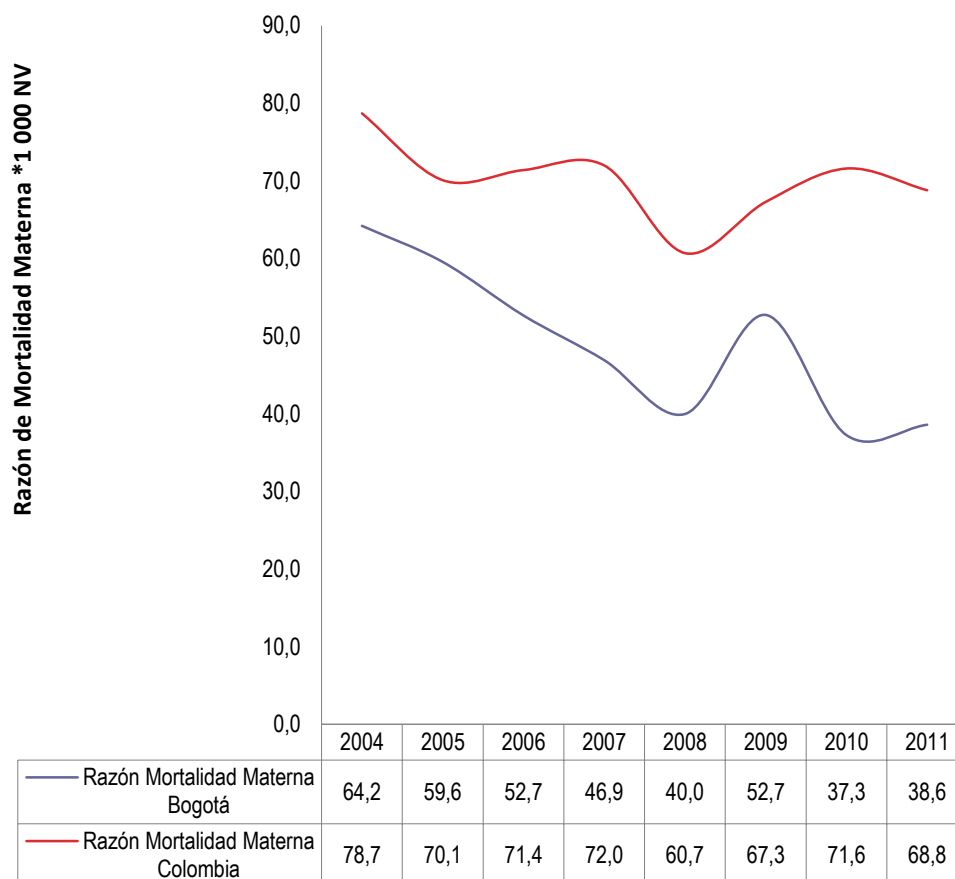
Tabla 4.
**Comparativo comportamiento de la razón de mortalidad materna
 2011 con el promedio histórico de Bogotá**

Media Histórica 2004- 2010	Razón de mortalidad materna 2011	Tasa Incremental	%
50,5	38,6	-0,2	-23,5

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Al comparar el comportamiento de la razón de mortalidad materna entre el Distrito de Bogotá y la observada en Colombia para el periodo 2004-2011 se observa para todos los años un comportamiento similar, con tendencia hacia la reducción tanto en el Distrito como en el país; siendo mayor la tendencia distrital respecto a la cifra nacional en comparación con lo observado en el Distrito para esta serie de años (gráfico6).

Gráfico 6.
**Comparación de razón de mortalidad materna
entre Bogotá y Colombia, 2004- 2011**



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión De Políticas De La Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 2004 – 2011– Análisis de Situación de Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

Al realizar la comparación usando el método de ajuste indirecto entre la cifra observada en cada año en el Distrito de Bogotá con las cifras nacionales se observa que para cada uno de los años la reducción observada en el Distrito es mayor a la observada en el país siendo esta diferencia significativa para cada uno de los años analizados ($p < 0,05$) (Tabla 5).

Tabla 5.

**Comparativo comportamiento de la razón de mortalidad
Bogotá-Colombia 2004-2011. Ajuste Indirecto**

**Comparativo comportamiento de la razón de mortalidad
Bogotá-Colombia 2004-2011. Ajuste Indirecto**

Año	Nacidos Vivos	Razón mortalidad Materna Bogotá	Razón mortalidad Materna Colombia	Casos	Casos Esperados (ajuste)	Razón Obs/Esp	Poisson
2004	113 678	64,2	78,7	73	89	0,82	0,0093
2005	112 478	59,6	70,1	67	79	0,85	0,0190
2006	113 918	52,7	71,4	60	81	0,74	0,0024
2007	117 228	46,9	72,0	55	84	0,65	0,0002
2008	117 563	40,0	60,7	47	71	0,66	0,0005
2009	115 659	52,7	67,3	61	78	0,78	0,0071
2010	110 032	37,3	71,6	41	79	0,52	0,0000
2011	106 228	38,6	68,8	41	73	0,56	0,0000

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión De Políticas De La Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 2004- 2011. Análisis de Situación de Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

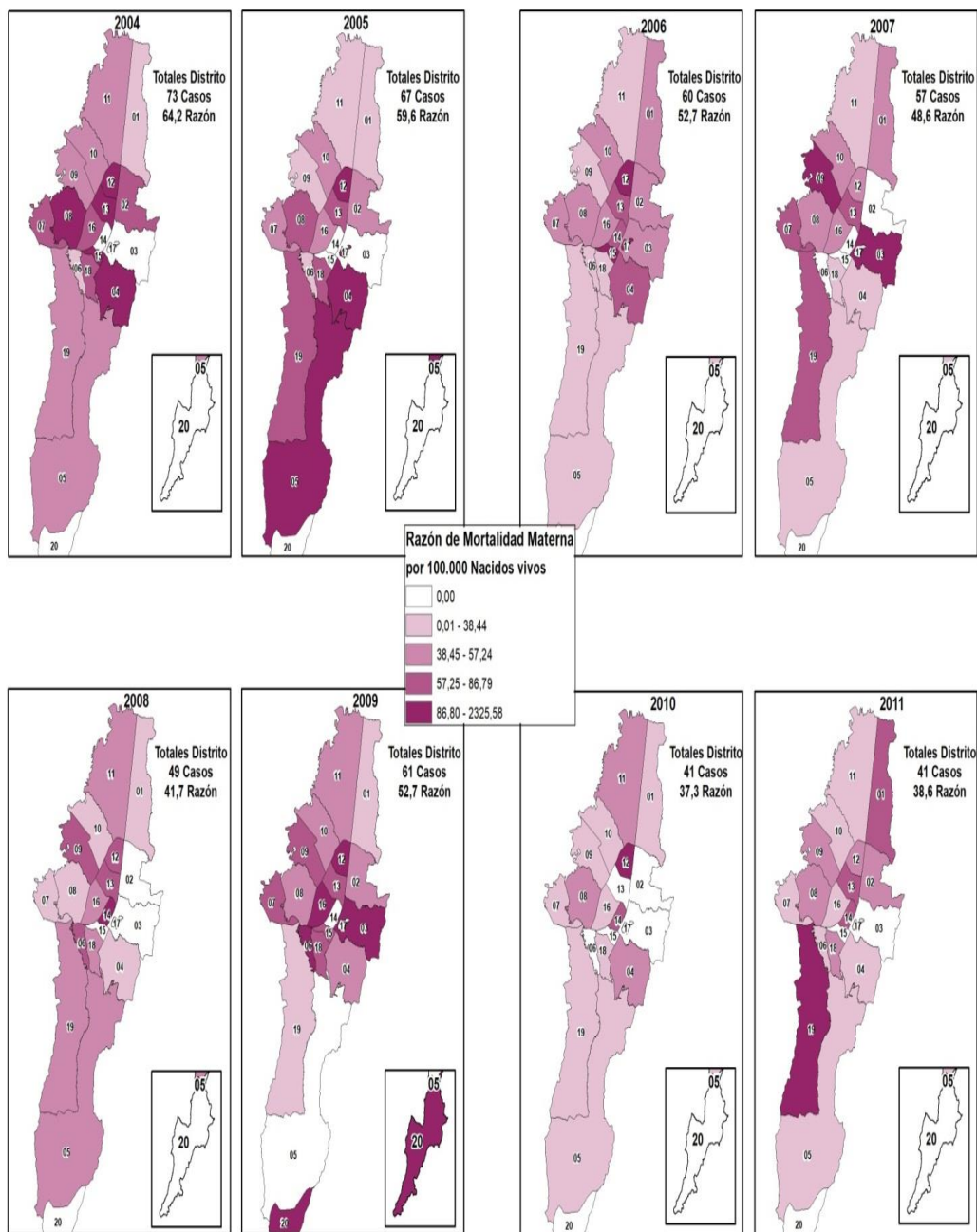
El comportamiento de la razón de mortalidad materna por localidad específicamente en periodo 2004- 2011 se presenta en el mapa 1. Comportamiento de razón mortalidad materna Bogotá 2004-2011; allí se observa la reducción de la cifra en

todas las localidades, resaltando la reducción observada en localidades muy diferenciadas como Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, San Cristóbal y Usaquén.

Así como lo observado en el Distrito de Bogotá, el comportamiento de la razón de mortalidad materna para todas las localidades muestra una reducción sostenida de la cifra a través del tiempo; esta reducción se observa incluso en localidades como Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, San Cristóbal, Bosa y Usaquén que históricamente han mostrado cifras de mortalidad evitable ligeramente elevadas o muy elevadas; de igual manera al comparar las cifras de mortalidad materna observadas en el año 2011 para cada localidad con su promedio histórico en el periodo 2004-2010, se lee que para la mayoría de las localidades una reducción a excepción de las localidades de Usaquén, Chapinero, Teusaquillo, Mártires y Ciudad Bolívar. (Anexo 7: Tablas).

Mapa 1.

Comportamiento de razón mortalidad materna Bogotá 2004-2011



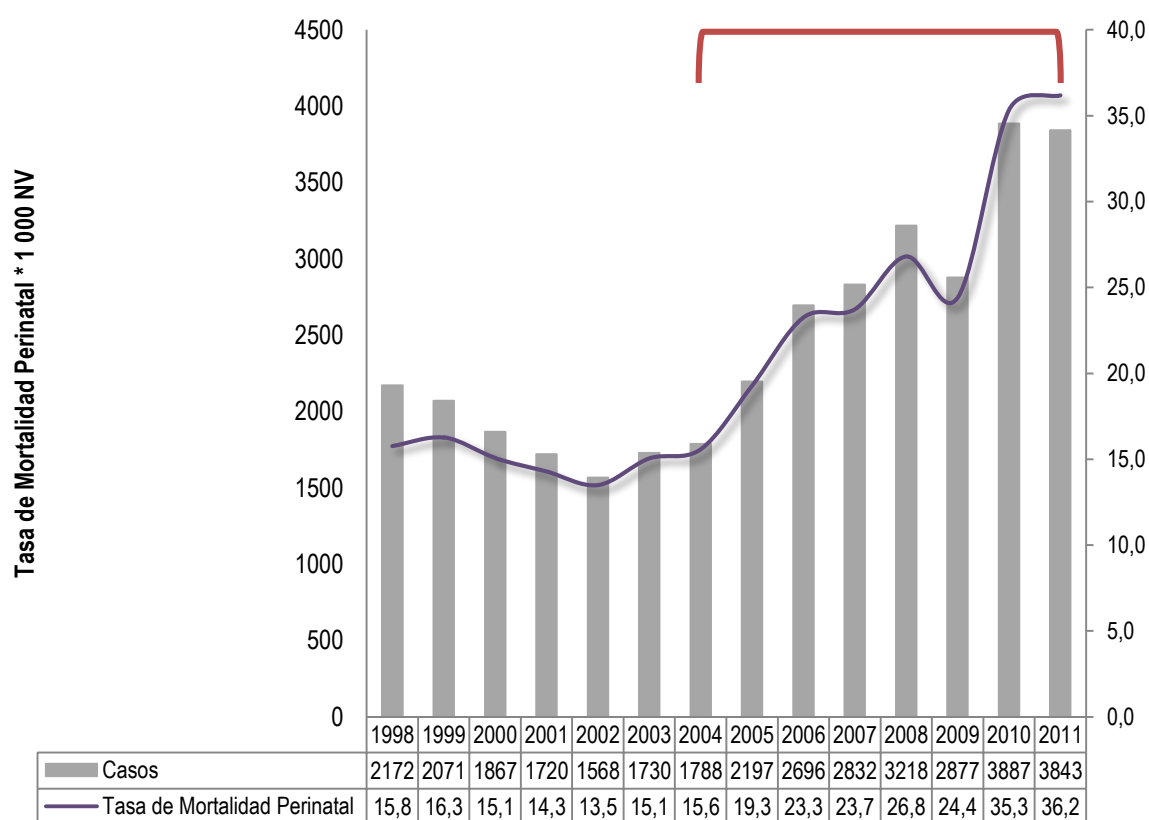
Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1999 – 2011. Elaboración propia

Mortalidad perinatal

En el distrito de Bogotá la mortalidad perinatal a diferencia de la mortalidad materna muestra tendencia ascendente con un aumento del 129,1 % entre el año 1998 a 2011, pasando de una tasa de mortalidad perinatal de 15,8 en el año 1998 a 36,2 muertes perinatales por 1 000 nacidos vivos en el año 2011. Se observa una ligera reducción entre 1998-2002 y a partir de ese año, la tendencia es ascendente como lo muestra el gráfico 7.

Gráfico 7.

Comportamiento tasa de mortalidad perinatal Bogotá 1998-2011



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Es importante mencionar que la definición de caso de mortalidad perinatal así como la norma para codificación de la mortalidad neonatal y fetal mostró cambios a través de esta serie de años en el país en respuesta a una estrategia progresiva para reducir el subregistro en el número de casos; lo anterior podría explicar el comportamiento

ascendente del indicador de mortalidad perinatal en el Distrito de Bogotá en esta serie de tiempo.

Al comparar la tasa de mortalidad perinatal observada en el Distrito con el promedio histórico para la serie de años 2004- 2010, se observa un aumento del 41,5 %, como lo muestra la tabla 6.

Tabla 6.

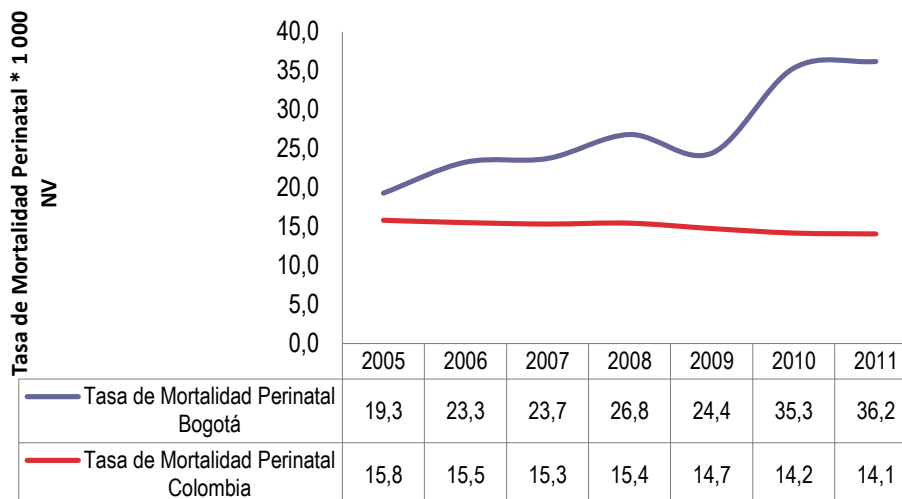
**Comparativo comportamiento de tasa de mortalidad perinatal 2011
con el promedio histórico de Bogotá**

Media Histórica 2004-2010	Tasa de Mortalidad Perinatal Bogotá 2011	Tasa Incremental	%
25,6	36,2	0,4	41,5

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 2004 – 2011. Elaboración propia.

Al comparar el comportamiento de la tasa de mortalidad perinatal entre el Distrito y la observada en Colombia para el periodo 2004- 2011 se observa en Bogotá una tendencia al aumento; para el caso de Colombia se observa un comportamiento estacional con ligera tendencia al descenso (gráfico 8).

Gráfico 8.
Comportamiento tasa de mortalidad perinatal, Distrito de Bogotá-Colombia
2004- 2011



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 2004 – 2011– Análisis de Situación de Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

Al realizar esta misma comparación usando el método de ajuste indirecto entre la cifra observada en cada año en el Distrito de Bogotá con las cifras nacionales se observa que para cada uno de los años el incremento es mayor el Distrito al observado en el país siendo esta diferencia significativa para cada uno de los años analizados ($p < 0,05$) (tabla 7).

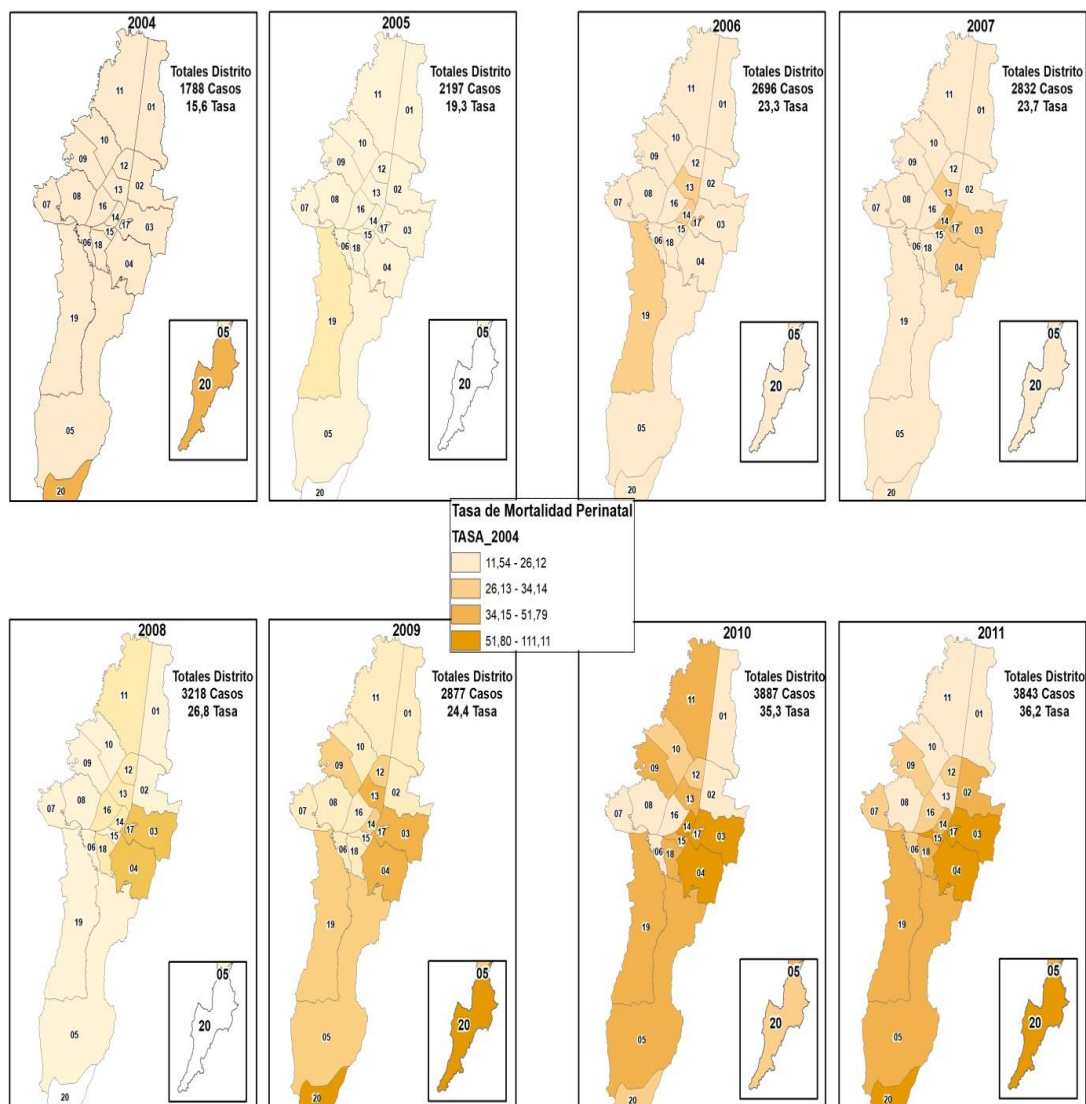
Tabla 7.
Comparativo comportamiento de la tasa mortalidad perinatal
Distrito de Bogotá-Colombia 2004- 2011. Ajuste Indirecto

Año	Nacidos Vivos	Tasa mortalidad perinatal * 1 000 Bogotá	de NV	Tasa mortalidad perinatal *1 000 Colombia	de NV	Casos Observado	Casos Esperados (ajuste)	Razón	Poisson
2005	112478	19,3		15,8		2197	1777	1,24	0,0000
2006	113918	23,3		15,5		2696	1766	1,53	0,0000
2007	117228	23,7		15,3		2832	1796	1,58	0,0000
2008	117563	26,8		15,4		3218	1814	1,77	0,0000
2009	115659	24,4		14,7		2877	1705	1,69	0,0000
2010	110032	35,3		14,2		3887	1558	2,49	0,0000
2011	106228	36,2		14,1		3843	1493	2,57	0,0000

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 2004-2011. Análisis de Situación de Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

El comportamiento de la tasa de mortalidad perinatal por localidad específicamente en periodo 2004- 2011 se presenta en el mapa 2; en él de manera general se observa un aumento a través de los años en la cifra en todas las localidades, resaltando lo observado en localidades como Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, San Cristóbal y Usaquén como se observa en el mapa 2. Comportamiento tasa de mortalidad perinatal por localidad. Distrito de Bogotá 2004-2011.

Mapa 2.
Comportamiento tasa de mortalidad perinatal por localidad. Distrito de Bogotá
2004-2011



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión De Políticas De La Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

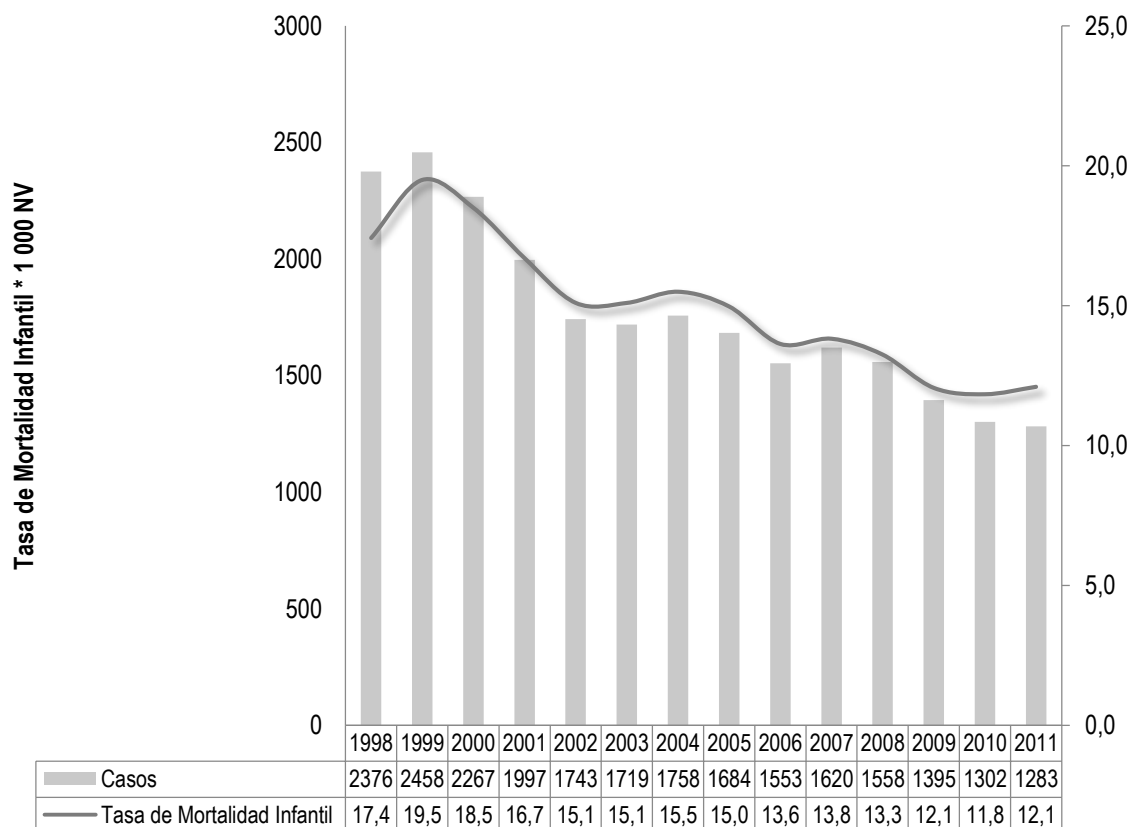
Así como lo observado en el Distrito de Bogotá, el comportamiento de la Tasa de mortalidad perinatal entre los años 2000-2011 (no se encontró dato para el año 1999) para todas las localidades muestra un aumento a través de los años (Anexo 7: Tablas mortalidad por localidad).

Mortalidad Infantil

En el distrito de Bogotá la mortalidad infantil muestra tendencia a la disminución con una reducción del 30 % entre el año 1998 a 2011, pasando de una tasa de 17,4 en el año 1998 a una cifra de 12,1 muertes por 1 000 nacidos vivos en el año 2011. (Gráfico9).

Gráfico 9.

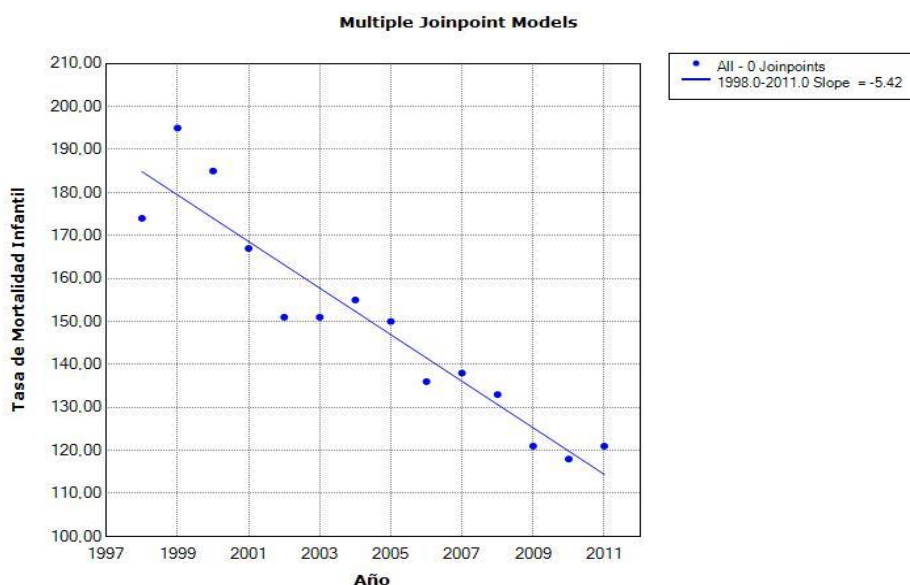
Comportamiento tasa de mortalidad infantil, Distrito de Bogotá, 1998-2011



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

El coeficiente obtenido mediante un modelo de regresión para cero (0) joinpoint muestran una reducción anual en la tasa de mortalidad infantil para el Distrito de Bogotá del 5,4 % para el periodo 1998 – 2011 (valor con valor de significancia estadística). (Gráfico 10).

Gráfico 10.

Comportamiento velocidad de cambio tasa de mortalidad infantil

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Se observa una reducción de 15,8 % al comparar la tasa de mortalidad infantil observada en el Distrito de Bogotá en el año 2011 con el promedio histórico para la serie de años 2004-2010, (Tabla 8)

Tabla 8.

**Comparativo comportamiento de la tasa de mortalidad infantil 2011
con el promedio histórico, Distrito de Bogotá.**

Media Histórica 2004-2010	Tasa de mortalidad Infantil Bogotá 2011	Tasa Incremental	%
14,0	11,8	-0,2	15,8

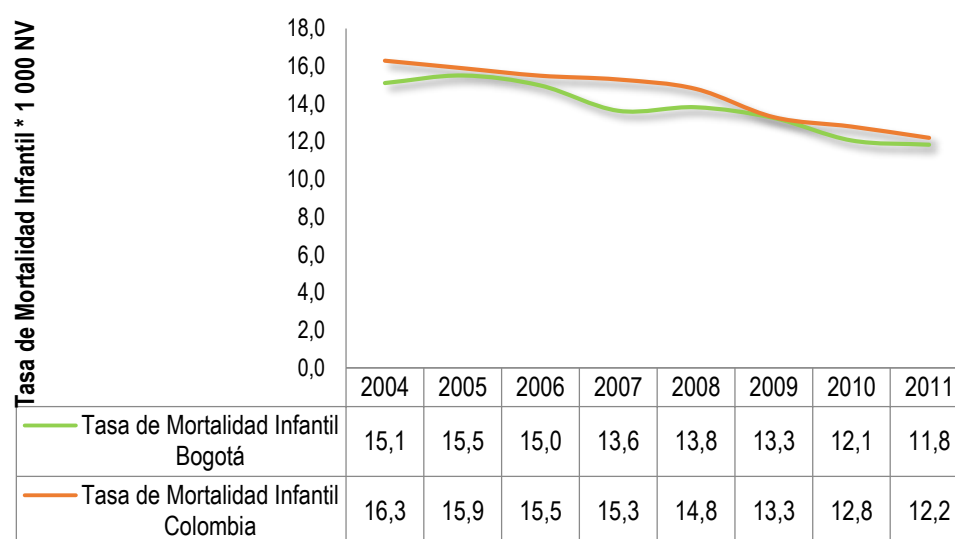
Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión De Políticas De La Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011.

Al comparar el comportamiento de la tasa de mortalidad infantil entre el Distrito de Bogotá y la observada en Colombia para el periodo 2004-2011 se encuentra para todos

los años un comportamiento similar, con tendencia hacia la reducción tanto en el Distrito como en el país. La cifra nacional en comparación con lo observado en el Distrito para esta serie de años es similar con un aligera reducción en el Distrito de Bogotá en el año 2007 (Gráfico 11).

Gráfico 11.

Comportamiento tasa de mortalidad infantil, Distrito de Bogotá- Colombia,



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998- 2011. Elaboración propia.

Ahora bien, al realizar esta misma comparación con el método de ajuste indirecto entre la cifra observada en cada año en el Distrito de Bogotá con la cifra nacional se lee que para cada uno de los años la reducción observada en el Distrito es mayor a la observada en el país siendo esta diferencia significativa para cada uno de los años analizados ($p < 0,05$) (Tabla 9).

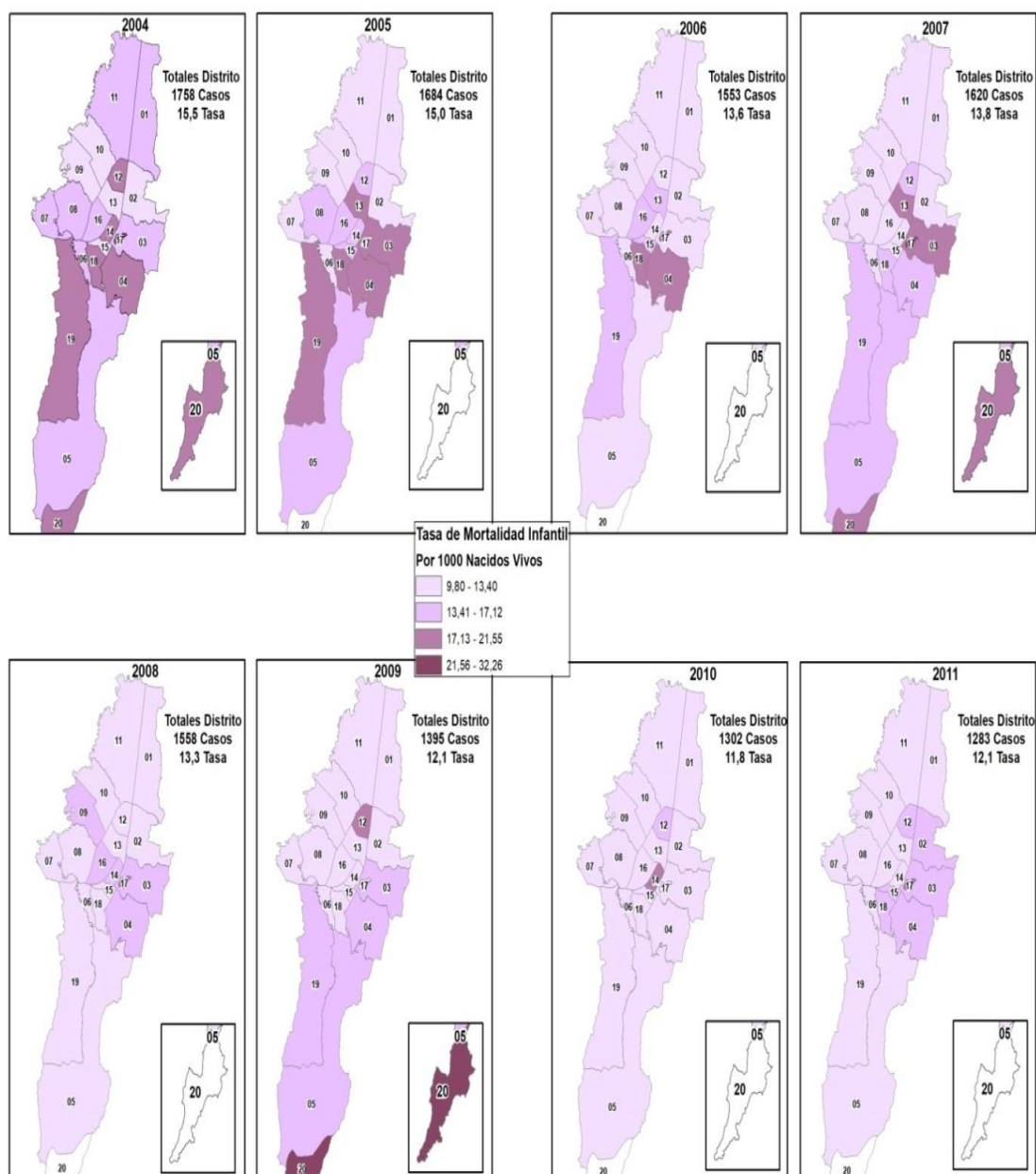
Tabla 9.
Comparativo comportamiento de la tasa de mortalidad infantil
Distrito de Bogotá-Colombia 2004- 2011. Ajuste indirecto.

Año	Nacidos Vivos	Tasa de mortalidad infantil * 1 000 NV Bogotá	Tasa de mortalidad infantil *1 000 NV Colombia	Casos Observados	Número de Casos Esperados (ajuste)	Razón Obs/Esp	Poisson
2004	113 678	15,1	16,5	1758	1853	0,95	0,0008
2005	112 478	15,5	15,9	1684	1788	0,94	0,0004
2006	113 918	15,0	15,5	1553	1766	0,88	0,0000
2007	117 228	13,6	15,3	1620	1794	0,90	0,0000
2008	117 563	13,8	14,8	1558	1740	0,90	0,0000
2009	115 659	13,3	13,3	1395	1538	0,91	0,0000
2010	110 032	12,1	12,8	1302	1408	0,92	0,0002
2011	106 228	11,8	12,2	1283	1296	0,99	0,0104

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Mapa 3.

Comportamiento tasa de mortalidad infantil por localidad Bogotá 2004-2011



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

En el mapa 3. Comportamiento tasa de mortalidad infantil por localidad Bogotá 2004-2011 se observa la reducción de la cifra en todas las localidades, resaltando la reducción observada en localidades como Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, San

Cristóbal y Usaqué. Estos datos corresponden al comportamiento de la tasa de mortalidad infantil por localidad específicamente en periodo 2004-2011

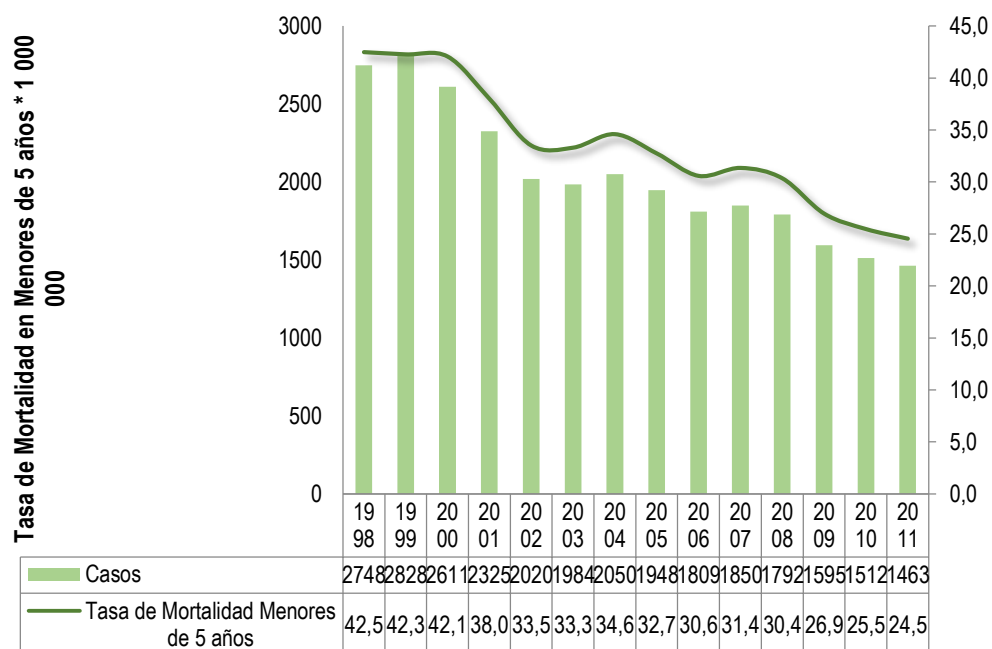
Al realizar el ejercicio de comparación en la cifras de mortalidad infantil observadas en el año 2011 para cada localidad con su promedio histórico para los años 1999-2011, se observa para la mayoría de las localidades reducción en la cifra excepto para las localidades de Chapinero y La Candelaria. (Anexo 7: Tablas por localidad- Eda Era).

Mortalidad en Menores de 5 años

En Bogotá la mortalidad en menores de cinco años muestra un marcado descenso a través del tiempo con una reducción del 42,3 % entre el año 1998 a 2011, pasando de una tasa de mortalidad de 42,4 en el año 1998 a una cifra de 24,5 muertes por 100 000 menores de cinco años en el año 2011 (Gráfico 12).

Gráfico 12.

Comportamiento tasa de mortalidad infantil Bogotá 2004-2011

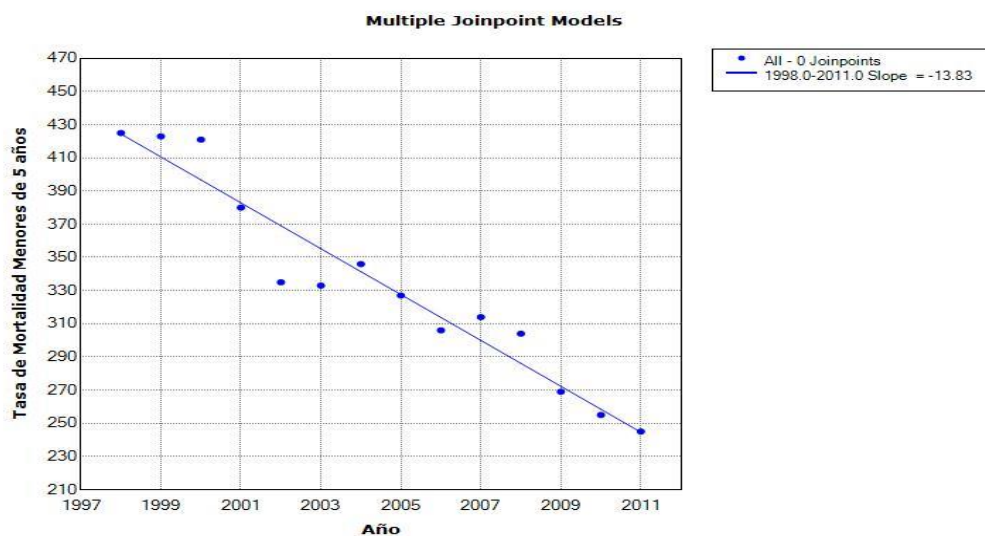


Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

El coeficiente obtenido mediante un modelo de regresión para cero (0) *joinpoint* muestran una reducción anual en la tasa de mortalidad infantil para el Distrito Capital de Bogotá del 13,8 % para el periodo 1998 -2011 (valor significancia estadística) como se observa en el gráfico 13.

Gráfico 13.

Comportamiento velocidad de cambio tasa de mortalidad infantil



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Se observa una reducción de 19 % al comparar la tasa de mortalidad en menores de cinco años observada en el Distrito de Bogotá en el año 2011 con el promedio histórico para la serie de años 2004-2010 (Tabla 10). Este mismo comportamiento se observa respecto a la mortalidad específica por enfermedad respiratoria y enfermedad diarreica aguda. (Anexo10. tabla).

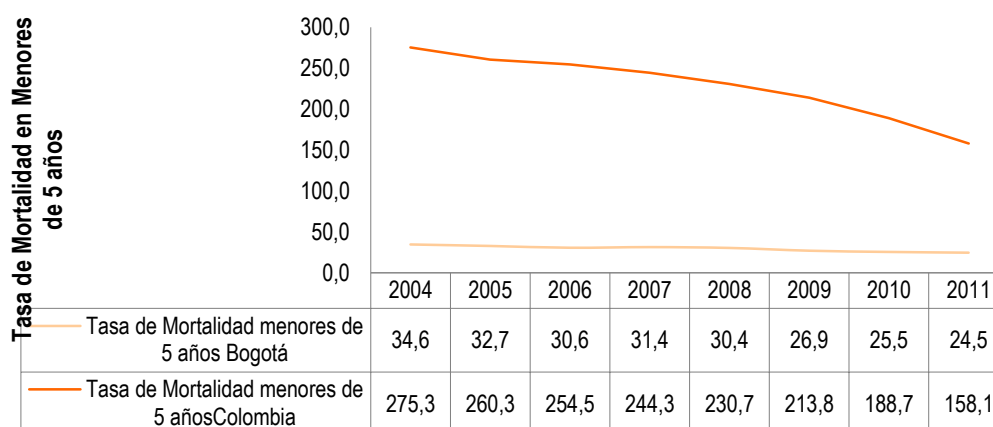
Tabla 10.
**Comparativo comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años
 2011 con el promedio histórico de Bogotá**

Media Histórica 2004- 2010	Tasa de mortalidad en menores de 5 años Bogotá 2011	Tasa Incremental	%
30,3	24,5	-0,2	19,0

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Al comparar el comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años entre el Distrito de Bogotá y la observada en Colombia para el periodo 2004 – 2011, se aprecia que para todos los años la cifra nacional es mayor a la del Distrito de Bogotá con tendencia hacia la reducción tanto en el Distrito como en el país. (Gráfico 14).

Gráfico 14.
Comportamiento tasa de mortalidad en menores de cinco años



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Al realizar esta misma comparación usando el método de ajuste indirecto entre la cifra observada en cada año en el Distrito de Bogotá con las cifras nacionales se aprecia que para cada uno de los años la reducción en el Distrito fue mayor a la observada en el país. Esta diferencia es significativa para cada uno de los años analizados ($p < 0,05$), (Tabla 11).

Tabla 11.
Comparativo comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años Bogotá-Colombia 2004- 2011. Ajuste indirecto

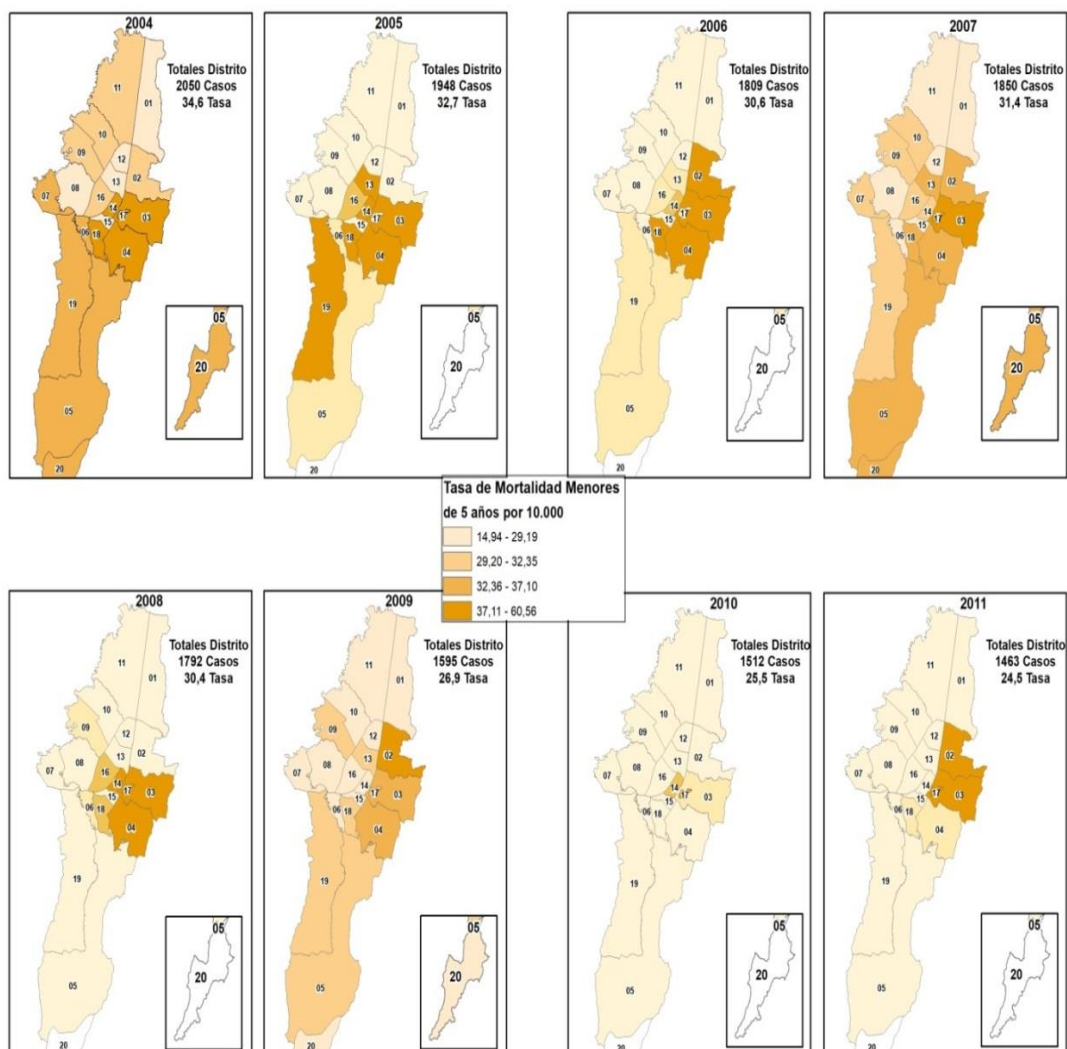
Año	Menores de cinco años	Tasa de mortalidad en menores de 5 años * 1 000 000 Bogotá	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años * 1 000 000 Colombia	Número de Casos Observados	Número de Casos Esperados (ajuste)	Razón Obs/Esp	Poisson
2004	717261	34,6	275,3	2050	1975	1,04	0,0021
2005	717261	32,7	260,3	1948	1867	1,04	0,0016
2006	712441	30,6	254,5	1809	1813	1,00	0,0093
2007	709991	31,4	244,3	1850	1734	1,07	0,0002
2008	709519	30,4	230,7	1792	1637	1,09	0,0000
2009	710391	26,9	213,8	1595	1519	1,05	0,0016
2010	711890	25,5	188,7	1512	1344	1,13	0,0000
2011	714281	24,5	158,1	1463	1129	1,30	0,0000

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

El comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años por localidad específicamente para el periodo 2004 – 2011 se presenta en el siguiente mapa; se observa la reducción de la cifra en todas las localidades, resaltando lo observado en localidades como Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, San Cristóbal y Usaquén (Mapa 4).

Mapa 4.

**Comportamiento tasa de mortalidad en menores de cinco años por localidad
Bogotá, 2004-2011**



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Así como lo observado en el Distrito de Bogotá, el comportamiento de la Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años para todas las localidades muestra una reducción sostenida de la cifra a través del tiempo con localidades que no presentaron casos por incluso dos o tres años; de igual manera al comparar las cifras de mortalidad en menores de cinco años observadas en el año 2011 para cada localidad con su promedio histórico

en el periodo 2004-2010, se observa para la mayoría de las localidades reducción excepto para las localidades de Chapinero y Candelaria.

Capítulo cuatro

Análisis en el plano de la disputa política

El plano político se refiere a las relaciones de poder entre los diversos actores y sus posiciones para posibilitar o delimitar los avances de la Política Distrital; aquí la participación más allá de considerarse un mecanismo importante para la legitimación de la propuesta institucional, se analiza como elementos fundamental para todo el proceso de construcción de política.

En tal sentido, las preguntas que aborda el capítulo son: ¿Qué relaciones de poder facilitaron o limitaron la concepción propuesta? Se buscó establecer: ¿qué sujetos fueron determinantes, y qué tipo de relaciones de poder se presentaron de oposición (contradicción), de identidad (alianzas) de dominio para dar lugar a la Política?

Cabe precisar que según el marco teórico presentado en el capítulo 1, es necesario vincular la política de salud con el ejercicio del poder enmarcado en las relaciones que se dan entre la acumulación de capital y los procesos de legitimación y en donde, la participación es una categoría central por cuanto permite poner a todos los actores como sujetos de poder en permanentes disputas. Es necesario aclarar que no se trata de hacer un balance de cuanto se logró mover el poder en términos de resultados, pues debe tenerse en cuenta que la experiencia y la Política tenían un alto grado de enmarcación en el Sistema y a su lógica de estructuración, al punto que era considerado el planteamiento hegemónico. Más bien se trata de identificar a partir del planteamiento teórico los ejercicios se realizaron con la propuesta de Salud de Bogotá para interpelar a la hegemonía, develarla, contradecirla y construir posibles acciones “alternativas”. En tal sentido, el capítulo muestra qué actores jugaron papeles importantes, cómo usaron el poder y qué estrategias se desarrollaron desde la SDS para instalar una visión contrahegemónica.

En cuanto al poder como se planteó en el marco teórico, éste se considera como el deseo y la potencia de sujetos antagónicos que afectan los procesos de construcción de ciudadanía y del Estado, y que se determina por su capacidad de ganar legitimidad para construir democracias.

El capítulo presenta como punto de partida, las situaciones que configuraron el momento político; en segundo lugar, los actores móviles que jugaron y que establecieron relaciones con la Secretaría Distrital de Salud (SDS) y las dinámicas en función de sus intereses; luego se establecen los tipos de relacionamiento en que se desarrolló la Política: de *oposición*, que están claramente en contradicción con la política; de *identidad* que se expresan en alianzas, articulaciones, Y de *dominación*, que reflejan relaciones de jerarquía; en un último momento, se analiza la incidencia de la participación en términos de correlación de fuerzas y legitimación. El capítulo recogió las voces de los actores y procuró dar voz a todos; para subsanar los silencios de los que no se logró entrevistar se buscó obtener sus voces a través de los medios de comunicación (revisión de prensa).

4.1. Condiciones políticas iniciales: la ruptura 2004-2005

A principios del 2004 con la llegada de la izquierda a la Secretaría de Salud de Bogotá, y en el marco del planteamiento del Plan de Desarrollo “*Bogotá sin indiferencia, un compromiso social contra la pobreza y la exclusión*” se estableció una confrontación con la visión de aseguramiento que tenía la Secretaría de Salud de ese momento y que provenía del mandato nacional establecido a través de la ley 100 de 1993.

Desde las consideraciones de los actores entrevistados el panorama político con que empezó la izquierda era favorable, con un alto grado de legitimidad que se explicaba en gran medida por el cansancio de la ciudadanía frente a los partidos tradicionales y un reconocimiento a la nueva cultura política que se configura a la luz del voto opinión.

La llegada de la izquierda fue un hit. Pienso que Bogotá, primero, es uno de los predios electorales de este país donde tiene mucha importancia el voto opinión y este define las elecciones. Además, Bogotá tiene tanta institucionalidad, tan histórica que el puesto de muchas personas no depende necesariamente si votan por uno o no; la balanza aquí está inclinada por el voto de opinión. Quiero decir, que la llegada de gobiernos de izquierda, para mí fue una oportunidad histórica donde la gente estaba cansada de la derecha recalcitrante. (E4C2)

Para casi la totalidad⁸⁴ de los protagonistas la llegada de la izquierda produjo ruptura en términos políticos para la institucionalidad. El punto de ruptura se enmarcó en

⁸⁴ Solo uno de los 21 entrevistados consideró que no hubo ruptura.

el Plan Distrital de Desarrollo que la Secretaría Distrital de Salud presentó a la ciudadanía con la Política de Salud de Bogotá “para avanzar en la garantía del derecho a la salud en el período de gobierno, y su estrategia central de Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque familiar y comunitario denominada *Salud a su Hogar*”. (SDS 2004b, 4).

La política de salud pro derechos tenía como desafío: “transformar la cultura individualista que se expresa en una participación social fragmentada y desigual por la propuesta solidaria de Bogotá sin indiferencia”. Esta situación requería de esfuerzos continuos de convocatoria pública y de gestión para el impulso de la organización social y de la acción colectiva. (SDS, Documento de rendición de cuentas 2004-2008, 32).

La visión de ciudad de la administración distrital se expresó a través de tres mensajes centrales: “*Bogotá moderna y humana*”, “*Bogotá sin hambre*” y “*Bogotá sin indiferencia*”:

“Bogotá moderna y humana” porque se reconocen los logros derivados de la inversión sostenida en infraestructura y en cultura ciudadana de las anteriores administraciones para la modernización de la ciudad, pero también se hace evidente la existencia de grandes grupos de población postergados por la exclusión y el empobrecimiento. Una ciudad “moderna y humana” implicaba pensar primero en las personas, en sus condiciones de vida y en sus capacidades y oportunidades de realización personal y colectiva, para hacer valer lo humano, lo social, esto es, las necesidades de los ciudadanos y las ciudadanas como el sentido de la modernización de la ciudad. Esto no implicaba un abandono de la inversión en infraestructura, pues ella hace parte de la calidad de vida de las personas en la ciudad. (Alcaldía Mayor de Bogotá 2008, 9)

Por su parte, “Bogotá sin hambre” representó una manera de entender la pobreza en la ciudad, derivada de la falta de ingresos de las familias para acceder a los bienes y servicios incluidos en la canasta familiar básica:

En una sociedad monetizada como la de la gran ciudad, la falta de ingresos conduce a la precariedad simultánea de la que parece imposible salir. “Sin hambre” es el llamado a la superación de la pobreza, esa precariedad máxima que no permite a las familias hacer tres comidas diarias”. (Alcaldía Mayor de Bogotá 2008, 12).

“Bogotá sin indiferencia”, mensaje que dio título al Plan Distrital de Desarrollo (PDD) implicó el reconocimiento de la acción colectiva para la superación de la pobreza. Acción colectiva significa la articulación deliberada de la gestión integral del Estado Social de Derecho, orientado por el deber de garantizar los derechos humanos interdependientes, con la iniciativa y la decisión autónoma de las distintas formas de organización de la sociedad, sobre la base de la solidaridad: “Y la solidaridad no es otra cosa que ponerse en el lugar del otro o de la otra, una vez se acepta que ese otro u otra es un igual, por su dignidad humana”. (Alcaldía Mayor de Bogotá 2008, 13).

Desde la perspectiva de la solidaridad, el gobierno distrital convocó a la ciudadanía para transformar situaciones inaceptables para una ciudad moderna y humana.

El enfoque estratégico del PDD garantizaba los derechos humanos interdependientes, como se anuncia en los fundamentos del Plan: “Para avanzar en la garantía de los derechos humanos y disminuir las desigualdades injustas y evitables, en el marco del Estado Social de Derecho”. (Alcaldía Mayo de Bogotá 2004).

El enfoque de derechos en la ciudad se generalizó a todos los sectores. El Alcalde se rodeó inicialmente de personas académicas y con trayectoria en la defensoría de derechos y el sector salud no fue ajeno, como lo respalda el comentario de un entrevistado: “*el protagonismo del sector salud en el tema de derechos era evidente, del Secretario, Román Vega, y sus directivos Mario y Nancy, venían de espacios de lucha por el derecho a la salud*” (E8C1). El sentido de integralidad del derecho también tomó expresión en la administración porque había una preocupación por propiciar una articulación de la gestión pública, en la medida en que el Plan se organizaba por ejes que articulaban los programas; esto fue novedoso.

Dice un entrevistado:

Ese planteamiento del nuevo gobierno en salud rompía con la lógica que había instalada en la ciudad. Con Luis Eduardo Garzón, hubo una confrontación abierta en salud, de entrar a cuestionar lo que se hacía y muchas veces impedir lo que se hacía, todo el tiempo en una oposición. Desde el inicio de la administración, se recibían casi semanalmente proposiciones del Concejo, cuestionando el programa de gobierno. (E8C1)

Desde el punto de vista sectorial, la magnitud de la pobreza y el efecto de la población desplazada dibujaron un perfil epidemiológico complejo en la ciudad en el cual permanecían las enfermedades carenciales e infecciosas, al lado del incremento de las enfermedades crónicas y las derivadas de lesiones y violencia.

La SDS identificó que en relación con el Sistema el problema estaba en el acceso efectivo a servicios y en la integralidad de la atención más que en la afiliación al aseguramiento: “La fragmentación en la prestación de los servicios y la innegable existencia de barreras de acceso a los servicios requirió, del gobierno distrital, estrategias novedosas para avanzar en la garantía del derecho a la salud”. (SDS 2004b, 5).

De allí el papel de la Atención Primaria en Salud, con enfoque familiar y comunitario, *Salud a su hogar*, cuyo objetivo principal fue:

instalar una perspectiva de integralidad para dialogar con otros procesos estratégicos que se desarrollan en las localidades, tales como el desarrollo de la salud pública en la ciudad (Plan de Atención Básica), el ejercicio de la rectoría territorial del sistema, la participación social y comunitaria y la gestión social de territorios para el mejoramiento de la calidad de vida y la salud, lo que busca la APS es la acción articulada del Estado y la sociedad en territorios y poblaciones específicas. (SDSalud 2004b, 6).

Sin embargo, el programa de APS fue cuestionado principalmente por el Concejo de la ciudad y empezó a registrarse en los medios de comunicación dicha confrontación. A finales de 2004 y durante todo el año 2005 se involucran otros actores como la Contraloría Distrital⁸⁵ bajo el argumento de ejercer control en la entidad, situación que terminó incluso con la suspensión del Secretario de Salud⁸⁶:

La orden del contralor distrital Óscar González obedece a presuntas irregularidades en el manejo del régimen subsidiado. La medida es indefinida y deberá ser acogida por el alcalde Luis Eduardo Garzón, que en este momento está estudiando las acciones jurídicas para enfrentar el Caso. El contralor y el secretario vienen enfrentados en una discusión desde la semana pasada, cuando Vega denunció supuestas presiones en contratos por parte de funcionarios apadrinados por González. El contralor en declaraciones a Caracol Radio dijo que deja en manos de la Fiscalía y la Procuraduría sus actuaciones y negó las supuestas presiones. La contraloría de Bogotá hasta el momento ha suspendido a un alcalde local, un gerente de hospital y ahora al secretario de Salud hechos sucedidos en el último mes⁸⁷. (E8C1)

Ante este hecho la Alcaldía decidió nombrar secretarios encargados lo que se convirtió en un nuevo elemento de presión y generó un ambiente de inestabilidad institucional. Por ejemplo, durante todo el primer semestre de 2005 la Alcaldía mantuvo el encargo al Secretario de Despacho⁸⁸, lo que fue utilizado por el Concejo de Bogotá como inexperiencia de la administración y falta de manejo. Comentan algunos de los entrevistados:

Realmente fueron unas relaciones muy tensionantes, de resistencia y permanentemente el Concejo estuvo en esa postura de ubicarse en un ejercicio de control y todos sabemos que el control es una forma de poder de los concejales para presionar y obtener puestos y prebendas y también para, en lo posible, tensionar y hacer fracasar esa política. (E12C2).

Hubo realmente muchísimas resistencias, afirmaciones falsas sobre la política, se desvirtuaban permanentemente los objetivos de la política, se ponía en tela de juicio el

⁸⁵ El Tiempo 4 de enero de 2005

⁸⁶ El Tiempo 14 de junio 2005. El Tiempo 18 de junio de 2005.

⁸⁷ http://caracol.com.co/radio/2005/01/13/bogota/1105634700_138745.html

⁸⁸ El encargo lo ejerció Mario Hernández A. Director de Planeación y Sistemas.

reordenamiento que se estaba planteando”. (E6C2).

En junio de 2005 fue nombrado un nuevo Secretario de Despacho:

El alcalde Luis Eduardo Garzón mantuvo la decisión de nombrar como nuevo secretario de salud al médico Julián Eljach, quien hoy concederá una rueda de prensa. Eso significa que Román Vega-a quien la Contraloría General le levantó la suspensión impuesta por la Contraloría de Bogotá- no volverá a la entidad, entre otras razones porque hace dos semanas el alcalde le había aceptado la renuncia.⁸⁹

El resultado pretende evidenciar el poder de desgaste en los funcionarios afines al Alcalde, que ejerció la Contraloría de Bogotá; además como se mostrará a lo largo del capítulo las presiones tenían un trasfondo político y económico representado en los intereses de la Contraloría sobre el control a contratos y cargos en la SDS.

En octubre el secretario de salud Eljach sale del cargo ante un hecho que fue calificado como caótico: el proceso de actualización de datos del SISBEN:⁹⁰

El alcalde de Bogotá, Luis Eduardo Garzón, destituyó este lunes a Julián Eljach, Secretario Distrital de Salud, por el caos en la jornada de actualización de datos para el régimen subsidiado de salud (Sisben), que se realizaba este fin de semana y que fue suspendida por Garzón.

Las largas filas en un único sitio destinado para la gigantesca labor, en las que se encontraban personas de la tercera edad y discapacitados, y la muerte de un hombre de 53 años que esperaba ser atendido junto con su familia para recibir su carnet de salud fueron las causas de la salida de Eljach, sustituido por Héctor Zambrano, quien hasta el lunes era el Subsecretario de Hacienda de la capital colombiana”⁹¹.

Adicionalmente, la mayoría de los entrevistados coincidieron en que durante el periodo 2004-2005 no sólo hubo presiones por parte de la Contraloría de Bogotá, sino también existió un control político excesivo por parte del Concejo de Bogotá⁹² sobre las decisiones de la SDS.

El control político es la supuesta figura formal, que significa algo positivo, como no dejar que la administración abuse de su poder. Pero realmente la exigencia sistemática a asistir a sesiones de “control político” en el Concejo era una estrategia política de oposición. Además, varios concejales manejaban las plantas y contratistas de varios

⁸⁹ El Tiempo 2005e

⁹⁰ WikiNews 2005

⁹¹ El Tiempo 25 de octubre de 2005.

⁹² El control político es una de las principales funciones del Concejo de la ciudad sobre todos los sectores, no obstante, también es reconocido como una práctica para ejercer presión sobre los sectores y obtener beneficios.

hospitales y algunos tenían relación con EPSs. El problema es que esto no es fácil de constatar. (E6C1).

El ejercicio de control que está en el marco de garantizar el funcionamiento adecuado por parte de las entidades como el Concejo o los entes de control en este caso termina siendo un instrumento de poder ya que opera en la lógica de oposición, las mafias y la corrupción.

Estos poderes son políticos e incide en las decisiones de la política pública en salud. (E13C2.)

Al ex contralor y a su esposa Beatriz Alicia Noguera Pardey, en ese entonces asesora del entonces senador Jairo Merlano, se les comprobó que entre 2004 y 2006 tuvieron un incremento patrimonial injustificado así como inconsistencias en las declaraciones de bienes y rentas. La declaración privada que González como funcionario público estaba obligado a presentar no coincidió con su declaración de renta y ni él ni su esposa reportaron las inversiones que tenían en el exterior a pesar de que estaban en la obligación de hacerlo. Tampoco indicaron el origen de los recursos en sus cuentas de Estados Unidos.

Además, la Procuraduría encontró evidencia de 14 viajes que González había hecho a Miami entre 2004 y 2006, con estadías que sumaron más de cuatro meses y 18 que su esposa hizo durante el mismo período. La mayoría de estos viajes no fueron autorizados por el Concejo de Bogotá ni, en el caso de su esposa, por el Congreso. Los testimonios del ex contralor presentaron varias inconsistencias y en diciembre de ese mismo año la Procuraduría General lo destituyó e inhabilitó por 15 años para desempeñar cargos públicos, medida que también fue dictada contra su esposa Beatriz.

González Arana fue reemplazado por Miguel Ángel Moralesrussi, destituido e inhabilitado por 20 años cuando aún ejercía como Contralor y actualmente detenido por su papel en el 'carrusel de la contratación'⁹³.

4.2. La reacomodación 2006-2012

En el mes de octubre fue nombrado el quinto secretario de salud, del periodo, Héctor Zambrano. De acuerdo con las entrevistas y la revisión periodística, así como información sobre controles por parte del Concejo de la ciudad, muestran un periodo de tranquilidad política, es decir que disminuyeron las tensiones y el control sobre la SDS. Al decir de un informante:

⁹³ La Silla Vacía. Julio de 2016. <http://lasillavacia.com/quienesquien/perfilquien/oscar-gonzalez-arana>

Al final del 2005, se entra en un período de estabilidad de los debates en el Concejo con el tema de salud. Obviamente hace llamadas reiteradas a todas las instancias. Pero, entra un período para salud de más tranquilidad, donde operan llamadas del Concejo a un ritmo más normal a lo que significaba la toma de cuentas del desarrollo de los programas o situaciones críticas-emergentes que de repente aparecían en el sector salud. Pero no se sentía la persecución del 2004 y del 2005. (E12C2).

Para algunos de los entrevistados esta “tranquilidad” frente a la propuesta política se explica porque el nuevo secretario era un funcionario con trayectoria pública reconocida en el Distrito, ya que venía de ser sub secretario de Hacienda.

La llegada de Zambrano fue como un bálsamo. Porque parte de las tensiones que había en el sector se sustentaban en que los que estaban, la izquierda, no tenían experiencia, ese era el cuento, que eran académicos y no sabían gobernar, alguien como Zambrano de entrada les desvirtuaba ese argumento, y se empezaron a calmar las cosas. (E9C2).

Para otros, la trayectoria política del funcionario le permitía un mejor manejo político con los concejales y con los entes de control bajo una lógica tradicional; es decir, restaurando el manejo clientelar. Cabe precisar que Zambrano se mantuvo en el resto del periodo 2006-2008, y logró sostenerse entre 2008-2011. Pero en el año 2012, fue vinculado, detenido y condenado por corrupción en lo que se denominó “el carrusel de la contratación”, en el que también fueron implicados y condenados varios funcionarios del periodo 2008-2012: el Alcalde, Samuel Moreno Rojas; seis concejales: José Juan Rodríguez⁹⁴, Andrés Camacho Casado⁹⁵; Orlando Parada⁹⁶, Hipólito Moreno⁹⁷, Jorge Ernesto Salamanca⁹⁸; el Personero de Bogotá, Francisco Rojas Birry; el contralor de Bogotá, Miguel Ángel Moralesrussi; el representante a la Cámara, German Olano⁹⁹ y los senadores Iván Moreno Rojas¹⁰⁰ y Efraín Torrado¹⁰¹.

Más allá de los manejos políticos, varios de los entrevistados ubican que durante este periodo se sostuvo una perspectiva del Derecho con menor tensión debido entre otros

⁹⁴ Partido Verde, concejal por tres periodos.

⁹⁵ Partido de la U, concejal por dos periodos. Asistente administrativo cámara de Representantes.

⁹⁶ Partido de la U, concejal por dos periodos.

⁹⁷ Partido de la U, concejal por cinco periodos.

⁹⁸ Partido Liberal, concejal por cinco periodos.

⁹⁹ Partido Liberal. Representante a la Cámara por un periodo.

¹⁰⁰ Polo Democrático Alternativo. Senador por dos periodos.

¹⁰¹ Partido de la U. Senador por un periodo.

aspectos por reposicionamiento de la APS a partir del Informe de la Salud en el Mundo sobre la Renovación de la APS (2008), y en el Informe de Comisión de Determinantes de las OMS, (2008) que influyó positivamente en la aceptación de la visión de salud que se instaló en el periodo.

El triunfo de Samuel Moreno en octubre de 2007 y su intención de mantener la visión de Derechos en el Plan de Desarrollo *Bogotá Positiva 2008-2012* implicó aumento de los recursos para salud y su posicionamiento como parte fundamental del desarrollo social en la ciudad. Igualmente, como se mencionó anteriormente se mantuvo el Programa Salud a su Hogar (SAH) con el nombre de Salud a su Casa (SASC).

4.3. Los actores

Se entiende por actores a todas las fuerzas vivas que configuran las posibilidades de gestión de la política en el territorio (Bogotá) desde diversos saberes, lugares, instancias e intereses. Para identificar quiénes son actores se visualiza los posibles intereses (objetivo/competencia, sus influencias, sus capacidades o recursos de poder). El mapa de actores se ordenó a partir de los planteamientos de los entrevistados y toma como referente temporal básicamente el periodo 2004- 2012 como lo muestra el cuadro 13.

Cuadro 13.

Mapa de actores en la implementación de la Política

Nombre	Interés	Recursos de poder
Ministerio de Protección Social	Direccionar la Política de Salud Nacional: que se traduce en el desarrollo SGSSS y mantener su estructura	- Conocimiento -Dirección o capacidad de definir o tomar decisiones, por ejemplo, reglamentar la política, define en recursos. La lógica se organiza a partir del SGSSS para lo cual se ha incorporado como matriz de pensamiento la economía de la salud; y la salud pública tradicional bajo el enfoque de riesgos funcional al modelo neoliberal. Desde allí, el nivel nacional usa todos los recursos del poder ejecutivo del Estado y obliga a los entes territoriales a “adaptar” sus lineamientos en los territorios.
		-Conocimiento

Secretaría Distrital de Salud	Direccionar e implementar la Política Distrital con restricciones debido a sus competencias que son establecidas por el gobierno nacional en el marco del SGSSS.	Al interior coexistían diversas corrientes de pensamiento: la hegemónica dada por la apropiación de la lógica del Sistema y otras vertientes críticas básicamente en el área de salud pública con aproximaciones a los determinantes sociales de la salud. Y la corriente que se impulsa a partir del 2004 vinculada a la determinación social y la Medicina Social. -Alta capacidad técnica vinculada con el pensamiento hegemónico reconocida en el país (inclusive antes del periodo tenía este reconocimiento). -Recursos económicos propios. -Capacidad instalada: infraestructura 22hospitales –ESEs -Capacidad movilizadora de la ciudadanía.
Alcaldía Mayor	Dirigir y administrar al Estado distrital. Generar gobernabilidad.	-Legitimidad -Económicos: direcciona los recursos tanto del Sistema General de Participaciones como los recursos propios a través de la Secretaría Distrital de Hacienda.
Eje social: Secretarías de Integración Social, Educación, Cultura, entre otras.	Responder por las políticas sociales para la realización de los derechos.	-Conocimiento Se instaló sobre la lógica de derechos pero no se logró hacerlo de forma articulada sistemática -Recursos económicos -Capacidad instalada; infraestructura
Congreso	Formular la Política - Reglamentar la Salud	Poder de decisión En el entendido que hay facciones que representan múltiples y en muchos casos contradictorios intereses.
Concejo de Bogotá	Ejerce control político a la administración Distrital Expide leyes específicas territoriales; sin plena autonomía y depende del marco de competencias	Decisión funcional (de acuerdo con la competencia y la autonomía territorial de Bogotá). El Concejo estaba conformado por: Concejales liberales ¹⁰² 8 Concejales del PDI ¹⁰³ 8 Concejales de Cambio Radical ¹⁰⁴ 6

¹⁰² Oposición/apoyo en momentos específicos como aprobación del PDD

¹⁰³ Apoyo

¹⁰⁴ La mayoría del tiempo en oposición

	acorde con la estructura nacional.	<p>Por la Bogotá que queremos¹⁰⁵ 4</p> <p>Conformación Movimiento Nacional¹⁰⁶ 3 (Bancada Conservadora)</p> <p>Movimiento ALAS¹⁰⁷ 3 (Bancada Conservadora)</p> <p>Partido Conservador¹⁰⁸ 2 (Bancada Conservadora)</p> <p>Dejen Jugar al Moreno¹⁰⁹ 2</p> <p>Partido Colombia Democrática¹¹⁰ 2</p> <p>Partido nacional Cristiano¹¹¹ 1</p> <p>Movimiento Colombia Viva¹¹² 1</p> <p>Movimiento MIRA¹¹³ 1</p> <p>Vamos Colombia¹¹⁴ 1</p> <p>Convergencia Ciudadana¹¹⁵ 1</p>
Entes de Control (IAS) Contraloría Personería Procuraduría	Velar por la transparencia y mantener la ética pública.	Gran poder por su función de control.
Medios de comunicación	Comunicar	Generación de opinión pública.
EPS- ARS	Administrar el aseguramiento en salud	Manejo de recursos Capacidad de incidencia en el Congreso y en los actores políticos bien sea a través de lobby o apoyando campañas
Hospitales – gerentes	Prestar y operar la Política en el territorio	Manejo territorial Reconocimiento Manejo restringido de la Política ya que en gran parte dependen del marco normativo del Sistema y dependen del aseguramiento. A partir del carrusel de la Contratación se evidenció el poder político y sus vínculos con concejales
		Capacidad técnica.

¹⁰⁵ Oposición durante todo el periodo, este movimiento se inscribía en la corriente del Alcalde saliente.

¹⁰⁶ Oposición/apoyo en momentos específicos

¹⁰⁷ Oposición/apoyo en momentos específicos

¹⁰⁸ **Oposición**/apoyo en momentos específicos

¹⁰⁹ Oposición/apoyo en momentos específicos

¹¹⁰ Oposición/apoyo en momentos específicos

¹¹¹ Oposición/apoyo en momentos específicos

¹¹² Oposición/apoyo en momentos específicos

¹¹³ Oposición en algunos momentos y apoyo

¹¹⁴ Oposición/apoyo en momentos específicos

¹¹⁵ Oposición/apoyo en momentos específicos

Mandos medios- Burocracia	Identificar y dar respuestas a las necesidades en salud. “Filtran las necesidades de la población en salud.”	Capacidad política.
Ciudadanía (organizada)	Construir la política	Vigila Incide

Fuente: Elaboración propia.

4.4. Análisis desde las voces de los actores

Para entender las relaciones que se establecieron entre los diferentes actores del proceso, se construyeron unas categorías que permiten ordenar las dinámicas de poder: relaciones de contradicción oposición; identidad y dominación. Esta concepción del poder permite reconocer tres formas de relacionamientos: i) de identidad que corresponde a las alianzas que entablan los diversos actores con la institucionalidad en salud y que permiten que la política se viabilice; ii) de contradicción que muestra los conflictos entre los actores y la institucionalidad y que afectan la viabilidad de la política, y iii) de dominación que expresan las fuerzas que ejercen algunos actores sobre la institucionalidad para defender o prevalecer sus intereses propios.

Aunado a lo anterior la participación se convierte en una clave para el desarrollo de la política en salud y para las transformaciones culturales que se requieren desde una perspectiva contrahegemónica como recurso para disputar una visión diferente de salud y su relación con el Estado.

4.4.1. Relaciones de contradicción-oposición- conflicto

Las relaciones de oposición-contradicción son aquellas en las cuales los actores expresan posturas contrarias a los planteamientos base, en este caso el de la SDS gestora de la Política de Salud de Bogotá. No obstante, es pertinente precisar que siempre se ha reconocido el fuerte vínculo entre la visión epistemológica con la visión política (plano conceptual/plano político) y que sólo por un asunto de narrativa se separan, con el fin de hacer énfasis en cada uno: en lo político se trata de visibilizar las fuerzas específicas en que se produce la política y el uso de poder por parte de los actores para favorecerla o para oponerse a ella.

El gobierno nacional en cabeza del Ministerio no reconocía la apuesta de Bogotá. En Bogotá se hace una apuesta por impulsar la estrategia de APS, desde el enfoque promocional de calidad vida y salud que no es un discurso reconocido por el nivel nacional, por el Ministerio, y allí lo que se genera es una relación institucional de seguimiento, más no de acompañamiento ni de trabajo conjunto.(E2C2).

La relación entre el Distrito y el Ministerio era de tensión. Los dos hechos que manejamos nosotros, en el cargo mío, se manejaban tensiones con el Ministerio. Uno porque el Ministerio protegía a las ARS, nos atacaba porque involucrábamos a la comunidad para que hicieran parte de la negociación y el Ministerio consideraba que había algunas cláusulas en los contratos que no debíamos hacer nosotros. Dos, el Ministerio consideraba que debíamos hacer como perdón y olvido con las ARS, porque el problema de las bases de datos no era del momento en el que nosotros estábamos, sino que era un problema que se arrastraba desde años atrás, y como nosotros considerábamos que ellos debían devolver dinero y era muchísimo dinero, se generó un conflicto institucional muy fuerte con el Ministerio.(E5C2).

Las oposiciones de Ministerio de Protección Social se explican entres sentidos: i) la disputa por redimensionar el papel del Estado; ii) la disputa ideológica y iii) el poder o jerarquía.

En relación a la primera, las SDS a través de la Política la Secretaría se asumía como ente rector con responsabilidad en la garantía del derecho a la salud, lo cual le permitió por ejemplo, exigir el cumplimiento del contrato a las ARS, exigir la verificación de la información y la devolución de recursos del régimen subsidiado. La Política implicó ejercer autoridad sanitaria también en el aseguramiento, por lo menos del régimen subsidiado, que dependía del contrato entre la SDS y las ARS a lo cual el Ministerio se opuso. En cuanto al régimen contributivo la SDS no tenía injerencia alguna, sin embargo, empezó a evidenciar que habían barreras de acceso y no se atienden afiliados al régimen contributivo que viven en barrios pobres y marginales, con lo cual se evidenció que las EPS no tenían prestadores para estos servicios, pero tampoco los contrataban con la red pública. En conclusión la Política iba más allá de APS o Salud a su Hogar; le disputaba poder al aseguramiento y al modelo:

El tema aquí es del contenido de los contratos, incluso con el sector público prestador de servicios. Para el caso de Bogotá el gobierno central a través del Ministerio impuso las reglas de juego y los contenidos de los contratos con los intermediarios (EPS) en contra de la voluntad explícita del gobierno distrital, lo cual se tradujo en una contradicción entre los intereses defendidos en el nivel nacional y los de la administración distrital. (E13C2)

Por otro lado, la confrontación se vio como una disputa claramente ideológica lo que demuestra la contradicción de intereses en el campo de la política:

Con el SGSSS no es que el Estado se haya retirado del “todo”, sino que las fuerzas de la clase dominante al interior del Estado se han aliado con y sirven a los intereses privados que se mueven en la sociedad en contra del interés de los trabajadores y sectores populares. Al contrario de la tesis del retiro o del no control, ha habido una profundísima intervención pero al servicio del capital, los tecnócratas del Ministerio están en función del interés del capital de las fuerzas dominantes, el Estado a nivel nacional trabajan para ellos. (E13C2).

Una tercera postura explica que las tensiones con el Ministerio de Salud obedecían a la lógica de jerarquía, pues el Ministerio era y es quien direcciona la política del gobierno nacional en un marco institucional establecido por el SGSSS y sencillamente, se asumía que Bogotá desconocía ese nivel jerárquico:

En el plano formal, la relación era una que obedecía a la lógica de la relación del nivel central, donde el Ministerio tenía una lógica de definición de líneas técnicas y líneas estratégicas para todos los programas de salud en Bogotá. Además de eso traducido en que el Ministerio tenía un equipo técnico que era el que daba la línea y además definía las prioridades, las metas y los recursos, eso en el plano formal está establecido que es el que da la línea, además es el que pide cuentas. Entonces, las cuentas hay que darlas en función de los programas. Eso nos ha complicado, cómo logramos trabajar con un enfoque y una manera diferente, pero sin dejar de responderle al Ministerio que es el que nos pide cuentas de gran parte de los recursos que se utilizan en la ciudad en salud. (E19C2).

Finalmente, de acuerdo con la los planteamientos de los actores y la revisión de prensa que muestra como la instalación de la Política de Salud de Bogotá generó se puede afirmar que Bogotá proponía un proyecto político alternativo, frontalmente explicito desde los proyectos de campaña y después en todos los escenarios que generó relaciones de conflicto entre estos dos actores (SDS- MINSALUD) se exacerbaban:

Tanto así que en muchas instancias y temas el diálogo era el mínimo obligado, pero era un diálogo formal que significaba que Bogotá hacía el uso máximo de su autonomía. Esto significaba ser capital, contar con unos recursos importantes y finalmente, construir una perspectiva que se planteaba alternativa. (E18C2).

