



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA INDUSTRIAL

CAMBIO DE ALCALDE, ¿CAMBIO DE POLÍTICAS? ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS
SOCIALES DE BOGOTÁ 2012 - 2020

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS

DAISSY ARLENY DUARTE VARGAS

PROFESOR GUÍA:
MARIA PIA MARTIN MUNCHMEYER

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
JULIO OCTAVIO HASBÚN MANCILLA
ANDREA PERONI FISCARELLI

SANTIAGO DE CHILE
2022

**Resumen de Tesis Para Optar Al Grado De
Magister en Gestión y Políticas Públicas**

Por: Daissy Arleny Duarte Vargas

Fecha: 2022

Profesor Guía: María Pía Martin Munchmeyer

**CAMBIO DE ALCALDE, ¿CAMBIO DE POLITICAS?
ANALISIS DE LAS POLITICAS SOCIALES DE BOGOTA 2012 - 2020**

Las políticas sociales configuran un problema público controversial, existe una amplia gama de interpretaciones, aproximaciones teóricas y posibilidades de análisis. (Adelantado, 2004; Behring & Boschetti, 2016; Fernández & Caravaca, 2011; Machinea & Cruces, 2006). En Colombia su desarrollo ha estado marcado por tensiones permanentes entre, la implementación y viabilidad de las recomendaciones emanadas por el conceso de Washington y su declaración como Estado Social de Derecho; y en medio de problemas sociales estructurales como la inequidad, la exclusión social y la presencia de fenómenos como el conflicto armado, el narcotráfico y el desplazamiento forzado (Otálvaro, 2007).

En este contexto, como parte del proceso de reforma y transformación del Estado, se transfirieron funciones y competencias a los gobiernos locales imprimiendo cierto grado de autonomía política y administrativa (Arroyo, 2004). La descentralización y dinámica local, permitió la llegada al poder de gobiernos locales de posición política de izquierda, a pesar de haber sido gobernada únicamente por la derecha. En el caso de Bogotá, esta situación se presentó entre 2004 hasta 2016, con la particularidad que, amparados en el Estatuto Orgánico y la autonomía del Distrito Capital, implementaron políticas sociales en clave de derechos y bajo un enfoque de desarrollo humano, profundizando las tensiones existentes.

La presente investigación propuso indagar acerca del cambio o continuidad en la orientación de la política social en salud de la ciudad de Bogotá D.C, tras el cambio de gobierno en el periodo 2012 a 2020, empleando para ello el análisis de los marcos interpretativos. Analizó los marcos presentes en las acciones de política desarrolladas en dos períodos de gobierno local, entendiendo que las políticas sociales de salud, son un ámbito estratégico para el desarrollo de iniciativas que apuntan a la inclusión.

Los resultados dan cuenta de la existencia de dos marcos interpretativos que aglutinan las acciones desarrolladas a nivel local. El principal, orientado a la gestión de la enfermedad, con prioridad en acciones individuales y la rentabilidad del sistema, a través de la implementación de estrategias de gestión administrativa bajo un modelo neoliberal. El secundario, centrado en un modelo de atención primaria en salud con enfoque familiar y comunitario priorizando la no exclusión y ampliación de salud a toda la población, para impactar los determinantes sociales de salud. Aspectos que se muestran como contradictorios, tensionando las políticas públicas en torno a los dos marcos en disputa.

Se concluye que, efectivamente y dadas las atribuciones del alcalde de Bogotá, en el caso de Colombia, el signo político cambia las políticas territoriales, resultado del conflicto entre marcos interpretativos. En términos de composición ideológica-partidaria, la tensión entre el marco secundario y el marco maestro, es reflejo de la tensión político-partidaria del espectro político colombiano y de las posibilidades de articulación y de agencialidad de los gobiernos locales en materia de salud.

DEDICATORIA

*A Carmen, Henry, Alex y Felipe
Son mi adoración*

*«Se a educação disciplinar fabrica preconceitos
morais e formas padronizadas de conduzir nossas
vidas, se ela fabrica nossas identidades, formas
estereotipadas de nos relacionarmos com nosso eu,
talvez possamos resistir justamente recusando uma
identidade verdadeira e única à qual nos
sujeitarmos.»*

Clarice Lispector

AGRADECIMIENTOS

A Mis padres, quienes, con su tenacidad y ejemplo, me han enseñado que no importa lo difícil que se vea el camino ni las circunstancias, llegar al final y cumplir los sueños y metas siempre es una posibilidad. Además, sin importar cómo, ni en qué lugar, han estado a mi lado y han sido un gran apoyo en las decisiones que he tomado, en especial, en esta de estudiar en el extranjero. Agradezco también a mis hermanos, que me aman y siguen creyendo y confiando en mí y en mis potencialidades, aun en mis peores tiempos y momentos.

A Dirson Yair, por alentarme a realizar este viaje y por su apoyo incondicional cuando lo necesite. Pero por sobre todo por su lectura y retroalimentación en la recta final de este documento.

A la profesora María Pía Martín quien, desde su conocimiento, asesoría, paciencia y guía, me acompañó y contribuyó a dar término a este proceso de investigación, especialmente durante este último año. Su presencia, aportes, reflexiones y retroalimentación fueron siempre oportunos y motivantes.

A mi amiga Dayana quien desde la distancia me ayudó a procesar y entender que como decía Simón Bolívar, «*Mi cabeza estaba llena de los vapores del más violento amor y no de ideas políticas*». Regresó a mi vida en el momento más indicado y su acompañamiento fue de vital ayuda en la realización de este documento.

A Raúl Ramos por sus explicaciones, clases y apoyo en los días más críticos y tristes de mi estadía en Chile. Las conversaciones y debates de la política colombiana a la distancia me ayudaron a sentirme cerca de casa.

A mis amigos y compañeros del MGPP, por las experiencias, amistad y acompañamiento constante que nos brindamos en esta aventura. Sus experiencias y conocimientos nutrieron mi visión de las políticas públicas latinoamericanas. A mis compañeros chilenos que nos acogieron en el sur, en tiempos históricos y de cambio. En especial a Natalia Bozo, por su apañe en todo momento. A Adelfa Paz, por las jornadas de estudio, karaoke y enseñanzas de vida. A Ximena Izquierdo, Juan Carlos López, José Pablo por las conversaciones interminables, su apoyo y amistad. Al equipo 4, Natalia Bozo, Leslie Venegas y José Herrera, por su camaradería y paciencia en la labor académica.

Al Equipo docente del MGPP y al personal de la U de Chile, que sin duda alguna aportaron desde su conocimiento y experiencia, elementos de vital importancia en mi vida profesional y personal.

A Karelys Abarca por la compañía en tiempos de crisis y por los largos debates respecto a la dinámica política y económica de nuestros países y de Latinoamérica. Indudablemente las tardes de vino complementaron esta travesía

Gracias a todas las personas y amigos que de distintas maneras me apoyaron y acompañaron para finalizar esta etapa tan importante de mi vida, en especial a Ivonne Caro Roa, Adriana Velosa, Hendys Guzmán, Diana Zambrano, Nancy Ducuara, Fabiola Álvarez, Rosario Nieto e Isaías Garzón.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1. Política Social y rol del Estado	5
1.2. Descentralización y Política Social	12
1.3. Antecedentes de la Política Social en Colombia	14
1.4. La Ciudad de Bogotá D.C, Descentralización y Política Social.	20
1.5. Generalidades Del Modelo de Salud Colombiano	27
1.6. La configuración de los problemas públicos	31
1.7. Análisis De Marcos Interpretativos – “Policy Frame Analysis” en el Análisis de Políticas Sociales	33
1.7.1. El Marco y sus Dimensiones Estructurantes.	34
1.7.2. Nombrar (naming), Enmarcar (Framing) y Cambios en un Marco.....	36
II. METODOLOGÍA	38
2.1. Problema y Pregunta de Investigación	38
2.2. Objetivos	39
2.2.1. Objetivo general	39
2.2.2. Objetivos específicos	39
2.3. Descripción Metodológica	40
2.4. Selección de la muestra	41
2.5. Procesamiento de datos e información y plan de análisis	42
III. ANÁLISIS DE RESULTADOS	44
3.1. Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas.....	45
3.1.1. Categorías de Diagnóstico Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas	46
3.1.2. Categorías de Pronóstico Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas.	52
3.1.3. Situaciones de poder Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas.	62

3.1.4. Balance y equilibrio entre los marcos de diagnóstico y pronóstico Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas.....	63
3.2. Marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud.	65
3.2.1. Categorías de Diagnóstico Marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud.....	66
3.2.2. Categorías de pronóstico Marco interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo, Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud.....	75
3.2.3. Situaciones de Poder Marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud.	84
3.2.4. Balance y equilibrio entre los marcos de diagnóstico y pronóstico en el marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo, Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud.	85
3.3. Análisis de Marcos Interpretativos de la Política de Salud en Bogotá presentes en el periodo 2012 – 2020.....	88
3.4. Identificación de Conflictos y Convergencia entre Marcos Interpretativos .	88
3.5. Identificación de cambios en los Marcos Interpretativos.	93
IV. CONCLUSIONES.....	95
V. BIBLIOGRAFÍA.....	99
ANEXOS.....	104

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Aproximación Histórica de la Políticas Social.....	7
Tabla 2. Competencias del Distrito en materia de Política Social	24
Tabla 3. Competencias de los diferentes niveles de gobierno en materia de salud	29
Tabla 4. Criterios de Selección de Muestra.....	41
Tabla 5. Preguntas Guía para el análisis de los Textos	42
Tabla 6. Esquema análisis Marco Interpretativo.....	43
Tabla 7. Operacionalización de Objetivos	44
Tabla 8. Resumen de noción de problemas identificados en el Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas.....	46
Tabla 9. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “ineficiencia de los servicios de salud”.....	47
Tabla 10. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “Fallas en la transparencia y Sostenibilidad del sector salud”	50
Tabla 11. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “Fallas en la Gobernanza del sector salud”.....	52
Tabla 12. Resumen de nociones de solución definidas en el Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas.....	53
Tabla 13. Resumen Descriptivos relativos a noción de solución “Reestructuración del modelo de Salud”	54
Tabla 14. Resumen Descriptivos relativos a noción de solución “Implementación de estrategias gerenciales para la superación de la crisis”	59
Tabla 15. Resumen Descriptivos relativos a noción de solución “Gobernanza y nuevas prácticas de relacionamiento entre gobierno y entidades privadas y gobernabilidad civil”	61
Tabla 16. Situaciones de poder identificadas en el Marco interpretativo 1.....	62
Tabla 17. Resumen de noción de problemas identificados en el Marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo, Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud.	67
Tabla 18. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “Sistema General de Salud Privado, Desigual que segrega y no garantiza el efectivo derecho a la Salud”	68
Tabla 19. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “Debilitamiento del sector público y déficit económico”	71
Tabla 20. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “fragmentación del sistema de Salud”.....	73
Tabla 21. Resumen de nociones de solución marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo, Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud.....	76

Tabla 22. Resumen Descriptivos relativos a noción de solución “Modelo de Atención Humanizado, Basado en la Atención Primaria en Salud”	76
Tabla 23. Resumen Descriptivos relativos a la noción de solución “Garantía en el Acceso, Cobertura y Financiamiento”	81
Tabla 24. Resumen Descriptivos relativos a la noción de solución “Fortalecimiento y Defensa de lo Público.”	83
Tabla 25. Situaciones de poder identificadas en el Marco interpretativo 1.....	84
Tabla 26. Identificación de Conflictos Entre Marcos.....	88
Tabla 27. Identificación de convergencia entre Marcos.	92

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Pirámide Poblacional Bogotá Comparativo 2005 - 2020.....	21
Gráfico 2. Porcentaje de participación sector social en el presupuesto público de Bogotá 2008 - 2019	25

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Política Social en los Planes de Desarrollo Nacional en Colombia	18
Ilustración 2. Línea de tiempo alcaldes de Bogotá 1992 – 2020	20
Ilustración 3. Indicadores desempeño económico de Bogotá 2018	22
Ilustración 4. Principales apuestas Política Social Bogotá 1995 - 2020	26
Ilustración 5. dimensiones estructurantes de los marcos de política.....	36
Ilustración 6. Balance y Equilibrio Marco interpretativo 1: Sistema de Salud eficiente basada en el aseguramiento con acciones resolutivas.	64
Ilustración 7. Balance y Equilibrio Marco interpretativo 2: Modelo de salud humanizado y participativo, basado en APS y redes integradas de servicios.	86

INTRODUCCIÓN

En las sociedades modernas el debate respecto al papel y utilidad de las políticas sociales se desarrolla con mayor énfasis e intensidad. La introducción de temas como desarrollo humano en contraposición y/o complemento al desarrollo económico, da cuenta de la multiplicidad de interpretaciones y la amplia gama de análisis y aproximaciones teóricas, sin que se cuente con un consenso o interpretación homogénea al respecto (Adelantado, 2004; Behring & Boschetti, 2016; Fernández & Caravaca, 2011; Machinea & Cruces, 2006).