Para el segundo período de gobierno (2008-2012) los protagonistas identificaron que en el contexto nacional se presentaba de manera contundente una crisis del sistema de salud, ocasionada principalmente por que los recursos del aseguramiento no se estaban usando; no había afiliación, pero sí se mantenían los recursos puestos en el subsidio a la

demanda. En contraposición, las personas usaban los servicios y generaban gastos pero no estaban afiliados, los no afiliados eran asumidos por el pago directo del FFDS a los hospitales; esto evidenció la crisis financiera del sistema.

Si bien segundo para el segundo mandato del PDI las tensiones con el Ministerio se redujeron un poco ya que la SDS estaba impulsado ampliamente la estrategia de aseguramiento, es decir, había una decisión de no confrontación y de acomodamiento con el SGSSS. Como se planteó al principio de este capítulo para el segundo periodo del PDI se considera un reacomodamiento a la lógica hegemónica. Para otros entrevistados durante este segundo periodo las relaciones con el Ministerio de Salud eran mínimas, o se mantenían bajo una lógica funcional y de conveniencia:

Yo creo que era muy poca según recuerdo esos dos periodos que yo fui gerente. Creo que había muy poca relación, era una relación que cuando existía, dependía mucho más de la abogacía, pero no de la abogacía normal que debe hacer un funcionario de nivel gerencial sino de la abogacía que llevaba por supuesto un componente de carácter político partidista, entonces si yo era amigo de fulanito de tal, podría lograr que el Ministerio me apoyase en algunos proyectos para el hospital; sí, era muy socorrido en ese tiempo que le ayudaran con ambulancias a los hospitales pero salían con el nombre propio del hospital y del gerente específico. Seguramente algunos proyectos también de infraestructura pero siempre uno conocía que el gerente tal, es amigo del Senador tal, entonces en esos momento ellos podían tener acceso digamos en ese sentido a presupuesto público del Ministerio, pero que hubiese una relación más en el sentido de política pública por lo menos que yo lo hubiera vivido, una relación cercana de asesoría y direccionamiento por parte del Ministerio no la viví. (E11C2).

Adicionalmente se evidencia que las relaciones políticas se mantienen en la lógica de grupos o clientelas y no sobre la primacía de valor de lo público.

4.5. Relaciones de identidad

Se entiende por relaciones de identidad las que enmarcan con posturas favorables a la Política de Salud de Bogotá y se explicitan en alianzas y articulaciones.

Una primera relación de este tipo se estableció con la Alcaldía Mayor cuyas relaciones se movían entre la identidad y la gobernabilidad. Aunque parece evidente que debía existir identidad entre la Alcaldía y su propia Política de Salud, en la dinámica de implementación de la Política se presentaron matices en las posturas que permitieron un mayor o menor grado de gobernabilidad. La Política de Salud de Bogotá en su

planteamiento central acogió la visión del Plan de Desarrollo Distrital y la garantía de derechos; sin embargo, el planteamiento del derecho a la salud entró en disonancia con la política nacional y con múltiples intereses y poderes que empezaron a interpelar la gobernabilidad.

Para los entrevistados en el primer momento del periodo (2004) el respaldo del alcalde fue total y se evidenció en lugar que ocupó salud y el apoyo a Salud a Su Hogar, que además de posicionar un eje articulador en lo social, posibilitó avanzar en una mirada intersectorial.

Bajo la lógica del aseguramiento la SDS debía ampliar los cupos para el régimen subsidiado y adicionalmente, tenía la potestad y la obligación de responder por los vinculados. Este espacio de acción le permitió mostrar el nuevo enfoque APS mediante la atención a los vinculados, apoyado en la red pública para la prestación de los servicios y la implementación del programa Salud a Su Hogar:

Eso les preocupó no sólo al Ministerio, sino a todas las ARS, a las EPS del régimen contributivo, a los políticos del Concejo con negocios en salud y de ideología neoliberal, entre otros más, y trataron de judicializarnos por distintas vías y de hacer estudios para demostrar que lo que hacíamos era un desastre. (E6C2).

En este marco se generó otra disputa por la depuración de las bases de datos del régimen subsidiado para pagar la UPC correspondientes a las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS). Estas bases son el soporte sobre el cual se generan los pagos de la UPC por cada afiliado a las EPS, al no depurar la base se mantienen en ella personas muertas, personas que han cambiado del régimen subsidiado al contributivo, entre otros y la EPS sigue obteniendo el pago por ellas. Es decir, que a esta disputa subyace cuantiosos recursos y la no transparencia en la información termina beneficiando a las EPS del régimen subsidiado. Esto es claro reflejo de cómo la información se convierte en un mecanismo de control, poder y dominio económico.

La pelea con el Contralor González Arana, se maquilló con el tema de la base de datos del régimen subsidiado cuando lo que había ahí era un chantaje y no lo lograron. Por eso fue la destitución. Porque se les dañaron los negocios. (E13C2).

En la medida en que las tensiones subían, en el marco de los constantes cuestionamientos que se hacían desde diversos actores particularmente el Concejo de la Ciudad y la Contraloría Distrital el apoyo de la Alcaldía se fue diluyendo:

Nosotros empezamos a desarrollar en el primer año un discurso fuerte de derechos y una operación a través de la APS, pero siento que el mismo Luis Eduardo Garzón le quitó fuerza al mensaje; entró en el cálculo milimétrico de la gobernabilidad. El episodio de la base de datos implicaba tocar cayos, intereses económicos, el control de esa base de datos no está en la SDS, sino que se construía desde el FOSYGA, las ARS, el Ministerio porque había confluencia de recursos para el pago de la UPC de los afiliados al RS. En general, se operaba desde muchas manos y esas múltiples manos tenían intereses diferentes. Efectivamente se logró demostrar que definitivamente había una cantidad de cajas negras que no dependían en absoluto ni del Ministerio, ni de ningún ente territorial, sino manejadas por unas manos oscuras que distribuían subsidios. (E6C2).

A partir del episodio de la depuración de datos, el apoyo por parte de la Alcaldía para la SDS cambió, y a ello debe sumarse la presión de los medios que constantemente ponían en duda la capacidad de la izquierda para gobernar y la tensión de que se iba a arrasar o no con lo instituido. En este contexto, el proyecto en salud empezó a debilitarse *políticamente*, se disminuían sus posibilidades operativas y se exponía al poder de los contradictores. Es decir, cada vez era más débil la correlación de fuerzas para sostener el proyecto como se evidencia en los testimonios:

El Alcalde empezó a pensar que lo queríamos tumbar; empezó a ver que el tema de salud era el de la complejidad; ningún otro sector tenía una política nacional tan contraria al derecho como la salud; en este sector es donde mejor se expresa el neoliberalismo y el mercado de la salud tiene muchos intereses económicos que terminan acumulando poder político. Cuando hubo las presiones de la Contraloría Distrital y del Concejo, y esto se puso en medios, el Alcalde vio en riesgo su gobernabilidad, Lucho nos decía, “Uds. creen que llegaron acá a hacer la revolución? ¿Qué van a tumbar la Ley 100? Uds. me quieren es tumbar. (E13 C2)

..Estuve cinco meses de secretario sin respaldo político y esto tuvo unos efectos graves sobre la gobernabilidad mía. (E6C2).

Desde la visión de algunos de los entrevistados para la Alcaldía prevaleció la lógica de la gobernabilidad en términos de “buenas relaciones” con el Concejo de la ciudad y con la Contraloría Distrital, y por dicha razón, en la segunda parte del primer periodo de gobierno se posicionó un secretario con un direccionamiento más tradicional, que no era asociado con izquierda y que “no generaba ruidos”. Esta tendencia se mantuvo e inclusive el Secretario permaneció durante el segundo periodo de gobierno completo, como se mencionó anteriormente, dejando evidencia que detrás del ejercicio político habían intereses económicos y hechos de corrupción que involucraron no solo al

Secretario sino también a Concejales y a las cabezas de los entes de Control como el Personero de Bogotá y el Contralor Distrital.

Para otros entrevistados faltó fuerza para posicionar una forma distinta a la tradicional de hacer la política. No obstante, hay claridad que la correlación de fuerzas en la ciudad y aún en el país, eran desfavorables para una apuesta por la justicia en salud:

no había una correlación de fuerzas favorable a los intereses de los trabajadores y sectores populares; pero también debe mostrarse que la posibilidad de esa acción depende de la correlación de fuerzas en la sociedad por la vía de la movilización, con la claridad de que la transformación democrática de la materialidad, aparatos, instituciones y dispositivos del Estado, y del contenido de las políticas públicas, depende en gran parte del resultado de la lucha de clases en la sociedad y el Estado. Esto indica que la estrategia a seguir no es la de doble poder en sentido leninista estricto, para reemplazar el Estado burgués u oligárquico neoliberal por otro proletario y popular, sino posiblemente otra de transformación democrática del Estado y de sus aparatos conjuntamente, y resultado de una amplia movilización popular y política y del desarrollo de alianzas con los sectores comprometidos con el cambio del modelo político, económico y social. (E13C2).

Una segunda relación que se considera del tipo identitaria se dio a nivel interno con la SDS: es necesario aclarar que la SDS no es una entidad homogénea, sino que por el contraria es dinámica, conflictiva y se mueve entre la identidad el *conflicto* y las *tensiones*:

La Secretaría era de todas maneras, muy formal, tradicional y vertical en cuanto a la forma y el estilo de dirección, las jefaturas y la estructura administrativa. Entonces, siempre genera un choque que llega una administración distinta; ahora qué van a hacer, cómo van a cambiar las cosas. En general es como acabar con la formalidad como se traía, y básicamente por eso, porque la gente que llegó no era del tipo de administración clásico, ellos eran otro estilo. (E16C2).

Yo creo que la mayoría de la SDS lo tomo como un golpe, porque la mayoría estaba, yo creo, que llegó desde la reestructuración en el 97 desde las administraciones de Peñalosa, de Mockus, en su mayoría era gente del partido Liberal, del Conservador, su corazón y formación era de allí. Entonces genera un choque, el cambio de discurso, el cambio de perfiles, la sola vestimenta. Eso generó choque. (E8C2).

Eso se fue dando con aprendizajes muy duros. Nosotros teníamos la sensación que íbamos a entrar bien porque teníamos amigos dentro que trabajaban en Salud Pública. Había una serie de personas con las que había feeling y nos recibieron bien; pero también había un sector con una perspectiva de que estos no saben de salud pública y vienen aquí a decir que por aquí debe ser, cuando somos nosotros los expertos, epidemiólogos, técnicos, etc. (E6C2).

Como se lee en los testimonios anteriores la llegada de la izquierda a la SDS y su novedosa propuesta de salud generó incertidumbre al interior de la SDS y fue prácticamente una ruptura con el *statu quo*. Las tensiones que se deducen de los comentarios se pueden organizar en tres aspectos: i) una estructura y una lógica jerarquizada; ii) la fractura de lo distrital /local, y iii) la *supuesta* división entre lo técnico y lo político. Para este último aspecto la cita que sigue es una buena ilustración:

Ahí también emerge mucha contradicción porque el perfil de los que llegan, por lo menos en los cargos de dirección, es más bien un perfil académico y entonces, en estas instancias también opera mucho una tensión entre esta idea que lo académico es una cosa y hacer las cosas en la vida real es otra; y no siempre la academia responde adecuadamente a la pragmática, a resolver problemas de forma rápida que es lo que se necesita. (E15C2).

También se identificaron algunas estrategias para crear identidad con el proyecto. Las opiniones hacen referencia a un estilo de trabajo en equipo, a una lógica menos vertical y jerárquica, a la creación de espacios amplios de discusión y de orientación, espacios para dar línea y a un válido y necesario proceso de formación para los servidores públicos sobre la nueva perspectiva. Antes la SDS tenía una lógica de direccionamiento vertical que no hacía presencia en el territorio ya que este espacio le correspondía al Hospital y al gerente con lo cual acentuaba la fractura entre lo distrital y lo local bajo un modo de operación que fragmenta pensamiento /acción, que presupone que el nivel central es el que piensa y dispone en tanto que el nivel local es el que ejecuta. Bajo la nueva lógica y con la intención de ganar legitimidad interna y generar adhesión al proyecto en estos periodos se instalaron mesas de debate sobre la política y sobre el plan de desarrollo, con lo cual se fue agenciando un estilo de gobierno más personal, menos burocrático, que modificaba la forma habitual como se ordenaba el trabajo.

También se instaló la presencialidad continua del Secretario y sus directivos en el territorio como mecanismo de legitimidad e identidad con las comunidades y de definición de otro estilo de gobierno, lo que permitió en primer lugar aproximar al Estado con la ciudadanía, y demostrar a los servidores que es en lo territorial donde se constituyen los procesos de salud – enfermedad ya que de allí se da una comprensión efectiva y de primera mano de las necesidades sociales. En segundo lugar, superar la fractura que afecta las relaciones internas por una falsa disociación entre el pensamiento “técnico” y el “político”; el primero aséptico y neutral; el otro, supuestamente fundado en la

legitimación. Este aspecto fue tema central de los procesos de formación y de los debates que buscaban demostrar que corresponde a una falsa dicotomía pensar que los técnicos no son sujetos políticos ya que éstos con sus decisiones afectaban vidas, presupuestos etc. como lo muestra el siguiente testimonio:

La SDS expresa visiones teóricas y prácticas, que reflejan una manera de entender la salud que pudiéramos llamar hegemónica y que para quienes la llegada de un gobierno de izquierda, significaba la idea de que toda la capacidad técnica, todo el acumulado científico que se había logrado, podría correr riesgo. En esa idea que los gobiernos de izquierda, podían tener un gran acumulado ideológico, pero con pocas capacidades técnicas y demás .(E13C2).

Para el segundo periodo la gobernabilidad interna había logrado un equilibrio y muchos de los servidores públicos se habían apropiado el discurso del derecho y con ello, se supone una postura más crítica. Otros se instalaron en una lógica más funcional – pragmática “*hoy son rojos, mañana llegaran verdes o azules y de lo que se trata es de hacer no importa el color siempre hay que trabajar*”. (E18C2).

La tercera relación incluida en la *identidad* corresponde a las Relaciones intersectoriales-eje social¹¹⁶:

La selección de las personas que llegaron a ser secretarios como Abel Rodríguez en educación y Román Vega en salud, fueron importantes por su concepción política desde lo social con una capacidad de gestión impresionante, con un alto nivel para poner los temas sociales en la agenda política de la ciudad con mucha fuerza. (E5C2).

La lógica de ordenar toda la infraestructura de gobierno a la luz del derecho generó puentes comunicantes entre los diferentes sectores. Por ejemplo, que en la Secretaría de Educación estuviera Abel Rodríguez y en la de integración Consuelo Corredor generó posturas similares, comunidad de lenguaje e intereses. Esto permitió diseñar por ejes el Plan Distrital de Desarrollo y coadyuvó a construir una lógica de complementariedad. Los comentarios de los entrevistados ilustran este proceso:

hubo espacio real para lo intersectorial; se desarrolló en un contexto favorable; hubo mucho apoyo para los programas nuevos e innovadores que estaba planteando el gobierno de Lucho Garzón. Muy interesante lo que se trabajó en la parte intersectorial, en todo lo que fue el trabajo conjunto de las instituciones para un mismo fin, el que otras

¹¹⁶ El plan de desarrollo social Bogotá sin indiferencia (2004-2008) estableció que el eje social corresponde a la articulación entre los sectores de salud, educación e integración social

instituciones entendieran que la salud pública se construye en conjunto y se construye no solo desde el sector salud; todo el proceso de gestión social de salud tuvo que ver con eso y tuvo mucho soporte desde Secretaría de Gobierno y Secretaría de Integración Social. (E19C2).

(...) inicialmente se estructura un programa de seguridad alimentaria muy fuerte; se desarrolla una política de infancia muy visible y de alguna manera se van involucrando algunos mecanismo que creo fueron débiles de intersectorialidad en el 2004, 2005 y 2006, primer gobierno del Polo Democrático, pero que después se fortalecen. (E5C2).

En el segundo periodo, la lógica transectorial tomó mucha fuerza con la Gestión Social Integral, lo cual se aborda en el plano institucional.

Una cuarta relación de tipo identitaria son las establecidas con la comunidad que se mueven entre la identidad y la conveniencia.

“La gente entraba a la SDS como Pedro por su casa; se sentían con poder; hablaban, discutían, inclusive gritaban; se hacían sentir; eso sí que fue diferente”. (E8C2). En general los entrevistados plantearon que hubo una alta receptividad de la política, y que la forma como se hacía la política y el trato a la ciudadanía se modificó positivamente en la institucionalidad:

En la medida en que la población lograba identificar las grandes diferencias entre cómo se gobernaba la ciudad y cómo se gobernaba el país (de Uribe), nos favorecía en la medida en que teníamos mayor favorabilidad y receptividad y resultados eran muchos más visibles. (E14C2).

Las relaciones con la comunidad se dieron a través de la participación y esto cambió bajo la lógica promocional y la APS se ubica a las personas en los contextos de vida cotidiana, reconociendo las condiciones de vida que se construyen en los territorios. (E3C2).

Renovar la idea de ciudadanía y la manera en que la institucionalidad la promovía no fue solo un trabajo puesto en el escenario de la salud sino un asunto con trasfondo político que buscó el empoderamiento de las personas para lograr mejores procesos de participación, como lo dice un entrevistado:

Una propuesta de trabajar el empoderamiento social y la participación social con un tema más que institucional, de construcción de los imaginarios y de las lógicas en salud de la ciudadanía”. (E11C2). Adicional a ello “Afectar los determinantes, atacar las inequidades, tratar de subir a unas condiciones humanas de bienestar a la población como fundamento principal, esto tuvo una aceptación inmediata. (E6C2).

Es decir, leer las necesidades de la comunidad e intentar dar una respuesta integral desde la transectorialidad para generar mejores condiciones de vida aseguraban una

relación de la comunidad con la institucionalidad, como se lee en el comentario: “*El elemento central se convierte en transectorialidad, la perspectiva de los ámbitos, de involucrar a las poblaciones de acuerdo con unas formas de relación, fue muy importante, el hecho de responder a las necesidades de la población*” . (E7C2).

Para otros entrevistados no se logró construir suficiente fuerza e identidad para modificar o ampliar la correlación de fuerza: “*Más que desarrollar un debate se trata de generar una lucha política y social amplia para garantizar las transformaciones políticas y sociales a favor del interés de los trabajadores y sectores populares esto no se logró*”. (E13C2).

La quinta relación de identidad se da con los hospitales que se mueven entre la *identidad y el conflicto*. Y allí un elemento clave fue la red hospitalaria que tenía presencia en toda la ciudad y una capacidad técnica importante:

Algo importante es que la SDS es una institución muy potente, los 22 hospitales del distrito lo son. La expectativa de la población con el nuevo gobierno en cabeza del Polo Democrático y el Alcalde LEG, era una legitimidad muy fuerte, no improvisada, porque eso tenía un costo político. (E3C2).

Con esta claridad a comienzos del periodo se planteó que los hospitales serían el eje de la Política bajo la premisa de defensa de lo público. Dice un actor al respecto:

Los gerentes de los hospitales iban a ser el eje del sistema para que ordenaran el flujo de recursos de acuerdo con las necesidades de la gente. Tienen la potencia para decir lo que la gente necesita y exigir a las ARS que paguen, de exigir e incluso venderle al régimen contributivo la gente que tienen en el barrio, para decirle yo se la atiendo y le hago una propuesta de protección y prevención. Pero no se logró, nosotros no teníamos claro el mapa político de los hospitales y había un mapa político grande: unas formas de clientelismo, de contratación, de robo de dinero... esto lo vinimos a descubrir en la elección de gerentes a finales de 2004. Vimos a los concejales manipulando a los líderes comunitarios, interfiriendo en el manejo de platas sin contar con nuestro criterio. (E6C2).

Cuando se planteó que la estrategia para implementar la Política era la APS a través del programa de Salud a su Hogar, se definió que los aliados naturales serían los hospitales. Sin embargo, el hecho de que éstos estuvieran en el marco del Sistema bajo una lógica de competencia y su naturaleza jurídica los definiera como empresas autónomas y comportaran como empresas privadas, complejizó el ejercicio, como lo dice el siguiente testimonio:

La relación que venía de la SDS y los operadores de las políticas, para lo cual la SDS hace contratos con los hospitales, eran difíciles. Son actores que no tenían una sintonía política, que vienen de procesos administrativos y políticos complejos, esto hacia que fuera realmente muy difícil generar rápidamente orientaciones y transformaciones o que se acatará la directriz que se daba; inicialmente hubo un contexto de resistencia de la gestión pública que planteábamos. (E8C2).

Otro testimonio corrobora esa complejidad dice:

La relación era de respeto; Román Vega tuvo algo muy importante; se le respetaba porque no había nadie más que supiera de APS que él. En el período de LEG se ganó respeto para el sector salud, visibilidad y reconocimiento. Después, en el siguiente periodo fue un tema muy burocrático, de negociación y eso hizo que el sector salud se desprestigiara. (E7C2).

Sumado a lo anterior, el proceso de selección de gerentes de hospitales, que se suponía partía de un concurso de méritos (examen inicial) y pasaba por un ejercicio de decisión del Alcalde de una terna postulada por la Junta directiva del Hospital, estaba permeado de influencias políticas y clientelismo, y muchos de los seleccionados terminaron siendo parte de las diferentes corrientes políticas instaladas en el Concejo que intentaban controlar el sector salud:

Los gerentes siempre tenían un padrino y era un Concejal; eso no fue solo en los periodos del POLO, eso venía de tiempo atrás; antes los Concejales dominaban la ciudad a través de las Juntas: de Planeación, de Hacienda y cuando las quitaron ellos perdieron el poder eso fue como en el 95 con el Estatuto orgánico que reorganizó la administración en la ciudad; en esa época la gente entraba a las entidades y eran liberales o conservadores; incluso había sectores que le descontaban a los trabajadores de su sueldo aportes para el partido, con la eliminación de las Juntas se les quitó poder a los Concejales pero esto era formal, ellos buscaron otras formas de controlar de reciclar su poder porque sus votos dependen de eso de la clientela, y de los contratos, y en los hospitales se necesita mucha gente, son espacios claves para ellos. (E14C2).

Lograr que los hospitales se pusieran del lado de la política implicó un esfuerzo grande, que pasó por diseñar estrategias de viabilidad financiera, modificar formas de pago y establecer procesos de concertación. “La competencia canibalesca que había entre los diferentes hospitales se fue eliminando paulatinamente y se crean mecanismos de mayor articulación entre los hospitales.(E5C2).

También los hospitales están afectados en su caja, por el sistema tarifario que aplican y cuyos valores se encuentran congelados desde hace tres años, por lo cual quedaron en desventaja frente a otras clínicas, dijeron algunos directivos de las instituciones. Según Zambrano, los hospitales Distritales están afectados en sus presupuestos igualmente porque están recibiendo "todo el peso de la atención de los usuarios no asegurados que en otras instituciones oficiales y privadas no reciben. Esos costos que se asumen ya van por los 300 mil millones de pesos.(Gómez 2007)

Para el segundo periodo los hospitales estaban armonizados con la SDS y su propuesta política. La presión con el Concejo había bajado en parte porque desde el final del periodo de Garzón y en el periodo de Moreno el Secretario había hecho acuerdos políticos como se evidenció en el carrusel de la contratación. Sin embargo, no hay que perder de vista que los hospitales se ven cada vez más acosados por la estructura de competencia e intermediación del Sistema:

*Héctor Zambrano, Secretario de Salud, atribuye los problemas al sistema de salud. Anuncia reforma hospitalaria. Los hospitales distritales atraviesan por la peor crisis financiera de los últimos años. ¿Por qué? Hay dificultades financieras, pero eso es consecuencia del sistema de salud. Es curioso que cuando llegué a la Secretaría, hospitales como el de Suba y Engativá llevaba 7 años cerrados y nadie dijo nada. Los abrí y ahora cuestionan su funcionamiento. ¿Por qué no se dice que por el buen trabajo de nuestros hospitales estamos asumiendo la carga de otros y del país? Que ha disminuido la mortalidad materna y la enfermedad respiratoria en la ciudad y que, por esos programas silenciosos, hemos sido reconocidos internacionalmente. Claro que hay problemas, pero no tan graves como en los hospitales de otras regiones. Aquí se quiere mostrar a la red de Bogotá mal, porque hay gente interesada en quedarse con los hospitales del Distrito. ¿Interés de quién o quiénes? De los grandes grupos económicos de la salud en Colombia, como lo vienen haciendo en algunas regiones. ¿Cuáles grupos? No voy a dar nombres, pero está haciendo carrera el cierre de hospitales con ese fin.*¹¹⁷.

Particularmente pienso que el sector salud es especialmente, un sector que se asume como tema de los favorecimientos económicos para los actores que ejercen algún tipo de control político. Eso estaba instituido y se mantiene. Lo que pasa es que en el periodo de Samuel puedo decir que fue menos refinado y controlado. (E5C2).

La anterior cita deja ver que en el sector salud hay diferentes actores que tienen poder sobre unos determinantes y lo usan para ejercer control político a los hospitales y la SDS, sobre todo, para generar estrategias de favorecimiento a ciertos grupos, particularmente económicos.

¹¹⁷ El Tiempo 2010. Ver anexo Revisión de prensa.

4.4.3 Relaciones de dominación

La primera relación que se identificó de dominio se estableció con los entes de control que expresan un ejercicio de poder absoluto. Dichas relaciones se dan en el marco de vigilancia a la transparencia en la función pública. Para este ítem se toma en referencia específica a la Contraloría de Bogotá por ser el actor que los entrevistados enunciaron de manera más sistemática, debido al papel determinante que tuvo en el primer momento de instalación de la política en Bogotá.

La siguiente secuencia de notas periodísticas¹¹⁸ prueba la alta tensión entre el Secretario de Salud y el Contralor de Bogotá; el primero aduce sentirse acosado más por su orientación política que por su ejercicio en la SDS; y el segundo dice desarrollar operativos puramente de control pero que traspasan la frontera hacia lo político.

El Secretario de Salud del Distrito, Román Vega, se declaró ayer acosado por el contralor de Bogotá, Oscar González Arana, y denunció que el jefe del organismo de control le tiene montada una estrategia de retaliación política por haber sacado a dos funcionarios que eran de sus afectos, y que estaban presionando para favorecer a ciertos contratistas. Se trata, según Vega, del ex director Administrativo, Alberto Fadul, y el jefe de la oficina jurídica, Orlando Muñoz, a quienes les pidió la renuncia. "Me sentí indebidamente presionado, de tal manera que no podía seguir trabajando con ellos", afirmó en tono vehemente durante una rueda de prensa. Según Vega, "Fadul fue puesto en la Secretaría por González Arana. Es el ventrículo izquierdo del contralor", dijo al advertir que "ya me cansé y decidí hablar para contar que hay detrás, en el fondo de esta persecución clarísima del contralor". Vega reaccionó airadamente frente a declaraciones radiales en las que González dijo ayer que la secretaria de Salud "está liderando el campeonato de la desorganización" y que "especialistas en la materia vienen sosteniendo que la entidad ha tenido un fuerte retroceso en materia administrativa. (Redacción ELTIEMPO 2005a)¹¹⁹

El contralor de Bogotá, Oscar González Arana, dijo en declaraciones radiales que "la Secretaría de Salud muestra poca eficiencia en la parte administrativa", a propósito de un informe sobre un operativo de control realizado el 31 de diciembre para verificar la legalidad de los contratos firmados el último día del año. Según González, a la Contraloría siguen llegando reclamos de compañías que se quejan de que no les pagan oportunamente, y en otros casos "la Secretaría no sabe sobre qué períodos está pagando". El contralor afirmó que la entidad no resolvió una serie de desórdenes que ha encontrado el organismo

¹¹⁸ Se usó este recurso porque no se pudo tener acceso a entrevistas con este actor, lo que se explica por las siguientes razones: los cargos de la entidad son de libre nombramiento y remoción (no son estables); en el caso del primer contralor está fuera del país, y en el caso del segundo está detenido en la cárcel por el Carrusel de la contratación.

¹¹⁹ El Tiempo 14 de enero de 2005.

*de control y "hoy sigue liderando el campeonato de la desorganización en el Distrito"*¹²⁰. (Redacción ELTIEMPO 2005b)

*Un nuevo episodio tuvo ayer la polémica que en los últimos días han protagonizado el contralor Distrital, Oscar González Arana, y el Secretario de Salud del Distrito, Román Vega. González le ordenó al Alcalde Mayor de Bogotá, Luis Eduardo Garzón, suspender por término indefinido a Román Vega.*¹²¹

La tercera inquietud que no despeja la decisión de la Secretaría General es si Vega, nuevamente en Salud, enfilará baterías contra González. Ayer ya le lanzó las primeras pullas. "Para hacer control no se necesita hacer espectáculo ni violar la ley. Cuando uno es Contralor hay que ser ético y eso no lo he visto", dijo Vega. González no contestó al celular. (Redacción ELTIEMPO 2005c)

Para algunos de los entrevistados el conflicto con el Contralor Distrital obedeció a una maniobra para desestimar la política y ejercer el control tradicional que éste ente mantenía sobre la SDS. Para otros, lo que subyace a este conflicto fue el poder económico y político que se utilizaría en la siguiente contienda electoral de 2008 que incluía sectores políticos tradicionales e incluso alguna facción del PDA representado por Samuel Moreno¹²².

El segundo tipo de relación de dominio se identificó al Concejo de la ciudad que se enmarcó entre el control y la presión política:

Entre el período de 2004-2005, se presentó un cambio importante que puede ser definido y rastreado con mayor precisión, pero lo que termina sucediendo, es que la situación con la SDS y el Concejo de Bogotá es una relación intensamente conflictiva, lo digo en términos del número de llamados, el número de sesiones, el espacio ocupado por el tema de salud en la agenda de Bogotá. (E20C2).

Si bien el Concejo cumple una función de control a la administración, éste además valora, valida, apoya, cuestiona o exige del gobierno local. Esa es su naturaleza. Durante este periodo de estudio, el Concejo fue muy activo en relación a temas de salud sobre todo con el manejo de hospitales, con temas de salud pública¹²³ y con el programa de Salud a Su Hogar cuya vigilancia del Concejo era pertinente. Pero para la mayoría de los actores las relaciones con el Concejo no solo fueron de control, fueron muy conflictivas a partir

¹²⁰ El Tiempo 4 de enero de 2005.

¹²¹ En Agosto de ese mismo año 2005 la Contraloría General exoneró al Secretario Vega de las razones por las cuales había sido suspendido y levantó la sanción.

¹²² Fue elegido Alcalde para el periodo 2008-2012.

¹²³ Ver anexo de citaciones del Concejo de Bogotá 2001-2010.

del 2004 y 2005 porque el control político se volvió permanente y el argumento que las bancadas citaban era que el programa de APS era innecesario y aumentaba el gasto en salud.

Era muy farragoso, una relación muy difícil, yo creo que Román sufrió ese primer año una gran dificultad para ver cómo podía generar acuerdos con las fuerzas que supuestamente estaban en el Polo Democrático y por otro lado, todo el ataque frontal y sistemático del partido liberal y de los peñalistas. Todos estos sectores estaban en contra y teníamos pocos aliados y fuimos descubriendo poco a poco que muchos de ellos tenían negocios en los hospitales. (E6C2).

De acuerdo con las estadísticas de citación al Concejo para controles políticos, entre el año 2004-2005 hubo 47 citaciones por año, cuando el promedio en los años anteriores era de trece¹²⁴ “*Con el Concejo hubo realmente muchísimas resistencias, afirmaciones falsas sobre la política, se desvirtuaban permanentemente los objetivos de la política, se ponía en tela de juicio el reordenamiento que se estaba planteando.*” (E13C2).

Al principio de Luis Eduardo Garzón, fue de confrontación abierta, de entrar a cuestionar lo que se hacía y muchas veces impedir lo que se hacía todo el tiempo en una posición. Desde el inicio de la administración, se recibían casi semanalmente proposiciones del Concejo, cuestionando el programa de gobierno. Sobre todo en las bancadas que eran de las administraciones anteriores, que habían estado siempre acompañando y de la mano de la administración, apoyándola 100%. Desde que arrancó estuvo en contra. Algunas bancadas eran del liberalismo, otras muy cercanas a Peñalosa; otras al Contralor. Había mucho control político, pero también terminaban entorpeciendo las actividades del quehacer. (E9C2).

De acuerdo con la revisión de prensa el Concejo tuvo tres momentos con la Alcaldía de Luis Eduardo Garzón: de luna de miel, de crisis y de calma “chicha” y lo explica como la forma tradicional de comportamiento del Concejo en relación a las prácticas políticas de corte clientelar naturalizadas:

*Los concejales de la ciudad, usualmente mantienen sus lealtades electorales a través de la atención de las necesidades de sectores sociales específicos o de grupos organizados de la población por los cuales abogan o por los que -en sus propias palabras- hacen gestión ante las entidades distritales.*¹²⁵

¹²⁴ Ver Anexo 9 : citaciones de control Político Concejo de Bogotá 2004-2012

¹²⁵ El Tiempo 18 de diciembre de 2004

Las tensiones con la Alcaldía surgían de la propuesta social que abarcaba sectores que habían sido tradicionalmente manejados bajo la lógica de favores:

Varios e importantes proyectos de la Administración orientados hacia la atención directa de necesidades de grupos particularmente vulnerables, así como el estilo descomplicado y de contacto cara a cara del alcalde Garzón, ponen en peligro los nichos electorales de buena parte de los líderes políticos locales. Otro factor es crucial aquí: pese a las disposiciones introducidas por la reforma política, el éxito electoral todavía depende más del microempresariado que de los partidos políticos.¹²⁶

De igual forma, es unánime la percepción de los entrevistados frente al segundo periodo en el cual las relaciones con el Concejo se normalizaron:

Pienso que desde que llegamos con Zambrano en el 2005, para que se llevaran a cabo muchas ejecuciones del plan de desarrollo, sí hubo una negociación política. Los concejales fueron elegidos por aquellas comunidades que viven en el territorio, su obligación era hacer lobby, hacer gestión aprobando a acuerdos como firmar el plan de desarrollo, que de alguna manera se desgranaban hacia las localidades. (E4C5).

Para otros entrevistados la explicación del control no era técnica – política en defensa de los recursos públicos, sino que el control político era un dispositivo de control para mantener la clientela:

Es evidente que los concejales en un país que ha tenido una tradición de clientelismo tienen que vivir de la clientela. La clientela es dar puestos y seguramente también en la parte de contratación. Como llegamos a la gerencia personas que no éramos amigos de los políticos tradicionales para el Concejo, no sabían cómo llegar, creo yo. Entonces hubo al principio un grado importante de alejamiento que yo percibo que después en algunos casos se fue acercando. Es posible que algunos compañeros hayan comenzado por temor, yo lo diría, de siempre estar pendiente que lo citen al Concejo, que fueron a pedir informes a través de la Contraloría y la Personería, que en ese tiempo se escuchaba mucho que eran necesariamente por fichas políticas del Consejo. Entonces comenzaban a apretarlo a uno; este no está ayudando, entonces las 'ías' ejercían como un correaje allí. Entonces después pienso que hubo un grado de conocimiento y seguramente de colaboración, porque de ninguna otra manera se entendería que a Lucho le hubiera pasado la gran mayoría de proyectos, al principio se generaran algunos, pero seguramente se dio la transacción de carácter político. (E19C2).

Pero para uno de los entrevistados no hubo tensiones con el Concejo de Bogotá.

No recuerdo muy bien, porque habíamos vivido unas épocas de tensiones muy importantes con el anterior gobierno de Mockus, porque él era muy rebelde en sus postulados; él tuvo una confrontación inicialmente con el Concejo, enseñando a todos estas

¹²⁶ El Tiempo 18 de diciembre de 2004.

trabas y tramas políticas, que exigían a veces dádivas para el ejercicio de poder, por esas marañas históricas. Él, Mockus, logró despegarse un poquito de eso. (E10C2).

La tercera relación de dominio se centra en el Congreso de la República. Si bien para la mayoría de los entrevistados no hubo relación con el Congreso de la República. Para otros, las relaciones no eran directas, ni visibles, pero era claro que existían relaciones entre los congresistas y los concejales de Bogotá bajo la lógica de partido o acuerdos políticos y que era desde el Concejo donde se ejercía la oposición a la política distrital. Estas versiones disímiles son evidentes en los siguientes testimonios:

Pienso que hasta el período de la actual administración, las relaciones no eran tensas; las relaciones eran cordiales. Quiero decir que inclusive para las discusiones de las propuestas que se hacían al Congreso de la República, nos llamaban no solo a preguntar nuestra opinión sino a hacer mesas de trabajo. Eso cambió, con la llegada de la izquierda, porque a ellos se les vio como contrarios a la Ley nacional, dejaron de tenernos en cuenta. (E4C2).

A pesar de la legitimidad del gobierno de Bogotá, la gobernabilidad democrática, apoyada en las fuerzas de la transformación y los sectores populares, no alcanzó a desplegarse con fuerza suficiente para paralizar la alianza de los sectores dominantes del Estado, tanto a nivel nacional como es el caso del Congreso, o a nivel distrital el Concejo, con el capital privado (EPS, industria farmacéutica, etc.). (E13C2).

Cabe aclarar que en el Congreso se proponen las reformas; en este espacio se acogió la normativa que soportó el ajuste estructural; el Congreso cumple un papel determinante que se puede ilustrar:

Sufrir los efectos de las reformas estructurales pro mercado y buscar legitimidad política distribuyendo presupuesto en las regiones donde hay bases electorales importantes determinan los patrones de gasto de los gobiernos a partir de los 90. Ante las restricciones del aumento de los ingresos tributarios, se acude a la deuda como forma de financiamiento; esta opción, además de incidir en el déficit fiscal significa entrar en la lógica de la financiación o, como lo llama la CEPAL, de dominación financiera, en que el servicio de la deuda representa una parte significativa del presupuesto. En contrapartida, se imponen restricciones al manejo presupuestal de la nación y, por supuesto, al de la salud.

Los recursos para salud se fijan en el conjunto de prioridades asignadas al presupuesto, que al final es una decisión política de los diversos sectores sociales cuyos intereses se expresan en las fuerzas parlamentarias y el Ejecutivo. (Rodríguez2009, 50).

En Colombia hay permanentemente ajustes al Sistema, cada uno con la intención de superar las crisis del momento. Durante el periodo estudiado se destacan tres leyes clave que lo afectaron de manera directa, si bien algunas de ellas no fueron reformas al

Sistema de Salud, sino modificaciones a la descentralización fiscal que afectaron los recursos para la salud. Los Actos Legislativos 01 de 2001 y la Ley 715 que modificaron las transferencias y cambiaron las implicaciones asociadas a la certificación de los municipios y los recursos en el sector de la salud en Colombia:

Durante el gobierno de Andrés Pastrana y como parte de la “dictadura fiscal”, impuesta por el FMI, y como producto del Acuerdo extendido suscrito el 3 de diciembre de 1999 el gobierno se comprometió a presentar al Congreso un conjunto de reformas estructurales entre las cuales estaba la seguridad social (pensiones) y una reforma constitucional que desvinculara las transferencias a los gobiernos locales de los ingresos corrientes del Gobierno Central.

En efecto, la Ley 60 fue reformada mediante el Acto Legislativo 01 del 30 de julio del 2001 cuyo primer artículo hacía mención a “Incluir un nuevo párrafo al artículo 347 de la Constitución Política así: Durante los años 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 y 2008 el monto total de las apropiaciones autorizadas por la ley anual de presupuesto para gastos generales, diferentes de los destinados al pago de pensiones, salud, gastos de defensa, servicios personales, al Sistema General de Participaciones y a otras transferencias que señale la ley, no podrá incrementarse de un año a otro, en un porcentaje superior al de la tasa de inflación causada para cada uno de ellos, más el uno punto cinco por ciento (1.5%)”. Bajo el amparo de este nuevo marco Constitucional se expide la Ley 715 del 2001 y se establece el Sistema General de Participaciones constituido por los recursos que la nación transfiere a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios de salud, educación, saneamiento y agua potable. (Rodríguez 2009, 59)

Otros ajustes fueron la Ley 1122 de 2008 y la Ley 1438 de 2011 que se explicaron en el capítulo dos de este documento.

Adicional a estos ajustes, otro elemento relevante fue el vínculo entre congresistas y EPS expresado en apoyo para las campañas; por que los congresistas son accionarios en las EPS; o porque usufructúan los cupos del régimen subsidiado como instrumento de campaña bajo la lógica clientelar; o peor aún porque se han demostrado vínculos entre congresistas, EPS y paramilitares:

El problema se manifiesta en la financiación del régimen subsidiado por el desvío de recursos. El acervo probatorio compilado por la Corte Suprema de Justicia sobre cómo se distribuían los recursos y la noticia de la confesión de algunos paramilitares (‘Jorge 40’), privó de libertad a muchos congresistas, situación que evidenció la debilidad del Estado, atrapado

por intereses buscadores de rentas, que daría al traste con cualquier modelo de seguridad social.” (Rodríguez 2011, 35)

La cuarta relación de dominio se da con las aseguradoras (EPS/ARS).

De acuerdo con la mayoría de entrevistados, la SDS ha mantenido confrontación con las aseguradoras. Pero en el primer periodo dicha lucha de poder fue exacerbada y adquirió visos de dominio que se hicieron evidentes con la depuración de las bases de datos del régimen subsidiado en donde -según los protagonistas- hubo injerencia de otros actores como algunos concejales y el Contralor Distrital.

La SDS inició un proceso de control a través de la vigilancia de la base de datos de los afiliados al régimen subsidiado bajo la cual se realiza el pago a las EPS por cada afiliado (UPC); para la depuración se contrató a la Universidad Nacional con el objetivo de establecer quiénes eran los afiliados reales y por quiénes efectivamente debería pagarse el subsidio. Este planteamiento fue mal recibido por las ARS, como lo deja ver el siguiente testimonio:

Aun cuando Bogotá tiene un millón 372 mil afiliados en el régimen subsidiado, hay cerca de 260 mil personas que no reciben los servicios de salud por no estar carnetizados. Si en cuatro meses esa población no tramita esta identificación, la Secretaría Distrital de Salud (SDS) los excluirá de la lista de beneficiarios, anunció el nuevo titular de ese despacho, Román Rafael Vega.¹²⁷

Esta labor significó que la SDS en el 2004 asumiera un papel activo de rectoría (control¹²⁸) frente a los aseguradores que hasta este momento no se había ejercido de manera contundente, y esto generó molestias. La forma en que está estructurado el Sistema les daba amplio espacio a las ARS/EPS; adicionalmente la forma como se establecían los contratos con las ARS, en donde el pago se hacía en relación directa con el número de afiliados que estaba en las bases de datos, creaba un entorno favorable para la corrupción, no había control y habían caso como: dobles afiliaciones, personas que habían fallecido y se mantenían en la base de datos:

¹²⁷ El Tiempo 2004. Marzo 23.

¹²⁸ En el Sistema las funciones están segmentadas y quien ejerce control es la Superintendencia Nacional de Salud. Cabe precisar que esta entidad históricamente no ha contado con condiciones efectivas para hacer el control lo que está documentado en el Informe de la Contraloría General de la Nación, 2014.

El tema aquí es del contenido de los contratos, incluso con el sector público prestador de servicios. Para el caso de Bogotá el gobierno central a través del Ministerio de Protección Social impuso las reglas de juego y los contenidos de los contratos con los intermediarios (EPS) en contra de la voluntad explícita del gobierno distrital, lo cual se tradujo en una contradicción entre los intereses defendidos en el nivel nacional y los de la administración distrital. (E5C2).

De acuerdo con el Sistema los aseguradores manejan los recursos. Según la normatividad, la forma de garantizar el derecho está en asegurar –afiliar a las personas– y esto lo hacen las ARS/EPS. Entonces esto se convierte en una camisa de fuerza; un poder de la ARS/ EPS que, no importa quien esté gobernando o gestionando la salud, el gobernante depende de ellas, porque son las que dominan los recursos a través de los contratos en el marco de su papel de intermediarias y administradoras de los recursos.

Cabe precisar, que en el primer momento la SDS tenía como mecanismo único de control sobre las ARS los contratos de aseguramiento entre el ente territorial y el asegurador del régimen subsidiado; allí se podía colocar cláusulas de exigencia en cumplimiento de metas. Esto posteriormente fue modificado por la norma¹²⁹ restándole esta función al ente territorial y potenciando el poder de las mismas.

Otro de los problemas en el régimen subsidiado era la manera como se identificaba al beneficiario, y en ese momento se evidenció que la encuesta SISBEN tenía problemas para realizar esta identificación.

Bogotá tiene más pobres entre los pobres de lo que reflejan las estadísticas. Así lo está comprobando Planeación Distrital, que solo en las localidades de Usme y Sumapaz, en el sur de Bogotá, clasificó al 95 por ciento de las personas de estratos 1 y 2 en los niveles más bajos del Sisben.¹³⁰

El problema de la afiliación era una constante que afectaba de manera directa la Política, Oscar Rodríguez presenta un estudio sobre el tema y afirma:

La evolución de la afiliación al sistema subsidiado demuestra que resultó falso el supuesto de que el empleo asalariado se expandiría tras los 'revolcones' en pro del mercado iniciados por el gobierno de César Gaviria. (...) desde 2004 la afiliación del Régimen Subsidiado (RS) supera al del Régimen Contributivo (RC), y no al contrario, como se esperaba. En 2010, el RS ya representa el 47,5 por ciento del total de la afiliación. En este

¹²⁹ Ley 1122 de 2007. Reforma al SGSSS.

¹³⁰ El Tiempo 2004.

mismo año, la población pobre no cubierta por subsidios a la demanda –que hace parte de los vinculados– equivalía al 7,5%, es decir, 3.384.061 personas. (Rodríguez 2011, 78)

Como se vio el comportamiento del empleo afectó la afiliación, modificó las expectativas del Sistema en el logro de la universalidad y afectó la sostenibilidad financiera del Sistema. Esta realidad obligó a un mayor esfuerzo fiscal para sostener el Sistema y para lograr la universalización de la cobertura; como lo refleja el cuadro 14. Este esfuerzo permitió mantener las transferencias alrededor del 1%, aunque no aumentara realmente el porcentaje del ingreso público total. Es decir, el Estado aumentó sus ingresos pero los destinó a otros sectores diferentes a salud. A pesar de que era un acuerdo legal que las transferencias a los entes territoriales aumentarían progresivamente, en este caso no se cumplió, y por el contrario, la situación se profundizó con la implementación de la Ley 715 de 2001 que modificó las transferencias.

En síntesis, las transferencias se mantienen como porcentaje del PIB y como porcentaje del ingreso público total: no aumentan en el período de 15 años.

Respecto al gasto público en salud prácticamente no aumentó en los 15 años; el promedio de 1994 a 2002 fue de 5,7% del gasto público total, exactamente el mismo porcentaje del año 1994 (5,7%). Los incrementos mayores se dieron en 1998 y 2002, en consonancia con el comportamiento de las transferencias ya descrito. El descenso del gasto público en salud (5,2%) con el relación al porcentaje de PIB (0,9%) en el 2006 seguramente obedece al ajuste fiscal que durante ese periodo ocurrió que destinó recursos al desarrollo de la infraestructura vial.

Respecto al gasto público por persona como porcentaje del salario mínimo, se observa que este sí aumento del 16% en 1994 al 35% en 2009, lo que significa que el salario mínimo legal vigente tuvo incrementos mínimos, pues como ya se dijo el gasto público en salud se mantuvo estable en el período. Todo lo anterior conlleva al aumento de barreras de acceso, incremento en el gasto de bolsillo reflejado en cuotas moderadoras, copagos o compra de servicios de salud (consultas, medicamentos, procedimientos) originados por que la persona carece de afiliación al sistema o por eventos que no pertenecen al Plan Obligatorio de Salud (POS).

Cuadro 14.

Transferencia de la nación en salud y gasto público

Año	Transferencias de la nación en salud		Gasto público en salud	
	%del PIB	% de ingreso público	% del gasto público	Per-cápita % del salario mínimo legal vigente
1994	0,6%	6,3%	5,7%	16%
1998	1,0%	9,1%	6,5%	27%
2002	1,1%	8,2%	6,2%	27%
2006	0,9%	6,3%	5,2%	30%
2009	1,0%	6,5%	5,2%	35%

Fuente: Rodríguez, O con base en Cálculos de Fedesalud.

Otro factor que explica parte de la crisis del Sistema y muestra el poder de las EPS como se dijo antes se relaciona con la corrupción y la clientelización de los cupos de aseguramiento para las campañas políticas evidenciando una mafia entre los aseguradores y los políticos específicamente en el Congreso; si bien no se puede generalizar, es claro que ha habido una alianza perversa que captura los recursos públicos y hace manejo indebido de los mismos. Específicamente con relación al papel de las EPS:

(...) los recobros al Fosyga y los debates parlamentarios derivados –del estudio de la Universidad Nacional para la Comisión de Regulación en Salud (CRES)– del cálculo de la unidad de pago por capitación (UPC) para 2011 son la gota que rebosó el vaso. Este último escándalo puso en evidencia los problemas de manejo de la información producida y brindada por los actores del sistema a las instituciones encargadas de regular el servicio, que sirvió a la postre para un enriquecimiento ilícito, a costa de la salud de la gente por parte de algunas aseguradoras. Entre 2008 y 2009, el costo de salud se infló por algunas EPS hasta en 24 por ciento. El mismo estudio revela que, per cápita, Saludcoop reportó gastos en medicamentos por \$208.654, Cafesalud por \$220.155. Cruz Blanca registro gastos en promedio de \$194.562. Estas empresas conforman el Grupo de Saludcoop. Otra empresa que registra datos elevados es Famisanar, con \$122.342, cuyos propietarios son Colsubsidio y Cafam. El promedio de gastos en medicamentos, excluyendo a estas cuatro aseguradoras, era de \$40.772. Llama la atención, pues estas EPS tienen sus propias IPS, es decir, integran el aseguramiento con la prestación de los servicios, lo cual le quita transparencia al sistema; además, estas EPS cuentan con distribuidoras de medicamentos” Rodríguez 2011, 59)

Para el segundo periodo de gobierno los entrevistados consideraron que se moderaron las relaciones con las ARS /EPS, aunque se mantenía algún grado de tensión, pues las EPS en muchas ocasiones no le pagaban a la red pública y privada, lo que terminaba afectando el acceso a servicios, y además porque para la ciudadanía el problema del acceso siempre lo relacionaba con el gobierno (Estado distrital) y no con la ARS/EPS. Esto es lo que dicen:

Igual en materia de aseguramiento, nosotros en su momento lo que hacíamos era por ejemplo, para cumplir la universalización del aseguramiento, igual era una ley, mandato no discrecional, prácticamente lo teníamos que hacer. Además de la persuasión que le hacíamos a los usuarios para que se afiliaran al sistema, le hacíamos seguimiento a través de los equipos de SASC¹³¹. (E4C2).

Adicionalmente el recorte del presupuesto en salud terminó afectando el gasto de bolsillo para los usuarios:

Al disminuir las transferencias y no avanzar en la cobertura por afiliación contributiva, o cuando se generan barreras al acceso, los gastos de bolsillo en salud pasan a representar un porcentaje importante de los ingresos. Tales gastos se expresan en cuotas moderadoras, copagos o compra de servicios de salud (consultas, medicamentos, procedimientos) originados por que la persona carece de afiliación al sistema o por eventos que no pertenecen al Plan Obligatorio de Salud (POS). Según la Defensoría del Pueblo, las cuotas moderadoras y copagos siguen siendo barreras de acceso a los servicios de salud. (...) Los recursos que la sociedad destinó a salud en 2010 equivalieron a 7,9% del PIB. Esos recursos provienen de cotizaciones o aportes obrero-patronales (26,50 millones de pesos de 2010), Recursos privados (19,50 millones de pesos del 2010), Recursos públicos (54,0 millones de pesos de 2010) para un total de 42.066 (millones de pesos del 2010).(Rodríguez 2011, 61)

La crisis del sistema para ese momento no fue solamente la falta del aseguramiento (afiliación), esto a su vez afectaba la lógica financiera en primer lugar los recursos estaban puestos en el subsidio a la demanda y si no había afiliación en el régimen subsidiado esto estancaba o paralizaba los recursos. De otro lado a pesar de que las IPS (privadas y las ESE u hospitales) realizaban las atenciones, las EPS no las pagaban; glosaban o demoraban los pagos a los prestadores ya que ellas manejan y controlan los recursos. El Ministerio de Salud no ejercía rectoría por cuanto en la lógica segmentada del sistema quien controla es la SuperSalud, en detrimento del control que debe hacer el ente

¹³¹ Salud a Su Casa.

territorial. Esta situación fue registrada en prensa de manera permanente, a manera de ejemplo:

“La atención en salud está hoy seriamente amenazada para la población infantil y más de un millón 600 mil personas de estratos 1, 2 y 3 de Bogotá que están afiliadas a las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado (EPSS) o antiguas ARS. ... Este crítico panorama que pondría en riesgo, además, coberturas y metas en vacunación, control de la natalidad y la mortalidad infantil y materna en Bogotá, fue denunciado por el secretario distrital de Salud, Héctor Zambrano. Tal situación tiene como principal causa un hecho: 13 de las 14 EPS Subsidiadas que funcionan en la ciudad y que ahora son las responsables de garantizar esos servicios básicos a los afiliados aseguró Zambrano, llevan más de mes y medio (abril y mayo) sin contratarlos con los hospitales de la red pública.”¹³².

Adicionalmente, las relaciones con las EPS en gran medida están atravesadas por la relación con el Ministerio de Salud:

Yo lidere ese enlace entre el Distrito y la Nación. Entré en una coyuntura en la cual hubo todo un escándalo de bases de datos, en las que se decía en su momento había fantasmas, es decir, había usuarios que no existían, que se murieron, que se fueron del país o estaban doblemente pagados, en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado. Con el Secretario de Salud de la época se tomó la decisión de descontar esas partes. Estamos hablando de millonarios recursos. En principio, yo y varios directivos, pensamos que el sistema iba a colapsar en Bogotá, porque pues es un descuento de millonarios recursos, superiores a los \$1.7 billones o \$1.8 billones. Sin embargo, la decisión se tomó, se justificó técnicamente porque no podíamos seguir pagando y descontando eso de manera retroactiva. (E4C2).

La lógica de la intermediación afecta a los prestadores y particularmente es una de las causas de la crisis hospitalaria en el país, con lo cual se termina afectando el acceso efectivo a servicios por parte de la ciudadanía:

Además de las restricciones presupuestales de política económica, el flujo de recursos impacta la prestación y calidad de los servicios de salud. Ejemplo, para el Régimen Subsidiado, entre el momento en que se giran los recursos de alguna fuente de financiación (SGP, FOSYGA, Rentas Cedidas, Regalías, ETESA, CCF) y son registradas por la cuenta maestra del municipio y luego transferida a las EPS, transcurren unos 60 días, y para que las EPS les giren a las IPS pasan 30 días. En total, la mora toma aproximadamente 90 días.

Las demoras en el pago por parte de las EPS a los hospitales ponen en riesgo la existencia de la red pública de hospitales y atentan contra la calidad del servicio. La deuda morosa en el Hospital Federico Lleras ascendía a 92.000 millones; en el Hospital Universitario Fernando Troconis, de Santa Marta, a 28.000 millones; en Bogotá, ocho EPS

¹³² El Tiempo, 2007.

le debían a la red pública 250.000 millones, el 60 por ciento con cartera morosa de más de 365 días. Según ACESI, el monto de la deuda pública del Régimen Contributivo con las instituciones agrupadas en este gremio era de 380.000 millones.¹³³

Una dificultad del sistema es la falta de liquidez de los hospitales públicos). La cartera total de las IPS ascendió a 3,5 billones de pesos, con un crecimiento promedio del 9 por ciento en el lapso 2008-20102. (Rodríguez 2011, 63)

Teniendo en cuenta las dificultades que había con las EPS para la afiliación y la garantía efectiva de servicios a la ciudadanía durante los dos periodos, se puede demostrar que desde la SDS se buscaron mecanismos para disminuir la afectación a la ciudadanía. Un primer mecanismo fue el control a través de los anexos técnicos a los contratos; un segundo mecanismo identificado fue la circular interna 009 del 2010, en la que Bogotá asumía la atención a desplazados de forma directa, modelo pionero que permitió posicionar este debate en el país:

La SDS se responsabilizaba de la atención a esta población. Incluso Médicos Sin Fronteras se retiró de algunos territorios como Bosa, porque así la gente no estuviera en la base de datos, aceptamos atender a los desplazados, sustentado con una carta del Ministerio Público, donde se corroboraba que la persona no estuviera en el régimen contributivo. (E19C2).

El tercer mecanismo que adoptó la SDS fue el establecimiento de un convenio marco de adhesión pionero en el país; fue una especie acuerdo, una conciliación, a la cual se adherían las EPS y hospitales, para buscar alternativas e incluir unas obligaciones que permitieran resolver los problemas de aseguramiento. Por ejemplo, abrir puntos de afiliación y carnetización en sus sedes y hasta en la misma SDS:

Ese tipo de decisiones firmes ganó cierto tipo de legitimidad en la nación. Nosotros teníamos claro como elemento político que no podíamos tumbar la Ley 100; siempre consideramos que teníamos que trabajar con lo existente. Si la Ley 100 existía con todas sus virtudes y defectos, teníamos que trabajar con esas herramientas jurídicas para aplicar nuestro plan de desarrollo. (E4C2).

El cuarto mecanismo implementado durante el segundo periodo fue la conformación de una EPS mixta¹³⁴, como se lee:

El secretario Distrital de Salud, Héctor Zambrano, explicó que el Distrito quiere ser un asegurador directo "para regular el libre mercado en el aseguramiento y conseguir el

¹³³ El Tiempo, 7 de agosto de 2011.

¹³⁴ 51% con recursos públicos y 49% privados

propósito de aumentar la cobertura de los subsidiados en salud, sin comprometer el equilibrio financiero de la red pública de los servicios". En la capital hay 1'708.000 afiliados al régimen subsidiado y el propósito del gobierno distrital es aumentar a 2'600.000 la población pobre asegurada. Esto indica que entre el 2008 y el 2011 la Secretaría Distrital de Salud (SDS) aspira a aumentar en 892 mil el número de subsidiados en salud. La meta es que por lo menos la mitad de estos nuevos asegurados y aquellos que no estén contentos con las administradoras que hoy los atienden en salud estén inscritos en la nueva Eps distrital¹³⁵. (Redacción ELTIEMPO 2008a)

De manera unánime los entrevistados reconocen que los aseguradores son un poder determinante en el sistema de salud y que sus actuaciones afectan las posibilidades de mayor o menor acceso a servicios por parte de la ciudadanía. De igual forma plantean, que los costos políticos en relación con el acceso o no, siempre se los facturan al Estado, para el caso a la SDS:

La mirada de los gobiernos de izquierda es una mirada que uno lo podría llamar de salud pública y de garantía del derecho a la salud, garantía que en el caso del sistema de seguridad social en salud, si bien últimamente ha habido avance con la ley estatutaria sigue la fragmentación y la segmentación, más la segmentación del aseguramiento, que es lo que uno ve que ha entorpecido dos cosas: en lo asistencial, el flujo oportuno, rápido, diligente de la remisión de los pacientes; un paciente puede estar en un hospital perfectamente días esperando la autorización de una EPS que no la quiere dar porque sabe que si ese paciente se muere, pues le va a salir más barato a ellos. Pero también desde la perspectiva de salud pública lo que se ha trabajado de atención primaria en salud, con los nombres que se le han dado, salud en su casa, salud en su hogar, se encuentra siempre la barrera de aseguramiento. Eso sí ha desgastado, también a mi manera de ver, grandemente el modelo de atención primaria, porque la gente si dice, ahora el secretario lo ha mencionado porque, porque es una realidad. La gente dice: Uds. vienen otra vez a hacerme una encuesta a actualizarme la encuesta; mi abuelo está pidiendo la cirugía de cataratas hace 10 – 12 años y siempre vienen diciendo que ya, que ya y nada, nada, nada y eso ha desgastado la estrategia. Y mucho más lo que se ha tratado de trabajar en los gobiernos de izquierda, lo que podemos llamar la gestión social integral; entonces llega primero y golpea el de salud; al ratico llega el de integración social; pero ninguno resuelve los problemas de manera efectiva a la gente. Entonces el modelo de aseguramiento, a mi manera de ver sí impacta de manera fundamental y entorpece también esa posibilidad de garantía del derecho a la salud que propugnan los gobiernos de izquierda. (E3C2).

La posición del Estado distrital, particularmente en salud, generó un proceso de confrontación y contradicción con el SGSSS que se ha explicitado a lo largo de este documento y que en este capítulo mostró que las posturas políticas de algunos actores están vinculadas directamente con la protección a los intereses económicos. Es decir, en la medida en que el SGSSS explícito y ordenó de forma estructural la salud en el campo

¹³⁵ El Tiempo 2008.

de la acumulación de capital, quienes se lucran directamente o indirectamente de esto han generado dispositivos de control político del Estado que les permite garantizar la protección a estos intereses, reproduciendo la lógica del Estado como instancia-aparato que mantiene el dominio de las clases poderosas, para el caso los empresarios de salud, inclusive por encima de la vida de las personas. La Ley 100 desplazó el sentido del sistema de salud del cuidado de la salud hacia la sostenibilidad financiera; ese es el nuevo centro del Sistema. El Ministro de Salud no habla de la enfermedad y menos de cuidado; habla de que se necesitan cada vez más recursos para sostener la lógica financiera e intermediada del sistema, del flujo y del crecimiento económico bajo la lógica de cuidar el buen uso de los recursos ubicándose como ente regulador y neutro que establece incentivos positivos y negativos a los diferentes agentes que se encuentran en el mercado regulado de servicios de salud para que el Sistema funcione.

La promesa era que en el año 2000 el SGSSS garantizaría universalidad, pero esto dependía de que todos debíamos poner recursos, instalando una lógica de para tener acceso hay que pagar. Con este planteamiento se fue naturalizando que la salud depende de la capacidad de pago de las personas y se despojó a la salud del principio de gratuidad que define los DESC; es decir, este punto es uno de los logros ideológicos del sistema y por el cual se explica, en parte, que a pesar de no alcanzar la universalidad, de las barreras de acceso, del paseo de la muerte y del manejo ineficiente de los recursos vinculados al aumento en la corrupción y grandes escándalos¹³⁶ en el sector el SGSSS mantiene su hegemonía.

En este marco hay dos condiciones para consolidar la Política de salud en el distrito, por un lado, las condiciones políticas, entendidas como la correlación de fuerzas (poder) y la favorabilidad o no para el desarrollo de la misma, y en segundo lugar los procesos de participación como mecanismos de reconocimiento por parte de la ciudadanía y que generan legitimidad frente a la Política.

¹³⁶ El recobro al Fosyga por medicamentos y procedimientos no - POS por parte de las EPS, el Cartel de la Hemofilia, el caso de la EPS SaludCoop que invirtió los recursos de salud entregados por el Estado en compra de tierras y construcción de centros recreacionales como fuente de inversión, el mismo carrusel de la contratación de ambulancias en Bogotá.

4.5 La correlación de fuerzas

En el primer componente de correlación de fuerzas se puede afirmar, que se logró desplazar a opositores o resistentes iniciales como los trabajadores de la SDS y de los Hospitales y volverlos aliados de la política. No obstante, es claro que bajo la lógica estructural de quienes detentan mayor poder, el ejercicio no logró transformar sus posturas de contradicción y menos las de dominio o alcanzar algún tipo de negociación, en gran medida porque los intereses económicos son altos y se enmarcan en la lógica de la acumulación o inclusive de mafias en contravía de lo público.

Para el caso específico de las aseguradoras, se puede afirmar que la experiencia de gobierno en salud en Bogotá y su política no movilizó la lógica estructural del sistema. Esto es explicable, entre otras cosas, por el poder económico que este actor detenta; los aseguradores terminan siendo un poder político¹³⁷ con alta capacidad de incidencia y decisión.

En relación con actores estatales que ocupan funciones de dirección o control desde el Estado y que terminan favoreciendo o sosteniendo el sistema, pasa por la lógica de captura del Estado por grupos de interés a través de prebendas, clientelas o corrupción; es decir, esta lógica termina siendo “naturalizada” y estructurante de la gestión; la mayoría de cargos de decisión cuentan con respaldos políticos y esto hace que opere bajo intereses particulares como se mostró en todo el proceso de control político por parte de los entes de control o por parte del Concejo de la ciudad que mantiene su caudal electoral a través de puestos en las entidades: *“Cuando estuve en encargo me tocó ir al despacho y recibir las hojas de vida para los contratos y ahí me di cuenta que cada contratista tenía detrás a un Concejal, esto era lo normal”*. (E9C2)

En los dos periodos de gobierno se buscó-con mayor o menor fuerza-confrontar e interpelar al aseguramiento, pero transformarlo no pasaba sólo por las instancias institucionales; también se buscó la articulación con trabajadores y con la ciudadanía, esto último en relación con el la construcción de lo social en salud y con el reconocimiento como factor determinante para ganar legitimidad. Desde una mirada hegemónica, agenciar

¹³⁷ Está demostrado el poder e incidencia de los aseguradores en el Congreso de la República y en las instancias de poder. Muchas EPS patrocinan las campañas políticas de Congresistas.

Ver: <http://www.elespectador.com/noticias/politica/congreso-admirable-articulo-450529>

la movilización social desde el Estado no es una tarea propia de su naturaleza. Sin embargo, desde una perspectiva emancipatoria este agenciamiento se convirtió en una necesidad que estuvo al orden del día y que, a partir de la estrategia del fortalecimiento de los procesos de participación social, se fue construyendo. Para quienes hacían direccionamiento estratégico era claro que se debía fortalecer la acción colectiva y que esta era una vía para modificar la situación pues se gobernaba en el marco de unas políticas neoliberales expresadas en el SGSSS.

También el gobierno de la ciudad intentó incidir en las instancias de poder y definición de la política, específicamente en el Senado con la formulación de iniciativas de modificación estructural para que fueran incorporados en la Reforma que se realizó en el 2008. Se veían los procesos de participación y de incidencia como estrategias para la acumulación de poder, no obstante el Senado y la Cámara, son espacios que están altamente cooptados por grupos de poder que juegan en función de sus propios intereses o sus representados.

Adicionalmente, la modificación de la cultura democrática pasa por la transformación de la visión y construcción de la salud como bien público es un país donde no se ha percibido como tal antes de la Ley 100 del 93, ni durante el desarrollo de la misma. Como se ha mostrado, la ley 100 /93 ha logrado instalar una imagen de la salud como bien privado, servicio prestacional que se adquiere en el mercado con lo cual se ha naturalizado que para tener acceso a servicios se debe pagar y que la atención en salud depende de la capacidad de pago de cada cual, configurando un imaginario de salud-mercancía con el cual se sostienen las inequidades como naturales.

El cuadro 15 presenta una síntesis de la correlación de fuerzas en relación con la gobernabilidad que evidencia de manera clara la disputa política en el marco de la consolidación de una política en salud pública.

Cuadro 15.

Síntesis correlación de fuerzas-gobernabilidad

Nombre	Tipo de relación principal con la Política Distrital (SDS) Planteamientos mayoritarios	Tipo de relación con la Política Distrital Planteamientos minoritarios
---------------	---	---

Ministerio de salud y protección social	Fue una relación conflictiva – oposición expresada en el no apoyo a la política distrital.	Da pauta con relación a la política nacional y ejerce poder. Se calificó como una relación enmarcada en relaciones de jerarquía.
Secretaría Distrital de Salud	Son diversos puntos de acuerdo con los lugares que ocupan los actores (quien dirige, quien opera, etc.) Hay relaciones de identidad y coexisten oposiciones.	El proceso de adaptación a un nuevo gobierno.
Alcaldía Mayor	Inicialmente apoya; posteriormente asume una posición neutral y finaliza el periodo en identidad plena. En el segundo periodo fue de apoyo.	
Eje social; asociados a las Secretarías que tiene relación con el desarrollo humano: educación, integración social	Se genera un proceso de articulación (identidad) que duró los dos periodos. Básicamente con las Secretarías del componente Social.	
Congreso	Obedece a los intereses de grandes grupos de interés en el negocio de la salud. No representan el interés general. Relaciones de oposición a través el Concejo.	Reglamentan sin suficiente conocimiento de la realidad. No afectan la Política Distrital.
Concejo de Bogotá	Al principio fue un opositor absoluto de la Política Distrital. Posteriormente segundo se plegó a ella. Identidad	Se mueve por intereses económicos y políticos no responde al bien general.
IAS Contraloría - Personería	Inicialmente fue una relación de total contradicción (oposición) “por el manejo de intereses (de clientela y económicos)”. Después se volvió funcional y está en relación con la corrupción, “eso quedó claro en lo del carrusel”.	Ejerce un papel de control, que es punitivo, y que ha sido naturalizado como parte de su función.
Medios de comunicación	Mayoritariamente son funcionales al poder hegemónico, sin negar que cumplen un papel definitivo para visibilizar situaciones y generar opinión	Presentaron los hechos algunas veces fueron sesgados pero en general visibilizan lo que sucede.
EPS- ARS	Inicialmente confrontación (depuración base de datos del régimen subsidiado). Y la SDS antes de la ley 1122 de 2007 ejercía control sobre las ARS. La relación es de permanente conflicto por el poder en el control	Relación tensionada las EPS no aceptan el control de la SDS.

	de los recursos y la dependencia de los servicios.	
Hospitales – gerentes	Son dependientes de recursos de la SDS. La SDS también los necesita (complementarios) realizan la Política en el territorio la SDS no tiene esa capacidad. Inicialmente oposición, posteriormente identidad.	El carácter mixto (público – privado) los pone en una situación ambigua: a veces cumplen funciones sociales, otras solo les interesa los recursos económicos. “Los hospitales ven a la SDS como el papá”.
Burocracia (mando medios)	Al principio fue de oposición: resistencia al cambio. Después se construyó identidad.	Cumple un papel esencial por su capacidad técnica, ellos sostiene la institucionalidad no importa quién sea el político.
Ciudadanía (organizada)	Hubo apoyo permanente. Identidad con la Política.	Al igual que en los periodos previos hubo apoyo, solamente hubo contradicción fuerte cuando la fusión de hospitales año 2000. No hay grandes contradicciones.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la participación no sólo se la reconoce como un dispositivo que desmarca esa lógica estructural de configuración del poder y que abre la lectura al reconocimiento de múltiples poderes, sin perder de vista que hay desigualdades en la distribución del mismo sino también como expresión de construcción social y mecanismo de legitimidad de la política. A partir de estos planteamientos es posible pensar que las propuestas alternativas pueden lograr coherencia con el derecho y legitimidad para consolidarse y se constituirse en nuevas ideas fuerzas para disputar la hegemonía en un proceso de largo plazo.

Al respecto, desde la experiencia de Bogotá, en la relación del Estado con la sociedad civil el gobierno distrital le apostó con la política al reconocimiento de los sujetos como sujetos de derechos y a la exigencia de los mismos. En tal sentido, se proyectó que, a través de los procesos de participación social en salud, se fortaleciera este ejercicio de ciudadanía, y que el Estado asumiera un papel de garante de la participación; en consecuencia, en el Plan Distrital de Desarrollo 2004-2008 quedó plasmado que se construiría una Política de Participación Social en Salud.

4.6. La participación

La experiencia de ciudadanía en salud durante el periodo de estudio fue particular, de ahí que durante el análisis de la misma haya sido necesario una resignificación de la categoría participación en salud como horizonte de sentido que permita superar la racionalidad instrumental con la que generalmente se aborda dicha categoría. Se trata de proponer una *mediación* para superar los procesos de legitimación bajo una cultura democrática de carácter clientelar, y aportar a la reconfiguración de la participación a la luz del derecho social (indivisible, interdependiente e integral) con el derecho a la salud¹³⁸; es decir, lograr que la participación social desarrolle su potencial como medio para el logro del bienestar y a la vez se constituya en *fin* en la medida que transforma al sujeto que vive la experiencia participativa; la participación como praxis que produce valores y capacidad de movilización individual y colectiva: acción y poder colectivos.

De lo que se trata es de pensar la participación en dos planos: el estratégico, como posibilidad para *movilizar* a los sujetos hacia la concreción del derecho a la salud (objetivo común); y el *simbólico*, la salud como bienestar y valor para el conjunto de la sociedad. Se trata de instalar un horizonte de *sentido* contrario al que insertó el Sistema de Salud en donde los sujetos asuman la construcción social de la salud como derecho y bienestar para todos; desde allí transformar al sujeto que participa. Se trata de superar la idea de la salud como un bien privado que se consume y que se compra o se reclama.

En tal sentido, el aporte de este trabajo y en especial, de estas páginas, es realizar una propuesta que permita teóricamente resignificar la participación y sus prácticas en salud como concepto que se puede analizar desde en un plano ontológico, axiológico, comunicativo en estrecha relación con los procesos integración social en la perspectiva de romper la fractura medios /fines y mostrar que la participación necesariamente corresponde a los dos: es medio en tanto estrategia que se usa para transformar las condiciones de vida y salud de las poblaciones y es fin, en tanto, los sujetos que participan en su praxis se transforman y empoderan.

En cuanto al debate de la ciudadanía se consideran por los menos dos posturas antagónicas en relación con el sujeto: i) profundizar la ciudadanía vinculada con los

¹³⁸ Bien público.

derechos civiles y políticos y por ende con la libertad, basados en la teoría de la propiedad de Locke que justifica y reproduce los modos de subjetivación propuestos por la burguesía, ya que proporciona una base moral al fundar como natural el derecho a la posesión desigual desconociendo los factores históricos y socialmente presentes. De esta forma hay una doble legitimación: primero, se legitima racionalmente la propiedad como principio ordenador de la vida colectiva y las diferencias sociales, entre propietarios y no propietarios, dado como “naturales”; y segundo, se legitima la existencia de derechos políticos diferentes. Teoría que hoy retoman los neoclásicos y que sustenta el neoliberalismo, instalando una ciudadanía de consumo, o a lo sumo asistida y; ii) la ciudadanía social que centralmente retoma la propuesta de Marshall:

La ciudadanía es el contenido de pertenencia igualitaria a una determinada comunidad política y se calibra por los derechos y deberes que la constituyen y por las instituciones a las que da oportunidad para ser social y políticamente eficientes. Por eso, la ciudadanía no es monolítica; está constituida por diferentes tipos de derechos e instituciones; es producto de diferentes historias sociales protagonizadas por grupos sociales diferentes. (Marshall y Bottomore 1998, 56)

Reivindicar la ciudadanía social en un contexto neoliberal que exalta el individualismo, propone restituir lo social y su poder constituyente a la luz de la generación de nuevas formas y procesos de participación dirigidos hacia el empoderamiento y la emancipación en donde la salud sea un bien público material y simbólico.

La ciudadanía como emancipación reivindica la autodeterminación, la autonomía, la reflexividad del hombre/mujer, y de los pueblos como constructores de la sociedad. La propuesta es la potenciación de formas alternativas de subjetividad y el retorno del sujeto como productor de sí mismo y coproductor de una sociedad donde podamos vivir y convivir juntos bajo una premisa de igualdad material -económica, política y simbólica, que reconoce la necesidad de superar las desigualdades y de constituir los derechos sociales como base material o piso de igualdad, piso no techo.

De acuerdo con los entrevistados la *participación* fue un elemento clave que posicionó a la SDS y permitió implementar la política y el derecho a la salud; afectó las relaciones a nivel interno con los servidores públicos y simultáneamente, modificó las

relaciones con la ciudadanía. Se reconoce que desde quienes direccionaban la política se evidenció desde el comienzo esta intencionalidad:

En lo institucional vino una propuesta de tratar de trabajar el empoderamiento social y de participación social con un tema más que institucional, de construcción de los imaginarios y de las operaciones en salud de la ciudadanía. Lo que requería un discurso distinto. Se contactó un asesor brasilero que venía de la academia y que había estado en Venezuela de hacer un acompañamiento y que en su discurso muy elaborado, trato de presentarlo al distrito y realmente lo logró. Eso fundamentó teóricamente el discurso en los diferentes temas de interés: salud pública, participación, urgencias, etc. ¿Cuál era el sentido? Autonomía ciudadana, construcción de proyectos de autonomía en los dominios más importantes para las necesidades y las respuestas que se requerían desde salud pública en los territorios, la reorganización operativa de los contratos para que fuera eficaz, la generación de capacidades en los equipos humanos que operaban en salud pública. Todo esto se fue construyendo; se trató de elaborar un discurso nuevo en los diferentes agentes, se desarrollaron acciones concretas frente a ese nuevo discurso; no sé si fue un cambio paradigmático pero el esfuerzo fue muy importante y se lograron construcciones que aún se sostienen en el Distrito, bajo la dinámica de la complejidad de los cambios, de la sostenibilidad del talento humano, de las presiones que hay sobre los operadores, de las crisis económicas que viven las instituciones, sobre los cambios tan grandes que se hacen en los operadores. Todo esto altera mucho. (E16C2).

En el primer momento hubo un desconocimiento e inclusive una descalificación a lo existente, a las formas institucionales de participación:

... había esa fuerte decisión de involucrar a la gente en la gestión. ... pero esto implicaba cambiar la forma como se hacía, ya que hay una especie de reproducción perversa en la participación de líderes que se mantiene en la lógica de participación, la institucionalidad y el servicio. (E13C2).

No obstante, para la mayoría de los entrevistados el proceso de participación fue destacado durante los dos periodos, y obtuvo logros concretos como la Política Distrital de Participación; sin embargo, no hay acuerdo en si este logro generó mayor legitimidad acerca de la política en salud, es decir, si hubo una defensa, contundente de la política por parte de la ciudadanía. Uno de los entrevistados afirma: “...*hay una apropiación del discurso del derecho. Una lógica del papel del Estado, del papel del ciudadano, una exigencia en términos que no puede seguir siendo colaborativa. Eso se modificó, pero no se logró nada más*”. (E18C2).

Otro elemento que se reconoce con los procesos de participación es que afectó la cultura y la visión de derechos.

...porque finalmente lo que está detrás de participación es la cultura democrática de este país, de cómo se dan las relaciones Estado-Sociedad-Poder. ...que en ocho años la gente dimensiona que tiene derecho y que la participación es un derecho que intenta posicionarse distinto frente a una institucionalidad. Está en el marco de una cultura democrática. (E1C2).

Teniendo en cuenta que la participación era considerada la estrategia clave para lograr la movilización social, lograr legitimidad y generar una fuerza para disputar y posicionar la visión de derecho instalada, la administración posibilitó la construcción participativa de la primera Política de Participación en salud en el país. En tal sentido, y desde las voces de los actores esta política generó una resignificación de la participación para superar la mirada fragmentada y alienante. Al respecto, es clave plantearse qué tipo de participación se propuso la SDS y mostrar el contraste entre la participación social plasmada en la Ley 100 y el Decreto reglamentario 1757/94 y la propuesta instalada en Bogotá. En el cuadro 16 se retoman las voces de la ciudadanía expresadas en dos grupos focales que recogieron las lecturas de líderes claves en relación con la formulación de la Política de Participación social y servicio a la Ciudadanía.

Cuadro 16.

Comparación de las concepciones de participación desde las voces de líderes

Marco regulatorio Nacional Ley 100 /93 decreto 1757/94	Decreto Distrital 530 de 2010
<p>Concepción “Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.”</p> <p>Desde los actores</p> <p>“La participación está determinada por el SGSSS, bajo la norma, debemos estar atentos a la enfermedad porque el sistema es eso, defensa de usuarios no ciudadanos, no calidad de vida.”</p>	<p>Concepción “El derecho a la participación en salud es entendido como el ejercicio del poder de cada uno/a, para transformar la esfera de lo público en función del bien común. En este marco, la participación en salud es la posibilidad para que los/as sujetos/as construyan calidad de vida (construcción social de la salud) como acción social y política”.</p> <p>Desde los actores¹³⁹</p>

¹³⁹ Grupos focales con líderes sociales de Bogotá que participaron en todo el proceso de construcción e implementación de la Política Distrital de Participación Social. Realizados los días 13 y 14 de marzo de 2013.