En América Latina, a partir de las décadas de los ochenta y noventa, derivado de la crisis fiscal y financiera, se cristalizaron las condiciones adecuadas para la aplicación de políticas de estabilización económica y de ajuste estructural, basadas en los principios del Consenso de Washington (Martin, 2016). En toda la región, incluida Colombia, se implementaron importantes reformas de orden económico y social, se modificó el rol del Estado y la orientación de las alternativas para atender las problemáticas identificadas (Arroyo, 2004; Martin, 2016).

Más adelante, en la arena política se introdujo el debate de la necesidad del desarrollo y del crecimiento económico, además del cambio de paradigma de la política social (Duhau, 2001). Esto repercutió en el cambio de ruta en la política social, que pasó de tener como prioridad la protección social de los asalariados, a concentrarse en la lucha contra la pobreza (Uribe, 2011), teniendo como principales pilares el acceso a través de la privatización, el subsidio a la demanda, y focalización (Duhau, 2001).

En el 2000, La llegada de gobiernos de corte de izquierda o el llamado “giro a la izquierda”, reconfigura la forma en la que se asumen las políticas sociales, y lleva a dotarlas de relevancia y presupuesto (Antia & Et.al, 2019). Con el fin último de garantizar, por parte del Estado, asistencia a las poblaciones más necesitadas e incrementar el gasto social, da cabida a la intervención de corte asistencialista y a la presencia de debates de corte desarrollista. En general, se implementaron cambios políticos importantes, especialmente en el papel del Estado, inclusive en estos países conservadores, que reafirmaron y consolidaron el conjunto de políticas de corte liberal, dentro de los que se destacan Colombia, Perú o México (Antia & Et.al, 2019).

En Colombia, las políticas sociales se han caracterizado por una fuerte tendencia a la focalización de la intervención del Estado y del gasto social (Otálvaro, 2017a). Han sido empleadas como instrumento para el acceso de grupos específicos de la sociedad a determinados programas sociales. Con la promulgación de la Constitución Política de 1991, se ha mantenido persistentemente una tensión entre la elevación a categoría de derecho de todos aquellos elementos constituyentes de la dignidad humana (salud, educación, vivienda, servicios básicos domiciliarios) y la eficiencia de las políticas económicas (Ospina, 1995).

En los discursos de política social saltan a la vista tensiones y conflictos de distintos tipos, destacándose, la tensión entre objetivos de corto y largo plazo; entre programas más estructurales y aquellos orientados a enfrentar coyunturas particulares y entre la generación de una red de seguridad social para el sector formal y su extensión a los trabajadores informales (Acosta et al., 2015). Así mismo, sobresalen, aquellas tensiones

relacionadas con los resultados del gasto social y la vigencia de problemas tan severos como la inequidad en la distribución del ingreso y la riqueza; la grave concentración de la tierra, que genera aumento de la pobreza, la exclusión social y la presencia de fenómenos como, el conflicto armado, el narcotráfico, el desplazamiento forzado y la delincuencia juvenil (Otálvaro, 2007).

Un aspecto relevante a tener en cuenta es la descentralización del Estado colombiano, proceso que ha dotado a los entes territoriales de cierto margen de independencia administrativa para la toma de decisiones y orientación de las políticas públicas. Sin embargo, las determinaciones fiscales aparecen como una limitante a considerar a la hora de intervenir (Ospina, 1995), llevando a la contradicción entre la implementación de programas con asignación presupuestal nacional o el desarrollo de políticas que respondan a las necesidades de los territorios (Otálvaro, 2007). Situación más significativa en los departamentos y municipios con menos recursos, desencadenando en el desarrollo dispar entre los entes territoriales (Zapata, 2009).

No obstante, en materia política, es esta misma descentralización la que ha permitido que los electos líderes de izquierda a nivel local tengan la posibilidad de proponer políticas diferenciadoras respecto a la política neoliberal que se ejecuta a nivel nacional (Eaton, 2020). Es así como en la ciudad de Bogotá desde 2004 y hasta 2016 bajo gobiernos locales de posiciones de centro izquierda se intentó dar un viraje a las políticas sociales posicionando el debate del enfoque de derechos en las intervenciones estatales.

Con la elección de Gustavo Petro en la Alcaldía de Bogotá (2012- 2016) por el partido progresistas, se consolidó como posibilidad de un gobierno local de izquierda que propuso y buscó implementar una serie de cambios de gran alcance e interconectados en la economía política de la ciudad (Eaton, 2020). Petro, impulsado por el estatuto especial de autonomía para Bogotá¹, y de la herencia de dos gobiernos previos de centro izquierda², que habían establecido políticas bajo el enfoque de garantía de derechos, propuso modificaciones a temas puntuales como uso de la tierra, transporte y el manejo del esquema de basuras, y en materia de política social propuso cambiar el abordaje de

¹ Hace referencia al Estatuto Orgánico de Bogotá, Decreto 1421 de 1993, que establece el Régimen Especial para el Distrito Capital de Bogotá. Permitiendo a la ciudad de Bogotá proponer e implementar políticas, programas y proyectos propios para la ciudad, toda vez que le otorga las atribuciones administrativas que la Constitución y las leyes confieren a los departamentos al Distrito Capital, en lo que fuere compatible con el régimen especial de este último, y sin perjuicio de las prerrogativas políticas, fiscales y administrativas que el ordenamiento jurídico concede al departamento de Cundinamarca. Las disposiciones de la Asamblea y de la Gobernación de Cundinamarca no rigen en el territorio del Distrito, salvo en lo que se refiere a las rentas departamentales que, de conformidad con las normas vigentes, deban recaudarse en el Distrito (Artículo 7, Decreto 1421 de 1993.)

² A partir del año 2004, en la ciudad de Bogotá son elegidos por elección popular, un grupo de alcaldes con posiciones políticas de centro izquierda, entre los que se encuentran: Luis Eduardo Garzón (2004-2008) (sindicalista y líder de izquierda democrática), Samuel Moreno (2008-destituido en 2011) elegido por el partido Polo Democrático Alternativo, Claudia López (2011) y Gustavo Petro (2012-2016) partidos progresistas. Garzón implementa un plan de desarrollo con un giro hacia el enfoque de derechos, pero para mantener la gobernabilidad y en pro de seguir los lineamientos nacionales. Posteriormente, en el mandato de Samuel Moreno (2008-2012) se tuvo como propósito darles continuidad a las estrategias de Garzón, pero con acciones más decididas y garantistas. Sin embargo, las acciones de corrupción y la generación de carteles en distintos frentes, salud, movilidad, infraestructura, llevaron a su posterior destitución en el 2011. Finalmente, Por su parte, Gustavo Petro (2012-2016) no continuaría con esta política, pues se propuso hacer efectivo el goce de derechos, buscando corregir los problemas de sus antecesores y el desarrollo de políticas integrales contrarias a las políticas nacionales. Situación que generó importante inestabilidad política en la ciudad. Con la oposición generada logró mayores avances en el desarrollo de políticas sociales, en las políticas de movilidad y transformación del uso del suelo (Eaton, 2020) .

la primera infancia, educación, salud y habitabilidad en calle entre otros (Eaton, 2020). Sin embargo, la administración se llevó a cabo en un ambiente de constante tensión con el nivel nacional, lo que impidió el desarrollo de sus principales propuestas debido a confrontaciones con grandes grupos económicos, siendo solo algunas de sus políticas sociales las que llegan a materializarse (EATON, 2020).

En 2016, con la llegada a la alcaldía de Bogotá nuevamente de un gobierno de Derecha, Enrique Peñalosa, por el Partido Verde, plantea modificaciones a los programas sociales con un marcado énfasis en la focalización de los servicios bajo criterios socioeconómicos, retomando como principal criterio de selección la encuesta SISBEN, llevando los servicios a los más pobres. Esta administración se alejó del enfoque en perspectiva de derechos, que venía consolidándose desde el 2004, bajo un discurso de retomar el norte y recuperar la ciudad de los nefastos gobiernos antecesores (Peñalosa, 2016).

Estos cambios de posición política y lecturas diferenciadas en los gobiernos locales, trazan rutas de acción diferenciadas. Por ello el presente estudio busca identificar las interpretaciones implícitas y explícitas que influyen y determinan el enfoque y guían la implementación de las políticas sociales en salud propuestas por un gobierno local. Así mismo, identificar cuáles son aquellas situaciones que han sido reconocidas como problemáticas y a las que se les asigna una ruta de acción.

Tuvo como objetivo de analizar *los cambios o continuidades en la orientación de la política social en salud de la ciudad de Bogotá D.C, tras el cambio de gobierno en el periodo 2012 a 2020, empleando para ello el análisis de los marcos interpretativos, buscando dar respuesta a la pregunta de investigación ¿el cambio de alcalde y de signo político de este comporta un cambio de políticas?*

Para su abordaje, se propuso el uso del Análisis de los Marcos Interpretativos de política o “Policy Frame Analysis”, pues resulta ser una perspectiva favorable para el tratamiento y abordaje de las controversias presentes en la política social de Bogotá y dar respuesta a la pregunta. Este método permite identificar los marcos de interpretación bajo los que se constituyen los aspectos de política pública a partir del análisis de los diferentes significados y formas bajo las cuales se percibe un problema, así como los prejuicios y concepciones que subyacen en la promulgación de leyes, programas y discursos políticos (María Bustelo & Lombardo, 2005).

Este análisis pone énfasis en los marcos de ideas y en las prácticas discursivas institucionalizadas que facilitan la identificación de puntos de cambio, imágenes o valores que orientan las políticas públicas. Además de identificar los marcos dominantes y/o en conflicto entre sí, en el discurso de los/as actores/as socio-políticos/as, que se construyen para dar sentido a diferentes situaciones y acontecimientos, atribuir culpas o causalidad, y sugerir líneas de actuación (María Bustelo & Lombardo, 2005).

La definición de variables presentes en la definición de la política social en salud se realizó a partir del análisis de documentos institucionales de política, planes de gobierno, planes de desarrollo, con énfasis en los objetivos, estrategias y resultados esperados, plan territorial de salud, revisión de normas y leyes y a través de fuentes periodísticas relacionados con las políticas sociales en salud de Bogotá en el periodo en estudio.

El análisis brinda herramientas para la comprensión de los procesos de cambio o continuidad de políticas sociales en el Distrito Capital, por medio del contraste entre las controversias y argumentos bajo los que se esgrimen los problemas y las respuestas diseñadas para su solución. Este análisis cobra relevancia ya que los retos presentes en materia de política social para la Ciudad son grandes y toda decisión tomada tiene impacto en la calidad de vida de las habitantes de la ciudad. Por una parte, el margen de acción se encuentra limitado presupuestalmente, el aumento del gasto social que se ha tenido que realizar producto de la pandemia por COVID 19 y por el otro, el posible cambio en la configuración de las condiciones económicas de la población colombiana predice incremento en las cifras de pobreza y pobreza extrema.

Por tanto, se puede prever que el progreso que se tenga en materia de política social, estará centrado en la eficiencia y eficacia en el uso de los recursos existentes. Así como de la experiencia sobre la cual se cuenta la política social con el concurso de los actores públicos, privados y de la comunidad en general.

En el primer capítulo se hace un abordaje de las generalidades de la política social, su desarrollo en Colombia y las particularidades de los entes territoriales, posteriormente se realiza una breve contextualización del sistema de salud colombiano. Así mismo, se contextualiza el desarrollo de las políticas sociales desarrolladas en Bogotá y en ellas se realiza énfasis en las políticas de salud. Finalmente se aborda teóricamente el análisis de marcos interpretativos explicando los conceptos requeridos para el análisis e interpretación de datos.

En el segundo capítulo se explica el desarrollo de la metodología, explicando la forma y aspectos relevantes para el desarrollo de la investigación. En el tercer capítulo se presentan en análisis de los resultados obtenidos, los cuales están organizados en relación a los marcos interpretativos y los objetivos específicos. Los aspectos de cada uno de los marcos están relacionados en tablas descriptivas y una explicación detallada con base a la evidencia encontrada.

En un cuarto capítulo, se encuentran las conclusiones que dan respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos planteados, finalmente se hace mención a las limitaciones del estudio y se plantean recomendaciones para futuras investigaciones en esta línea señalando algunas recomendaciones para la política pública derivadas de los hallazgos encontrados.

I. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Política Social y rol del Estado

Abordar la política social desde su definición es una tarea compleja. El rol y la intervención del estado en la dinámica social es problema público con múltiples interpretaciones y una amplia gama de análisis y aproximaciones teóricas, sin que a la fecha se tenga consenso en una única u homogénea interpretación (Adelantado, 2004; Behring & Boschetti, 2016; Fernández & Caravaca, 2011; Machinea & Cruces, 2006).

La documentación y teorización de cuestión social se ha hecho a partir de diferentes dimensiones, su origen, su función, las áreas de intervención o su contexto en la lucha de clases. Por ello, definir y asumir una perspectiva de análisis requiere especial cuidado, dado que, aun cuando se apele a su rigurosidad científica e imparcialidad, se puede estar ante un análisis sesgado y alejado de la realidad, resultando contraproducente.

En la literatura se encuentran algunos análisis basados en descripciones instrumentales y técnicas, focalizados excesivamente en datos y desprotegidos de las tensiones políticas; otros se sustentan en visiones generalizadas de su papel en la sociedad; también los hay prescriptivos y focalizados en el "cómo deberían ser" desde el punto de vista del investigador, desligados de la realidad e invisibilizando el conocimiento profundo de la política social. De otra parte, existen los que sobredimensionan los determinantes económicos y políticos, clasifican extremadamente las políticas y definen "modelos o tipos ideales de política social" a partir de experiencias históricas (Behring & Boschetti, 2016).

Sin embargo, en la diversidad de posturas e independientemente de la manifestación teórica o ideológica, la política social es reconocida como un proceso histórico, resultado de la interacción variada de determinantes económicos, políticos, institucionales y culturales que se dan al interior de una sociedad, cubiertas por un velo ideológico (Behring & Boschetti, 2016) que cuenta con un estatuto científico concreto (Fernández & Caravaca, 2011). Aspectos que más que configurarse en puntos de referencia, permiten identificar sus determinantes, su sentido y significado (Behring & Boschetti, 2016).

Desde un punto de vista histórico, cualquier política social se enmarca y desarrolla en determinadas condiciones históricas, fuera de ellas se descontextualiza y pierde su significado (Fernández & Caravaca, 2011). Aunque no se puede establecer la fecha exacta del surgimiento de las políticas sociales, como proceso tienen su génesis en la confluencia de los movimientos de ascenso del capitalismo, los movimientos sociales y el desarrollo de la intervención estatal (Behring & Boschetti, 2016; Fernández & Caravaca, 2011). Por lo general se asocia sus inicios con el establecimiento de los Estados Nación en Europa occidental de finales del siglo XIX, pero su expansión y consolidación después de la segunda guerra mundial (Behring & Boschetti, 2016).

En las sociedades precapitalistas se reconocen algunas formas de asistencia social, caridad privada y acciones filantrópicas, algunas de ellas con carácter asistencialistas identificadas como prototipos de política social, asociadas al mantenimiento del orden social, la regulación del mercado laboral y a combatir los vagabundos (Behring & Boschetti, 2016). Hasta 1975 las políticas sociales tenían como fin la circulación de la

fuerza de trabajo. Se seleccionaba los pobres en una especie de distinción entre “pobres merecedores”, que eran comprobadamente pobres y merecedores de auxilios, aseguramiento o algún tipo de asistencia, y los “pobres no merecedores”, dado que todos tenían una capacidad, aunque fuera mínima, de realizar actividades laborales. La tabla 1, presenta los cambios más relevantes de la política social en sus momentos históricos e ideológicos sin que estos, sean necesariamente lineales y/o complementarios en su evolución.

Para cada momento histórico se identifica la evaluación de determinantes económicos, apareciendo sobre la mesa el comportamiento de variables como el índice de inflación y de los impuestos, precios de importaciones y exportaciones, distribución del PIB en el presupuesto de la política social y económica, la autonomía del estado en la conducción de la política económica, la existencia de tratados de libres comercio, suscripción de acuerdos con organismos internacionales como el FMI, el grado de acumulación de las riqueza, entre otros (Behring & Boschetti, 2016).

Como proceso político, toda política social responde a la toma de una decisión, determinada por una postura ideológica, un régimen político y la acción de actores involucrados. Esta decisión determina el papel del Estado, los intereses prevalentes, la orientación de la inversión social y relevancia de la política económica (Behring & Boschetti, 2016; Fernández & Caravaca, 2011). Desde este ámbito político aparecen variables como la formulación, regulación o ampliación de los derechos sociales; la autonomía nacional relacionada con recomendaciones emanadas por los organismos internacionales para la definición de modalidades y coberturas de las políticas sociales. (Behring & Boschetti, 2016).

Desde la dimensión cultural, se pone en evidencia que la cultura está vinculada a la política social y es responsable de ser portadora de valores y de las formas de vida en el tiempo. A través de la cultura es viable la relación entre políticas sociales y estrategias de hegemonía. Es decir, su configuración está dada a partir de una dirección intelectual y moral que interactúa permanentemente con los proyectos societarios y que tiene implicaciones en la concepción de legitimidad de determinados patrones de protección (Behring & Boschetti, 2016).

La política social, desde la institucionalidad, se materializa en entidades, organizaciones, sistemas e instrumentos reconocidos jurídicamente por el poder público, destinados a cumplir sus fines generales y específicos. Estas instituciones principalmente son gerenciadas y creadas por la administración pública y/o por organizaciones de la sociedad civil (Fernández & Caravaca, 2011).

Tabla 1. Aproximación Histórica de la Políticas Social

PERÍODO	DOCTRINA	POSTULADOS	POLÍTICA SOCIAL	ROL DEL ESTADO
MEDIADOS SIGLO XIX HASTA 3 DÉCADA DEL SIGLO XX	LIBERALISMO (Darío Ricardo Adam Smith)	El trabajo como mercancía y su regulación está dado por el libre mercado Cada individuo actuando en su propio interés económico, junto con una colectividad maximiza el bienestar colectivo y el funcionamiento libre e ilimitado del mercado asegurando el bienestar. Es la "mano invisible" la que regula las relaciones económicas y sociales y produce el bien común Se naturaliza la miseria Predomina Estado mínimo.	La política social estimula el ocio y el desperdicio. Política social como paliativo y asistencia mínima en algunos individuos (niños, adultos mayores y personas en condición de discapacidad) La pobreza debe ser disminuida por la caridad privada.	Necesidad de Estado mínimo Presupone ausencia de intervención estatal. El Estado como un Mal necesario Estado como proveedor de base legal con la cual el mercado puede maximizar los "beneficios a los Hombres".
INICIOS DEL SIGLO XX	SOCIAL DEMOCRACIA / ESTADO SOCIAL CAPITALISTA	Incapacidad para mantener el empleo total derivado de las contingencias (edad, enfermedades, desempleo) No se opone al capitalismo, lo desarrolla.	Lógica de seguro social instaurado en Alemania. Desfocalización de las acciones del Estado. Seguro social reconocido como derecho y deber. Protección social como recurso para ejercer la ciudadanía. Incremento del gasto público social e inversión social.	El interés estatal va más allá del mantenimiento del orden. Al Estado le preocupa la atención de necesidades sociales. Incremento del gasto público e inversión social.
1929 - 1932	LIBERALISMO ORTODOXO (Jhon Maynard Keynes)	Expansión de derechos sociales Cambio en la relación entre el Estado y el sistema productivo defensa de la libertad económica y del mercado. Rompe la naturaleza de la economía La mano invisible no genera armonía entre los agentes económicos y el bienestar global. La elección individual del empresariado entre invertir o atesorar o entre comprar o ahorrar del consumidor, puede generar situaciones de crisis. Pleno empleo y mayor igualdad social	La política social como garantía del proceso social sobre todo en las personas incapaces para trabajar, ancianos, niños y personas con discapacidad.	La intervención del Estado se focaliza en la activación de la producción, es decir, intervención en la economía. Estado como productor y regulador. Agente externo que en nombre del bien común tiene legitimidad para invertir por medio de medidas económicas y sociales. El Estado tiene un papel activo en la administración de la macroeconomía.

PERÍODO	DOCTRINA	POSTULADOS	POLÍTICA SOCIAL	ROL DEL ESTADO
1940 EN ADELANTE	WELFARE STATE (William Beveridge) Inglaterra	Responsabilidad estatal para mantener las condiciones de vida de los ciudadanos por medio de: <ul style="list-style-type: none"> Regulación de la economía del mercado para mantener nivel de empleo. Prestación de servicios sociales universales (salud, educación, seguridad social). Universalización de servicios sociales Implementación de la red de seguridad de servicios de asistencia social Tres tipos: liberal, conservadora – corporativista y social demócrata.	Se establecen tres pilares → salud, educación y seguros. Llamada la “edad de oro” de las políticas sociales. Incremento del presupuesto y gasto social. Incremento secuencial de programas sociales. Cobertura de Accidentes de trabajo, seguro de incapacidad invalidez, pensión para adultos mayores, seguro de desempleo, licencia de maternidad. Ampliación de formas de acceso a beneficios con aplicación menos restrictiva de criterios.	Regulación del Estado en el área social y económica Garante de mínimos sociales a todos los ciudadanos en condición de necesidad. Financiamiento por medio de impuestos fiscales y gestión pública estatal.
1940 EN ADELANTE	WELFARE STATE LIBERAL	Principalmente desarrollada en EEUU, Canadá y Australia. Política focalizada en los comprobadamente pobres. Beneficios restringidos para la población con baja renta.	Política Social limitada por las normas liberales, con criterios rigurosos para el acceso a los beneficios. La política social contribuye a edificar la estratificación que mezcla la igualdad relativa y servicios diferenciados por el mercado.	Fomento del mercado activa y pasivamente.
1940 EN ADELANTE	WELFARE STATE CONSERVADOR CORPORATIVISTA.	Principalmente se desarrolla en Australia, Alemania, Italia las metas básicas de la política de bienestar corporativista son: la seguridad y la estabilidad, sin embargo, prevalece su interés conservador Su meta principal es la de conservar el orden social existente y su modelo de distribución, en contraste con el Estado de bienestar socialdemócrata y su franca intención de alterar el modelo por medio de la redistribución.	Política de grupos organizados Economía de tipo comunitaria Políticas sociales mutualistas. Las Políticas Sociales consisten simplemente en tratar de asegurar que las personas se integren apropiadamente en grupos, y que esos grupos, a su vez, tomen a su cargo su propio bienestar o cuidado.	Estado como proveedor de beneficios sociales. Énfasis del Estado para mantener el estatus y clases sociales definidas.
1940 EN ADELANTE	WELFARE STATE SOCIALDEMÓCRATA	Principalmente desarrollado en países bajos. Extraña fusión entre el liberalismo y el socialismo.	Políticas sociales universales y derechos sociales extendidos a la clase media. Promueve la igualdad a partir de las políticas sociales que garanticen la	Garante de Integración Social.

PERÍODO	DOCTRINA	POSTULADOS	POLÍTICA SOCIAL	ROL DEL ESTADO
		<p>Universalista, con la integración de programas sociales que cuentan con las más altas tasas de cobertura y niveles de beneficios.</p> <p>Se desarrolla bajo los auspicios de la Democracia Social Cristiana.</p> <p>Ideológicamente, se basa en la solidaridad implícita en el antiguo consociacionalismo.</p>	<p>plena participación de la ciudadanía comparable con los más ricos.</p> <p>Políticas sociales de transferencias más altos niveles de tasas de cobertura y de beneficio, característicos de los regímenes de bienestar socialdemócratas y su política de transferencias de impuestos.</p>	
SEGUNDA GUERRA MUNDIAL EN ADELANTE	NEOLIBERALISMO Friedrich Hayeck Milton Friedman	<p>No hay un cuerpo teórico capaz de distinguirse de otras corrientes de pensamiento político.</p> <p>Reducción del déficit estatal para incrementar la intervención privada.</p> <p>Intervención estatal en las regulaciones del trabajo impide el crecimiento económico y generación de empleos</p>	<p>Protección social garantizada por el Estado es perniciosa para el desarrollo económico pues incrementa el consumo y disminuye el ahorro.</p> <p>Articulación entre el Estado / mercado y sociedad en la provisión social</p>	<p>El Estado no debe intervenir en la regulación del comercio exterior ni en el mercado financiero.</p> <p>Reducción de Gastos Sociales Estado mínimo</p>

Fuente: Elaboración Propia Con Base En Behring & Boschetti, 2016; Fernández & Caravaca, 2011

La teorización de la política social, designa una ciencia normativa desde la cual se estudian los principios, presupuestos y medios para su realización. Varía en su contenido dependiendo desde dónde se aborde, por ejemplo, desde la ciencia económica su centro será el estudio del papel interventor del Estado; desde la ciencia jurídica el foco estará en el engranaje constitucional del modelo del Estado y su intervención social; desde la ciencia laboral se focalizará en el impacto de la organización del trabajo y su relación con el orden social; a su vez, si se aborda desde una ciencia social, el énfasis se hará en el papel de la política social como promotora del bienestar social; en cambio, desde las ciencias políticas se subrayará en el sistema de servicios y procedimientos de la política social como instrumento de la administración pública.