<p>“Es participación con decisión la norma restringe la participación canaliza la acción se resume en promover actitudes individualistas en los ciudadanos” “se puede participar a través de los pocos mecanismos establecidos, lo demás no se vale.”</p> <p>“Es una participación subordinada y delegataria en gran medida y aunque supone algunos espacios para el consenso, la participación se concibe principalmente en el nivel de la consulta y la información.”</p> <p>“Las probabilidades de decisión real son limitadas y los espacios habilitados para esto no funcionan”.</p> <p>“En la arquitectura institucional se estableció la creación de lugares de Dirección; un ejemplo contundente es que en el Ministerio de Salud no existe la oficina o Dirección de participación, no hay personal suficiente”.</p> <p>“Los Copacos formalmente son presididos por los Alcaldes: los alcaldes van instalan el primer día el Copaco y después delegan a un funcionario que casi nunca asiste. En el país casi no hay la mayoría de Copacos son en Bogotá”.</p> <p>“Las asociaciones terminan siendo los auxiliares de las trabajadoras sociales en los hospitales: reparten fichas, atienden a los usuarios, etc.”</p> <p>“Las asociaciones solo lograron espacio de interlocución con el Secretario del momento, lo que se denominó: Espacio de los jueves, “el objetivo era resistir a la fusión que la gente interpretó como un primer momento de privatización de la red pública de servicios</p>	<p>“La participación se amplía a la calidad de vida y es un derecho vinculado con el bienestar.”</p> <p>“Las mesas de trabajo que se tuvieron que hacer para definir la política, permitieron que algunos líderes sociales y comunitarios participaran activamente en la misma; aunque no se logró que participe todo el mundo, es difícil, debe participar todo el mundo, no importa el estrato al que pertenezcamos.”</p> <p>Para hacer la Política hubo cuarenta y tres (43) unidades de análisis con la participación 1.169 personas.</p> <p>“Uno podía hablar, criticar con sinceridad, así no le gustara a la funcionaria.”</p> <p>“Se transformó la oficina de participación social en Dirección de Participación (DPSySC), para implementar la Política Pública.”</p> <p>“Los espacios formales Copacos, Asociaciones, el Espacio de los jueves, se fortalecieron con proyectos y recursos”.</p> <p>“Se eligió un miembro de Copacos para representar a todos en el Consejo de Planeación Local que existe en la ciudad en el Sistema de Planeación reglamentados en los Acuerdos 12 y 13 de 2000.”</p> <p>“Las asociaciones empezamos a pelear por el derecho a la salud.”</p> <p>“La Política es como un mandato que busca forzar al Estado para que propicie la participación política, para el reconocimiento de los derechos de la comunidad y de las organizaciones sociales, en la negociación y en el poder de decisión, atendiendo a la construcción colectiva.”</p>
--	---

<p>similar a lo que sucedía en ese momento en todo el país.”</p> <p>“Lo que ha sucedido con los delegados a las Juntas directivas de los Hospitales es que se han burocratizado, y muchas ocasiones ponen a pelear a la gente. Se les olvida o no saben a qué van y se vuelven funcionarios del hospital.”</p>	
--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de las voces ciudadanas-Grupos focales.

4.7. La Política de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía (PPSySC)

Durante los dos periodos es indiscutible el valor que se dio a la participación social que se explicitó en hechos como el posicionamiento del proceso de participación con un carácter de estratégico para la SDS, la creación de la Dirección de Participación, antes simplemente oficina, y la formulación e implementación de la Política de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía (PPSySC).

La PPSySC del Distrito permitió responder a las problemáticas de participación y agenciar la movilización social. Como toda política partió de la identificación de las situaciones, necesidades o problemáticas que limitan o debilitan la participación. La ciudadanía había identificado algunas problemáticas en la Primera y Segunda Asamblea Distrital¹⁴⁰. En el año 2007 se retomó el ejercicio anterior y la formulación de la Política se concretó. La metodología participativa que se diseñó es uno de los aportes de esta reflexión y consistió en¹⁴¹:

¹⁴⁰ La Primera Asamblea se realizó en Noviembre del 2004 y su objetivo era posicionar la visión del derecho y contrastar con lo que había en el aseguramiento. De esta Primera Asamblea surgió un mandato que fue un instrumento de movilización de la ciudadanía. La segunda Asamblea, en el 2006 tuvo como objetivo articular las diferentes formas de participación (Copacos, Asociaciones de usuarios) para que ganaran potencia.

¹⁴¹ Este elemento dio carácter a la formulación. Es decir, la metodología permitía escuchar las voces de los actores desde sus prácticas, pero todo el tiempo se puso una visión de participación vinculada a la ciudadanía social, lo que implicó que la deliberación no fuera instrumental en función de pedir al gobierno ciertas respuestas sino de problematizar los planteamientos, confrontarlos, debatir y lograr consensos o disensos.

- i) Se habilitaron unidades de análisis para la deliberación y formulación de la política, configurando tres tipos de diálogo de acuerdo con los actores: discusión cualificada con actores con trayectorias-prácticas importantes de participación; discusión con visión de los trabajadores y personas que trabajaban en procesos de participación desde la institucionalidad; y discusión cualificada de formas institucionales con actores de los mecanismos de participación en salud como asociaciones de usuarios, Copacos, comités de ética, veedurías en salud, el Espacio de los Jueves.

Para las unidades de análisis se construía un libreto básico y preguntas por cada ítem. El libreto estaba estructurado en cinco componentes así: a) identificación de problemáticas; b) marco normativo vigente y problemas del marco normativo; c) concepciones de participación en salud; d) diseño de posibles respuestas a las problemáticas encontradas, y e) construcción de un plan de acción que se constituía en el marco estratégico de acción.

- ii) Se sistematizaron los debates teniendo en cuenta los cinco puntos mencionados de acuerdo con los planteamientos de los actores, y clasificando los consensos y los disensos.
- iii) Se socializó territorialmente la sistematización.¹⁴² El sentido de este ejercicio era validar con la ciudadanía el documento elaborado en eventos amplios de presentación de resultados y se recogieron planteamientos nuevos.
- iv) Se ajustó el documento con base en la socialización; se produjo un nuevo documento y se presentaron tres versiones: un documento técnico, una cartilla que sintetizó el documento técnico y posteriormente, el Decreto o formalización legal por parte de la Alcaldía¹⁴³.

De manera genérica se identificaron como principales problemas que afectaban la participación social en salud: a) los procesos de participación son fragmentados e institucionalizados; b) la participación de la comunidad responde en muchos casos a exigencias circunstanciales provenientes de la lógica institucional; c) la falta de reconocimiento de las dinámicas territoriales; d) la inadecuada, errónea o escasa

¹⁴² La sistematización había producido el documento borrador de la política.

¹⁴³ Decreto 530 de 2010.

información; e) el alcance de la participación es mínimo, sobre todo en la afectación de las decisiones, lo que termina volviéndola instrumental y funcional a la lógica institucional.

Lo anterior se ordenó por núcleos problemáticos, así:

1. La cultura democrática, en donde se reconoce que las prácticas participativas corresponden a la prevalencia del interés particular sobre el general, lo que afecta la construcción de la salud como bien público.

Existe una fractura entre lo social y lo político que conduce a que crear tensiones entre líderes para quienes la participación es netamente social y nada tiene que ver con lo político, y lo que explica en parte, porque se asume lo político como la instrumentalización de la participación en especial en los procesos electorales. En estos casos la participación se ve como un quehacer político, partidista e inclusive corrupto y con imagen negativa. Sin embargo, esta imagen no es generalizada hay líderes que asumen que la participación es un ejercicio político e intentan asumirse como sujetos políticos. La ausencia de construcción de lo público, funcional y simbólico, demarcan la reproducción de prácticas participativas de corte clientelar similares a las que se desarrollan en los espacios macros de la vida política del país. Esta lógica permea los procesos de participación social en salud.

2. Una debilidad institucional referida a un Estado que no garantiza los derechos y cuya lógica sustenta la participación como instrumento de asistencia¹⁴⁴ y como colaboración o favor. Desde esta perspectiva los servidores públicos no asumen la visión de derechos, no han tenido la vivencia y experiencia del derecho y no se consideran sujetos de derechos, además, no disponen de recursos para la participación, es decir, no hay condiciones materiales (logística, talento humano, recursos financieros) para el ejercicio de la participación como derecho. Adicionalmente, la norma termina siendo un obstáculo más para el ejercicio de la participación.
3. La debilidad de las capacidades de los líderes que no logran fortalecer las organizaciones y la lógica colectiva. Eso se explica en parte, porque se perpetúa la

¹⁴⁴ A pesar de que desde la Constitución de 1991 se expresa y reconoce jurídicamente la participación como derecho.

representatividad como un acto individual, que en ocasiones reproduce las lógicas clientelares de micropoder y favores. Así mismo, la falta de un mayor conocimiento sobre el sistema y la idea de que la salud es una condición individual terminan disminuyendo la capacidad de exigencia, debilitando los recursos de poder. Así, la toma de decisiones desvirtúa el esfuerzo de los líderes y los desesperanza, generando el círculo vicioso del participar para qué si no se logra cambiar nada.

En este marco se formuló la Política de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía, con el lema, *la salud no es un favor, es un derecho*, cuya concepción central se reconoce como embrión para formular la política:

De manera general, la comunidad no conoce ni toma la salud como un derecho, lo cual hace que la participación no sea una búsqueda por mejorar la calidad de vida y se vea como una relación en donde el Estado brinda un servicio; esto hace que el individuo no se tome como ciudadano al que le corresponde un derecho, sino como alguien a quien le dan o le ofrecen una atención. De ahí que la participación adquiera un carácter individual, ligado a las dinámicas de atención a la enfermedad, lo que lleva a que la posición de la gente sea más de supervisar y exigir algunos compromisos dados desde el contrato de prestación de servicios, lo cual no permite construir colectivamente, en una perspectiva de ciudadanía. (Secretaría Distrital de Salud. 2007)

La concepción que construyó e instaló la PPSySC fue:

La participación es el ejercicio del poder de cada uno y cada una, para transformar la esfera de lo público en función del bien común. En este marco, la participación en salud es la posibilidad de que los sujetos construyan calidad de vida como acción social y política. La participación como una acción transformadora, como un valor ético y un poder que integra todas las esferas de la vida y por ende, posibilita constituir la vida social; la participación como medio para construir bienestar, que implica el reconocimiento de los sujetos, su voz y poder, y la participación como fin, en tanto práctica que realizan los sujetos, quienes actúan para transformar sus condiciones y la toma de posturas en los escenarios privados y públicos, constituyendo valores a favor de la vida, posibilitando lazos de identidad y solidaridad. (SDS. 2007, 12)

El cuadro 17 presenta de manera resumida el contenido de la Política de participación social y servicio a la ciudadanía.

Cuadro 17.

Contenido de la política de participación social

Objetivo: Fortalecer el ejercicio de ciudadanía activa para avanzar en la garantía del derecho a la salud y promover las prácticas de exigibilidad, en la vía de profundizar la democracia en la ciudad.		
Específicos	Líneas	Estrategias
Aportar al fortalecimiento de la acción política ciudadana desde el sector salud, para avanzar en la garantía del derecho a la salud	Línea 1 Fortalecimiento del reconocimiento de la ciudadanía activa en salud	Educación Comunicación e información
Aportar a la superación de la fragmentación organizativa y política de la participación ciudadana.		Organización
Fortalecer la institucionalidad del sector salud, para que aporte en la consolidación de los procesos de participación social y servicio a la ciudadanía en salud en la ciudad	Línea 2 Fortalecimiento institucional para profundizar la ciudadanía activa en salud	Gestión territorial integral Exigibilidad del derecho a la salud
Contribuir a la democratización de las formas institucionales de participación ciudadana en salud; y apoyar la construcción y consolidación de las diversas formas organizativas sociales en salud de carácter autónomo.	Línea 3 Fortalecimiento de la organización social autónoma en salud y de las formas de participación en salud	Rectoría sanitaria Producción social del conocimiento
Aportar a la construcción social de la salud; y ejercer rectoría a todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el orden distrital y local, en lo que compete a los procesos de participación social en salud.	Línea 4 Articulación de acciones locales, distritales, regionales, nacionales e internacionales para potenciar la ciudadanía activa en salud	
Fortalecer atención al usuario y el servicio a la ciudadanía, en la perspectiva de proteger y promover el derecho a la salud	Línea 5 Fortalecimiento de la gestión social territorial para la garantía del derecho a la salud	

Elaboración propia a partir de la PPSySC

La PPSySC explicita una posición de vincular Estado, democracia y ciudadanía a partir de la premisa: la salud es una construcción social y un derecho. Como construcción social fue la posibilidad de instalar una lógica pública que reconoce la salud como un bien que compete a todos de manera funcional y simbólica; es un valor con alto reconocimiento en tanto que es base para la autonomía. Como derecho implica la relación entre Estado y ciudadanía en el marco de las tensiones políticas o relaciones de poder que posibilitan las condiciones para la realización de la salud:

Construir socialmente la salud se enmarca en las relaciones entre el Estado y la sociedad, expresada en los múltiples públicos que la conforman, designando lugares o roles diferenciados: a los ciudadanos/as les corresponde el derecho a informarse, a gestionar, a controlar, a incidir en las políticas públicas y decidir sobre lo que consideran que es saludable, y que redunde en bienestar para todos y todas; por su parte, al Estado le corresponde garantizar las condiciones para que se realicen los derechos de forma universal, equitativa, integral e interdependiente.

De esta forma, la participación en salud hace parte del proceso de construcción de ciudadanía, en la perspectiva de avanzar en la democratización de la vida colectiva. Entendida la construcción de ciudadanía como el proceso por medio del cual el individuo y las organizaciones acceden progresivamente a capacidades y oportunidades para realizar sus intereses frente a otros y frente a las instituciones del Estado. La ciudadanía es un elemento constitutivo de la democracia, que se logra a través de la acción, de la participación de la sociedad civil en los procesos de desarrollo social, de la consolidación de la identidad colectiva, para mejorar la calidad de vida y conseguir una sociedad más justa para todos y todas. (SDS 2007, 14)

Tomando como referente el marco teórico¹⁴⁵ se realizó un análisis del documento de la PPSySC y de los informes de gestión y se obtuvieron los siguientes hallazgos:

- En la Política de Participación hay una renovación de la perspectiva de la participación como acción política y social que genera condiciones de empoderamiento individual y colectivo en función de la salud y la calidad de vida, incluye los servicios de atención pero no se reduce a esto (*integrar*).
- Se propuso una afectación al Estado y constituyó una lógica democrática, al caracterizar la política como incidencia, exigencia y decisión. Al instalar que la participación es poder efectivo sobre decisiones públicas en salud y en la calidad de vida se logra avanzar en el derecho. Un ejemplo concreto fue el logro de la

¹⁴⁵ Acorde con el marco teórico: habitar, hablar, integrar.

política de gratuidad como ejercicio de incidencia por parte de la ciudadanía. (*Integrar*).

- Se generaron espacios para el debate, la argumentación, la deliberación, que fueron las Asambleas¹⁴⁶ por el derecho a la salud. (*Hablar*): “*Quien hablaba en público en la Asamblea empezaba a sentir poder; era mucha gente, tocaba quitarse el miedo, después uno ya no era igual, y además después todos querían ser comisionados, que los reconocieran*” (Grupo Focal, marzo de 2013).
- Se construyó una imagen de participación autónoma, territorial que buscaba el reconocimiento de las lógicas comunitarias en los espacios propios y en la construcción de identidades para explicitar el vínculo entre el derecho a la participación y el derecho a la salud, en donde las estrategias de gestión territorial y de exigibilidad fueron centrales (*habitar- integrar*).

Los mandatos de la Asamblea se convertía en una agenda de negociación con la Dirección de Participación para que el presupuesto y las actividades del siguiente año se organizaran de acuerdo con el mandato, no se concretaba todo pero si había incidencia, el problema es que esto no logró generalizarse a otras áreas de la SDS. (Grupo focal, marzo de 2013).

- Se propuso la articulación con otras áreas de la SDS como Salud Pública a través del posicionamiento de la participación en los núcleos de gestión (APS) y en el Ámbito Comunitario como movilización de la salud pública en el espacio público (*integrar*).
- Se propuso el fortalecimiento y gestión de formas organizativas autónomas e institucionales. Se cualificaron los recursos de poder de los líderes y organizaciones a través de formación¹⁴⁷ y apoyo a iniciativas. Cabe aclarar que éstas no se restringieron a destinar recursos financieros y otorgarlos; las iniciativas se implementaron a través de proyectos que formularon y ejecutaron las organizaciones. Este ejercicio fue un dispositivo pedagógico para impulsar las

¹⁴⁶ Del 2004 al 2012 (febrero) se realizaron siete asambleas distritales cada una con preparación local - territorial.

¹⁴⁷ La formación partió de la identificación de necesidades planteadas por los líderes. Básicamente se organizó un programa de formación con contenidos como derechos (énfasis en salud –DESC), planeación, herramientas de fortalecimiento organizativo, desarrollo de capacidades comunicativas, y gestión social integral. El programa se ordenó como diplomado y lo desarrolló la Universidad Nacional a través de un convenio que incluyó lo equivalente para los servidores públicos.

experiencias colectivas (las organizaciones respondían por el proyecto y por el manejo de recursos). Este dispositivo fue altamente valorado por los participantes de los grupos focales como fundamental para apropiar realmente una lógica de construcción colectiva, y de consolidación de identidad y valores como la solidaridad y la responsabilidad (*habitar, hablar, integrar*).

- Se impulsó a las veedurías ciudadanas a contratos en salud, a los hospitales, a las EPS. Se articuló con la Veeduría Distrital (la Veeduría estableció con la comunidad el ranquin que calificaba la calidad de las EPS en términos de cumplimiento) (*integrar*).
- Se planteó la necesidad de desarrollar procesos comunicativos como acciones específicas que promovían capacidades a través de experiencias concretas como la realización del programa de radio comunitario en alianza con la *K-Ile*¹⁴⁸ y el periódico “*Participación Al Día*” esto fortaleció la red de comunicadores comunitarios. (*habitar, hablar, integrar*).

La intencionalidad política de quienes participaron en el direccionamiento estratégico de la Política de salud en la ciudad era disputar la visión de derecho, modificar la lógica que había instalado el aseguramiento que terminó mercantilizando la salud y naturalizando las inequidades, esta intencionalidad tuvo diversos campos de disputas y diversas estrategias como se ha descrito a lo largo del capítulo: en la institucionalidad interna, en las interacciones con los hospitales, en los conflictos con el Concejo, con los aseguradores, y con los entes de control y por supuesto con la ciudadanía, este actor era fundamental, y desde el 2004 se visualizó como imagen la generación de la acción colectiva como un elemento fundamental para transformar la correlación de fuerzas, pero esto pasaba por lograr cualificar este actor y generar dispositivos que le permitieran desnaturalizar la lógica del sistema y su alienación y producir posiciones críticas que les permitieran la apropiación del derecho y la comprensión de las diferencias con el aseguramiento para que asumieran posiciones de defensa y exigencia del derecho a la salud como se había planteado en la Política. Esta apuesta se concentró en la Dirección de

¹⁴⁸ Emisora comunitaria de Tunjuelito clasificada como un medio alternativo en la ciudad para la democratización de la información y la comunicación.

Participación Social y Servicio a la Ciudadanía y la PPSySC fue el principal recurso y estrategia.

En este marco, y dado que la PPSySC fue un componente fundamental en la materialización de la política distrital en salud en el campo de la disputa política, se complementó su análisis retomando la evaluación de la Política¹⁴⁹ realizada en el 2010 por el Centro Nacional de Consultoría – CNA.¹⁵⁰ Retomar este aporte permite vincular a mi análisis el papel de la participación y su vínculo con el derecho a la salud.

De acuerdo con dicha evaluación la PPSySC Política de Participación Social y Servicio al Ciudadano fue en esfuerzo institucional por modificar las relaciones Estado-ciudadanía y a la vez, instalar un imaginario de que vinculaba el derecho a la salud con la ciudadanía social¹⁵¹. A partir de este propósito, la evaluación del CNA concluyó que la percepción de los participantes con relación al derecho fue:

- Las personas participantes reconocieron que para el momento entendían el derecho como algo que era propio de su naturaleza humana y que estaba en relación directa con el reconocimiento a su dignidad.
- Las personas reconocieron que antes pensaban que la salud era muy importante pero que tener atención siempre implicaba pagar y que si no se tenía recursos no se podía asistir al servicio.
- Las personas dicen que ahora piensan que el derecho no es solo tener servicios y atención individual; también es que todos puedan tener bienestar, y acceso a servicios.
- Las personas consideraron que el derecho a la salud debe ser gratuito y no se debería cobrar por ejemplo, copagos.

¹⁴⁹ La presentación de la evaluación de la PPSySC se puede ver en el link: www.saludcapital.gov.co

¹⁵⁰ El Centro Nacional de Consultoría: es una compañía de investigación y recolección de datos, análisis de datos y comunicación de resultados.

<http://www.centronacionaldeconsultoria.com/index.php/component/content/category>

¹⁵¹ La salud está vinculada con la dignidad hecho que nos pone a todos en un plano de igualdad, y comunidad, los derechos deben tener base material. (Marshall, ciudadanía y clase social).

- Las personas dijeron que el derecho a la salud se relaciona con la participación porque es de todos, y todos tienen derecho a decir cómo debe ser la salud y cómo se deben prestar los servicios.
- Las personas expresaron que el Estado debe responder y garantizar la salud para todos.
- El grado de conocimiento de los derechos en salud entre los ciudadanos y de los espacios de participación social en salud es un hallazgo para destacar de la encuesta.
- La mayoría asumió que lo público es aquello que le pertenece únicamente al Estado.
- La evaluación determinó que el conocimiento de la política de participación social en salud, el grado de desarrollo percibido y la importancia de esta política para afectar la garantía de la salud era alto, a pesar de que sólo llevaba tres años de implementación.

Si bien la evaluación mostró que se avanzó en una apropiación de la concepción de derecho a la salud vinculado con los derechos humanos y sociales, no se puede afirmar que la PPSySC haya modificado de forma significativa la cultura democrática de tipo clientelar o de dádiva instalada en la ciudad y en el sector de manera sistemática en los últimos 60 años. Al respecto, es posible plantear que la Política pro-derechos de la ciudad cuenta con una temporalidad corta en relación a los procesos de construcción de ciudadanía¹⁵² y que adicionalmente no se construye ciudadanía solamente desde la esfera de la salud. Más allá de lo anterior la disputa por el derecho no solo es reciente, sino también compleja, en tanto la estructura del Estado desde la Constitución del 91 declara simultáneamente una visión de derechos en el marco de una democracia participativa y una lógica que da preponderancia al mercado.

No se puede generalizar, pero se pueden mostrar acciones puntuales que iban en la lógica de interpelar los planteamientos de la Ley 100. Un caso tangible fue el programa de gratuidad que es una exigencia al Estado para avanzar en este principio del derecho. La gratuidad se exigió en una audiencia pública con el Alcalde. Si bien sigue enmarcada en la lógica y estructura del Sistema –el copago del régimen subsidiado en el nivel 1, 2 y

¹⁵² La Política de Participación se construyó de manera interrumpida desde el 2000-2006. En el 2007 se generó el proceso deliberatorio definitivo; 1 de diciembre de 2007 se instaló. Inició su implementación desde el 2008 hasta el 2010. La evaluación se realizó en el segundo semestre de 2010.

3 del Sisben es asumido por el Estado Distrital- expresa un avance en la postura de la ciudadanía que asume “la salud como un derecho no como un favor”¹⁵³; adicionalmente el hecho de que la ciudadanía lograba hacer audiencias/acciones colectivas en donde se vincula participar con decidir y exigir como un elemento de transformación importante en la ciudad y que expresa modificaciones en las prácticas de participación.

Un elemento central de la disputa en lo político giró en torno a la desinstitucionalización de la participación para dar espacios a la lógica comunitario a través de diálogo permanente y apertura democrática donde se escuchaban las voces ciudadanas y se establecían acuerdos y compromisos. La evaluación reconoció que los espacios institucionales (Copacos, Asociación de usuarios) ampliaron sus debates cotidianos que posteriormente se recogían en las Asambleas. A su vez las Asambleas, las audiencias, fueron espacios para argumentar, contradecir, construir posturas y consensos siendo determinantes en los procesos de democratización de la salud. Además reconocieron las Asambleas como espacios claves de articulación para generar agendas y definir mandatos por el derecho a la salud con lo cual se incidió en la organización institucional como mínimo en la Dirección de Participación.

¹⁵³ Este era el slogan de la PPSySC y de todas las actividades que realizaba la comunidad, el slogan fue propuesto por la ciudadanía en la Tercera Asamblea 2007.

Capítulo cinco

Análisis en el plano de la disputa institucional

El plano institucional se aborda desde las categorías de organización-gestión de servicios y es entendido como el proceso que aterriza la política al territorio, la forma concreta de instituirlo, por lo que se retoman las estrategias y los lineamientos como los instrumentos que ordenan lo institucional y en donde se explicita que la disputa se centra con el modo de gestión. En tal sentido lo institucional es un elemento central en la disputa por el tipo de Estado y sus posibles modificaciones.

Este plano responde a las siguientes preguntas: ¿cómo se despliega la concepción política-epistemológica en lo institucional? ¿Qué estrategias y qué instrumentos se usan y se pueden considerar contra-hegemónicos en relación con el sistema de salud de la Ley 100? Para responder el presente capítulo pretende establecer las estrategias de organización-gestión que propuso el gobierno en salud en Bogotá 2004 -2012 para la realización de la Política (derecho social a la salud).

El capítulo está ordenado así: en primer lugar, se enfatiza¹⁵⁴ en el punto de partida institucional; en segundo lugar, se realiza el análisis institucional tomando como referente los puntos presentados en el marco teórico, y por supuesto, las voces de los actores; en tercer lugar, se presentan las dos estrategias que fueron reconocidas, tanto por los actores y en el nivel distrital como en el nacional, como experiencias de gestión diferentes a las

¹⁵⁴ En los capítulos anteriores se ha mostrado la lógica del SGSSS que es la estructura que enmarca la política; además en el capítulo dos se explicitó el sistema de salud y las condiciones previas a la Política Distrital; acá simplemente se puntualiza como recurso comprensivo.

que había en la ciudad hasta el 2004 y que fueron las estrategias de disputa que logró configurar la SDS.(Laurell 2014, 853)

5.1. Punto de partida institucional

En el marco de la reforma producida por la Ley 100 del 93 el Estado colombiano impulsó en el 2005 la Política Nacional de prestación de servicios (Ministerio de Salud y Protección Social 2005) en la perspectiva de generar un esquema organizativo y de gestión en salud unificado que teóricamente “*buscaba resolver problemas de acceso, calidad y eficiencia en los servicios*”(Ministerio de Salud y Protección Social 2005), ya que a pesar de la reforma del Sistema en el año 93, para el 2005 aún no se lograba el aseguramiento universal y persistían los problemas que habían sido los argumentos para deslegitimar el antiguo Sistema Nacional y que sustentaron la necesidad de la reforma. Los problemas identificados para la reorganización de servicios en la Política de prestación partieron del análisis de la problemática del antiguo sistema, a los que se denominó como *problemas acumulados históricos* estos son (Ministerio de Salud y Protección Social 2005):

- Baja capacidad resolutoria. Se ha evidenciado baja capacidad resolutoria de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas instituciones.
- Inflexibilidad del régimen laboral del sector público. El régimen laboral en los hospitales públicos está regido por una legislación que dificulta la adaptación de las instituciones a los retos que le imponen los cambios en el sistema de salud, los cambios en el perfil epidemiológico de la población y en los modelos de prestación de servicios. Esta situación incrementa además los costos de operación.
- Pasivo prestacional de los hospitales públicos. Las instituciones públicas aún no han resuelto el tema del pasivo prestacional, en cuanto a clarificar la magnitud y establecer las *posibilidades* de financiación. Esto pone en riesgo la sostenibilidad y viabilidad de las instituciones del sector público.

- Ausencia de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología. El país no ha desarrollado los suficientes mecanismos que permitan identificar, evaluar, incorporar y gestionar la tecnología biomédica. En muchos casos la introducción e incorporación de técnicas, equipos o medicamentos costo-efectivos se da de forma tardía por la ausencia de un sistema de evaluación de tecnología en el país.
- Falta del sistema integral de información en salud. La información sobre prestadores y prestación de servicios de salud es fragmentada y no responde a las necesidades del país. El sistema integral de información en salud y su componente de prestación de servicios está por desarrollarse, situación que limita el direccionamiento, la planeación y la gestión de los prestadores de servicios.
- Ausencia de un sistema de rendición de cuentas. El país no dispone de un sistema de rendición de cuentas cuyos ejes sean los resultados en salud y la gestión de la prestación de los servicios.
- Debilidad en los procesos de articulación departamento/municipio. El desarrollo y organización de la red de servicios en las regiones y departamentos. Existen serias limitantes en la capacidad de gestión de las redes de servicios por parte de los departamentos, lo que se suma a las decisiones de municipios que no consultan la realidad local ni regional.
- Debilidades en la gestión. Existen debilidades de gestión en las entidades de dirección, aseguramiento y prestación de los servicios, tanto públicas como privadas.
- En cuanto a los *problemas emergentes* o nuevos desafíos producidos en el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud¹⁵⁵, son explicados a la luz de las nuevas condiciones del sistema, los cambios político -administrativos o por las modificaciones en la situación de salud de la población, centralmente corresponde o se explican a la luz de la fragmentación de funciones que estableció la Ley 100 del 93.

¹⁵⁵ Ley 100 del 93.

- Fragmentación y atomización en la prestación de servicios. La ausencia de articulación y direccionamiento de la oferta, mantiene a los usuarios con servicios fragmentados que limitan el acceso y la integralidad de la atención.
- El sistema obligatorio de garantía de calidad no ha desarrollado el componente del sistema de información. Si bien se definió en el país el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), la información sobre la calidad de los servicios es incipiente y no existen mecanismos ni canales para determinar y divulgar la situación de la calidad de los servicios.
- No se ha desarrollado un sistema de incentivos. La política de incentivos se ha centrado en limitadas acciones para mejorar el prestigio de las instituciones.
- Desequilibrio en la relación aseguradores/prestadores. Existe una situación de permanente disconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores, por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios.
- Limitaciones en los sistemas de contratación y pago utilizados para la compra de servicios de salud. Los mecanismos de pago actualmente utilizados entre aseguradores y prestadores, básicamente consultan precio, y responden más a ejercicios intuitivos basados en actividades históricas y precios indexados, que a estudios que consulten variables como calidad y costo efectividad.
- Desequilibrio de la oferta de servicios de salud frente a la demanda. Existen regiones del país con limitaciones de oferta y regiones con sobreoferta de servicios. Situación generada tanto por el sector privado como por el sector público.

El diagnóstico del documento “La Política de servicios del Ministerio” evidenció las problemáticas de servicios (organización y gestión) en el país durante el periodo estudiado y el fracaso de cumplir los objetivos planteados en la reforma al tiempo que se dirige a profundizar su modelo original, el pluralismo estructurado.

La lógica descrita permeaba totalmente la organización de servicios en Bogotá en el 2004, el siguiente comentario muestra en qué se había convertido la gestión en salud con la Ley 100 y porque lo instalado en Bogotá se percibía distinto.

Nosotros veníamos en 1998-2004 en un proceso de acomodamiento a la Ley 100 que salió en 1993, pero empezó a implementarse en forma en 1996; entonces, toda la transformación en ESE; el acomodo institucional fue un impacto muy fuerte. El énfasis en la infraestructura hospitalaria, en la capacidad instalada se hace supremamente importante en el período anterior antes del 2004, el análisis de capacidad instalada, que es poder decir cuántas camas hospitalarias hay instaladas, salas de cirugía, de partos, consultorios, etc., con el fin de poder medir la productividad. Allí entramos al sector salud muchísimos ingenieros industriales, porque somos quienes medimos tiempos, procedimientos, procesos y establecemos estándares. Hicimos análisis de capacidad instalada y estudios de mercado para poder definir reorganización de hospitales. Se dan las fusiones de los hospitales y se incorporan al ejercicio de la salud términos que no existían antes de la Ley 100 como productividad, análisis de capacidad instalada, eficiencia administrativa y financiera, rotación de cartera, facturación.

Recuerdo que la primera discusión con un ginecólogo que tuve cuando llegó al Hospital de Fontibón a ser Jefe de Planeación, ya tengo la estructura de rentabilidad, de generar ingresos, de ser rentable, me dice: “¿usted qué quiere?... como es ingeniera industrial usted cree que esto son zapatos y aquí estamos manejando vidas”. Yo entré a un ingeniero industrial a una sala de partos para que tomara tiempos y procedimientos y así saber cuánto tiempo se demoraba un parto y saque un estándar de partos y de pomeroy, y porqué vendíamos a Profamilia, ya que éramos más rentables. Porque hagan o no hagan los cirujanos, instrumentadores, ginecólogos, había que pagarles; entonces, organizamos unas agendas de pomeroy, nos llegaban las señoras en una busética, se hacía el procedimiento y se devolvían a Profamilia y cada 15 minutos los hacíamos. Son temas nuevos en el sector y nos obligaron un poco a mirar la salud como una empresa, a generar negocios, a pelear por los recursos en los Fondos de Desarrollo Local. (E7C3).

Como se ve las transformaciones de la estructura a partir de la Ley 100 se relacionan con las modificaciones del Estado para asegurar el ingreso de los agentes privados al manejo de los recursos públicos bajo el supuesto argumento de “hacer la prestación de servicios más eficientes y transparentes”, y técnicamente ese es el papel que cumplen los actores privados: la gestión¹⁵⁶ y la prestación¹⁵⁷, mientras que el Estado recauda los recursos, los entrega al asegurador y responde a la ciudadanía; es decir el Estado cumple la función de mediar entre la acumulación de capital y los procesos de legitimación. Esta descripción corresponde a un proyecto claramente neoliberal:

Nosotros no tuvimos mucho tiempo de pensar antes de ejercer gobierno, de pensar en una propuesta sólida. Lo que decíamos era cómo ganamos capacidad territorial de control del sistema. Decíamos, por lo menos, cómo podemos acercarnos a una forma de gestión territorial que permita combinar los recursos que hay alrededor de subsidio a la oferta y el tránsito hacia subsidio a la demanda con la atención de vinculados, con el control del régimen subsidiado y de las administradoras de régimen subsidiado en Bogotá. ...cuando nos sentamos con Armando y Nancy, lo escribimos en un sentido amplio. No es APS

¹⁵⁶ EPS

¹⁵⁷ IPS y ESE

tradicional, sino que se planteó en un ámbito de promoción de la calidad de vida; sólo que es un instrumento en el marco de este complejo sistema de salud para aproximar los servicios de salud del Estado e integrarlos a las comunidades; y que presione a los pagadores, a las EPS y ARS; que destape las necesidades sociales en salud; que ordene la intervención en otros sectores de una manera territorial; que integre educación, vivienda, etc.; esa era nuestra intención. (E6C3).

En este contexto, la SDS definió como estrategia de gestión la APS para constituir un nuevo ordenamiento, en el entendido que esto debía hacerse bajo la estructura del Sistema¹⁵⁸. Así se identificó que el espacio que había en la estructura del sistema -el de menos control- era el paquete de salud Pública (Plan de Atención Básica) que corresponde a las acciones colectivas:

Se va organizando lo que antes se llamaba el PAB como la forma de articular salud a todos los otros sectores y va potenciando la intersectorialidad y la presencia institucional en los territorios. Entonces, eso fue produciendo una fractura interna de los servicios. Salud Pública quedó más puesta hacia afuera, hacia los otros sectores que hacía dentro de los hospitales. (E20C3).

En este marco, se instaló APS a través de un programa *Salud a Su Hogar*, no como atención mínima, sino como puerta de entrada al Sistema. Se trataba de poner a jugar todos los elementos de la APS para ir transformando el Sistema.

La perspectiva o visión de APS se explicitó en cuatro ejes estratégicos o grandes líneas de acción:

i) Promoción de políticas y opciones saludables: entendido como el conjunto de acciones que realiza el sector salud para formular, implantar y evaluar políticas públicas favorables a la salud y la calidad de vida de la población y que convoquen a la sociedad para la adopción de opciones saludables. ii) Salud en la gestión social de territorios: desde una perspectiva de salud pública, el sector salud aporta todos sus recursos disponibles para articular su gestión con la de otros sectores y la de la sociedad organizada orientada por la garantía efectiva de los derechos humanos interdependientes para el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. iii) Construcción de ciudadanía y movilización social por la salud; este componente vincula la comunicación en salud, la participación social y la atención a los usuarios de servicios de salud, desde la perspectiva de derecho a la salud y con enfoque promocional de calidad de vida y salud, para convocar a la sociedad para fortalecer la

¹⁵⁸ El sistema es la norma general y hay que cumplirla.

conciencia de sujeto de derechos, desarrollar mecanismos de exigibilidad del derecho, propiciar la organización y la movilización social y la adopción de opciones de vida saludables. iv) Construcción del sistema distrital de salud desde la función de rectoría territorial; la prioridad en materia de calidad de vida y salud de la población está en disminuir las inequidades acumuladas, en especial, las relacionadas con el empobrecimiento de la población bogotana y la exclusión de grupos de población por situaciones o condiciones relacionadas con el ciclo vital, el género, la etnia o la discapacidad. (SDS 2004b, 11)

El elemento central de la disputa estaba en cómo se territorializaba la salud y la enfermedad; una vez se entraba al programa se debían disparar los principios de integralidad y continuidad y se tendrían que romper la segmentación del sistema; en la medida en que se fuera instalando la APS en cada lugar, se debían generar mecanismos de articulación: canalización, referencia, contrarreferencia. La participación era esencial; se trataba que el programa fuera acogido por la ciudadanía y desde allí se iniciara la exigencia para que el sistema respondiera a las necesidades de la población y se fuera rompiendo la lógica de los subsidios y de los paquetes. Se trataba de disminuir la fractura entre el paquete colectivo (PAB) y el individual (POSS) como lo confirma el testimonio:

De todos modos había más capacidad en Salud Pública; tenía una presencia específica en los territorios. Pues si hay más recursos, pues evidentemente tiene una posibilidad más alta. El elemento central se convierte en transectorialidad; la perspectiva de los ámbitos, de involucrar a las poblaciones de acuerdo con unas formas de relación, fue muy importante; el hecho de responder a las necesidades de la población. Fue una respuesta a medias y siempre lo ha sido porque todo lo que pasa de ahí en adelante no es gobernable por el distrito, porque está en una lógica del Sistema, una lógica individualista, de fracturas de un servicio. El poder del sistema está ahí en el control sobre lo individual y lo tienen las EPSs. (E6C3)

5.2. Análisis de los procesos institucionales

La transformación institucional implica la afectación de varios planos en la lógica del Estado:

5.2.1. Necesidades y problemas de salud

En el capítulo tres se planteó el esfuerzo por modificar la lectura y comprensión de salud. Tradicionalmente la política en salud parte del perfil epidemiológico y a su vez

sus actuaciones deben responder al mejoramiento del mismo. Es decir, cualquier tipo de gobierno está abocado a responder por las problemáticas o necesidades en salud desde el lugar en que se ubique, y el perfil epidemiológico es el primer instrumento utilizado para esta tarea. Además los efectos de su intervención política también se miden por el mejoramiento o no del mismo.

La política de Bogotá estuvo marcada por la tensión permanente que produce un sistema que se ordena desde la visión del riesgo y cuya intervención está dada por el mercado regulado de aseguramiento. En tal sentido, pasar a la lectura de necesidades y vincularlo con el derecho fue un proceso que demandó esfuerzos enormes, no sólo por la lógica que ordena el sistema, sino también, por el tipo de formación de los trabajadores de la salud, que corresponde a lógicas causales, lineales y hegemónicas, y modificarlas pasa prácticamente por un ejercicio de desalienación del sujeto y por un proceso de re-aprendizaje de la perspectiva de derecho a la salud.

Adicionalmente, en la institucionalidad los sistemas de información y la lógica que la ordena están dados por el perfil de daños o muertes. En razón a ello, la Política de Salud de Bogotá partió de la necesidad de modificar dicha lógica que planteaba problemas de salud fragmentados y naturalizados, y que asume que la magnitud de los mismos desborda la capacidad institucional y se “hace lo que se puede” bajo una mirada de focalización.

La Política de Salud de Bogotá formulada en 2004 se propuso una lectura de salud sobre problemas complejos, reconociendo condiciones de vida, magnitudes e interrelaciones, lo que implicaba superar la visión sectorial. Un caso emblemático fue la desnutrición en niños menores de 5 años. Hasta 2004 se identificaban los casos y la intervención consistía en focalizar a los más vulnerables y dar sulfato ferroso acorde con los recursos disponibles en la institución. La forma que instaló la política en el 2004 frente a este caso fue mostrar que los niños desnutridos son la evidencia de que en la ciudad hay un problema de condiciones de vida marcado por la pobreza que afectaba el acceso y garantía del derecho a la alimentación a un conjunto importante de población y que, le correspondía al Estado intervenir de manera integral y garantista. Esta lectura fue un

insumo muy importante para la formulación del Programa Bogotá Sin Hambre¹⁵⁹ que de acuerdo con el Informe de Naciones Unidas aportó significativamente al impacto en el índice de Desarrollo Humano en la ciudad (PNUD 2008).

No obstante, la lógica institucional fragmentada por funciones u objetos desarticulados (líneas) ha instituido unas prácticas que tienden a perpetuarse y que se convierten en una barrera para instalar otro tipo de intervención del Estado bajo la visión del derecho integral, interdependiente e indivisible. La experiencia tiene casos como Bogotá Sin Hambre, pero esto no logró generalizarse y permear todo el Estado distrital, las prácticas, las estructuras y la mentalidad de los trabajadores siguen puestas en la fragmentación, la función, la competencia. Un elemento determinante de esto son los marcos normativos que obedecen en su mayoría a la lógica del Estado nacional. Queda claro que el marco legal debe plantearse como una disputa central permanente si se quieren modificar al Estado, sin perder de vista el grado de complejidad en tanto las normas son parte del instrumental que explicita los intereses de las clases dominantes.

5.2.2. La práctica institucional y su transformación

La institucionalidad genera mecanismos funcionales y simbólicos que se traducen en prácticas que al repetirse de manera sistemática instalan las lógicas de operación e instituyen. Durante el periodo de transición del Sistema Nacional de Salud al SGSSS se redefinió el papel de la SDS que pasó a ejercer rectoría sobre los agentes del sistema. En tal sentido, las prácticas se modificaron para tal fin, a través de instrumentos como lineamientos, cualificación de procesos administrativos, apropiación de la lógica de costo- beneficio, los trabajadores se cualificaban en administración de servicios, donde lo financiero era fundamental.

La capacidad de la SDS y sus prácticas se centraron en apropiación del modelo y en la adquisición de la visión de la nueva gerencia en salud para lograr responder a la demanda “teórica” de la eficiencia¹⁶⁰. Durante el periodo estudiado se procuró fortalecer el

¹⁵⁹ El programa era dirigido desde la Alcaldía, lo coordinaba el Departamento de Bienestar Social- (luego se denominó Secretaría Distrital de Integración social) y era un programa transectorial, todos los sectores tenían responsabilidades, tareas y aportes concretos.

¹⁶⁰ Como se vio en el capítulo tres.

papel de rectoría como autoridad sanitaria, entendida en el marco del derecho social y donde el Estado es el garante. Ampliar esta visión, va más allá de lo planteado en el SGSSS, en donde la rectoría se ordena bajo el derecho entendido como derecho de propiedad, en la lógica de contratos en un mercado regulado de aseguramiento y complementado con la asistencia del Estado para quienes demuestren no tener propiedad y merezcan el subsidio; avanzar en la modificación de la SDS requirió del concepto de autonomía, específicamente el planteado por la Corte Constitucional con lo cual se buscó caracterizar al Estado municipal frente al Estado nacional:

La Corte llama todo el tiempo a que se haga un ejercicio de armonización entre el principio de autonomía y el principio de unidad Nacional, haciendo énfasis en que el núcleo de la autonomía territorial se basa fundamentalmente en la posibilidad de la acción de gobernarse con autonomía. Gobernarse con autonomía incluye el componente de gestión y el político, no se trata simplemente de un traspaso de funciones y responsabilidades, sino que va mucho más allá en una concepción de poder de dirección política... y es un instrumento de legitimidad.(Borda 2007, 43)

Desde este planteamiento, se instaló la visión del cumplimiento de los derechos sociales en el PDD 2004-2008¹⁶¹ a través de la EPCVyS y el modo de gestión desde la APS que representó un esfuerzo por transformar las prácticas institucionales. Sin embargo, es indiscutible el peso que tiene el SGSSS. La propuesta política de salud en Bogotá tuvo diversos efectos, pero sin duda uno explícito fue develar los límites del sistema existente para garantizar el derecho a la salud como algo de su propia naturaleza y del orden estructural.

Un punto central de la disputa institucional fue transformar la lógica de ordenamiento territorial; es unánime la postura de los actores en relación a que uno de los principales mecanismos de gestión fue la nueva forma de territorializar la ciudad, lo que permitió ordenar procesos en la SDS y a la vez articularse con otros sectores:

(...) ese ejercicio de los diagnósticos locales que pudo tener esa incorporación de perspectiva en equidad ayudo a que dijéramos: partamos de aceptar que hay desigualdades intolerables y que el Estado es el que tiene que hacer una intervención en cualquier sistema de salud para tratar de superar estas desigualdades. Y que eso debería hacerse de manera participativa e inicialmente pensando en el derecho a la salud y en un gran presencia del Estado en el territorio. (E6C3).

¹⁶¹ El siguiente periodo se sostuvo la visión de derechos.

Los entrevistados reconocen que la organización institucional de equipos técnicos desde la perspectiva territorial:

Desde los ámbitos de vida cotidiana y en términos de la gestión, ya no se mira que sea solamente una gestión de tipo administrativa y operativa sino una gestión alrededor de la intersectorialidad, la gestión comunitaria y se introducen elementos en salud pública de procesos de participación, de movilización social que antes no se reconocían y se debían agenciar como Estado. (E2C3).

Esto creó condiciones muy favorables para la gestión en salud y sobre todo para la participación que aparece nuevamente como un proceso central para afectar la institucionalidad. *“Se fortaleció mucho el tema de gestión social integral y el tema de participación social. Y también con salud pública el enfoque familiar y comunitario, más desde lo que las personas proponían y no desde una posición de gobierno”.* (E18C3).

Sin embargo, ésta no logra afectar de forma directa todo el ciclo de gestión de la política, como lo relatan algunos los actores, quienes consideran que la participación se desarrolló más en el momento de los diagnósticos, en algunos proceso denominados mandatos ciudadanos (exigibilidad), y aportó para la apropiación de la salud del derecho a la salud y como valor social.

Finalmente, los actores resaltaron el “estilo de gobierno” como un tema emergente clave para el logro de la realización de las políticas. Uno de ellos comenta:

El anterior secretario era un médico-empresario, tratando de hacer rentables las empresas (hospitales) y convencido a morir del aseguramiento y de lo privado, si lo público no sirve hay que fusionarlo y eso hizo, cuando él llegó había treinta y un hospitales y con la fusión dejó 22; y después de eso llega un secretario de salud pensando en salud, eso era Román y su equipo; ahí es donde está la diferencia. Son temas nuevos en el sector, con el primero nos obligaron un poco a mirar la salud como una empresa, a generar negocios, a pelear por los recursos en los Fondos de Desarrollo Local. Con los segundos era más la comprensión, la explicación de los problemas, las necesidades en los territorios más que la oferta de servicios, y todo se discutía, debatía no eran puras órdenes. (E7C3).

Otro comenta el cambio abrupto que se presenta con el cambio de secretario:

Cuando llega Zambrano se restituye la cifra, el venía de Hacienda, y como decirlo, ya habíamos pasado por la escuela de la Nacional, los de antes, que los funcionarios veían como revoltosos, pero que sabían eran profes, enseñaban; en estos dos momentos la gente pasa a un primer plano, la gente en su casa, en su trabajo, en el espacio público, en las cárceles, en las instituciones, todo esto eran territorios o como se denominaban ámbitos de vida cotidiana y esto no tenía nada que ver con lo que había antes, la plata si claro es importante, pero es para cubrir las necesidades de la gente en su territorio como decía

Armando. (E9C3).

5.2.3. Equipos de trabajo

Esta fue una de las primeras acciones que instaló la política de salud en Bogotá, tanto a nivel de la SDS como a nivel local. La construcción del PDD 2004-2008¹⁶² se realizó por mesas o equipos de trabajo conformados por las distintas áreas, buscando romper la lógica instituida que se ordena por funciones. A partir de allí todas las direcciones confluyeron para discutir y reflexionar sobre la política, y la visión que planteaba la EPCVyS y el modo de operación a través de APS.

Hasta el 2003 los equipos se organizaban por áreas, dirección y estas a su vez se estructuraban por líneas de forma claramente fracturadas y no dialógicas: *“cada cual hacía los suyos y tenía su poder y por supuesto no compartía con el de al lado ni la información”* (E11C3). A partir del 2004 la visión de derecho y la APS instalan una nueva lógica territorial que modificó la forma de trabajo fragmentado y ordenado por la planeación, bajo la premisa de gestión del Estado acorde con los recursos disponibles: *“La mirada hegemónica que viene incluso desde la formación profesional o en el campo de la salud, es hegemónica alrededor de la concepción de la enfermedad, de los asuntos biológicos alrededor de la enfermedad, al tema del enfoque social del riesgo.* (E6C1).

La lectura de necesidades en territorios sociales implicó la reconfiguración de los procesos y la implementación de trabajo colectivo. Esto afectó la forma de organización del trabajo también en los territorios y en los hospitales, y logró impactar principalmente el área de salud pública. Teniendo en cuenta que en el SGSSS los hospitales están imbuidos en la lógica de la competencia, pues son prestadores de servicios y dependen de manera importante de los aseguradores se instala la lógica dominante, es decir, la forma que da el SGSSS determina el contenido, y mientras el sistema se mantenga bajo la lógica de aseguramiento y su fragmentación de funciones, y segmentación de las poblaciones donde las EPS tienen amplio control basado en el manejo de recursos, no es posible modificar en su totalidad el sentido del hospital.

¹⁶² Igual ocurrió con el PDD 2008-2012.

No obstante, durante los ocho años de la política del PDA en la ciudad se perfiló a los hospitales como el referente institucional con funciones públicas en el territorio y con un carácter de cumplimiento de política social más allá de la competencia del mercado. Si bien no se modificó la lógica estructural a través de recursos propios que se inyectaban a los hospitales y a través del PAB se buscaba que el hospital asumiera de mejor manera el papel del referente que daba respuestas en el territorio.

5.2.4. Pacto institucional explícito entre los involucrados

Este elemento es una de las tareas más difíciles. Los actores del SGSSS tienen clara su posición e intereses y además está soportado en la Ley; su modificación le corresponde al Congreso de la República. A pesar de lo anterior, durante el periodo estudiado se intentó establecer acuerdos de manera pragmática sobre acontecimientos o eventos específicos, como por ejemplo la mortalidad materna y perinatal, a través de pactos por la salud de las mujeres gestantes y lactantes que sustentó el programa “*Bogotá: una casa de puertas abiertas para las mujeres gestantes y lactantes*”¹⁶³, o el pacto por la salud y la conformación de redes de servicios que tenía como propósito fundamental la disminución de barreras de acceso, firmado entre el Ministerio de Salud, la SDS, las EPS y las IPS¹⁶⁴. Más allá de este tipo de intentos de acuerdos de voluntades sin carácter vinculante real, no se logró otro tipo de experiencias que condujeran a pactos vinculantes. Acá nuevamente la norma cumple un papel determinante lo que no está en la norma no se puede hacer, lo que está en la norma no necesariamente corresponde a las necesidades.

5.2.5 Nueva gestión social pública para y con el público

Como ya se dijo la forma de gestionar la salud está dada por el SGSSS y mientras se mantenga la fragmentación de funciones se mantiene la lógica de acumulación. “*Hay un cambio de la salud antes y después del 2004; el cambio está en el enfoque que se le da a la atención en salud, porque antes estábamos dedicados a la*

¹⁶³ Este pacto se firmó entre la SDS y la representante de todas las EPS que operaban en Bogotá en cabeza de ACEMI- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Asocia a todas las EPS.

¹⁶⁴ Diciembre de 2011.

infraestructura, a la fusión de hospitales, a optimizar la capacidad instalada, a ser eficientes administrativamente". (E7C1).

Durante los ocho años de la política del PDA en la ciudad se intentó consolidar una visión del ente territorial como responsable, garante y autoridad sanitaria del sistema de salud, para lo cual se desarrollaron acciones para apoyar los hospitales a través de convenios de desempeño, lo que realmente consistían en apoyos de recursos para cubrir en muchas ocasiones la iliquidez causada por la cartera¹⁶⁵ de las EPS con los hospitales, los convenios permitían solventar la crisis y que la institucionalidad pública siga funcionando. También durante el periodo se abrieron nuevos hospitales y sedes, y se amplió y mejoró la infraestructura pública en salud:

Se abrió el Hospital de Suba, Engativá, Meissen, Vistahermosa, el Cami Trinidad Galán, la Upa el Porvenir, el Centro de salud mental Balcanes. Se reformó el Hospital de Fontibón, Simón Bolívar y Tunal. Se amplió Kennedy Occidente. Se dejó comprados los lotes y el plan de implantación para los hospitales de Bosa y de Usme. Y finalmente se construyó el 66% del Hospital del Tintal. Con todo lo anterior se fortaleció la red pública en la ciudad". (SDS 2012, 37)

Más allá de lo anterior hubo dos esfuerzo por sostener una lógica pública a pesar del enmarcamiento del SGSSS: uno fue el reordenamiento de la salud pública y el otro el esfuerzo por reordenar los servicios:

- **Reordenamiento de la salud pública. El PAB**

Si bien desde el 2004 se desarrolló un trabajo para reconfigurar la visión y ordenamiento de la salud pública esto se logró de manera contundente en la implementación del PAB 2006. Para lograr esto los dos años anteriores se habían reordenado los equipos de trabajo, se realizó un proceso de formación con los trabajadores del nivel central y de los hospitales, se reorganizó la matriz de contratación del PAB y todo esto se concretó en el lineamiento y el contrato con las 14 ESEs que lo implementaron en la ciudad.

¹⁶⁵ La cartera corresponde a no pago, o pagos de 60, 90, 180 y hasta 360 días, por parte de las EPS. O glosas, que consisten en la no aceptación de facturas por parte de las EPS por razones como no autorización de servicios, facturación errónea, etc. Eso es una de las causas de la crisis hospitalaria en el país. Es decir, los hospitales prestan los servicios –lo mismo ocurre a clínicas privadas- y las EPS después no pagan o demoran los pagos.

La acción en salud estaba enfocada a eliminar o disminuir las inequidades, las cuales son desigualdades injustas y evitables relacionadas con la clase social, el ciclo vital, el género, la raza, la etnia, o situaciones como la discapacidad o el desplazamiento forzado: “De esta manera, el enfoque promocional de calidad de vida y salud está ligado al principio de equidad, entendida a partir de la máxima “de cada cual según su capacidad y a cada cual según su necesidad”.(SDS 2006, 27)

En este marco el ordenamiento de la gestión en salud pública partió de la construcción de proyectos de autonomía en los dominios más importantes para las necesidades y las respuestas que se requerían desde salud pública en los territorios, y esto implicó un reordenamiento del PAB a través de tres componentes: i) gestión de la salud pública; ámbitos de vida cotidiana y vigilancia en salud pública:

La reorganización operativa de los contratos que se tenían para que eso fuera eficaz; la generación de capacidades en los equipos humanos que operaban en salud pública. Se va organizando lo que antes se llamaba el PAB como la forma de articular salud a todos los otros sectores y va potenciando la intersectorialidad y la presencia institucional en los territorios. (E11C3).

Para la totalidad de los actores el mayor avance de la Política de salud se dio en el área de Salud Pública, que logra reposicionar la visión de salud vinculada con la determinación social y esto fue un cambio significativo a lo anterior.

La SDS desinfla en buena medida el sobredimensionamiento que tenía el tema del aseguramiento y coloca muy fuerte el tema de la salud pública. La dificultad que tenía ese modelo, era la rigidez de la estructura presupuestal y la rigidez de la lógica en términos de metas y desde la idea que el funcionario del nivel central era el que conocía el tema y él decía entonces lo que cada localidad debía hacer y no una lógica en la que las localidades pudieran dialogar en torno a sus necesidades. (E3C3).

- **El Reordenamiento de los servicios de atención**

Desde la perspectiva del sistema distrital de salud se desarrolló un proceso de formulación de esquemas para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades sociales de la población, con perspectiva territorial. Desde Salud a su Hogar se configuró un ordenamiento para modificar el modelo de atención, que buscaba que la red de servicios se dispusiera en función del ciudadano. No obstante, para la mayoría de los actores no se logró la integralidad que se postulaba desde APS y tampoco se convirtió en el ordenador del sistema, porque la lógica que prevaleció fue el esquema de los contratos

y la competencia entre ESEs por los contratos con las aseguradoras bajo la afiliación del aseguramiento como se mencionó en el capítulo anterior las EPS mantenían el control.

Desde antes del 2004, nosotros, los hospitales, teníamos un modelo de pago para los servicios que era el pago fijo global prospectivo por paciente atendido que fue la metodología con el Secretario Luis Gonzalo Morales; tuvimos una discusión con él, porque lo que él hizo fue empaquetar servicios para pagar; y ahí la SDS transformó su pensamiento, cambia la salud por el pago. Las reuniones de gerentes y las juntas directivas se convierten en cómo me pagan, cómo facturo y cómo recaudo. La preocupación es la plata no la gente. (E7C3).

Durante los dos periodos se usaron instrumentos como anexos técnicos, o tableros de control de prioridades de salud pública y se verificaba el cumplimiento de metas para ejercer autoridad sanitaria sobre los aseguradores. No obstante y como ya se mencionó, ellos mantienen el control a través de los recursos y la ausencia de una política unificada de contratación. La cita anterior muestra la sujeción de la visión de salud a la lógica del aseguramiento: la EPS afilia, administra los recursos, y paga por los paquetes, define con quien contrata y los prestadores IPS y ESEs compiten por los recursos.

5.2.6. Normas y reglas

Las normas son dispositivos de control en tal sentido instituyen la lógica del Sistema para todos y en particular para el ente territorial. La máxima norma es la Ley 100; no obstante hay una serie de regulaciones permanentes que van ajustando al Sistema. Esto en parte se explicó en el capítulo dos cuando se describió las principales reformas a la ley, acá se pone evidencia como otras normas concurren para consolidar el control de los recursos y precisar las funciones bajo la lógica del aseguramiento. Para el periodo de análisis la Ley 715 de 2001 delegó al Distrito Capital las funciones asignadas a municipios y departamentos en materia de aseguramiento, prestación de servicios, rectoría y salud pública, entre otras:

- Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado.
- Celebrar contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento.
- Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social.

Como se ve en las funciones se consolida cada vez más la lógica privada y el papel del Estado como un ente que regula.

Al respecto desde la SDS se hicieron propuestas para la Comisión Séptima del Senado que discutió los proyectos de reforma de la Ley 100 entre 2004 y 2007 sin lograr incidencia. La competencia normativa del Distrito y de la SDS fue mínima con relación a la norma general. Como se mencionó, se hizo uso de la autonomía para ampliar el papel de rectoría de la SDS sobre los aseguradores, lo que se sostuvo hasta el 2007 cuando se modificó la norma con la Reforma 1122. En cuanto a normas que estaban en su resorte hubo modificaciones en la estructura interna de la SDS como se ve en el siguiente numeral.

5.2.7. Modificación de la estructura

La reorganización institucional se refiere principalmente al Decreto 122 de 2007, mediante el cual la SDS modificó la estructura, con la eliminación de las jefaturas de área. De esta forma, la SDS disminuyó la lógica jerárquica y creó una organización más plana. También se creó la Dirección de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía, con lo cual se da estatus y poder de injerencia al área en todas las decisiones de la SDS en el Comité Directivo de la entidad (antes no tenía este espacio, era oficina y hacia parte de la Subsecretaría). Se creó el Centro Regulator de Urgencias (CRU) como Dirección, antes era parte de la Dirección de Desarrollo de Servicios. De igual forma, durante este periodo se transformó la misión, objetivos y visión de la entidad en función de la garantía del derecho a la salud como se muestra en el cuadro 18.

Cuadro 18.

Transformación estructura institucional-SDS

Antes de 2004	Después (2010)
<p>Misión</p> <p>La Secretaría, en virtud de las Leyes 10 de 1990, 100 de 1993 y 715 del 2001, creará condiciones de acceso de la población a los servicios de salud, como un servicio público a cargo del Estado, mediante la dirección, coordinación, asesoría, vigilancia y control de los diferentes actores del sistema. Garantizará el plan de atención básica a la población del Distrito Capital.</p>	<p>Misión</p> <p>Somos la entidad rectora de salud en Bogotá, constituida por un equipo humano comprometido con la excelencia, <u>responsable de garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud</u> de toda la población, a través de la implementación de un modelo de atención integral, equitativa, universal, participativa, centrada en el ser humano, la responsabilidad social y la sostenibilidad ambiental.</p>
<p>Objetivos estratégicos</p> <p>Fortalecer el modelo basado en la promoción de la salud pública y en la prevención de la enfermedad, para así continuar avanzado en la reducción de la morbimortalidad evitable por eventos prioritarios en la población de la ciudad.</p> <p>Universalizar el aseguramiento en salud de los habitantes del Distrito Capital y garantizar el acceso de la población pobre y vulnerable al sistema de seguridad social en salud, tanto en la afiliación como en la prestación del servicio.</p> <p>Racionalizar la oferta de servicios de salud en Bogotá D. C., al tiempo que se logra la sostenibilidad y competitividad de la red de hospitales públicos del Distrito.</p>	<p>Objetivos estratégicos</p> <p>Generar las condiciones necesarias para la garantía del derecho a la salud de toda la población de Bogotá, a través de la gobernanza y rectoría basada en las políticas públicas concertadas con los diferentes sectores y de la vigilancia y control efectivo del cumplimiento de las obligaciones de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Fortalecer la exigibilidad de la ciudadanía para la garantía del derecho a la salud.</p> <p>Promover la afectación positiva de los determinantes sociales del proceso salud enfermedad, gestionando y articulando las acciones intersectoriales y transectoriales en el marco de la APS.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de documento SDS.

Es claro que la misión y objetivos cambiaron, anteriormente se centraba más en la lógica de la enfermedad, los servicios y el papel del Estado como garante se restringe al paquete colectivo. Con la transformación la SDS asume el papel de garante del Estado en todos los ámbitos, sin embargo, el modelo continuo enmarcado en el aseguramiento.

Con la ampliación de la misión, visión y los objetivos estratégicos en función del derecho a la salud, se buscó un reposicionamiento de la institucionalidad y dar un piso a la mentalidad del derecho que se había impulsado con los trabajadores, pues el ejercicio de construir el sentido institucional tuvo carácter participativo, se asumió que si se lograba una coherencia entre los planteamientos teóricos, el ordenamiento institucional y el soporte legal (Decreto 122 de 2007), *de facto* se podría modificar las prácticas. En la base del planteamiento estaba el reconocimiento de que los trabajadores encarnan el Estado y que en la medida que estos asuman el derecho es posible avanzar en su realización.

5.2.8. Burocracias, jerarquías, hábitos burocráticos, roles

El primer dispositivo que resaltan los actores en relación con el talento humano fue la instalación de grupos de trabajo amplios, que rompieran con la segmentación de líneas de trabajo unipersonales y vincularan la formación como estrategia de apropiación de la nueva perspectiva y para el desarrollo de capacidades en los equipos. Adicionalmente la formación se hizo para varios niveles; es decir, para operarios y para gerentes y directivos (diplomado de APS), y de la EPCVyS:

En la medida en que se comienza un proceso más de formación y de difusión y de conocimiento en toda la Secretaría, el hecho de comenzar a trabajar con conversatorios, involucrar a toda la SDS en la política (cosa que antes no se hacía), sí generó un cambio e hizo que hubiese más conocimiento y ampliación hacia el discurso, y hacía pensar la salud de una manera distinta. (E17C3).

Para otros actores, incorporar la nueva visión fue posible porque la SDS tenía un amplio capital cultural; es decir, muchos de los servidores públicos tenían niveles de formación alto. Y esto facilitó la incorporación de la visión de determinantes sociales de la salud: *“Hay que reconocer que, además, el distrito para esa fecha tenía un cumulo de más de 10 años de trabajo de fortalecimiento de la organización institucional, de tener una muy buena capacidad para incluso aportar al país. Incluso así lo reconocía Colombia y el ministerio.”(E3C3).*

Cabe precisar que la perspectiva de determinantes descrita no era generalizada, no correspondía a una decisión política explícita desde la dirección y que esto hacía que esa

visión estuviera siempre puesta en una lógica funcional no crítica, no era de confrontación al modelo, como sí ocurrió a partir del 2004 como se mostró en el capítulo tres en la disputa conceptual.

Durante el periodo se formuló la Política de Talento Humano con participación de los trabajadores. No obstante, no se logró mejorar la formalización laboral propuesta, en parte porque existía todo un proceso administrativo de la carrera administrativa y la lógica de la función pública, que implicaba el tema de recursos y sostenibilidad de los mismos; por ejemplo, las plantas de personal en salud habían durado congeladas por lo menos 10 años, y a pesar de los concursos realizados, no se habían llenado las vacantes. Esto era un problema estructural que afectaba la primera condición de dignificación en el trabajo; incluso existe una sentencia de la Corte Constitucional C -614 que se ha incumplido sistemáticamente. La única acción en relación con mejoramiento en la forma de contratación fue la eliminación de las cooperativas de trabajo asociado (intermediación laboral), que era el mecanismo de contratación en la red hospitalaria (en las 22 ESE), con lo que se intentó regularizar y realizar un ejercicio de autoridad sanitaria en este campo. Esta fue una iniciativa de la SDS inclusive antes de que el país lo planteara, como lo presenta el siguiente testimonio:

Yo creo que hubo un problema de las condiciones laborales de la población que no logramos resolver, como formas de vinculación salarial, niveles salariales, estabilidad laboral, etc., que no se lograron resolver e incluso hoy día tampoco está resuelta. La contratación del talento humano en salud pública ha sido por prestación de servicios, eso hace que también la dinámica de mantener unas acciones coherentes y sostenibles con un talento humano tan cambiante, genera presiones muy importantes en la sostenibilidad. (E13C3).

Otro aspecto que se resalta es la ampliación de perfiles para el trabajo en salud:

Ese ejercicio logra generar un espacio de tránsito entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, no solo del talento humano que hoy está trabajando, sino el que se está formando; hoy yo veo en los currículos de las profesiones de salud que están incorporando algunos elementos desde las ciencias sociales mucho más fuertes, esto puede mejorar los servicios y el campo de la salud, además es desde la misma necesidad que se construye; esta apuesta presiona a todos los agentes. (E8C3).

Con la modificación de la estructura por el Decreto 122 de 2007 se consolidó un primer momento de apropiación del derecho a la salud por parte de la institucionalidad. Esto significó un nivelación de la estructura –se eliminaron los cargos de jefatura de área–

que eran intermediarios entre la dirección y los trabajadores-técnicos que tenían a cargo los procesos.

Esta modificación institucional afectó de igual manera el ordenamiento de la estructura, las prácticas y dinámicas de trabajo en lo local, en los hospitales y en el componente de salud pública, pero en las áreas de asistencia no se tuvo el mismo impacto. Sobresale en este reordenamiento local la conformación de equipos de gestión local para generar transectorialidad y sinergia con otros sectores alrededor de obtener respuestas integrales para afectar los determinantes sociales de la salud¹⁶⁶, los equipos de ámbitos-APS (familiar, comunitario, laboral, institucional), y los equipos de vigilancia en salud pública, quienes hacían las veces de hilo conductor y articulaban todo el proceso era el equipo de la Gestión local.

Desde el punto de vista del talento humano, durante este periodo se incorporaron profesionales de las ciencias sociales que aportaron sustantivamente a la nueva visión de salud.

Al siguiente gobernante le correspondía esta formalización pero hasta el día de hoy no se ha logrado.

5.2.9. Presupuesto

“La plata de salud pública se sextuplicó durante ese periodo: pasó de 25 mil millones a comienzos de 2004 a 136 mil millones al finalizar; esto es compromiso real.” (E8C3). Como se narra en el anterior testimonio, el recurso financiero aumentó, y para lograrlo, la SDS combinó formas de aseguramiento y administración de recursos que aseguraban cobertura universal en salud. El siguiente aparte presenta una visión al respecto:

Con el fin de garantizar el mejor uso de los recursos disponibles en el SGSSS, se buscarán nuevas formas de contratación, pago y definición de tarifas en la administración de los recursos para la atención de la población pobre no asegurada, para el desarrollo de acciones del PAB, de servicios de promoción y prevención y de prestación de servicios no POS

¹⁶⁶ A partir del 2007 se instaló en el discurso los “determinantes sociales” y se reemplazó la “determinación social” como efecto de la oficialización del Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. La SDS estaba informada de primera mano de lo que ocurría en la Comisión de Determinantes, pues varios de los directores habían participado en las discusiones. Se asumió que este informe se podría acoger como un discurso institucional que disminuía la tensión con otros actores o sectores.

subsidiado. Al mismo tiempo, se profundizará en los mecanismos de rectoría del aseguramiento y de articulación de recursos según las necesidades de las poblaciones, para lograr acceso universal en salud en Bogotá. (SDS 2004b, 20)

Para la mayoría de los actores se logró un aumento de recursos propios–territoriales (Bogotá), a pesar de que la lógica y estructura de los recursos del SGSSS se mantuvieron bajo el aseguramiento y la intermediación.

Afirman que:

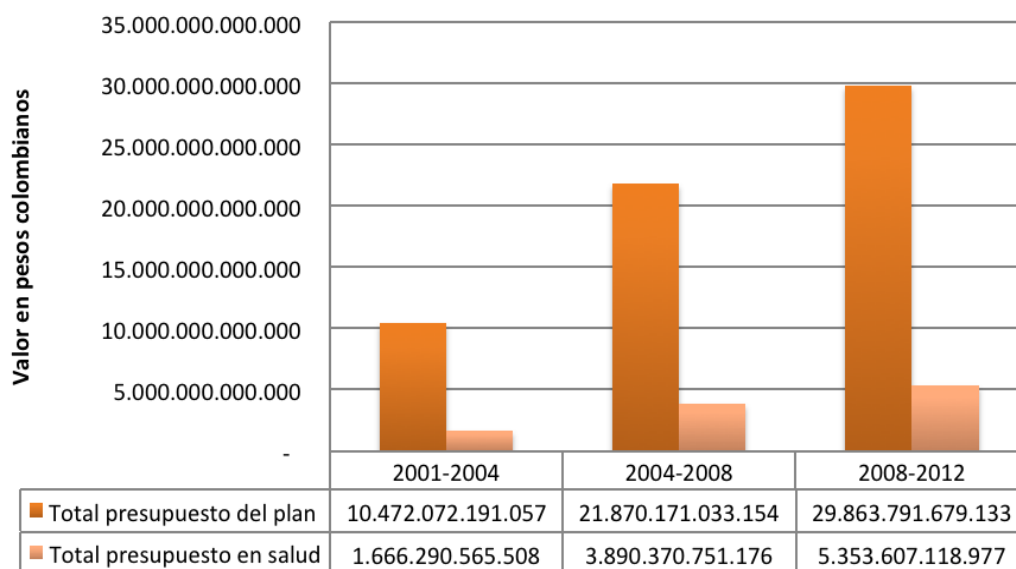
hay un giro en términos de la disposición de recursos. En estos 10 años se ha aumentado en más de casi 10 veces el presupuesto que se tenía inicialmente. Ha sido un crecimiento que no se tenía proyectado”. (E4C3).

De igual forma se valora el esfuerzo distrital por encima del nacional:

“En comparación con la inversión que se hace desde el nivel nacional en cuanto a salud pública claramente hay una diferencia; la inversión que se hace a política social no va a la lógica de aseguramiento sino a la lógica de políticas en salud pública”. (E3C3).

El análisis de inversión presupuestal de los planes de gobierno en la Ciudad de Bogotá en el período comprendido entre los años 2001 al 2012(2001-2004 Antanas Mockus: Bogotá para vivir todos del mismo lado; 2004-2008 Luis Eduardo Garzón: Bogotá Sin Indiferencia; 2008-2012 Samuel Moreno Rojas: Bogotá Positiva) muestran un aumento en la inversión en salud en la ciudad como se refleja en la gráfico 15.

Gráfico 15.
**Inversión presupuestal global y en salud de los planes de gobierno
 2001 al 2012**



Fuente: Secretaría Distrital de Planeación Bogotá. Documentos Informes de Inversión años 2001 al 2012. Accesado 3/05/2017. www.sdp.gov.co/Portal_SDP ; Cálculos y Diseño: Fuente propia.

Una comparación entre los tres períodos de gobierno refleja un crecimiento presupuestal en el sector salud del 57% entre el período de 2004-2008 del gobierno de Luis Eduardo Garzón con el plan de desarrollo “*Bogotá Sin Indiferencia*” con respecto al periodo 2001- 2004 de gobierno Antanas Mockus con su plan de desarrollo “*Bogotá para vivir todos del mismo lado*”. Así mismo un aumento del 27% de presupuesto en el sector salud con el período siguiente 2008- 2012 del gobierno de Samuel Moreno Roja con su plan de desarrollo *Bogotá Positiva*.

Para el caso del presupuesto en salud pública destinado a lo que se denomina Plan de Atención Básica (PAB) o Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) muestra la intencionalidad de modificar el modelo y colocar énfasis en lo promocional, así como fortalecer la función de rectoría para avanzar hacia una consolidación del ente territorial como autoridad sanitaria, el proceso de gestión de la salud tenía como fin afectar determinantes sociales a través de procesos de articulación institucional en los territorios

para integrar respuestas a las necesidades sociales. Este elemento es fundamento de lo que se denominó Gestión Social Integral. (Tabla 12).

Tabla 12.

Razón de diferencia presupuestal en el sector salud en los períodos de estudio comparado con el periodo anterior

	Período de gobierno 2001-2004	Período de gobierno 2004-2008	Razón	Período de gobierno 2008-2012	Razón
Aseguramiento en salud	1.451.645.529.996	2.907.607.480.386	2	3.965.486.404.133	1,4
Salud Pública	102.456.285.421	296.431.986.660	2,9	616.231.494.531	2,1
Desarrollo de Servicios de Salud	105.879.022.920	470.617.711.061	4,4	678.239.427.919	1,4
Participación Social en Salud	1.797.423.571	6.757.402.066	3,8	11.033.374.159	1,6
Gestión de la salud	4.512.303.600	204.775.956.685	45,4	75.774.849.468	0,4
Talento humano sector salud público		4.180.214.318		6.841.568.767	1,6
Total presupuesto	1.666.290.565.508	3.890.370.751.176	2,3	5.353.607.118.977	1,4

Fuente: Secretaría Distrital de Planeación Bogotá. Documentos Informes de Inversión años 2001 al 2012. Accedido 3/05/2017. www.sdp.gov.co/Portal SDP; Cálculos y Diseño: Fuente propia

Se evidencia un crecimiento presupuestal para el sector salud de 2,3 veces en comparación entre período de gobierno de 2001- 2004 con respecto al período de gobierno 2004- 2008, y de 1,4 veces más en el período siguiente 2008- 2012. Y con respecto a la distribución presupuestal del sector salud en los asuntos de las funciones específicas se evidenció en los periodos comparados de 2001-2004; 2004-2008; 2008- 2012, concluyendo lo siguiente:

- Desarrollar autoridad sanitaria implica que la gestión de la salud, requiere presupuesto para el fortalecimiento institucional en tal sentido como se ve en la gráfica la gestión en salud como proceso de rectoría aumento 45,4 y 0,4 veces entre los períodos inmediatamente anteriores.

- Aseguramiento: aumento de 2 y 1,4 veces entre los períodos inmediatamente anteriores. La mayor parte de los recursos se destinan al aseguramiento bajo la lógica del sistema.
- Salud Pública: aumento 2,9 y 2,1 veces entre los períodos inmediatamente anteriores.
- Desarrollo de Servicios: aumento: 4,4 y 1,4 veces entre los períodos inmediatamente anteriores.
- Participación social: aumento 3,8 y 1,6 veces entre los períodos inmediatamente anterior política importancia.

5.3. Las estrategias alternativas

Como resultado de la investigación se identificaron dos estrategias que fueron propias del periodo y que marcan diferencia contundente con la forma en que se operaba el estado en salud en la ciudad en relación con lo anterior, estas son: SAH /SASC y la Gestión Social Integral (GSI), cabe precisar que a continuación se presenta una reflexión sobre estas dos experiencias que no tiene pretensión de ser una evaluación de las mismas, se retoman en el sentido que fueron dos maneras de intentar confrontar el modelo y constituir una lógica nueva de ordenamiento institucional.

5.3.1. Sah /Sasc

La APS fue la estrategia que materializó la visión política en los dos periodos. Más allá de si es posible mostrar impacto en el mejoramiento en los indicadores, se trata de evidenciar que el programa instaló una lógica que modificó la organización y gestión en salud a partir de la visión de la EPCVyS en la medida en que puso la calidad de vida de la población bogotana como el sentido de la acción en salud, lo que obligaba a pasar de daños al reconocimiento de inequidades y necesidades en salud. Y es justamente en este punto donde la APS jugó un papel preponderante para delinear el modo de organización y gestión en salud.

La APS permitió ampliar la visión de salud hacia una mirada de integralidad. El primer elemento que cabe destacar es que la APS es un proceso histórico que se consolida

con Alma Ata. Al respecto, vale la pena retomar en extenso la contribución de Apráez quien afirma:

La historia y el desarrollo de la Atención Primaria de Salud y de la Política de Salud para Todos en el año 2000 no parten de Alma Ata como se lee en la mayoría de textos, sino que tienen raíces en la “medicina social” con el movimiento liderado por Rudolf Virchow y Jules Guerin, entre otros, en 1848, al que le anteceden experiencias del siglo XVIII, con Villermé, Johann Peter Frank y otros, que son reflejo del pensamiento en la construcción de la salud como derecho.

En el siglo XX la medicina social resurge con personas y experiencias concretas para la APS; Henry Sigerist lo hacía en 1939 luchando por la organización del Sistema de Salud en EUA y su influencia en Suráfrica, donde recibió un doctorado honoris causa en Literatura en ese año. Sus escritos, permiten conocer valiosos documentos casi perdidos de J.P. Frank y un artículo de 1944 es antecedente fundamental en la formulación de la Política de Salud para Todos en el año 2000 propuesta por la OMS en 1977; Sigerist participa en la experiencia de la Provincia de Saskatchewan base del actual sistema de salud canadiense, también están sus influencias en las experiencias de Suráfrica, EUA e Israel con los exiliados surafricanos, liderados por Sidney Kark y que contó con personajes destacados como John Cassel y Mervin Susser, con quienes desarrollaron la APS de base comunitaria (COPC).(Apráez 2010, 71).

Son trabajos pioneros de epidemiología social que influenciaron la importante experiencia con los Navajos realizada por McDermot y Dubois en EUA que buscaban dar atención en salud con un enfoque integral. Diversas experiencias como estas y otras fueron recogidas en 1956 en el libro pionero de la antropología médica de Benjamin David Paul.(Apráez 2010, 85).

Con la conferencia de Alma Ata se concretó un hito histórico y la definió como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autodependencia y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema sanitario del país, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Declaración de Alma Ata 1978, numeral vi).

En el año 2003 y en el contexto de crecimiento de inequidades y con el no logro de la universalidad, se planteó la renovación de la APS como la estrategia que posibilita el avance en la equidad en salud; se entiende esta renovación como:

un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, y las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia

están entre las causas más importantes de los problemas de salud que afectan a la gente pobre y marginada. Convoa a la necesidad de articularse en un contexto socio–económico y político más amplio y de involucrar la colaboración de múltiples sectores y actores.(Macinko et al. 2007, 43).

No obstante, la APS no puede definirse de una manera única, pues obedece a contextos y a la red de relaciones económicas, políticas, sociales, ambientales y culturales en que se desarrolla. De igual forma, se reconoce que un elemento determinante de la misma es el sistema de salud en que está inmersa. A partir de Rodríguez en el cuadro 19 se identifican las siguientes posibilidades de relacionamiento entre APS y los Sistemas de Salud.

Cuadro 19.

Enfoques en Atención Primaria en Salud

Enfoque	Definición o Concepto de Atención Primaria en Salud	Énfasis
Atención Primaria Selectiva	Se centra en un número limitado de servicios de gran repercusión para enfrentar los grandes desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo. Los principales servicios conocidos como GOBI (Control de crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización), a veces incluían los suplementos alimentarios, la alfabetización de la mujer y la planificación familiar.	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres.
Atención Primaria	Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces. Este es el concepto de atención primaria en salud más común en Europa y en otros países industrializados. En su definición más simple, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o en medicina de la familia.	Nivel de atención de un sistema de servicios de salud

Atención Primaria de Salud Integral de Alma Ata	La Declaración de Alma Ata define la atención primaria en salud como: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar (...) Forma parte integrante tanto del sistema sanitario del país (...) como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades (...) llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud.
---	---	---

Fuente: SDS- Grupo Guillermo Fergusson, 2012 con base en Rodríguez y González2010.

La APS en relación con el derecho a la salud es entendida como una vía en la cual el derecho humano se concibe como la necesidad de afrontar los determinantes sociales y pone énfasis en sus implicaciones políticas y sociales. El enfoque social y político relacionado con el derecho deja atrás los aspectos específicos de las enfermedades y se instala en que las políticas de desarrollo deberían ser más globales, dinámicas transparentes y que deberían estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos de modo tal que consiga mejoras equitativas en materia de salud y bienestar.

Por su parte, en el sistema de salud colombiano en la Ley 100 de 1993 se reconoce algunos intentos para incluirla APS de una manera funcional como:

- a.) Incluir la APS en la Política Nacional de Prestación de servicios de salud de una línea orientada a la identificación, sistematización, divulgación y apoyo de estrategias innovadoras en el campo de la atención primaria, salud familiar y/o salud comunitaria b.)En la Ley 1122 de 2007 en la definición de salud pública: en su artículo 33, literal i, se señala que el Plan Nacional de Salud Pública, esta ley crea incluye los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria c.) El Decreto 3039 de 2007 (regula el desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública). Hace referencia a la APS en la página 56 en el marco de las Estrategias para mejorar la salud mental. (Vega Romero et al. 2009, 203)

En este marco se trata de implementar la APS de forma subordinada y discrecional a la estructura del sistema, en el que predomina el aseguramiento individual. De esta forma, la APS en el SGSSS tiende a asimilarse al primer nivel de atención, desde el cual es posible hacer “gestión individual del riesgo en salud”, como quedó en la Ley 1438 de 2011 en donde se plantea discursivamente la APS renovada, pero reducida a acciones de promoción y prevención manteniendo la separación entre la “salud pública individual” (POS) y la “salud Pública colectiva” (PAB). Bajo este enfoque la APS queda reducida a un instrumento para la demanda inducida.

En la perspectiva instalada en el 2004 en Bogotá, la APS es reconocida como una estrategia que busca el acceso universal – más allá de la afiliación o cobertura- con lo cual no sólo se resolvía una situación de coherencia con el planteamiento teórico, sino también, posibilitaba una lógica ordenadora que daba respuesta a las deficiencias del Sistema, en tanto se pretendía que la APS disminuyera la fragmentación del sistema y sus problemas en¹⁶⁷:

- la disposición de servicios estaba fracturada entre diversos agentes y entre planes de beneficios individuales (POS) y colectivos (PAB).
- En el sistema el territorio no ordenaba la atención; ésta se ordena en función del lugar que el agente del sistema dispone bajo una premisa de rentabilidad económica no bajo un criterio de accesibilidad al usuario.
- La atención depende de la capacidad de pago de las personas según el régimen de afiliación: subsidiado, contributivo y los excluidos de éstos que como ya se dijo se denominaban vinculados.
- Existen barreras de acceso para los servicios de salud de forma oportuna, que se relacionan con lo geográfico, lo económico, lo cultural y lo administrativo y la población más afectada son los pobres y vulnerables.
- El sistema tiene dificultades para prevenir e intervenir sobre los problemas más importantes de salud pública.
- No hay un sistema unificado de información que permitiera tomar decisiones públicas oportunas y ajustadas a las necesidades de salud de la población.

¹⁶⁷ Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud, 2004; Alcaldía Mayor de Bogotá, S.D.S., 2005

- La incidencia de la ciudadanía en las decisiones que afectan su salud es débil.

En coherencia con estas problemáticas del sistema para garantizar el derecho se tomó como estrategia de operación la APS se reconoció explícitamente las características que le dan identidad a nivel internacional:

- **Accesibilidad:** es la posibilidad de recibir los servicios de salud cuando se necesitan. Por esto se entiende la APS como primer contacto y puerta de entrada de las personas al sistema de salud.
- **Integralidad:** es la articulación de respuestas, sectoriales y transectoriales, según las necesidades en salud de las personas y las poblaciones. Incluye la articulación entre la educación, la comunicación, la protección, la prevención de enfermedades, la atención y la rehabilitación.
- **Continuidad:** es el seguimiento de los procesos de atención en el tiempo, según la necesidad de cada caso concreto, en las redes de servicios y en las redes de otros sectores y sociales disponibles.
- **Longitudinalidad o vínculo:** es la relación permanente entre las personas y los servicios de salud, basada en el reconocimiento mutuo y la confianza propias de la buena relación usuario-prestador de servicios.
- **Participación social:** es el ejercicio por parte de las personas de su condición de sujetos de derechos en los procesos relacionados con la salud propia y ajena, en virtud de la autonomía, la ciudadanía y la responsabilidad social por la salud.

Con base en ello, se acuñó la expresión *APS*:

con enfoque familiar y comunitario”, porque se utiliza un modelo de prestación de servicios basado en las herramientas de la salud familiar y comunitaria para atender integralmente a las personas y familias, al tiempo que se abordan los aspectos que determinan la salud o la enfermedad, desde su ámbito familiar más próximo, pero también, colectivo en el territorio, con una visión de salud pública y de promoción de la calidad de vida y la salud, con comunidades participantes.(SDS 2004b, 7)

Se trató de que APS integrara los servicios individuales y colectivos dirigidos a las poblaciones en territorios específicos, según las necesidades sociales y con la participación de las comunidades, aún dentro del marco estrecho del SGSSS.

Entendiendo que la APS del Distrito es el modo de operación ordenado por la visión de la EPCVYS acorde con lo planteado en capítulo de la disputa conceptual el proceso del programa se organizó así:

La salud familiar se enmarcará en la perspectiva de la APS, de manera que los equipos no estarán aislados. Por el contrario, su trabajo permitirá organizar la atención según redes de servicios y redes de apoyo, articuladas a redes sectoriales y sociales. Entre las primeras están, en primer lugar, la red de APS, pero también la de atención especializada, la de urgencias y la de hospitalización. Entre las de apoyo se encuentran la de servicios farmacéuticos, la de vigilancia en salud, la de rehabilitación y la de ayudas diagnósticas. Todas las redes se activarán según líneas de atención definidas según las necesidades sociales en territorios específicos, (...). Además de las líneas de atención se incluirán proyectos de desarrollo de la autonomía según el ciclo vital y las necesidades detectadas. La construcción de este complejo andamiaje de redes, líneas y proyectos será un proceso lento y adaptado a las condiciones y necesidades de las poblaciones en territorios específicos. (SDS2004b, 8).

Desde las voces de los actores el proceso de APS que operaba a través de Salud a su Hogar o Salud a Su Casa se puede clasificar en cuatro momentos:

Primer momento (2004-2005): la instalación que implicó la apropiación conceptual y metodológica por parte de los trabajadores, así como los arreglos institucionales para incorporar el programa en la matriz de contratación del PAB y adaptarlo. Este periodo duró alrededor de año y medio y el esfuerzo más importante estuvo en los instrumentos de caracterización y su despliegue territorial. En este momento se resalta la experiencia piloto de Suba.

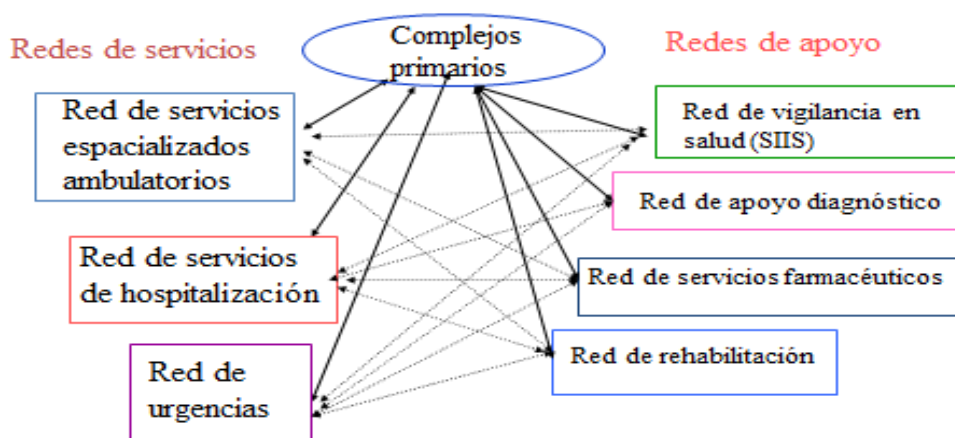
Para los actores el Programa tenía un alto posicionamiento, en cabeza del propio secretario: *“La injerencia mayor sobre el programa estaba en el despacho (el programa era “como propio” del Secretario, pero la que direccionaba todo era la directora de salud pública, Nancy Molina en conjunto con la asesora del despacho para el tema que era María Elena Mora”*. (E12C3).

A continuación en la gráfica 16 se visualiza como se previó el ordenamiento de servicios a partir de APS:

Gráfico 16.

Ordenamiento de estructura de APS-redes de servicios

APS como puerta de entrada a redes de servicios



Fuente: SDS 2004

La intención de implementar un modo de atención promocional de calidad de vida y salud buscó de manera enfática la articulación de los procesos bajo el principio de equidad:

Se trata de una APS basada en la idea de integralidad de la atención según las necesidades de las personas y en el principio de equidad como orientador de la acción comunitaria. La denominación “Salud a su Hogar” implica la intención de aproximar el sector salud a la vida cotidiana de las personas, superando las barreras de acceso a los servicios hoy reconocidas. Para poner en marcha esta estrategia de APS, en la Bogotá de comienzos del tercer milenio, se desarrollará un cambio radical, tanto en el modo de organización y orientación del sistema como en el modelo de atención en salud. En efecto, se propone un modo promocional de la calidad de vida y la salud que permita superar las restricciones del enfoque de los servicios hacia la enfermedad y la atención individual, y avance en una perspectiva colectiva de la salud, es decir, de una verdadera salud pública. Este será un componente central de la política de salud para el período 2004- 2008 de la administración del alcalde Lucho Garzón y de su secretario distrital de salud, Román Vega Romero. (SDS 2004, 9).

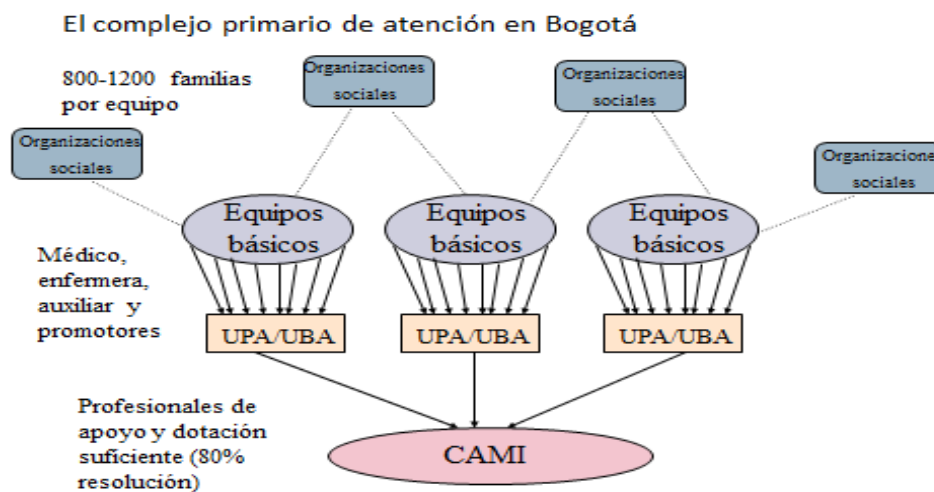
Ahora bien, dentro de las funciones específicas definidas para la APS se propusieron inicialmente (Secretaría Distrital de Salud 2012a):

- Acoger todas las demandas (en el sentido de nunca negar una respuesta).
- Atención programada (primera y segunda consulta).
- Atención de urgencias.
- Articulación transectorial externa.
- Referencia y contrarreferencia (notas de referencia y contrarreferencia, interconsulta, supervisión y contacto de seguimiento).
- Atención intradomiciliaria.
- Vigilancia de la salud de los individuos y colectivos en territorios sociales para orientar las intervenciones hacia la calidad de vida y la salud.

La APS como la materialidad de la Política de Salud de Bogotá se estructuró en el marco institucional existente, lo que implicó adaptarla. En tal sentido, se apuntaló con recursos del PAB, ubicándola institucionalmente en la Dirección de Salud Pública, con la idea de que desde allí se reordenara la gestión en salud. Dado que la APS era la puerta de entrada al Sistema, se instaló entonces como programa en el componente del PAB se propuso un esquema organizado y pago como muestra el gráfico 17.

Gráfico 17.

Primera organización institucional de APS-Salud a Su Hogar. 2004



Fuente SDS 2004.

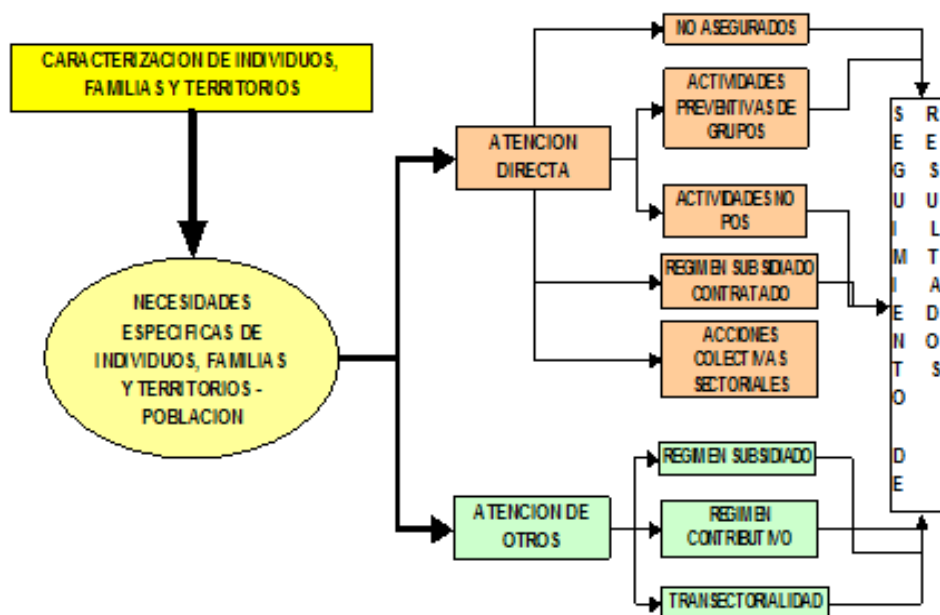
Desde el PAB se realizaron acciones de prevención y promoción, y en el plano externo, se trató de articular la red de prestadores; sin embargo, esto implicó ampliar y ejercer la rectoría del ente territorial posición que se había debilitado en función de la implementación del aseguramiento, iniciando por las poblaciones pobres y vulnerables y con quienes el estado municipal reconocía una deuda histórica en relación con la vulneración de sus derechos. De todos modos instalar la estrategia urbana con la magnitud de Bogotá tuvo su complejidad y fue una experiencia inédita en el país.

Uno de los desafíos para la articulación estaba en afectar la lógica de fragmentación de funciones del Sistema y la segmentación en los paquetes o planes de beneficio, como se expresa en la siguiente cita:

La APS se asume como puerta de entrada al sistema de salud y pretende afectar las relaciones entre prestadores y pagadores para garantizar el acceso oportuno, de calidad, integral y continuo a los servicios de salud de baja y media complejidad tecnológica y bajo costo. (SDS 2004b, 10)

El gráfico18 muestra cómo ordenaron los recursos para el hospital con las atenciones que se canalizaran desde las familias y microterritorios. La atención directa era pagada por las instancias con contrato con el hospital: el FFDS para la población vinculada, las acciones preventivas y colectivas; con las ARS para población subsidiada contratada.

Gráfico 18.
Proceso de APS 2004-2007

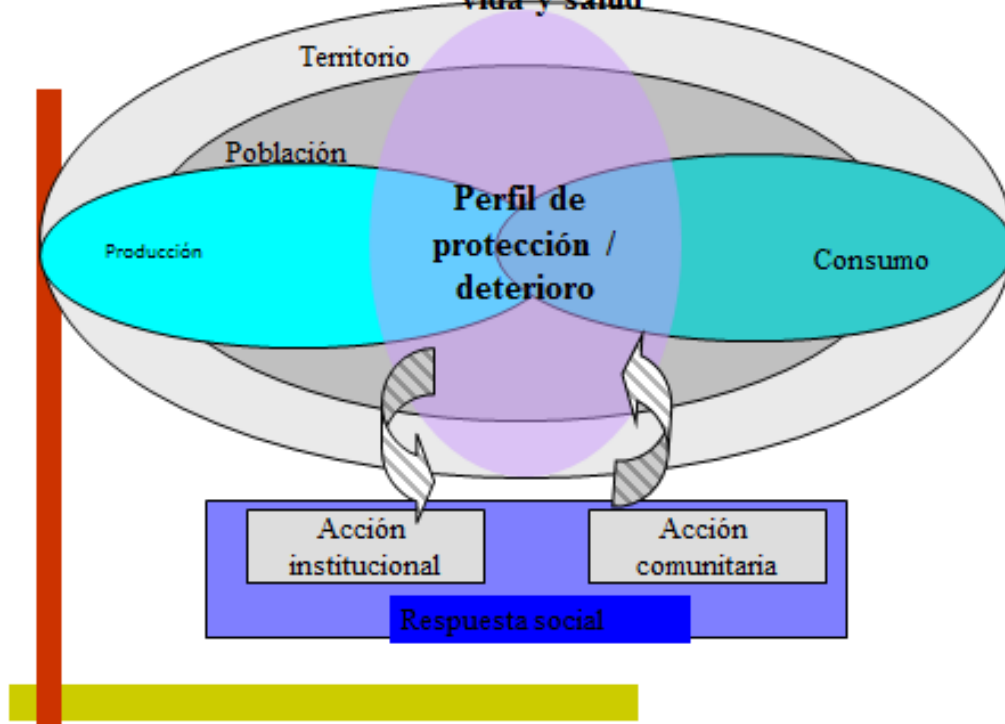


Fuente: SDS 2005

Los procesos que orientaban la APS fueron: i) caracterización territorial con enfoque familiar y comunitario que se hacía con equipos que levantaban la información casa a casa; ii) la lectura de las necesidades de las poblaciones en territorios que se hacía a partir de los diagnósticos con base en el 2003 y que se contrastaban en talleres a través de cartografía social; iii) con información de la institucionalidad se realizaba el mapa de oferta en el territorio, iv) en los talleres se identificaba con la ciudadanía los servicios existentes (planteados por la institucionalidad) y se establecía las brechas entre las necesidades y la oferta en el territorio, v) en los talleres se producía un primer borrador de las posibles respuestas.

La territorialización inicial partió de una comprensión del territorio desde la determinación social obtenida en los diagnósticos del 2003 (Gráfico 19).

Gráfico 19.

Punto de partida territorial desde la determinación social**Punto de partida en diagnósticos locales: análisis de condiciones de vida y salud**

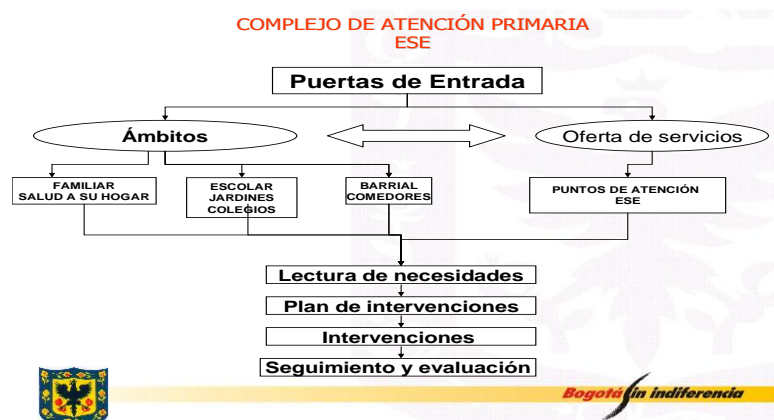
Fuente: tomado de Diagnóstico con participación social SDS- UN.2004

En esta perspectiva el territorio no es simplemente el espacio físico-espacial ni un contenedor; es el lugar donde se constituyen los procesos productivos, la reproducción social y el consumo en el marco de la red de relaciones políticas (de poder), las identidades, es en el territorio donde las diferencias y las desigualdades de acuerdo con el proceso de acumulación y trabajo.

Es importante resaltar del primer momento la caracterización de condiciones de vida como tarea fue central para modificar la comprensión que se tenía hasta entonces de la salud y apropiar el enfoque de la determinación social, acá el elemento nodal fue la reinterpretación del territorio bajo una lectura de equidad. Esta reconfiguración se presenta en el gráfico 20.

Gráfico 20.

Complejización del territorio – condiciones de vida y salud –equidad



Fuente SDS 2005

En el mapa 5 se ilustra una lectura de necesidades por microterritorios a partir de la visión de equidad. Adicionalmente para la apropiación del enfoque de APS por parte de los trabajadores se organizó un diplomado con la Universidad de Toronto, Canadá para formar a los equipos básicos.

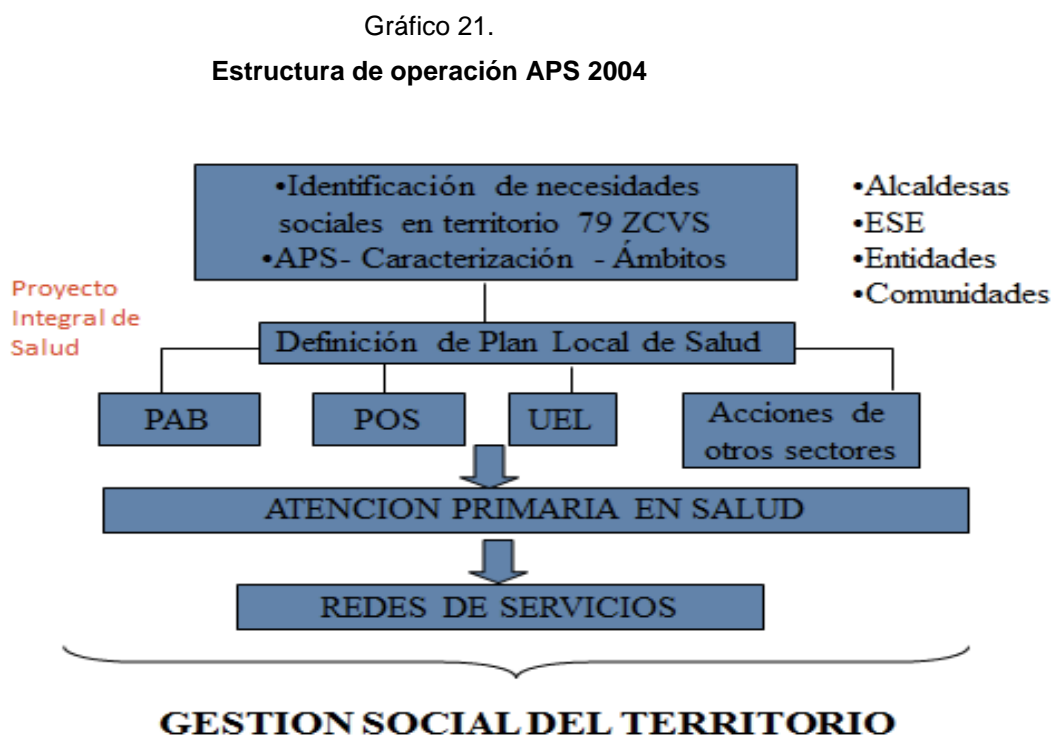
Mapa 5.

Ejemplo de lectura de necesidades por microterritorios



Fuente: SDS-2005

El tercer elemento fue constituir una lógica o estructura de operación, como se aprecia en el gráfico 21.



Fuente: SDS 2004.

La operación dependió de la selección de zonas de condiciones vida y salud, en coherencia con la declaratoria de emergencia social dada por la Alcaldía ante el reconocimiento de situaciones de alta vulnerabilidad de poblaciones en algunas localidades de la ciudad. De allí se estableció el cruce de indicadores de desnutrición infantil con el NBI, y se reconoció que se requería una intervención en alimentación en relación con los índices de desnutrición, bajo lo cual se clasificó las localidades y se declaró la emergencia social que posibilitó la creación del programa Bogotá Sin Hambre:

Se determinó el componente salud, para evaluar la presencia y el comportamiento de patologías comúnmente asociadas con el estado nutricional de los niños menores de 5 años, más exactamente se toman la Enfermedad Diarreica y la Infección Respiratoria Aguda como factores de riesgo y la práctica de lactancia materna como factor protector; el componente de antropometría, para evaluar alteraciones en el crecimiento y en las dimensiones corporales de los niños menores de 7 años de edad y escolares, mediante tres tipos de índices, índice de talla/edad (desnutrición crónica), índice peso/talla (desnutrición aguda) e índice peso/edad (situación nutricional global); y el componente de seguridad alimentaria, para evaluar el riesgo de una población de encontrarse en inseguridad alimentaria mediante el análisis de la

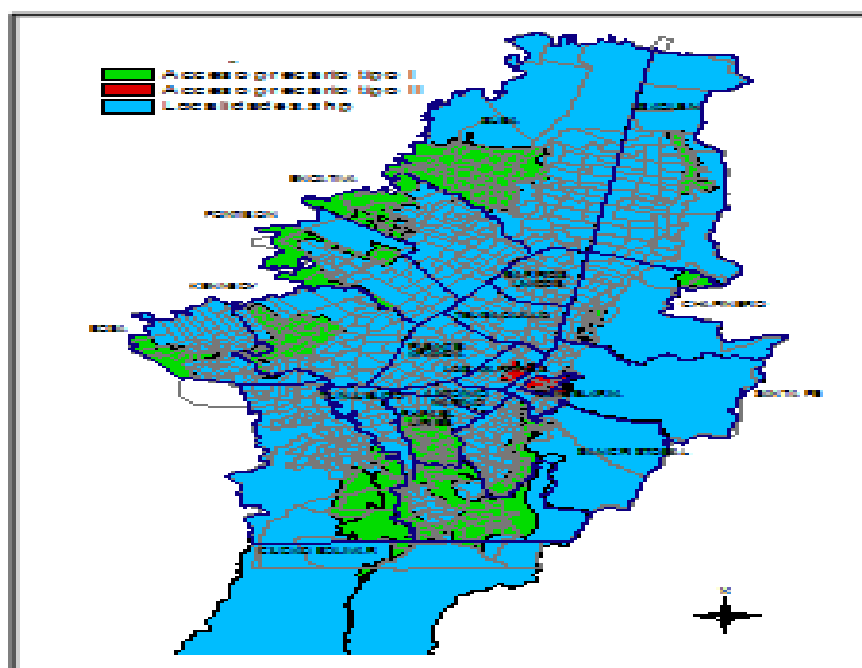
capacidad de compra de las familias pobres en relación con sus hábitos alimentarios y los precios de los alimentos.(Veeduría Distrital 2006)

La territorialización de Salud a Su Hogar partió de lo local a las zonas de condiciones de calidad de vida y salud (ZCVyS¹⁶⁸) y al cruzar con las localidades en emergencia se crearon los microterritorios.

Las localidades en emergencia fueron: Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usme, Bosa, Tunjuelito, se establecieron 40 zonas prioritarias. Sin embargo, el análisis que había realizado la SDS sobre condiciones de calidad de vida y salud (79 Zonas) le permitió agregar al inicio del Programa otras localidades como Suba, donde se realizó la prueba piloto del programa. El mapa (6) muestra las zonas prioritarias seleccionadas.

Mapa 6.

Selección de zonas prioritarias para la Salud a su Hogar



Fuente SDS 2004.

¹⁶⁸ Como se mencionó antes las Zonas provenían de un primer ejercicio realizado en el 2003 en los diagnósticos con participación social realizados por las 14 ESEs (SDS) y la Universidad Nacional. No obstante, la categoría territorio fue trabajada constantemente durante los 8 años que duró el periodo del PDA.

Durante este primer momento se trató de construir, diseñar y apropiarse la perspectiva de la APS- vinculada con la EPCVyS y posibilitar su operación a través del programa enmarcado en la lógica de APS. Esto implicó modificar la lógica institucional de la tradicional lectura de riesgos a una lectura de necesidades sociales en salud. También instalar poco a poco en la mentalidad de los servidores que el Estado es garante y no simplemente un controlador de agentes de mercado, y que las respuestas deben ser integrales y no simplemente de paquetes bajo la premisa de costo beneficio. Con la estrategia de la APS se aseguraba la entrada al SGSSS y se disminuían *técnicamente* las barreras de acceso, pues el programa realizaba una caracterización de condiciones de vida que recogía la complejidad de dichas condiciones y permitía articular la red de servicios de respuestas a las necesidades. Este periodo se centró entonces en la caracterización, instalación y ajuste de la lógica institucional. El equipo estaba conformado por médico, enfermera y promotores; cada equipo caracterizaba 600 familias y se diseñó un esquema de remisiones, tanto dentro del sector como en otros sectores.

Sin embargo, hacer esta adaptación no resultó sencillo y planteó por lo menos dos problemáticas a nivel institucional interno: en primer lugar, implicó confrontar la estructura del aparato institucional, pues la SDS estaba formalizada por una estructura segmentada (direcciones misionales y estratégicas) con definición de funciones. En segundo lugar, el hecho de que la política misma se gestionó en una Dirección (Salud Pública) generó confrontación con otras direcciones, en términos de poder y líneas de mando.

El **segundo** momento inició en el año 2006, se reconoció como un momento de apropiación- ampliación, así como de posicionamiento intersectorial; institucionalmente el programa se instaló en el despacho de la Subsecretaría, se amplió el equipo con un auxiliar de salud pública; y cada equipo de Salud a Su Hogar intervenía a 640 familias. No obstante, los recursos seguían siendo manejados desde el área de Salud Pública. Para algunos de los actores fue un momento con mucho dimensionamiento político y con otros sectores, como lo afirma uno de ellos: *“El programa alcanzó vuelo bajo una mirada de afectar determinantes sociales; en ese periodo se logró vincular a la Secretaría de Hábitat y con el programa de mejoramiento de barrios se logró cosas concretas como mejoras en saneamiento básico en barrios como Bosa, y esto daba legitimidad”* (E12C3).

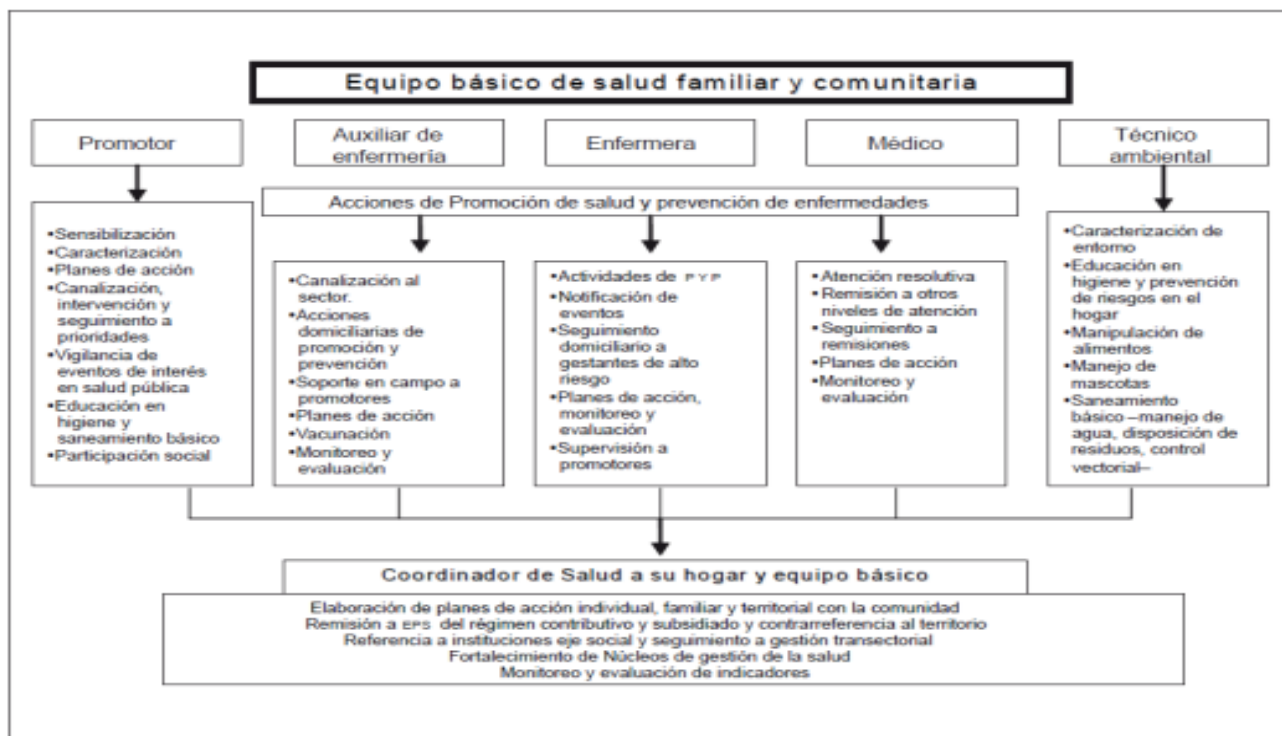
Para otros actores, lo que sucedió era un tutelaje de la Subsecretaría: “que organizó un equipo propio en una especie de coordinación – de tipo asesora, mientras que desde donde se operaba el programa en salud Pública se avanzaba en una comprensión territorial que permitiera efectivamente intervenciones diferenciales” (E2C3).

Lo anterior muestra que el programa no solo generaba tensiones externas como se vio en el capítulo de la disputa política con el Concejo de la ciudad, sino a la vez generaba tensiones al interior que en muchos casos obedecía a la definición de quien controlaba el programa, pues se había convertido en la cara visible y material de la institucionalidad en el territorio.

Durante este momento se avanzó en la caracterización, y por cada familia se proponía un plan de acción, y también se amplió la cobertura: “Hoy con el Plan de Desarrollo Bogotá Positiva la meta es llegar a 425 equipos, unas 510.000 familias, unas 2 millones de personas. A estas familias se les caracteriza y se les formula y ejecuta un plan de acción integral” (SDS 2008, 25). En el gráfico22 se muestra como se ordenó el equipo es este momento.

Gráfico 22.
Equipo de salud y funciones

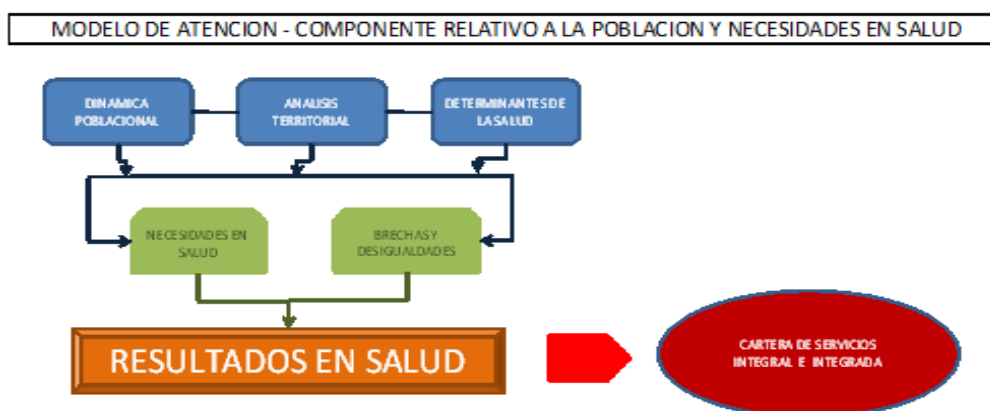
Figura No. 3. Equipo básico de salud y sus funciones



Fuente: SDS, documento de trabajo grupo funcional APS.

Un logro que se reconoció para ese momento fue establecer acuerdos con otras instituciones como Hábitat para el mejoramiento de calidad de vida y la concreción territorial en microterritorios definidos y la cualificación de las lecturas para gestionar respuestas, la lógica que operó se ve en el gráfico 23.

Gráfico 23.
Modelo de Atención 2006



Fuente: SDS 2006

Un **tercer** momento entre finales de 2007¹⁶⁹ hasta el 2009 considerado un momento de transición no sólo por el cambio de administración sino también porque el programa cambió de denominación a Salud a Su Casa y retornó a la Dirección de Salud Pública desde donde se profundiza la relación con los Ámbitos de Vida Cotidiana¹⁷⁰, se fortaleció el Ámbito familiar, se promovió el enfoque familiar y comunitario con lógica territorial.

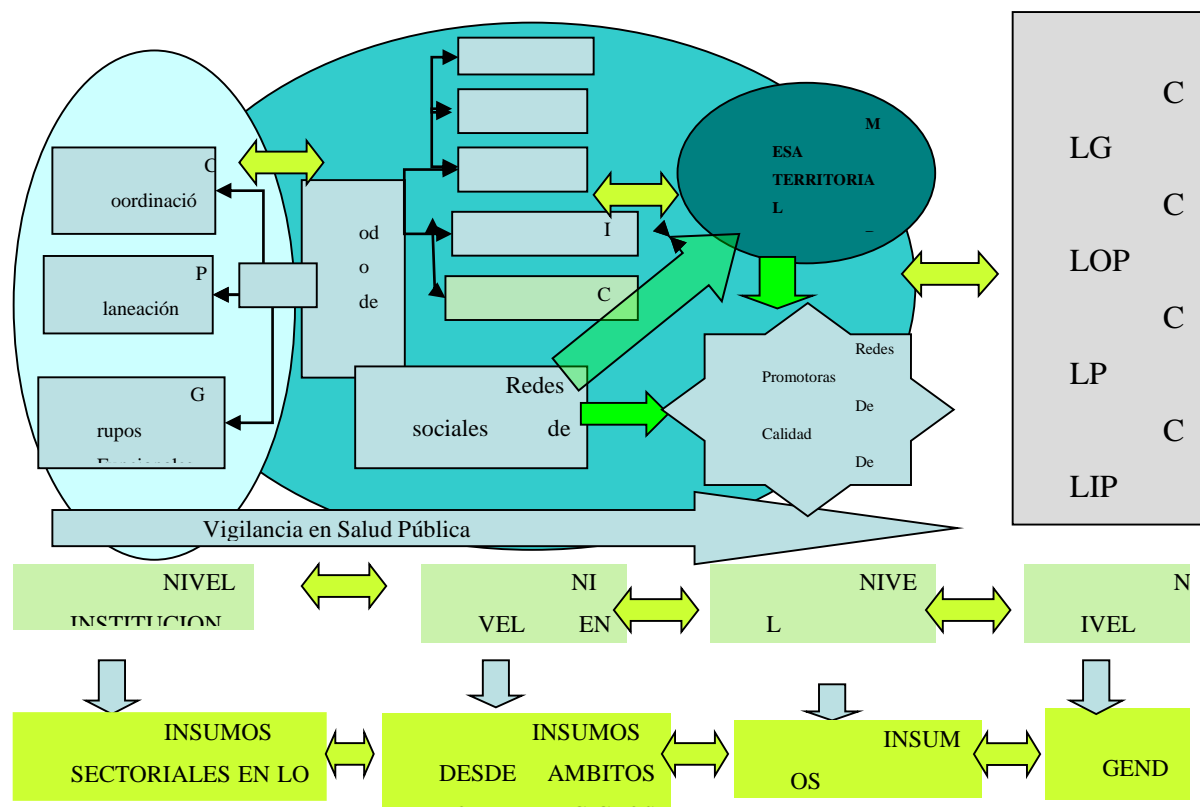
El énfasis durante este periodo fue institucionalizar rutas específicas de respuestas a las necesidades de manera estructuradas lo que implicó re-organizar el trabajo y conformar equipos básicos y complementarios que se encargaron de la gestión. (Gráfico 24).

¹⁶⁹ El Programa se denominó SAH hasta julio de 2008 momento en el cual empezó su denominación como Salud a Su Casa –SASC

¹⁷⁰ Se definen los ámbitos de vida cotidiana como los espacios- lugares donde transcurre y se desarrolla la vida cotidiana de acuerdo con los ciclos vitales en el marco de las diversidades en el marco de las relaciones que se producen en los territorios y que configuran inequidades.

Gráfico 24.

Niveles de competencia de la gestión local para la Promoción de la Calidad de Vida



Fuente SDS-Lineamiento PAB 2008.

En tanto que la consolidación del Programa a través de su articulación con todos los ámbitos: familiar, escolar, comunitario, institucional, laboral buscó que la institucionalidad lograra asir el territorio y se superara el manejo de líneas fragmentadas de acción consolidando la lógica de proyectos de autonomía que era la apuesta desde el 2004. Se resalta que tomó fuerza la propuesta de agendas sociales como instrumento de gestión territorial que rompía con la lógica sectorial. Para este momento el proceso del programa se organizó como se ve en el gráfico 25.

Gráfico 25

Proceso APS –Ámbito Familiar 2008-2009



Fuente SDS 2009

Durante este periodo la estructura se ordenó por componentes:

- Gestión: planificación y organización de recursos y acciones para brindar respuesta integrada e integral en el territorio
- Gestión del conocimiento: cualificación de la lectura de necesidades y los análisis situacionales.
- Posicionamiento político: influencia política en otros sectores para la afectación de determinantes sociales; se buscaba abordar las consecuencias de los problemas con una configuración integral de los mismos (biopsicosociales) y con base en una perspectiva de derechos.
- Promoción: desarrollo potencialidades individuales y familiares, conciliando intereses y gestionando voluntades y compromisos de la sociedad, en función de generar las condiciones necesarias para que la familia ejerza un mayor control sobre los determinantes de su calidad de vida y salud.

El **cuarto** momento va desde el 2010 hasta junio de 2012 en el cual se mantuvo el ordenamiento del momento anterior: equipo básico (médico, enfermera y auxiliar) y un

equipo específico de ámbito familiar que se concentra en gestionar respuestas y articulación intrasectorial con otras áreas de la SDS (Participación Social); con del hospital y con otras secretarías como Integración Social (SDIS) con quien se conecta la estrategia de Gestión Social Integral (GSI), cabe precisar que si bien desde el 2004 se hablaba de gestión social del territorio, esta idea se concretó bajo una lógica claramente transectorial a partir del segundo periodo del PDA con la incorporación de la GSI en el Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Positiva (artículo 6) y con el proceso posterior desarrollado tanto en el plano distrital como en lo local liderados por la dos Secretarías SDS- SDIS como un equipo articulado.

Los procesos que constituyeron la operación del programa Salud a su Casa para ese momento y que recogen todo el accionar de los ámbitos, son los siguientes:

- Proceso estratégico: dinamización de la participación social en los territorios, a través de la conformación y mantenimiento de los núcleos de gestión de la salud, que se desarrollaban como líneas integradoras de respuesta a acciones de promoción de la autonomía, desde la perspectiva de los derechos humanos y el enfoque promocional de calidad de vida y salud.
- Procesos misionales: incluyen a) la lectura de necesidades con el proceso de caracterización e identificación de la vulnerabilidad de las familias; b) la organización de la respuesta, con acciones relacionadas con la promoción de la autonomía, protección de la autonomía y restitución de la autonomía.

El desarrollo de los procesos estratégicos y misionales de SASC para el año 2011, se organizan desde las categorías de acción de promoción de la autonomía, protección de la autonomía y restitución de la autonomía. Estas categorías, recogen la perspectiva de garantía del derecho a la salud desde la competencia del (PAB) que a partir de la Ley 1438 cambió denominación por Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en el ámbito familiar; al interior de estas categorías se ordenan las respuestas integradas así:

- Proceso de apoyo: con los subprocesos de la gestión integral del ámbito a nivel local y distrital del programa.
- Proceso de medición: análisis y mejoramiento, en donde se agrupan todas las acciones requeridas para el monitoreo y seguimiento.

Estos procesos se relacionan con las categorías ordenadoras y las respuestas integradas que definen los subprocesos del programa como se mencionan en el cuadro 20.

Cuadro 20.
Procesos de APS –Ámbito Familiar 2010-2012

Proceso	Categoría	Respuesta Integrada	Subproceso
Participación social	Promoción de la autonomía	Estrategia de participación social en los microterritorios	Núcleos de gestión de la salud
			Valoración de la satisfacción del programa por las familias del programa
Lectura de necesidades	Promoción de la autonomía	Caracterización, medición de vulnerabilidad, actualización de novedades en las familias.	Territorialización y georreferenciación
			Sensibilización
			Caracterización familiar, individual y de entorno e identificación de vulnerabilidad familiar
			Análisis y priorización de familias en los microterritorios
Organización de respuestas	Protección de la autonomía	Análisis riesgos en salud, prevención y canalización a servicios	Formulación de planes familiares
			Implementación de planes familiares
			Canalización a servicios sociales y salud
	Protección de la autonomía	Promoción de prácticas favorables para la salud	Encuentros de familias según condición poblacional por etapa de ciclo vital, discapacidad, desplazamiento, etnia y género
	Promoción de autonomía	Promoción de entornos, hábitat y calidad de vida.	Implementación de estrategia de entornos saludables y vivienda saludable
			Promoción de entornos de trabajo saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional
	Restitución de la autonomía	Protección e inclusión social de las familias	Asesorías familiares por condición de: discapacidad, desplazamiento, riesgo de suicidio, etnias y gestante de alto riesgo
Apoyo		Gestión integral del ámbito	Planificación y gestión institucional y operativa del ámbito

	Gestión integral del ámbito		Fortalecimiento de habilidades y capacidades en salud pública con énfasis en salud familiar y comunitaria del talento humano del programa
			Agenciamiento de respuestas integrales a las necesidades identificadas en las familias en los microterritorios
			Gestión de recursos
			Apoyo a la Vigilancia epidemiológica Comunitaria
Medición, análisis y mejora	Gestión integral del ámbito	Gestión integral del ámbito	Análisis de situación de Salud de las familias de los microterritorios
			Seguimiento, análisis y monitoreo del desarrollo del ámbito
			Gestión para el mejoramiento
			Gestión de la Información

Fuente SDS 2011.

La valoración de los actores sobre los alcances de la APS son diversos, y no hay consenso:

todo lo que se hizo en la Dirección de Salud Pública, y desde el despacho del Secretario, con la directora de salud pública y con el acompañamiento de la Dirección de Planeación para transformar la gestión de la SDS tienen que ver en cómo se van colocando los diferentes temas de la gestión, en cómo se va organizando el tema presupuestal, en cómo se van creando los temas de conversación con los hospitales, cómo se crea la gestión en salud como tarea de los hospitales y con esto la presencia institucional busca aumentar la autoridad sanitaria en el territorio... y reitero que lo que se hace actualmente es reflejo de lo que se hizo en el 2004-2005.(E18C3).

Por más esfuerzo que se hicieron en esto, el aseguramiento pone unos límites que impiden desarrollar desde el área de Salud Pública una visión de determinación social de la salud, una visión de articulación de todo el sistema a través de la APS; no se pudo. (E14C3).

La SDS sucumbió en el período de Samuel Moreno. Lo que termina es fortaleciendo la visión de captura de los hospitales, de grandes contratos: de obra, de servicios, de ambulancias. (E4C3).

Mientras la lógica sea de daños y de negocio a la salud, la APS no logra afectar esto. No se reconoce la potencia de la promoción y la prevención. El sistema está en que la gente se complique, que llegue al cáncer, que llegue a la última molécula que vale 30 veces más que la anterior. Aquí es donde está el negocio y a eso le apuestan todos: los hospitales, los prestadores, los privados.. (E6C3).

No importa lo que se haga en salud pública, los mercaderes, las EPS ellos son los grandes ordenadores del sistema y lo otro sigue siendo marginal. Hasta logramos mostrar que bajó un poquito la mortalidad infantil, que ya vacunamos el 95%. Eso lo podemos mostrar pero es muy poco visible, muy poco valorado políticamente y el impacto sobre el sistema general es muy pequeño. Las decisiones políticas fuertes no están allí. Están en donde está el negocio; allí no logramos tocar; eso es lo que protegían el Contralor y los concejales en su vínculo con los congresistas; es una máquina orquestada en función del capital. (E13C3).

Durante los dos periodos (2004-2012) en el diseño y estructuración de la APS a través del programa SAH- SASC hubo tres preocupaciones adicionales al ordenamiento de los recursos: la primera, generar las respuestas acorde a poblaciones en territorio –lo que implicó la lectura participativa de las necesidades-, pero siempre con el problema de la falta de control por parte de la SDS sobre los otros actores y recursos del Sistema; segundo, definir y formar los equipos de trabajo y que se apropiaran de la nueva perspectiva, en la cual lo territorial ocupaba un lugar preponderante en relación con la determinación social de la salud. Y la tercera garantizar equipos de trabajo que apropiaran una lógica de gestión en salud que permitiera aumentar la capacidad de autoridad sanitaria y coordinar respuestas más allá de lo asistencial/sectorial.

5.3.2. Algunos resultados del Programa SAH-SASC

Cabe precisar que el objetivo de este trabajo no es realizar una evaluación de política, y que los resultados que se presentan están en relación directa con elementos que expresaron los actores como logros. Además la información del programa no se organizó bajo una perspectiva de resultados sino acorde con una lógica de procesos lo cual impide hacer análisis de impacto.

Los resultados del programa SASH/SASC se presentan con base a la información capturada en el aplicativo APS en línea desde el 1 de septiembre de 2004 hasta el 31 de diciembre de 2011¹⁷¹.

Adicionalmente y teniendo en cuenta las limitaciones de la información se concluyó que los resultados de APS se expresan de manera efectiva en: i) explicitar las necesidades de la población a través de la caracterización, ii) mejoramiento en acciones

¹⁷¹ El aplicativo captura la información de la vivienda, la familia y los individuo los cambios en la familia no son detectables por este aplicativo. Y no se logró obtener información en términos de otros resultados.

de salud pública y su reordenamiento a programas y específicamente de los ámbitos de vida cotidiana como se dijo antes, iii) la visibilización de las limitaciones del Sistema para construir una propuesta de APS integral.

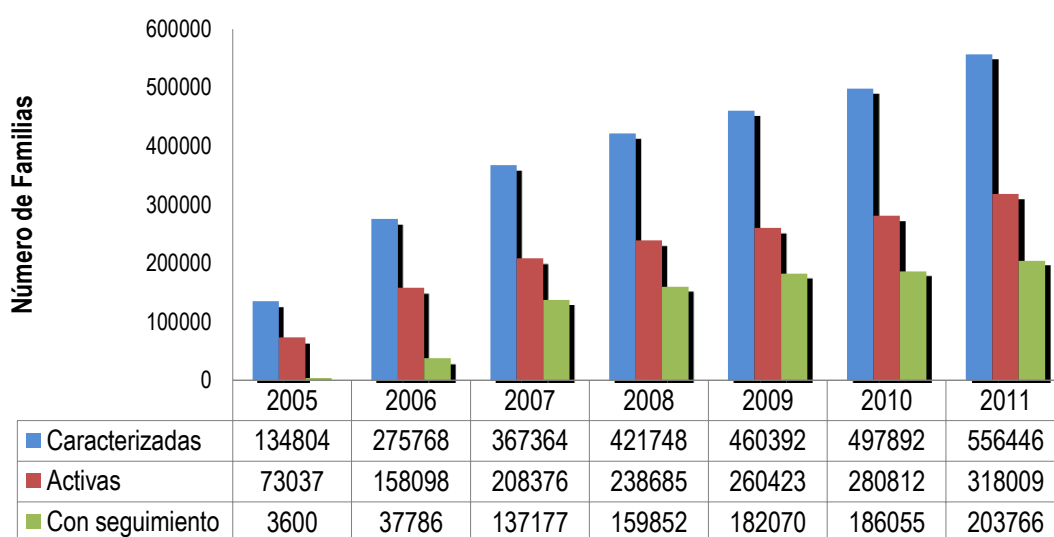
- **La caracterización metodología para explicitar necesidades**

La estructura organizativa del Programa se encaminó a visibilizar las necesidades sociales diferenciales presentes en los territorios y las poblaciones, reconociendo las características de género, etnia, ciclo vital y clase social, y permitió el acercamiento a los espacios donde las personas viven, se desarrollan y se tejen interacciones sociales.

De acuerdo con la información durante el periodo 2004-2011 se aumentó de manera progresiva tanto el número de familias caracterizadas como las familias activas¹⁷² con seguimiento cada año, pasando de 134.804 familias caracterizadas en el 2005 a 556.446 para el 2011, como observa en el gráfico 26.

Gráfico 26.

Familias Caracterizadas, activas y con seguimiento Bogotá 2005 -2011.



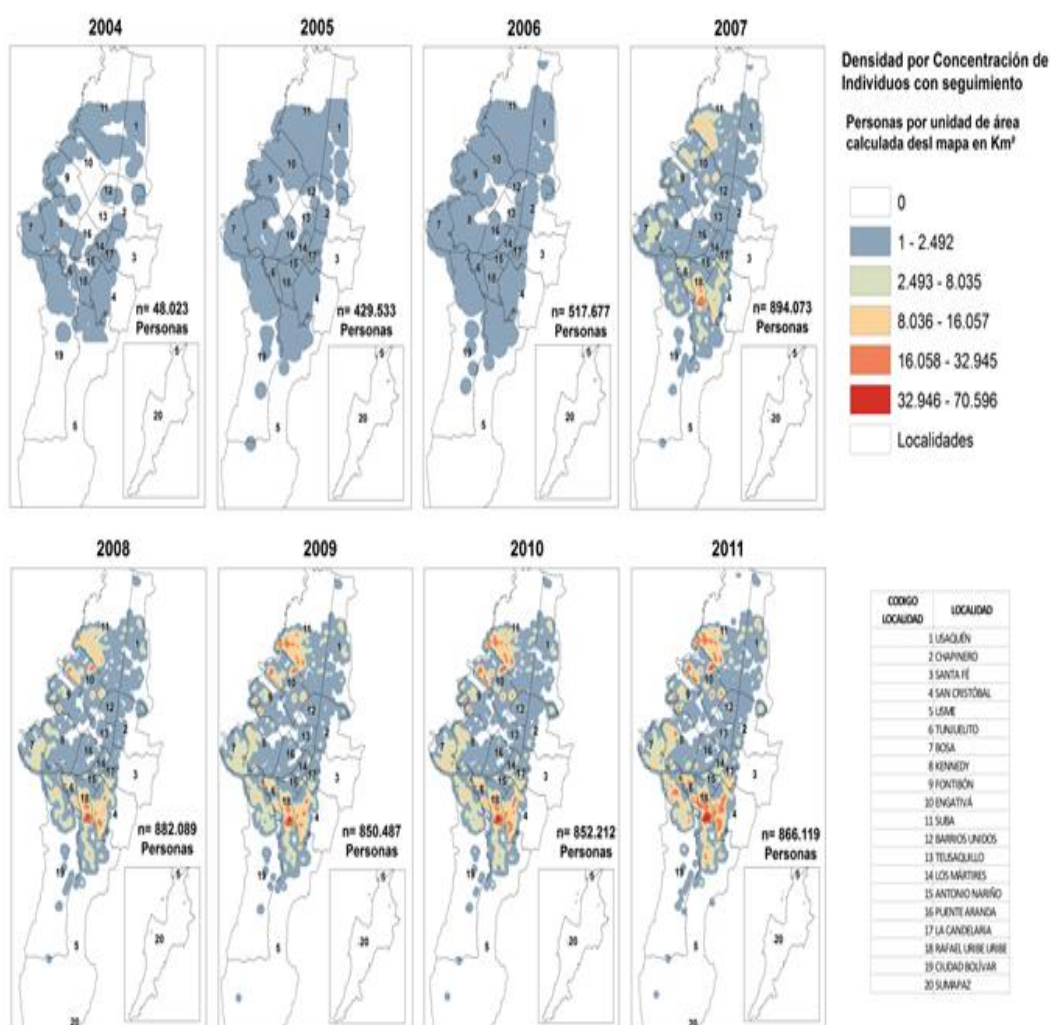
Fuente: SDS-APS en línea. Grupo de Gestión de la Información, Análisis, Monitoreo y Evaluación de la Operación Local Del Programa Territorios Saludables 2015.

¹⁷² Activas significa identificadas, atendidas y que se mantenían en el territorio. Con seguimiento: que habían recibido por lo menos 1 visita después de caracterizadas. Inactiva: que no había recibido más visitas después de la caracterización en el periodo.

Las acciones de seguimiento de individuos caracterizados en la estrategia en el ámbito familiar tenían como objetivo garantizar la continuidad y brindar atención a través del tiempo luego de la identificación del individuo y de sus necesidades. En el mapa 7 se presenta el aumento de cobertura de población con acciones de seguimiento pasando de 48.023 individuos en el año 2004 a 886.119 individuos en el año 2011; de igual manera se observa como las acciones del programa se van ampliando a nuevas zonas y territorios de las diferentes localidades.

Mapa 7.

Cobertura de individuos con seguimiento APS Bogotá 2004-2011.

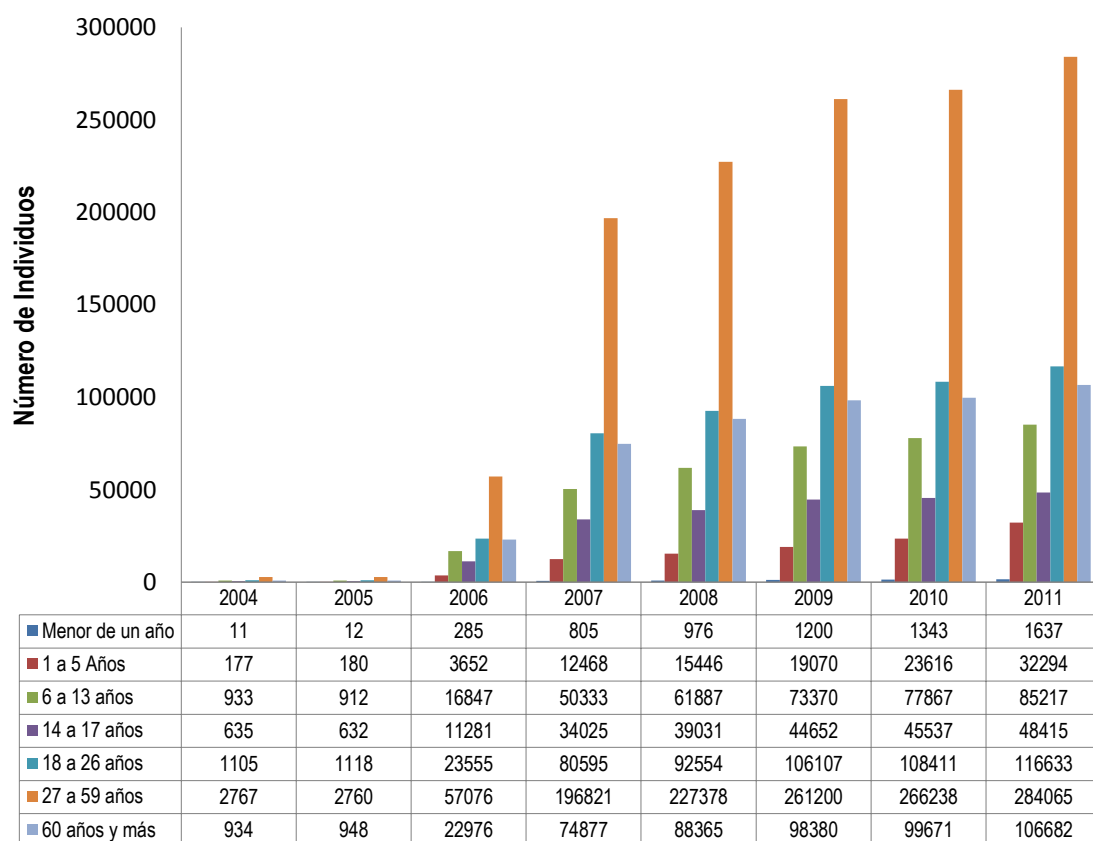


Fuente: Grupo de Gestión de la Información, Análisis, Monitoreo y Evaluación de la Operación Local Del Programa Territorios Saludables 2015.

La caracterización se realizaba bajo el lema de necesidades sociales de las poblaciones en territorios identificando las posibles desigualdades dadas por: género, etnia y ciclo vital. Durante el proceso se consolidó la lógica de lecturas por ciclos. A través de acciones en el ámbito familiar, en el periodo 2004–2011 se garantizó atención con acciones colectivas de manera progresiva a individuos y sus familias. En el gráfico 27 se observa como a través del tiempo se aumentó el número de individuos intervenidos por cada etapa de ciclo.

Gráfico 27.

Individuos activos con seguimiento en el Ámbito Familiar Bogotá 2004- 2011



Fuente: SDS-APS en línea. Grupo de Gestión de la Información, Análisis, Monitoreo y Evaluación de la Operación Local Del Programa Territorios Saludables 2015.

El mayor número de individuos intervenidos se observa en la etapa de ciclo adulta, sin embargo por el impacto de acciones en población de primera infancia e infancia se resalta el aumento progresivo de población intervenida en estas etapas de ciclo vital.

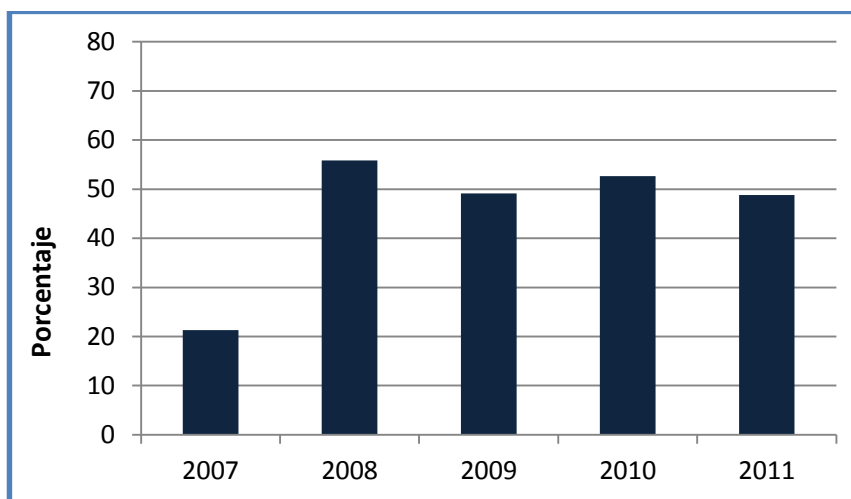
En cuanto a las actividades que se realizaban se ordenaban desde los territorios y se registraban por ciclos vitales de acuerdo a cada ámbito (familiar, comunitario, laboral, escolar, institucional):

Las acciones realizadas en las familias de los microterritorios incluyen caracterización e intervenciones en individuos, familias y entornos; promoción de los derechos para todas las familias y personas en situación de discapacidad; desarrollo de la estrategia de promoción de entornos saludables en viviendas que comparten el uso productivo con el habitacional; acciones de promoción de la salud oral; promoción de acciones de protección y cuidado al menor de cinco (5) años; promoción de acciones de protección de la mujer gestante; desarrollo de acciones de intervención psicosocial con eventos de salud mental, como violencia intrafamiliar, abuso sexual, riesgo de conducta suicida y maltrato al menor; asesoría para la tenencia adecuada de animales; asesoramiento a familias para control de vectores y plagas en interiores, entre otros. (SDS 2012, 54)

Entre las acciones estaban:

La Identificación y caracterización. La caracterización permitía contar con lecturas que evidenciaban los problemas que hay en el sistema y que generan barreras de acceso o no atención, por ejemplo, se estableció un programa de prevención de cáncer de cuello uterino, esto implicaba realizar todo el proceso de detección en los territorios de SASC (ver gráfico 28)

Gráfico 28.
**Comportamiento de la toma de CCV en las localidades del programa
 SASC 2007-2011**



Fuente: SDS- GGF 2012.

De las 35.546 mujeres entre 25 y 59 años de edad caracterizadas en 2009, 19.199 (54%) estaban sin citología cérvico vaginal (CCV) y fueron canalizadas a este servicio, pero de ellas sólo 2.377 (12%) se realizaron el examen durante ese mismo año. Lo cual muestra que pese a la canalización de las mujeres que pertenecen al régimen subsidiado o están desvinculadas del sistema de salud, sólo un pequeño porcentaje accede al procedimiento lo que requiere profundizar estudios respecto a las causas de esta situación, y las posibles estrategias para afrontarla. (SDS 2012b, 60)

No obstante, es posible afirmar que la forma de pago que se ha impuesto en la Ley 100 y sus reformas 1122 de 2007 y 1438 de 2011 han debilitado la lógica de programas por el pago de actividades: detección temprana, búsqueda activa, promoción, seguimiento, al imponer que se pagan por actividades elimina la lógica de proceso /programa. Disminuir o prevenir el cáncer pasa a un segundo plano; adicionalmente con estas prácticas se evidencia la sujeción del ente territorial a la lógica mercantil del Sistema.

Otra acciones fueron las educativas que se relacionan con la promoción de derechos: en el cuadro 21 se ve el tipo de acciones educativas que se realizaban las cuales se ordenaban acorde con las necesidades establecidas en la caracterización teniendo en cuenta el territorio y el ciclo vital específico.

Cuadro 21.

Acciones educativas que realizaba el Programa

Educación en "Vivienda Saludable" (manejo del agua y de desechos sólidos, convivencia con animales, vacunación contra rabia).
Familias con la actividad educativa educación en "vivienda saludable" por localidad durante el periodo de reporte
Educación en salud oral (importancia del cepillado e higiene bucal)
Educación en salud sexual y reproductiva (regulación de la fecundidad)
Educación para cuidadores de personas con discapacidad (prevención de accidentes, alimentación adecuada).
Educación para cuidadores de personas mayores de 75 años o con discapacidad (prevención de accidentes, alimentación adecuada).
Educación para gestantes (lactancia materna, alimentación adecuada, higiene personal, signos de alarma)
Educación para pacientes crónicos (alimentación adecuada, higiene personal, signos de alarma, promoción actividad física).
Educación en AIEPI (vacunación, lactancia materna, alimentación complementaria, higiene, manipulación de alimentos, signos de alarma, prevención accidentes)
Información sobre Deberes y derechos en el SGSSS
Información sobre la importancia de la adherencia a los programas.
Información sobre los servicios prestados en el punto de atención al cual se encuentra la familia adscrita, servicios prestados por la ESE y como acceder a ellos.
Información-Educación-Consejería Prevención Embarazo Adolescente

Fuentes: SDS. 20011

Para complementar las acciones anteriores de desarrollan acciones de mejoramiento de entornos bajo la modalidad de ámbitos (Tabla 13). Estas acciones se realizaban a través del PAB/PIC con equipos específicos que operaban bajo la lógica de APS:

La Estrategia de Entornos saludables (EES) busca mejorar las condiciones de calidad de vida y salud en territorios de mayor amenaza y fragilidad social a partir de la afectación de determinantes ambientales de la salud y de la protección de los entornos saludables de las personas, familias y comunidades. Esto bajo la propuesta de desarrollar acciones de reducción del riesgo, promoción de factores protectores en salud, movilización social y de gestión intersectorial que faciliten procesos de construcción de oportunidades de desarrollo seguras y sostenibles. (SDS 2012b, 81)

Tabla 13.

Consolidado de demanda de intervenciones en salud ambiental a nivel familiar, frente a coberturas de asesorías en vivienda saludable y Planes Integrales de Entornos

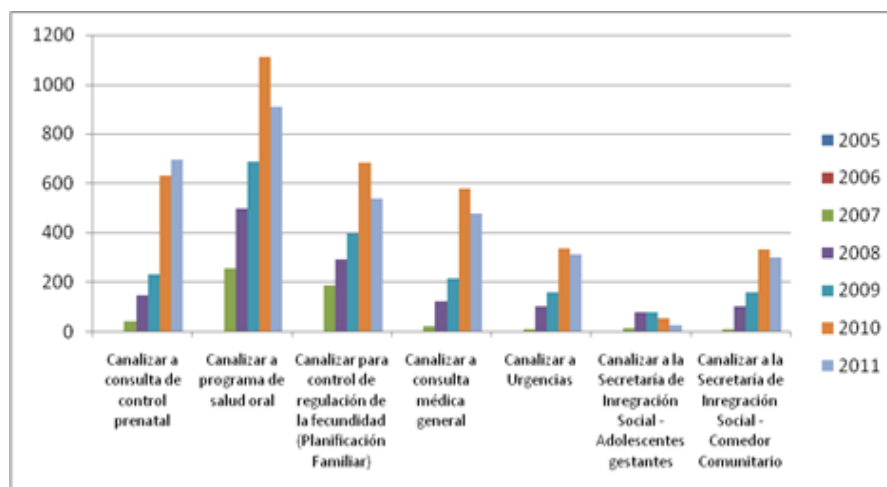
Año	No de Familias Canalizadas a Educación en Vivienda Saludable*	No de Familias asesoradas con Vivienda Saludable**	% de Familias abordadas con la EVS frente a la demanda de la intervención	No de Planes Integrales de Entornos Saludables/PIES**
2008	90.478	17.487	19	28
2009	109.913	10.420	9	32
2010	110.067	9.221	8	24
2011	91.090	13.934	15	36

Fuente: *Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Casa-SQL SERVER 2008. **SDS- Matrices de contratación PIC 2008-2011.

La tabla anterior evidencia que anualmente existe un incremento de la demanda de asesorías en promoción de salud ambiental con intervenciones por manejo del agua, desechos sólidos y convivencia con animales, con el programa se buscó fortalecer acciones complementarias a través de los Planes Integrales de Entornos.

Finalmente, están las acciones orientadas a la canalización de servicios. Una vez son identificadas y caracterizadas las situaciones o necesidades por cada microterritorio y ciclo vital se disponía el proceso de gestión territorial en salud a seguir (rutas) para obtener respuestas integral más ajustada. En el gráfico 29 se evidencia las canalizaciones realizada para un ciclo vital.

Gráfico 29.

Canalizaciones a gestantes de 15 a 19 años (2005-2011)

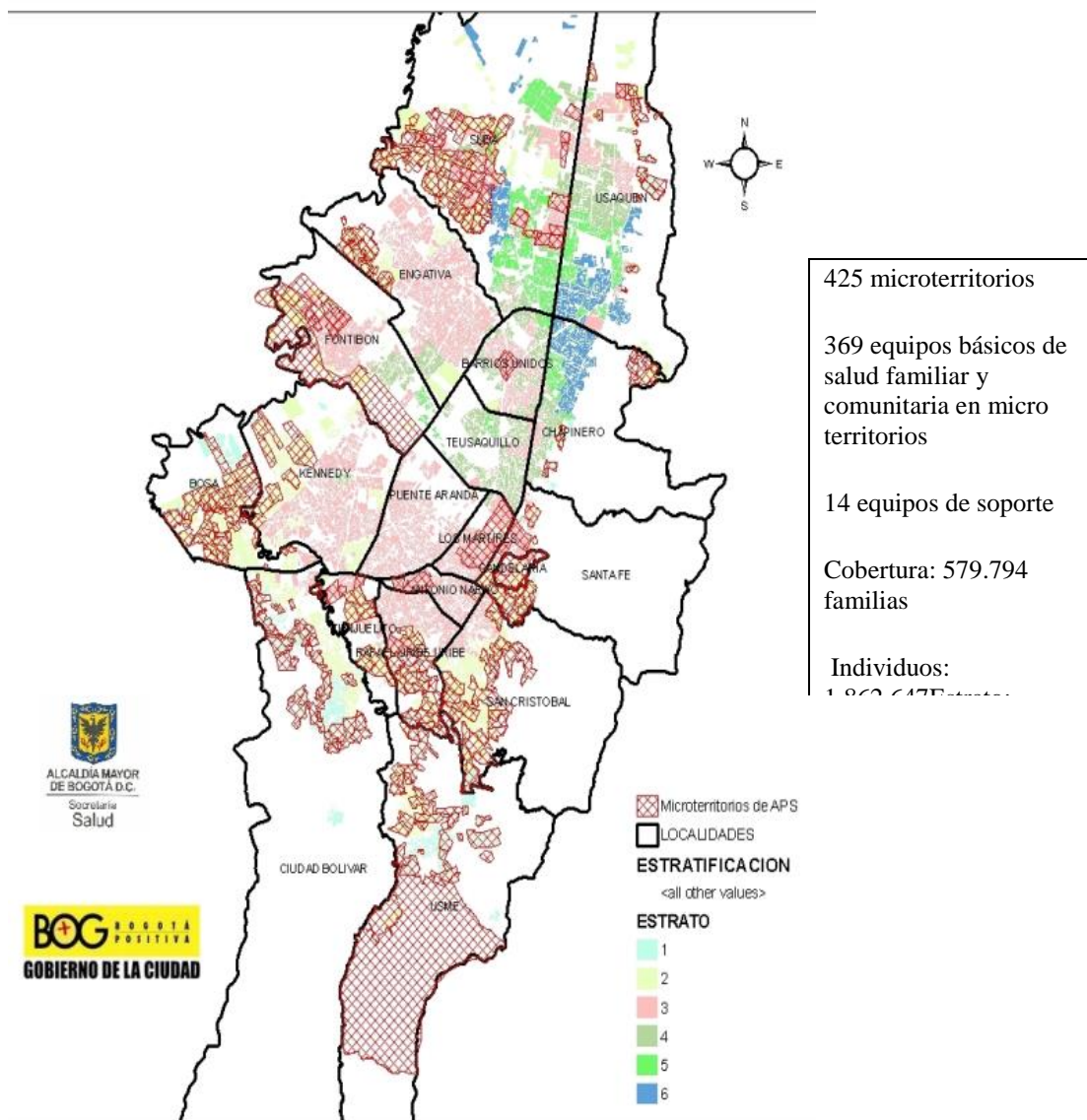
Fuente: SDS-APS en línea, 31 de Octubre de 2011

Como se ve la población se accede con acciones colectivas enfocadas al mejoramiento de la calidad de vida, información y educación en salud e identificación de necesidades y riesgos por etapa de ciclo.

La apuesta en salud en el periodo 2004-2011 en general, partió de una comprensión distinta de las poblaciones vulnerables de la ciudad que eran abordadas mediante políticas públicas y sociales focalizadas y en su lugar instaló criterios de equidad buscando superar la perspectiva de la estratificación social. De manera general la SDS ubicó como resultados del programa mapa 8.Territorialización – Logros 2004-2011.

Mapa 8.
Territorialización – Logros 2004-2011

LOCALIZACION DE MICROTERRITORIOS



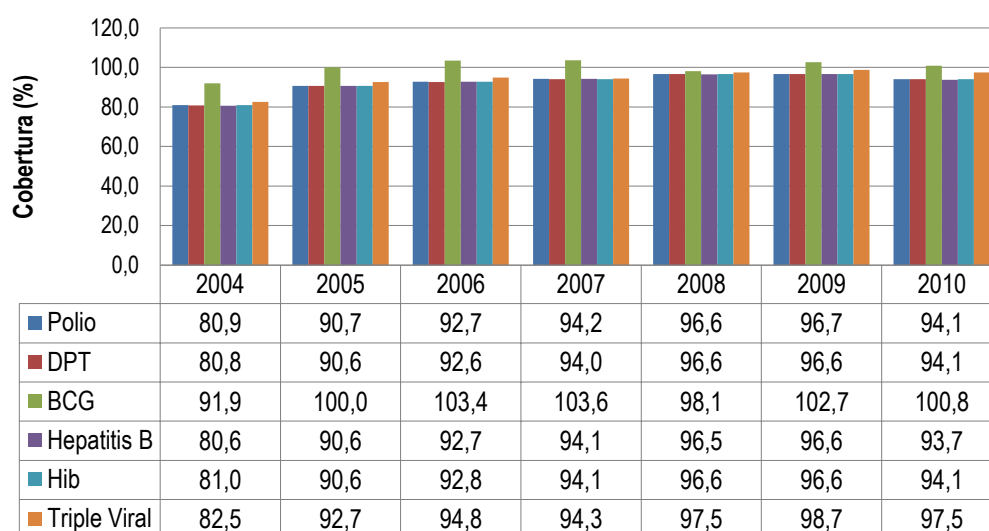
Fuente SDS- 2011

- **Mejoramiento de programas. Acciones en salud pública**

La SDS en el informe de gestión del periodo presenta los logros en salud pública en relación directa con el programa; no obstante, no se encontró una forma de evaluación de impacto, lo que de entrada plantea un error institucional que impide mayor

contundencia en la defensa de la política. La metodología de evaluación utilizada por la institucionalidad y el ordenamiento de la información corresponde al cumplimiento de metas con relación al Plan de Desarrollo, donde el cumplimiento en el sector salud alcanzó para el periodo el 98 %. En términos de logros la SDS resaltó los obtenidos en Salud Pública, por ejemplo, la ampliación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y las coberturas útiles de vacunación, lo que desde la SDS se atribuye a la territorialización y búsqueda activa desde SASC. Bogotá fue la primera ciudad del país en universalizar vacunas como el neumococo, rompiendo con la barrera de acceso económica como se observa en el gráfico 30. Esta medida fue acogida posteriormente por el Ministerio de Salud.

Gráfico 30.
Coberturas de vacunación Programa Ampliado de Inmunizaciones
Bogotá 2004-2010¹⁷³



Fuente: Coberturas de vacunación Departamentales 1994 – 2010. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Ministerio de salud y Protección Social

La Política de Salud de Bogotá permeó con el discurso de la EPCVyS y APS la necesidad de realizar lecturas de la realidad más compleja que la lógica lineal causal que había previo a la experiencia, lo que implicó reordenar la forma de trabajo individual que

¹⁷³ Hay coberturas de más de 100% debido a que se vacunan niños de otros territorios.

respondía a líneas como estaba organizado antes del 2004 y constituyó una nueva lógica de equipos en los territorios. Construyó sistemáticamente un proceso de discusión, debate y diálogo, que posibilitó relacionamientos en el trabajo bajo una lógica de constituir del objeto de la salud como un campo configurado por condiciones, lo que explicitó la necesidad de trabajo transectorial, más allá de una “fórmula”, es decir, la instalación del programa generó demandas sociales e institucionales a las que se debió dar respuestas con otros actores y sectores.

- **Visibilización de los límites del Sistema para la garantía**

De otro lado, la APS como Programa SAH /SASC que sustentó la Política Distrital no afectó la estructura global del Sistema, es decir, no se logró modificar el aseguramiento ordenado por el subsidio a la demanda, y bajo una lógica donde el asegurador maneja los recursos y desde allí controla el Sistema; esto hizo que la APS en Bogotá perdiera potencia. Al respecto voy a mostrar cómo se concreta este control de las EPS.

En la perspectiva de APS en Bogotá era una condición la articulación de las acciones colectivas con las individuales y el ordenamiento en red como ya se mencionó. No obstante, esta propuesta no logró su desarrollo pleno porque la Ley nacional no sólo mantuvo, sino que amplió el poder a las EPS cuando además de facultarlas para gestionar la prestación de servicios a sus afiliados con dinero público les permitió participar en las acciones de salud pública¹⁷⁴ y tener más dominio del mercado y mayor control sobre los prestadores (IPS /ESEs) pues las EPS son quienes determinan las condiciones del mercado definen la forma de contratar: por evento, por capitación o por paquetes según su propia conveniencia.

La APS en Bogotá como puerta de entrada vinculada al paquete de acciones colectivas –PAB/PIC con estas normas quedó enmarcada aún más a la lógica del mercado. Al respecto con la 1122 de 2007 definió que el primer nivel de atención se concentraba en acciones de promoción y prevención, en la detección de enfermedades a través de tamizajes estos pasaron a hacer responsabilidad de las EPS por grupos de riesgo bajo la modalidad de contratación por capitación y en donde la EPS pueden contratar con quienes

¹⁷⁴ Reforma: Ley 1122 de 2008 y Ley 1438 de 2011.

quieren “con suficiencia calidad y oportunidad” (Resolución 425 de 2008), en donde lo que se debe garantizar es la red de prestadores de servicios del primer nivel y que esta debe ser del mismo municipio o cercano. Las acciones individuales contratadas por capitación le permite a la EPS contratar con la IPS bajo una lógica de globalidad con lo cual aumenta su rentabilidad. Pero también si es más rentable puede contratar por paquetes por ejemplo, el paquete materno -servicios, o puede contratar por evento. De acuerdo a la competencia y el lugar de mayor rentabilidad la EPS contrata, esto en términos coloquiales los gerentes de las IPS decían “el hueso para el hospital y la carne para la EPS”, la atención de urgencias es la demostración de esta lógica, nunca es rentable eso se lo dejen al hospital, pero por ejemplo, odontología arman el paquete con las IPS de las EPS (integración vertical) y el negocio es redondo. Acciones como detección las citologías (actividad) son otra demostración, contratan la muestra con el prestador que ofrece el mejor precio (más barato), pero no hacen el programa de prevención del Cáncer Cérvico Uterino: no hacen la detección temprana, ni la búsqueda activa, ni la promoción, menos el seguimiento, es decir no cumplen el protocolo establecido. La citología así queda como una acción individual y es rentable (EPS), no el programa, y el indicador es cuantas citologías realizó, no cuanto se frenó el cáncer o se disminuyó lo que no solo pone en mayor riesgo a las mujeres, sino que también afecta el acceso y los procesos de calidad.

En conclusión el poder de las EPS está vinculado entre otros con su poder de contratación y nunca ha habido un piso tarifario, ni una reglamentación en función del bienestar de todos y menos aún exigencia de cómo hacer procesos con un mínimo calidad y cumplimiento en el sentido del derecho a la salud como bienestar. Con el debilitamiento del papel de autoridad sanitaria del ente territorial se perdió la concepción de programa y prima la factura, los indicadores se colocan en términos de rentabilidad económica, y se amplió el espacio para la selección adversa. También se puede afirmar que las reformas ampliaron la fractura entre lo individual y lo colectivo.