La identificación de las fuerzas políticas y actores organizados de la sociedad civil presentes en la configuración o resistencia en el proceso de política y los intereses que representan, resulta fundamental como parte del proceso político y de toma de decisiones. De las cuales, de acuerdo con Maggiolo y Perozo, el Estado continúa siendo un instrumento fundamental para el desarrollo económico, político y social de cualquier país (Maggiolo & Perozo Maggiolo, 2007, p. 378).

Teniendo en cuenta los factores expuestos, para este trabajo se toma la definición presentada por Fernández y Caravaca a partir del trabajo elaborado por Manuel Moix y Jerónimo Molina, ya que logra unidad interpretativa de las formas históricas, las bases ideológicas y dialécticas de la política social: Estado y Sociedad, Liberalismo y Socialismo, Público y Privado (Fernández & Caravaca, 2011). Definen la política social como:

“Mediación histórica y epistemológica entre la economía (el bien – estar) y la política (el bien – común) ante las fracturas sociales emergentes que provoca su dialéctica conflictiva. Un fenómeno que supone la traducción del pensamiento social (en su base material y en su orden de convivencia), que originalmente, se concretó en el llamado “problema obrero”, trasmutado en el siglo XXI en el “desarrollo humano integral”, que en palabras de De Laubier cubría, “un dominio que se sitúa entre lo económico y lo político como medio de conservación o reforzamiento del poder el Estado”” (Fernández & Caravaca, 2011, p. 6)

Esta concepción sugiere una forma de organización política de las sociedades industrializadas, y que se funda, para “superar las “fracturas sociales”, mediante el reconocimiento jurídico de un orden social concreto (Política social general), y de la satisfacción de las necesidades y oportunidades vitales de una población a través de un conjunto de bienes y servicios (Política social específica)” (Fernández & Caravaca, 2011, p. 6).

Contempla que la Política social se concreta, como medio,

“en un sistema jurídico e institucional de protección, previsión y asistencia de ciertas necesidades y oportunidades vitales determinadas por el orden social vigente, mediante dos instrumentos, a) Garantía de ciertos niveles y medios materiales de existencia (el Bienestar social o seguridad económica) y b) fomento y apoyo a la realización personal del

hombre (para alcanzar la Justicia social)” (Fernández & Caravaca, 2011, p. 7).

Bajo estas condiciones, el desarrollo de la cuestión social en América Latina, se ha dado de forma igualmente diversa, pues ha sido un territorio históricamente heterogéneo en materia social y económica. No obstante, coincidió en paradigmas comunes de desarrollo y bienestar (Antia & Et.al, 2019). A partir de las décadas de los ochenta y noventa; y derivado de la crisis fiscal y financiera se dieron las condiciones adecuadas para la aplicación de políticas de estabilización económica y de ajuste estructural, basadas en los principios del Consenso de Washington (Martin, 2016).

Específicamente, se implementaron importantes reformas de orden económico y social, con una orientación de corte liberal. Se modificó el rol del Estado y con ello la orientación para formular alternativas destinadas a atender las problemáticas, primando la racionalización económica, en un Estado donde los recursos son limitados. Se destaca, la reducción del estado, la apertura y fomento de mercados; y la transferencia de responsabilidades bajo la articulación público – privada (Arroyo, 2004; Martin, 2016). De ahí que se cambió la ruta de la política social, pasando de tener como prioridad la protección social de los asalariados, a concentrarse en la asistencia de los más pobres (Uribe, 2011). Adquiriendo como principales pilares, el acceso a través de la privatización, el subsidio a la demanda, y focalización (Duhau, 2001). También introduce el debate de la necesidad del desarrollo y del crecimiento económico (Duhau, 2001).

Más adelante, en los 2000, a la par que se registra un mejor desempeño económico y mejora la calidad de vida en la región (manteniendo la diversidad y los matices), asociado principalmente a la explotación de recursos naturales y materias primas, se observan procesos de desindustrialización y baja inversión en ciencia y tecnología, por lo que se mantienen las falencias estructurales y las carencias en algunos sectores (Antia & Et.al, 2019). Esta contradicción facilita la aparición de debates críticos alrededor de los resultados obtenidos por las políticas y el modelo de desarrollo implementado. Gestándose un fenómeno particular denominado “el giro a la izquierda” (Antia & Et.al, 2019; Martin, 2010). Caracterizado por la elección de fuerzas políticas de izquierda o progresistas en un conjunto de países de la región, que aún con la resistencia conservadora de países como Colombia, Guatemala, Perú y México, logró poner sobre la mesa la necesidad de implementar cambios políticos importantes, especialmente en el papel del Estado, inclusive en estos países conservadores que reafirmaron y consolidaron el conjunto de políticas de corte liberal (Antia & Et.al, 2019).

Derivado de esta tensión, en el periodo post consenso de Washington, el Estado modificó su actuar con tendencia a abandonar su rol como mero distorsionador del mercado bajo una lógica “eficientista”, convirtiéndose en agente con capacidad de controlar el capital financiero; asegurar mayor inversión pública y privada; e intervenir en las carencias sociales presentes en la región, incluyendo dentro de sus roles el ser garante de los mínimos de inversión en el capital humano (Antia & Et.al, 2019).

Es así como, en la mayoría de países de la región cambia la perspectiva de acción y se adoptan programas de protección social y de focalización del gasto social encaminados a la intervención de los grupos más vulnerables. Se destaca, la creación de instituciones para pobres, modificación a los patrones de protección con reformas a los sistemas de

seguridad social, de salud y mejoramiento salarial, acompañado de un proceso de institucionalización del componente de asistencia. Replicando programas en países como Brasil (Bolsa Familia), Chile (Chile Solidario), México (Progres/Prnasol/Oportunidades), Ecuador (Bono de Desarrollo), y Colombia (Familias en Acción), (Martín, 2016; Otálvaro, 2017b; Varela, 2015).

Por tanto, sin perder de vista la heterogeneidad en la región, se puede afirmar que, en este periodo se desarrollaron apuestas por una mejor redistribución económica, promoviendo atención pública de sectores en condición de vulnerabilidad social, el Estado desempeñó un rol más activo y se incrustó la idea del Estado como condicionante para avanzar en escenarios de política social (Repetto, 2010b). En la práctica, su accionar incidió en el cambio de los indicadores sociales especialmente en la disminución de la pobreza y pobreza extrema (Antia & Et.al, 2019).

Es preciso indicar, que si bien, estas intervenciones representaron avances en la lucha contra la pobreza, con mayor importancia en el periodo comprendido entre 2000 a 2014, esto no implicó necesariamente la intervención en problemas estructurales como la desigualdad o tan complejos de abordar como la exclusión (Repetto, 2010b). Actualmente, las cifras en la región dan cuenta de retroceso, con tendencia al estancamiento. En el último informe de panorama social, la CEPAL identifica que, en 2018, alrededor del 30,1% de la población regional estaba bajo la línea de pobreza, mientras que un 10,7% se encontraba bajo el umbral de la pobreza extrema. Esto indica que cerca 185 millones de personas se encontraban en situación de pobreza, dónde 66 millones estaban en situación de pobreza extrema. Por tanto, la erradicación de la pobreza, de la pobreza extrema y la reducción de la desigualdad sigue estando en el centro de la intervención por parte del Estado (CEPAL, 2019).

1.2. Descentralización y Política Social

La constante transformación del Estado y los cambios implementados desde los 90, tuvo impacto en los niveles locales de gobierno. En la mayoría de países de América Latina se le transfirieron funciones y competencia que antes se encontraban centrados en el nivel nacional (Arroyo, 2004). Desconociendo en muchos de los casos la capacidad técnica y de gestión de esta escala de gobierno.

La descentralización surge como condición para profundizar la democratización, como una estrategia para enfrentar la crisis y como una forma de organización para implementar el nuevo paradigma basado en la complementariedad entre el sector privado, social y público (Finot, 2001). Pretendiendo dar respuesta de esta manera a las fallas del centralismo definidas por la cultura proteccionista, que favoreció el funcionamiento monopólico; el acrecentamiento de la desigualdad y en particular la pobreza derivado de la crisis por la deuda y el fortalecimiento de la cultura paternalista, clientelista y prebendista (Finot, 2001).que finalmente, se traduce en aumentar la eficiencia de la organización para el cumplimiento de sus funciones (Departamento Nacional de Planeación, 2002).

Está definida como: “un proceso mediante el cual se transfiere poder de decisión y responsabilidad desde el nivel central de una organización, a unidades descentralizadas o alejadas del centro (Departamento Nacional de Planeación, 2002, p. 15)”. Se distingue

en la teoría diferentes formas de descentralización siendo las más relevantes en Latinoamérica la descentralización política y la descentralización administrativa.

La descentralización política se caracteriza por transferir a las entidades territoriales la capacidad para elegir los gobernantes y la toma de decisiones alrededor de políticas para el desarrollo local. Es a través de la descentralización administrativa que se realiza la transferencia a los gobiernos territoriales de las funciones, recursos y capacidad de decisión para la provisión de algunos servicios públicos y sociales y también para adelantar obras públicas (Departamento Nacional de Planeación, 2002).

En materia de política social las transformaciones y cambios en especial la descentralización, impusieron una agenda local novedosa asociada a la transferencia de funciones y competencias (Arroyo, 2004). Proceso que contempló algunos factores positivos como la cercanía del gobierno local con las necesidades de la población y sus formas organizativas, pero dejó de lado las deficiencias en materia de gestión administrativa y financiera y de relacionamiento entre las autoridades locales y los actores sociales y políticos, caracterizadas principalmente por la existencia de prácticas tecnocráticas, clientelares, populistas y con tintes de corrupción propios de la región (Marsiglia, 1997).

De otra parte, la descentralización no contempló que la asignación de recursos es limitada y generalmente no responde a las necesidades reales del territorio y la imposición de una agenda determinada por agentes externos, ya sea de nivel supranacional, nacional o provincial (Arroyo, 2004).

Repetto (2010a), destaca tres elementos clave para entender el proceso de las políticas sociales en América Latina: “la desestatización, la descentralización y la focalización. La desestatización trajo consigo una transferencia parcial o total de responsabilidades del Estado a actores privados (empresas y organizaciones no gubernamentales y comunitarias); la descentralización produjo una reorganización de los servicios públicos y sociales que favoreció el crecimiento de la responsabilidad relativa de los Estados subnacionales; y la focalización que implicó un cambio de objetivo de la política social, ya que se pasó del ciudadano como receptor por derecho, al grupo o zona de riesgo como receptor estratégico.

Además de la transferencia de responsabilidades, la desestatización supuso, en los gobiernos locales, el desarrollo de estrategias fuera de su control, exponiéndose a un cúmulo de decisiones externas con pobre capacidad institucional y atadas a un proceso de asignación presupuestal del ámbito nacional (Repetto, 2010a).

Para el caso colombiano la descentralización ha estado presente en la agenda política. La primera apuesta se dio en los 80 y se consolidó en los 90 con la implementación de la Constitución Política de 1991 (Departamento Nacional de Planeación, 2002). Es considerada como una forma de organización del Estado (descentralización administrativa), encaminada a favorecer la respuesta Estatal, la participación y toma de decisiones ciudadanas (descentralización política), para lo cual realiza una asignación de recursos a través de transferencias (descentralización fiscal) (Departamento Nacional de Planeación, 2002).

La forma de organización del estado está dada desde la Nación hacia las Entidades territoriales. La Constitución de 1991 definió como entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas. Estas gozan de autonomía para la realización de acciones correspondientes a sus intereses circunscritos básicamente en el derecho a gobernarse por autoridades propias, ejercer las competencias que le correspondan, administrar los recursos y establecer los tributos necesarios para el cumplimiento de sus funciones y participar en las rentas nacionales (Departamento Nacional de Planeación, 2002). En esta misma línea, la expedición de la ley 60 de 1993, da respuesta a los mandatos constitucionales y reglamenta la forma de asignar los recursos a partir de transferencias condicionadas. Para ello, entra en juego las necesidades básicas insatisfechas (NBI) como criterio para su asignación (Ley 60 de Agosto 12 de 1993, 1993).

Por tanto, en lo que respecta a la política social en Colombia, la descentralización juega un papel importante. En primer lugar, parte de la premisa de la descentralización política y fiscal, reformula el rol de cada nivel de gobierno y se encaminada a permitir a los gobiernos locales, concedores de sus condiciones y prioridades, determinar los programas a desarrollar. Sin embargo, la legislación y forma de asignación de las transferencias genera mayor centralización fiscal, lo que impide el estricto ejercicio de la toma de decisiones. Potenciando por ende las pujas distributivas y los intereses políticos propios de la dinámica del entramado democrático. (Repetto, 2010a).

En segundo lugar, la política social, a raíz de la descentralización cuenta con diferentes niveles de responsabilidad, existen programas sociales con responsabilidad exclusiva de las agencias nacionales, otros son responsabilidad exclusiva de las autoridades locales y departamentales, y en algunos casos, son gestionados entre todos los niveles de gobierno. Es así como, la descentralización entró a incentivar a los gobiernos departamentales y municipales a diseñar y ejecutar programas sociales propios, que a su vez, coordinan con organizaciones sociales, eclesiales y con otros gobiernos (Zapata, 2009).

En tercer lugar, resulta indispensable contemplar que la situación social de las entidades territoriales (Departamentos, Municipios, etc.) no es similar, ni tiene el mismo patrón de desarrollo. Esta situación generó diferentes líneas de acción de política pública de acuerdo a su situación de desempeño multidimensional (CEPAL, 2014). Así mismo llevó a un nivel de desarrollo diferenciado para cada una de las ciudades o municipios, a la vez que desató una especie de conflicto entre ellos por los recursos asignados para cubrir las necesidades identificadas.

Se configuran así, los mayores retos a los que enfrenta la institucionalidad social, avanzar hacia la toma de decisiones, diseño e implementación de sistemas de política social más integrales, capaces de hacer frente tanto al crítico escenario social como a los desafíos que afectan a las intervenciones destinadas a enfrentarlo (Repetto, 2010a).

1.3. Antecedentes de la Política Social en Colombia

El caso colombiano no estuvo alejado del contexto Latinoamericano. La intervención Estatal fue delimitada por el mercado, el cumplimiento de mandatos externos (consenso de Washington) y la baja capacidad institucional. La reforma al Estado se acompañó de

dos grandes elementos, la expedición de la Constitución Política en 1991, en ella la declaración como Estado Social de Derecho que conllevó a elevar a nivel constitucional los derechos sociales, políticos, económicos y culturales y la apertura económica.

En este contexto, las políticas sociales implementadas estuvieron guiadas por la escasez, las limitaciones y la focalización del gasto social. Durante el periodo de los 90 se lleva a cabo reformas importantes entre las que se destacan, la de la seguridad social, la del sistema pensional, la flexibilización laboral, y la transferencia de competencias del nivel central al local. Se subordinan los problemas sociales a las exigencias del mercado y la competitividad internacional (Otálvaro, 2017a). Se desata una artificiosa contradicción entre política económica y política social que se resuelve a favor de la primera (Ospina, 1995).

Este cambio en el rol del Estado, modifica el paradigma de la política social. Se pasa de un individuo receptor por derecho, característico del universalismo, a la definición de un grupo objetivo como receptor estratégico, cobrando mayor relevancia la focalización y el acceso a programas sociales de población que pese a la universalidad queda por fuera de los programas ofertados (Home, 2012). Se impulsó como idea que las políticas sociales eran derechos sociales provistos por el Estado o por particulares (Otálvaro, 2017a).

Las acciones implementadas se caracterizaron, hasta el día de hoy, por tener una fuerte focalización de la intervención Estatal y del gasto social, perpetuando modelos de desarrollo económico centrados en la contención de los factores determinantes de la pobreza, más que en su eliminación. Como práctica política se ha estimulado la dependencia y fidelidad de los receptores, bajo una cultura clientelista (Otálvaro, 2017a), mientras se aumenta el protagonismo del mercado por medio de la privatización de los sistemas de protección social y se niega los derechos de los ciudadanos.

Las modificaciones se acompañaron de la implementación de un importante conjunto de acciones legislativas. Dentro de las más relevantes se encuentra la expedición de la Ley 100 de 1993, que creó el sistema de Seguridad Social Integral y transformó el régimen de salud, la seguridad social, los sistemas pensionales y de protección social; la Ley 60 de 1993, que regula las competencias y recursos para la provisión de servicios sociales de forma descentralizada; la Ley 105 de 1994 o Ley General de Educación, entre otras. Se genera así, una intervención sectorial que posteriormente avanzó hacia una red integrada de atención de riesgos sociales y hacia un sistema de protección social (Acosta et al., 2015).

Ante la variedad de problemáticas particulares de la sociedad colombiana, la respuesta del Estado mantiene una constante tensión entre: objetivos de corto y largo plazo; entre programas más estructurales y aquellos orientados a enfrentar coyunturas particulares y entre la generación de una red de seguridad social para el sector formal y su extensión a los trabajadores informales, que van en aumento derivado de la aplicación de políticas de flexibilidad laboral (Acosta et al., 2015). Estas contradicciones permanentes explican que se mantengan vigentes las condiciones sociales y con un mínimo impacto en la lucha contra la pobreza.

En Colombia, a la vez que se incrementó el gasto social, se mantuvieron vigentes problemas estructurales tan severos como la inequidad en la distribución del ingreso y la riqueza; la grave concentración de la tierra, que genera aumento de la pobreza, la exclusión social y la presencia de fenómenos como, el conflicto armado, el narcotráfico, el desplazamiento forzado y la delincuencia juvenil (Otálvaro, 2007). Situación que pone en evidencia que para el desarrollo de una sociedad se requiere más que el incremento porcentual de los recursos encaminados a lo social y respuestas coyunturales, momentáneas y asistenciales.

Por otra parte, los procesos de descentralización y desestatización ahondan aún más el conflicto entre la garantía de derechos, las respuestas a las necesidades de la ciudadanía y la institucionalidad del Estado, debido a que se impulsaron medidas administrativas caracterizadas por una lógica de centro – periferia, con pobres procesos participativos y de deliberación pública, por ende con pobre legitimidad política y serias dificultades a la hora de la implementación de las acciones (Otálvaro, 2017a).

El proceso de descentralización avanzó a la par del recrudecimiento del conflicto armado en el país. Apareció entonces, el fenómeno del desplazamiento interno, con una gran envergadura, principalmente en poblaciones aisladas y sin presencia del Estado. Dada la crudeza del desplazamiento y las dificultades económicas de los ciudadanos que habitaban las zonas de conflicto, las zonas periféricas de las principales ciudades son elegidas como destino preferido. Situación que ahonda aún más las condiciones de exclusión, marginalización, pobreza y carencia de oportunidades.

Este camino, demuestra que las medidas de descentralización tomadas no resuelven las contradicciones existentes, ni dan cumplimiento del objetivo central, mejorar la respuesta y presencia institucional en la totalidad del territorio nacional. Por el contrario, parecen profundizar, aún más, las brechas existentes entre municipios. El desarrollo territorial en los departamentos y ciudades del país tiene diferencias marcadas, generando tensiones entre las grandes ciudades, caracterizadas por poseer más población, mayor inversión de capital y que ostentan la calidad de capital de departamento, con los pequeños municipios, aislados, con índices altos de pobreza, inequidad social y pobre desarrollo (CEPAL, 2014).

Se configura una especie de círculo vicioso en el que se recrudecen los problemas y conflictos sociales a los largo y ancho del país, se exigen respuestas del Estado más nutridas que desbordan su capacidad y la materialización de políticas sectorizadas, focalizadas, en un intento por mantener o controlar las situaciones problemáticas. Hechos que ponen en evidencia las características multidimensionales y multicausales de los problemas sociales y que por lo tanto requieren de diversas alternativas para su abordaje.

Con la creación del Departamento Nacional de Planeación y el fortalecimiento del ministerio de hacienda, se definió una suerte de monopolio para la definición y aprobación de los planes de desarrollo y dentro de ellos la definición de aquellos programas de orden social a ser aprobados y a los que se les asigna recursos. Esta dinámica desencadenó una lógica de asignación presupuestal priorizada a aquellos programas con resultados a corto plazo. Se profundiza en la focalización de las acciones como el instrumento más idóneo para combatir la pobreza, sin la debida consideración de la necesaria complementariedad con programas que transformen condiciones estructurales de

empleo y de ingresos con el fin de garantizar una verdadera eficacia de la política social (Ospina, 1995).

La prolongada crisis de finales de los noventa, que se extendió por un período amplio, desde 1997 hasta el 2003, mostró las limitaciones de los programas sociales para atender los efectos cíclicos, y enfrentar más estructuralmente los problemas de pobreza (Acosta et al., 2015), que seguían siendo abordados con mayor participación del mercado y desmonte de las responsabilidades sociales a cargo del Estado. Es decir, mayor participación de los agentes particulares en la intervención social (Otálvaro, 2017b). Entran como actores destacados de la escena social, organizaciones no gubernamentales, cajas de compensación familiar, fundaciones y entidades privadas. No se puede dejar sin mencionar el papel de la Iglesia colombiana, que ha jugado un papel relevante y que contribuyó en la creación de institucionalidad alrededor de la política social en los territorios. (Zapata, 2009)

Este comportamiento y dinámica del ámbito social, permite identificar dos enfoques bajo los que se conciben y formulan las políticas sociales (Otálvaro, 2017a), uno con una forma asistencial y reparativa de los conflictos sociales presentes y otro con una orientación a la protección social de riesgos y vulnerabilidades. Estos enfoques se ven claramente plasmados en los planes de desarrollo propuestos por cada uno de los gobiernos (ver ilustración 1, acciones de política social y sus enfoques en los planes de desarrollo nacional), con acciones centradas en resolver situaciones o eventos de riesgo, el conflicto armado presente en el país desde hace más de 60 décadas y solicitudes supranacionales enfocados a la lucha y erradicación de la pobreza.

No está de más anotar que, Colombia ha sido el único país latinoamericano que no ha tenido un gobierno con tendencia ideología - política de izquierda o centroizquierda. Por lo que las acciones de política pública se han desarrollado sin mayores modificaciones y con una tendencia al incrementalismo (Vargas Velasquez, 1999).

En la práctica, para dar respuesta a la pérdida de bienestar de las familias colombianas y las altas tasas de desempleo producto de la crisis desde 2001, siendo presidente Andrés Pastrana, se formula una Red de Apoyo Social, del cual hace parte el programa Familias en Acción. Programa que se ajusta al modelo de los subsidios monetarios condicionados y cuyo objetivo fundamental es el impacto en los ingresos de las familias beneficiarias. Prevalciendo esa concepción de la economía donde los seres humanos son concebidos como consumidores y la pobreza se mide de acuerdo a las capacidades del ingreso para ampliar el acceso a bienes y servicios. Este mismo énfasis permanece bajo los gobiernos de Álvaro Uribe y llega a consolidarse como el programa bandera de la política social en Colombia. Posteriormente bajo una lógica incrementalista el programa continúa su implementación en los Gobiernos de Juan Manuel Santos y el de Iván Duque.

La red de Apoyo Social, está compuesta por 4 programas: a). Familias en Acción³, b). Jóvenes en Acción⁴, c). Empleo en Acción⁵ y d). Vías para la Paz⁶.

Ilustración 1. Política Social en los Planes de Desarrollo Nacional en Colombia



Fuente: Elaboración propia con base a Departamento Nacional de Planeación

³ Programa basado en transferencias económicas condicionadas a que los niños asistan a la escuela. Está dirigido a familias con Nivel de SISBEN 1 o menos de 30 puntos, se contempla también atención a familias indígenas, desplazadas o afrodescendientes en condición de pobreza o pobreza extrema.

⁴ Entrega de transferencias económicas a jóvenes para que continúen en sus procesos de formación académica o educación para el trabajo.

⁵ Programa que ofrece empleo transitorio a mano de obra no calificada en proyectos de infraestructura.

⁶ Desarrollo de obras de infraestructura vial, focalizadas en zonas afectadas o en las que se desenvuelve el conflicto armado.

Se implementa junto con la red, un sistema de focalización para priorizar y seleccionar los potenciales beneficiarios para programas sociales - SISBEN, definido como, el conjunto de normas, reglas y procedimientos, por medio del cual, a través de un puntaje, se clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómica (*Departamento Nacional de Planeación - DNP, 2020*). Este instrumento identifica de manera rápida y objetiva a la población la situación de pobreza y vulnerabilidad, para así focalizar la inversión social y garantizar que esta sea asignada a quienes más lo necesitan. Busca definir la forma en que se realiza el gasto público en todos los departamentos, municipios y distritos del país.