Es posible plantear que a pesar de estas condiciones adversas en términos de poder y correlación de fuerzas y la dominancia de la Ley 100 y su lógica de mercado, la Política de Salud de Bogotá avanzó en disputar la concepción de la salud, evidenció los límites del sistema y en coherencia generó posicionamientos políticos y prácticos en la institucionalidad y en la ciudad porque:

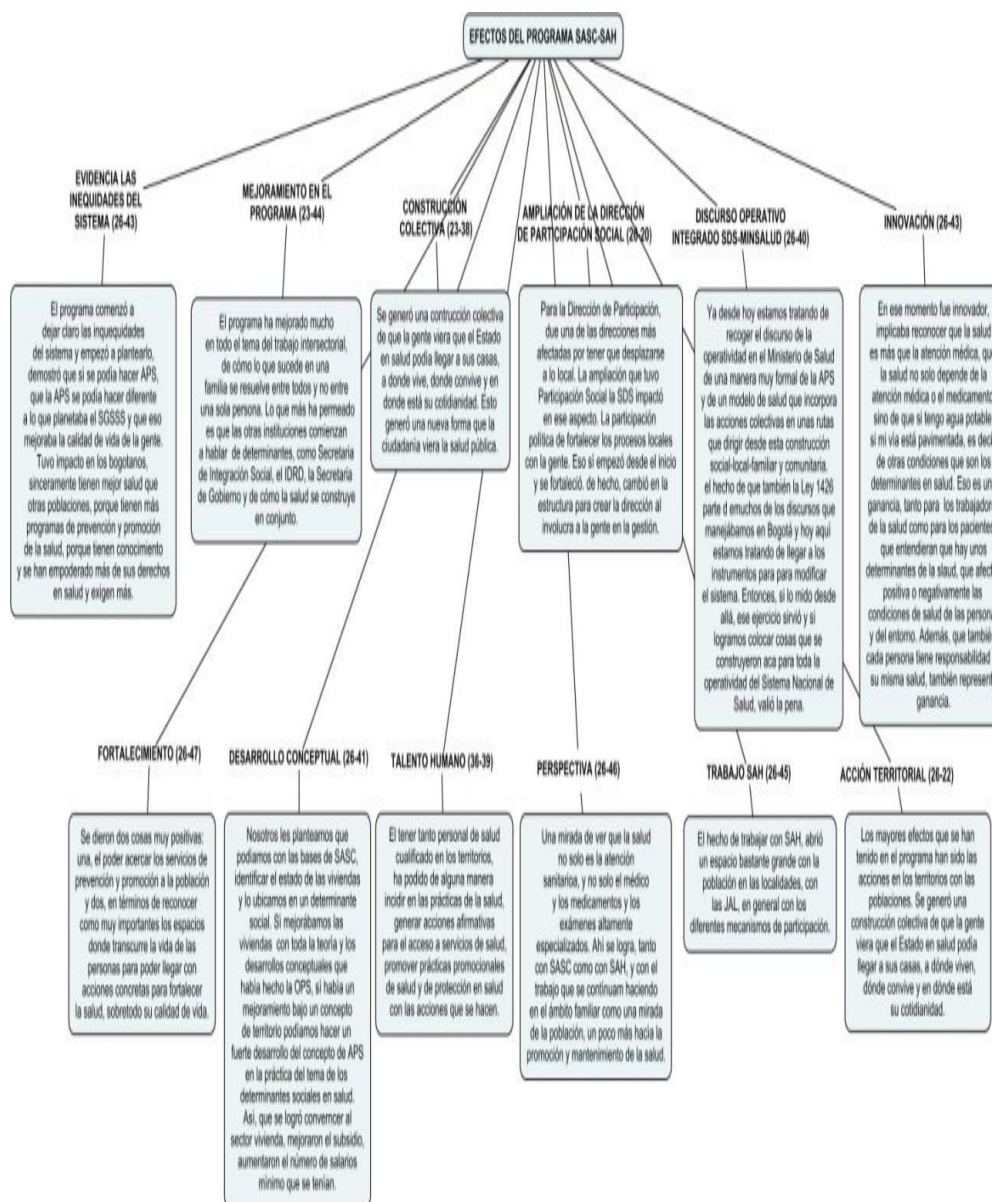
- La Política de salud de Bogotá permitió el reconocimiento de la crisis del sistema salud en la ciudad como elemento estructural. En todos los documentos del periodo se parte de la identificación del no cumplimiento del derecho a la salud por parte del Estado, situación que no aparecía con anterioridad de manera explícita en los documentos de la SDS.
- También se puede afirmar que la Política instaló la salud pública como componente esencial del derecho a la salud y la calidad de vida más allá del paquete de acciones colectivas (PAB-PIC).
- Modificó las prácticas de salud pública institucionales a partir de nuevas formas de leer la realidad y su consecuencia con nuevas formas de actuar. Al reordenar la forma en que se programaba el PAB (antes por líneas) con la implementación de APS a través de ámbitos colocó de manera programática que la acción obedece a los principios de: reconocimiento de poblaciones en territorios, y al imperativo ético de responder integralmente a las necesidades sociales como tarea fundamental del Estado.
- Puso de manera explícita la necesidad de articulación del estado distrital y de la participación de la ciudadanía como elementos fundamentales para generar transectorialidad y afectar determinantes sociales. Con este hecho se disputa el carácter del Estado regulador que había instalado la Ley 100. De un Estado no garantista, que regula o modula agentes, hacia un Estado que cumple la Ley bajo el marco del Estado Social de Derecho y por ende buscó a través de diferentes estrategias como se ha mencionado realizar acciones que respetan, promueven, garantizan y restituyen derechos a pesar del alto grado de sujeción que se ha ilustrado.

Si bien no se encontró información sobre impactos o transformaciones que haya producido la APS en la calidad de vida que se establezcan de forma causal, lineal y que no se planteó esto como una tarea básica desde el comienzo del programa o no se tuvo en cuenta, lo que plantea, por decir lo menos, un error de gestión, pues la política sigue sometida a la lógica de resultados inmediatos, la APS mostró una forma distinta de operar la salud y de acercar el estado a la ciudadanía y a sus necesidades. No obstante, no sobra reiterar que la gestión del distrito y en particular el ente territorial (SDS) estaba centrada en el ordenamiento que coloca el sistema en donde predomina la nueva gerencia en salud bajo la lógica de los contratos, las facturas, es decir, la rentabilidad económica y no la

garantía del derecho y el bienestar de las personas. De acuerdo con los actores el Programa fue una estrategia clave de posicionamiento político y legitimación para la Alcaldía y un instrumento de disputa en tanto mostró los límites mismos del sistema, el gráfico 31 muestra el alto grado de reconocimiento del programa por parte de los actores.

Gráfico 31.

Valoración de resultados de SAH- SASC desde los actores



Fuente: elaboración propio a partir de entrevistas. Atlas TI

5.3.3. La Gestión Social Integral (GSI)

La segunda estrategia, denominada gestión social integral -GSI para mejorar la calidad de vida, se considera un proceso continuo que inició en el 2004 con los planteamientos del derecho a la salud entendido como calidad de vida para lo cual se hizo necesario crear articulaciones, alianzas y sinergias interinstitucionales.

Para algunos actores:

La GSI ha sido un proceso de construcción en los últimos ocho años en la ciudad, que responde a la orientación política de progresar en la garantía, protección y restitución de los derechos humanos. La transformación necesaria de la gestión pública para cumplir con los compromisos consignados en las políticas sociales, es el marco de referencia de lo público y el Estado Social de Derecho.(E1C3)

Para otros actores la GSI corresponde a un proceso de modernización del Estado y de la ciudad, desde el 2004 cuando se realizaban ferias de servicios. No obstante, los actores identificaron como momento clave la experiencia piloto de GSI en la localidad de Suba que surgió de un acuerdo entre el Hospital de Suba, la Corporación-Grupo Guillermo Fergusson y la Alcaldía local a través de un convenio con IDRC¹⁷⁵ en el año 2006. El ejercicio buscó retomar los planteamientos centrales de la EPCVyS. La propuesta se basaba en el rediseño de la lógica de intervención para concretar una metodología de gestión con base territorial y participación social desde un agenciamiento local por medio de un acuerdo con la alcaldesa local, lo que de entrada posibilitó la participación de toda la institucionalidad convocada por ella, y el Hospital de Suba, actor clave y líder natural, con gran trayectoria en APS y el reconocimiento local.

De manera genérica esta experiencia piloto de la GSI propuso pasar:

- de la lógica de los diagnósticos macro basados en la oferta institucional al reconocimiento de necesidades sociales.
- de la comprensión del territorio como localidad bajo la lógica administrativa-institucional y centralizada al reconocimiento del territorio como red de relaciones y por ende identificar otras formas de territorialización: de los contextos, las zonas, los microterritorios, los barrios bajo unas miradas comunitarias.

¹⁷⁵ International Development Research Centre- Canadá.

- del enfoque de entrega de servicios y asistencia a los procesos de construcción de respuestas integrales a las necesidades sociales basado en los DESC.
- de ver a la comunidad como beneficiarios a reconocer el estatus de ciudadanía, sujetos de derechos que participan políticamente para el logro del bienestar.
- de la planeación fragmentada por proyectos, a la planeación integral y participativa.

Este ejercicio local en cabeza de la alcaldesa posibilitó la articulación de los sectores en lo local, lo que se consolidó a través de una agenda social construida con la institucionalidad y con la ciudadanía. El objeto de la agenda fue el mejoramiento de la calidad de vida y la transformación de condiciones de vida. Se definió entonces la GSI como: *“El conjunto de acciones articuladas que dan respuestas integrales a las necesidades sociales en los territorios reconocidas con la participación social”*. A partir de esto se propuso como pasos metodológicos:

1. Abordaje de poblaciones en territorio: lectura de necesidades sociales con participación:
 - i) se elaboraba una comprensión del territorio (cartografía social), ii) se identificaba la lectura de necesidades con la ciudadanía a través de talleres de análisis, iii) se establecieron los puntos o nudos problemáticos (conjunto de problemas jerarquizados acorde con la determinación social: general, particular y singular), iv) se identificaba las respuestas institucionales y comunitarias existentes en el territorio; v) se identificaba la brecha entre la necesidad y la oferta de servicios; vi) se establecieron las narrativas de la necesidades sociales y los déficits de respuestas. Una vez realizado este ejercicio participativo se establecía que la agenda se acogía por todos:
2. Trabajo transectorial: esto iniciaba desde el punto anterior en la lectura de necesidades que se realizaba con todos los actores institucionales y comunitarios del territorio; se denominó así para enfatizar que en este momento se debe construir con todos los sectores una agenda social fruto del acuerdo que no corresponde a un sector específico: la calidad de vida es de todos.
3. Participación decisoria: se trataba de asumir la agenda construida por todos los actores como propia y generar empoderamiento para la realización efectiva de la misma. Lo que pasa por acciones concretas como definición de proyectos, afectación de recursos locales, gestión de recursos distritales y otros.

4. Desarrollo de capacidades: se entiende por capacidades la cualificación y potenciación de todos los saberes, conocimientos, recursos financieros, logísticos, de poder en función del bien general (la concreción de la agenda).
5. Presupuestos adecuados a las necesidades: implicaba definir los recursos bajo el criterio de necesidades sociales y no de oferta de servicios. Este elemento fue fundamental porque cuestiona la lógica de “*necesidades infinitas, vs los recursos finitos*”, que era el eslogan de los funcionarios públicos y con la cual se termina naturalizando las desigualdades y disculpando al Estado; modificar esta lógica implicó establecer las condiciones necesarias para la realización del derecho, es decir, cómo se ordenan y priorizan los recursos.

Si bien la GSI fue un esfuerzo por plantear políticas inter o transectoriales ya desde el 2004 se habían realizado esfuerzos institucionales como el programa Distrital de Infancia “*Quiéreme bien, quiéreme siempre*¹⁷⁶” pero sólo hasta el periodo 2008 se define e incorpora la GSI en el Plan de Desarrollo de la ciudad logrando un posicionamiento distrital instituido, Acuerdo 308 de 2008 (Concejo de Bogotá D.C. 2008):

La gestión social integral como la estrategia para la implementación de la política social en el distrito, que promueve el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales y asegura la sinergia entre los diferentes sectores, el manejo eficiente de los recursos y pone el protagonismo de la población en los territorios.

Lograr instalar la GSI como una estrategia central del PDD fue posible porque en el 2008 al asumir la Alcaldía Mayor de Bogotá el PDA ingresan a la Secretaría Distrital de Integración Social la ex alcaldesa local de Suba y su equipo es conformado por varios profesionales de esa localidad. Este elemento es importante, porque ellos venían de vivir la experiencia de GSI concreta en su localidad y reconocían su potencia. En la SDS también se mantuvieron cuadros que habían apoyado la experiencia de Suba desde este sector, y en articulación con la Corporación Grupo Guillermo Fergusson se realizó la gestión ante el alcalde para que la GSI quedara como una estrategia clave del Plan Distrital de Desarrollo.

¹⁷⁶ Este primer Programa que se aproximó a la Política Pública Distrital de infancia y que fue la base de la posterior Política Pública Distrital de infancia 2011-2021 se había formulado con participación de los diversos sectores: Secretaría de Salud, Departamento de Bienestar Social (DABS posteriormente Secretaría de Integración social –SDIS) Secretaría de Educación Distrital (SED), Instituto De recreación y Deporte (IDRD).

Según los entrevistados para este segundo periodo de gobierno del PDA, la GSI se resalta como uno de los logros importantes para la articulación interinstitucional entre la SDS e SDIS. Esto se expresó en la adopción por parte de ambas Secretarías de la visión de determinantes sociales:

Parecía mentiras escuchar a la Subsecretaría de Integración o a un director local o a un gestor, o a un líder comunitario hablar en clave de determinantes: las vulnerabilidades, las exposiciones, las fragilidades sociales, y con esto llegar a leer las necesidades, las brechas e inequidades que son injustas y evitables y como desde el Estado, la comunidad y el sector privado todos debían dar respuestas integrales construidas territorialmente, con otros sectores, y con participación de la gente, y tener claro que se debía cumplir los derechos y que ese es el papel del Estado. Construir una mirada compartida entre dos, tres, cuatro sectores, eso nunca se había visto y yo llevo 30 años en el Estado. (E20C3).

Para el 2009 se estableció un Convenio entre SDIS- SDS- Corporación Grupo Fergusson para desplegar la propuesta metodológica de la GSI en la ciudad. De manera genérica se pueden ubicar dos fases de la GSI desde el 2009 al 2012:

Fase de apropiación institucional con tres momentos institucionales:

1. La conformación de equipos, ajustes para la implementación y acuerdos metodológicos: implicó organizar el equipo distrital de GSI coordinado por los subsecretarios de despacho de ambas entidades con apoyo técnico de las áreas o dirección de participación social de la SDS. Este equipo se denominó Grupo de direccionamiento estratégico¹⁷⁷. A su vez, cada sector tenía un grupo funcional de GSI que se encargaba de articular los procesos sectoriales en el mismo horizonte que el Grupo estratégico y en avanzar en los procesos locales. En SDIS quienes asumían la GSI eran los subdirectores locales y en SDS quienes asumían eran los coordinadores de salud pública de los hospitales ESE en articulación con los responsables de gestión territorial del mismo. *“Para muchos de nosotros GSI fue salir del cubículo, del puesto ir y ver la realidad y además verla con otros ojos, y hablar con la gente, y sentir con la gente”*. (SDIS- Encuentro de experiencias de GSI 2011).
2. La formación a servidores públicos para la apropiación y adecuación de la GSI. Se desarrollaron capacidades a través de formación a los trabajadores de las instituciones y

¹⁷⁷ Revisión de actas de Grupo de Direccionamiento Estratégico de GSI.

a los equipos distrital y locales a través de ejercicios de talleres, discusión y mesas de trabajo, para esto se organizaron veinte equipos que una vez formados recreaban la formación en los espacios locales. Se elaboró un documento marco de lineamiento y una caja de herramientas o “kit de la GSI”. En total se realizaron en la ciudad 120 ejercicios pedagógicos, seis talleres por cada localidad en lógica de proceso.

3. La construcción del objeto calidad de vida desde las determinantes sociales de la salud¹⁷⁸ que posteriormente se denominó solamente calidad de vida, para disminuir el peso del sector “salud” en el enfoque, pero también en la lógica de posibilitar que la vinculación fuera real, pues parte del problema institucional está en la fragmentación y en el establecimiento de responsabilidades sectoriales, lo que en muchos casos produce “celos de poder”. El gráfico 32 representa la apropiación de la perspectiva de determinantes por la Secretaría de Integración Social¹⁷⁹.

¹⁷⁸ Se adaptó determinantes sociales a partir del 2008 asumiendo que el Informe de la CDSS se convertía en un soporte institucional.

¹⁷⁹ El gráfico es la adaptación o apropiación de la matriz de Diderichssen y Halvquist que había propuesto Armando De Negri en la SDS 2004 y que se presentó en este documento en el gráfico 6.

2. Gráfico 32.

La GSI – acuerdos metodológico e interinstitucional



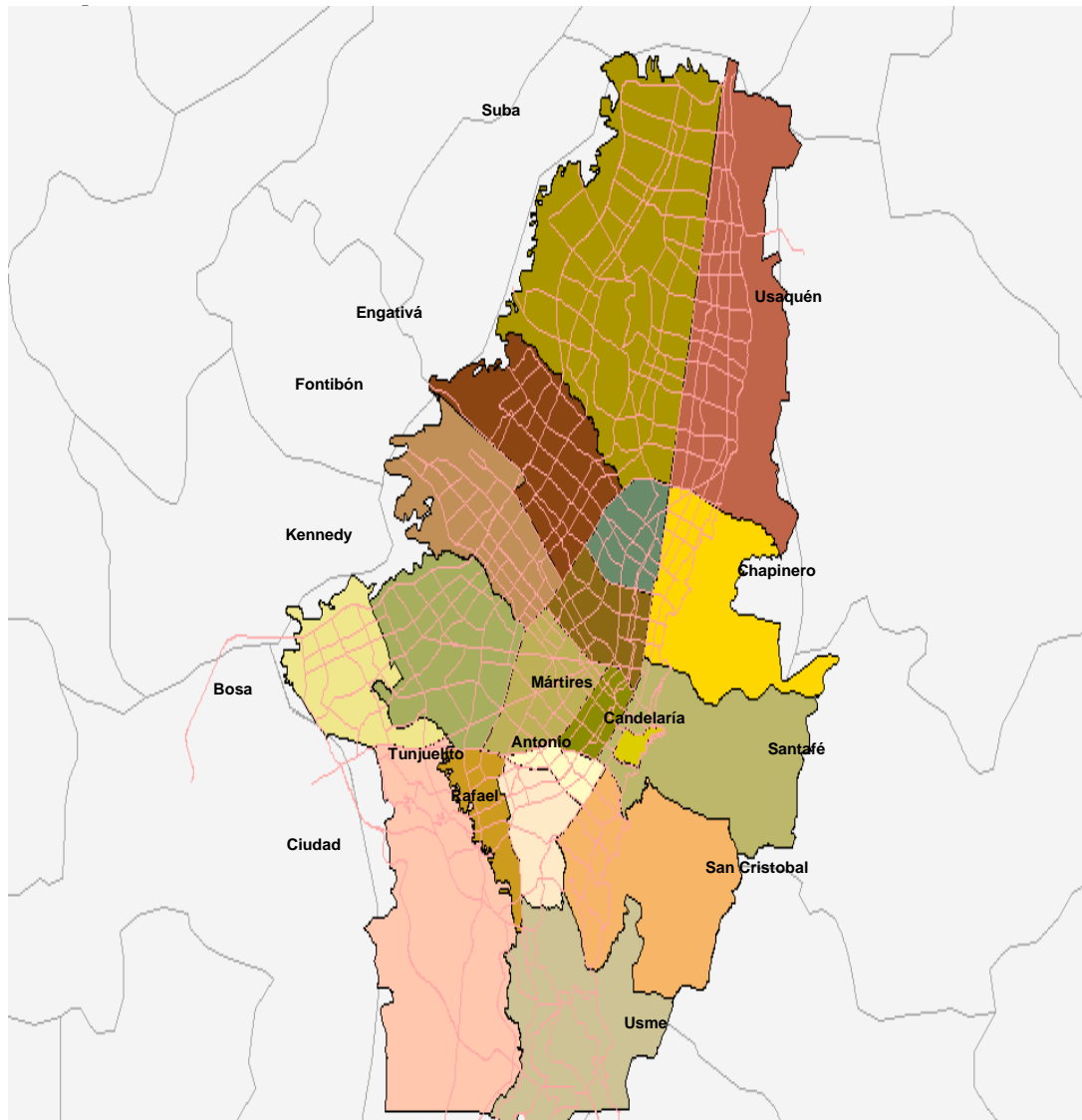
Fuente: SDIS 2010

Fase de implementación-despliegue territorial

Producto de este ejercicio se modificó la Territorialización como lo muestra el mapa 9. El proceso de Territorialización se realizó desde la participación social y posicionó la GSI. Esto implicó la realización de talleres de cartografía con la ciudadanía y organizaciones sociales en eventos participativos que llevaron a las comunidades a organizarse. Inicialmente se partió de una territorialización previa que había hecho la SDS¹⁸⁰. Y posteriormente, la GSI desarrollo y fortaleció el proceso identificando cinco componentes que no son lineales y operan casi siempre de forma simultánea, por ejemplo, la territorialización y la participación son dos principios pero hay que generarlos como procesos para que operen y se concreten.

¹⁸⁰ APS

4. Mapa 9.
Gestión social Integral - inicial



Fuente: SDIS 2008

A continuación se presentan los cinco componentes:

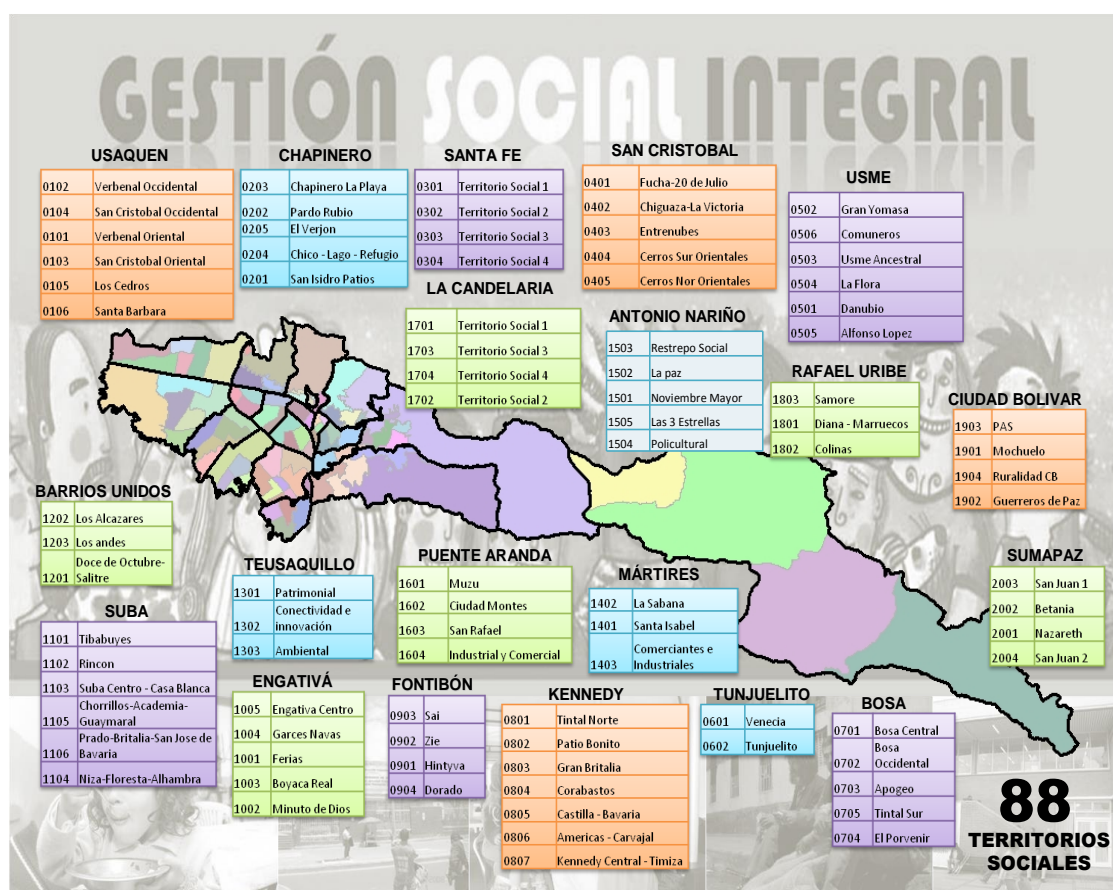
1. **Lectura de necesidades:** En este proceso de lectura compartida de necesidades se identificaron brechas entre necesidades y respuestas (institucionales y comunitarias) existentes, y se produjo las narrativas sociales con participación social por cada territorio. Este proceso fue de carácter formativo y organizativo, pues en cada territorio se instalaba lo que se denominó *Mesas territoriales de calidad de vida*, que eran una instancia comunitaria e institucional. Las narrativas presentaban la situación de las necesidades, las

respuestas y a la vez georreferenciaban (mapa) las necesidades a través de ejercicios de cartografía social. Las narrativas construidas por las Mesas posteriormente se convirtieron en el insumo básico de la agenda social.

La territorialización partió de las 79 zonas de condiciones de vida y salud de los diagnósticos mencionados anteriormente y con el proceso de cartografía social se modificó la lectura territorial a partir de las necesidades sociales fruto de lo cual se obtuvieron 88 territorios de GSI como se ve en el mapa 10.

Mapa 10.

Gestión social para la acción transectorial



Fuente: SDIS 2010

2. Trabajo transectorial: el trabajo transectorial retoma la territorialización y las narrativas construidas y empieza a ordenar los procesos de gestión en las instituciones acorde con la estructura de GSI. El proceso se instaló en escalas de acción: se partió de cada territorio definido por GSI y se gestionaba las respuestas acorde con la escala que se requería: distrital, local, microterritorial (Salud a Su Casa). Adicional al grupo de direccionamiento estratégico instaló el proceso de GSI¹⁸¹ en el CLOPS¹⁸² (Consejo de Política Social local que operaba en cada una de las 20 localidades) y en el CLOPSD (Consejo de Política Social Distrital) en esta instancia participaban todos los Secretarios de despacho y representantes de las comunidades. Instalar la GSI en estos espacios fue fundamental para articular respuestas y concretar alternativas. Adicionalmente en el marco de la Coordinación distrital de GSI – grupo de direccionamiento estratégico, en el año 2010 se vincularon las Secretarías de Planeación Distrital y la Secretaría de Hacienda con lo cual se buscó que de la GSI se incorporaran la lógica de planeación distrital y empezara a afectar a todos los sectores y también afectar la definición de presupuestos.

En la medida en que cada secretaría iba ingresando al proceso se ponía a tono. Un ejemplo fue la Secretaría de Gobierno, la cual organizó las Zonas de Convivencia y Seguridad a partir de las narrativas territoriales de la GSI. Adicionalmente, el proceso se posicionó en todas las alcaldías locales y el alcalde local quien coordinaba el equipo de GSI empezó a operar en el marco del Consejo Local de Política Social –CLOPS, lo que permitió una racionalización de los espacios de reunión inter-institucional.

En este espacio se retomaron las agendas que se habían construido en las mesas territoriales por parte de la comunidad. Se organizaron efectivamente 81 equipos locales transectoriales (salud, integración social, Hábitat, educación, IDPAC, Gobierno, Planeación); se instalaron 81 mesas territoriales que operaban la GSI en cada territorio donde la mayoría de participantes eran de organizaciones y ciudadanía. Se articularon a la lógica de GSI además de los proyectos de seguridad y convivencia, otros como Desarrollo Sur /mejoramiento de barrios (Secretaría de Hábitat). (SDIS, equipo conductor GSI, 2011).

¹⁸¹ Basados en el PDD artículo 6 que se mencionó antes.

¹⁸² Este mecanismo está instituido legalmente desde hace 16 años, no es producto de la GSI.

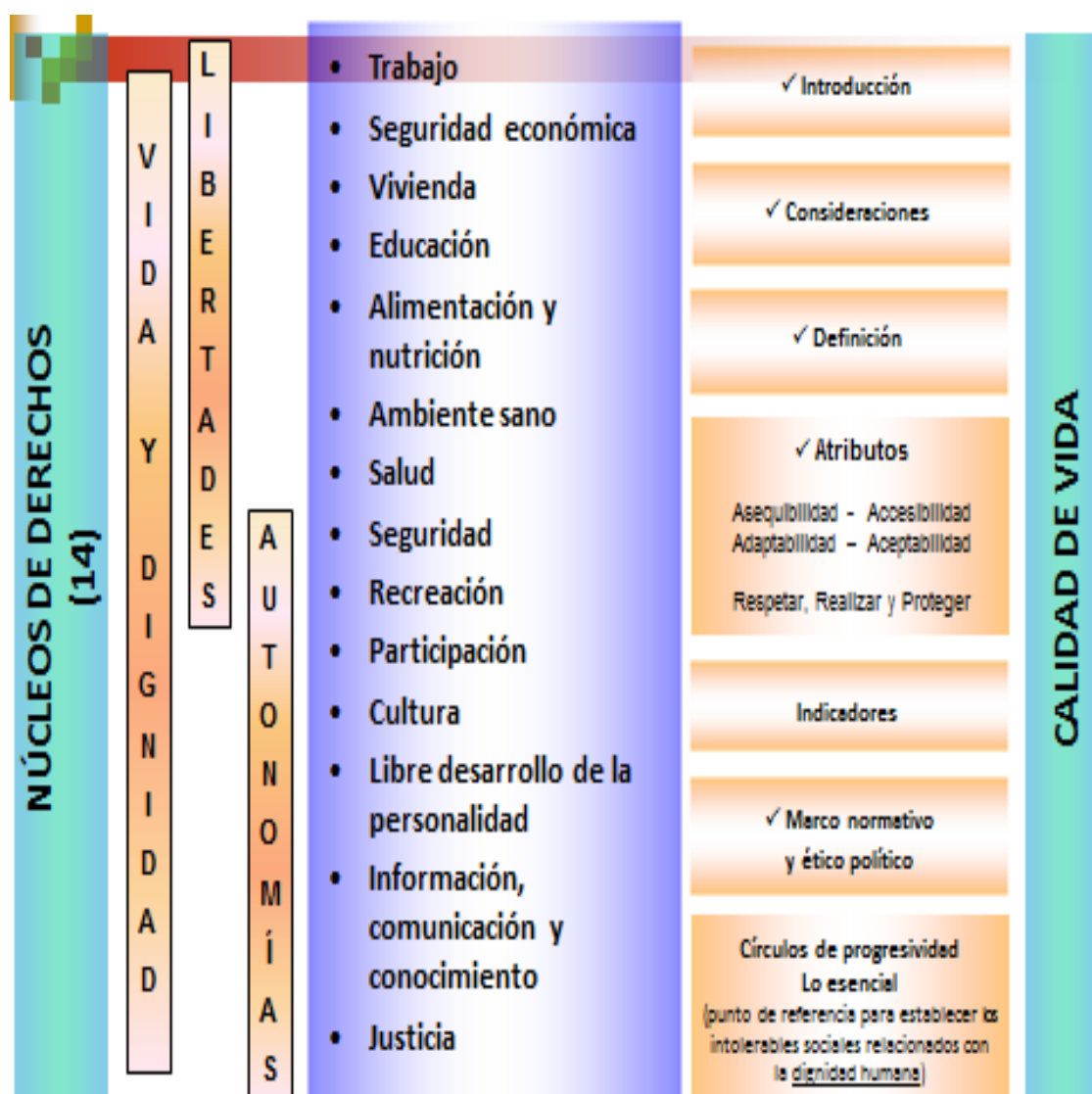
Por su parte en el Decreto 101 de marzo de 2010 fruto del proceso de GSI estableció en el artículo 2: la obligatoriedad de la articulación intersectorial en la localidad, otorgándole al alcalde local esta como una de sus principales misiones “coordinara la acción con el distrito, liderar la promoción de políticas para el desarrollo territorial y fomentar la participación de las organizaciones y de la ciudadanía en los proceso de gestión pública y la resolución de conflictos y convivencia pacífica.”

En los grupos focales con líderes el tema de GSI no se puso como de interés y emergió de manera sistemática en las voces de los líderes, lo cual se resume en la siguiente frase: “Con la GSI por fin los ciudadanos de a pie vimos al Estado y el Estado nos vio a nosotros” (Grupo Focal, marzo de 2013).

Un elemento que se destacó fue que al final del 2011 la GSI articuló diez sectores distritales (Salud, Integración Social, Gobierno, Planeación, Hacienda, Hábitat, Desarrollo Económico, Recreación y Deporte, IDPAC) y se reconocía que la metodología permitía unificar y reconocer las necesidades identificadas con la ciudadanía. El proceso llegó a postular 14 núcleos de derechos en una plataforma- sistema de información con batería de indicadores construidos sobre la base de las 4AES de los DESC. La gráfica 36 corresponde a la portada del enlace que se instaló a finales del 2011 en la Secretaría de Planeación Distrital.

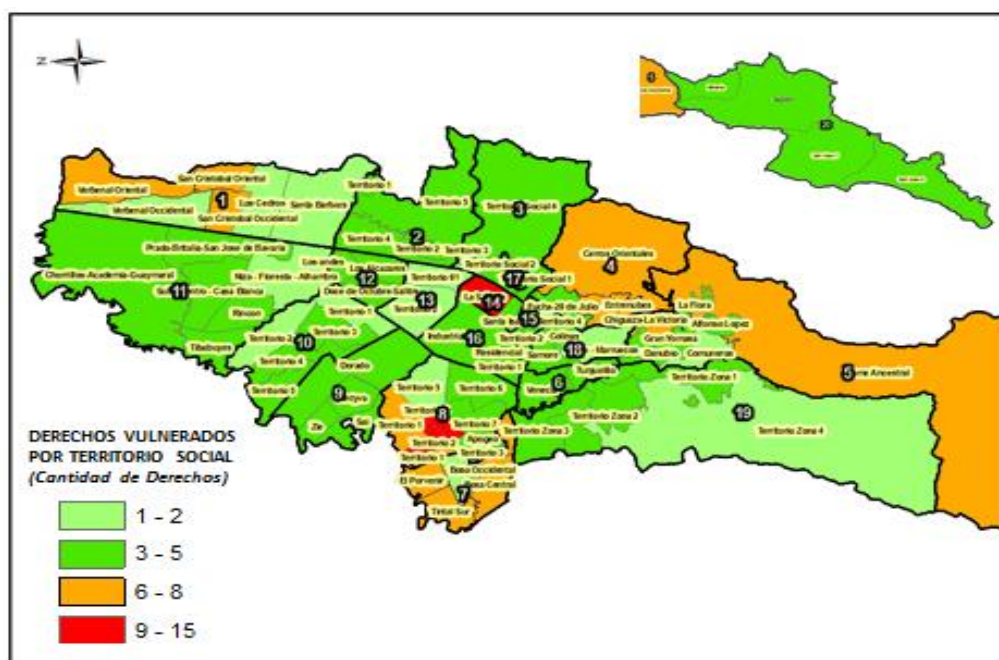
La Secretaría Distrital de Planeación consolidó las narrativas con los mapas de los 81 territorios de GSI, adicionalmente todas las secretarías contaban con la misma información; la metodología establecía la correlación de derechos (ver a manera de ilustración el mapa 11); de allí se identificaban las inequidades sociales y el tipo de respuestas transectoriales que son necesarias. Todas las Secretarías debían partir de aquí, lo cual en un proceso de mediano plazo debía modificar la lógica de intervención del Estado y de la comunidad.

Gráfico 33.
Núcleos de derechos



Fuente SDP- 2011

Mapa 11.

Núcleos de derechos – vulnerabilidades territorializadas

Fuente: SDP- 2011

3. **Participación decisoria:** El ejercicio de participación tuvo como intencionalidad expresa que la participación es poder transformador; para el caso específico, se buscó transformar la forma de realizar la gestión pública. Los participantes de los grupos focales coincidieron en las siguientes afirmaciones: “que la GSI era participación real, porque había cambios concretos; se territorializó como dijo la ciudadanía, que es la que vive y conoce el territorio; se obligó a los funcionarios a ir al territorio y salir del escritorio; los funcionarios definen todo sin saber cómo vivimos, se reconoció que nosotros hacemos y construimos respuestas en el territorio y que aportamos al desarrollo social”. (Grupo Focal, 2012).

El proceso participativo tuvo varios componentes. En primer lugar, identificó capacidades ciudadanas y organizativas; al respecto se encontraron 240 redes y se vincularon de manera directa a 76 procesos organizativos existentes a las mesas de GSI. En segundo lugar, en cada mesa territorial se desarrollaba un proceso formativo de cualificación de las capacidades que incluía: los derechos, trabajo territorial, análisis de situación de calidad

de vida con perspectiva de equidad, construcción de respuestas. El gráfico 34 muestra la lógica de la participación en la GSI.

Gráfico 34.
Participación en las políticas públicas



Fuente: SDS 2011

El proceso formativo se vinculaba con lo organizativo, es decir en cada mesa se iba formando y simultáneamente se iba construyendo el proceso que daría como resultado la agenda territorial. Finalmente la agenda se convertía en el horizonte de sentido de la dinámica de gestión de las organizaciones para construir respuestas con la institucionalidad; esto último corresponde a un proceso de negociación. El ejercicio era permanente y en la medida en que daba respuestas, avanzaba en legitimidad, por lo cual las mesas se iban ampliando con actores como las juntas de acción comunal. La agenda también contemplaba la generación de espacios como foros, o asambleas territoriales que impulsaban aún más la dinámica de participación. Entre los puntos a destacar en las 81 mesas territoriales coincidieron en tres puntos para la acción:

- Promoción del debate para la construcción de valores y bienes públicos.
- Control social y exigibilidad de los derechos relacionados con la calidad de vida y la salud.
- Fortalecimiento de redes sociales con dimensión política y autonomía y con capacidad de incidencia en los asuntos públicos

A partir de las narrativas se construyeron agendas sociales con participación de la ciudadanía en los 81 territorios. Los ciudadanos generaron procesos de lobby y gestión frente a las instituciones para la resolución de las problemáticas, lo cual se viabilizaba en los CLOPS.

Adicionalmente, se evidenció un fortalecimiento de tejido social- organizativo que generó experiencias importantes en exigibilidad de derechos en los diversos territorios.

En octubre de 2011 se realizó un seminario de experiencias donde se evidenció la potencia de esta estrategia, sin pretender decir que antes de la GSI la ciudadanía y las organizaciones sociales no tenía procesos propios de trabajo y organización comunitaria, al contrario la GSI buscó que la institucionalidad reconociera y apropiara la lógica comunitaria, para las comunidades la GSI es lo que ellos hacen, solo que logró ponerse en un tiempo y espacio para que la institucionalidad se aproximara a esta lógica y modificara sus prácticas verticales de planeación basadas en el conocimiento técnico.

En el seminario de experiencias se destacaron 46 acciones que se vinculaban con las mesas de GSI como: de protección ambiental, de respuestas para personas en discapacidad, de rechazo a megaproyectos como la construcción de la segunda pista del aeropuerto el Dorado, la agenda por la protección del territorio en la Flora (Usme); “Nada sobre nosotros sin nosotros” (Kennedy); etc.; se trata de explicitar que la GSI tuvo un alto grado de posicionamiento para la ciudadanía porque como ellos lo manifestaron: “era la primera vez que el Estado se ponía en lógica comunitaria, en sus dinámicas propias la reconocía y empezaba a actuar en consecuencia con esta lógica.” (Grupo Focal, marzo de 2013).

4. Desarrollo de capacidades: fue una acción permanente, busca que las instituciones revaloraran sus capacidades, reconozcan las posibilidades y aportes comunitarios y vislumbren la posibilidad de construir sentidos compartidos. La principal herramienta para el desarrollo de capacidades fue la formación que se sustentó en una metodología de educación popular¹⁸³, lo que

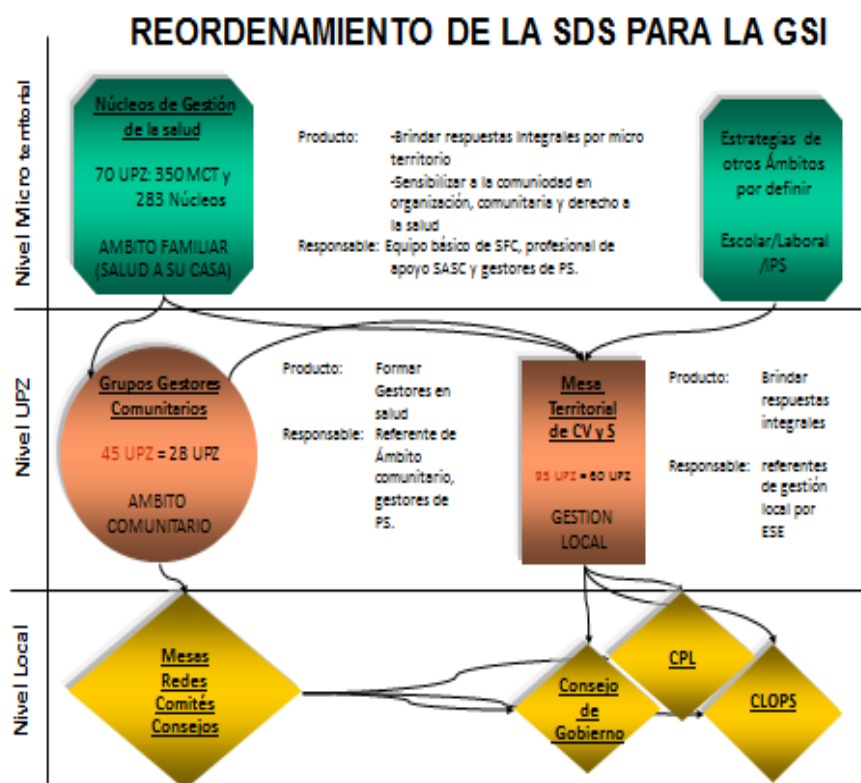
¹⁸³ La metodología fue diseñada por la Corporación Grupo Guillermo Fergusson a partir de su capital cultural construido en 30 años de trabajo en educación popular con diferentes comunidades.

se tradujo en que el proceso se instaló bajo principios como: la educación es un proceso de poder para transformar las formas de dominación instituidas y generar procesos emancipatorios. Se basa en el diálogo de saberes por lo cual reconoce a todos los sujetos como sujetos de saber; instala dinámicas y dispositivos para reconocer las voces históricamente silenciadas, excluidas. El acto pedagógico es una práctica social y por lo tanto se instala y reconoce los contextos específicos; se usan técnicas de formación para crear, transformar y no para reproducir: cartografía social, construcción y análisis de casos, diálogos, trabajos grupales, foros, debates y asambleas, agendas, entre otros. De igual forma, el desarrollo de capacidades posibilitó a la comunidad leer sus aportes como significativos a los procesos de desarrollo social:

La GSI caló mucho en las comunidades porque simplemente es nuestra; es como nosotros las comunidades pensamos; lo que hizo diferente es que puso a los funcionarios a pensar como nosotros, porque los hacían ir al barrio y ver todo, salir del escritorio, moverse y ver cómo vivimos nosotros. Me acuerdo que me tocó ir a recoger a unas doctoras y al principio eran como que no les gustaba esto; empezamos a hacer los talleres pero nosotros ya teníamos entrenamiento de cómo hacerlos y no era lo que ellas dijeran, sino lo que nosotros decíamos, y eso cambia todo; no era la lista de problemas; era conectarlos unos con otros y entenderlos mejor; y después decir qué no estaba cubierto, qué no aportaba el Estado y que incluso muchas veces nosotros suplimos; y ahí sí aparece la verdad, lo que nos falta para tener derechos y eso es lo que tiene que hacer el Estado; no seguir repitiendo lo mismo, porque ellos siempre hacen lo mismo. (Grupo Focal, marzo de 2013).

Gráfico 35.

Desarrollo de capacidades en salud dimensionado por GSI



Fuente. SDS. 2011

El gráfico 35 muestra el reordenamiento del PAB /PIC en la SDS por grupos de trabajo territorializados para poder responder a la GSI.

5. **Presupuestos adecuados:** es fundamental para modificar las condiciones de vida. Por tal razón al proceso se vincularon la Secretaría de Planeación Distrital (SDP), la Secretaría de Gobierno (SDG) y la Secretaría de Hacienda (SDH); a partir de allí, se amplió intentó permear la lógica tecnocrática dura. Inicialmente Planeación ingresó bajo la lógica de ir constituyendo un tipo de evaluación a las políticas (Núcleos de derechos). Posteriormente Hacienda para revisar los presupuestos y una lógica posible de adecuación de recursos que partiera del manejo de los recursos propios que la ciudad destinaba para las localidades que hasta ese momento estaban ordenados de manera fragmentada. En este contexto

se concretó el Decreto de la Alcaldía 101 de 2010 para fortalecer el papel territorial de las alcaldías locales:

Por medio del cual se fortalece institucionalmente a las Alcaldías Locales, se fortalece el esquema de gestión territorial de las entidades distritales en las localidades se desarrollan instrumentos para una mejor gestión administrativa y se determinan otras disposiciones. (Decreto 101 de 2010).

La vinculación de la Secretaría Distrital de Hacienda, que siempre había mantenido un estatus centralizado y de carácter técnico por lo que no se vinculaba a ejercicios participativos, se dio a la tarea de repensar los recursos con lógica local territorializada. Se establecieron cinco líneas temáticas de articulación presupuestal y se formalizó a través del Decreto 101 que daba mayor autonomía a la localidad e instaba a las entidades distritales a organizar sus recursos en coherencia con la lógica local.

Una vez finalizado el periodo del PDA la siguiente administración que venía de la izquierda, y que inclusive había sido parte del PDA, decidió no retomar la estrategia ni dar continuidad. Lo único que se mantuvo fue el Decreto 101 de 2010.

Capítulo seis

Conclusiones

La investigación analizó la política en salud en Bogotá como una disputa en relación con el SGSSS desde la perspectiva de la Medicina Social. En este marco se identificaron tres planos de análisis de la disputa: el conceptual que respondió la pregunta: ¿Qué concepción de salud se instala en la Política de salud en Bogotá, en el periodo de izquierda democrática (2004-2012)? ¿En dicha concepción, qué puntos son centrales y entran en contradicción con el SGSSS (Ley 100)? El plano político que dio respuesta a la pregunta: ¿Cómo las relaciones de poder posibilitaron o limitaron las transformaciones y la instalación de la Política de Bogotá? Para responder la pregunta se identificó: ¿Qué sujetos–actores fueron determinantes en el desarrollo de la política de salud en Bogotá? y qué tipo de relaciones de poder se instalaron: ¿de identidad, de oposición/contradicción; de dominación? Y en el plano institucional, se respondió: ¿Cómo se despliega la concepción político-conceptual en lo institucional? ¿Qué estrategias se usaron y se pueden considerar alternativas en relación con el SGSSS (Ley 100)?

La intención de la tesis fue mostrar como: la Política de Salud en Bogotá (PSB) en el periodo de estudio tensionó al SGSSS, creó un campo favorable al derecho a la salud entendido en el marco de los DESC y la determinación social, y modificó específicamente la forma como se concebía y operaba la salud pública en la ciudad configurando una alternativa para la población.

Disputar la visión de salud como derecho social implicó necesariamente la interpelación al Estado y a esto se vieron abocados todos los gobiernos progresistas¹⁸⁴ en los últimos 20 años en América latina, cabe precisar que la experiencia de Bogotá corresponde a un ente territorial y no cuenta con la suficiente autonomía ya que está

¹⁸⁴ Se identifica como las propuestas de los gobiernos de izquierdas democráticas (con diversos matices y niveles) en: Brasil, Ecuador, Bolivia, Venezuela, y la experiencia territorial de México en el Distrito Federal.

supeditado a la lógica nacional para el caso en salud a la ley 100 del 93, esto pone una característica particular. A pesar de esto, quienes asumieron el liderazgo en la SDS se propusieron construir una alternativa al Sistema basados en la concepción de derecho social vinculado con la determinación social, instalados desde el lugar normativo que posibilita la Constitución Nacional que reconoce a Colombia como un Estado Social de Derecho (ESD), y desde allí interpelaron al SGSSS.

En este contexto, muchos luchadores de América Latina han ocupado instancias de decisión y se han encontrado en situaciones paradójicas, como afirma Fleury (2006, 112): “Como parte de los procesos de transición y de construcción de democracias, asumimos los costos de gerenciar sistemas de salud inequitativos y excluyentes, buscando avanzar en la dirección de una esfera pública inclusiva y de un sistema integral y universal”.

Las políticas en salud están inmersas en la discusión del Estado como lugar de ejercicio de la hegemonía, en el marco de la globalización. El Estado en los últimos años ganó nuevamente centralidad para cohesionar (soberanía) frente a la crisis de legitimidad producida por el neoliberalismo, pero a la vez tiene dependencia en decisiones que están al margen del Estado: “Si bien hoy los Estados están retomando en América Latina una mayor capacidad de definir políticas sociales, simultáneamente están restringidos a la lógica que ordena los circuitos de la economía mundial depende más de la fluctuaciones de los *commodities*”(García 2010, 573)

En este contexto la política de salud es un lugar fundamental para la producción de plusvalor en el marco de complejo médico industrial- farmacéutico- servicios, con lo cual está inserto en el régimen de acumulación de capital, la salud se convierte en un valor de alto interés para el capital económico, pero a la vez la política responde a las necesidades en salud de las poblaciones; es un valor social vinculado con la vida y por lo tanto se convierte en un mecanismo de legitimación del orden social. En el marco de esta contradicción se movilizan las políticas en salud.

La preocupación actual de los organismos supranacionales por la ‘cohesión social’ es una ilustración de este hecho. Aunque el capitalismo global haya avanzado en su proyecto económico su falta de resultados en el terreno social tiende a subvertirlo y tiene un talón de Aquiles en sus efectos sociales de empobrecimiento masivo y creciente

desigualdad; es donde empieza a desmoronarse ética, económica y socialmente. (Laurell 2014, 563)

El Estado colombiano como los demás estados latinoamericanos no se consolidó como un Estado bienestar y en la década de los 80 fue incorporado a la lógica de ajuste estructural en donde se modificó su papel, afectando principalmente la salud y educación que se convirtieron en servicios bajo la lógica mercantil. Esta lógica fue sustantiva en la modificación de las políticas en salud, lo que inició como un ajuste que buscaba la disminución del gasto público en salud y la implementación de la lógica neoliberal terminó siendo un modelo de exportación bajo la fórmula del pluralismo estructurado que se tradujo en la configuración del SGSSS.

Desde esta óptica el SGSSS ordenó la política nacional a partir de la fragmentación de funciones: administración, prestación, regulación, modulación creando un mercado de competencia regulado en donde la salud terminó siendo un bien privado y en donde el derecho quedó restringido a un derecho prestacional de acuerdo con la capacidad de pago de las personas; y la política social quedó convertida en un instrumento de focalización para otorgar subsidios a la demanda a los pobres, con lo cual restringió el papel redistributivo de la política social que se había constituido en la lógica de los Estados bienestar europeos y que era horizonte de sentido para los Estados latinoamericanos.

El SGSSS se instituyó como la solución a la falta de universalidad y se lanzó como la gran solución a la ineficiencia del Estado que para entonces gastaba en salud el 3,5 % PIB (1994). Al iniciar el 2004 no se había cumplido la promesa del Sistema de alcanzar la universalidad para el año 2000 a pesar de que desde el año 94 y en adelante el gasto en salud se amplió en promedio al 7% del PIB.

Con el Sistema se conservó la obligatoriedad de la contribución (recursos públicos parafiscales), se instaló a unos intermediarios que obtienen su lucro de la administración de estos recursos, por medio de un contrato tácito entre el Estado a través del de pago por capitación (UPC) póliza anual a cambio de un paquete de servicios (Plan Obligatorio de Salud-POS). Estos agentes (EPS) se convirtieron en los dominantes de todo el sistema, por encima de los entes territoriales. Esta es la visión hegemónica de derecho a la salud como aseguramiento y explica la poca gobernabilidad que tienen los gobiernos

territoriales y que determina en gran medida lo que pasó con la Política de salud en Bogotá, en donde la disputa era afectar todo el Sistema pero sólo se logró el control sobre una parte (salud pública) sin afectar la lógica y estructura fundamental del Sistema.

La estructura del SGSSS facilita el poder de las EPS, lo que ha sido posible porque la función de articulación entre las instituciones del Estado y los mercados de bienes y servicios está mediada por la contratación, en el caso colombiano, los contratos entre las instituciones y los particulares son el núcleo de poder más importante. La lógica y contenidos de los contratos, se ha instituido por el Estado de manera flexible bajo el argumento que se debe mantener la libre competencia como un derecho de todos e impedir que se obstruya o se restrinja la libertad económica con lo cual el Estado terminó perdiendo autoridad sanitaria y obrando en función del interés del capital favoreciendo a las fuerzas dominantes, lo que se evidencia inclusive en los contratos que establecen las EPS con los Hospitales que representan lo que queda del sector público como prestador de servicios.

Para el caso particular de Bogotá, el gobierno nacional a través del Ministerio de Protección Social impuso las reglas de juego y los contenidos de los contratos con los intermediarios (EPS) en contra de la voluntad explícita del gobierno distrital, lo cual se tradujo en una contradicción entre los intereses defendidos en el nivel nacional y los planteamientos de la administración distrital que planteó una regulación más fuerte del mercado como una condición para la garantía del derecho. Esto se ilustró claramente en la disputa inicial (2004) donde se mostró como el debilitamiento de la autoridad sanitaria del ente territorial es forjada de forma estructural, lo que imposibilitó ejercer poder efectivo sobre las EPS, pero a la vez, también mostró como el Ministerio de Salud y protección Social intervino en favor del interés del capital al aliarse con las EPS en función de los intereses privados que se mueven en contra del interés de los trabajadores y de los sectores populares; es decir, la clase dominante al interior del Estado es funcional al capital:

Podemos ver entonces que ni es correcta la lectura extincionista de los Estados, ni es correcta la lectura petrificada de la vigencia de los Estados. Lo que está claro es que tenemos una dinámica, un movimiento y un proceso. La globalización significa evidentemente un proceso de mutación, no de extinción de los procesos de soberanía política. No estamos asistiendo a una extinción de la soberanía, sino

a una mutación del significado de la soberanía del Estado. Igualmente, lo que estamos viendo en los últimos 30 años es una complejización territorial de los mecanismos de cohesión social y de legitimación social. (...) Entre los últimos 5 y 10 años hemos asistido a un regreso, a una retoma de la centralidad del Estado como actor político-económico. Pero a la vez existen flujos económicos y políticos desterritorializados y globales que definen, muchas veces, al margen de la propia soberanía del Estado, temas que tienen que ver con la gestión y la administración de los recursos del Estado. (García 2010,575)

En cuanto a la concepción de la salud la visión hegemónica es acorde con la lógica del mercado del sistema de aseguramiento al segmentar y fragmentar la atención en salud potenció el enfoque curativo y biomédico. La Política de Bogotá apostó por el enfoque promocional (EPCVyS) y la APS como principal instrumento para transformar esos valores hegemónicos. Si bien los valores, principios y elementos de la EPCVyS /APS debían influir en la transformación del Sistema de salud a nivel de Bogotá, la SDS no tenía la competencia para hacerlo de forma eficaz en tanto es el gobierno nacional y el Congreso de la República controlan el escenario de formulación de la política y esto afecta de manera directa el comportamiento de la salud y en gran medida a la SDS. La política nacional se implementa verticalmente desde el nivel nacional a lo territorial.

Durante el periodo de análisis las fuerzas hegemónicas del gobierno nacional y las del Congreso de la República se mostraron contrarias a las iniciativas del Polo Democrático Alternativo en relación con la transformación del SGSSS, por ejemplo, cuando el gobierno distrital y la bancada del PDA en las cámaras del Congreso presentaron un proyecto de ley en esa dirección. A pesar de esto, la PSB sostuvo la idea fuerza de profundizar opciones verdaderamente públicas y democráticas a través de programas concretos como SAH /SASC buscando presionar la estructura general del Sistema y papel del Estado.

No obstante, a lo largo del documento se vio como esta lucha requiere la complementariedad de fuerzas desde la sociedad civil (movilización consciente de la población); en este punto se realizó un esfuerzo sostenido en el tiempo (8 años) e incluso se intentó no solo modificar las prácticas de participación, sino también, instituir otra lógica a través de la Política de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía (PPSySC), pero fue insuficiente. No por falta de esfuerzo, sino por el peso de la hegemonía cultural que ha logrado que el modelo neoliberal, instale en la mentalidad colectiva que la salud

depende de la capacidad de pago y que los recursos públicos sólo son dádivas que se dan a los pobres con lo cual se desvirtúa el carácter del derecho vinculado a la ciudadanía social (universal, integral, interdependiente e indivisible; y los principios de equidad y gratuidad que lo componen).

La perspectiva hegemónica fue interpelada por la política de salud de Bogotá en el plano conceptual cuando se instaló la EPCVyS/APS y propuso:

- La articulación de perspectivas que dieron potencia conceptual, técnica y política: el derecho es social vinculado con la determinación social, con lo cual se deben procurar condiciones entendidas como piso igualitario para que las personas pueden desarrollar sus proyectos vitales y por lo tanto, la salud es bienestar y debe promover el desarrollo y en donde la APS orientaba el sentido de la gestión para lograr construir valores alternativos al mercado: integralidad, continuidad, longitudinalidad y participación; esta visión concatenada se aterrizó en programas concretos: SAH/SASC.
- Se estableció que la lectura en salud se realizaba sobre necesidades y no sobre riesgos y a partir del abordaje de poblaciones en territorios bajo el imperativo ético de responder a dichas necesidades. Se asumió que el territorio es determinante para lograr la integralidad y transformar la lógica de política asistencial por la de derecho y que el Estado es garante del derecho.
- El objeto de la calidad de vida (EPCVyS) permitió la lectura de las determinaciones y su correlato con las desigualdades para transformar la lógica de la enfermedad, el riesgo y la naturalización de las inequidades por la vida buena para todos. Lo anterior implicó que los equipos de trabajo debieron desplazarse y resituarse en la complejidad del proceso s-e. El ejercicio de la política mostró que la fractura entre lo técnico y lo político, no es real: toda decisión connota un contenido político.
- Se generó un proceso de formación y reordenamiento en equipos que permitió apropiarse la realidad: los ejercicios se realizaron desde los territorios y con participación y esto implicó modificar la lógica fragmentada de pensamiento /acción (unos piensan, hacen el lineamiento desde una mirada “técnica – científica” por lo general centralizada y dirigían a los operadores (funcionarios

de los hospitales) que eran vistos como operarios de la política. Los procesos de formación se encargaron de ir deconstruyendo esta alineación. El reordenamiento de la salud a partir de las lecturas de necesidades permitió romper la lógica lineal de la salud (enfermedades transmisibles, salud sexual y reproductiva, etc.) e instalar metodologías: Proyectos de Desarrollo de Autonomía, procesos de Ámbitos de vida cotidiana una lógica que posibilitó la emergencia del objeto de la salud como una producción social y por lo cual se debió modificar la estructura del PAB.

A pesar de que la disputa de la PSB se planteó como una interpelación y una propuesta alternativa a la existente (Ley 100), la lógica estructurante del Sistema terminó restringiendo la potencia de la Política, lo que no resta que la idea fuerza derechos social a la salud /determinación social intencionalmente disputó la visión conceptual y develó que el SGSSS se sustenta en una visión de economía de la salud basada en la teoría neoclásica, como la forma “científica” que desde el Neoliberalismo, se ha constituido en una posición ético-política, más allá de una disciplina. En tal sentido, en el contexto específico de la política de salud en Bogotá, se acudió al planteamiento de derechos que continúa en un marco liberal, por lo cual se reforzó la idea de derecho a la salud vinculado con los DESC y con la determinación social a través de la Estrategia Promocional (EPCV y S) y APS para potenciar la política. Es decir, el ejercicio político se contextualizó e implicó amalgamar perspectiva que potenciarán el derecho social y ampliarán el horizonte liberal.

Si bien la PSB no logró romper la lógica estructural como se mostró a lo largo del escrito, sí constituyó una especie de paralelismo que se instaló centralmente en salud pública a la luz del paquete de acciones colectivas (PAB) lugar de mayor maniobrabilidad en el sistema, y con ello, el avance más significativo fue constituir una visión de salud pública fundamentada en lo promocional.

La experiencia mostró que construir esta nueva concepción de salud pública implicó enfrentar varios elementos desde el plano epistemológico para superar la visión hegemónica como: i) la visión salud considerada bajo una perspectiva de control de riesgos y centrada en el autocuidado y el mejoramiento de comportamientos o estilos de vida; ii) el ordenamiento administrativo basado en la nueva gerencia en salud, donde la

salud termina instalada en la productividad y enmarcada bajo la lógica biomédica con relación directa con el complejo médico farmacéutico (por ejemplo las vacunas en prueba); iii) la fragmentación de las acciones colectivas (PAB/PIC) de las acciones individuales (POS), con lo cual de manera explícita se establece la división público (Estado) y privado (mercado), y se consolida la lógica de bienes públicos y privados, instalando la competencia y otorgando al mercado el papel principal y donde la salud es instituida como mercancía. Ante esta visión hegemónica se propuso la modificación del objeto de la salud de manera concreta en:

- La incorporación de la gestión social en el PAB/PIC como un dispositivo para construir transectorialidad y afectar las condiciones que determinan la calidad de vida y la salud. Este elemento es producto de un ejercicio sostenido para que el sector salud se posicionara de una manera diferente como productor de bienestar y no solamente como responsable de los daños, esta perspectiva netamente promocional fue eje vertebral de la política EPCVyS.
- La instalación de relaciones institucionales más igualitarias, menos verticales; para el caso, al interior de la SDS y su coherente desdoblamiento entre los niveles Distrital –local.
- La articulación institucional de niveles central –local a través del reconocimiento territorial y de las voces, no solo de la ciudadanía, sino también de los trabajadores que permanecían en el territorio. La articulación pasó por la construcción de códigos comunes frente a la visión que se instaló a través de espacios de debate o de formación; se construyó un discurso que fue posible de usar, accesible y que configuró una “comunidad de lenguaje” que se expresó en sentidos compartidos frente a la calidad de vida y los derechos.
- Se mantuvo la vigilancia sobre la lógica del mercado, la acumulación y la visión de salud como bien privado; explicitándolo de forma permanente, este elemento fue una marca de ruptura con la lógica tradicional de la política en donde la institucionalidad (SDS) no criticaba públicamente al Ministerio, ni a los otros agentes del Sistema, durante todo el periodo, aunque tuvo momentos

diversos se mantuvo la interpelación, la denuncia, como se vio en el registro de prensa, este elemento es central en la disputa política (cultural).

Debatir el sentido de la salud instalar la visión promocional institucionalmente y mostrar resultados interpeló de manera fáctica el sistema de aseguramiento. La disputa por la política de salud de Bogotá se constituyó en una propuesta restitutiva del derecho y de la complejidad de la s-e, no sólo desde los postulados sino desde el contenido mismo de la política, el enfoque fue desplegado en todos los lineamientos y documentos producidos, en la lógica del ordenamiento institucional, en su reestructuración donde visiblemente aparecen estrategias nuevas como APS y GSI; en la inversión con recursos propios colocando esfuerzos importantes en rubros específicos como salud pública, participación y gestión en salud para restituir al Estado su papel de autoridad sanitaria y su fortalecimiento bajo la perspectiva de que es el garante del derecho.

No obstante, la misma lógica de los recursos explícita la lógica paradójica en que se instituyó la PSB, la mayoría de los recursos se mantienen ordenados estructuralmente a la luz del Sistema el 74 % se invierten en el aseguramiento bajo la lógica hegemónica esto es predefinido por la norma nacional.

La investigación mostró como a la disputa conceptual, -el derecho social a la salud en oposición al aseguramiento-, subyace una disputa política, esto es, un Estado formal que se postula como Estado Social de Derecho¹⁸⁵ pero que de facto opera una estructura, unas prácticas y unas lógicas que configuran un Estado en función del mercado de la salud.

Desde la experiencia de Bogotá se mostró que es necesario consolidar ese otro tipo de Estado (ESD); paradójicamente a pesar que la norma es clara en el reconocimiento de los derechos e inclusive instaló formas de exigencia formal (tutela), desde la estructura del régimen político la realización del ESD opera en estructuras de mercado. Modificar esto pasa por democratizar las instancias representativas que en su mayoría son funcionales al poder dominante; transformar la estructura y avanzar en otro tipo de gobernabilidad democrática, requiere de apoyo en las fuerzas de los sectores populares para detener la alianza de los sectores dominantes del Estado. Sin embargo, este ejercicio

¹⁸⁵ Constitución Nacional.

también requiere de esfuerzos importantes, pues los sectores populares, están fragmentados y en muchos casos cooptados a la lógica hegemónica.

En la experiencia Bogotá algunas modificaciones al Estado fueron posible desde las prácticas (territorializadas, participativas), con lógicas menos verticales donde se rescata el papel de los trabajadores, aclarando que, esto en particular debió pasar por una desalienación del sujeto, y que fue posible modificando las relaciones; pero a la vez la experiencia mostró que para construir el derecho no basta modificar la visión, o generar procesos de formación, o la modificación de las relaciones jerarquizadas y verticales. Los trabajadores de la salud son quienes han recibido todo el peso de la política neoliberal a través de formas de contratación indecentes, en tal sentido, es fundamental dignificarlos y esto fue un saldo absolutamente en rojo en los 8 años del PDA, lo que resulta por decirlo menos paradójico cuando el primer alcalde del PDA provenía de la mayor central de trabajadores (unión de sindicatos).

La disputa por el Estado es compleja teniendo en cuenta que en Bogotá instaló una política para movilizar una propuesta alternativa en un Estado territorial sin autonomía plena y que de entrada se reconocía el Estado, como un campo estratégico de lucha por el poder en salud. Esta lucha tiene por lo menos cuatro dimensiones a disputar: la material, la ideal, la política y la monopólica. Para García Linera, la globalización demarca dos grandes tendencias contrapuestas entre sí:

Por un lado, el Estado mínimo o su desaparición funcional a la lógica del mercado; y por otro, el Estado como un espacio fundamental y necesario para la cohesión social. En esta dicotomía propone recurrir a comprensiones del Estado como una instancia que condensa la complejidad que se teje entre cuatro dimensiones: material (institución), ideal (simbólico), política (correlación de fuerzas)¹⁸⁶, monopolio (de legislación, fuerza, tributación) en el marco de relaciones sociales dinámicas. (García 2010, 571)

El Estado como campo en disputa posibilita dimensionar también su relación con la sociedad civil. Se asume la sociedad civil como un ámbito de discusión y de generación de consensos políticos, visto así el Estado así, éste se dinamiza a partir de los movimientos que establece con la sociedad civil. Esta reconfiguración de la sociedad civil ampliada ha posibilitado la emergencia de los movimientos sociales que interpelan las lógicas

¹⁸⁶ De jerarquía, conducción y control de decisiones.

determinísticas del Estado y su pre-configuración. Es decir, para transformar el Estado no es suficiente con ocupar espacios de dirección. Se requiere hacer rupturas de poder a través de la articulación con las clases populares y movimientos. De no lograrse esto, la apuesta transformadora queda atrapada e instituida sin lograr cambios profundos.

Parte del entramado de captura está en la asimilación del sujeto político con la ciudadanía en su lógica formal, como ciudadanía abstracta producto del liberalismo, escindida de la condición material y vaciada de su componente ideológico de dominación de clases. En este punto se requiere redimensionar la ciudadanía a la luz de su componente político social, desplazándola del individualismo hacia la posibilidad de construir la esfera pública.

En este contexto, cabe resaltar que desde la política distrital de salud se instaló que la experiencia le permitiera a los sujetos, trabajadores y ciudadanía asumirse como sujetos políticos en coherencia con la complejidad, dado que en el campo de la salud confluyen los intereses de acumulación y a la vez el valor de la misma para la ciudadanía. Develar esta contradicción y explicitarla de forma institucional a través de los discursos y de las acciones modificaron las lógicas de interacción pre-existentes al 2004. Presentar al conjunto de la sociedad, desde la institucionalidad del principal ente territorial del país, una crítica contundente al sistema de aseguramiento, confrontar el papel de las EPS y del mismo Estado amplió el horizonte de disputa por el derecho a la salud como derecho social en Colombia.

En este contexto, la política de salud de Bogotá del periodo estudiado tuvo una intencionalidad política definida y en tal sentido instaló condiciones para constituir un sujeto político con perspectiva colectiva, rompiendo la fractura social y política que marca la historia de los procesos participativos en salud que han sido instrumentalizados a partir del aseguramiento y su Decreto 1757/94.

De allí que se resalta el papel de la participación social y la construcción de una política estatal garantista (PPSySC) de este derecho vinculado con el derecho a la salud que sentó las bases para el desarrollo de procesos de ciudadanía social en salud, en la medida en que instaló dispositivos para generar debate, deliberación, exigencia, organización, espacios más allá de lo establecido en el marco legal hegemónico.

La PPSySC busco la transformación del sujeto político en cuanto a: avanzar en la visión cultural, se trató de instalar una imagen de salud como derecho de todos que fuera apropiada significativamente por la ciudadanía y que desnaturalice la lógica mercantil y en su lugar reinstale la salud como un valor social vinculado con la solidaridad, de forma tal que se incruste una la lógica de salud como bien público, como construcción social (de todos), y en donde los procesos de participación tiene desafíos enormes frente a la restitución del poder instituyente del sujeto que ha sido vaciado a través de las lógicas institucionales y clientelares. En tal sentido, la participación, que instituyó el SGSSS, en su conjunto, transformó la participación comunitaria en participación individual, y colocó al ciudadano en la condición de consumidor de servicios. Esto produjo una segmentación en la participación: los sectores medios y altos acuden más a la tutela y a los mecanismos jurídicos de exigibilidad individual que los pobres; y éstos últimos se concentran en los “espacios” de participación de los hospitales públicos, que son bastante precarios y marginales.

Lo anterior se planteó en la PPSySC como el elemento central de la disputa política, lo que en este trabajo se leyó a partir de la categoría de participación social que propuse como resignificación de la participación. Desde esta mirada se concluyó que:

- La PSB instaló una lógica de posicionamiento de la participación como una herramienta de lucha política, como ejercicio de poder que puede pasar de lo individual a lo colectivo y viceversa, es decir, la participación transforma. Esto puede sonar evidente, pero en la ciudad esta visión de la participación entendida como poder no estaba reconocida, ni por la institucionalidad, ni por los líderes o no tenía peso suficiente.
- Se construyó la Política de Participación¹⁸⁷ como un instrumento para modificar las relaciones entre la institucionalidad y la ciudadanía, y esto permitió forjar una imagen de ciudadano como sujeto de derechos y constructor o co-productor del derecho a la salud, lo que se tradujo en la exigencia del ciudadano de la garantía del derecho por parte del Estado. En este marco se constituyó el Sistema Distrital de identificación de Barreras de

¹⁸⁷ En el Decreto 530 de 2010 se formalizó.

Acceso como un instrumento para la exigibilidad y a la vez se dotó a la ciudadanía de espacios como las Asambleas que construyeron mandatos ciudadanos por el derecho a la salud considerados agendas de negociación con el Estado Distrital (SDS).

- Se territorializó la participación y esto posibilitó la construcción de identidades que permitió la visibilización de múltiples formas de participación más allá de los mecanismos instituidos por la Ley 100. En tal sentido, se abrieron otros espacios desde la institucionalidad para el reconocimiento de las lógicas y las dinámicas de la participación de diversos grupos -no solo referido a los servicios o a las formas institucionales- sino en los territorios donde transcurre la vida cotidiana. A través de la propuesta de iniciativas comunitarias se incluyeron diversos grupos como: ambientalistas, LGBTI; mujeres, barras futboleras, que se vincularon a los proceso de participación por la calidad de vida. En salud pública bajo esta perspectiva de participación se generó un proceso de reconocimiento de redes y se organizó lo que se denominó círculos de existencia vinculados a la APS.
- Se instalaron espacios de debate amplios con condiciones materiales y garantías de diálogo e interlocución que posibilitaron la modificación de la lógica institucional que define el sujeto que participa, se generaron espacios amplios donde la representación pasaba a un segundo plano, se trató de construir instrumentos participativos nuevos: agenda o mandato colectivo que orientaron las acciones de los grupos y de las formas (institucionales) bajo una sentido común: avanzar en la realización del derecho a la salud. El escenario más relevante fueron las Asambleas¹⁸⁸ que fueron espacios de debate que permitieron la emergencia de contradicciones, críticas u otras formas de expresión que generaron procesos de argumentación /contrargumentación, dando paso a toma de posiciones con lo cual se fortaleció el espíritu democrático, y se generó entre los líderes capacidades para establecer consensos (códigos comunes) y reconocer los disensos. La participación en

¹⁸⁸ Se realizaron 7 entre el 2004 y el 2011.

las Asambleas se convirtió en un dispositivo de fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas.

- Se posicionó el derecho vinculado con la ciudadanía social, lo que colocó al Estado como garante, al sujeto como sujeto de derechos, a la salud y la participación interdependientes para contrarrestar la lógica de las dadas, las cooptaciones, y las clientelas. De igual forma se avanzó en la comprensión de la participación con relación a la construcción de la esfera pública, la redistribución del poder y de la participación decisoria vinculada con procesos de representación, pero también con la acción colectiva como democracia directa. Se reconoció la acción política bajo la idea de la construcción entre iguales y bajo una ética pública tanto en la representación, como en las acciones directas. Todo lo anterior, implicó establecer dispositivos para que las decisiones de la ciudadanía tuvieran realizaciones concretas. Esto es un proceso, que se fue configurando en hechos puntuales, que le permitieron a la ciudadanía ir ganando capacidad de incidencia; un ejemplo de esto fue la Audiencia pública sobre barreras de acceso, de marzo 24 de 2008 ¹⁸⁹ organizada por los líderes Comisionados de la Tercera Asamblea con apoyo de la Dirección de Participación. En dicha Audiencia la ciudadanía logró el compromiso explícito del Alcalde Mayor para incorporar en el Plan de Desarrollo una Política de gratuidad en salud lo que se realizó de manera efectiva.
- Se establecieron mecanismos para el fortalecimiento de la participación colectiva con garantías efectivas, con disposición de recursos (financieros, logísticos, técnicos, humanos) esto se hizo a través del apoyo ¹⁹⁰ a la implementación de proyectos, apoyo a iniciativas comunitarias que buscó la recuperación de lo colectivo o comunitario que la lógica del sistema ha fragmentado y medicalizado.

¹⁸⁹ Participaron 830 personas.

¹⁹⁰ Financiero y técnico.

Bajo la premisa que el Estado es garante del derecho a la participación se terminó fortaleciendo y cualificando la institucionalidad, inclusive se propuso una lógica de “captura” de la institucionalidad a través de la lógica comunitaria (intercambiar lo que históricamente ha pasado), no obstante, no se puede afirmar que se logró una transformación profunda en la mentalidad de los trabajadores que agencian los procesos de participación. No obstante, se avanzó en un horizonte en donde a los ciudadanos se les reconocía desde la institucionalidad como sujetos de derecho y esto se tradujo en¹⁹¹: respeto, escucha, apertura al diálogo, respuestas concretas a sus solicitudes e iniciativas. Las acciones concretas en participación en cada uno de los desarrollos de la PPSySC modificaron y transformaron las prácticas institucionales, sin embargo, esto no alcanzó a ser un ejercicio generalizado y apropiado en su magnitud por la comunidad, ni por los servidores públicos, es decir, el nivel apropiación de la participación como derecho no alcanzó transformaciones sustantivas.

La PSB ubicó desde el comienzo la participación como elemento nodal para lograr procesos de legitimación y dese allí generar la acción política que apoyara la transformación de la correlación de fuerzas. A pesar que en la APS, en la GSI y en la misma PPSySC la participación es central y es entendida como poder, el hecho de que estos procesos fueron instalados desde la institucionalidad y su lógica de poder transitorio (periodo de gobierno) a la larga disminuyó su capacidad y potencia, es decir, esta visión era clara y de interés de quienes ejercían el direccionamiento estratégico institucional que en esos momentos estaban investidos de poder legítimo institucional, pero esta idea no logró generalizarse y las experiencias concretas no ganaron los espacios, ni permearon suficientemente las dinámicas sociales, tampoco se posicionaron suficientemente para convertirse en una postura generalizada por parte de la ciudadanía.

No se trata de simplificar este debate a la luz del tiempo, en términos de cultura política (tiempo de la hegemonía política neoliberal 50 años vs 8 años de gobierno), lo que mostró la investigación es que se realizaron todo tipo de esfuerzos, incluso innovadores, pero el poder hegemónico que ha logrado el modelo neoliberal sustentado en el control material del Estado y su institucionalidad, en el dominio, de la correlación de fuerzas y el

¹⁹¹ Esto recoge los planteamientos de los líderes en los grupos focales.

poder simbólico /ideológico, hace creer a la gente que los recursos públicos sólo son para los pobres y el resto que pague o se defienda como pueda. Todo este conjunto de factores reproducidos consolidan históricamente un sujeto alienado y un imaginario colectivo basado en el individualismo, una ausencia de apropiación de lo público que despoja a lo social de su base solidaria. Para transformar esa hegemonía se requiere mucha movilización consciente de la población y allí aún estamos cortos, no como experiencia de Bogotá, sino como pueblo. Esto se evidenció en todo el proceso y sus intentos para modificar la correlación de fuerzas.

Al respecto, desde el principio de la experiencia se leyeron los contextos, las relaciones de poder, se identificó con precisión el mapa de actores, con lo cual se propuso estrategias de modificación de posiciones que permitieran el favorecimiento de la Política, como por ejemplo, los dos momentos de reforma al Sistema (2007-2008) y (2010 -2011) donde la SDS hizo incidencia proponiendo incluso proyectos de Ley coherentes con la propuesta de Bogotá, intentando visibilizar e incluir la estrategia de APS. También se determinaron momentos estratégicos para la confrontación como en el 2010 cuando desde la presidencia se lanzaron los Decretos de Emergencia Social que buscaban profundizar la privatización y el modelo neoliberal.

Quienes llegaron a dirigir la propuesta alternativa tenían gran capacidad técnico científica, venían de la academia con altos perfiles, tenían lecturas políticas explicativas de lo que sucede en la estructura del Sistema y de los impedimentos o intereses para la realización del derecho a la salud. También se tenía una teoría del Estado, y era claro que había grupos económicos que se lucran del sistema de salud.

A pesar de todo lo anterior, no había una lectura en términos de mapas “reales” de las relaciones, con actores precisos y sus redes de poder específicas de Bogotá interconectadas con la nación. Por decirlo de algún modo, se tenía una teoría del poder pero no se contaba con la información específica y suficiente que diera cuenta de la magnitud de captura del Estado por esos grupos de poder específicos e inclusive mafias.

Lo anterior quedó ilustrado en dos momentos en la disputa política; en el primero que se denominó: la ruptura inicial, donde claramente se evidenció la multiplicidad de intereses de bancadas en el Concejo, aliados con congresistas y con los entes de Control - Contraloría Distrital-encabezado por la máxima autoridad el Contralor lo que terminó con

la destitución del primer secretario. A través de la prensa se registró el desenlace y se visibilizó una primera aproximación a las alianzas soterradas que tenían como finalidad la apropiación del Estado en función de intereses económicos particulares: corrupción.

El segundo momento, en este documento se denominó “la reacomodación”, el cual se pudo documentar porque se destapó en 2012 el llamado “carrusel de la contratación”, donde se visibilizó la red de relaciones de corrupción con implicados de alto nivel: El Alcalde, el Secretario de Salud del momento, concejales, congresistas y particulares (empresas, intermediarios). Cabe señalar que no se trata de ver estas situaciones como casos aislados; son expresiones claras de cómo el poder económico se vincula con el poder político para usufructuar los recursos de la salud en una estructura que organiza la institucionalidad de tal forma que da cabida para que estas situaciones ocurran. No se trata de naturalizarlas, pero tampoco de pensar que es una práctica puntual. Varios de los implicados son políticos de vieja data con largas trayectorias en cargos de elección o en cargos públicos de decisión. En este contexto, construir correlación de fuerzas desde la institucionalidad con actores claves determinantes quedó minimizado.