El puntaje es calculado automáticamente dentro del aplicativo diseñado para tal fin a partir de la información reportada por el hogar en la encuesta y es un valor entre cero (0) y cien (100) dependiendo las condiciones del Hogar. En la actualidad no cuenta con niveles, sin embargo, se identifica el desarrollo de 4 sistemas de identificación, así: El SISBEN 1 se enfoca en medir los recursos económicos del hogar, el SISBEN 2 se enfoca en el estándar de vida. El SISBEN 3, diseñado e implementado desde el 2008, utiliza como eje principal la medición de la pobreza por capacidades. El SISBEN 4, identifica por grupos y letras el nivel de vulnerabilidad de la población clasificándola en pobreza extrema, pobreza, vulnerabilidad y no existencia de pobreza o vulnerabilidad. Para medir la pobreza por capacidades, el SISBEN se enfoca en cuatro aspectos fundamentales del hogar: salud, educación, vivienda y vulnerabilidad (DANE, 2015).

Este sistema de focalización, recurrentemente ha sido criticado por anidar falencias en el proceso de selección de beneficiarios y focalización de los subsidiarios asociados a prácticas clientelistas (cambio entrega de beneficios a cambio de votos en épocas electorales) comunes en el sistema político colombiano; asimetría de información entre la población beneficiaria y las entidades gubernamentales; fallas en los sistemas de información del estado que permiten el acceso de personas sin que tengan derecho a los mismos o no cumplan la totalidad de requisitos para acceder a los servicios; desarticulación y duplicidad en las acciones e intervenciones (Ciro Ríos & Ospina Grajales, 2013) Sin embargo, no es el objetivo de este análisis identificar o señalar estas dificultades, por lo que no se ahondará en el tema, por el contrario, busca identificar las diversas construcciones y argumentos existentes al respecto y aquellas visiones o imaginarios que determinan las decisiones que se toman en materia de política pública.

De acuerdo a lo anterior es posible señalar que las políticas públicas sociales implementadas en Colombia cumplen un papel asistencial, se encuentran extremadamente focalizadas en aquellos sectores considerados en riesgo social y garantizan acompañamiento permanente solamente cuando la población se encuentra en riesgo inminente. El abandono continúa antes y después de la débil intervención de la institucionalidad oficial (Otálvaro, 2007). Y permite se mantengan las condiciones estructurales y bajo impacto en la lucha contra la pobreza.

Las políticas sociales están caracterizadas por la sumatoria de programas sociales y esfuerzos sectoriales e institucionales, con debilidades en la articulación y coordinación, que se han creado y se mantienen en las diferentes administraciones; más que ser modificados, han variado su cobertura, presupuesto y procedimientos para la asignación

dependiendo del énfasis e intereses del gobierno, sin que ello implique disminución del gasto social (Zapata, 2009)

1.4. La Ciudad de Bogotá D.C, Descentralización y Política Social.

Para entender la relevancia de la ciudad de Bogotá y la influencia de las políticas distritales en la política nacional, resulta indispensable realizar un breve recorrido histórico por el proceso de formación y consolidación como Distrito Capital dentro del proceso de descentralización.

A diferencia de los demás municipios de Colombia, por medio del Decreto 3640 de 1954, Bogotá fue denominado como Distrito Especial, sin sujeción al régimen municipal ordinario; se dispuso. Además que, el Alcalde de la ciudad sería nombrado directamente por el presidente (Decreto 3640 de 1954, 1954), situación que se mantuvo hasta 1988. Es a partir de esta fecha que se realizó la primera elección popular de alcaldes. Inicialmente el periodo de gobierno fue definido de dos (2) años, a partir de 1993 se extendió a tres (3) años, finalmente mediante Acto Legislativo Nacional el periodo de los alcaldes se extendió a cuatro (4) años (Davila & Gilbert, 2017). La ilustración 2 muestra la línea de tiempo de los alcaldes de Bogotá, incluye los planes de desarrollo, los alcaldes en cada periodo y su tendencia política.

Ilustración 2. Línea de tiempo alcaldes de Bogotá 1992 – 2020

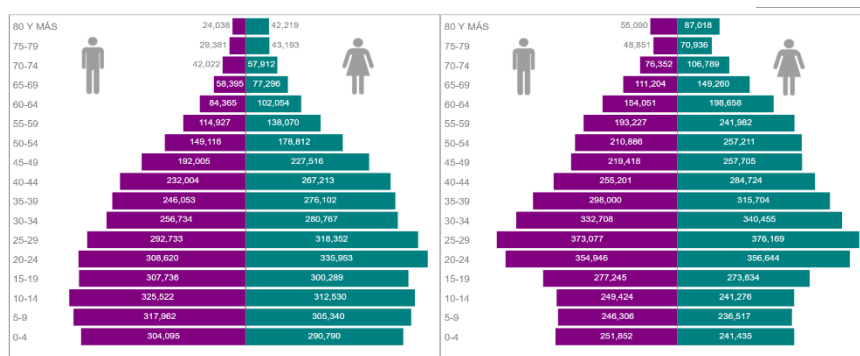


Fuente: Secretaría Distrital de Planeación

El Distrito Capital cuenta con una estructura administrativa descentralizada en 20 localidades, es administrada por un Alcalde Mayor que se apoya en un grupo de alcaldes locales designados por el alcalde Mayor y en una Junta Administradora Local por cada localidad, en la que se toman las decisiones a nivel territorial. Se ha consolidado como el epicentro político, económico, administrativo, industrial, artístico, cultural, deportivo y turístico del país. De acuerdo con cifras del Departamento Nacional de Estadística (DANE, 2020) cuenta con una población proyectada a 2019 de 7.592.871 habitantes, de los cuales 7.566.185 se encuentran ubicados en el área urbana y 26.686 en el área rural.

Demográficamente, presenta una distribución poblacional por edades en la que la base piramidal cada vez es más estrecha y con mayor ensanchamiento en la cúspide, correspondiente a edades más avanzadas mostrando un envejecimiento de la población de la ciudad, explicada por un lado por el aumento de la esperanza de vida y por el otro lado el descenso de la natalidad de la población (SDS, 2020). Como se observa en el gráfico 1., que compara la distribución entre 2005 y 2020

Gráfico 1. Pirámide Poblacional Bogotá Comparativo 2005 - 2020



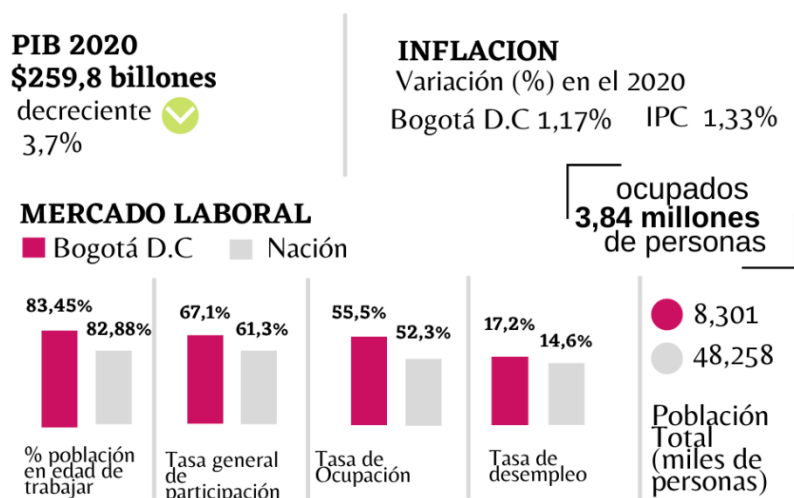
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData

En cuanto a cifras de pobreza y desigualdad se observa que a partir de 2014 se revirtió la caída en las tasas de pobreza de Bogotá pasando de 10,1 % a 12,4 % en 2018 (ver Anexo 2). Un comportamiento similar se aprecia en la pobreza extrema, incrementándose de 1,9 en 2014 a 2,5 en 2018. Igualmente, el índice de pobreza multidimensional revela que a partir de 2011 y hasta 2015 se encontraba con tendencia a disminuir, pero a partir de 2016 incrementa en una tasa de incidencia de 1,8 puntos porcentuales. Para 2018 el 4,3% de las personas de Bogotá se encontraban en situación de pobreza multidimensional. Resulta relevante indicar que el índice de pobreza multidimensional involucra 15 indicadores, dentro de los cuales se encuentra que, en la ciudad, las mayores privaciones por hogar se presentaron en lo referente a: trabajo informal con un 52,8%, rezago escolar con un 22,3% y bajo logro educativo con 19,1%. Datos presentados a nivel nacional por el Departamento Nacional de Estadística (DANE, 2020)

En lo que respecta al índice de desigualdad el coeficiente de Gini muestra el mismo comportamiento, incremento en 2018 con respecto al año inmediatamente anterior pasando de 0,498 a 0,504. Sin embargo, es importante anotar que desde el 2013 se mantiene con variaciones incrementales por cuanto se puede afirmar que la desigualdad se mantiene con respecto a la distribución del ingreso de la población.

Otros indicadores relevantes para el tema de política social, muestran que Bogotá es la ciudad de Colombia que más aporta al PIB nacional, con una participación del 26% al 2020, sin embargo, producto de la pandemia presentó una caída del 3,7 %. La tasa de desempleo registrada en el 2020 es mayor que la registrada en el país (DANE, 2020), pero, la tasa de ocupación sigue estando por encima del resultado nacional. La ilustración 3, da cuenta del comportamiento económico de la ciudad

Ilustración 3. Indicadores desempeño económico de Bogotá 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Datos del DANE 2020

Las cifras muestran similar comportamiento al país, que desde el 2015 se han registrado retrocesos que, se manifiestan particularmente en el aumento de la pobreza extrema (CEPAL, 2019). Por tanto, continúa siendo relevante el debate respecto a la inversión social y el fortalecimiento de la política pública social.

De otra parte, la expedición del estatuto orgánico de Bogotá, le otorgó mayor autonomía a la ciudad permitiéndole proponer e implementar políticas, programas y proyectos propios para la ciudad. Marcó un cambio en la relación entre la alcaldía y el concejo de Bogotá, en el sentido que rompe con la idea de coadministrar la ciudad. Le da al alcalde bastante autonomía del concejo en su gestión. El alcalde queda encargado de gobernar y el Concejo de dictar las normas. No obstante, aunque se esperaba la racionalización de funciones y mejor relación, tradicionalmente antagónica entre alcalde y concejo, no se observó este comportamiento (Dávila & Gilbert, 2017).

Entonces, el conflicto existente entre las funciones del alcalde y el concejo implicó retrocesos y dificultad al momento de la implementación de las políticas públicas de la ciudad e impulsó procesos de negociación permanentes, acompañado de malas prácticas entre las dos instancias a cambio de la aprobación de las propuestas hechas por los alcaldes o la toma de atribuciones por parte del alcalde para la imposición de sus propuestas y alternativas (Dávila & Gilbert, 2017).

Otro campo de negociación de la política pública y planes de acción está dado por la relación entre el gobierno nacional, y la Alcaldía de Bogotá, que por lo general ha resultado ser tensionante. Con la elección popular de alcaldes, en 1988, ha sido poco coincidente que alcalde y presidente pertenezcan a la misma agrupación política. Por lo tanto, en pocas ocasiones se ha conseguido apoyo e impulso nacional hacia el desarrollo de la ciudad. (Dávila & Gilbert, 2017). Lo anterior, no desconoce que se hayan logrado apalancamientos desde el orden nacional a políticas distritales.

Ejemplo de ello, es la asignación de recursos a la ciudad para la construcción de la línea 1 del metro de Bogotá en dos oportunidades, primero bajo el gobierno del presidente Samper al alcalde Peñalosa y posteriormente bajo el gobierno del presidente Santos al alcalde Petro (Aun así, a la fecha y derivado de las tensiones existentes, por parte de los distintos actores e intereses presentes en la ciudad, Bogotá no ha construido la primera línea del metro).

Esta condición política y administrativa de la ciudad es relevante, ya que marca la dinámica política bajo la cual se configuran las políticas públicas y dentro de ellas la política social. Si bien, por un lado, se le imprime la autonomía, de otro da cuenta de las tensiones existentes a nivel nacional y distrital a las que se enfrenta el alcalde al momento de proponer alternativas de solución a las problemáticas identificadas o llevar a cabo sus promesas de gobierno.

En el periodo 2012 a 2016, la elección de Gustavo Petro en la Alcaldía de Bogotá se consolidó como posibilidad de un gobierno local de izquierda que propuso y buscó implementar una serie de cambios de gran alcance e interconectados en la economía política de la ciudad (EATON, 2020). Petro, impulsado por el estatuto Orgánico y la herencia de dos gobiernos previos de centro izquierda que habían establecido criterios de focalización distintos del SISBEN, Propuso modificaciones a temas puntuales como uso de la tierra, transporte y el manejo del esquema de basuras. En materia de política social, propuso cambiar el abordaje de la primera infancia, educación, salud y habitabilidad en calle entre otros.