Lo que mostró también la experiencia es que la dinámica de la correlación de fuerzas se constituye a partir de una serie de tácticas, en donde quienes históricamente han detentado el poder tienen mayor capacidad y lo usan. Esto se evidenció en todo el proceso que instalaron para impedir el desarrollo de la APS en la ciudad: se promovieron acusaciones y calumnias de desvío de recursos públicos, duplicación del gasto y detrimento patrimonial; se propiciaron debates de control político en el Consejo de Bogotá en contra de la iniciativa del gobierno distrital (SDS) desde la articulación de diversas fuerzas políticas puestas en función de los intereses económicos o clientelistas, vinculadas al negocio de la salud; alianza con sectores académicos que cuestionaban la “capacidad técnica” de la propuesta, y con medios de comunicación, todo esto para crear opinión pública en contra de la APS. A esta lógica subyace no solo las contradicciones entre las visiones ideológicas de izquierda (PDA) y de derecha; sino también la disputa de fuerzas internas del PDA que querían el control sobre la SDS y el gobierno distrital todo esto generó un clima de inestabilidad para desvirtuar la propuesta alternativa.

De otro lado, la construcción de la correlación de fuerzas con la sociedad civil no se logró inicialmente; y esto puede explicarse desde la lógica de la construcción de la

cultura política que en Colombia no ha logrado constituirse como un ejercicio público; al contrario, la construcción del Estado colombiano y de la sociedad civil está impregnada de una cultura no democrática donde lo público no es un referente apropiado en el imaginario colectivo y en donde se asume como “natural” que hay un conjunto de la sociedad (clase política) que ha mantenido el dominio del poder. No se cuenta con mayorías politizadas (entendido como sujetos con capacidad crítica y postura frente a lo público); el hecho de que en ningún momento de la historia colombiana¹⁹² se haya vivenciado el derecho a la salud como inalienable del ser humano, bajo un principio de igualdad y como bien público, tiene un peso enorme en la conciencia colectiva. Esto explica en parte porqué el SGSSS permea la sociedad y termina instalando la lógica neoliberal *de que quien tiene paga y quien no recurre al subsidio o sálvese como pueda*. Desde este contexto, no se contaba con una ciudadanía más empoderada en función del derecho para transformar la correlación de fuerzas por la vía de la sociedad civil y gran parte del esfuerzo se centró precisamente en cualificarla.

A pesar de los poderes instituidos y sus fuerzas, el ejercicio político mostró que la disputa de poder consiste en movilizar los actores y que se puede establecer alianzas o negociaciones bajo la premisa de defensa de lo público. Y mantener la postura de que el Estado es un lugar decisorio de la vida colectiva. En este sentido, como se mostró, se lograron aproximaciones puntuales o alcanzar identidades provisionales con algunos sectores: trabajadores, comunidad, hospitales. No obstante, esto es dinámico y lo que mostró la experiencia es que desde el Estado (ente territorial) era posible interpelar la lógica homogénea que hasta ese momento había tenido el Estado (nivel nacional) y que es posible disputar el derecho a la salud desde instancias locales, pero que faltó alinear de mejor manera los componentes mismos de la disputa.

La disputa institucional se centró en adecuar la institucionalidad para operar la PSB y la forma de establecer un marco que le favoreciera o la viabilizara, teniendo claro desde el principio que el SGSSS había instituido una la lógica de aseguramiento y mercado de la salud.

¹⁹² Ni antes de la Ley 100 ni después se ha cumplido plenamente el derecho a la salud como está plasmado en el PIDESE.

Cuando se tomó la APS como el instrumento para materializar la política de salud en Bogotá en 2004, se partió de que el Sistema no daba respuestas y que en ese sentido había un nivel de deslegitimación que podría validar una propuesta nueva y que en virtud de la situación, era posible lograr aliados en los prestadores, básicamente en los hospitales. Se trataba de concretar una cercanía del Estado a las necesidades de atención de la población, un acercamiento a otros sectores y una relación más directa con toda la población, con mecanismos de participación efectiva.

El esfuerzo trató de afectar toda la organización de los servicios, comenzando con un efecto demostrativo en la red pública de Bogotá (140 puntos de atención organizados en 22 hospitales). Dado que la Secretaría no tenía injerencia alguna en el Régimen Contributivo, se decidió afectar los servicios para población del Régimen Subsidiado (pagada por contratación con las Administradores del Régimen Subsidiado-ARS) y para la población pobre no asegurada o “vinculada”, a cargo del fondo público distrital (Fondo Financiero Distrital de Salud-FFDS).

En las condiciones específicas que determinaba el Sistema en ese momento el modelo de APS que se materializó terminó siendo una especie de APS híbrida: combinación de algunos componentes limitados de APS Integral, otros de atención gerenciada y de atención básica biomédica. Con la organización de salud familiar y comunitaria, se reorganizó la atención en el primer nivel, entendido como complejo primario, por medio de la aproximación a las familias y comunidades. Esta puerta de entrada servía de guía el curso de atención de las personas en las redes de servicios, ambulatorios especializados, hospitalarios y complementarios.

Pero el elemento central es que la APS era el instrumento que comenzaría a presionar a los pagadores (aseguradores intermediarios de todos los regímenes) por medio de una inducción de demanda generada por el primer proceso de “caracterización” de los individuos, las familias y las comunidades por microterritorios. Bajo esta organización de APS, la PSB propuso disminuir la fragmentación de los procesos de atención en salud; no obstante, la respuesta dependía de las EPS y esto, que era el centro de la disputa, se debilitó; como se mostró, el control sobre el Sistema lo tienen las EPS a través del manejo de recursos y de la contratación, lo que se sustenta en su influencia sobre el Estado en múltiples ámbitos.

La APS permitió un modo de operación que logró poner en evidencia las limitaciones mismas del SGSSS para producir universalidad; las barreras de acceso están configuradas estructuralmente a la luz de la mantener la lógica de rentabilidad financiera del Sistema; evidenció que la universalidad/afiliación no es sinónimo de cobertura y que no se trata de tener carnet; integralidad no fue posible articular el PAB con el POS, porque está sujeto a la lógica de pago y contratación que a su vez está definido por el Sistema que fragmenta acciones individuales de acciones colectivas, lo que termina beneficiando a las EPS. La integración solo ocurrió en acciones específicas y no se pudo generalizar por las razones expuestas, y mientras se mantenga la segmentación- fractura de funciones y lógica de paquetes, no es viable la integralidad. La continuidad es imposible en un Sistema que no se ordena por el sujeto y sus necesidades.

Territorializar la salud evidenció toda la problemática en salud que oculta el SGSSS y también mostró el limitado ejercicio de autoridad sanitaria del ente territorial. Aunque se construyeron rutas de posibles respuestas, éstas dependían en gran medida del esquema del SGSSS; es decir, bajo la lógica del aseguramiento, es tan débil el papel del Estado que no logra ni modular, y menos el control sobre las EPS; y quien debe cumplir el papel de control, la Superintendencia Nacional de Salud, es un ente sin capacidad instalada, ni respuestas concretas a las quejas, peticiones, tutelas, acciones de cumplimiento que la ciudadanía instaura. Más allá de esto, mientras se mantenga la lógica de mercado que ordena la operación del Sistema, la salud seguirá en la lógica mercantil.

A pesar de las restricciones, la APS en Bogotá mostró que es una posibilidad como modo de gestión para avanzar en la garantía del derecho a la salud en la medida que ordena las acciones en función de las necesidades de las personas; esto se explicitó específicamente en la operación de la salud pública. Pero también evidenció la fractura de los sistemas de información y el consiguiente caos que obedece a la segmentación de información entre los múltiples actores, la imposibilidad de establecer historias clínicas únicas y por lo tanto, mostró que la información del SGSSS es una especie de caja negra que, como dijo el Procurador General de la Nación¹⁹³, termina eliminando cualquier control sobre los recursos del Sistema.

¹⁹³Informe de Balance del Sistema en el 2014

Además de la importancia de territorializar, la PSB mostró que para enfrentar el Sistema es necesario profundizar en proceso de cualificación técnico- política de los trabajadores y la conformación de equipos de trabajo diversos, entendidos, no solo como equipos multi o interdisciplinarios -inclusive se buscó romper la lógica misma que subyace a las disciplinas y su fractura- y construir nuevos objetos centrados en las necesidades sociales y sus respuestas. Para desarrollar la perspectiva de la determinación social se requirió entonces ampliar los perfiles; no solo se trata de incluir trabajadores – de otros campos como las ciencias sociales- que aporten a la complejización de las lecturas, sino también, la participación de los trabajadores en todo el proceso de construcción de la política es definitiva para lograr su sustentabilidad. Un hecho que afectó esta posibilidad es la lógica de la contratación y la circulación/ movilidad de los trabajadores, aunque esto último no es absoluto, pues la migración de trabajadores de la institucionalidad de salud a otros sectores posibilitó que esos sectores apropiaran más rápido la visión de determinante como ocurrió en la Secretaría de Integración Social con lo cual se favoreció la estrategia de GSI, pero esto no es generalizable.

En cuanto a la formación de los trabajadores de la salud, la experiencia mostró que la metodología formativa basada en metodologías críticas permitió debates, discusiones, análisis de casos, retomando situaciones concretas desde las voces de las poblaciones en territorios. Esto amplió la lógica tradicional de formación como reproducción del conocimiento y fue clave para que los trabajadores interpelaran la lógica causal de riesgos e incorporaron nuevas comprensiones con los diagnósticos territoriales participativos. También mostró que la voz de la ciudadanía en las lecturas modifica las visiones institucionales tecnocráticas; un ejemplo de esto son los 20 diagnósticos con participación social que se actualizaron en el 2009 y que están disponibles en la web de la SDS.

Instalar la visión de política como algo “vivo”, no como simples cifras, generó un horizonte de sentido, lo que redujo la brecha o fragmentación entre el conocimiento científico “técnico” y la imagen política. Esto configuró nuevas formas de problematizar las realidades, nuevas formas de leerlas, y en coherencia estableció nuevos relacionamientos, estructuras o formatos más ágiles, en lo programático e institucional.

Al respecto, un lugar fundamental de la disputa son los instrumentos o formatos de gestión y los sistemas de información. Estos marcan profundamente la institucionalidad

y terminan definiendo los contenidos e instalando las lógicas. La investigación mostró que esto no fue suficientemente modificado y explica en parte por qué no se pudo mostrar resultados bajo la lógica de la nueva visión que se instaló, pues en gran medida se mantuvieron los esquemas preexistentes a la PSB. Al respecto se reconoció que hubo modificaciones en los esquemas de salud pública y participación social, donde la SDS tenía una mayor maniobrabilidad. En el “núcleo duro” (Aseguramiento, y Desarrollo de Servicios) no se generaron modificaciones importantes, porque éstas tienen un mayor nivel de control desde el SGSSS a través de las políticas nacionales y su normatividad (Sistema de Garantía de la Calidad). La hegemonía ha instalado en los esquemas y en los sistemas de información gran parte de su poder y también su forma de reproducirlo, bajo argumentos “técnicos” como la imposibilidad de unificar varios tipos de software o las patentes, etc. De esta forma se configura todo un discurso que sirve para encubrir múltiples intereses que al mantener la fragmentación de la información (no hay insumos, información veraz, oportuna) reproducen las formas tradicionales de ejercer el control.

Las nuevas lógicas y ordenamientos (la matriz, el cuadro, el formato, sistemas de información) son instrumentos claves de la gestión y hay que procurar que estén acordes con la visión propuesta. Como se mostró en los análisis hubo intentos como la GSI que ordenaron los procesos de gestión basados en otra lógica de gestión: narrativas, cartografías conectadas con el proceso en las Mesas Territoriales y que diseñó un sistema de información bajo la lógica de los 14 núcleos de derechos. Llegar a este punto tardó los dos períodos (8 años), pues el sistema de información se logró al final del 2011, momento en que asumía la nueva administración que no valoró esto como un esfuerzo estatal público, sino como un programa de gobierno, con lo cual terminó desestimando el ejercicio e imposibilitó su continuidad. Esta lógica de programa de gobierno y la falta de reconocimiento de que los recursos invertidos son públicos es una práctica reiterativa en el Estado colombiano, lo que algunos denominan el síndrome de Adán: quien llega al gobierno, cree que está inventando el Estado.

Un elemento fundamental en la disputa institucional es la voluntad política. Aunque los alcaldes siempre colocaron la estrategia APS como el programa más importante de sus gobiernos, y coherente con esto sostuvieron e incluso hubo aumento de los recursos, en varios momentos de tensiones sus posturas evidenciaron una posición de

no confrontación con los establecido (SGSSS) bajo una premisa de gobernabilidad. Adicionalmente, se reconoce que la estrategia de APS alcanzó un posicionamiento importante en la ciudadanía durante los dos periodos de gobierno.

La experiencia mostró que se construyó una visión técnico –política, se formaron trabajadores y se ganó su compromiso en distintos momentos; se contó con voluntad política y apoyo desde la Alcaldía, y reconocimiento ciudadano entonces: ¿por qué la APS como modo de gestión no alcanzó a modificar suficientemente el Sistema?

El hecho de que la SDS sólo podía influir de forma directa en la red pública a través de los contratos entre el FFDS y los hospitales públicos adscritos para la atención de los pobres no afiliados (vinculados); el papel del MPS que limitó la posibilidad de modificar el contenido de los contratos entre el FFDS y las EPS del Régimen Subsidiado; la falta de autoridad sanitaria plena de la SDS para obligar a los otros actores a asumir la APS; el Congreso de la República que durante el periodo reformó la Ley 100 en dos ocasiones, manteniendo e incluso profundizando la lógica de aseguramiento y de mercado del SGSSS. En conclusión: modificar la lógica del Sistema pasa por una transformación democrática amplia y esto sobrepasa el poder de la institucionalidad territorial.

En cuanto a la GSI como estrategia para construir transectorialidad y afectar las determinaciones sociales de la salud se resalta su esfuerzo por reordenar la gestión pública alrededor de un objeto común: la calidad de vida. Esta experiencia permeó la lógica institucional y alcanzó a convocar al Estado distrital con varias secretarías comprometidas, y también convocó a la comunidad en Mesas de Trabajo en 81 territorios de la ciudad. Pero a la vez, también evidenció que avanzar en este sentido implica años de proceso y esfuerzos.

Durante el siguiente periodo 2012-2016 la experiencia de GSI se sostuvo en la lógica comunitaria en experiencias como la Mesa de la Flora (Usme), Nada sobre Nosotros sin Nosotros (Kennedy), la Mesa Ambiental de Aguas Calientes, entre otras; durante el mismo periodo se presentaron 27 proyectos locales en los bancos de proyectos por parte de la comunidad para dar continuidad a los procesos organizativos de la GSI.

Cabe la pregunta: ¿por qué si se instalaron una serie de dispositivos discursivos, prácticos y normativos, no se modificó la mentalidad?

Los análisis obtenidos en esta investigación muestra que en relación con los trabajadores se mantiene una sujeción vinculada a varios planos: uno, tiene que ver con las condiciones de vida y la lógica de la contratación que les coloca en un plano de inseguridad, de no garantías donde su permanencia en la institución depende en gran medida de su acatamiento al discurso prevalente; es decir, sus posturas se mueven al vaivén de quien dirige y tiene el control. Esto se refiere a los contratistas que para en la SDS corresponde 78 % de los trabajadores (solo 22% son de planta de carrera administrativa con estabilidad plena); dos, no se logra romper totalmente la lógica instituida vertical (jerarquía) que es parte sustantiva de la institución; y tres, el peso que tiene la hegemonía y que se construye en el tiempo a través de prácticas y de la formación; es decir, la hegemonía constituye un bloque con diferentes escenarios de reproducción: la escuela, la universidad, el trabajo, el relacionamiento con el espacio público, la familia que mantiene y reproduce imágenes de poder que han calado en el inconsciente colectivo. No se trata simplemente del tiempo como determinante para las transformaciones; hay otros elementos de cómo se constituye la hegemonía y esto no se puede perder de vista. Deconstruir la hegemonía desde el Estado pasa por disputar las cuatro dimensiones: material, ideal, correlación de fuerzas y monopolios. Esto implica un esfuerzo enorme que no es viable desde un ente territorial sin apoyo de la ciudadanía y sin modificar la mentalidad. No se trata simplemente de colocar una nueva idea fuerza (contrahegemónica), “Porque muchas veces el Estado es uno mismo, son las ideas, los prejuicios, las percepciones, las ilusiones, las sumisiones que uno lleva interiorizadas, que reproducen continuamente la relación del Estado en nuestras personas” (García 2010). Se trata de conjugar y alinear la disputa sobre esas cuatro dimensiones, tarea nada fácil y como se mostró en la experiencia, gran parte de la energía y esfuerzos se centraron en remover las lógicas tanto de los trabajadores como de la ciudadanía para que apropiaran la visión de derecho social y se desnaturalizara la lógica mercantil.

Finalmente la experiencia de la Política de Bogotá 2004-2012 puede mostrar que no modificó de manera estructural la lógica del Sistema. Sin embargo, es posible afirmar que durante estos 8 años el gobierno distrital y su política de salud permitió posicionar la idea del derecho la salud como derecho social, bien público, en los trabajadores y la ciudadanía, y colocó al Estado distrital como satisfactor de necesidades, garante derecho,

entendido como universal, solidario y público, versus el ámbito económico de acumulación con protección básica.

La experiencia de Bogotá mostró que la disputa por el Estado requiere la comprensión de esta complejidad, de forma tal que permita a la dirigencia alternativa realizar movimientos adecuados en cada momento, y establecer intencionalidades o ideas fuerza para sustentar la disputa. Plantados así, este tipo de experiencia tiene como desafíos la creación de condiciones de transformación que permitan otras formas de legitimación, nuevas hegemonías o nuevas ideas fuerza como diría García Linera; de igual forma, la instalación de ejercicios pedagógicos que posibiliten a la ciudadanía y trabajadores aprendizajes significativos que les permita continuar la lucha por el derecho a la salud.

Bibliografía

- Alcaldía Mayor de Bogotá, and Secretaría Distrital de Salud. 2004. “Salud a Su Hogar: Un Modelo de Atención Primaria En Salud Para Garantizar El Derecho a La Salud En Bogotá.” Bogotá D.C: SDS.
- Almeida-Filho, Naomar. 2006. “Complejidad Y Transdisciplinariedad En El Campo de La Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos Y Aplicaciones.” *Salud Colectiva* 2 (2). Universidad Nacional de Lanús:123–46.
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1851-82652006000200003.
- Amat, Yamid. 2011. “Entrevista Ministro de Salud: Mauricio Santamaría.” Colombia: Cm&. Pregunta Yamid.
- Apráez, Ippolito Giovanni. 2010. “La Medicina Social Y Las Experiencias de Atención Primaria de Salud (APS) En Latinoamérica: Historia Con Igual Raíz.” *Polis*.
<http://polis.revues.org/958>.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. 2011. “Informe de Seguimiento de Cartera Hospitalaria 2011.”
- . 2015. “INFORME DE SEGUIMIENTO DE CARTERA HOSPITALARIA CON CORTE A JUNIO 30 DE 2015.”
<http://achc.org.co/documentos/investigacion/estudios/achc/periodicos/cartera/34>.
 INFORME CARTERA A JUNIO DE 2015 (26 10 2015).pdf.
- Bernstein, B. 1981. *La Estructura Del Discurso Pedagógico*. Morata.
- Bernstein, Basil. 1981. “Codes, Modalities, and the Process of Cultural Reproduction: A Model.” *Anglo American Studies* 1 (1).
- Borda, E. 2007. “Descentralización, Gobernabilidad Y Equidad. Análisis de La Experiencia En Bogotá.”

- Bourdieu, Pierre. 1985. *¿ Qué Significa Hablar? Economía de Los Intercambios Lingüísticos*. Madrid: AKAL Universitaria.
- Breilh, Jaime. 1997. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para un taller de metodología (epidemiología del trabajo)*. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS.
- . 2003. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- . 2010. “La Epidemiología Crítica: Una Nueva Forma de Mirar La Salud En El Espacio Urbano.” *Salud Colectiva* 6 (1). Universidad Nacional de Lanús:83–101. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000100007.
- Bresser-Pereira, Luiz Carlos. 1998. “LA RECONSTRUCCION DEL ESTADO EN AMERICA LATINA.” *Revista de La CEPAL*, 105–10. <http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/91.LaReconstrucionDelEstadoEnAmLatina.Cepal.pg.pdf>.
- Campos, Gastão Wagner de Sousa. 2001. *Gestión En Salud : En Defensa de La Vida*. Lugar Editorial. <https://www.casadellibro.com/libro-gestion-en-salud-en-defensa-de-la-vida/9789508921321/811210>.
- Carmona, L, and A Casallas. 2005. “La Participación Social En Salud: Una Vía Para Construir Ciudadanía.” Universidad Pedagógica Nacional.
- Carmona, L, and C Naranjo. 2005. “Bogotá En La Búsqueda de La Garantía Del Derecho a La Salud.” In *Balance Y Perspectivas de La Ley 100. Capítulo Tres: Sobre Las Regiones*. Bogotá D.C: Grupo Guillermo Fergusson.
- Castel, Robert. 1997. *Las Metamorfosis de La Cuestión Social : Una Crónica Del Salariado*. Paidós. https://books.google.com.co/books/about/Las_metamorfosis_de_la_cuestión_socia

- l.html?id=NUczPAAACAAJ&redir_esc=y.
- Castoriadis, Cornelius. 1975. *LA INSTITUCIÓN IMAGINARIA DE LA SOCIEDAD I*.
Barcelona: Tusquets Editores.
http://www.terras.edu.ar/biblioteca/16/16TUT_Castoriadis_Unidad_2.pdf.
- Colombia, República de. 1991. “Constitución Política de Colombia.” Colombia.
- Concejo de Bogotá, D.E. 1990. *ACUERDO 20 DE 1990 Por El Cual Se Organiza El Sistema Distrital de Salud de Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.*
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=2040>.
- Concejo de Bogotá D.C. 2004. *Acuerdo 119 de 2004 PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL Y DE OBRAS PÚBLICAS PARA BOGOTÁ D.C. 2004-2008. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.* .
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=13607>.
- . 2008. *Acuerdo 308 de 2008. Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental Y de Obras Públicas Para Bogotá, D. C., 2008 – 2012 "BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.* .
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=30681>.
- Congreso de la República de Colombia. 1993. *Ley 100 de 1993. Por El Cual Se Crea El Sistema de Seguridad Social Integral Y Se Dictan Otras Disposiciones. Diario Oficial No 41.148 Del 23 de dic.1993. No.* Bogotá, D.C.
- . 2007. *Ley 1122 de 2007. Por La Cual Se Hacen Algunas Modificaciones En El Sistema General de Seguridad Social En Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones. Diario Oficial No 46.506 Del 9 de Ene. 2007.* Colombia.
- . 2011. *Ley 1438 de 2011 Reforma El Sistema General de Seguridad Social En Salud.* <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=41355>.
- Controlaría General de la República. 2011. “Situación de Las Finanzas Del Estado

- 2011.” Bogotá D.C.
<http://www.contraloria.gov.co/documents/20181/461950/Situación+de+las+Finanzas+del+Estado+2011.pdf/fc2ab170-92b9-442c-802f-b2b09e9d69a8?version=1.0>.
- Cornia, Giovanni Andrea., Richard. Jolly, and Frances Stewart. 1987. *Adjustment with a Human Face*. Clarendon Press.
https://books.google.co.uk/books/about/Adjustment_with_a_Human_Face.html?id=AUIsvgAACAAJ.
- Corte Constitucional de Colombia. 2008. “Sentencia T-760/08.” Bogotá D.C.
<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>.
- DANE, Departamento Nacional de Planeación. 2005. “Estimación Y Proyección de Población Nacional, Departamental Y Municipal Por Sexo, Grupos Quinquenales de Edad Y Edades Simples de 0 a 26 Años 1995-2010.”
<http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.
- Defensoría del Pueblo. 2015. *LA TUTELA Y LOS DERECHOS A LA SALUD Y A LA SEGURIDAD SOCIAL 2014*. Bogotá, D.C.: Defensoría del Pueblo de Colombia.
<http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/LatutelaylosderechosalaSalud.pdf>.
- D’elia Y.; De Negri F.A.; y otros. Estrategia Promocional de la Calidad de Vida. La construcción de Políticas Públicas por la calidad de vida desde la perspectiva del derecho y la equidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social . Agencia de Cooperación Alemana GTZ. 2004,a, 19.
- De Negri Filho, A. “Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transtornabilidade das políticas públicas”. En: Girotti Sperandio, A.M. O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004De Negri Filho 2004b, 121
- Durkheim, Émile. 2001. *Las Reglas Del Método Sociológico*. 6th ed. Ediciones Akal.
- Echeverri López, Esperanza. 2002. “La Salud En Colombia: Abriendo El Siglo... Y La Brecha de Las Inequidades.” *Revista Gerencia Y Políticas de Salud* 1 (3). Pontificia Universidad Javeriana:76–94.

- Editorial El Tiempo. 2015. "Salud: Cuentas Claras. Hay Una de Estas Crisis Que Parece Permanente: La de Las Deudas Con Los Hospitales." *Periódico El Tiempo*, July 25, 2015. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16145096>.
- Esping-Andersen, Gosta. 1993. *Los Tres Mundos Del Estado Del Bienestar*. Edicions Alfons El Magnànim. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=53617>.
- Estrada, Alvarez, Jairo. 2004. *Construcción Del Modelo Neoliberal En Colombia, 1970-2004*. Ediciones Aurora.
- Estrada Álvarez, Jairo. 2009. "La Crisis Y Sus Efectos En Colombia. Crisis Capitalista Y Perspectivas Del Neoliberalismo Autoritario En Colombia: ¿Se Deshace El Virtuosismo Económico de La Seguridad Democrática?" In *Crisis Capitalista Economía, Política Y Movimiento*, 191–248. Espacio crítico, Centro de Estudios.
- Fernandez Psychaux, Diego A. 2011. "El Concepto de Derecho En Locke." *Araucaria: Revista Iberoamericana de Filosofía, Política Y Humanidades* 26:26–45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3764200>.
- Fleury, Sonia. 1994. *Estado Sem Ciudadãos. Seguridad Social Na América Latina*. Editora Fi. Rio de Janeiro.
- . 1998. "Política Social, Exclusión Y Equidad En América Latina En Los 90." *NUEVA SOCIEDAD* N° 156. http://nuso.org/media/articles/downloads/2698_1.pdf.
- . 2002. "REFORMA DEL ESTADO." Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) "Diseño y gerencia de políticas y programas sociales." [http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000000/FLEURY Sonia - Reforma del estado.pdf](http://www.top.org.ar/ecgp/FullText/000000/FLEURY_Sonia_-_Reforma_del_estado.pdf).
- . 2003a. "Legitimidad, Estado Y Cultura Política." In *Es Sostenible La Globalización En América Latina?* , 129–70. Fondo de Cultura Económica. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1067613>.

- . 2003b. “Reforma Del Estado En América Latina ¿Hacia Dónde?” *Nueva Sociedad*, 59–80. <http://www.terceridad.net/Sistemasdesalud/Fleury, S. Reforma del Estado en AL.pdf>.
- . 2006. “Democracia, Ciudadanía Y Políticas Sociales.” *Salud Colectiva* 2 (2). Universidad Nacional de Lanús:109–12. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120201>.
- García Canclini, Nestor. 1990. *Culturas Híbridas. Estrategias Para Entrar Y Salir de La Modernidad*. México: Grijalbo.
- García Linera, Álvaro. 2010. “La Construcción Del Estado.” In *Conferencia Sobre El Estado Plurinacional*. Buenos Aires: Facultad de Derecho UBA. <http://cidac.filo.uba.ar/conferencia-magistral-de-álvaro-garcía-linera-“la-construcción-del-estado”-facultad-de-derecho-uba-9>.
- Giraldo Giraldo, César. 2007. *¿Protección O Desprotección Social?* Fundación Centro de Estudios Escuela para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia. <https://www.desdeabajo.info/fondo-editorial/item/29945-proteccion-o-desproteccion-social.html>.
- Gómez, Lucevín. 2007. “Cojea Atención En Salud Subsidiada.” *EL TIEMPO*, May 22, 2007. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2502826>.
- Gramsci, Antonio. 2009. *Obras de Antonio Gramsci 5: Cuadernos de La Carcel: Pasado Y Presente (2ª ED.)*. Mexico. D.F.: J. Pablos. <https://www.casadellibro.com/libro-obras-de-antonio-gramsci-5-cuadernos-de-la-carcel-pasado-y-pres-ente-2-ed/9789686454031/1243841>.
- Grupo Guillermo Fergusson. 2006. *Ley 100 Balance Y Perspectivas*. Corporació. Bogotá D.C.
- GRUPO GUILLERMO FERGUSSON, Corporación para la salud popular. 2000. “Módulo 2: Organización Comunitaria.” In *Escuela de Formación de Líderes*

Populares En Salud. Bogotá D.C - Colombia.

Gutiérrez, and Restrepo. 2012. “El Pluralismo Estructurado de Londoño Y Frenk Frente a La Articulación Y Modulación Del Sistema General de Seguridad Social En Salud (SGSSS) En Colombia.” *Sociedad Y Economía* 23:183–204. <http://www.scielo.org.co/pdf/soec/n23/n23a10.pdf>.

Heidegger, Martin. 1994. *Construir, Habitar, Pensar*. Ediciones del Serbal.

———. 1998. *Caminos de Bosque*. Alianza Editorial. <https://www.casadellibro.com/libro-caminos-del-bosque/9788420629247/632573>.

Hernández, Álvarez, Mario. 2003a. “El Enfoque Sociopolítico Para El Análisis de Las Reformas Sanitarias En América Latina.” *Revista Cubana de Salud Pública*. 29 (3). Editorial Ciencias Médicas:57–70.

———. 2003b. “Neoliberalismo En Salud: desarrollos, Supuestos Y Alternativas.” In *La Falacia Neoliberal: Crítica Y Alternativas*, Ediciones, 347–62. Universidad Nacional de Colombia, Vicerrectoría Académica y Sede Bogotá.

———. 2011. “Desigualdad, Inequidad E Injusticia En El Debate Actual En Salud: Posiciones E Implicaciones.” In *¿Determinación Social O Determinantes Sociales de La Salud?*, edited by C Eibenschutz, S Tamez, and R González, 169–92. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana.

Hernández, Álvarez Mario. 2003. “El Debate Sobre La Ley 100 de 1993 Antes, Durante Y Después.” In *La Salud Pública Hoy Enfoques Y Dilemas Contemporáneos En Salud Pública Memorias CÁTEDRA MANUEL ANCÍZAR / Semestre 2002*, edited by Franco Agudelo Saúl, Universida, 463–80.

———. 2008. “El Concepto de Equidad Y El Debate Sobre Lo Justo En Salud.” *Rev. Salud Pública* 10 (sup (1)):72–82.

Hernández, Carlos Fernández, and Maria del Pilar Baptista. 2012. *Metodología de La*

Investigación. México DF: Mc Graw Hill.

- Jiménez, Barbosa Wilson Giovanni. 2009. “El Derecho a La Salud Una Búsqueda Inacabada Para La Sociedad Colombiana.” *Revista Escuela de Administración de Negocios* 1 (67). Universidad EAN:107–20.
- Laurell, Asa Cristina. 2010a. “Seminario Estado Y Políticas Públicas. Notas de Clase Doctorado En Salud Colectiva, Ambiente Y Sociedad.” Quito, Ecuador.
- . 2010b. “Seminario Teoría Crítica Del Estado Y Políticas.”
- . 2010c. “Revisando Las Políticas Y Discursos En Salud En América Latina.” *Medicina Social* 5 (1). Social Medicine Publication Group:79–88. <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403/816>.
- . 2014. “Contradicciones En Salud: Sobre Acumulación Y Legitimidad En Los Gobiernos Neoliberales Y Sociales de Derecho En América Latina.” *Saúde Em Debate* 38 (103):853–71. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140088>.
- . 2017. “La Política Social Y de Salud En América Latina: Un Campo de Lucha Política.” *Cuadernos de Saúde Pública* 33 (2):11–14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043916>.
- Laurell, Asa Cristina., and Mariano. Noriega. 1989. *La Salud En La Fábrica : Estudio Sobre La Industria Siderúrgica En México*. México: Ediciones Era.
- Laurell, Asa Cristina, and J Herrera. 2010. “La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento Y Compraventa de Sevicios .” *Rev Salud Colectiva*. Vol 6, num:237–48.
- Laurell, Asa Cristina, and Joel Herrera Ronquillo. 2010. “La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento Y Compra-Venta de Servicios.” *Salud Colectiva* 6 (2). Universidad Nacional de Lanús:137–48. <https://doi.org/10.1590/s1851-82652010000200002>.
- Lizarazo, Ortega Humberto Jesús. 2005. “Planeación Participativa En Bogotá 1992-2004.

- Propuesta de Organización Del Sistema de Planeación Participativa Del Distrito Capital.” Universidad Externado de Colombia. http://institutodeestudiosurbanos.info/dmdocuments/cendocieu/coleccion_digital/Plan_Zonal_Centro/Planeacion_Participativa_Bogota-Lizarazo_H.pdf.
- Londoño, Juan Luis, and Julio Frenk. 1997. “Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America.” *Health Policy* 41 (1):1–36. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(97\)00010-9](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(97)00010-9).
- Macinko, James, Hernán Montenegro, Carme Neebot Adell, Carissa Etienne, and Grupo de trabajo de Atención Primaria en Salud de la OPS. 2007. “La Renovación de La Atención Primaria de Salud En Las Américas.” *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health Rev Panam Salud Publica* 2121 (2323):73–84.
- Martínez-Saldarriaga, Luis Alberto. 2015. “¡La Tal Crisis Del ‘sistema de Salud’, Si Existe!” ASMEDAS. 2015. <http://asmedasantioquia.org/ley-estatutaria-salud/otras-organizaciones-salud/6827-la-tal-crisis-del-sistema-de-salud-si-existe>.
- Ministerio de la Protección Social. 2003. “Programa Nacional de Salud 2002-2006.” Bogotá D.C: MinSalud.
- . 2007. *DECRETO NÚMERO 3039 DE 2007 Plan Nacional de Salud Pública*. http://www.ins.gov.co/normatividad/Normatividad/DECRETO_3039_2007_Plan_Nacional_SP_2007-2010.pdf.
- Ministerio de Salud y Protección social. 2017. *Resolución 2063 de 2017 Por La Cual Adopta La Política de Participación En Salud- PPSS*. Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2005. “Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud Colombia 2005.” MinSalud.
- Molina, and Vianna. 2014. “Educación En Fisioterapia: Análisis Crítico Desde La Práctica Profesional.” Brasil.

- Múniera-Ruiz, Leopoldo. 1998. “Los Estudios Sobre La Participación En Colombia.” *DEMOCRACIA*, 1–22. http://www.bdigital.unal.edu.co/39974/1/Estudios_sobre_participacion.pdf.
- Múniera Ruiz, Leopoldo. 1998. *Rupturas Y Continuidades. Poder Y Movimiento Popular En Colombia 1968-1988*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Negri Filho, Armando De. 2004. “Adoção de Uma Estratégia Promocional Da Qualidade de Vida E Saúde: Transetorialidade Das Políticas Públicas.”
- Offe, Claus. 1990. “La Política Social Y La Teoría Del Estado.” In *Contradicciones En El Estado Del Bienestar*, 309. Madrid: Alianza Editorial. <http://www.tirant.com/editorial/libro/contradicciones-en-el-estado-del-bienestar-claus-offe-9788420626475>.
- OMS. 2007a. “Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º Aniversario.”
- . 2007b. “Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: 25º Aniversario.” http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/sa5627.pdf.
- Personería de Bogotá. 2009. “Metodología Para Evaluar El Derecho a La Salud.” Bogotá D.C.
- Pierre, Salama, Pereira Jaime Marques, Bruno Lautier, Yves Le Bonniec, Salazar Óscar Rodríguez, and César Giraldo. 2005. *Sistemas de Protección Social: Entre La Volatilidad Económica Y La Vulnerabilidad Social. Colección Estudios Sobre Protección Social. Tomo 1*. Universida.
- PNUD. 2008. “Bogotá Una Apuesta Por Colombia. Informe de Desarrollo Humano 2008.” Bogotá D.C.
- Puerto, Jiménez Devi Nereida. 2011. “LA GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD EN

- COLOMBIA.” Universidad Nacional de Colombia .
<http://www.bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>.
- Puerto Jiménez, Devi Nereida. 2011. “La Gestión Del Riesgo En Salud En Colombia.”
 Universidad Nacional de Colombia.
<http://www.bdigital.unal.edu.co/7023/1/940622.2011.pdf>.
- Rawls, John. 2005. *A Theory of Justice*. Belknap Press.
https://books.google.com.co/books/about/A_Theory_of_Justice.html?id=vcVEPc3Out0C&redir_esc=y.
- Redacción ELTIEMPO. 2005a. “Contralor Suspendió a Secretario de Salud.” *EL TIEMPO*, January 14, 2005. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1642537>.
- . 2005b. “Suspendido Roman Vega.” *EL TIEMPO*, January 18, 2005.
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1635728>.
- . 2005c. “Volverá Román Vega a La Secretaria de Salud.” *EL TIEMPO*, June 23, 2005. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1620912>.
- . 2008. “El Distrito Quiere Crear Su Propia Eps.” *EL TIEMPO*, April 23, 2008.
<http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-2908724>.
- Restrepo, Dario. 1995. “‘El Cáliz de La participación.’ Relaciones Estado Sociedad Civil En El Campo Social. Una Reflexión Desde El Caso Colombiano.”
- Restrepo, Jairo Humberto. 2007. “¿Qué Cambió En La Seguridad Social Con La Ley 1122?” *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 25 (1). Universidad de Antioquia:82–89.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000100011.
- Rodríguez, Oscar. 2011. “Programas de Investigación En Protección Social Y Políticas Públicas.” In *Protección Social En Salud En América Latina Y El Caribe*

- Investigación Y Políticas*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
https://books.google.com.co/books?id=xFxQAQAIAAJ&redir_esc=y.
- Rodríguez, Salazar Óscar. 2009. “Sistema de Protección Social. La Tributación En Bogotá Y Su Relación Con La Nación.” In *Tomo 5. Inequidad Social En Salud : El Caso de Bogotá*, 280. Bogotá D.C: Alcaldía Mayor de Bogotá. Secretaría de Salud: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, CID.
- Rodríguez Barbas, C. 2011. “Prevalencia de Lesiones Músculo-Esqueléticas Relacionadas Con El Trabajo En Fisioterapeutas.” Madrid - España: Universidad de Alcalá.
- Rodríguez Zepeda, Jesús. 2004. “Tras John Rawls El Debate de Los Bienes Primarios, El Bienestar Y La Igualdad.” *Revista Internacional de Filosofía Política*, no. 23. UNED:49–70. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1075552>.
- Roth Deubel, André-Noël. 2007. “Análisis de Las Políticas Públicas: De La Pertinencia de Una Perspectiva Basada En El Anarquismo Epistemológico.” *Ciencia Política* 3:6–29.
- . 2008. “Perspectivas Teóricas Para El Análisis de Las Políticas Públicas: ¿de La Razón Científica Al Arte Retórico?” *Estudios Políticos* 33:67–91.
- Salama, Pierre. 2005. “Pobreza: La Lucha Contra Los Dos ‘v’: Volatilidad Y Vulnerabilidad.” *Ensaio FEE, Porto Alegre* 26 (2):755–88. <https://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaio/article/viewFile/2100/2482>.
- Sartre, Jean-Paul. 1967. *Questão de Método. Difusão*. Européia do Livro.
- SDS. 2008. “Informe de Gestión: 2004-2008.” Bogotá D.C.
- . 2012. “Informe de Gestión: 2008-2012.” Bogotá D.C.
- Secretaría Distrital de Salud. 2004a. “Análisis de Situación de Salud.” Bogotá D.C.

- . 2004b. “Política Distrital de Salud 2004-2008.” Bogotá D.C.: SDS.
- . 2012. *Atención Primaria En Salud: Un Camino Hacia La Equidad*. Bogotá D.C.: Grupo Guillermo Fergusson. [http://www.saludcapital.gov.co/Documentos/Equidad en Salud/Atención primaria en salud_un camino hacia la equidad.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documentos/Equidad%20en%20Salud/Atenci3n%20primaria%20en%20salud_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf).
- Secretaría Distrital de Salud. 2006. “Lineamiento Plan de Atención Básica 2006.” Bogotá D.C.: SDS.
- . 2007. “Lineamiento Metodológico Para La Formulación de La Política de Participación Social.” Bogotá D.C.: SDS.
- Secretaría Distrital de Salud., and Dirección de Talento Humano. 2012. “Informe de Gestión Y Empalme, Enero de 2012.” Bogotá D.C.
- Sen, Amartya. 2002. “¿Por Qué La Equidad En Salud?” *Rev Panam Salud Publica* 11 (5–6). Organización Panamericana de la Salud:302–9. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500005>.
- Serrano, Sandra, and Daniel Vázquez. 2012. “Los Derechos Humanos En Acción: Operacionalización de Los Estándares Internacionales de Los Derechos Humanos.” *Seminario Introductorio Itinerante Sobre La Reforma Constitucional En Derechos Humanos*. Mexico: Flacso, 84. [http://www.cjslp.gob.mx/SEMINARIO/programa/Panel IV/Enfoque de derechos. Operacionalizaci3n de esta ndares internacionales.pdf](http://www.cjslp.gob.mx/SEMINARIO/programa/Panel%20IV/Enfoque%20de%20derechos.%20Operacionalizaci3n%20de%20esta%20ndares%20internacionales.pdf).
- Sousa Santos, Boaventura. de. 2008. “Pensar Desde El Sur. Para Una Política Emancipatoria.”
- Souza Minayo, M. C. De. 1997. *El Desafío Del Conocimiento. Investigación Cualitativa En Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Spinelli, Hugo. 2010. “Las Dimensiones Del Campo de La Salud En Argentina.” *Salud Colectiva* 6 (3):275–93. <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n3/v6n3a04.pdf>.

- Spinelli, Hugo. 2004. *Salud Colectiva: Cultura, Instituciones Y Subjetividad: Epidemiología, Gestión Y Políticas*. Lugar Editorial.
<https://www.casadellibro.com/libro-salud-colectiva-cultura-instituciones-y-subjetividad-epidemiologia-gestion-y-politicas/9789508921932/998418>.
- Stiglitz, Joseph E. 1999. “El Papel Del Gobierno En El Desarrollo Económico.” *Cuadernos de Economía* 18 (30). Departamento de Economía, Universidad Nacional de Colombia:347–66.
- Uribe Gómez, Mónica María. 2009. “La Contienda Por Las Reformas Del Sistema de Salud En Colombia 1990-2006.” el colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos. http://ces.colmex.mx/pdfs/tesis/tesis_uribe_gomez.pdf.
- Veeduría Distrital. 2006. “ESTUDIO DE SEGUIMIENTO AL PROGRAMA BOGOTÁ SIN HAMBRE.” *Veeduría Distrital*.
- Vega Romero, Román, Naydú Acosta Ramírez, Paola Andrea Mosquera Méndez, and Ofelia Restrepo Vélez. 2009. *Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia Para La Transformación Del Sistema de Salud Y El Logro de La Equidad En Salud*. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá Secretaría Distrital de Salud. [https://www.globalhealthequity.ca/electronic library/Atencion Primaria Interfal de Salud.pdf](https://www.globalhealthequity.ca/electronic_library/Atencion Primaria Interfal de Salud.pdf).
- Veraza Urtuzuástegui, Jorge. 2007. *Leer El Capital Hoy (Pasajes Y Problemas Decisivos)*. Editorial. México DF, México.
- Zibechi, Raul. 2003. “Los Movimientos Sociales Latinoamericanos: Tendencias Y Desafíos.” *Observatorio Social de América Latina*, no. 9:1515–3282. <http://www.clacso.org.ar/biblioteca>.

Anexos

Anexo 1: Revisión documental

UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA, AMBIENTE Y SOCIEDAD

ANÁLISIS DE LA POLÍTICA EN SALUD EN BOGOTÁ 2004-2011

Revisión documental archivos-fuente primaria

Definición fuente primaria. Los documentos que fueron producidos por la SDS de manera directa antes y durante la experiencia.

N°	TITULO	AUTOR / ÁREA	EDITORIAL	PAÍS	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	TEMAS DE ÉNFASIS DEL DOCUMENTO	PUBLICADO	AÑO	OBSERVACIONES
1	Acuerdo 20 de 1990	Alcaldía Mayor de Bogotá	Alcaldía Mayor de Bogotá	Colombia	Norma		Crea y organiza el Sistema de salud distrital de Bogotá, en el marco de la Ley 10 de 1990 y la descentralización de los servicios de salud. Reordena las funciones de la SDS.	Si	1990	
2	Acuerdo 2 de 1992	Concejo de Bogotá	Concejo de Bogotá	Colombia	Norma		por el cual se crean las localidades del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá y se determina la integración de las Juntas Administradoras Locales	Si	1992	
3	Ley 100 de 1993	Congreso de la República de Colombia	Congreso de la República de Colombia	Colombia	Norma		Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones	Si	1993	
4	Ley 152 de 1994	Congreso de la República de Colombia	Congreso de la República de Colombia	Colombia	Norma		Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo	Si	1994	
5	Decreto 812 de 1996	Alcaldía Mayor de Bogotá	Alcaldía Mayor de Bogotá	Colombia	Norma		Por el cual se modifica la estructura y se establecen los objetivos y funciones de las dependencias de la Secretaría Distrital de Salud.	Si	1996	
6	Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Resultados, evaluación De actividades y desarrollo futuro de la Red	Celia Almeida y otros	Cuadernos para discusión- Red de investigación de Sistemas y Servicios de Salud en el Cono Sur	Brasil	Revista	PDF	Investigación en Sistemas y Servicios de Salud, Reformas Sectoriales, Mercados farmacéuticos y precios de medicamentos,	Si	2000	Segundo número de sus Cuadernos para Discusión N° 1.
7	Resolución 412 del 2000	Ministerio de Salud	Ministerio de Salud	Colombia	Norma		Se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública	Si	2000	
8	Ley 715 de 2001	Congreso de la República de Colombia	Congreso de la República de Colombia	Colombia	Norma		Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de	Si	2001	

							educación y salud, entre otros.			
9	Hojas metodológicas indicadores sector salud categoría producto	Paula Andrea Bedoya Beltrán	Departamento Nacional de Planeación, Banco Nacional de Programas y Proyectos de Inversión- Dirección de Inversiones y Finanzas Públicas	Colombia	Informe	PDF	El Banco de Indicadores ofrece una matriz donde se encuentran diversos indicadores, los cuales están definidos para cada sector económico	Si	2002	Informe final
10	Programa Nacional de Salud. Cap. diagnóstico del sistema de salud ¿En dónde estamos?	Ministerio de Protección Social	Ministerio de Protección Social	Colombia	Libro	PDF	Salud pública, infancia y salud, salud sexual y reproductiva, abuso sexual y violencia a mujeres y niñas, enfermedades transmitidas por vectores, cáncer, salud mental, aseguramiento.	Si	2003	Diagnóstico del sistema de salud
11	Localidad dos "Chapinero"	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Chapinero	Word	Zonas de condiciones de vida y salud según: perfil de protección, dinámica social y carácter tradicional. Condiciones de vida y salud críticas.	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
12	Localidad quince "Antonio Nariño"	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Chapinero	Word	Condiciones de vida y salud Zonas sanitarias	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
13	Localidad diecisiete "La Candelaria"	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Candelaria	Word	Mortalidad Desnutrición	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
14	Localidad diez "Engativá"	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Engativá	Word	Riesgos físicos y biológicos para la salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
15	Localidad diecinueve "Ciudad Bolívar"	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Ciudad Bolívar	Word	Zonas y condiciones de vida y salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
16	Localidad sexta "Tunjuelito"	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Tunjuelito	Word	Factores que deterioran la salud Zonas de salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
17	Localidad novena "Fontibón"	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la	Word	Zonas y condiciones de vida y salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad

					localidad de Fontibón					
18	Localidad "Sumapaz" veinte	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Sumapaz	Word	Perfil epidemiológico Zonas y condiciones de vida y salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
19	Localidad "Mártires" catorce	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Mártires	Word	Perfiles de morbi-mortalidad Zonas y condiciones de vida y salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
20	Localidad "Puente Aranda" dieciséis	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Puente Aranda	Word	Zonas y condiciones de vida y salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
21	Localidad "Rafael Uribe Uribe" dieciocho	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Rafael Uribe Uribe	Word	Zonas sanitarias Zonas y condiciones de vida y salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
22	Localidad "Usaquén" uno	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Usaquén	Word	Zonas y condiciones de vida y salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
23	Localidad once "Suba"	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Usaquén	Word	Zonas y condiciones de vida y salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
24	Localidad tres "Santa fe"	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Santa fe	Word	Perfiles de morbi-mortalidad Zonas y condiciones de vida y salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
25	Localidad "Usme" cuatro	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de diagnóstico y caracterización de la localidad de Usme	Word	Zonas y condiciones de vida y salud	No	2004	Síntesis de caracterización de la localidad
26	Política por la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes Bogotá 2004-2008	Departamento Administrativo de Bienestar Social-Alcaldía Mayor de Bogotá	Departamento Administrativo de Bienestar Social-Alcaldía Mayor de Bogotá	Colombia	Política	PDF	Ejercicio pleno de los derechos de los niños y las niñas.	Si	2004	

27	Salud a su Hogar. Un modelo de Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Cartilla	PDF	Salud a su Hogar, atención primaria en salud, atención y gestión de la salud, trabajo: familiar, comunitario y territorial.	Si	2004	
28	Acuerdo 119 de 2004	Alcaldía Mayor de Bogotá	Alcaldía Mayor de Bogotá	Colombia	Norma	PDF	PLAN DE DESARROLLO Económico, Social y de Obras Públicas Bogotá D.C. 2004-2008	Si	2004	
29	Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud	Ministerio de la Protección Social	Ministerio de la Protección Social	Colombia	Política	PDF	Políticas en salud, accesibilidad, calidad y eficiencia; aseguramiento.	Si	2005	
30	Evolución de los principales indicadores sociales en Bogotá (1990-2003)	Jorge Iván González y otros.	Alcaldía Mayor de Bogotá Departamento de Planeación Distrital Universidad Nacional de Colombia Centro de Investigaciones para el Desarrollo	Colombia	Investigación	PDF	Variables que informan sobre el desarrollo social de Bogotá: pobreza, educación, transporte, políticas públicas, seguridad social, planes de desarrollo, riego y ciudadanía. Índice de Condiciones de Vida.	Si	2005	Estudio realizado por el CID
31	Desarrollo de planes programas y proyectos de salud pública	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de trabajo	Word	Procedimientos técnicos y administrativos tendientes a garantizar, con actores del SGSSS, la planeación, organización, seguimiento y evaluación para estructurar, implementar y fortalecer los programas de prevención y control de eventos de interés en salud pública y los de promoción de condiciones favorables para la vida	No	2005	
32	Lineamientos Plan de Atención Básica	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documentos de trabajo (Cap. I, II y III)	Word	Gestión de la salud pública en territorios sociales, fortalecimiento de la gestión pública en salud, desarrollo de planes programas y proyectos de salud pública	No	2005	
33	Gestión ambiental en restauración ecológica para Bogotá, D.C.	Montoya Villareal y otros	Departamento Técnico Administrativo de Medio Ambiente	Cuba	Resultados de investigación	PDF	Plan de Gestión Ambiental, Decreto 061/03, restauración ecológica, protocolo distrital de restauración ecológica,	Si	2005	
34	Proceso de fortalecimiento de la salud pública en Bogotá 2004 – 2008	Nancy Molina	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Informe de gestión	Word	Procesos desarrollados en la Dirección de Salud Pública	No	2005	Informe de gestión febrero 2004 – noviembre 2005. Corresponde al informe de gestión como directora.
35	Diseño de un Observatorio de Equidad en Calidad de	CID	SDS- Universidad Nacional de Colombia,	Colombia	Propuesta	PDF	Equidad en salud y determinantes sociales estructurales	No	2006	Este documento expone la propuesta elaborada por el CID de la Universidad

	Vida y Salud para Bogotá D.C.		Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo							Nacional sobre los indicadores del Observatorio de equidad en calidad de vida en Salud de Bogotá y el proceso para su selección y producción.
36	Análisis del mejoramiento de la equidad en el acceso a servicios de salud por medio de la estrategia de Atención Primaria en Salud-APS con enfoque familiar y comunitario en la población de los territorios de Salud a su Hogar en Bogotá entre 2004 y 2007	Secretaría Distrital de Salud-Universidad Nacional de Colombia-Centro de Investigaciones para el Desarrollo	Secretaría Distrital de Salud-Universidad Nacional de Colombia-Centro de Investigaciones para el Desarrollo	Colombia	Estudio	PPT	Mejoramiento de la equidad en servicios de salud, atención primaria en salud, Territorios de Salud a su Hogar	No	2006	El estudio hace parte del proceso de evaluación de una política pública mediante la cual se decidió implantar la estrategia de APS con enfoque familiar y comunitario para disminuir inequidades en el acceso a los servicios de salud en Bogotá.
37	Tercera mesa de seguimiento al programa salud a su hogar: "la visión de los usuarios acerca del programa salud a su hogar"	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de trabajo	PDF	Programa Salud a su Casa	No	2006	Presentación de principales conclusiones de las anteriores mesas de trabajo sobre Salud a su Hogar
38	Reducción de las brechas de inequidad en mortalidad evitable por neumonía en el distrito capital	Secretaría Distrital de Salud-Dirección de Salud Pública	Secretaría Distrital de Salud-Dirección de Salud Pública	Colombia	Documento de trabajo	Word	Brecha de inequidad de la mortalidad por neumonía y tasa de mortalidad por neumonía	No	2007	
39	Anuario epidemiológico, 2005 Eventos mórbidos y mortales	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Boletín Epidemiológico Vol. 12 N° 1-4	PDF	Comportamiento de la dinámica de la vigilancia en salud pública, enfoque de determinantes estructurales de salud.	Si	2007	
40	Comportamiento Sector Salud e Indicadores Demográficos	Secretaría Distrital de Planeación-Dirección de Políticas Sectoriales	Secretaría Distrital de Planeación	Colombia	Síntesis de coyuntura	PDF	Estadísticas de la afiliación al Sistema de Salud en Colombia y Bogotá 2003-2006, suministro de apoyos alimentarios desde 2004.	Si	2007	
41	Política pública de discapacidad para el distrito capital	Sistema Distrital de Discapacidad	Sistema Distrital de Discapacidad	Colombia	Política	PDF	Decreto N°470/07, derechos, accesibilidad, movilidad personal, movilidad personal.	Si	2007	
42	Historia institucional Secretaría de Salud de Bogotá 1910-2007	Margarita Pulgarín Reyes	Alcaldía Mayor de Bogotá	Colombia	Libro	PDF	Ingeniería Institucional de la Secretaría Distrital de Salud	Si	2007	
43	Política Distrital de participación social y servicio a la ciudadanía	SDS- Dirección de participación social	SDS- Dirección de participación social	Colombia	Cartilla	PDF	Derecho a la salud Derecho a la participación social Servicio a la ciudadanía Poder	Si	2007	
44	Acuerdo 308 de 2008	Alcaldía mayor de Bogotá	Alcaldía mayor de Bogotá	Colombia	Norma	PDF	Plan de Desarrollo "Bogotá positiva: para vivir mejor"	Si	2008	
45	Por la equidad, el reconocimiento, la inclusión social y el goce pleno del derecho a la salud	Secretaría Distrital de Salud	Pontificia Universidad Javeriana	Colombia	Libro	PDF	Política pública de salud para la población desplazada víctima del conflicto armado interno asentada en Bogotá D.C. 2008-2016	Si	2008	Con el apoyo de la Secretaría de Gobierno Distrital Proyecto 295 de Atención a

										Población Desplazada
46	Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis	Gloria Molina Marín	Universidad de Antioquia-Grupo de gestión en salud	Colombia	Política	PDF	Modelos de análisis de políticas en salud, formulación y desarrollo.	Si	2008	
47	Proyecto gratuidad	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Proyecto	PPT	Gratuidad, eliminación de barreras económicas, régimen subsidiado, atención en salud.	No	2008	
48	Gestión del programa SASC	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Anexo	Excel	Aporte técnico-científico, administrativo y humano al programa, permitiendo su adecuado funcionamiento.	Si	2008	
49	Control de procesos programa SASC	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Anexo	Excel	Lista de chequeo que permite recopilar, consolidar y hacer seguimiento mensualmente a las actividades de los equipos básicos de Salud Familiar y Comunitaria del programa SASC	Si	2008	
50	El compromiso de Bogotá. C. con los objetivos del milenio	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Presentación	PDF	Objetivos del milenio y compromisos del plan de gobierno Bogotá sin indiferencia frente a estos	No	2008	
51	Hoja de vida de indicadores del programa SASC	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Anexo	Excel	Indicadores, procesos relacionados, categorías de ámbitos sistémicos, atributos de calidad.	Si	2008	
52	Matriz de seguimiento mensual a metas del programa SASC	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Anexo	Excel	Gestión de las ESEs por localidades del programa SASC	No	2009	
53	Ficha técnica capacitación de equipos salud a su casa para apropiación del pensamiento estratégico	Equipo ámbito familia SASC	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Ficha técnica	PDF	Documento creado y dirigido al equipo, a los integrantes de los Equipos Básicos de Salud Familiar y Comunitaria, al grupo de profesionales diversos que hacen parte del equipo complementario del ámbito familiar y otros para conocer y complementar de forma práctica información clave que fundamenta el quehacer y desarrollo de las acciones de los equipos de salud a su casa en las diferentes localidades de Bogotá.	Si	2009	
54	Proyecciones Población Bogotá	DANE	DANE		Estadísticas	Excel	Proyecciones 2008-2012 anualizadas por Sexo y Edad	No	2009	
55	Atención Primaria Integral de Salud Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud	Román Vega y otros	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Libro	Libro	Atención Primaria en Salud Sistemas de información y financiación de la APIS	Si	2009	

							Acción intersectorial por la salud y rectoría del sistema de salud			
56	Lineamientos para la promoción de calidad de vida en el ámbito familiar. Programa SASC	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Ficha técnica	PDF	Atención Primaria en Salud y Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud	Si	2009	Documento que hace parte del Plan Nacional de salud Pública Intervenciones Colectivas
57	Formato de plan de acción	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Anexo	Excel	Niveles de gestión, categorías, estrategias, metas, indicadores y actividades en la planeación del programa Salud a su casa.	Si	2010	
58	Hoja de vida de indicadores del programa SASC, Metas distritales	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Anexo	Excel	Indicadores, procesos relacionados, categorías de ámbitos sistémicos, atributos de calidad.	Si	2010	
59	Indicadores Básicos de Salud en Bogotá D.C. 2010	Secretaría Distrital de Salud - Dirección de Salud Pública	Secretaría Distrital de Salud - Dirección de Salud Pública	Colombia	Folleto	PDF	Indicadores básicos de salud: mortalidad, natalidad, suicidios, fecundidad, entre otros.	Si	2010	
60	Decreto 530 de 2010	Participación social – SDS- alcaldía Mayor.	Participación social – SDS- alcaldía Mayor.	Colombia	Norma		Derecho a la salud Derecho a la participación social Servicio a la ciudadanía Poder	Si Banco de datos – leyes Web Alcaldía Mayor	2010	
61	Gestión territorial del Programa salud a su casa	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Ficha técnica	PDF	Programa Salud a su casa, Categorías ordenadoras de las intervenciones colectivas en el ámbito familiar como escenario de operación de la estrategia salud a su casa, Metas del programa, núcleos problematizadores, marco operacional, entre otros.	Si	2010	Documento que hace parte del Plan Nacional de salud Pública Intervenciones Colectivas
62	Fundamentos teóricos del Programa salud a su casa	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Ficha técnica	PDF	Referentes normativos, políticos y conceptuales; y, plan de intervenciones colectivas.	Si	2010	Documento que hace parte del Plan Nacional de salud Pública Intervenciones Colectivas
63	La salud en Bogotá	Clara López Obregón	Adelante Bogotá	Colombia	Periódico	PDF	EPS Política de salud La salud como derechos Red pública de servicios en salud.	Si	2011, Edición 14	La publicación hace parte de una serie de nueve periódicos con Crónicas, artículos, infografías, entrevistas y la posición política de Clara López en varios temas específicos.
64	Boletín Semanal De VSP de ERA SE 29 Año 2.011	Secretaría Distrital de Salud	Área De Vigilancia En Salud Pública SDS	Colombia	Boletín	PDF	Morbilidad ERA IRA IRAG	No	2011	

65	Evitables plan de desarrollo por localidad	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud, Dirección de Salud Pública -Área Vigilancia En Salud	Colombia	Estadísticas	Excel	Mortalidad: materna, infantil, perinatal, por neumonía, por desnutrición, por EDA. Natalidad Embarazos adolescentes	No	2011	
66	Diagnóstico situacional en seguridad y salud en el trabajo Colombia	Oscar Nieto	Instituto Salud y Trabajo	Perú	Libro	PDF	Salud de los trabajadores Sistema de seguridad social integral Sistema de riegos profesionales Factores de riesgo Fondo de riesgos profesionales.	Si	2011	Documento diagnóstico elaborado por el Instituto Salud y Trabajo que caracteriza la situación nacional de la salud ocupacional con la colaboración del gobierno de Canadá.
67	Distribución de la población afiliada al Régimen Subsidiado [Activos en BDUA] por Localidad, Sexo y tipo de subsidio	FIDUFOSYGA	FIDUFOSYGA	Colombia	Estadísticas	Excel	Base de datos BDUA FIDUFOSYGA -30 de junio de 2011.	Si	2011	Base de datos única de afiliados a salud BDUA
68	Documento técnico de lineamientos de política para la integración regional de Bogotá	Secretaría Distrital de Planeación	Secretaría Distrital de Planeación	Colombia	Lineamientos	PDF	Articulación de la política distrital con apuestas regionales y locales	Si	2011	
69	Salud en las Américas 2012	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Organización Panamericana de la Salud (OPS)	Estados Unidos de América	Libro	PDF	Datos y análisis sobre la situación política, económica y social, los problemas de salud y la organización de los servicios de salud, incluyendo sus recursos.	Si	2012	Base de Datos de Indicadores Básicos en Salud en Colombia de la OPS.
70	Política Distrital de Salud Ambiental para Bogotá D.C. 2011-2023 Bogotá D.	Secretaría Distrital de Salud y Secretaría Distrital de Ambiental	Secretaría Distrital de Salud y Secretaría Distrital de Ambiental	Colombia	Política	PDF	Salud ambiental, entornos ambientalmente saludables, gestión de la salud ambiental, hábitat, espacio público y movilidad.	Si	2011	
71	Componente de salud para el programa de gobierno de Bogotá	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Documento de trabajo	Word	EPS pública ejemplar, redes públicas integradas para la prestación de servicios, garantía del derecho a la salud, Atención Primaria en Salud, Redes Integradas de servicios de salud, Sistema Distrital de Salud	No	2011	La propuesta para un ejercicio de gobierno diferenciado de los demás partidos en contienda, se centró en el rescate de lo público para la garantía del derecho fundamental a la salud.
72	Plan de intervenciones colectiva 2011 Componente 2: ámbitos de vida cotidiana	Secretaría Distrital de Salud- Dirección de Salud Pública	Secretaría Distrital de Salud- Dirección de Salud Pública	Colombia	Lineamiento	Word	Localidades del distrito capital y población beneficiada del programa Salud a su Casa, modo de intervención en las familias desde el programa SASC en lo local.	Si	2011	
73	Reflexiones sobre la experiencia Bogotá 2004-2008	Mario Hernández Álvarez		Bolivia	Taller	PDF	Intersectorialidad y acción sobre los determinantes sociales de la salud, atención primaria y participación, sistemas únicos de salud,	No	2011	Taller para Asociación de Medicina Social (ALAMES)

							formación de recursos humano.			
74	Políticas Integrales De Salud	Secretaría Distrital de Salud	Secretaría Distrital de Salud	Colombia	Inventario	Excel	Políticas, procesos que intervienen o con los que se relaciona la política y clasificación de las políticas: transversales, ciclo vital, proyectos de desarrollo y autonomía	No	2011	
75	Participación al día, un espacio de construcción de discurso	Sonia Velásquez Ortiz	Periódico participación al día	Colombia	Informe	Word	Análisis del recorrido que ha hecho el periódico Participación al Día en sus más de diez años. El discurso en las organizaciones	Si	2012	

Anexo 2: sistematización de revisión de prensa
UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR
DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA, AMBIENTE Y SOCIEDAD
ANÁLISIS DE LA POLÍTICA EN SALUD EN BOGOTÁ 2004-2011
El discurso sobre la salud en Bogotá: de lo periodístico a lo político
Presentación

El contexto que crea la constitución del 91 y con esta, la promulgación de la ley 100 en el campo de la salud y la seguridad social, configura el actual sistema de salud. La manera como la nueva constitución y sus leyes proponen una nueva organización política y social son fundamentales para entender las noticias sobre salud publicadas por el periódico El Tiempo en la sección Bogotá, las discusiones en el concejo de Bogotá y otra cantidad de discursos producidos en el campo de la salud. Esto son los discursos construidos y en circulación construyen la vida política y social, en este caso de Bogotá, en este campo.

Este documento tiene tres partes: en la primera se presenta el contexto que permite entender las discusiones sobre la salud en Bogotá. En la segunda parte se analizan las noticias del periódico el Tiempo. Para realizar el análisis de noticias sobre la salud en Bogotá, entre 2001 y 2010, esta parte construye tres apartados: en el primero, se describe la forma cómo se seleccionó el material y lo presenta, la segunda se constituye en el análisis mismo y la tercera parte, pretende hacer unas consideraciones generales.

La segunda parte analiza los discursos políticos, en particular los producidos en las sesiones del Concejo de Bogotá, sobre los temas, reformas y acuerdos en el campo de la salud. El análisis del discurso político contiene a su vez cuatro apartados: en el primero se hace una aproximación al poder que permita establecer la relación entre los discursos políticos y el poder. En la segunda, se describe el material tomado para el análisis. En la tercera, se presenta el análisis propiamente dicho y por último, se hacen unas consideraciones finales. Por la cantidad y extensión del material, solo se tomó un acta que ilustra el tipo y posibilidades del análisis en este sentido. Esta es entonces la ruta trazada por este informe.

La Ley 100 y el sistema de salud en Colombia

La constitución del 91 diseñó una nueva sociedad. Y la diseñó para adaptarla a un modelo de sociedad del bienestar y globalizada, en el marco político de un estado social de derecho, en la cual uno de los índices para medir el desarrollo es el sistema de salud y atención, así como el sistema educativo.

Acorde con este nuevo diseño de sociedad, luego de la constitución del 91 el país tuvo que legislar y reglamentar el sistema de salud, el sistema educativo y otros más, de manera que resultaran consistentes con el nuevo modelo de sociedad. La ley 100 del 93 reformó el sistema de salud y seguridad social en nuestro país y concretó el sistema general integral de seguridad social que articula la salud, las pensiones y los riesgos profesionales: “con la nueva ley dejaron de operar los antiguos subsectores de seguridad social,

atención pública y atención privada, para construir los regímenes contributivo y subsidiado.”¹⁹⁴ (Balance de la Ley 100, 24)

Como la explica Torres “este sistema opto por un modelo de aseguramiento individual como vía para alcanzar la universalización de los servicios de salud y por la creación de un mercado de servicios de atención para superar los problemas de calidad y eficiencia, bajo la lógica de regulación de mercados vía oferta y demanda.” (Torres, 209)

De esta forma la ley 100 organiza dos regímenes: 1) el contributivo, para quienes tienen empleo y cotizan y 2) el subsidiado, para quienes no cuentan con capacidad de pago y son identificados para calificar en los subsidios. Esta nueva manera de disponer el sistema de salud corresponde a una lógica que no tuvo en cuenta asuntos esenciales de la realidad colombiana. Al respecto se le hacen las siguientes críticas: “Una de las mayores críticas a esta manera de organizar la salud es que Colombia es un país con unos índices muy altos de desempleo y en muchos casos resulta difícil determinar quiénes deben pertenecer al régimen subsidiado y quienes pueden pagar el servicio de salud contributivo. Además, esta nueva organización de la salud convierte a los hospitales públicos en Empresas Sociales y comerciales del Estado.” (pág. 25)

Un balance de los 12 años de la ley 100 (Grupo Guillermo Fergusson: 2005) muestra algunas dificultades de la forma como ha funcionado el sistema de salud en Colombia:

- El sistema es fragmentario, al configurar tres subsistemas independientes: enfermedad (salud), accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (riesgos profesionales) e invalidez, vejez y muerte (pensiones)
- Los dos regímenes establecen paquetes de servicios que dependen de la capacidad de pago y excluyen a aquella población que no tiene capacidad de pago.
- La división de la salud en individual y pública que obedece a un concepto de salud como ausencia de enfermedad y no como bienestar y calidad de vida. Esto supone además que la responsabilidad es individual y no del Estado que debe garantizar el derecho a la salud.
- Esta consideración construye un sujeto orgánico y lo separa de su carácter social y político, al ubicarlo como consumidor de servicios y no como un actor de la vida social.
- No existe un sistema centralizado y confiable de información en el campo de la salud. (Grupo Guillermo Fergusson: 28 y 29)

En el caso de Bogotá, se puede observar que el distrito capital cuenta con la Secretaría Distrital de Salud que es el ente distrital a través del cual se administra, ejecuta, planifica y gestiona el sistema de salud en la ciudad. Esta es la razón por la cual la presencia y la voz de la Secretaría de Salud es fundamental. En el 2009 la SDS publica un *Análisis de la Situación de Salud en Bogotá* (2009), en el cual se presenta una caracterización de la ciudad, abordando los aspectos más importantes en relación con las determinantes de

¹⁹⁴El libro *Balance de la ley 100* de la Corporación para la Salud Popular Grupo Guillermo Fergusson, hace un recorrido por lo que fue el sistema de seguridad social, antes de la ley 100 y que paso en los 12 años siguientes a su expedición.

la salud. Articulado con lo anterior se presentan los determinantes del perfil epidemiológico de la ciudad. Luego de presentar estos datos, el análisis presenta las respuestas en el campo de salud, articuladas en la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud, que constituye el marco de acción de la política en salud de Bogotá. En esta estrategia existen varios puntos que representan desplazamientos importantes en la concepción de una política de salud para la ciudad. Estos pueden ser sintetizados del siguiente modo:

- El centro de las acciones en salud no es el individuo, sino la comunidad.
- La salud es un derecho fundamental, no un servicio
- Las acciones en salud no tienen como preocupación fundamental la enfermedad y su cura, sino la construcción de condiciones para que se pueden construir comunidades saludables.
- El asunto de la intervención en el campo de la salud es un asunto político, no asistencial. Se es un ciudadano, no un cliente.
- El Estado es el garante del derecho a la salud, no el administrador de los servicios.
- El asunto central no es la prestación de servicios de salud sino la calidad de vida.
- La construcción de la salud es un hecho público y social, no un hecho privado e individual

La salud en la sección Bogotá del tiempo

El corpus del análisis

El primer asunto a considerar fue la definición de los medios de comunicación que se van a consultar. Los criterios utilizados fueron que el medio fuera impreso y de circulación nacional y que fuera un medio de reconocimiento. Esto pues el reconocimiento garantiza la recordación y la circulación. Usado estos criterios se seleccionó el periódico El Tiempo.

El periódico el Tiempo es uno de los diarios más antiguos e influyentes en el país y en Bogotá. Este diario es de circulación nacional. Este tiene una sección dedicada a la ciudad, en la cual se presentan las noticias más importantes. Y como se verá más adelante, la salud es un asunto central en las consideraciones acerca de esta.

La unidad de análisis fue el artículo, sin tomar en cuenta el género.

La cantidad de material existente es muy grande, razón por la cual fue necesario hacer un recorte y constituir un corpus que permitiera hacer el análisis. Los criterios de selección de los artículos fueron:

- Un criterio temporal. De forma que el recorte realizado fue el siguiente: se tomaron las últimas tres alcaldías de Bogotá, a saber de la Antanas Mockus -2001 a 2003-, la de Luis Eduardo Garzón -2004 a 2007- y la de Samuel Moreno Rojas -2008 a 2010-. En cada uno de estos periodos se seleccionaron las noticias sobre salud publicadas en la sección de Bogotá. En todos los casos se tomó el primer trimestre de cada alcaldía, el año primer año de su gestión y el último trimestre de la misma. Esto pues cada alcaldía presenta sus planes de gobierno en el primer trimestre, se puede hacer un primer balance al año, y en el último trimestre se hace un ejercicio de cierre.
- Un criterio semántico. Se tomaron todos los artículos extensos publicados en la sección Bogotá del periódico El Tiempo.

De esta forma las fechas de los materiales seleccionados son las siguientes

	TÍTULO DEL ARTÍCULO	FECHA
		Enero, febrero y marzo de 2001
1	Embargan al San Juan de Dios	11 de enero de 2001
2	Subsidios para informales	15 de enero de 2001
3	Hospitales a mejorar el trato	19 de enero de 2001
		Enero, febrero y marzo de 2002
4	No hay plata para pacientes	5 de febrero de 2002
5	Pasos para escoger ARS	14 de febrero de 2002
6	Juego sucio a la salud	18 de febrero de 2002
		Octubre, noviembre y diciembre de 2003
7	El Sisbén llegará a su casa	8 de octubre de 2003
8	Denuncia penal contra EPS e IPS	14 de octubre de 2003
9	Lucho y su política social	19 de octubre de 2003
10	Salud con poca plata, hizo rendir sus logros	24 de octubre de 2003
11	Las propuestas de gobierno	25 de octubre de 2003
12	Tres hospitales a demolición	16 de noviembre de 2003
13	Salud oficial si puede dar plata	16 de noviembre de 2003
14	Los hospitales quedan listos	27 de diciembre de 2003
		Enero, febrero y marzo de 2004
15	260 mil personas, sin salud por falta de carné	15 de enero de 2004
16	Sisbén dice que los pobres son más de los que se cree	23 de enero de 2004
17	Las mejores y peores ARS	27 de enero de 2004
18	Cuestionan cupos por nuevo Sisbén	29 de enero de 2004
19	Las fallas en el Sisbén las terminarán pagando la alcaldía	3 de febrero de 2004
		Enero, febrero y marzo de 2005
20	Hay ambulancias más graves que el enfermo	2 de enero de 2005
21	Secretario de salud denuncia presiones del contralor distrital	4 de enero de 2005
22	Se agudiza polémica entre secretario de salud y contralor distrital	5 de enero de 2005
23	Contralor suspendió a secretario de salud	14 de enero de 2005
24	Suspendido Román Vega	18 de enero de 2005
25	Acusan a recomendado de contralor González quedarse con 244 millones	27 de enero de 2005
26	El futuro del hospital San Juan de Dios podría definirse hoy	8 de febrero de 2005
27	Vuelve crisis económica a los hospitales	22 de febrero de 2005
		Octubre, noviembre y diciembre de 2007
28	Salud, educación y empleo para jóvenes, principales prioridad para el próximo alcalde de Bogotá	11 de octubre de 2007
29	170 mil usuarios del régimen subsidiado de salud podrían tener líos por falta de carné	31 de octubre de 2007

30	Notas buenas y malas obtuvo el alcalde Luis Eduardo Garzón en balance de ‘Bogotá cómo vamos? – Los aciertos de la administración Garzón según el proyecto ‘Bogotá cómo vamos?’	11 de diciembre de 2007
31	Ex alcaldes Mockus, Caicedo, Castro y Bromberg calificaron gestión de Lucho Garzón	19 de diciembre de 2007
		Enero, febrero y marzo de 2008
32	Salud y educación gratuitas promete alcalde de Bogotá Samuel Moreno Rojas	1 de enero de 2008
33	Secretarios de salud y educación explican cómo harán realidad las promesas de campaña	6 de enero de 2008
34	Salud y educación: ¿si hay plata para tanto anuncio?	7 de enero de 2008
35	Construirán seis hospitales público en Bogotá que atenderán a más de 2.5 millones de usuarios	5 de febrero de 2008
36	Seis nuevos hospitales públicos	6 de febrero de 2008
37	Demora de ambulancias en llegar a sitios de emergencia evidencia que la línea 123 siguen en deuda	28 de febrero
		Enero, febrero y marzo de 2009
38	‘Estoy pagando platos rotos por otros, especialmente por administraciones anteriores’: Samuel Moreno	10 de enero de 2009
39	La alcaldía de Bogotá es la joya del Polo Democrático en su historia como partido	22 de febrero de 2009
40	ADVERTENCIA DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD el régimen subsidiado está al borde del colapso	1 de marzo de 2009
41	Suspenden contratos con médicos de cooperativas por quejas y diferencias salariales	13 de marzo de 2009
42	632 mil personas en Bogotá no están cubiertas por el sistema de seguridad social en salud	18 de marzo de 2009
		Octubre, noviembre y diciembre de 2010
43	Tutelas para reclamar servicios de salud se redujeron en el 2009	30 de septiembre de 2010
44	Proyecto de ley busca acabar con los recobros de la salud	30 de septiembre de 2010
45	La salud y la enfermedad del “Pos”	4 de octubre de 2010
46	Estímulos en ley de salud	15 de octubre de 2010

47	'hay interesados en quedarse con los hospitales': secretario de salud	6 de noviembre de 2010
48	11 hospitales de Bogotá están en déficit y 9 a punto de quebrar	6 de noviembre de 2010
49	22 hospitales se fusionarían en 8 empresas sociales del Estado (ESE)	12 de noviembre de 2010
50	Reforma a la salud es acta de defunción de hospitales públicos	24 de noviembre de 2010
51	Reforma de salud avanza en medio de las críticas	26 de noviembre de 2010
52	Periodista evaluaron la gestión en Bogotá	10 de diciembre de 2010
53	Plenaria de la cámara aprobó conciliación de reforma a la salud	15 de diciembre de 2010

Como el segundo criterio es semántico, se tomaron artículos extensos que no se publicaron en los periodos establecidos, pero que abordaban noticias importantes en el campo de la salud. El segundo cuadro presenta este material.

N°	NOMBRE DEL ARTÍCULO	FECHA
1	Alianza para ayudar a Bogotá	01 de noviembre de 2001
2	Entregarán 30.000 subsidios para salud	01 de diciembre de 2001
3	Nuevo rostro de la atención primaria en salud	25 de julio de 2004
4	Salud a su hogar: una reforma esencial para la población de Bogotá	01 de agosto de 2004
5	Volverá Román Vega a la Secretaría de Salud	23 de Junio de 2005
6	La salud no es un calvario	29 de octubre de 2005
7	Seramente amenazada está la atención en salud para niños y más de 1.600.000 personas	21 de mayo de 2007
8	Cojea la atención en salud subsidiada	22 de mayo de 2007
9	El Distrito quiere crear su propia empresa promotora de salud del régimen subsidiado	22 de abril de 2008
10	Los celadores mandan en hospitales distritales	10 de julio de 2008
11	Cartera de red hospitalaria distrital fue de 371 mil millones en 2007	15 de agosto de 2008
12	Los hospitales distritales, otra vez enfermos por la falta de liquidez	21 de agosto de 2008
13	10.9 billones serían invertidos durante el 2009	05 de noviembre de 2008
14	La veeduría distrital presentó balance del último año de gobierno del ex alcalde Lucho Garzón	20 de noviembre de 2008
15	Programa 'salud a su casa' cubre a 1.330.052 Bogotanos	21 de noviembre de 2008
16	¿EPS Distrital en tiempo record? 9.500 millones de pesos listos para el proyecto	11 de diciembre de 2008
17	'EPS no será nuevo fortín burocrático', señala secretario de salud Héctor Zambrano	18 de diciembre de 2008

18	Bogotá no está preparada para atender una carrera nocturna, reconoce secretario distrital de salud	26 de octubre de 2009
19	Millonario zarpazo a la salud de Bogotá	07 de junio de 2009
20	A recuperar plata para la salud de Bogotá	09 de junio de 2009
21	Dos apuestas por la reforma de la salud	11 de marzo de 2010
22	Un derecho incuestionable	13 de septiembre de 2010

De forma que el análisis se realizó con un total de 75 artículos.

Lo que dice el periódico

Será necesario decir que una parte del análisis es lo que dice el periódico, sin dejar de lado la forma en que está dicho. Uno y otro conforman los elementos del análisis. De esta forma las preguntas que orientan este análisis son: ¿Qué dicen los artículos del periódico sobre la salud en Bogotá, en el periodo comprendido entre 2001 y 2010?, ¿Cómo se presenta la Secretaría de Salud en relación con el tema de la salud en Bogotá, en este mismo periodo? para intentar una respuesta se tendrán que abordar otras preguntas, ¿Qué categorías de análisis se pueden usar y por qué?, ¿Qué resulta de este material así ordenado? Y ¿Qué es una noticia?

El discurso periodístico

En primer lugar, y dado que los materiales trabajados son noticias de prensa, será necesario abordar el asunto de la noticia. De forma general se puede entender una noticia como “aquel hecho nuevo de la realidad –de entre todos los que acontecen- que los medios periodísticos consideran- por razones diversas- que es socialmente relevante y que por lo tanto merece ser comunicado.” (Peralta y Urtasun, 2007: 48)

En segundo lugar, resulta importante considerar el lugar desde el cual se producen estos discursos y el tipo de discurso que se está considerando, es decir, el periódico y el discurso periodístico. Como lugar de producción del discurso, El Tiempo no abarca la totalidad de las cosas que sobre la salud en Bogotá se pueden decir, ni siquiera las que podrían ser las más relevantes. Esto quiere decir que un primer recorte de temas, personajes, sucesos que se publican, se hace desde el lugar que este periódico y sus políticas editoriales han decidido. Existe ya un punto de vista implícito acerca de la ciudad, de la salud, y de la política.