Sin embargo, la administración se llevó a cabo en un ambiente de constante tensión con el nivel nacional y el concejo de Bogotá, que impidió el desarrollo de sus principales propuestas debido a confrontaciones con grandes grupos económicos, siendo solo algunas de sus políticas sociales las que llegan a materializarse (EATON, 2020). Aunque se esperaba que la izquierda perdiera su espacio central de poder político que venía consolidando desde 2004, se consolidó como una fuerza importante de oposición y opinión pública en la ciudad.

Para el periodo 2016 - 2020, la llegada nuevamente de Enrique Peñalosa a la alcaldía de Bogotá marcó un hecho relevante para la política distrital con retumbe en la política nacional. Pues, desde el 2004, se desarrollaba una coyuntura política caracterizada por un gobierno nacional en manos de la derecha, y el distrital, en manos de la centro izquierda. Esta administración tuvo como aliados sectores del gobierno nacional como Álvaro Uribe y el respaldo de los diferentes actores privados que venían en constante conflicto con las anteriores administraciones.

La administración de Peñalosa tuvo como pilar de campaña y de plan de gobierno la oposición a las políticas que se venían desarrollando en la ciudad. Con gran énfasis en áreas como movilidad y seguridad y una temprana modificación al sistema de recolección de basura implementada por la administración anterior. A nivel social desarrolla importantes reformas al sistema de salud distrital, al sistema de atención a población habitante de calle, y modificaciones en los programas sociales con un marcado énfasis en la focalización de los servicios bajo criterios socioeconómicos y retoma el SISBEN como principal criterio de selección de beneficiarios. Esta nueva administración se alejó del enfoque en perspectiva de derechos que venía consolidándose

Ahora bien, hablar de política social lleva a indagar por la asignación presupuestal y el gasto social. La Constitución Política, definió a Colombia como un Estado Social de Derecho (art. 1). Y señala que son finalidades del estado el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, el objetivo es la solución de las necesidades básicas insatisfechas de salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable (Artículo 366) (Constitución Política de Colombia, 1991) En esta misma línea se define que el gasto público tendrá prioridad sobre cualquier otro tipo de gasto.

El Estatuto Orgánico de Presupuesto (Decreto Ley 111 de 1996), define gasto público social como, “aquel cuyo objetivo es la solución de las necesidades básicas insatisfechas de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, vivienda, y las tendientes al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población, programados tanto en funcionamiento como en inversión” (Decreto Ley 111, 1996). Al ser tan ambiguo, se ha proclamado a través de distintos articulados y actos articulados otros temas como gasto público social, siendo estos el saneamiento y preservación del medio ambiente, la cultura, la recreación y el deporte entre otros.

Resulta importante señalar que el Estatuto Orgánico del presupuesto establece que el Presupuesto de Inversión Social no se podrá disminuir porcentualmente en relación con el del año anterior respecto con el gasto total de la correspondiente ley de apropiaciones. A nivel local, la expedición del Decreto 714, Estatuto de presupuesto del Distrito su Artículo 32, hace una copia del concepto del estatuto Nacional, en el que se define cuáles son los componentes del gasto público social. Para asignación de gastos las entidades territoriales dependen de las facultades otorgadas normativamente definidas por la ley 715 de 2001, en la cual vale la pena señalar que a Bogotá se le reconocen facultades de tercer orden, es decir competencias tanto del orden departamental como municipal. En la tabla 2 se presentan algunas de ellas.

Tabla 2. Competencias del Distrito en materia de Política Social

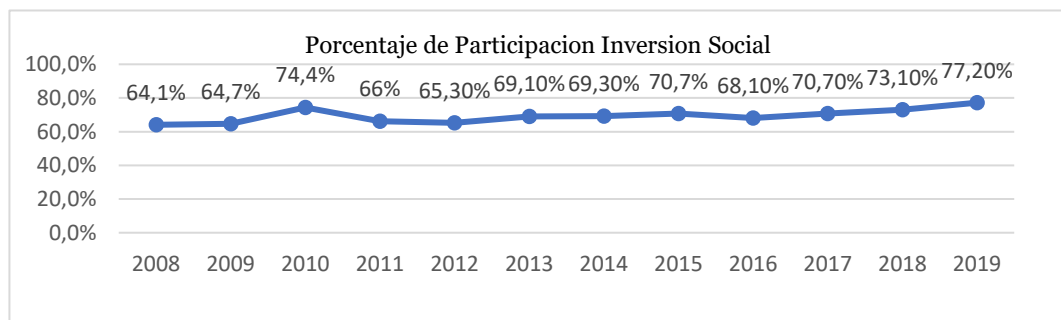
SECTOR	COMPETENCIAS
EDUCACIÓN	Dirigir, planificar y prestar el servicio. Administrar los recursos entre instituciones educativas, distribuir plantas y cargos y realizar traslados. Ejercer inspección y vigilancia de las instituciones de su jurisdicción. Participar con recursos propios en la financiación Dirigir, planificar; y prestar el servicio educativo en los niveles de preescolar, básica, media en sus distintas modalidades, en condiciones de equidad, eficiencia y calidad
SALUD	Dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema de Gestión en Seguridad Social en Salud en su jurisdicción. Formular y evaluar planes, programas y proyectos. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos para salud. Supervisar el acceso de la población a la prestación de los servicios.

SECTOR	COMPETENCIAS
	Identificar y seleccionar los beneficiarios del régimen subsidiado. Formular, ejecutar y evaluar el Plan de Atención Básico Realizar acciones de fomento de la salud, promoción y prevención Ejercer la vigilancia y el control sanitario. Preparar los planes bienales de inversiones
SERVICIOS PÚBLICOS	Planificar y orientar las políticas de desarrollo y de prestación de servicios públicos. Realizar directamente o a través de terceros su prestación, así como la ampliación, rehabilitación y mejoramiento de la infraestructura.
VIVIENDA	Participar en el Sistema Nacional de Vivienda de Interés Social. Promover y apoyar programas o proyectos de vivienda de interés social, otorgando subsidios para dicho objeto, de conformidad con los criterios de focalización nacionales, si existe disponibilidad de recursos para ello.
TRANSPORTE	Planear e identificar prioridades de infraestructura de transporte en su jurisdicción y desarrollar alternativas viables. Adelantar la construcción y la conservación de todos los componentes de la infraestructura de transporte que les corresponda, vías urbanas, suburbanas y veredales.
MEDIO AMBIENTE	Desarrollar y ejecutar programas y políticas para el mantenimiento del medio ambiente y los recursos naturales renovables. Tomar las medidas necesarias para el control, la preservación y la defensa de estos recursos en el municipio, en coordinación con las corporaciones autónomas regionales. Ejecutar obras o proyectos de descontaminación de corrientes o depósitos de agua afectados por vertimientos, así como programas de disposición, eliminación y reciclaje de residuos líquidos y sólidos, y de control a las emisiones contaminantes del aire.
DEPORTE Y RECREACIÓN	Planear y desarrollar programas y actividades que permitan fomentar la práctica del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación física en su territorio. Construir, administrar, mantener y adecuar los respectivos escenarios deportivos.
CULTURA	Fomentar el acceso, la innovación, la creación y la producción artística y cultural en el municipio. Apoyar la construcción, dotación, sostenimiento y mantenimiento de la infraestructura cultural del municipio y su apropiación creativa por parte de las comunidades; y proteger el patrimonio cultural en sus distintas expresiones y su adecuada incorporación al crecimiento económico y a los procesos de participación ciudadana.
ATENCIÓN DE GRUPOS VULNERABLES	Podrán establecer programas de apoyo integral a grupos de población vulnerable, niños, ancianos, desplazados o madres cabeza de hogar.
EMPLEO	Promover el empleo y la protección a los desempleados

Fuente: Decreto ley 715 de 2001

Ahora bien, al analizar el comportamiento del gasto público social, es evidente que éste ha permanecido constante como porcentaje de participación de presupuesto total del distrito capital como se muestra en el gráfico 7.

Gráfico 2. Porcentaje de participación sector social en el presupuesto público de Bogotá 2008 - 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de Datos del DANE 2018

En la ilustración que sigue, se encuentran las principales apuestas y la evolución en materia social y en salud de las alcaldías de Bogotá en el periodo comprendido entre 1995 a 2020

Ilustración 4. Principales apuestas Política Social Bogotá 1995 - 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de Datos de la Secretaría Distrital de Planeación

De acuerdo a la anterior ilustración, las administraciones de Bogotá pueden ser divididas en dos grandes grupos, un primer grupo de alcaldes compuesto por Antanas Mockus

(1995 - 1998) -(2001 – 2004) y Enrique Peñalosa (1998 - 2001) - (2016 - 2020).Las políticas de este grupo se encuentran a fines al desarrollo de un modelo de gobernanza orientado hacia la apertura económica, implementada a raíz de la globalización y hacia el neoliberalismo (Urrego Rogriguez et al., 2015).

Un segundo grupo, en el que se encuentran, Luis Eduardo Garzón (2004-2008) (sindicalista y líder de izquierda democrática), Samuel Moreno (2008 – destituido en 2011), Clara López (2011) y Gustavo Petro (2012-2016), cuyo proyecto político da mayor interés al desarrollo humano y al desarrollo de políticas en clave de derechos. contraponiéndose al modelo de desarrollo económico.

1.5. Generalidades Del Modelo de Salud Colombiano

Como ya se mencionó, producto de las transformaciones sociales presentes en Latinoamérica, las directrices de organismos supranacionales y la apertura económica, entre otras variables, los sistemas de salud fueron objeto de reformulaciones con marcado énfasis en ampliación de las coberturas. En este marco, se definieron criterios de acceso más flexibles, encaminados a promover el acceso a sectores no cubiertos por la seguridad social (Mesa Lago, 2007).

En Colombia el denominado Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Orbitó en una amplia gama de tensiones y contradicciones dentro de las que se destaca, a). La garantía de derechos promulgados en la constitución política y las políticas de apertura económica; b). El contexto y el contenido de las políticas nacionales y locales; c). La búsqueda de universalidad, integralidad y equidad de las políticas sociales y de salud y d). La preocupación por problemas inflacionarios y fiscales, el control de los costos laborales y de la atención de la enfermedad, y focalización del manejo de los riesgos sociales, y la privatización y empresarialización creciente de la vida social (Vega-romero et al., 2008).

Normativamente se transitó por una serie de reformas al sistema de salud, destacando que, desde la expedición de la Constitución Política, el Sistema de Salud ha sido modificado en tres oportunidades, en el año 1993 con la ley 100, en el 2007 y la más reciente en el 2011 con la ley 1438. Sin embargo, dentro de este núcleo de reformas es necesario incluir la ley 10 de 1990, en la cual se establecen los principios del Sistema Nacional de Salud, la composición y la estructura administrativa del sector, y sentó las bases para las posteriores reformas (Contraloría de Bogotá, 2017).

La ley 10 que divide los principios generales del sistema de salud y aquellos que son fundamentos del servicio público; diferencia los integrantes y los participantes del sistema; establece mecanismos de control y vigilancia; delimita el financiación y administración. En contraste la Ley 100 de 1993, tiene como característica especial que no legisla únicamente el sector salud, y se centra en el desarrollo de dos objetivos: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

En el año 2007, la Ley 1122, realiza ajustes a la ley 100 de 1993, con énfasis en mejoría de las condiciones de calidad de los servicios prestados en el sistema y la generación y

fortalecimiento de ámbitos administrativos e institucionales para la generación de sistemas de información, y la vigilancia y control en los diferentes niveles territoriales.

La última reorganización al sistema, fue hecha por la Ley 1438 de 2011, su objeto fue introducir la estrategia de Atención Primaria en Salud. Adicionalmente, incluyó otros elementos como, la constitución de Redes Integradas de Servicios de Salud, la creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y Consejos Territoriales de Seguridad Social como instancias de coordinación de la política pública; creación del Observatorio Nacional de Salud y del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; entre otros. En términos de evaluación y seguimiento, se señala la realización de una evaluación integral del sistema cada cuatro años, la definición de una política nacional de participación social, así como la desconcentración y delegación de funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.

Otro hito relevante es el refuerzo normativo al reconocimiento de la salud pública como derecho fundamental, dado por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.” Esta ley define la naturaleza y el contenido del derecho fundamental a la salud, declarando la salud como un derecho autónomo e irrenunciable, pone de manifiesto la responsabilidad del Estado en la adopción de políticas para garantizar la igualdad de trato y oportunidad en el acceso a acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para todas las personas en el territorio nacional (Art. 5 Ley Estatutaria 1751 de 2015, 2015).