Para el análisis, el material fue ordenado de tres formas distintas: según su función comunicativa, según los géneros textuales y según sus contenidos. A continuación se presenta estas tres formas de analizar el material.

En cuanto a la función comunicativa, el material seleccionado presenta las siguientes características: algunos artículos pretenden transmitir información. Estos son la mayoría, pues 64 artículos, que corresponden al 85%, pueden clasificarse como informativos; y otros, un número menor, 11 artículos que corresponden al 15%, pretenden crear opinión. De esta forma se puede decir que la función comunicativa sobresaliente en este material es la informativa.

Veamos una ilustración de cada uno:

El artículo titulado *632 Mil Personas En Bogotá No Están Cubiertas Por El Sistema De Seguridad Social En Salud*, informa lo siguiente:

“Es decir, no están afiliadas al régimen contributivo ni al subsidiado y para que los atiendan en un hospital deben pagar los servicios con plata de su propio bolsillo.

Por ello, en adelante, los 22 hospitales de la red distrital tendrán que afiliarse al régimen subsidiado a todos aquellos usuarios que acudan a sus instituciones en busca de atención, y no estén cubiertos por ninguno de los regímenes de la seguridad Social en salud. La orden fue impartida por el secretario Distrital de Salud, Héctor Zambrano, teniendo en cuenta, por un lado, que en la ciudad hay actualmente 1'708.670 afiliados al régimen subsidiado y la meta es afiliarse a 892 mil usuarios más en el cuatrienio. A la fecha, se han entregado 260 mil subsidios, de acuerdo con el reporte de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). Además, el Gobierno Distrital busca por esa vía cumplir con un reciente fallo de la Corte Constitucional que fijó el año 2010 como plazo para conseguir la cobertura universal del aseguramiento en salud. En los hospitales habrá 140 puntos de atención para la afiliación a una empresa promotora de salud del régimen subsidiado (EPSS) y entrega de los respectivos carnés de afiliación. La SDS recordó que las personas inscritas en el sistema de beneficiarios (Sisbén) 1 y 2 y los desplazados que accedan a los subsidios recibirán atención integral en salud. Esto incluye, entre otros servicios, la asistencia de las enfermedades de alto costo como el cáncer y las renales incluida en el plan obligatorio de salud (POS), y el suministro de los medicamentos gratis. Quienes deseen más información sobre las afiliaciones al régimen subsidiado pueden llamar a la línea 195.” (eltiempo.com, Sección Bogotá, 18 de marzo de 2009)

Aquí los hechos son presentados de forma “objetiva”, tal como suceden, y la noticia se publica con el ánimo de informar a los lectores acerca de lo que está sucediendo. La función comunicativa que pretende crear opinión la podemos ver en el siguiente artículo:

Bajo el título *Reforma De Salud Avanza En Medio De Las Críticas*, se presentan distintas voces en la discusión de la reforma al sistema de salud. Las voces del debate son las siguientes:

“...Piden que alcaldes coordinen las redes

Ayer se vio el pulso entre los que apoyan que la articulación y coordinación de las redes de prestadores de salud esté en cabeza de alcaldes y los que creen hay que dejar las cosas como están.

Ante la falta de acuerdo, se dejó en manos del Minprotección esa reglamentación. Los defensores de la autoridad territorial aseguran que con ello se garantiza que las EPS no fragmenten la atención. Crean que ponen barreras al servicio.

Los reparos que se le han hecho al proyecto como va hasta el momento

De médicos y expertos

Dicen que se restringe al contenido de un plan de beneficios y que esto libra al Estado de la responsabilidad de garantizarle a un enfermo lo que necesite para recuperarse, y pone en riesgo a los afectados por males catastróficos o de alto costo, como el cáncer y la diabetes.

Que sigue la intermediación

Sostienen que la administración de los recursos de la salud no solo ha dado pie a que terceros se lucren con ellos, sino también al derroche, en detrimento de la calidad en la atención que recibe la gente. Para la muestra, dicen, están los indicadores de salud pública a la baja. Se quejan de que la reforma ni siquiera contempla intervenir o reformular la intermediación.

No ven autonomía

Consideran que la autonomía es inherente al oficio del médico, que con criterio clínico define qué necesita su paciente. Piden que todo punto sobre su autonomía se saque del articulado.

'Los hospitales seguirían mal'

A los problemas que genera el hecho de que distintos actores del sistema le deban a la red pública 3,5 billones de pesos, se suma que el proyecto establece una fórmula para definir equilibrio financiero, que solo les permite tener en cuenta los dineros recaudados y los costos, no lo que les deben. Esto los convierte en deficitarios y los dejaría al borde de la liquidación.

'Relega lo científico'

Se quejan de que el proyecto de reforma crea comités administrativos para evaluar los casos de los pacientes. Insisten en que, en su lugar, se establezcan las juntas de médicos, para que sean estos quienes definan qué es lo que más les conviene a los enfermos.

'Drogas, sin claridad'

El proyecto, sostienen los gremios, no es explícito en materia de medicamentos, para contener la pérdida de dineros por cuenta de los recobros.

Proponen cero intermediación y la adopción de medidas como las compras centralizadas de drogas de parte del Estado, así como las importaciones paralelas para ciertos grupos de fármacos.

¿Gastos en equilibrio o derecho a la salud?

La Comisión Primera del Senado aprobó ayer el acto legislativo de sostenibilidad fiscal, que eleva a la categoría de "derecho" que las cuentas del Estado mantengan un equilibrio entre los ingresos y los gastos. Mientras para el Gobierno la reforma constitucional permitirá racionalizar la economía, para los críticos la iniciativa pone el saneamiento de las finanzas públicas por encima de derechos fundamentales.

En la práctica, dicen, reclamar el acceso a la salud, por ejemplo, a través de tutelas, podrá depender de la disponibilidad de recursos.

Según el ex magistrado José Gregorio Hernández, el proyecto va en contravía del Estado Social de Derecho. "Elimina la tutela para derechos sociales, como la seguridad social, y para derechos fundamentales, como el de la salud". Hernández dijo que también la reforma de salud tiene la tendencia a acabar con ese derecho de los colombianos. "Les da toda la importancia a las cifras, por encima de los derechos", anotó.

Pero Roy Barreras, del Partido de 'la U', uno de los votos afirmativos del proyecto, afirmó que "racionalizar no es limitar la tutela". Y agregó: "la defendemos, pero sin desconocer que hay abusos que cuestan 2,5 billones al año".

Luis Fernando Velasco, senador liberal, que votó en contra del proyecto, dijo que aunque no desconoce que la norma busca prudencia con ciertas decisiones económicas, el problema es el mecanismo para lograrlo.

"Si la sostenibilidad se eleva a principio constitucional, quedaría por encima de los derechos de los ciudadanos que ya están en la Constitución", agrega el congresista. (eltiempo.com, Sección Bogotá, 26 de noviembre de 2010)

Como se puede ver, aquí la función comunicativa no es la de presentar unos hechos e informar sobre estos, sino la de presentar una situación en la cual participan varios actores y hay varios puntos de vista.

En cuanto a tipos textuales se encuentran: descripciones (49 artículos que corresponden al 65%), explicaciones (12 artículos, que corresponden al 16%), narraciones (7 artículos, que corresponden al 9%), argumentaciones (5 artículos, que corresponden al 7%) y diálogos (2 artículos, que corresponden al 3%). Como se puede ver, el mayor predominio está en las descripciones, y en menor número los otros tipos. En muchos casos un tipo textual predomina en la noticia, sin exclusión de otros. Así encontramos descripciones que inician con una narración, o explicaciones que ilustran con descripciones. Veamos algunas ilustraciones:

Una típica noticia **descriptiva** es la siguiente:

En el artículo NO HAY PLATA PARA PACIENTES, se presentan la situación de “Cerca de dos millones de personas de estratos 1 y 2 que no están afiliadas al Sisbén ni a ningún régimen de la seguridad social...,” y que “no podrían ser atendidos en los hospitales de la red pública Distrital a partir del segundo semestre.”

Lo anteriormente presentado ocurre pues “el sector de la salud en Bogotá no recibió en este semestre 153 mil millones de pesos.”

Ahora la noticia describe de donde proviene el dinero de la Secretaría de salud: “Ese dinero provenía de fuentes como la reforma tributaria, por la cual el Distrito aspiraba a obtener 1,7 billones de pesos, pero el Concejo aún no la ha aprobado. Otro ingreso procedía de la segunda reducción de capital de Codensa, por 1,2 billones de pesos 507 mil millones de pesos para el año 2001, pero ni el Ministerio de Trabajo ni la Superintendencia de Sociedades le han dado el visto bueno a este proceso.” Y esto es importante pues de este dinero “Según Cardona, los 153 mil millones corresponden casi al 90 por ciento de los recursos que el Distrito debía girarle a la salud, y equivalen al 33 por ciento del total del presupuesto que tiene la Secretaría para este año: 453 mil millones de pesos.”

Y la descripción continua:”... La Secretaría de Salud está a la espera de que en esa redistribución haya un giro para la salud. Si no hay recursos, en los hospitales de la red distrital solo se podrán atender a los pacientes vinculados únicamente en urgencias.”

La descripción concluye de la siguiente manera: *“La Secretaría Distrital de Salud (SDS) entregará 35 mil subsidios a personas de los estratos 1 y 2 que obtuvieron una calificación inferior a 53 puntos en el sistema de beneficiarios Sisbén. Los favorecidos podrán escoger una de las diez Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) aprobadas por la Secretaría de Salud para que les preste los servicios de salud como consulta médica odontológica y hasta tratamiento de enfermedades como el cáncer y el sida.”*

El artículo termina dando la información precisa para ayudar a resolver la situación: *“Este proceso de afiliación a la ARS comenzó el primero de febrero pasado y se extenderá hasta el próximo 28 de febrero. La selección se podrá hacer de lunes a viernes entre las 8:00 a.m. y las 3:00 p.m. en los siguientes sitios: Centro Distrital de Salud (calle 13 No. 32 60); en los hospitales Usaquén, Suba, Usme, Vista Hermosa, San Cristóbal y Bosa, y en los Cade de Bosa, Kennedy, Candelaria, Santa Lucía, La Victoria y La Gaitana. Para la elección de la ARS, la persona cabeza de núcleo familiar deberá presentar el original de la cédula de ciudadanía. Ellos podrán escoger entre las siguientes ARS: Coosalud, Comparta, Caprecom, Ecoopsos, Humana Vivir, Mutual Ser, Salud Cándor, Salud Vida, Solsalud y Unicajas-Comfacundi.”* (Publicación eltiempo.com Sección Bogotá. 5 de febrero de 2002)

Una noticia que trabaja la **explicación** es la siguiente:

El artículo ¿EPS Distrital En Tiempo Récord? 9.500 Millones De Pesos Listos Para El Proyecto, explica la creación de la EPS del distrito así: *“El alcalde Samuel Moreno emprendió una carrera contrarreloj para conseguir una de las metas más ambiciosas de su administración: la creación de la Empresa Promotora de Salud (EPS) Distrital. En menos de cuatro meses debe estar constituida y operando esa empresa si se quiere que arranque con pie derecho. La EPS se podría crear con la compra total o parcial de otra promotora o en asocio con otros entes públicos o privados. Con esa entidad, la administración espera a atender la población de bajos recursos insatisfecha con los servicios prestados por algunas aseguradoras, y para ello se propone afiliarse a 892 mil personas más en el cuatrienio. Actualmente, hay 1'800.000 usuarios afiliados en el régimen subsidiado.”*

Una parte importante de la explicación consiste en traer la voz del secretario de salud: *“Al Distrito no le interesa la rentabilidad económica sino social, y eso llevará a que la EPS tenga mejores tarifas y mejores servicios, y pueda afiliarse a un gran número de usuarios”.* (eltiempo.com, Sección Bogotá, 11 de diciembre de 2008)

Tomemos ahora una **narración**:

El artículo titulado SISBÉN DICE QUE LOS POBRES SON MÁS DE LOS QUE SE CREE empieza su narración así: *“Bogotá tiene más pobres entre los pobres de lo que reflejan las estadísticas. Así lo está comprobando Planeación Distrital, que solo en las localidades de Usme y Sumapaz, en el sur de Bogotá, clasificó al 95 por ciento de las personas de estratos 1 y 2 en los niveles más bajos del Sisbén.”*

Y continúa: *“Es el caso de Daisy Chávez a quien su primer hijo le llegó cuando tenía 15 años. Para entonces ya había abandonado la escuela en la que solo estudió hasta segundo de primaria...”*

La narración va del pasado al presente: *“Hoy, a los 27 años, tiene 4 hijos y un marido de su misma edad que sostiene el hogar en el barrio El Tuno, Usme con 10 mil pesos que le pagan al día en trabajos de agricultura. Esporádicamente Daisy ha trabajado en restaurantes, pero ahora está desempleada.”*

Y la narración concluye: *“La de Daisy no es la única historia de pobreza en Usme. A sus 58 años, Javier Antonio Sierra se gana lo del sustento diario en trabajos de fundición que le contratan de vez en cuando. Por la edad no tiene empleo.”* El artículo presenta otras historias similares.

Como el tema central del artículo son los resultados de la encuesta del Sisbén, ahora informa sobre esta: *“El gerente de Focalización de Programas Sociales de Planeación Distrital, José Luis Borda, afirmó que las cifras demuestran que la nueva encuesta Sisbén que aumentó de 62 a 74 las preguntas que se formulan a las personas detecta de manera más realista las condiciones socioeconómicas de la población.”*

Explica cómo se realizó la encuesta: *“Después de terminar Usme y Sumapaz, el operativo masivo para encuestar a las personas de estratos 1 y 2 se extendió a las localidades de Usaquén, Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Tunjuelito, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Los Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda, la Candelaria y Rafael Uribe Uribe.”*

Se da información sobre el curso que seguirá la encuesta: *“Hasta ahora, se han realizado 192.873 encuestas en esas 14 localidades que cobijan a 798.716 personas. En marzo el Sisbén llegará a Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar. La meta, es realizar en total un millón 100 mil encuestas que cobijarán a 4 millones y medio de personas.”*

Y finalmente se informa: *“Al terminar la encuesta, el Distrito espera tener identificadas 6 millones y medio de personas, para establecer entre ellas quiénes tienen derecho a subsidios.”*

La estructura del texto termina con otra narración: *“Entre ellas figurarán personas como Andrea Gutiérrez de 16 años y embarazada que vive con su mamá pero no con sus hermanos porque no alcanza la plata para todos...”* (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 23 de enero de 2004)

En cuanto a los textos **argumentativos**, no muy frecuentes en esta sección, encontramos el siguiente:

El artículo JUEGO SUCIO A LA SALUD presenta la situación de la salud responsabilizando al Chance, por no haber dado los aportes que debía. *“La salud, que tiene más de un hospital público casi en bancarrota, perdió más de 200 mil millones de pesos en los dos últimos años por culpa del chance...”*

Para apoyar estas afirmaciones se presenta la investigación llevada a cabo por la Defensoría del Pueblo delegada para la Salud, que afirma: *“Con esos 200 mil millones de pesos que evadió el chance, se habría subsidiado la salud de por lo menos un millón 200 mil personas de estratos 1 y 2, o los hospitales públicos habrían tenido plata para atender a dos millones de personas que no están amparadas por el Sisbén.”*

El resto del artículo muestra los argumentos de la investigación para demostrar que se realizó un fraude a la salud: *“La Defensoría hizo el cálculo de la evasión por explotación del juego del chance entre los años 2000 y 2001, basándose en los registros de la Superintendencia de Salud,*

estudios de expertos, consultas con los apostadores y la investigación que sobre el tema hizo por más de cuatro meses.”

Otro argumento es este: *“Además, encontró inexplicable que el año pasado el mercado del chance solo giró 110 mil millones de pesos en regalías para la salud, cuando debió transferir más de 240 mil millones por efecto de la aplicación de la nueva ley de juegos de suerte y azar (643) que se expidió el 16 de enero del año pasado...Esta norma elevó a 12 por ciento el monto de las regalías con destino a la salud; dejó sin límite el valor de las apuestas y amplió las posibilidades del juego de tres a cuatro cifras para combinación. ‘Contrario a lo esperado con esas novedades y cuando se presumía un aumento mínimo de las rentas en 41 por ciento, estas cayeron en términos reales un 3,1 por ciento’, agregó el informe de la Defensoría.*

Esta investigación sirvió de base para que el defensor del Pueblo, Eduardo Cifuentes, expidiera una resolución, el pasado viernes, donde conmina a la Superintendencia de Salud a que investigue la evasión en las apuestas permanentes.”

Para la Defensoría, no hay razón justificable para que hayan disminuido las transferencias: *“No se puede argumentar que la situación económica de los últimos años afectó las ventas del chance, puesto que el consumo de otros juegos, como las loterías, no ha decrecido”, consignó Cifuentes en la resolución.”*

Otros de los argumentos provienen de otras voces implicadas: *“Respaldó ese planteamiento con los resultados de una consulta que investigadores del organismo hicieron con vendedores del chance. Ellos respondieron que el chance se vende más que las loterías y que las ventas tuvieron un repunte el año pasado, gracias a que ahora hay más de un sorteo diario.”*

Los argumentos de estas otras voces también son presentados: *“En ese aspecto coincide el presidente de la Federación de loteros y colocadores de apuestas de azar (Fecolot), Alberto Tarriba, quien explicó que: El desempleo inclina a la gente a acudir más a la lotería y las apuestas. En el caso del chance si no las ha subido, con seguridad tampoco las ha bajado”.*

Y el cierre del artículo es el siguiente: *“El Defensor del Pueblo advirtió también que la evasión puede crecer aún más, si no se reglamenta rápidamente la ley de juegos de azar por las ambigüedades y vacíos que tiene.”* (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 18 de febrero de 2002)

Se puede observar que los artículos publicados en la sección Bogotá son informativos o de opinión, pero en ningún caso son instructivos. Esto es interesante pues en la sección salud del mismo periódico, los artículos publicados son predominantemente instructivos.

A manera de síntesis, la función comunicativa y los tipos textuales se pueden ver en las siguientes gráficas:

Gráfico: Función comunicativa

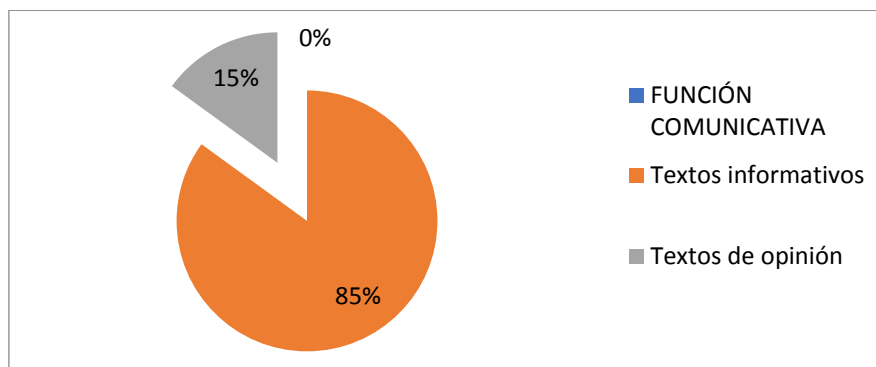
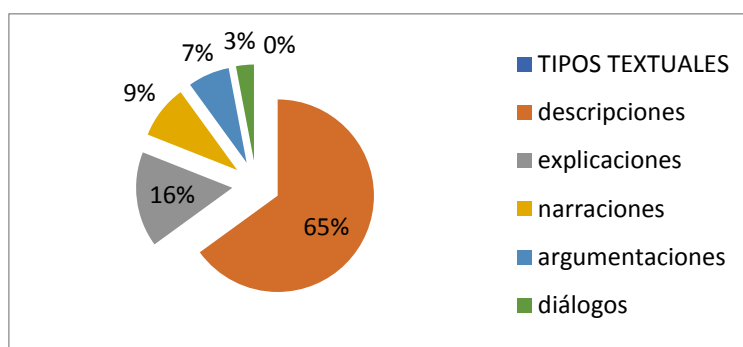


Gráfico: Análisis de contenidos



Análisis de contenidos

El material se puede ordenar desde otra consideración más relacionada con los asuntos que son objeto de preocupación. De esta forma, estas preocupaciones son:

- El sistema de salud y la prestación de servicios
- La Secretaría de Salud
- Las reformas al sistema de salud
- La salud en la gestión de la ciudad

A continuación se presenta el material ordenado según sus contenidos y su análisis.

El Sistema de salud y la prestación de servicios

La mayor cantidad de artículos están relacionados con el sistema de salud y la prestación de los servicios, dentro de los cuales se ubicaron las noticias que tienen que ver con las ARS, las EPS, las IPS, el POS, los subsidios y el régimen subsidiado, denuncias sobre hechos de atención en el campo de la salud, tutelas, entre otros. En esta categoría podemos ubicar 36 artículos que corresponden al 48%. Es de anotar que la mayor parte de los artículos que se refieren a los servicios son de carácter informativo y descriptivo. Se presentan datos y hechos, cifras, años y porcentajes.

Quizá los tres asuntos más importantes que aquí se encuentran registrados son: 1) la situación y las discusiones sobre la red de hospitales públicos de la ciudad; 2) la encuesta del SISBEN y 3) el programa Salud A Su Casa. Detengámonos en estos tres asuntos sobresalientes.

Como se indicó en la presentación del contexto, el papel de la red de hospitales públicos de la ciudad es central en la manera como se concibe el sistema de salud. Hay noticias sobre el cierre y posterior embargo del hospital universitario San Juan de Dios, sobre la construcción de nuevos hospitales, la fusión de otros, los informes sobre manejos financieros y las crisis de los mismos. Hay que observar que entre las noticias seleccionadas hay una que se publica dos veces con títulos distintos, pero el texto es el mismo. También es importante ver que hay dos noticias que están relacionadas: las dos muestran la construcción de seis nuevos hospitales, realizada en el 2008. Esto es importante pues en general las noticias están desarticuladas unas de las otras, solo en algunos casos se hace un seguimiento en varias publicaciones sobre el mismo asunto. El asunto que está aquí en juego es lugar que deberán ocupar los hospitales públicos en el nuevo ordenamiento del sistema de salud de la ciudad. Los hospitales como empresas sociales del Estado.

En el caso de la encuesta del SISBEN, hay que recordar que la ley 100 determinó que el régimen subsidiado de salud está diseñado sobre la identificación de los beneficiarios del subsidio que se realiza mediante la aplicación de la encuesta de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN). Este asunto puso al descubierto la determinación de la pobreza en la ciudad y la discusión de cómo debería montarse el sistema subsidiado. De una parte, las noticias pretenden informar sobre la realización de las encuestas, de otra muestran que los resultados no son los que se habían previsto, y por último, muestran las dificultades de asumir las fallas en la realización de las mismas y sus resultados. De nuevo encontramos que hay varias noticias publicadas durante la aplicación y análisis de las encuestas.

Por último se publican dos noticias sobre el programa salud a su hogar o salud a su casa. Este programa parece ser muy importante pues hace parte de la estrategia que tiene la Secretaría de Salud en su intento por trabajar sobre la construcción de un derecho a la salud y a la calidad de vida. Es interesante también pues en medio de la crisis de los hospitales públicos, se intenta pensar en una alternativa de cuidados que está articulada con lugares distintos a los hospitales.

Es interesante ver como la Secretaría de Salud es una voz presente en las descripciones. Se recurre muy frecuentemente a esta así como al secretario de salud, para citar la fuente de la información. Veamos algunas de estas alusiones:

El secretario de Salud, José Fernando Cardona, pidió, durante el acto de posesión de los siete gerentes de los hospitales fusionados, disciplina financiera para la sostenibilidad de estas instituciones, calidad en la prestación del servicio, y más afecto y mejor trato en la atención de los pacientes... (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 19 de enero de 2001)

Según Cardona, los 153 mil millones corresponden casi al 90 por ciento de los recursos que el Distrito debía girarle a la salud, y equivalen al 33 por ciento del total del presupuesto que tiene la Secretaría para este año: 453 mil millones de pesos. La Secretaría se sostiene con otros ingresos provenientes de fuentes como la Lotería de Bogotá (59.591 millones de pesos), impuestos a licores y cervezas (36.978 millones de pesos) y transferencias de la Nación (301.725 millones de pesos). (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 5 de febrero de 2002)

El documento fue presentado ayer por los secretarios de Hacienda, Israel Fainboim, y de salud, José Fernando Cardona, a los representantes de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) de la ciudad. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 24 de octubre de 2003)

De acuerdo con la coordinadora de Infraestructura Física de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), Magnolia Muñoz, la decisión no obedece a peligro inminente de las estructuras o a crisis financiera de las instituciones, sino a la necesidad de cumplir con las normas antisísmicas y mejorar la calidad del servicio a la comunidad. Las sedes, que serán demolidas a partir del año entrante y de manera gradual, tienen entre 40 y 50 años de antigüedad. Las tres se quedaron pequeñas para la población que acude a sus servicios y carecen de las condiciones técnicas para soportar un sismo. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 16 de noviembre de 2003)

El reto más grande, según el secretario de Salud, José Fernando Cardona, lo tienen los hospitales de Kennedy y Simón Bolívar, los cuales deberán reestructurarse, redefinir sus procesos internos y reducir sus costos fijos, para concentrarse en la especialización. Kennedy en neurocirugía y Simón Bolívar en

neonatos, quemados y cirugía plástica reconstructiva. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 16 de noviembre de 2003)

Las administradoras apenas obtuvieron 51 puntos sobre 100 en el grado de satisfacción de los usuarios, según una encuesta contratada por la Secretaría Distrital de Salud (SDS) que consultó a 1.432 afiliados, de un total de un millón 372 mil asegurados en este régimen en la ciudad. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 27 de enero de 2004)

La aplicación distorsionada de la nueva encuesta para el sistema de beneficiarios Sisbén y la falta de depuración en la base de datos de los afiliados al régimen subsidiado, podría originar errores en la adjudicación de los 100 mil nuevos subsidios anunciados por la Secretaría Distrital de Salud (SDS).

Así lo advirtió el concejal Jorge Ernesto Salamanca (lib.) en carta dirigida al alcalde, Luis Eduardo Garzón, quien anotó que el Sisbén solo se aplicó "correctamente" en Usme, mientras que en las demás localidades declaradas de emergencia social (San Cristóbal, Suba, Bosa, Kennedy y Ciudad Bolívar), "la encuesta no se aplicó idóneamente lo que distorsionó la cobertura y el derecho al subsidio".

Agregó que tampoco la SDS entregó a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) de la ciudad, las bases de datos con los beneficiarios del sistema, tal como se había comprometido, el 13 de enero pasado. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 29 de enero de 2004)

Esos hospitales seguirán penando económicamente, pese a que la Secretaría Distrital de Salud (SDS) los incluyó en el giro de 49 mil millones de pesos que hizo a la red hospitalaria local, en diciembre pasado, y a que el fin de semana anunció otro desembolso por 22 mil millones para el pago de las facturaciones correspondientes a la segunda quincena de diciembre del 2004 y enero de este año, originadas por servicios como la atención a población no asegurada o vinculada.

... El secretario de Salud (e) Mario Hernández rechazó enfáticamente esas versiones y afirmó que la Secretaría no es responsable de la iliquidez en la red pública. "Esa falta de flujo en la caja se debe a problemas del diseño de la gestión financiera que hay en cada hospital".

Agregó que: "La Secretaría no tiene demoras en los giros y los está efectuando oportunamente, al punto que tiene promedios de cartera inferiores a 60 días, lo cual está muy por debajo de otros pagadores del sistema". (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 22 de febrero de 2005)

Lo más grave es que los afectados podrían ser 910 mil -el 54 por ciento de los usuarios de este régimen en Bogotá, según Héctor Zambrano, Secretario de Salud del Distrito-, si la Superintendencia de Salud revoca además el funcionamiento de tres EPSS (Humana Vivir, Solsalud y Salud Cóndor) por no cumplir con los requisitos para atender a 740 mil usuarios, y si mantiene el plazo de un mes para carnetizarlos. Zambrano advirtió que se necesita más tiempo para trasladar y carnetizar a los usuarios. Explicó que se usa la base de datos del Sisbén para encontrarlos. Pero reveló que estas personas son difíciles de ubicar, pues se trastean con frecuencia de casa o habitan en la calle. El funcionario aseguró que ayer venció el plazo para cambiar a 210 mil personas afiliadas a Cafam y Comparta, y reveló que solo 40 mil pudieron ser carnetizadas en otras EPSS. Por ello, les ordenó a las IPS que no dejen de prestar el servicio a las personas que no hayan recibido el nuevo carné y aseguró que el Distrito seguirá cubriendo el costo de la atención con recursos del sistema subsidiado. El Secretario calculó que duraría de 6 a 12 meses la reubicación de las 740 mil personas que quedarían sin aseguradora, si la sanción a las tres EPSS se cumple. "El fallo se debe conocer -dijo- antes de que termine el año o a principios de 2008". (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 31 de octubre de 2007)

Por su parte Héctor Zambrano, secretario de Salud, afirmó que uno de los aspectos más importantes de la gratuidad en salud consistirá en la eliminación del copago y la cuota de rehabilitación, que son los

costos mínimos que deben asumir las personas cuando acceden a la red hospitalaria de Bogotá. "Los estudios nos indican que muchas personas no cuentan con los recursos necesarios para cancelar estas cuotas (que en promedio oscilan entre los 24 mil y los 30 mil pesos al año), y por eso no acceden a los servicios de salud", dijo el funcionario. En el caso de los menores de 5 años, agregó Zambrano, la medida cobijará a niños que tienen Sisbén 1 y 2 y a los no asegurados (vinculados). Se estima que, por año, 278 mil niños entrarían a este programa. Y de la gratuidad también se beneficiarán cada año, unos 151 mil adultos mayores y 210 mil personas en estado de discapacidad. "La ciudad invertirá 28 mil millones de pesos al año en este nuevo sistema, una suma relativamente baja si se tiene en cuenta los beneficios que esto le traerá a la ciudad", aseguró. La Secretaría de Salud también estudia la posibilidad de institucionalizar una consulta obligatoria al año para este renglón de la población y la posibilidad de crear una EPS de régimen subsidiado pública para fortalecer las afiliaciones. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 6 de enero de 2008)

La Secretaría Distrital de Salud invertirá más de 182 mil millones de pesos en la nueva infraestructura hospitalaria para Bogotá, que beneficiará sobre todo al sur de la ciudad. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 5 de febrero de 2008)

Más de dos millones y medio de usuarios de escasos recursos se beneficiarán con los seis nuevos hospitales públicos que construirá la Secretaría Distrital de Salud (SDS), otros tres que tumbará y hará de nuevo, y dos más que ampliará durante los próximos dos años. La Secretaría invertirá más de 182 mil millones de pesos en la nueva infraestructura hospitalaria. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 6 de febrero de 2008)

La Secretaría de Salud

Aquí se encuentran los artículos dedicados directamente a la Secretaría de Salud. Hay 12 artículos, que corresponden al 16%. En general se describe la gestión de la Secretaría, se presentan sus planes y programas, sus logros y las discusiones en torno al secretario y a la institución. Las principales noticias se encuentran en torno a: 1) el escándalo y la destitución del secretario de salud Román Vega. Aquí hay una secuencia de por lo menos 5 noticias sucesivas dedicadas a la discusión del contralor distrital y el secretario de salud. El periódico hace un seguimiento muy atento a estas noticias. Este fue un suceso político importante que tuvo como centro al secretario de salud.

2) noticias sobre los manejos del presupuesto de la Secretaría de Salud.

3) noticias sobre la forma como la Secretaría debe asumir los resultados del SISBEN

4) el nuevo secretario de salud Héctor Zambrano.

5) sobre las funciones de vigilancia y control que debe realizar la Secretaría de Salud

Las reformas a la salud

Aquí hay 6 artículos, que corresponden al 8%. Todos los artículos se han publicado en el 2010. Si bien es cierto que la mayoría, 4 de 6, son informativos y descriptivos, hay dos que son polémicos y explicativos.

Quizá la presencia tan reciente de estos artículos sobre las reformas al sistema de salud indiquen que en los primeros 15 años los esfuerzos pueden haberse concentrado en la puesta en marcha de las prescripciones de la ley 100, sin ningún esfuerzo importante por hacerle reformas. Esta situación parece haber cambiado en el último año. La pregunta es: ¿Qué sucesos, evaluaciones o circunstancia han motivado la intención de transformar las disposiciones sobre la salud en Colombia? Las noticias publicadas en el periódico no son muy claras al respecto.

La salud en la gestión de Bogotá

En esta categoría encontramos los artículos dedicados a la gestión de la ciudad y en este marco, el tema de la salud. Es importante señalar que en el marco de una sociedad del bienestar, los indicadores fundamentales son la educación, la seguridad, la movilidad y por supuesto, la salud. Sobre la gestión de la salud en el marco de una política distrital hay 21 artículos que corresponden al 28%.

Aquí se encuentran entrevistas a candidatos a la alcaldía, alcaldes; informes de gestión, artículos sobre el presupuesto de la salud y sobre la creación de la EPS del distrito.

A diferencia de la categoría anterior, aquí se encuentran otros géneros textuales como el diálogo y por tanto su función comunicativa central ya no es la información, sino la construcción de opinión.

Estos artículos son más frecuentes en las noticias más recientes. Es decir, en el 2001 no hay noticias sobre los alcaldes de la ciudad y la forma en que proponían o evaluaban su gestión.

Entre los hechos más sobresalientes encontramos:

1) un amplio bloque de noticias sobre la gestión de la ciudad, que muestra a los alcaldes y funcionarios proponiendo planes de gobierno o haciendo evaluaciones de la gestión. Junto a estas noticias se pueden ubicar aquellas que muestran a otros funcionarios como el secretario de salud y el secretario de educación mostrando también su gestión. Aquí se encuentran entrevistas e informes de Lucho Garzón, AntanasMockus, Paul Bromberg, Juan Martín Castro y Samuel Moreno, todos ex alcaldes de la ciudad. También hay una secuencia de noticias sobre la alcaldía de Lucho Garzón que coincide con la terminación de su alcaldía en el 2007.

2) la creación de la EPS del Distrito que muestra el lugar central que tiene esta propuesta para la ciudad y los trámites políticos que se deben hacer. Hay dos noticias sucesivas dedicadas a este asunto.

3) una noticia que evalúa a los funcionarios públicos de la ciudad y muestran como el mejor al secretario de salud

4) una noticia sobre el derecho a la salud. Esta noticia sobresale en el conjunto pues tiene unas características particulares: narra las acciones que se han hecho en la ciudad en la perspectiva de implementar el derecho a la salud. Además es un artículo escrito por el secretario de salud.

Como el conjunto de los artículos agrupados temáticamente aquí presentan una serie de particularidades, estos permiten hacer algunas consideraciones particulares. En estos textos se puede analizar una cierta función estratégica. Detengámonos un poco en este aspecto de los textos. En los artículos se presentan las voces de personalidades de la ciudad. Esto hace una diferencia importante, pues aquí el periódico abre el espacio para que estos personajes hablen. Al hacerlo, ellos muestran las acciones realizadas en distintos campos fundamentales para la ciudad, como la salud. Una característica importante de esta forma de enunciar, es que ellos no solo hablan mostrando sus logros, hablando para sus seguidores, sino que también hablan para quienes los atacan o los contradice. Esto se puede ver por ejemplo:

..Este hecho permitió establecer en forma clara qué piensa cada uno de los candidatos sobre la pobreza. Para algunos como Lozano y Peñalosa la pobreza es de la ciudad, para Lucho la pobreza la viven las personas que habitan la ciudad. Por esto, su énfasis no está en la bicicleta, sino en cómo vive el ciclista. Así como se declaró el Día sin carro, Lucho declarará el Día sin Hambre. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 19 de octubre de 2003)

Aquí se muestran las voces de distintos candidatos, Lozano y Peñalosa, y la de Lucho, resaltando las diferencias entre estas y resaltando la posición de Lucho en relación con la ciudad.

En general hay dos construcciones temporales: una hacia atrás, que indica los logros realizados y otra hacia adelante, que indica las proyecciones. Esto muestra formas particulares de construir las cosas sobre las que se está hablando, pues el esfuerzo siempre será el de mostrarse como bien gestor o como bien planificador. Al respecto se pueden ver:

...En el documento quedaron planteados tres escenarios, entre los cuales las próximas administraciones deberán definir sus prioridades para el gasto en salud.

En el primer escenario, la meta es optimista y se quiere alcanzar el ciento por ciento del aseguramiento de la población en el 2003, mejorar la competitividad y tecnología hospitalaria y la atención en salud pública. Para tal efecto, se requerirán para el 2004 recursos adicionales por 75.986 millones de pesos, en el 2005 cerca de 102 mil millones y para el 2013 más de 233 mil millones.

En un segundo escenario, el más probable y con la meta de lograr una cobertura del 90 por ciento de la población y mejoras hospitalarias, se necesitarán más de 62 mil millones de pesos para el próximo año, y 106 mil millones de pesos para el 2013.

En un tercer escenario, que es el pesimista y mantiene las coberturas actuales, tendrían que buscarse 428 millones de pesos en recursos adicionales y en el 2013 48.407 millones.

Luego de presentar las proyecciones, se presenta una especie de balance del estado de la salud en la ciudad:

...Las cifras La mortalidad infantil pasó de una tasa de 25,86 por cada 1.000 nacidos vivos en 1993, a 15,04 en el 2002.

La muerte por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años descendió de una tasa de 30,99 en 1993 a 6,56 por 100 mil nacidos vivos en el 2002.

La mortalidad materna bajó de una tasa de 90,83 por 100 mil nacidos vivos a 63,51 en ese mismo periodo.

Los afiliados al régimen subsidiado pasaron de 553.566 que había en 1995, que corresponde al 9,75 por ciento del total de la población de la ciudad de entonces (5678.342 habitantes), a 1 314.079 afiliados en el 2003, que equivale al 19,14 por ciento del total de la población de Bogotá. La meta propuesta en el Plan de Desarrollo era aumentar en 267 mil los cupos para salud. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 24 de octubre de 2003)

Una ilustración de un artículo que muestra los logros de la administración del alcalde de Bogotá, en el campo de la salud, es la siguiente:

... 8. Salud Se incrementaron en 361.448 los cupos al régimen subsidiado de salud. El Plan de Desarrollo solo contemplaba 300 mil. Se redujeron las tasas de mortalidad materna e infantil. Mejoró la atención a discapacitados, hipertensos y diabéticos. Se amplió, mejoró y adecuó la red de hospitales del Distrito. Incluso se desarrollaron tratamientos para enfermedades especiales en hospitales ubicados en sectores de escasos recursos. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 11 de diciembre de 2007)

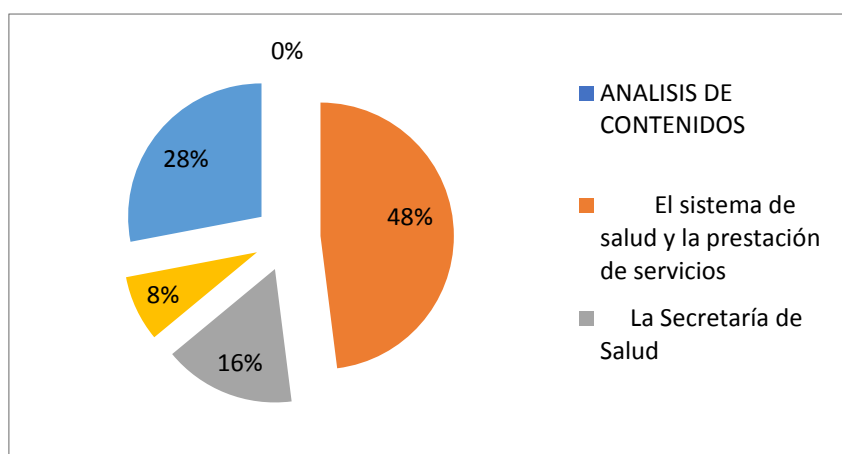
Por último veamos como participan varias voces en la evaluación de la gestión:

que en general le otorgan una buena calificación a su gestión, que aunque demostró una positiva tendencia hacia la inversión en lo social, también sembró expectativas en otros frentes y dejó tareas importantes por resolver que ahora se convierten en prioritarias para su sucesor, el ex senador Samuel Moreno. Juan Martín Caicedo Ferrer, Jaime Castro, AntanasMockus y Paul Bromberg evaluaron la gestión de Garzón. Enrique Peñalosa, recordado por la proyección urbanística que dejó para la ciudad, prefirió no opinar al respecto. Juan Martín Caicedo Ferrer Para el ex alcalde liberal, Garzón hizo honor a su independencia: "Llegó al poder enfrentado con la política y los partidos tradicionales y dejó bien parado el concepto de una izquierda moderada que gobierna con sentido práctico. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 19 de diciembre de 2007)

Por último se puede ver como los personajes políticos, que son en general los que hablan en este tipo de noticias, se comprometen con acciones en la vida social:

Moreno se comprometió a garantizar la afiliación en salud para un millón 800 mil personas que no tienen ninguna clase de seguridad social, y a propiciar la atención gratis en salud para niños hasta los 5 años y los adultos mayores. (Publicación eltiempo.com, Sección Bogotá, 1 de enero de 2008)

A manera de síntesis, el análisis de contenidos se puede ver en la siguiente gráfica:

Gráfico: Análisis de contenidos**Consideraciones generales**

Resulta interesante ver como en este lapso de 10 años se han hecho grandes esfuerzos por poner en funcionamiento el diseño del sistema de salud establecido por la nueva constitución. De esta forma el periódico ha registrado el camino recorrido en el establecimiento de dicho sistema y todas sus dificultades. Además de las consideración de tipo general, es importante ver el lugar que ocupa la Secretaría de salud en el contexto de posibilitar el tránsito entre lo establecido por la ley y lo que es posible en este país y en la ciudad. Esto se puede observar en el lugar que tiene la secretaría y el secretario de saludya sea para el debate, como fuente de información o para la confirmación de la información. Un porcentaje muy alto de las noticias tiene como fuente esta entidad.

Con cada vez más interés, El Tiempo publica debates de los alcaldes en los que se ve que asuntos como el acceso a la educación, el medio ambiente, la movilidad en la ciudad y la salud, son temas fundamentales. En todos los casos, estos asuntos son de gran complejidad y los logros o fracasos de la administración se muestran en relación con estos asuntos.

En general las noticias están desarticuladas unas de otras, no hay continuidad temática entre estas, a excepción de algunos casos, que se vinculan con sucesos fundamentales en este campo: la encuesta del Sisbén, el escándalo político que llevo a la destitución del secretario de salud, la red de hospitales del distrito y las reformas al sistema de salud. En estos casos, el periódico publicó varias noticias e hizo un seguimiento de lo acontecido. Es interesante pues en estos casos el interés político de la noticia es marcado.

El predominio de los tipos textuales y las funciones comunicativas predominantes pueden dar indicaciones acerca del perfil del periódico. En este caso el predominio en relación con los asuntos de la salud en la ciudad son la información y la descripción. La menor proporción de noticas de opinión indican la forma como el periódico asume el tema de la salud en la ciudad.

Es evidente que hay un tránsito entre dos discursos distintos en la salud, el que promueve y organiza la ley 100 del 93 y el discurso que recientemente, quizá en los últimos 6 años, empieza a implementar la Secretaría de salud del Distrito. Este tránsito entre ambos discurso está presente y se hace visible en los artículos de prensa consideras en este análisis, así como todos los sucesos que en este periodo de tiempo marcaron las cosas que se hicieron o no en el campo de la salud.

Anexo 3: formato de consentimiento informado

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA, AMBIENTE Y SOCIEDAD

TITULO DE LA TESIS: ANÁLISIS DE LA POLÍTICA EN SALUD EN BOGOTA 2004-2011

ESTUDIANTE: LUZ DARY CARMONA MORENO

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por Luz Dary Carmona Moreno, candidata a Doctora en salud, ambiente y sociedad de la Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador.

La meta de esta entrevista es indagar sobre los puntos estratégicos de la experiencia de gobierno en salud en Bogotá durante el periodo 2004-2011. La entrevista está estructurada en cuatro sesiones o ejes: la primera indaga sobre **el contexto en que se realiza el programa de gobierno en salud 2004-2011**, la segunda sobre la(s) **concepciones de salud pública** en el mismo periodo, y la tercera pregunta sobre **mecanismos, dispositivos de gestión que se hayan usado** en dicho periodo; y el cuarto eje se indaga sobre **el programa Salud a Su Casa (SASC) o Salud a Su Hogar y sus efectos sobre la salud pública y la percepción sobre logros y/o resultados**.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder 14 preguntas para una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que se converse durante esta sesión se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir después de las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito, fuera de los de esta investigación.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Luz Dary Carmona Moreno. SI __ NO__

Acepto que he sido informado (a) de los propósitos de este estudio. SI __ NO__

Me han indicado que responderé preguntas para una entrevista, que será grabada y transcrita posteriormente para efectos de esta investigación. SI __ NO__

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA, AMBIENTE Y SOCIEDAD**TITULO DE LA TESIS: ANÁLISIS DE LA POLÍTICA EN SALUD EN BOGOTA 2004-2011****ESTUDIANTE: LUZ DARY CARMONA MORENO****GUIA GRUPO FOCAL LÍDERES SOCIALES****Presentación:**

Uds. han sido invitados a conversar y aportar sus opiniones sobre la experiencia de la política de Bogotá en el periodo 2004-2011. Fueron escogidos por sus trayectorias y liderazgos en salud. La sesión será grabada para garantizar que se recogen puntualmente sus aportes y posteriormente se transcribirá. El uso de la información recolectada es exclusivo para el ejercicio académico: ANÁLISIS DE LA POLÍTICA EN SALUD EN BOGOTA 2004-2011, que corresponde a la tesis doctoral de Luz Dary Carmona M. estudiante de la Universidad andina Simón Bolívar.

Objetivo:

Identificar las posturas de líderes reconocidos de Bogotá sobre la Política de salud 2004- 2011.

PREGUNTAS:

Les pedimos que intenten recordar, este ejercicio en primera instancia es un ejercicio de memoria, y en segundo lugar son muy importantes sus opiniones. Pueden plantear y expresar lo que quieran.

1. ¿En el contexto de la Secretaría Distrital de Salud qué significó la llegada a la Alcaldía de gobiernos de izquierda democrática?
2. ¿Qué tipo de relaciones se establecieron entre la Secretaría de salud y el concejo de la ciudad?
3. ¿Considera que la propuesta de gobierno del periodo Lucho Garzón y Samuel Moreno se desarrolló en un contexto favorable o desfavorable? Explique su respuesta.
4. ¿Considera que hubo cambios en la concepción de salud durante estos periodos con relación a los periodos anteriores? ¿Cuáles?
5. Recuerda alguno programa específico que considere fue importante?
6. La participación social en salud cambió en algo con relación a lo que había antes del 2004? En qué? Por favor den ejemplos concretos.

Anexo 5: guía de entrevista

DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA, AMBIENTE Y SOCIEDAD

TITULO DE LA TESIS: ANÁLISIS DE LA POLÍTICA EN SALUD EN BOGOTÁ 2004-2011

ESTUDIANTE: LUZ DARY CARMONA MORENO

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

PERFIL DEL ENTREVISTADO

Nombre: _____

Cargo: _____

Tiempo de trabajo en la SDS: _____

OBJETIVO

Indagar sobre los puntos estratégicos de la experiencia de gobierno en salud en Bogotá durante el periodo 2004-2011.

La entrevista está estructurada en cuatro sesiones o ejes: la primera indaga sobre el contexto en que se realiza el programa de gobierno en salud 2004-2011, la segunda sobre la (S) concepciones de salud pública en el mismo periodo, y la tercera pregunta sobre mecanismos, dispositivos de gestión que se hayan usado en dicho periodo; y el cuarto eje se indaga sobre el programa Salud a Su Casa (SASC) o Salud a Su Hogar y sus efectos sobre la salud pública y la percepción sobre logros y/o resultados.

CUESTIONARIO

Eje 1

7. ¿Qué tipo de relaciones habían entre el SGSSS -Ministerio y los programas de salud pública de la Dirección de Salud pública a comienzos del 2004?
8. ¿En el contexto de la Secretaría Distrital de Salud qué significó la llegada a la Alcaldía de gobiernos de izquierda democrática?
9. ¿Qué tipo de relaciones se establecieron entre la Secretaría de salud y el concejo de la ciudad?
10. ¿Considera que la propuesta de gobierno del periodo Lucho Garzón y Samuel Moreno se desarrolló en un contexto favorable o desfavorable? Explique su respuesta.

Eje 2

11. ¿Qué elementos considera fueron centrales de la propuesta de salud pública de estos periodos de gobierno?
12. ¿Considera que hubo cambios en la concepción de salud durante estos periodos con relación a los periodos anteriores?

Eje 3

13. ¿Qué transformaciones hubo en términos de la gestión (en lo institucional, en lo interinstitucional, en lo territorial) en la SDS durante el período 2004-2011?
14. ¿Qué transformaciones hubo en cuanto a la gestión del talento humano? ¿Durante el periodo hubo cambios en la estructura o jerarquías de poder en la SDS, de qué tipo?

Eje 4

15. ¿Cómo afecto el Programa SAH-SASC a la SDS?
16. ¿Cómo afecto la salud pública en la ciudad?
17. ¿Qué tipo de transformaciones se desarrollaron con la Atención Primaria en Salud a través del programa de SASC en la salud de los Bogotanos/as?

Anexo 6: Codificación de entrevistas

Se identifican los perfiles que tenían los entrevistados en el momento del análisis y sus lugares de desempeño. La codificación se realizó teniendo en cuenta los tres ejes de la disputa: conceptual, político, institucional. Así:

N° de entrevista	PERFIL	CODIGO EJE 1 CONCEPTUAL	CODIGO EJE 2 POLÍTICO	CÓDIGO EJE 3 INSTITUCIONAL
1	Abogada, economista. Cargo: Alcaldesa	E1C1	E1C2	E1C3
2	Odontóloga- Mg en salud pública. Cargo: Coordinadora SASC	E2C1	E2C2	E2C3
3	Administrador público con especialidad en finanzas públicas. Cargo: Secretario de salud	E3C1	E3C2	E3C3
4	Economista –especialista –Mg en servicios de salud Cargo: Director	E4C1	E4C2	E4C3
5	Médico, especialista en salud ocupacional y gobierno municipal. Cargos*: Director, subsecretario de salud, gerente de hospital, director de planeación local, Secretario de salud.	E5C1	E5C2	E5C3
6	Médico, especialista en bioética, PhD en Historia. Cargos: Director. Secretario de salud (E).	E6C1	E6C2	E6C3
7	Ingeniera Industrial, Especialista en calidad de servicios. Cargos: directora de Planeación, Coordinadora a nivel local, SubSecretaría de Integración Social; Secretaría de Gobierno.	E7C1	E7C2	E7C3
8	Fisioterapeuta, Mg en salud del trabajo. Cargo: Directora	E8C1	E8C2	E8C3
9	Nutricionista, Mg en Salud Pública. Cargo: Coordinadora de gestión social. Directora de salud pública (E).	E9C1	E9C2	E9C3
10	Enfermera; Administradora pública: Especialista en servicios de salud. Cargos: Directora; Jefe de área.	E10C1	E10C2	E10C3

11	Médico, especialista en gerencia de servicios de salud. Cargo: Gerente.	E11C1	E11C2	E11C3
12	Odontóloga, Mgen salud Cargos: coordinadora de SAH; jefe de área.	E12C1	E12C2	E12C3
13	Médico, Especialista en investigación social; Mg en administración de salud; PhD en pensamiento sistémico crítico. Cargo: Secretario de Salud	E13C1	E13C2	E13C3
14	Filósofa, especialista en Gerencia Social; Mg en Desarrollo. Cargo: Directora.	E14C1	E14C2	E14C3
15	Médica, Especialista en Administración y calidad de servicios en salud. Cargo: coordinadora de SAH en hospital; Coordinadora de SASC a nivel distrital; gerente.	E15C1	E15C2	E15C3
16	Médico, Especialista en gerencia hospitalaria. Mg en economía de la salud. Cargos: director de planeación Hospital. Asesor de salud pública.	E16C1	E16C2	E16C3
17	Enfermera; especialista en Administración en salud. Cargo: coordinadora de programas distritales. Gerente.	E17C1	E17C2	E17C3
18	Trabajadora social. Especialista en calidad de servicios de salud. Cargo: Coordinadora programas territoriales- locales.	E18C1	E18C2	E18C3
19	Médico, especialista en calidad de servicios. Coordinador de programa local. Gerente	E19C1	E19C2	E19C3
20	Enfermera, especialista en administración en salud. Cargo: coordinadora de programas. Gente (E).	E20C1	E20C2	E20C3
21	Nutricionista, especialista en gerencia de servicios de salud. Gerente EPS	E21C1	E21C2	E21C3

*Varios de los entrevistados tuvieron varios cargos –roles en diferentes momentos durante el 2004-2011

Anexo 7: formato rejilla de análisis**DOCTORADO EN SALUD COLECTIVA, AMBIENTE Y SOCIEDAD****TITULO DE LA TESIS: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA DE GOBIERNO EN SALUD EN BOGOTA 2004-2011****ESTUDIANTE: LUZ DARY CARMONA MORENO****REJILLA ANÁLISIS ENTREVISTAS**

Nº ENTREVISTADO	PERFIL	EJE	PREGUNTA	CATEGORÍA	CITACIONAL	ANÁLISIS- ASUNTOS CLAVES EN FUNCIÓN DE LAS CATEGORÍAS	CATEGORÍA	ELEMENTOS QUE EL ANALISTA CONSIDERA CLAVE APORTES

Orientaciones para el diligenciamiento:

No entrevistado: registra el número asignado

Perfil: formación académica y cargos asumidos laboralmente por el entrevistado

Eje: corresponde al que esta denominado como ordenador del bloque de preguntas

Pregunta la numeración (1,2...).

Categoría: coloca el Nº correspondiente: 1,2,3,4

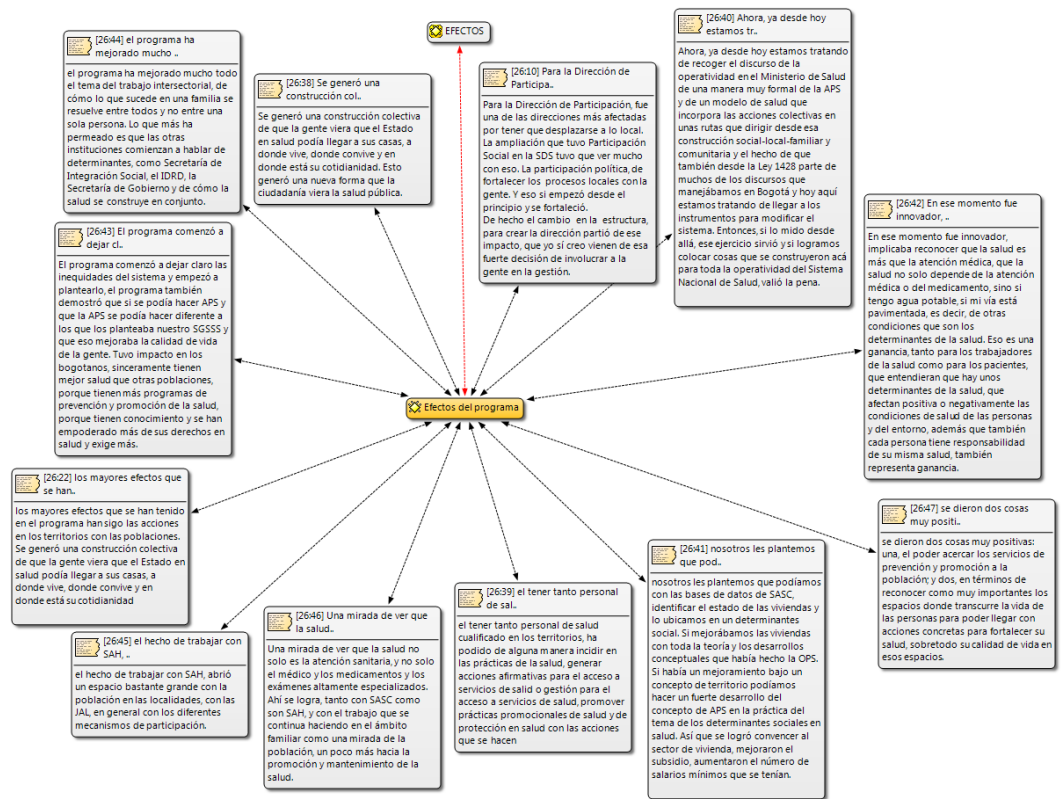
Cita: copia la cita tal cual.

Análisis: expresa la comprensión DE LA POSTURA DEL ENTREVISTADO QUE denota una categoría.

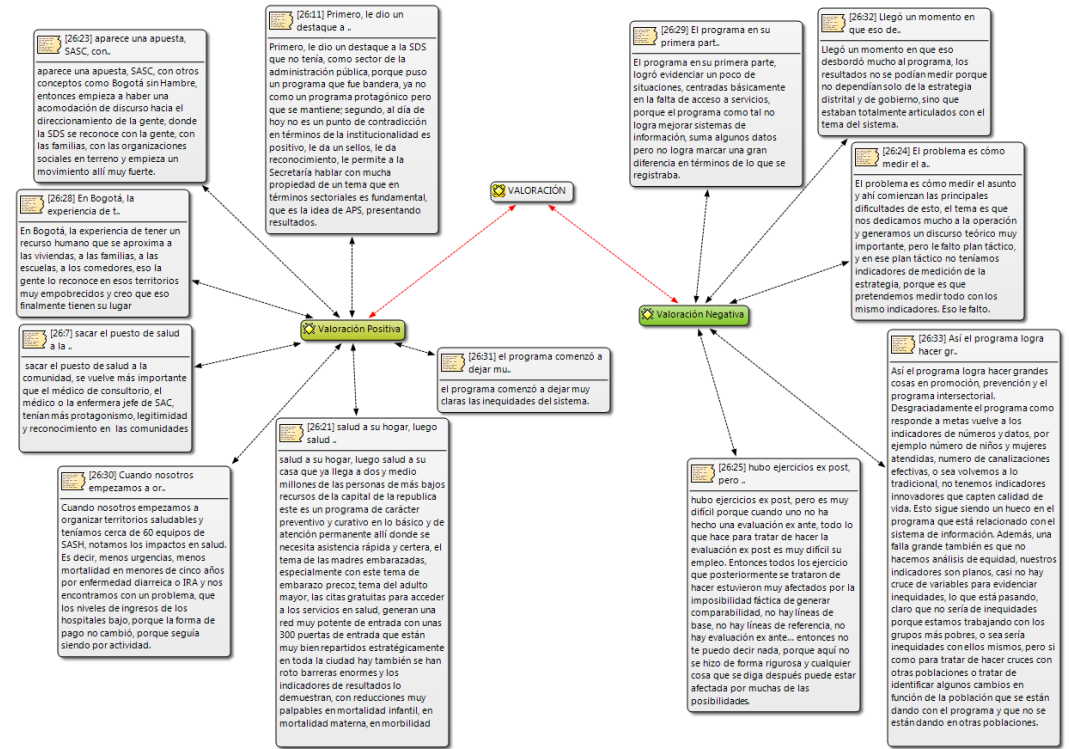
Categoría: ejemplo (E1C1) SIGNIFICA: entrevistado 1 categoría 1. (E1C2)

Anexo 8: Red de relaciones Atlas TI

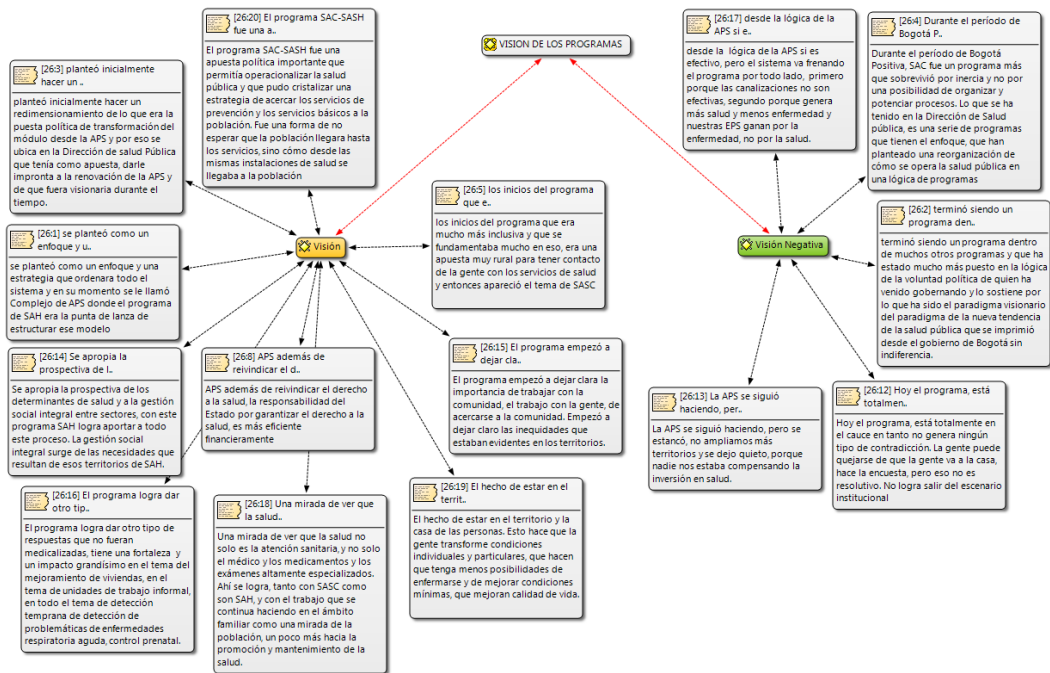
1: efectos



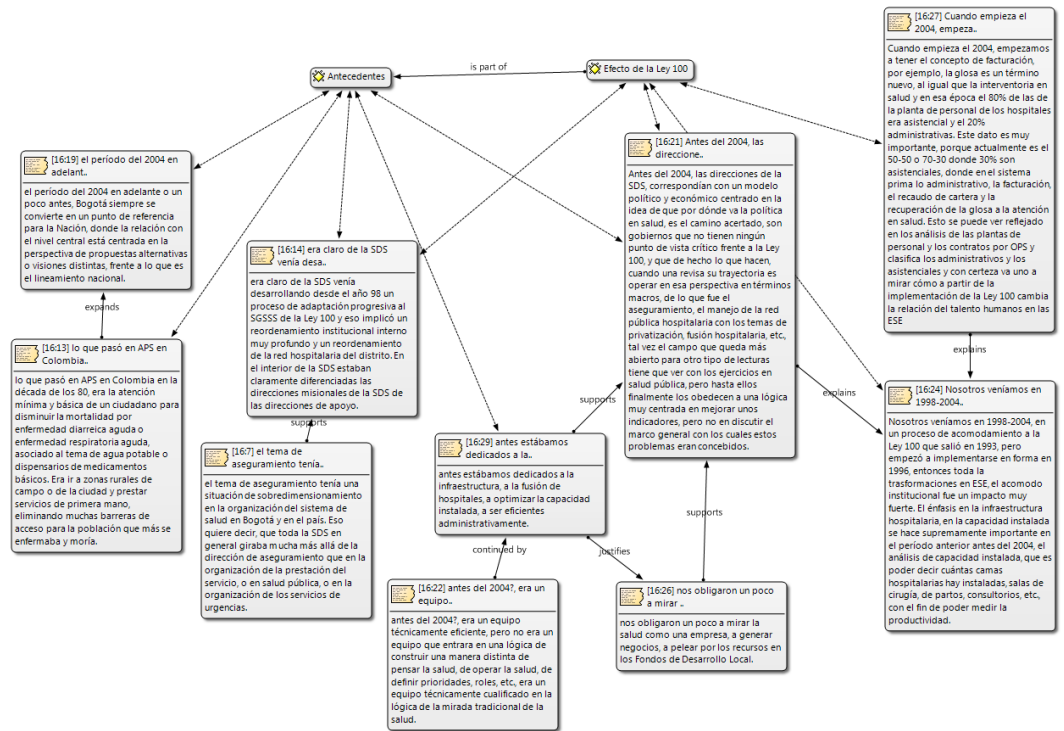
2: valoración



3: visión



4: antecedentes



Anexo 9: citaciones Concejo de Bogotá

Anexo: Informe de gestión (años 2003 al 2009), Proceso control político-proposiciones aprobadas.

Fuente: Comisión Primera Permanente del Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial del Concejo de Bogotá.

No.	FECHA DE APROBACIÓN	TEMA DE LA PROPOSICIÓN	CITADOS	INVITADOS	CITANTES	TRAMITE Y/O OBSERVACIONES
65	27 de marzo de 2003	Evaluación de los resultados de la ejecución del Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras 2002-2004 "Bogotá para vivir todos del mismo lado"	Directora DAPD, Secretario de Hacienda, y demás funcionarios responsables de los diferentes programas		JORGE E. SALAMANCA DARIO ANGARITAM. ÁNGEL C. CABRERA B.	
154	30 de julio de 2003	Que el Secretario de Salud informe sobre los dineros transferidos al Fondo Financiero Distrital de Salud	Gerente de la Lotería de Bogotá Secretario de Salud Personero Distrital Contralor Distrital		FERNANDO LÓPEZ GUTIÉRREZ	TRAMITADA SE REALIZO SESIÓN EL 8 Y 17 DE OCTUBRE DE 2003
169	28 de agosto de 2003	Balace del cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo Distrital "Bogotá para vivir todos del mismo lado" 2002-2004	Secretario General del Distrito Secretarios de Salud, Educación y Hacienda Directores de DAPD, DABS, DAMA y IDCT		Honorables Concejales: CARLOS A. BAENA L. DARIO ANGARITA M.	
012	2 de febrero de 2004	TRASLADO DE LA SECRETARÍA GENERAL (16 de febrero de 2004) CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO Cuál es el cronograma para la elaboración, discusión y aprobación del Plan de desarrollo 2004-2007. Qué mecanismos se implementará para garantizar la participación ciudadana. Información sobre la evaluación del plan de desarrollo vigente.	Directora del DAPD Secretario de Gobierno Directora del DAAC Veeduría Distrital		Honorables Concejales: JOSÉ F. ROJAS R. MARÍA I. NIETO J. ANTONIO GALÁN S.	TRAMITADA EN LA SESIÓN DEL 27 DE MARZO DE 2004
055	18 de febrero de 2004	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO Explicar los principales componentes que guiaran las políticas, los planes, los programas y proyectos que desarrollará el Instituto Distrital de Recreación y el Deporte en el marco del Plan de Desarrollo para los próximos cuatro años.	Directora IDR		Honorables Concejales BRUNO A. DÍAZ O. CARLOS A. BAENA L. OMAR MEJÍA B.	
95	5 de marzo de 2004	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO ¿Qué registro de control y seguimiento lleva la Secretaría de Salud Distrital de las Instituciones Prestadoras de Servicio IPS y de los profesionales independientes que ofrecen servicios de abdominoplastias y/o liposucciones? ¿Cuál es la estadística de las cirugías efectuadas en los años 2002, 2003 y 2004? ¿Cuántos pacientes se han reportado como fallecidos con ocasión de las cirugías practicadas?	Secretario de Salud		Honorables Concejales: GERMAN GARCÍA Z. OMAR MEJÍA BÁEZ GUSTAVO A. PÁEZ M.	TRAMITADA EN LA SECCIÓN DEL JUEVES 26 DE MAYO DE 2005
112	12 de marzo de 2004	FORO ABIERTO Para el 12 de abril de 2004 A los REPRESENTANTES DEL CONCEJO TERRITORIAL DE PLANEACIÓN, para que expongan y expliquen al Concejo de Bogotá y a la ciudadanía las razones del concepto que emitan sobre el documento PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO SOCIAL Y DE OBRAS PÚBLICAS DE BOGOTÁ, D.C., para el período 2004-2007	Concejo Territorial de Planeación Directora del DAPD		Honorable Concejal: ISAAC MORENO DE CARO	TRAMITADA EN LA SECCIÓN DEL LUNES 12 DE ABRIL DE 2004
125	19 de marzo de 2004	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO Presenta a la Comisión del Plan los indicadores	Directora del DAPD Secretario de Hacienda		Honorables Concejales: MARÍA C. RAMÍREZ F. ANTONIO GALÁN S. JORGE DURAN S.	TRAMITADA EN LA SECCIÓN DEL LUNES 26 DE ABRIL DE 2004

		de ejecución de las prioridades, programas, subprogramas y proyectos que hicieron parte del Plan de Desarrollo "BOGOTÁ PARA VIVIR TODOS DEL MISMO LADO" 2002-2004, indicando las razones de carácter técnico, administrativo o financiero que hayan podido causar el incumplimiento de alguna de las metas. Cuál es el inventario de las obras inconclusas y los recursos necesarios para su terminación.				
165	15 de abril de 2004	CITACIÓN A DEBATE CITACIÓN Con el propósito de escuchar su concepto y las recomendaciones sobre el Proyecto del Plan de Desarrollo 2004-2008 con una perspectiva global desde el ámbito local.	Concejos Locales de Juventud del Distrito Capital		Honorables Concejales: MARÍA A. TOVAR R. ORLANDO PARADA D. GUSTAVO A. PELÁEZ M.	TRAMITADA EN LA SECCIÓN DEL DOMINGO 25 DE ABRIL DE 2004
166	15 de abril de 2004	ADITIVA A LA PROPOSICIÓN N° 144 DEL 3 DE ABRIL DEL 2004 Invitar para la sección del 25 de abril a nuevos funcionarios del orden nacional para que den sus apreciaciones frente al borrador del Proyecto de Plan de Desarrollo	Presidente Concejo Nacional de Planeación		Honorables Concejales: ISAAC MORENO DE CARO	TRAMITADA EN LA SECCIÓN DEL DOMINGO 25 DE ABRIL DE 2004
	18 de abril de 2004	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO EN EL MARCO DEL ESTUDIO DEL PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL Y DE OBRAS PÚBLICAS PARA BOGOTÁ, D.C. ¿Cómo se articulan los planes de desarrollo departamental concepto de Ciudad Región del Plan de Desarrollo Distrital y cuál es la agenda de concertación?	Directora DAPD Secretario de Gobierno Consejería de Región y Competitividad del D.C.		Honorables Concejales: ANTONIO GALÁN S. JORGE DURAN S. MARÍA V. VARGAS S.	TRAMITADA EN LA SECCIÓN DEL SÁBADO 15 DE MAYO DE 2004
200	25 de abril de 2004	CITACIÓN A DEBATE Previo a la discusión formal del Proyecto del Plan de Desarrollo, tienen la Contraloría Distrital, Personería Distrital y Veeduría Distrital, sobre el borrador presentado por el Alcalde Mayor se solicita a los organismos de control manifestar su concepto sobre el componente ambiental del borrador del Plan.		Contralor Distrital, Personero Distrital y Veedora Distrital	Honorables Concejales: DARIO F. CEPEDA P. MARÍA ISABEL NIETO J. GUILLERMO CORTES C.	TRAMITADA EN LA SECCIÓN DEL MARTES 11 DE MAYO DE 2004 TRAMITADA EN LA SECCIÓN DEL MIÉRCOLES 12 DE MAYO DEL 2004
208	26 de abril de 2004	INVITACIÓN Al señor Alcalde Mayor LUIS EDUARDO GARZÓN ara que exponga sus actuaciones en los primeros 100 días de gobierno; adelantos de programas y dificultades; sustentar los puntos de vista de su Plan de Desarrollo 2004-2007		LUIS EDUARDO GARZÓN Alcalde Mayor	Honorables Concejales: ISAAC MORENO DE C. ARMANDO GUTIÉRREZ MARIO F. PINERDO M.	
234	7de mayo de 2004	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO Cítese al Señor Secretario de Hacienda Distrital, para que se sirva dar a conocer y explicar a la Comisión la Estrategia Financiera contenida en el Proyecto de Acuerdo del Plan de Desarrollo Bogotá Sin Indiferencia	Secretario de Hacienda		Honorables Concejales: HIPÓLITO MORENO G. FERNANDO LÓPEZ G.	
350	25 de julio de 2005	PROPOSICIÓN ADITIVA A LA PROPOSICIÓN N°. 357 del 23 de agosto de 2004 CUESTIONARIO "UNA SALUD SEXUAL RESPONSABLE" Explique claramente cómo desarrolla esa entidad la "POLÍTICA DISTRITAL PARA LA SEXUALIDAD".	Directora DAACD Directora Programa Mujer y Género Directora IDCT Secretario de Educación Secretario de Gobierno		Honorables Concejales: LUIS F. OLIVARES R. SUSANA GONZÁLEZ R. ISAAC MORENO DE C.	

		informar del actual presupuesto, cuáles son los proyectos que se encuentran en ejecución y tienen que ver con la promoción y divulgación del componente de salud sexual o educación sexual. Indicando el porcentaje de ejecución de los mismo, el desarrollo y seguimiento que se realiza sobre el cumplimiento del objeto del proyecto.				
357	23 de agosto de 2004	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO "POR UNA SALUD SEXUAL REGLADA" ¿Cuáles son las acciones que en salud se han implementado para prevenir, educar y difundir el uso de preservativos dentro de lenocinio, residencias, moteles y hostales del Distrito Capital?	Secretario de Salud Directora DABS		Honorables Concejales: LUIS F. OLIVARES R.	
411	7 de septiembre de 2004	FORO ABIERTO Senadores, Representantes conjuntamente con los Concejales de la ciudad, logren unificar criterios y compromisos políticos frente a las necesidades de la ciudad como lo son: el nivel de desplazados en la ciudad, el nivel de transferencias de la Nación para el sector salud y educación, el acompañamiento Nacional al Programa Bogotá Sin Hambre, entre otros.		Representantes a la Cámara por Bogotá. Senadores: GERMAN VARGAS ANTONIO NAVARRO W. CARLOS MORENO CARLOS GAVIRIA D. SAMUEL MORENO RAFAEL PARDO EDGAR ARTUNDUAGA Alcalde LUIS EDUARDO GARZÓN	Honorables Concejales: ISAAC MORENO DE C. JOSÉ J. RODRÍGUEZ MARÍA S. GONZÁLEZ R.	
428	24 de septiembre de 2004	PROPOSICIÓN ADITIVA A LA PROPOSICIÓN N° 421. del 13 de septiembre de 2004 CITACIÓN A DEBATE Explique cómo ha avanzado el plan de mejoramiento suscrito entre la Contraloría Distrital y la secretaría de Salud Régimen Subsidiado lo ha cumplido o no, en qué frente se presenta mayor dificultad.	Secretario de Salud		Honorables Concejales: JORGE E. SALAMANCA C. JOSÉ J. RODRÍGUEZ ARMANDO GUTIÉRREZ	
350	25 de julio de 2005	PROPOSICIÓN ADITIVA A LA PROPOSICIÓN N° 357 del 23 de agosto de 2004 CUESTIONARIO "UNA SALUD RESPONSABLE" Explique claramente cómo desarrolla esa entidad la "POLÍTICA DISTRITAL PARA LA SEXUALIDAD", informar del actual presupuesto, cuáles son los proyectos que se encuentran en ejecución y que tienen que ver con la promoción y divulgación del componente de salud sexual o educación sexual. Indicando el porcentaje de ejecución de los mismo, el desarrollo y seguimiento que se realiza sobre el cumplimiento del objeto del proyecto.	Directora DAACD Directora Programa Mujer y Género Directora IDCT Secretario de Educación Secretario de Gobierno		Honorables Concejales: LUIS F. OLIVARES R. SUSANA GONZÁLEZ R. ISAAC MORENO DE C.	
440	12 de septiembre de 2005	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO INDICADORES PLAN DE DESARROLLO Sírvanse informar sobre los mecanismos y herramientas de procesamiento y divulgación de la información surgida del seguimiento y evaluación de la gestión pública relacionada con el Plan de Desarrollo Distrital; favor presentar los indicadores que ordenan	Directora DAPD Directora DABS Secretario General Secretario de Gobierno Alcalde Mayor		Honorables Concejales: CARLOS V. DE ROUX R. GERMÁN GARCÍA Z. CARLOS A. BAENA L.	TRAMITADA EN LA SESIÓN DEL VIERNES 11 DE SEPTIEMBRE DE 2006

		los artículo primero y segundo del Acuerdo 067 de 2002 divulgados en el primer trimestre de los años 2003, 2004 2005.				
428	9 de septiembre de 2005	TRASLADADA DE LA SECRETARÍA GENERAL EL 13 DE SEPTIEMBRE DE 2005 FORO CIUDADANO Examinar en detalle tanto la ejecución de las políticas nacionales en educación, salud y protección social en el Distrito, como los sistemas e instrumentos de coordinación que es necesario utilizar entre la Nación y el Distrito para lograr una mayor eficacia en la acción del Estado		Presidente de la república Ministro y autoridades Alcalde Mayor Funcionarios Distritales	Honorables Concejales: TODOS LOS HONORABLES CONCEJALES MIEMBROS DE LA CORPORACIÓN	
519	27 de octubre de 2005	CITACIÓN A DEBATE SEGUIMIENTO A LA INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA TIENEN LA PROPOSICIÓN ADITIVA 620 DE NOVIEMBRE DE 2006 CUESTIONARIO A cuánto asciende la ejecución del proyecto "Desarrollo de la Dirección del Sistema territorial de Salud y fortalecimiento de la res pública hospitalaria" y cómo se han distribuido las diferentes acciones (componente de infraestructura y dotación, especialmente) entre las 145 instituciones de la res pública Distrital, incluidas ESEs, CAMIs, UPAs y las UBAs en las vigencias fiscales de 2004 y 2005.	Secretario de salud		Honorables Concejales: GERMÁN GARCÍA Z. CARLOS V. DE ROUX R. MARÍA C. RAMÍREZ F.	
001	10 de enero de 2006	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO ¿Cuáles han sido los avances logrados por su entidad, en relación con los siguientes proyectos del programa "Participación para la Decisión", "Sistema distrital de Participación", "Escuela de Participación y Gestión Social", "Observatorio Distrital de Participación y Descentralización", "Fortalecimiento del Tejido Local para la Gestión Social", "Sistema Distrital de Servicio a la ciudadanía" y "Ciudad en Salud"?	Secretario de Gobierno Secretario General A.M. Directora DAACD Directora DABS Secretario de salud Directora IDCT 20 Alcaldes locales		Honorables Concejales: BRUNO A. DÍAZ O. CARLOS V. DE ROUX R. ORLANDO S. MILLÁN ALEJANDRO MARTÍNEZ	
048	13 de febrero de 2006	CITACIÓN A DEBATE TEMA: POLÍTICA EN SALUD DE BOGOTÁ CUESTIONARIO Liste los diagnósticos o estudios utilizados, contratados o consultados por la Secretaría de Salud para el establecimiento de la actual política en salud de Bogotá ¿De qué manera el modelo Salud a Su Hogar SAH (APS) ha afectado los indicadores de salubridad de la población bogotana? Favor reporte cifras y explique. ¿Cuáles son las fuentes de financiación de las acciones llevadas a cabo bajo el enfoque de APS? ¿De estos recursos qué porcentaje corresponde a dineros de destinación específica y qué porcentaje no? ¿Qué indicadores y mediciones ha establecido la Secretaría de Salud para hacer seguimiento a la cobertura en salud desde los modelos APSy de aseguramiento?	Secretario de Salud		Honorables Concejales: BRUNO A. DÍAZ O. CARLOS V. DE ROUX R. CARLOS A. BAENA L.	

		Indique las cifras actuales de cobertura en aseguramiento y las de APS.				
117	16 de marzo de 2006	TRASLADAD DE LA SECRETARÍA GENERAL el 16 de marzo de 2006 CITACIÓN A DEBATE ¿Cuántas empresas de servicios de ambulancia están registradas en la ciudad y cuántas tienen certificación para prestar este servicio por parte de esa Secretaría? ¿Con qué empresas de servicio de ambulancia tiene contrato el Fondo Financiero Distrital de Salud para el traslado de pacientes a los hospitales del Distrito?	Secretario de Salud		Honorables Concejales: MARÍA I. NIETO J. DARÍO F. CEPEDA P. CRISTINA PLAZAS M.	
123	22 de marzo de 2006	CITACIÓN A DEBATE TEMA: BOGOTÁ SIN HAMBRE ¿Qué acciones específicas desarrolla la dirección del programa "Bogotá Sin Hambre" dentro de la función de coordinar y liderar una política de seguridad alimentaria? ¿Cuál es el grado cumplimiento a 31 de diciembre de 2005 de los objetivos y metas planteadas en el Plan de Desarrollo de cada una de las entidades distritales que viene desarrollando el programa?	Director Programa "Bogotá Sin Hambre" Directora UESP Secretario de Educación Directora DABS Secretario de Salud Director IDIPRON Directora Jardín Botánico Directora DAFD		Honorables Concejales: MARÍA SUAREZ M. MARÍA I. NIETO J. DARÍO F. CEPEDA P.	TRAMITADA EN LA SESIÓN DEL MIÉRCOLES 22 DE SEPTIEMBRE DE 2006
126	22 de marzo de 2006	CITACIÓN A DEBATE TEMA: CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS PROACTIVAS ¿Qué programas ha implementado el Fondo Financiero Distrital de Salud y el DABS en los últimos años para hacer frente a este problema? ¿Qué recursos se han asignado y por parte de qué entidades para atender estos programas?	Gerente de Juventud DABS		Honorables Concejales: MARÍA I. NIETO J. MARÍA A. TOVAR R. GUILLERMO CORTES C.	
144	23 de marzo de 2006	CITACIÓN A DEBATE Sírvense dar a conocer cuáles han sido los resultados, cuál es el alcance y qué expectativas se tienen del Programa Salud a Su Hogar	Secretario de Salud Secretario de Gobierno		Honorables Concejales: HIPÓLITO MORENO G. JORGE DURÁN S. CARLOS A. ROMERO J.	
207	9 de mayo de 2006	CITACIÓN A DEBATE TEMA: CAMPAÑAS DE ZONOSIS DE LA ADMINISTRACIÓN ¿Cuáles y cuántos son los proyectos y programas de Secretaría de Salud Distrital ejecutará durante este año, con el fin de reducir la población canina y la transmisión de enfermedades zoonóticas?	Secretario de Salud		Honorables Concejales: LARIZA PIZANO ROJAS JAIRO RODRÍGUEZ V. HERMÁN REDONDO	
219	9 de mayo de 2006	CITACIÓN A DEBATE TEMA: "SALUD A SU HOGAR" Y SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ¿Cuál es la cobertura actual del SGSSS en Bogotá, D.C., desagregar por regímenes: contributivo, subsidiado, no afiliados, subsidios parciales y regímenes especiales? ¿Cuál es el porcentaje de cumplimiento en metas de ampliación y cobertura en régimen y en el régimen contributivo?	Secretario de Salud Secretario de Gobierno Secretario de Hacienda		Honorables Concejales: HERMÁN REDONDO GERMAN GARCÍA Z. JORGE E. SALAMANCA C.	TRAMITADA EN LA SESIÓN DEL JUEVES 21 DE DICIEMBRE DE 2006 TRAMITADA EN LA SESIÓN DEL DOMINGO 14 DE ENERO DE 2007
270	23 de mayo de 2006	CITACIÓN A DEBATE TEMA: "BOGOTÁ NO SONRIE: DEJA DE LADO LA INDIFFERENCIA EN SALUD ORAL"	Secretario de Salud Secretario de Educación		Honorables Concejales: FERNANDO LÓPEZ G. GUILLERMO VILLATE S. JOSÉ J. RODRÍGUEZ 2.	

		¿Cuál es la situación de la salud oral en la población escolarizada menor de 14 años en Bogotá? ¿Cuál es la respuesta en término de accesibilidad al servicio de salud oral?				
360	11 de julio de 2006	CITACIÓN A DEBATE TEMA: SALUD PARA LA VIDA DIGNA ¿Número de personas nuevas que se han vinculado al régimen subsidiado? ¿Cuántas familias no aseguradas sin capacidad de pago han podido acceder a la atención integral en salud?	Secretario de Salud		Honorables Concejales: MARÍA S. GONZÁLEZ R. JORGE DURÁN S. EMEL ROJAS C.	TRAMITADA EN LA SESIÓN DEL JUEVES 21 DE DICIEMBRE DE 2006 TRAMITADA EN LA SESIÓN DEL DOMINGO 14 DE ENERO DE 2007
384	23 de julio de 2006	CITACIÓN A DEBATE Proposición aditiva a la proposición 207 de 2006 sobre campañas de zoonosis ¿Qué campañas pedagógicas se han hecho o se piensa hacer para divulgar los programas de esterilización? ¿Por qué razón la Secretaría de Salud solo atiende esterilizaciones en estratos 1 y 2 cuando es un hecho que los animales circulan por todos los estratos? ¿Son realmente necesario los recibos de servicios públicos para llevar a cabo esterilizaciones?	Secretario de Salud		Honorables Concejales: LARIZA PIZANO R. JAIRO RODRÍGUEZ V. HERMAN RENDONDO G.	
387	23 de julio de 2006	CITACIÓN A DEBATE ¿Qué actividades transectoriales ambiente, nutrición y alimentación, salud, vivienda, entre otros, está llevando a cabo la Administración Distrital para prevenir la mortalidad a causa de las infecciones respiratorias agudas IRA, en especial en menores de 5 años?	Secretario de Salud Secretario de Hacienda		Honorables Concejales: CARLOS V. DE ROUX R. EMEL ROJAS C.	
405	9 de agosto de 2006	CITACIÓN A DEBATE ¿Qué comunidades ven afectada su salud como consecuencia de la acumulación de basuras y el estancamiento de las aguas lluvias y negras en los canales recolectores? ¿Cuáles son las afecciones más comunes?	Secretario de Salud Directoras DAMA Directora UESP GERENTE EAAB		Honorables Concejales: CRISTINA PLAZAS M. MARÍA A. TOVAR R. EMEL ROJAS C.	
532	18 de octubre de 2006	CITACIÓN A DEBATE ¿Cuál es el valor mensual por prestación de servicios en salud de las Administradoras del Régimen Subsidiado a los afiliados al Sisben?	Secretario de Salud		Honorables Concejales: MARÍA S. GONZÁLEZ R. MARÍA A. TOVAR R. CARLOS O. FERREIRA P.	TRAMITADA EN LA SESIÓN DEL JUEVES 21 DE DICIEMBRE DE 2006 TRAMITADA EN LA SESIÓN DEL DOMINGO 14 DE ENERO DE 2007
620	20 de noviembre de 2006	CITACIÓN A DEBATE Proposición aditiva a la proposición 519 de 2005 ¿Cuál es el presupuesto asignado en la vigencia de 2006 y cuál es el porcentaje de ejecución q octubre de 2006, del Proyecto "Desarrollo de la Dirección del Sistema Territorial de Salud y Fortalecimiento de la Red Hospitalaria?	Secretario de Salud		Honorables Concejales: CARLOS V. DE ROUX R. GERMÁN GARCÍA Z. MARÍA C. RAMÍREZ F.	
660	14 de diciembre de 2006	CITACIÓN A DEBATE TEMA: INVITACIÓN PÚBLICA "REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL MEISSEN (ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA) Y DOTACIONAL DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA" ¿Por qué dos números referenciau mismo proceso licitatorio invitación pública "REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL MEISSEN (ASISTENCIAL Y ADMINISTRATIVA) Y			Honorables Concejales: JORGE E. SALAMANCA C. ANTONIO GALÁN S. LEO C. DIAGO C.	

		DOTACIONAL DE LA NUEVA INFRAESTRUCTURA", incluido dentro del Plan de Desarrollo?				
120	02 de marzo de 2008	CITACION A DEBATE CUESTIONARIO Resultados de la aplicacion de los planes, programas y proyectos, para la juventud del D.C., en la aplicacion del decreto 482 de 2006 y la coherencia con el plan de Desarrollo del Gobierno del Seños Alcalde Samuel Moreno Rojas (Bogotá Positiva)	Secretaría Distrital de Integración Social Secretaría de Educación Secretaría Distrital de Gobierno		Honorables Concejales: BANCADA CAMBIO RADICAL NELLY P. MOSQUERA M. FELIPE RÍOS L. CARLOS F. GALÁN P.	ARCHIVADA SE ARCHIVA POR HABER TRANSCURRIDO UN AÑO SIN DEBATIRSE
127	02 de marzo de 2008	CITACION A DEBATE CUESTIONARIO ¿Cuál fue el presupuesto programado y ejecutado en el Proyecto CIUDAD SALUD de conformidad al Acuerdo 0192 de 2005?	Secretario Distrital de Salud Gerente de la Empresa de Renovación Urbana	Gobernador de Cundinamarca Secretario de Salud de Cundinamarca	Honorables Concejales: JORGE E. SALAMANCA C. JORGE DURÁN GILMA JIMÉNEZ G.	ARCHIVADA SE ARCHIVA POR HABER TRANSCURRIDO UN AÑO SIN DEBATIRSE
158	15 de marzo de 2008	CITACION A DEBATE CUESTIONARIO El desplazamiento formado por las obras del Plan Centro y Ciudad Salud	Secretaría Distrital de Planeación Gerente ERU Secretaría Distrital de Salud Contralor Distrital Personero Distrital	Comunidades afectadas del Plan Centro y Ciudad Salud Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA POLO DEMOCRÁTICO JAIME CAICEDO TURRIAGO JOSÉ F. ROJAS R. BANCADA PARTIDO CONSERVADOR COLOMBIANO SOLEIDAD TAMAYO T.	TRAMITADA EN SESIÓN DE LA COMISIÓN DEL VIERNES 16 DE ENERO DE 2009 TRAMITADA EN SESIÓN DE LA COMISIÓN DEL VIERNES 30 DE ENERO DE 2009 TRAMITADA EN SESIÓN DE LA COMISIÓN DEL DOMINGO 14 DE JUNIO DE 2009 TRAMITADA EN SESIÓN DE LA COMISIÓN DEL MARTES 21 DE JULIO DE 2009
222	01 de abril de 2008	CITACION A DEBATE CUESTIONARIO ¿Cuál es la estrategia de financiación del Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva" previas a la Administración Distrital?	Secretaría Distrital de Planeación	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA POLO DEMOCRÁTICO ALTERNATIVO CARLOS V. DE ROUX R. JOSÉ F. ROJAS R. ÁTI S. QUIGUA I. BANCADA CAMBIO RADICAL NELLY P. MOSQUERA M. CARLOS F. GALÁN P.	TRASLADADA DE LA PLENARIA (06-05-2008) POR TRAMITAR ARCHIVADA SE ARCHIVA POR HABER TRANSCURRIDO UN AÑO SIN DEBATIRSE
272	29 de abril de 2008	CITACION A DEBATE CUESTIONARIO ¿Cuáles son las metas o líneas, objetivos de la propuesta del plan de Desarrollo "Bogotá Positiva mejor 2008-2011"?	Secretaría de Hacienda	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	BANCADA PARTIDO CONVERGENCIA CIUDADANA RAFAEL A. ESCRUCERIA L. ÁLVARO CAICEDO E. BANCADA PACTO GUSTAVO A. PÁEZ M.	
274	29 de abril de 2008	CITACION A DEBATE CUESTIONARIO Bogotá región, avances y perspectivas del desarrollo de Bogotá y su entorno regional.	Secretaría Distrital de Planeación Secretaría General de la Alcaldía Mayor Secretaría General de Movilidad Secretaría Distrital de Integración Social Secretaría Distrital de Desarrollo Económico Secretaría Distrital de Hábitat Secretaría Distrital de Hacienda Secretaría Distrital de Gobierno	Gobernador de Cundinamarca Gobernador del Meta Gobernador de Cundinamarca Alcalde del Municipio de Funza Municipio de Chía Municipio de Zipaquirá Municipio de Mosquera Municipio de Soacha Municipio de Choachí Municipio de Facatativá Municipio de Madrid Cámara DE Comercio de Bogotá Corporación para el desarrollo y la productividad IPES Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA POLO DEMOCRÁTICO ALTERNATIVO WILSON H. DUARTE R. ÁLVARO ARGOTE M.	
310	08 de mayo de 2008	CITACION A DEBATE CUESTIONARIO Plan de Desarrollo Distrital "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor" 2008-2012	Secretaría General de la Alcaldía Mayor Secretaría Distrital de Gobierno Secretaría Distrital de Educación Secretaría Distrital de Salud Secretaría Distrital de Ambiente Secretaría Distrital de Hábitat Secretaría Distrital de Desarrollo Económico Secretaría Distrital de Planeación Secretaría Distrital de Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte Secretaría Distrital de Integración Social	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO CAMBIO RADICAL	TRASLADADA DE LA PLENARIA (12-05-2008) TRAMITADA (09-05-2008) (10-05-2008) 813-05-2008) (14-05-2008) (15-05-2008) (16-05-2008) (17-05-2008) (19-05-2008) (20-05-2008) (21-05-2008) (22-05-2008) (23-05-2008) (24-05-2008)

346	24 de mayo de 2008	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO ¿Cuáles son las políticas distritales y las ofertas de servicios institucionales en la salud física y mental para la atención y protección de niños, niñas y adolescentes víctimas del maltrato infantil y abuso sexual en la ciudad?	Secretaría Distrital de Integración Social Secretaría Distrital de Salud Secretaría Distrital de Educación	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO SOCIAL DE UNIDAD NACIONAL "PARTIDO DE LA U" MARTHA E. ORDÓÑEZ V. JAVIER A. LASTRA F. ORLANDO PARADA D.	TRASLADADA A LA SECRETARÍA GENERAL (07-10-08)
368	03 de junio de 2008	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO Sector Salud: Informe sobre los avances, acciones y resultados ejecutados hasta la fecha, para el cumplimiento del Plan de Desarrollo "Bogotá Sin Indiferencia" y conocer los programas y proyectos del sector para el año 2008-2011.	Secretaría Distrital de Salud	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO SOCIAL DE UNIDAD NACIONAL "PARTIDO DE LA U" HIPÓLITO MORENO G. ORLANDO PARADA D. EDGAR A. TORRADO G.	ARCHIVADA SE ARCHIVA POR HABER TRANSCURRIDO UN AÑO SIN DEBATIRSE
017	16 de enero de 2009	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO Manejo de residuos patológicos	Secretario Distrital de Ambiente Secretaría Distrital de Hábitat Secretario Distrital de Planeación Secretario Distrital de Salud	Alcalde Local de Fontibón Representante Legal ECOCAPITAL Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA POLO DEMOCRÁTICO ALTERNATIVO CARLOS R. SÁENZ V. CARLOS V. DE ROUX R. ORLANDO S. MILLÁN	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO 2 DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO
075	30 de enero de 2009	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO TEMA: Plan de Acción para dar cumplimiento a la política pública de discapacidad	Secretario Distrital de Educación Secretario Distrital de Salud Secretaría Distrital Integración Social Secretario Distrital de Cultura, Recreación y Deporte. Secretaría Distrital de Hábitat Secretario Distrital de Desarrollo Económico Secretaría Distrital de Gobierno Directora IDRD Directora IDPAC Directora IPES	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO SOCIAL DE UNIDAD NACIONAL "PARTIDO DE LA U" MARTHA E. ORDÓÑEZ V. ANDRÉS CAMACHO C. JAVIER A. LASTRA F. ORLANDO PARADA D. JAVIER M. PALACIO M. EDGAR AL. TORRADO G.	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO 2 DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO
136	06 de marzo de 2009	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO TEMA: Planes integrales de gestión de residuos hospitalarios y similares	Secretario Distrital de Salud Gerente UAESP Secretario Distrital de Ambiente Secretaría Distrital de Hábitat	Personero Distrital Contralor Distrital	Honorables Concejales: BANCADA MOVIMIENTO MIRA CARLOS A. BAENA L. HUMBERTO QUIJANO M.	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO 2 DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO
193	31 de marzo de 2009	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO TEMA: Embarazo en adolescentes e infantes	Secretario distrital de salud Secretaría Distrital Integración Social Secretaría Distrital de gobierno Secretario de educación	Personero distrital Comandante de la Policía Metropolitana de Bogotá	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO LIBERAL COLOMBIANO ÁNGELA M. BENEDETTI V. GILMA JIMÉNEZ G. JORGE DURAN S.	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO
150	9 de marzo de 2009	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO TEMA: Evaluación de los indicadores de gestión asociados al Plan de Desarrollo del "Bogotá Positiva"	Secretario Distrital de Planeación	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO CONVERGENCIA CIUDADANA ÁLVARO H. CAICEDO E. RAFAEL A. ESCRUCERÍA L.	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO
173	16 de marzo de 2009	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO TEMA: Foro "Planes parciales de Desarrollo"	Secretaría Distrital de Gobierno Secretario Distrital Planeación Secretaría Distrital de Hábitat Secretario Distrital de Ambiente Gerente UAESP Gerente renovación Urbana Directora IDU Secretario Distrital de Movilidad Gerente Transmilenio	Presidente Lonja De Propiedad Raíz Presidente FEDELONJAS Presidente CAMACOL Presidente Sociedad de Mejoras y Ornato Presidente FEDESARROLLO Presidenta CCB	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO CONVERGENCIA CIUDADANA ÁLVARO H. CAICEDO. RAFAEL A. ESCRUCERÍA L.	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO
176	16 de Marzo de 2009	CITACIÓN A DEBATE Variabilidad climática y la salud pública	Secretaría Distrital de Gobierno Secretaría Distrital Cultura, Recreación y deporte Secretario Distrital de Movilidad Secretario Distrital de Planeación Secretario Distrital de Ambiente	Personero Distrital Contralor Distrital	Honorables Concejales: BANCADA MOVIMIENTO MIRA CARLOS A. BAENA L. HUMBERTO QUIJANO M.	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO
304	20 de mayo de 2009	CUESTIONARIO TEMA PROGRAMA SALUD A SU CASA ¿Cuál es el balance del programa Salud a Su Hogar de la Administración de Luis Eduardo Garzón y del programa Salud a su Casa de Bogotá Positiva?	Secretario Distrital de Salud	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO CAMBIO RADICAL MARÍA ANGÉLICA TOVAR R. ORLANDO CASTAÑEDA S. CARA L. SANDOVAL M. CARLOS F. GALÁN P. NELLY P. MOSQUERA M. FELIPE RÍOS L. JULIO C. ACOSTA A. FERNANDO LÓPEZ G. CARLOS O. PINZÓN DARÍO CEPEDA P. HENRY CASTRO	RETIRADA POR LA HONORABLE CONCEJAL MARÍA ANGÉLICA TOVAR RODRÍGUEZ POR OFICIO DEL 28 DE SEPTIEMBRE DE 2009
363	20 de mayo de 2009	Proposición Aditiva a la proposición N°. 276 de 2008 CITACIÓN A DEBATE	Secretario Distrital de Salud Secretaría Distrital de Educación Secretaría Distrital de Hacienda Secretaría de Integración Social Secretaría Distrital de Gobierno	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO CONSERVADOR COLOMBIANO SOLEDAD TAMAYO T. OMAR MEJÍA B.	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO

		TEMA: Política Distrital de Prevención y Control del VIH-SIDA	Gerentes Hospitales: Simón Bolívar, Kennedy, Tunal, Santa Clara, La Victoria.		SEVERO A. CORREA V.	
367	20 de mayo de 2009	Proposición Aditiva a la proposición N°. 278 de 2008 CITACIÓN A DEBATE TEMA: Estadísticas sobre embarazos en niñas y adolescentes a partir del año 2004 hasta la fecha que maneja la Administración Distrital	Secretario Distrital de Salud Secretaría Distrital de Educación Secretaría de Integración Social Secretaría Distrital de Gobierno Director IDIPRON	Directora ICBF Directora PROFAMILIA Comandante de Policía Metropolitana de Bogotá Comandante Policía Infancia y Adolescencia Personero Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO CONSERVADOR COLOMBIANO SOLEDAD TAMAYO T. OMAR MEJÍA B. SEVERO A. CORREA V.	
01	13 de enero de 2010	CUESTIONARIO TEMA: Ciudad Salud	Secretario Distrital de Salud Secretaría Distrital de Planeación Contralor Distrital Director UAEDC Rector universidad Distrital Secretaría Distrital de Gobierno	Ediles Localidad: Antonio Nariño Asojuntas JAC de los barrios afectados	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO POLO DEMOCRÁTICO ALTERNATIVO JAIME CAICEDO T. ÁLVARO J. ARGOTE M.	TRAMITADA DEBATIDA EN SESIONES DE LA COMISIÓN (26-01-2011) (14-02-2011) (17-02-2011) CONCLUIDO TEMA
037	20 de febrero de 2010	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Avance ejecución Plan de desarrollo para la atención y prevención del embarazo en niñas y adolescentes	Secretario Distrital de Educación Secretario Distrital de Salud Secretario Distrital de Integración Social		Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO DE LA UNIDAD NACIONAL "PARTIDO DE LA U" MARTHA E. ORDOÑEZ ORLANDO PARADA D.	DEBATIDA EN LA SESIÓN DE LA COMISIÓN DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2010
179	07 de abril de 2010	CITACIÓN A DEBATE TEMA: "Proyecto Ciudad Salud"	Secretaría de Salud Gerente Empresa de Renovación Urbana	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO LIBERAL COLOMBIANO JORGE E. SALAMANCA C.	DEBATIDA EN SESIONES DELA COMISIÓN (26-02-2011) (14-02-2011) (17-02-2011)
272	26 de mayo de 2010	CITACIÓN A DEBATE CUESTIONARIO TEMA: FORO Evaluación Metas plan de Desarrollo Mortalidad Materna en Bogotá	Secretario Distrital de Salud	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital Director del grupo de Promoción y Prevención del ministerio de protección Social Oficial encargada FPNU Director programa Salud Materna y Niños OPS Director Instituto Nacional de Salud	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO DE LA UNIDAD NACIONAL "PARTIDO DE LA U" MARÍA A. TOVAR R. ORLANDO PARADA D.	TRAMITADA PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO DEBATIDA EN SESIONES DE LA COMISIÓN (03-04-11) CONCLUYÓ DEBATE
125	04 de agosto de 2010	Proposición aditiva a la proposición N°. 129 de 2010 CITACIÓN A DEBATE TEMA: Avances ejecución del Plan de desarrollo para la atención y prevención del embarazo en niñas y adolescentes	Secretario Distrital de Educación Secretario Distrital de Salud Secretario Distrital de Integración Social Secretaría Distrital de Planeación Secretario Distrital Gobierno	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO DE LA UNIDAD NACIONAL "PARTIDO DE LA U" MARTHA E. ORDOÑEZ ORLANDO PARA D.	RECIBIDA DE LA SECRETARÍA GENERAL DE LA CORPORACIÓN 5 DE AGOSTO DE 2010 DEBATIDA EN SESIÓN DE LA COMISIÓN DEL 02 DE NOVIEMBRE DE 2010
427	08 de septiembre de 2010	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Seguimiento y análisis de la coordinación entre la Secretaría Distrital de Salud y las ESE del distrito capital en cuantodonación de órganos y tejidos	Secretario Distrital de Salud Secretario Distrital de Hacienda Secretario Distrital de Gobierno	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital Gerentes red Hospitalaria del Distrito Capital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO VERDE EDWARD A. ARIAS R.	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO
468	23 de septiembre de 2010	CITACIÓN A DEBATE TEMA: balance Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva"	Secretario general Alcaldía Mayor Secretario Distrital de Hacienda Secretario Distrital de Salud Secretario Distrital de Educación Secretaría Distrital Cultura, Recreación y deporte Secretario Distrital de Movilidad Secretario Distrital de Planeación Secretario Distrital de Ambiente Secretaría Distrital de Hábitat	Personero Distrital Contralor Distrital	Honorables Concejales: BANCADA MOVIMIENTO MIRA HUMBERTO QUIJANO M. CARLOS E. GUEVARA V.	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO
488	03 de octubre de 2010	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Porcentaje de los planes, metas y programas del plan de Desarrollo de la actual administración	Secretario Distrital de Planeación Secretario Distrital de Hacienda Secretario General Alcaldía Mayor		Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO CONSERVADOR COLOMBIANO OMAR MEJÍA B. SOLEDAD TAMAYO T.	PRESCRITA EN CUMPLIMIENTO DEL PARÁGRAFO DEL ARTÍCULO 58 DEL REGLAMENTO INTERNO
501	20 de octubre de 2010	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Corte de cuentas y balance del cumplimiento al PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO, SOCIAL, AMBIENTAL Y DE OBRAS PÚBLICAS para Bogotá D.C., 2008-2012 "BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR"	Secretario Distrital de Hacienda Secretario Distrital de Gobierno Secretario General Alcaldía Mayor Secretario Distrital Ambiente Secretaría Distrital de Planeación Secretaría Distrital de Integración Social	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO LIBERAL COLOMBIANO JORGE E. SALAMANCA C. JORGE DURÁN S.	POR DEBATIR RECIBIDA DE LA COMISIÓN TERCERA PERMANENTE DE HACIENDA PÚBLICA 20 DE OCTUBRE DE 2010
564	14 de diciembre de 2010	Proposición aditiva a la proposición N°. 8 de 2010 CITACIÓN A DEBATE TEMA: Ciudad Salud	Gerente Empresa de Renovación Urbana Secretario distrital de Salud Secretario Distrital de Planeación Contralor Distrital Director unidad Administrativa Especial Catastro Distrital Rector universidad Distrital	Personería Distrital Veedora Distrital Masa de Ciudad-Salud Presidentes y ediles Localidad Antonio Nariño	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO POLO DEMOCRÁTICO ALTERNATIVO JAIME CAICEDO T. LAUREANO A. GARCÍA P.	TRAMITADA DEBATIDA EN LA COMISIÓN DEL 26 DE ENERO DE 2011, DEBATIDA EN LA SESIÓN DEL 17 DE FEBRERO DE 2011.- CONCLUIDO EL TEMA

			Secretaría Distrital de Gobierno	Presidente Central Nacional Provienda Presidente Junta Acción Comunal Barrio Policarpa Juntas de Acción Comunal Barrios Afectados		
022	25 de enero de 2011	Proposición aditiva a la proposición N°. 179 de 2010 CITACIÓN A DEBATE TEMA: Ciudad Salud	Secretaría Distrital de Salud Gerente Empresa renovación Urbana	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO LIBERAL COLOMBIANO JORGE E. SALAMANCA C. JORGE DURÁN S.	TRAMITADA RECIBIDA DE LA SECRETARÍA GENERAL (25-02-2011) DEBATIDA EN SESIONES DE LA COMISION (26-02-2011) (14-02-2011) (17-02-2011)
039	14 de febrero de 2011	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Consecuencias que trae para la salud humana la presencia de excrementos y orina de perros en el espacio público	Secretaría Distrital de Gobierno Secretario Distrital de Salud Secretario Distrital de Educación Secretaría Distrital de Planeación Secretario Distrital de Ambiente Secretario Distrital de Hábitat Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte Defensoría Espacio Público	Personero Distrital Contralor Distrital Veedora Distrital Sociedad de mejoras y Ornato Directora Red de Protección Animal y Ambiente REDPAA	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO PIN RAFAEL A. ESCRUCERÍA L.	ARCHIVADA POR CONCLUIR PERÍODO CONSTITUCIONAL
136	05 de abril de 2011	CITACIÓN A DEBATE TEMA Avances del Plan Nacional de desarrollo y su impacto en Bogotá	Secretaría Distrital Planeación Secretario Distrital Movilidad Secretaría Distrital de Hacienda Contralor Distrital	Director DNP Concejo nacional de Planeación Concejo territorial Distrital Planeación Economista Jairo estrada Universidad nacional de Colombia Economista Nelson fajardo Universidad Distrital Presidente CUT	Honorables Concejales: BANCADA POLO ALTERNATIVO DEMOCRÁTICO JAIME CAICEDO T. LAUREANO A. GARCÍA P.	ARCHIVAR POR CONCLUIR PERÍODO CONSTITUCIONAL PRIORIZADA (11-05-2011) (22-06-2011)
092	21 de marzo de 2012	CITACIÓN A DEBATE TEMA: La salud en Bogotá-Red Oficial Privada Prestadora del Servicio	Secretaría Distrital de Salud Secretaría distrital de Hacienda Directores de Hospitales	Personería de Bogotá Contraloría Distrital y Ministerio de Protección Social	Honorables Concejales: BANCADA POLO ALTERNATIVO DEMOCRÁTICO ÁLVARO ARGOTE M. CELIO NIEVES H. VENUS A. SILVA G. ORLANDO S. MILLÁN	DEBATIDA EL DÍA 11-06-2012. CONCLUYÓ EL DEBATE. PRIORIZADA 22-03-2012
018	13 de febrero de 2012	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Plan de Desarrollo	Personería Distrital Secretaría Distrital de Gobierno Secretaría Distrital de Planeación Instituto Distrital para la Participación y Acción Comunal IDPAC	Contralor Distrital Veedor Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO DE LA UNIDAD NACIONAL "PARTIDO DE LA U" CLARA L. SANDOVAL M. NELLY P. MOSQUERA M.	TRASLADADA A LA SECRETARÍA GENERAL 22-08-2012
99	24 de marzo de 2012	CITACIÓN A DEBATE TEMA: CAPITAL SALUD EPS-S	Secretario Distrital de Salud Guillermo Alfonso Jaramillo Secretario Distrital de Hacienda Ricardo Bonilla G. Gerente EPS-S Capital Salud	Personero Distrital Contralor Distrital Veedor Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO LIBERAL JORGE E. SALAMANCA C. JORGE D. SILVA	DEBATIDA DEBATE 18-04-2012 Y 25-04-2012
381	21 de septiembre de 2012	CITACIÓN A DEBATE TEMA:Seguimiento Plan de Desarrollo Bogotá Humana	Todos los secretarios del despacho	Personero Distrital Contralor Distrital Veedor Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO VERDE ANTONIO E. SANGUINO P.	TRASLADADA A SECRETARÍA GENERAL 08-10-2012
385	24 de septiembre de 2012	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Alcance del Plan de Desarrollo Distrital	Secretarios Distritales de Hacienda, Educación, Planeación, Gobierno, General de la Alcaldía Mayor, Hábitat y Desarrollo Económico	Personero Distrital Contralor Distrital Veedor Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO LIBERAL MIGUEL URIBE T. GERMAN GARCIA Z. JORGE DURAN S.	TRASLADADA A SECRETARÍA GENERAL 08-10-2012
408	24 de September de 2012	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Liquidación Capital Salud EPS-S	Secretaría de Salud Secretaría de Hacienda Capital Salud EPS-S	Superintendencia Nacional de Salud Ministerio de Salud y Protección Social Contraloría Personería	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO LIBERAL JORGE E. SALAMANCA JORGE DURAN S.	DEBATIDA TRASLADADA A LA COMISIÓN DE HACIENDA 08-10-2012. CONCLUYÓ DEBATE 27-10-2012
413	1 de octubre de 2012	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Liquidación Capital Salud EPS-S	Secretaría de Salud Secretaría de Hacienda Capital Salud EPS-S Personero Distrital Contralor Distrital	Superintendente Nacional de salud Ministro de Salud Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO LIBERAL JORGE E. SALAMANCA JORGE DURAN S. GERMAN GARCIA Z.	DEBATIDA PRIORIZADA 24-10-2012 CONCLUYÓ DEBATE 27-10-2012
520	6 de diciembre de 2012	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Ejecución Inversiones Plan de Desarrollo de Bogotá Positiva 2008-2012 y Plan de ordenamiento Territorial	Secretario Distrital de Planeación Secretario Distrital de Hacienda	Personero Distrital Contralor Distrital Veedor Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO CONSERVADOR COLOMBIANO OMAR MEJÍ B. SOLEDAD TAMAYO ROGER CARRILLO C.	ARCHIVADA SEGÚN EL PARÁGRAFO 2° DEL ARTÍCULO 58-ACUERDO 348 DE 2008
552	6 de diciembre de 2012	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Realidad del Proyecto Ciudad Salud	Secretario General Alcaldía Mayor Secretario Distrital de Salud Gerente Empresa Renovación Urbana	Contralor Distrital Personero Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA PARTIDO LIBERAL JORGE E. SALAMANCA JORGE DURÁN S.	POR DEBATIR PRIORIZADA PROGRAMADO EL DEBATE PARA ENERO DE 2013, MO SE REALIZÓ POR FALTA DE QUORUM

567	12 de diciembre de 2012	CITACIÓN A DEBATE TEMA: Seguimiento al Plan de Desarrollo Bogotá Humana	Secretaría Distrital de Gobierno Secretario Distrital de Salud Secretario Distrital de Educación Secretaría Distrital de Planeación Secretario Distrital de Ambiente Secretario Distrital de Hábitat Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte Defensoría Espacio Público Secretario General de la Alcaldía Mayor Secretaría de Movilidad	Contralor Distrital Personero Distrital Veedora Distrital	Honorables Concejales: BANCADA VERDE MARÍA C. NAME R. ANTONIO SANGUINO P.	ARCHIVADA SEGÚN EL PARÁGRAFO 2° DEL ARTÍCULO 58-ACUERDO 348 DE 2008
-----	-------------------------	--	--	---	--	---

Anexo 10: Tablas de soporte mortalidades evitables

Tabla 1.
Comportamiento de la Razón de Mortalidad Materna por localidad,
Distrito de Bogotá, 1998-2011.

Localidad	1999	2000	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Usaquén	100,3	120,7	86,6	17,9	35,6	53,3	50,4	15,5	31,0	31,6	68,0
Chapinero	97,3	0,0	49,6	57,7	56,6	56,3	0,0	0,0	53,4	0,0	53,1
Santafé	157,2	105,0	111,4	0,0	0,0	41,0	179,3	0,0	107,9	0,0	0,0
San Cristóbal	67,7	53,5	51,9	92,6	103,7	64,6	25,0	26,2	51,5	54,2	28,9
Usme	80,2	119,5	81,6	48,5	101,2	32,7	15,7	45,6	0,0	32,8	16,4
Tunjuelito	88,0	88,0	72,3	23,3	24,0	25,0	0,0	80,1	83,6	0,0	32,2
Bosa	53,9	129,2	42,3	79,0	53,4	52,0	69,6	27,0	73,0	37,6	19,2
Kennedy	89,9	69,4	88,8	104,8	64,2	49,2	39,5	24,6	43,7	44,6	45,6
Fontibón	77,0	95,1	20,3	39,8	19,1	19,0	93,2	79,1	60,1	21,5	45,6
Engativá	53,1	91,5	47,9	55,8	41,0	49,5	41,5	34,8	53,2	37,9	19,6
Suba	129,7	57,1	70,9	55,3	34,0	33,6	38,4	51,0	57,2	40,9	13,9
Barrios Unidos	126,6	133,5	55,1	185,4	134,9	112,6	54,7	57,6	114,7	119,3	56,2
Teusaquillo	49,3	108,5	0,0	151,1	83,0	84,7	82,2	77,5	73,6	0,0	74,7
Mártires	0,0	120,2	59,6	0,0	0,0	64,5	0,0	139,6	0,0	79,4	82,6
Antonio Nariño	61,2	0,0	0,0	170,8	0,0	94,0	0,0	0,0	77,0	0,0	0,0
Puente Aranda	143,9	46,2	0,0	76,0	52,4	49,5	49,4	53,1	115,8	31,8	31,5
Candelaria	0,0	229,4	0,0	0,0	613,5	625,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rafael Uribe	69,8	174,6	58,9	59,2	86,8	29,9	29,3	42,1	73,9	16,1	50,3
Ciudad Bolívar	88,0	86,8	64,3	47,2	83,5	37,3	86,3	41,8	17,2	26,9	92,8
Sumapaz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2325,6	0,0	0,0

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Tabla 2.
Comparativo comportamiento de la Razón de Mortalidad Materna 2011 con el promedio histórico, Distrito de Bogotá.

Localidad	Media Histórica 2004-2010	Razón de Mortalidad Materna 2011	Razón	Tasa incremental	%
Usaquén	53,3	68,0	1,3	0,3	27,4
Chapinero	47,3	53,1	1,1	0,1	12,3
Santafé	71,2	0,0	0,0	-1,0	-100,0
San Cristóbal	56,9	28,9	0,5	-0,5	-49,2
Usme	65,0	16,4	0,3	-0,7	-74,8
Tunjuelito	59,6	32,2	0,5	-0,5	-45,9

Bosa	66,6	19,2	0,3	-0,7	-71,2
Kennedy	63,2	45,6	0,7	-0,3	-27,8
Fontibón	55,7	45,6	0,8	-0,2	-18,1
Engativá	56,3	19,6	0,3	-0,7	-65,2
Suba	53,9	13,9	0,3	-0,7	-74,3
Barrios Unidos	91,2	56,2	0,6	-0,4	-38,4
Teusaquillo	67,9	74,7	1,1	0,1	10,1
Mártires	38,6	82,6	2,1	1,1	113,9
Antonio Nariño	47,7	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Puente Aranda	68,2	31,5	0,5	-0,5	-53,8
Candelaria	122,3	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Rafael Uribe	65,4	50,3	0,8	-0,2	-23,1
Ciudad Bolívar	59,2	92,8	1,6	0,6	56,8
Sumapaz	193,8	0,0	0,0	-1,0	-100,0

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1999 – 2011. Elaboración propia.

Tabla 3.
Comportamiento de la Tasa de Mortalidad Perinatal por localidad,
Distrito de Bogotá, 1998-2011.

Localidad	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Usaquén	13,0	11,9	11,6	12,9	13,0	17,1	14,9	20,2	22,2	15,8	20,8	19,4
Chapinero	16,1	11,7	10,8	15,7	13,7	21,7	20,0	24,4	25,1	22,0	22,0	37,1
Santafe	13,2	12,9	14,9	11,4	17,3	18,4	21,4	31,9	35,0	38,1	55,3	71,4
San Cristóbal	14,5	15,4	15,5	13,7	17,6	19,1	19,0	27,8	39,6	34,9	61,0	76,0
Usme	12,2	15,7	13,8	13,8	14,7	18,8	22,4	16,2	22,6	27,8	40,6	39,4
Tunjuelito	13,8	10,9	10,0	12,2	13,5	11,9	16,8	17,4	22,3	18,4	19,5	34,1
Bosa	16,1	16,9	10,6	12,5	14,5	14,7	19,8	19,9	18,1	16,5	23,1	28,1
Kennedy	14,6	12,8	12,2	13,3	11,5	17,8	23,5	24,0	19,4	15,7	22,7	25,4
Fontibón	12,7	16,2	10,7	16,3	12,8	16,4	19,3	18,4	19,7	27,7	37,2	30,8
Engativá	13,2	10,6	10,2	12,2	12,3	14,5	17,3	20,4	23,9	21,3	26,2	25,8
Suba	14,2	12,0	13,2	13,9	15,0	14,7	22,8	22,6	33,9	25,2	39,0	26,1
Barrios Unidos	16,3	12,4	15,6	20,1	22,0	24,5	19,9	21,6	31,5	31,4	32,2	33,1
Teusaquillo	10,8	9,9	8,8	13,8	21,5	24,5	29,0	27,5	30,3	34,3	37,2	25,4
Mártires	16,1	19,4	20,9	18,8	14,1	18,0	26,6	36,5	30,7	30,0	54,8	44,6
Antonio Nariño	13,9	9,0	17,7	23,3	11,9	16,3	21,3	21,4	22,0	20,5	43,2	65,1
Puente Aranda	14,0	15,3	15,3	15,9	14,6	21,7	24,3	22,3	26,8	19,1	24,5	31,2
Candelaria	20,4	6,6	5,1	35,7	19,1	29,8	42,4	38,1	36,3	23,3	28,6	68,9
Rafael Uribe	16,7	16,4	12,7	14,2	17,3	21,1	22,8	23,4	30,0	25,7	39,5	45,3
Ciudad Bolívar	15,2	14,9	16,3	15,7	19,2	27,0	30,5	23,8	23,1	29,2	39,6	51,8
Sumapaz	17,2	13,9	27,0	14,9	35,1	0,0	16,1	19,6	0,0	65,2	28,6	111,1

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1999 – 2011. Elaboración propia.

Tabla 4
Comparativo comportamiento de la Tasa de Mortalidad Perinatal 2011 con el promedio histórico, Distrito de Bogotá.

Localidad	Media Histórica 2004-2010	Tasa de Mortalidad Perinatal 2011	Razón	Tasa incremental	%	Poisson
Usaquén	15,8	19,4	1,2	0,2	22,9	0,067
Chapinero	18,5	37,1	2,0	1,0	101,1	0,000
Santafé	24,5	71,4	2,9	1,9	191,2	0,000
San Cristóbal	25,3	76,0	3,0	2,0	200,6	0,000
Usme	19,9	39,4	2,0	1,0	98,0	0,000
Tunjuelito	15,1	34,1	2,3	1,3	125,4	0,000
Bosa	16,6	28,1	1,7	0,7	69,1	0,003
Kennedy	17,1	25,4	1,5	0,5	48,7	0,016
Fontibón	18,9	30,8	1,6	0,6	63,1	0,004
Engativá	16,6	25,8	1,6	0,6	55,6	0,012
Suba	20,6	26,1	1,3	0,3	26,9	0,040
Barrios Unidos	22,5	33,1	1,5	0,5	47,3	0,008
Teusaquillo	22,5	25,4	1,1	0,1	12,8	0,070
Mártires	26,0	44,6	1,7	0,7	71,6	0,000
Antonio Nariño	20,0	65,1	3,2	2,2	225,0	0,000
Puente Aranda	19,4	31,2	1,6	0,6	60,5	0,004
Candelaria	25,9	68,9	2,7	1,7	165,4	0,000
Rafael Uribe	21,8	45,3	2,1	1,1	107,8	0,000
Ciudad Bolívar	23,1	51,8	2,2	1,2	123,9	0,000
Sumapaz	21,6	111,1	5,1	4,1	414,2	0,000

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Tabla 5.
Comportamiento de la Tasa de Mortalidad Infantil por localidad, Distrito de Bogotá, 1998-2011.

Localidad	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Usaquén	13,8	12,8	13,6	10,2	14,2	14,5	11,0	11,4	11,6	11,5	7,6	7,1	7,6
Chapinero	16,1	10,7	10,8	12,8	11,4	9,8	9,0	12,4	9,4	8,0	11,2	5,6	13,8
Santafé	25,6	24,9	22,0	18,1	12,3	15,1	21,1	13,1	20,2	13,9	14,0	12,9	16,7
San Cristóbal	24,5	17,9	18,6	16,9	16,9	20,5	18,5	17,3	14,8	15,6	14,3	12,2	13,9
Usme	16,5	15,7	18,2	14,0	17,6	15,5	13,7	12,6	14,8	12,5	14,1	11,6	11,6
Tunjuelito	23,1	14,3	13,7	12,6	10,6	14,7	11,3	9,2	8,3	13,3	8,1	8,8	8,7
Bosa	21,1	21,1	18,9	11,3	13,8	14,3	11,5	12,7	13,3	11,6	9,9	12,8	12,7
Kennedy	20,2	19,1	17,5	15,4	15,1	13,8	14,0	12,6	12,9	13,2	9,9	11,3	10,7
Fontibón	16,0	16,7	15,1	12,6	11,4	11,3	11,5	11,6	11,9	14,6	13,2	11,4	10,7
Engativá	17,5	16,7	13,9	13,1	10,4	13,4	12,9	12,2	12,7	10,3	12,1	10,2	11,2

Suba	16,9	15,3	14,2	13,8	12,1	14,2	12,6	13,2	13,3	12,7	11,1	11,9	10,9
Barrios Unidos	21,1	21,4	16,6	17,8	14,3	19,2	13,5	9,0	13,7	12,1	17,2	16,7	13,5
Teusaquillo	12,8	11,9	13,6	6,5	13,2	11,3	19,9	16,1	17,3	12,4	12,5	7,3	12,0
Mártires	25,5	25,2	23,6	28,4	23,8	17,7	16,9	12,9	12,8	16,7	12,0	17,5	10,7
Antonio Nariño	22,6	15,9	12,3	22,1	25,4	10,2	16,4	16,9	12,6	10,4	6,9	13,2	13,8
Puente Aranda	17,3	19,9	18,9	20,0	16,3	14,7	15,7	13,6	12,1	14,3	9,6	9,9	8,5
Candelaria	22,5	11,5	8,8	5,1	15,7	32,3	12,3	18,8	26,0	18,5	3,0	10,4	19,7
Rafael Uribe	17,3	22,1	18,2	18,3	18,7	19,4	20,5	17,5	15,5	13,1	12,7	12,4	14,6
Ciudad Bolívar	23,4	22,4	19,4	18,8	19,7	19,3	20,9	15,7	14,7	12,8	14,2	12,6	13,4
Sumapaz	20,0	0,0	0,0	27,0	0,0	18,2	0,0	0,0	20,0	0,0	23,3	0,0	0,0

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Tabla 6
Comparativo comportamiento de la Tasa de Mortalidad Infantil 2011 con el promedio histórico, Distrito de Bogotá.

Localidad	Media Histórica 2004 – 2010	Tasa de Mortalidad Infantil 2011	Razón	Tasa incremental	%
Usaquén	11,6	7,6	0,7	-0,3	-34,1
Chapinero	10,6	13,8	1,3	0,3	30,2
Santafé	17,8	16,7	0,9	-0,1	-5,8
San Cristóbal	17,3	13,9	0,8	-0,2	-19,8
Usme	14,7	11,6	0,8	-0,2	-20,9
Tunjuelito	12,3	8,7	0,7	-0,3	-29,6
Bosa	14,4	12,7	0,9	-0,1	-11,2
Kennedy	14,6	10,7	0,7	-0,3	-26,8
Fontibón	13,1	10,7	0,8	-0,2	-18,3
Engativá	13,0	11,2	0,9	-0,1	-13,8
Suba	13,4	10,9	0,8	-0,2	-18,5
Barrios Unidos	16,0	13,5	0,8	-0,2	-16,0
Teusaquillo	12,9	12,0	0,9	-0,1	-7,3
Mártires	19,4	10,7	0,6	-0,4	-44,8
Antonio Nariño	15,4	13,8	0,9	-0,1	-10,5
Puente Aranda	15,2	8,5	0,6	-0,4	-43,9
Candelaria	15,4	19,7	1,3	0,3	27,8
Rafael Uribe	17,1	14,6	0,9	-0,1	-14,9
Ciudad Bolívar	17,8	13,4	0,8	-0,2	-25,0
Sumapaz	9,0	0,0	0,0	-1,0	-100,0

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Tabla 7.
Comportamiento de la Tasa de Mortalidad por Menores de cinco años por localidad, Distrito de Bogotá, 1998-2011.

Localidad	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Usaquén	25,9	29,7	31,3	24,8	32,0	29,2	24,3	25,7	26,0	28,2	18,1	18,8	17,9
Chapinero	48,1	29,7	35,9	49,6	36,4	31,3	27,6	40,4	33,0	23,9	41,8	27,7	47,3
Santafé	67,4	68,0	57,1	54,7	40,1	42,4	57,9	41,1	52,5	38,2	34,3	31,4	38,5
San Cristóbal	46,0	43,5	43,9	40,9	38,1	44,9	40,6	39,3	35,6	37,2	34,1	26,9	30,4
Usme	37,9	37,0	40,7	32,5	37,6	36,3	29,5	29,8	32,8	27,9	30,7	23,5	21,7
Tunjuelito	58,5	35,4	30,4	28,3	26,4	37,1	32,2	26,0	21,2	31,1	20,6	20,9	20,5
Bosa	47,2	46,8	40,1	24,6	30,3	34,2	25,3	27,9	29,5	28,3	23,0	27,6	26,9
Kennedy	32,4	34,9	32,0	25,7	26,4	26,2	25,9	24,1	25,8	26,9	20,2	22,5	21,5
Fontibón	34,9	42,0	34,3	32,1	29,8	30,4	27,6	28,3	29,8	32,3	29,6	22,9	21,4
Engativá	33,0	37,9	32,1	30,6	23,1	29,8	28,3	27,7	29,4	22,8	25,0	20,4	21,1
Suba	36,9	33,6	31,7	28,7	26,8	31,9	27,9	27,8	29,1	27,4	25,0	24,7	21,5
Barrios Unidos	44,3	37,9	27,8	27,6	20,1	23,1	17,5	15,1	19,0	18,5	23,1	26,2	19,0
Teusaquillo	41,5	31,9	36,9	16,3	27,9	25,6	40,6	29,7	34,7	28,9	30,8	20,1	26,6
Mártires	67,0	53,8	50,3	56,8	58,4	46,6	42,2	34,7	29,5	41,5	26,2	36,7	26,7
Antonio Nariño	50,9	28,3	26,9	29,6	32,4	14,9	22,8	24,3	19,1	18,3	15,0	23,4	22,4
Puente Aranda	39,7	41,7	38,8	42,8	38,9	32,4	33,8	31,7	30,1	33,5	21,9	21,6	18,3
Candelaria	68,5	36,1	31,3	19,5	20,2	40,7	14,0	21,7	44,5	60,6	30,4	38,2	56,7
Rafael Uribe	35,4	45,7	37,6	40,2	38,9	43,3	46,7	40,2	36,2	34,2	29,4	28,4	30,7
Ciudad Bolívar	41,2	48,3	42,4	35,2	39,4	36,6	40,7	31,2	32,2	28,8	30,9	25,6	24,7
Sumapaz	51,3	0,0	0,0	16,8	0,0	34,1	0,0	0,0	33,6	0,0	17,2	0,0	0,0

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Tabla 8.
Comparativo comportamiento de la Mortalidad por Menores de cinco años 2011 con el promedio histórico por localidad, Distrito de Bogotá.

Localidad	Media Histórica 2004-2010	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años 2011	Razón	Tasa incremental	%
Usaquén	26,2	17,9	0,7	-0,3	-31,7
Chapinero	35,4	47,3	1,3	0,3	33,5
Santafé	48,8	38,5	0,8	-0,2	-21,0
San Cristóbal	39,3	30,4	0,8	-0,2	-22,7
Usme	33,0	21,7	0,7	-0,3	-34,2
Tunjuelito	30,7	20,5	0,7	-0,3	-33,2

Bosa	32,1	26,9	0,8	-0,2	-16,2
Kennedy	26,9	21,5	0,8	-0,2	-20,2
Fontibón	31,2	21,4	0,7	-0,3	-31,3
Engativá	28,3	21,1	0,7	-0,3	-25,4
Suba	29,3	21,5	0,7	-0,3	-26,7
Barrios Unidos	25,0	19,0	0,8	-0,2	-24,0
Teusaquillo	30,4	26,6	0,9	-0,1	-12,4
Mártires	45,3	26,7	0,6	-0,4	-41,2
Antonio Nariño	25,5	22,4	0,9	-0,1	-12,2
Puente Aranda	33,9	18,3	0,5	-0,5	-46,0
Candelaria	35,5	56,7	1,6	0,6	60,0
Rafael Uribe	38,0	30,7	0,8	-0,2	-19,4
Ciudad Bolívar	36,0	24,7	0,7	-0,3	-31,4
Sumapaz	12,7	0,0	0,0	-1,0	-100,0

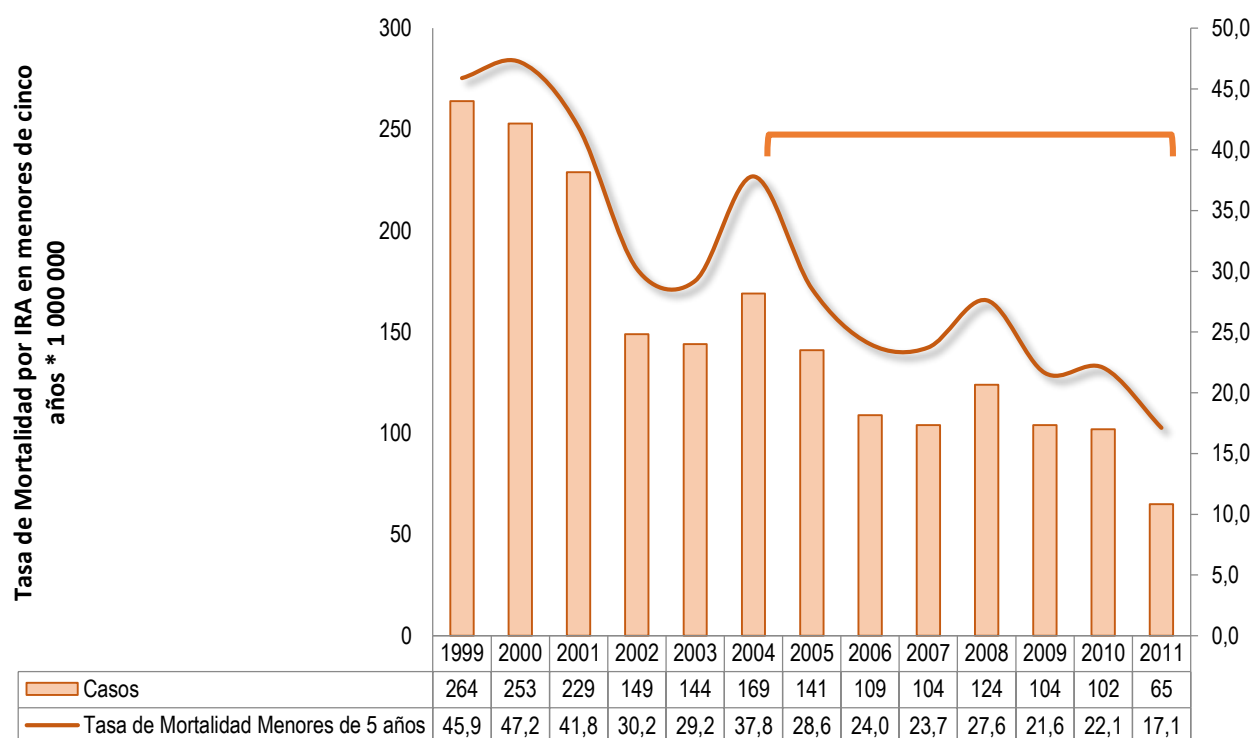
Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda en menores de cinco años

Incorporarlo dentro de las discusiones de la mortalidad infantil

En el distrito de Bogotá la mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda muestra un descenso a través del tiempo con un ligero aumento en los años 2004 y 2008, para continuar el descenso a partir de este año. Se observa una reducción del 62,7% entre el año 1998 a 2011, pasando de una tasa de mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda de 45,9 en el año 1999 a una cifra de 17,1 muertes en menores de cinco años por infección respiratoria aguda por 100 000 menores de cinco años en el año 2011 (gráfico 1)

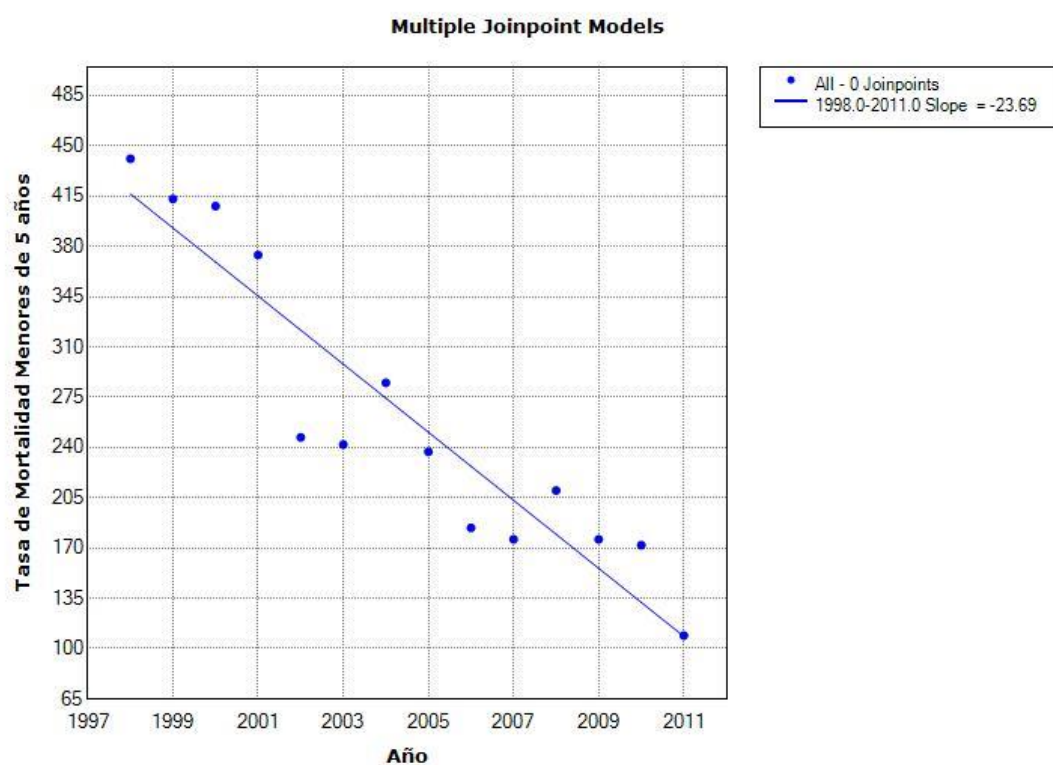
Gráfico 1
Comportamiento Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Distrito de Bogotá, 1999-2011



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

El coeficiente obtenido mediante un modelo de regresión para cero (0) joinpoint muestra una reducción anual en la tasa de mortalidad en menores de cinco años por IRA para el Distrito de Bogotá del 23,7 % para el periodo 1998 – 2011 (valor con significancia estadística) (gráfico 2)

Gráfico 2.
Comportamiento velocidad de cambio Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años por Infección Respiratorio Aguda, Distrito de Bogotá, 1998 – 2011



*Nivel de significancia: 0,025 (test alpha)

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Se observa una reducción de 40,9 % . al comparar la tasa de mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda observada en el Distrito de Bogotá en el año 2011 con el promedio histórico para la serie de años 2004 – 2010 (tabla 1)

Tabla 1
Comparativo comportamiento de la Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda 2011 con el promedio histórico, Distrito de Bogotá.

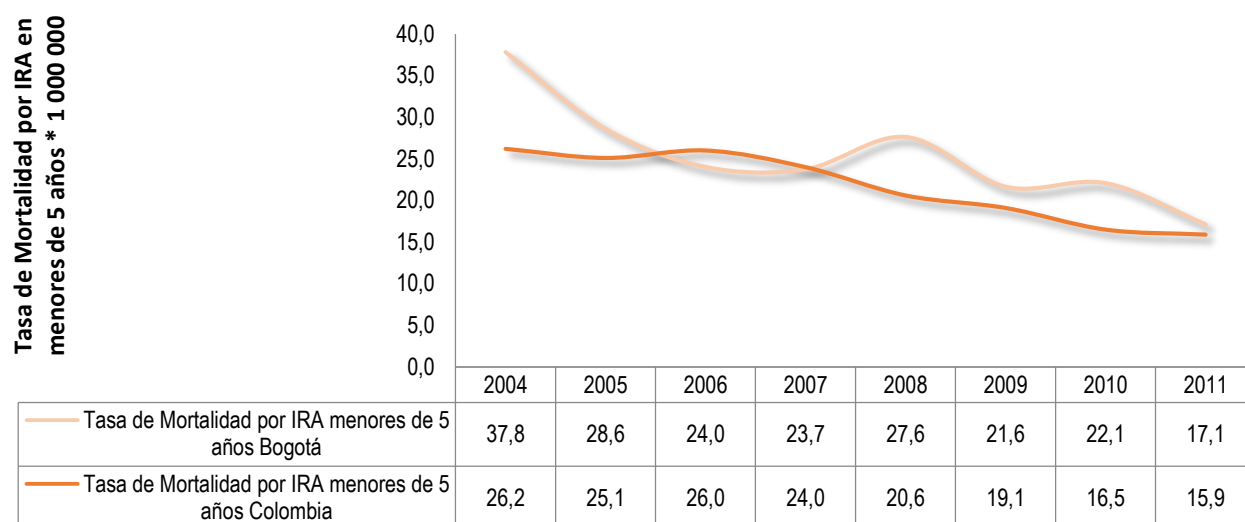
Media Histórica 2004- 2010	Tasa de Mortalidad por IRA en menores de 5 años Bogotá 2011	Tasa Incremental	%
28,9	17,1	-0,4	40,9

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Al comparar el comportamiento de la tasa mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda entre el Distrito de Bogotá y la observada en Colombia para el periodo 2004 – 2011 se aprecia para todos los años tendencia hacia la reducción tanto en el Distrito como en el país (gráfico 3).

Gráfico 3

**Comportamiento Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda,
Distrito de Bogotá-Colombia 2004 – 2011**



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 2004 – 2011– Análisis de Situación de Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social. Elaboración propia.

Al realizar esta misma comparación usando el método de ajuste indirecto entre la cifra observada en cada año en el Distrito de Bogotá con la cifra nacional se observa que para cada uno de los años la reducción en el Distrito es mayor a la observada en el país a excepción de los años 2004, 2008 y 2010. Esta diferencias observadas son significativas para cada uno de los años analizados ($p < 0,05$)(tabla 2)

Tabla 2

Comparativo comportamiento de la Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda, Distrito de Bogotá-Colombia 2004 – 2011. Ajuste Indirecto.

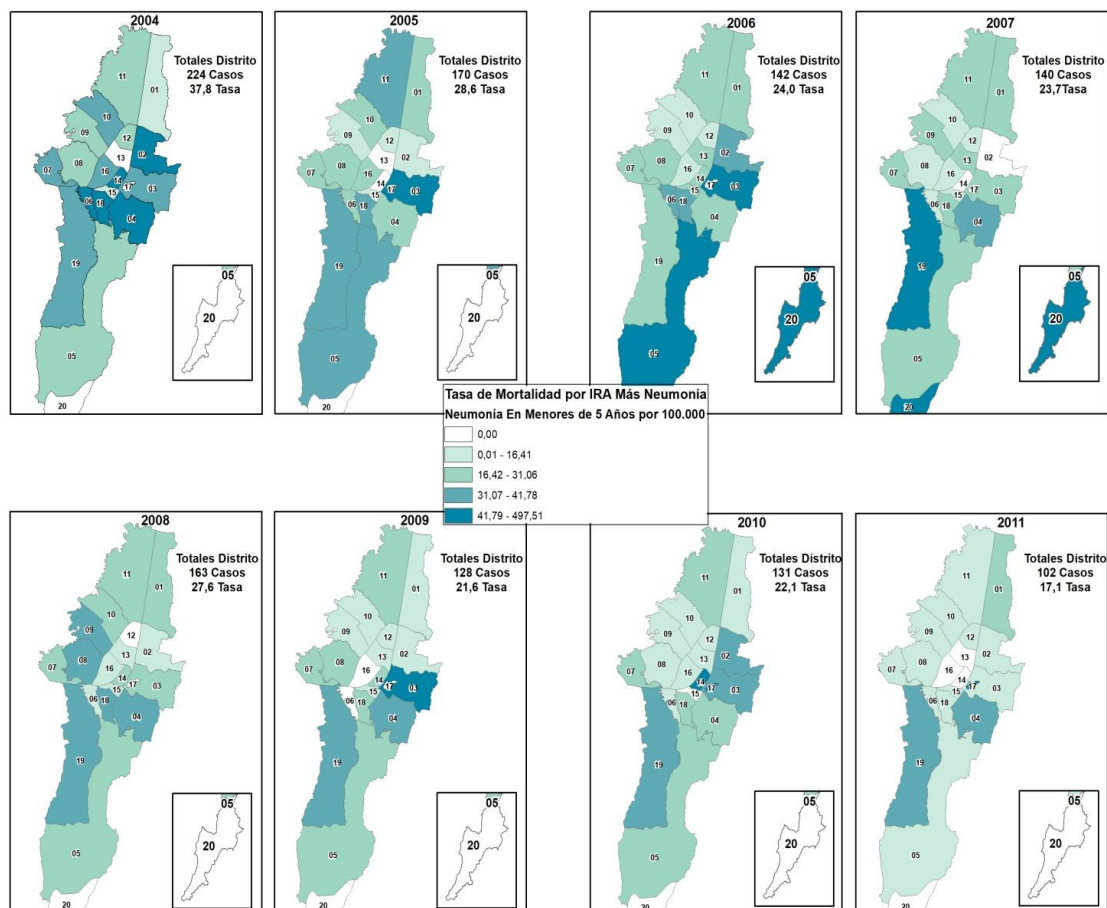
Año	Población Menor de 5 años	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años * 1 000 000 Bogotá	Tasa de Mortalidad en menores de 5 años * 1 000 000 Colombia	Número de Casos Observados	Número de Casos Esperados (ajuste)	Razón	Poisson
2004	717261	37,8	26,2	224	188	1,19	0,0010
2005	717261	28,6	25,1	170	180	0,94	0,0230
2006	712441	24,0	26,0	142	185	0,77	0,0001
2007	709991	23,7	24,0	140	170	0,82	0,0019
2008	709519	27,6	20,6	163	146	1,12	0,0123
2009	710391	21,6	19,1	128	136	0,94	0,0282
2010	711890	22,1	16,5	131	117	1,12	0,0164
2011	714281	17,1	15,9	102	114	0,90	0,0214

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión De Políticas De La Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 2004 – 2011– Análisis de Situación de Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social

El comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda por localidad específicamente para el periodo 2004 – 2011 se presenta en el siguiente mapa; se observa la reducción de la cifra en todas las localidades, resaltando lo observado en localidades como Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, San Cristóbal y Usaquén (mapa 1)

Mapa 1.

Comportamiento Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda por localidad, Distrito de Bogotá, 2004-2011



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 2004 – 2011

Así como lo observado en el Distrito de Bogotá, el comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años por infección respiratoria aguda para todas las localidades muestra una reducción sostenida de la cifra a través del tiempo; esta reducción se observa incluso en localidades como Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, San Cristóbal y Usaquén que históricamente muestran cifras de mortalidad evitable elevadas. Al comparar las cifras observadas en el año 2011 para cada localidad con su promedio histórico en el periodo 1999-2010, muestra reducción para la mayoría de las localidades reducción excepto para la localidad de La Candelaria (tabla 3 y 4)

Tabla 3
Comportamiento de la Tasa de Mortalidad en menores de cinco años por Infección Respiratoria
Aguda por localidad, Distrito de Bogotá – 1999 – 2011

Localidad	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Usaquén	11,4	27,0	30,7	15,7	22,4	13,0	16,4	13,3	16,9	13,6	13,7	10,3	10,3
Chapinero	64,9	13,5	55,2	127,7	14,6	0,0	15,3	15,6	0,0	15,9	16,1	16,3	16,3
Santafé	83,1	52,3	27,2	18,9	39,1	40,4	41,4	42,1	21,4	21,8	44,2	22,4	0,0
San Cristóbal	50,3	53,6	48,3	21,3	24,3	57,1	20,2	18,0	20,9	26,5	26,8	16,3	21,9
Usme	41,0	44,4	74,8	21,3	21,6	28,0	27,9	30,4	17,9	20,3	14,1	21,8	10,5
Tunjuelito	41,8	14,7	40,6	26,2	21,6	55,4	11,3	40,4	5,9	12,0	0,0	6,1	0,0
Bosa	45,0	37,4	43,4	18,4	28,3	23,9	25,3	21,3	13,4	13,2	16,7	23,6	9,0
Kennedy	34,9	42,0	24,0	16,2	18,6	24,4	21,6	18,3	8,0	25,2	16,0	11,5	8,0
Fontibón	24,7	25,4	21,2	21,1	21,0	8,3	4,1	0,0	8,2	32,3	12,0	3,9	7,8
Engativá	34,4	33,1	29,1	18,7	19,0	24,0	22,6	13,1	14,9	16,6	5,0	10,0	8,4
Suba	37,1	31,9	37,3	21,5	17,5	18,7	27,0	11,5	15,2	15,0	19,8	23,3	10,9
Barrios Unidos	54,4	26,6	0,0	48,2	6,9	14,0	7,0	7,2	14,7	0,0	7,5	7,5	7,6
Teusaquillo	27,7	51,1	39,5	0,0	13,9	0,0	0,0	29,7	30,2	15,2	15,4	0,0	0,0
Mártires	64,4	47,8	61,3	25,2	26,0	40,0	0,0	27,7	0,0	14,3	0,0	14,7	0,0
Antonio Nariño	35,5	19,5	19,9	51,0	31,3	0,0	10,9	11,0	0,0	0,0	11,6	0,0	11,8
Puente Aranda	20,1	44,9	23,4	38,9	10,1	31,3	16,1	16,4	5,6	5,7	0,0	11,6	0,0
Candelaria	0,0	60,2	62,6	64,9	67,2	0,0	69,8	0,0	0,0	0,0	0,0	76,5	81,0
Rafael Uribe	34,2	45,4	31,3	18,9	27,8	51,2	31,9	23,7	18,1	33,6	24,7	15,6	6,3
Ciudad Bolívar	38,0	65,9	41,9	32,3	42,0	32,1	35,1	19,1	49,2	25,2	23,4	29,3	21,3
Sumapaz	170,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	497,5	167,8	0,0	0,0	0,0	0,0

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Tabla 4
Comparativo comportamiento de la Mortalidad por Menores de cinco años por Infección Respiratoria Aguda 2011 con el promedio histórico por localidad, Distrito de Bogotá.

Localidad	Media Histórica 1999-2010	Tasa de Mortalidad por IRA en menores de 5 años 2011	Razón	Tasa incremental	%
Usaquén	22,2	17,2	0,8	-0,2	-22,5
Chapinero	37,0	16,3	0,4	-0,6	-56,0
Santafé	43,6	11,3	0,3	-0,7	-74,0
San Cristóbal	38,8	35,6	0,9	-0,1	-8,5
Usme	37,3	15,7	0,4	-0,6	-57,9
Tunjuelito	27,4	12,4	0,5	-0,5	-54,7
Bosa	30,7	12,5	0,4	-0,6	-59,2
Kennedy	26,0	13,8	0,5	-0,5	-46,9
Fontibón	20,3	15,6	0,8	-0,2	-23,3
Engativá	23,8	10,1	0,4	-0,6	-57,7
Suba	29,1	13,3	0,5	-0,5	-54,2
Barrios Unidos	19,2	7,6	0,4	-0,6	-60,3
Teusaquillo	20,9	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Mártires	41,3	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Antonio Nariño	21,4	11,8	0,6	-0,4	-45,0
Puente Aranda	20,4	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Candelaria	33,4	162,1	4,8	3,8	384,7
Rafael Uribe	37,5	12,6	0,3	-0,7	-66,3
Ciudad Bolívar	43,8	35,1	0,8	-0,2	-19,9
Sumapaz	69,7	0,0	0,0	-1,0	-100,0

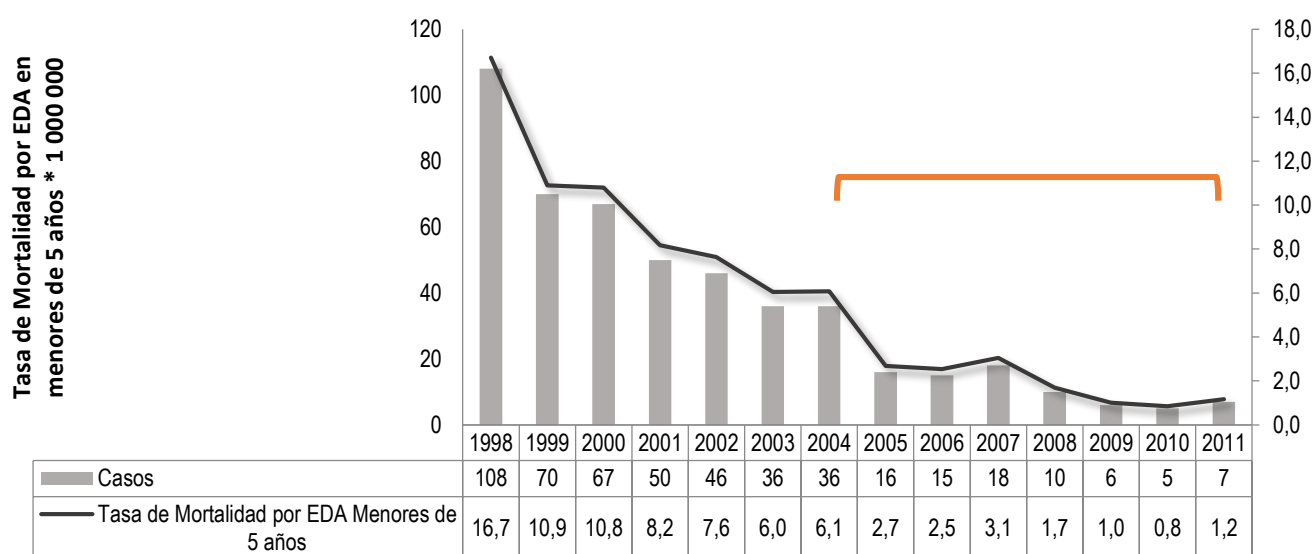
Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión De Políticas De La Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1999 – 2011.

Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años

En el distrito de Bogotá la mortalidad en menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda muestra un marcado descenso a través del tiempo con una reducción del 92,8 % entre el año 1998 a 2011, pasando de una tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de cinco años de 16,7 en el año 1998 a una cifra de 1,2 muertes por enfermedad diarreica aguda por 100 000 menores de cinco años en el año 2011 (gráfico 4)

Gráfico 4.

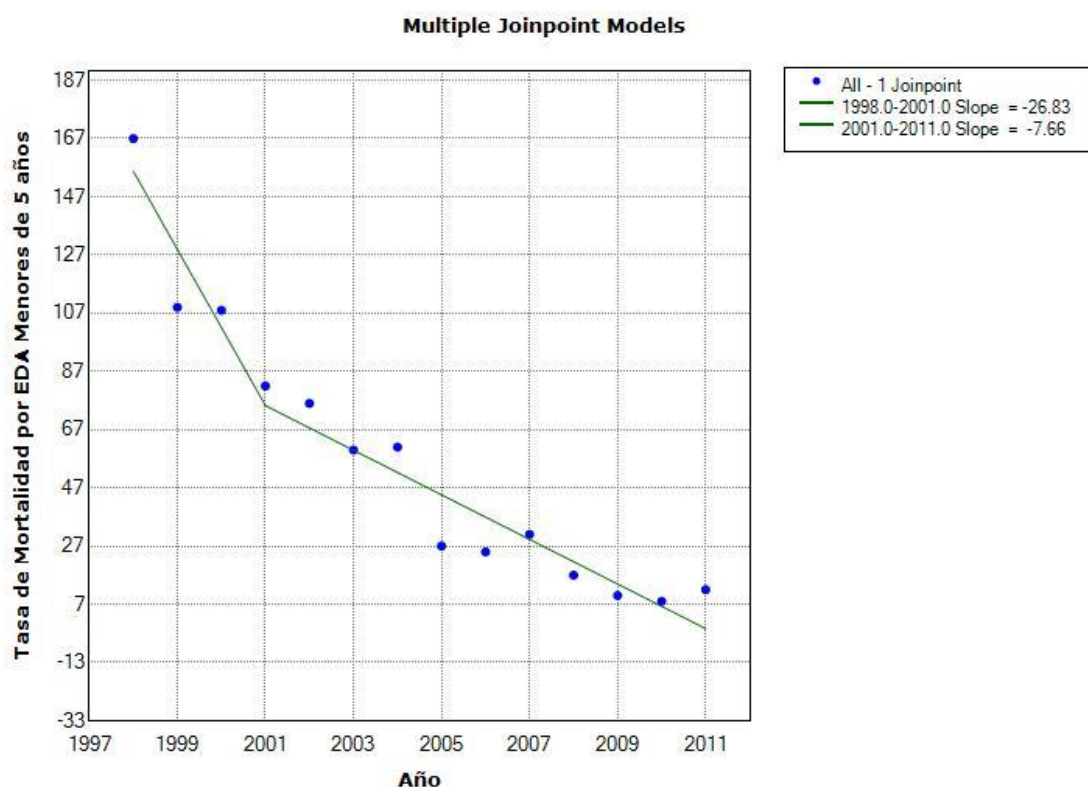
Comportamiento Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda, Distrito de Bogotá, 1998 – 2011.



Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

El coeficiente obtenido mediante un modelo de regresión para un (1) joinpoint muestra una reducción anual en la tasa de mortalidad en menores de cinco años por EDA para el Distrito de Bogotá del 26,8 % para el periodo 1998 – 2001 y del 7,6 % para el periodo 2001-2011 (valores con significancia estadística) (gráfico 5)

Gráfico 5.
Comportamiento velocidad de cambio Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda, Distrito de Bogotá, 1998 – 2011



*Nivel de significancia: 0,025 (test alpha)

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Al comparar la tasa de mortalidad en menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda observada en el Distrito de Bogotá en el año 2011 con el promedio histórico para la serie de años 2004 – 2010, se aprecia una reducción de 54,1 % (tabla 5)

Tabla 5
Comparativo comportamiento de la Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años 2011 con el promedio histórico, Distrito de Bogotá.

Media Histórica 2004-2010	Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años Bogotá 2011	Tasa Incremental	%
2,6	1,2	-0,5	54,1

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011

Al comparar el comportamiento de la tasa mortalidad en menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda entre el Distrito de Bogotá y la observada en Colombia para el periodo 2004 – 2011 una tendencia hacia la reducción tanto en el Distrito como en el país, siendo mayor la cifra nacional en comparación con lo observado en el Distrito para esta serie de años (gráfico 6)

2004	717261	6,1	16,4	36	118	0,31	0,0000
2005	717261	2,7	13,4	16	96	0,17	0,0000
2006	712441	2,5	11,6	15	83	0,18	0,0000
2007	709991	3,1	11,8	18	84	0,21	0,0000
2008	709519	1,7	8,1	10	57	0,17	0,0000
2009	710391	1,0	7,3	6	52	0,12	0,0000
2010	711890	0,8	5,3	5	38	0,13	0,0000
2011	714281	1,2	3,7	7	26	0,26	0,0000

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 2004 – 2011– Análisis de Situación de Salud 2015. Ministerio de Salud y Protección Social.

El comportamiento de la tasa de mortalidad en menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda por localidad específicamente para el periodo 2004 – 2011 se presenta en el siguiente mapa; se observa la reducción de la cifra en todas las localidades, resaltando lo observado en localidades como Ciudad Bolívar, Usme, Tunjuelito, San Cristóbal y Usaquén (mapa 2)

Mapa 2

Comportamiento Tasa de Mortalidad en Menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda por localidad. Distrito de Bogotá, 2004 – 2011

Tabla 7

Comportamiento de la Tasa de Mortalidad en menores de cinco años por Enfermedad Diarreica Aguda por localidad, Distrito de Bogotá – 1999 – 2011

Localidad	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Usaquén	6,9	3,0	15,3	0,0	6,4	0,0	3,3	0,0	0,0	6,8	0,0	3,4	0,0
Chapinero	13,0	0,0	0,0	14,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Santafé	18,5	34,9	0,0	18,9	19,6	20,2	10,3	0,0	10,7	10,9	0,0	0,0	0,0
San Cristóbal	14,9	11,2	6,9	11,8	14,6	5,0	2,5	5,1	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0
Usme	15,8	14,8	21,0	0,0	3,1	12,4	3,1	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6
Tunjuelito	4,6	4,9	5,1	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bosa	19,3	4,2	10,3	8,2	4,0	4,0	1,9	5,8	3,8	1,9	0,0	3,6	3,6
Kennedy	8,5	6,8	5,7	53,0	2,3	3,5	0,0	1,1	4,6	3,4	1,1	0,0	1,1
Fontibón	0,0	8,5	12,7	0,0	0,0	4,2	0,0	0,0	4,1	0,0	4,0	0,0	0,0
Engativá	2,5	13,6	4,6	7,8	7,9	4,8	0,0	6,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
Suba	6,9	6,6	8,0	5,4	2,7	5,3	1,3	0,0	6,3	2,5	0,0	1,2	0,0
Barrios Unidos	7,8	6,7	6,8	0,0	0,0	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Teusaquillo	13,8	0,0	0,0	0,0	0,0	28,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mártires	38,7	11,9	0,0	0,0	51,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antonio Nariño	23,7	9,7	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	11,4	0,0	0,0	0,0
Puente Aranda	8,0	4,5	14,0	4,9	20,2	10,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Candelaria	42,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rafael Uribe	9,8	10,1	2,6	16,2	8,3	14,2	5,8	0,0	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0
Ciudad Bolívar	10,8	24,1	9,7	9,7	4,8	4,8	9,6	3,2	7,9	0,0	3,1	1,5	1,5

Sumapaz 170,9 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0 0,0

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1998 – 2011. Elaboración propia.

Tabla 8
Comparativo comportamiento de la Mortalidad por Menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda 2011 con el promedio histórico por localidad, Distrito de Bogotá.

Localidad	Media Histórica	Tasa de Mortalidad por EDA en menores de 5 años 2011	Razón	Tasa incremental	%
Usaquén	3,8	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Chapinero	2,3	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Santafé	12,0	0,0	0,0	-1,0	-100,0
San Cristóbal	6,2	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Usme	6,4	2,6	0,4	-0,6	-58,8
Tunjuelito	2,1	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Bosa	5,6	3,6	0,6	-0,4	-35,9
Kennedy	7,5	1,1	0,2	-0,8	-84,7
Fontibón	2,8	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Engativá	4,0	1,7	0,4	-0,6	-57,9
Suba	3,9	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Barrios Unidos	2,4	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Teusaquillo	3,5	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Mártires	8,5	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Antonio Nariño	4,6	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Puente Aranda	5,2	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Candelaria	3,6	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Rafael Uribe	5,8	0,0	0,0	-1,0	-100,0
Ciudad Bolívar	7,4	1,5	0,2	-0,8	-79,5
Sumapaz	14,2	0,0	0,0	-1,0	-100,0

Fuente: Dirección de Epidemiología Análisis y Gestión de Políticas de la Salud Colectiva. Secretaría Distrital de salud. Serie Mortalidad Evitable 1999 – 2011.