En sí, el modelo implementado política y normativamente buscó adaptar la prestación de servicios en salud al libre mercado, estimulando la competencia y delimitando la responsabilidad del Estado, delegando sus funciones al sector privado. Amparado en el mercado de aseguramiento y la necesidad de prestación de servicios, realizó diversas combinaciones público – privadas (Vega-romero et al., 2008), definiendo un complejo institucional con funciones específicas para la dirección, el financiamiento, la administración y operativización de los servicios de salud (Gómez & Moreno, 2018)

La administración del sistema fue delegada a las Empresas prestadoras de salud (EPS) -luego denominadas empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB)-, quienes, administran los recursos provenientes de la contribución de los ciudadanos o del Estado; a partir de la afiliación individual, contratan la prestación de servicios de salud a las instituciones prestadoras de salud (IPS); y afilian a los individuos en dos regímenes, uno contributivo para quienes tienen capacidad de pago y otro subsidiado para quienes dependiendo su condición de pobreza reciben un subsidio parcial o total por parte del Estado. Los dos regímenes cuentan con un plan obligatorio de beneficios, denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), que hasta 2015 estuvo diferenciado, y unidades de pago por capitación diferenciados.

Las acciones de Salud Pública son abordadas desde el Plan de Atención Básica (PAB) – luego denominado Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)-, un plan diferenciado y universal, que se ejecuta bajo la administración y responsabilidad de las autoridades locales de salud. (Vega-romero et al., 2008). En materia de apropiación de la Atención Primaria de salud, los esfuerzos realizados previo a los 90, fueron limitados por la dualidad entre un modelo centrado en el mercado del aseguramiento, la garantía del

derecho e intervención en los determinantes sociales y la primacía de la implementación de la normatividad y el financiamiento aplicable.

Por tanto, en medio de la pugna, se consolidó un modelo de salud focalizado en el aseguramiento individual, controlado primordialmente por la intermediación financiera. Con una estructura altamente fragmentada, que privilegia la capacidad de pago por sobre el acceso universal. De otro modo, la existencia de planes diferenciales acrecentó la segregación en el país (Vega-romero et al., 2008). Bajo el amparo de solventar las necesidades en salud, a partir del proceso de apertura en el campo de la salud, se implementó un modelo que pretendía la articulación entre lo público y lo privado que, en últimas, terminó siendo una manera de transferir dineros estatales a empresas con ánimo de lucro.

A continuación, se muestran sintéticamente las competencias en temas de salud otorgada mediante la legislación a los entes territoriales.

Tabla 3. Competencias de los diferentes niveles de gobierno en materia de salud

COMPETENCIAS NIVEL NACIONALES	COMPETENCIAS NIVEL DEPARTAMENTAL	COMPETENCIAS NIVEL MUNICIPAL
<ul style="list-style-type: none"> • Formular políticas de salud pública, prestación de servicios, población objetivo de los subsidios y un sistema de información sobre salud. • Establecer las prioridades del Plan de Atención Básica de Salud. • Adoptar y proporcionar las vacunas para el plan de inmunización. • Proporcionar asistencia técnica a los departamentos. • Distribuir y controlar los recursos financieros. • Realizar la vigilancia nacional y el control de la salud pública y la prestación de servicios. • Proporcionar servicios de salud altamente especializados en conjunto con otras agencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar e implementar políticas de salud pública, prestación de servicios y distribución de recursos. • Formular el Plan de Atención Básica de Salud departamental. • Administrar la red de servicios de salud por regiones y prestar servicios de salud de segundo y tercer nivel. • Realizar la vigilancia departamental y el control de los servicios de salud, los problemas de salud pública y los recursos. • Proporcionar asistencia técnica a los municipios. • Otorgar registro legal a las instituciones de salud. • Implementar el sistema de información de salud. • Distribuir y controlar los recursos del Régimen Subsidiado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoptar e implementar políticas de salud pública, prestación de servicios y asignación de subsidios a la población objetivo. • Formular y cumplir el Plan de Atención Básica de Salud: programas preventivos y de promoción de la salud. • Prestar servicios de salud a la comunidad mediante instituciones de su propiedad o contratadas por el municipio. • Realizar la vigilancia y el control de la salud pública y de los servicios prestados por las organizaciones sanitarias. • Promover la creación de organizaciones comunitarias para participar y controlar la calidad de los servicios. • Implementar el sistema de información sobre salud. • Llevar a cabo la encuesta del Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios

COMPETENCIAS NIVEL NACIONALES	COMPETENCIAS NIVEL DEPARTAMENTAL	COMPETENCIAS NIVEL MUNICIPAL
		(SISBEN) y crear una base de datos de la población de acuerdo con la categoría social y económica. <ul style="list-style-type: none"> • Asignar los subsidios a la población pobre. • Contratar la prestación de servicios para la población pobre incluidos en el esquema de subsidio

Fuente: Raigosa Mejía & Molina Marín 2014

Específicamente, para el caso de Bogotá, desde 2004 se implementó un “modelo Híbrido y segmentado” que refleja intereses contrapuestos de los diferentes actores del sistema en el nivel nacional y local. En él permanece latente la tensión entre las necesidades de salud de la población, el contenido de la política económica, social y de salud en la ciudad. Refleja las contradicciones existentes a nivel nacional en la que se prioriza la intervención basada en riesgo, atención individual del procesos salud – enfermedad, desterritorialización de las acciones, una lógica de rentabilidad financiera y falta de relevancia a la APS que, ha impuesto limitaciones estructurales para el desarrollo de enfoque basados en la atención primaria en salud integral (Vega Romero et al., 2012).

No obstante, resulta imposible desconocer los avances presentados en materia de atención primaria en salud que se adelantaron desde el gobierno de Luis Eduardo Garzón, con el programa salud a su casa, que posteriormente se denominaría salud a su hogar. Este retoma la declaración de la reunión de Alma Ata⁷, que posteriormente en el 2012, fue potenciado desde el proceso de territorios saludables, en el que se avanza hacia el reconocimiento de factores multicausales que determinan el proceso de salud enfermedad, en una lógica de territorialización de la prestación de los servicios

En temas de salud, el primer grupo de alcaldes (Antanas Mockus (1995 - 1998) -(2001 – 2004) y Enrique Peñalosa (1998 - 2001) - (2016 - 2020)) propone políticas orientadas a la implementación de la reciente ley 100 de 1993, que pretendía una articulación entre lo privado y lo público para dar alcance a las necesidades de salud. En este modelo se privilegia la capacidad de pago y no el acceso universal a la salud. Las metas de estos alcaldes estuvieron alineadas al modelo de salud desarrollado en la ley 100. Resulta relevante recalcar en el 2003 los procesos de diagnósticos participativos locales y unidades territoriales, para la implementación de planes de salud (Urrego Rogriguez et al., 2015).

⁷ La conferencia de Alma Ata estipula los derroteros en EPS, desligándose de la noción de salud como tratamiento de enfermedades específicas, y acercándose más a una comprensión del complejo campo social donde se desarrolla la salud. Declarada en 1978, esperaba para el año 2000 alcanzar una atención primaria integral a través de servicios promoción y protección de la salud, la participación de las comunidades, una política en salud a cargo del Estado, de forma tal que para el milenio se esperaba un “nivel aceptable de salud para todo el mundo”. (Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, 1978)

En el segundo grupo, (Luis Eduardo Garzón (2004-2008) (sindicalista y líder de izquierda democrática), Samuel Moreno (2008 – destituido en 2011), Clara López (2011) y Gustavo Petro (2012-2016)), con una apuesta más cercana a la Atención Primaria en Salud y los principios de Alma Ata, propone como principio el derecho a la salud, con una visión del proceso de Salud – enfermedad desde la determinación y determinantes de Salud.

Garzón se articuló con el movimiento por el derecho a la salud⁸, retomó experiencias como la Estrategia promocional de Salud y Calidad de Vida de Brasil y el modelo renovado de Atención Primaria en Salud entre otros. Implementó estrategias y campañas de atención extramural a través de programas como salud en casa, dando acceso a las necesidades de las comunidades a través de procesos participativos, transformó la relación médica, paciente y salud como algo más allá del evento de enfermedad. Situación que dio un cambio hacia la noción de territorio diseñando programas en los barrios, casas, colegios, universidades, centros comunitarios (Urrego Roriguez et al., 2015). Sin embargo, con el fin de mantener la gobernabilidad y en pro de seguir los lineamientos nacionales en cuanto a política de salud no tocó los componentes de aseguramiento y prestación de servicios.

Posteriormente, Samuel Moreno (2008-2012), dio continuidad a las estrategias propuestas por Garzón. Sin embargo, tuvo intervención en el aseguramiento y la prestación de servicios de forma más decidida a través de un proyecto de gratuidad. Esta administración se enfrentó a procesos de inestabilidad política derivada de procesos legales por corrupción y prácticas clientelistas. En el campo de la salud hubo inestabilidad política, acefalía, redes clientelistas en los hospitales, el consejo y finalmente la creación su propio cartel en el manejo de la atención pre hospitalaria y de urgencias y emergencias. (Urrego Roriguez et al., 2015).

Gustavo Petro (2012-2016), bajo el argumento de hacer efectivo el goce del derecho a la salud emitió directrices para la actividad de hospitales, funcionarios y contratistas, bajo una lógica de atención primaria en salud, implementó el programa Territorios Saludables para el buen vivir. Procurando la universalización del acceso con un enfoque centrado en la intervención de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

1.6. La configuración de los problemas públicos

Un problema cualquiera, tiene el potencial de configurarse como problema público, una vez sea reconocido como tal e ingrese a la agenda pública. Este proceso depende de la representación del problema, más puntualmente la representación social y política de la situación a ser abordada. Sin embargo, este proceso no resulta ser objetivo, es el resultado del conjunto de tensiones y luchas que libran los actores sociales y políticos para imponer que la lectura hecha del problema esté lo más acorde a sus intereses y les sea beneficiosa (Roth-Deubel, 2009, p. 58).

A su vez, López define los problemas públicos como: “construcciones sociales incardinadas en un contexto concreto que, aunque se asienten en un cuerpo de

⁸ Organización civil que reunió diversos movimiento y organizaciones a nivel nacional y cuya centralidad es la lucha por ese derecho, o la incorporación de la salud a sus agendas de defensa del territorio, de una cosmogonía propia, de la diversidad sexual, y de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), como el medio ambiente, el derecho al trabajo, y la soberanía alimentaria.

evidencias arraigado en el tiempo, sólo pasan a entrar en la agenda pública una vez que tales situaciones se presentan como problemáticas” (López, 2007). Por tanto, la definición de los problemas políticos que llegan a la agenda no es una mera descripción de hechos y objetivos, sino que tiende a ser una “representación estratégica” que da relevancia a determinados problemas o asuntos y no a otros.

Roth citando a Lenoir (1989), refiere la existencia de tres fases en la construcción de los problemas, 1. Se requiere una situación que genere cambio la vida de los individuos afectado de forma diferente a los grupos sociales; 2. Esta situación genera una tensión tal, que eleva el problema privado a un problema social. Para este tránsito requiere un grupo de individuos con capacidad de liderar la vocería del problema en el escenario público; y finalmente, 3. Una vez visualizado el problema como problema social, se formula y busca ser institucionalizado (Roth-Deubel, 2009, p. 59)

Por tanto, definir un problema lleva necesariamente a identificar las causas y en este mismo sentido, definir las posibles soluciones (Roth-Deubel, 2009), a su vez, una propuesta de solución responderá a la forma en que se haya interpretado el problema (López, 2007). Así mismo, resulta natural que la representación de una problemática enfatice en algunos aspectos e invisibilice o marginalice otros. En este sentido, los hacedores de políticas o aquellos sujetos impulsores de la situación en conflicto, responderán exclusivamente a aquellos estímulos acordes a su proyecto, que sean coherentes con sus intereses. Por esta razón en la configuración y determinación de una situación considerada políticamente relevante, los valores son un elemento fundamental para comprender la forma en la que se presenta, explica o argumenta un problema público. Toda vez que, la carga valorativa que el sujeto tiene sobre los hechos resultara determinante en la elaboración de su representación (López, 2007)

Es decir, la inclusión o institucionalización de un problema en la agenda es el resultado de la controversia y conflicto entre varias interpretaciones del problema y son correspondientes a ideologías, creencias, valores de los distintos actores o grupos sociales presentantes en el escenario. Es preciso indicar que este proceso no es siempre el mismo, dado que los actores pueden tener diferentes formas, modos y recursos para posicionar los problemas. Esto hace que la agenda no sea fija en el tiempo, sino por el contrario responda al contexto y esté a la vez determina situaciones o eventos nuevos.

En conclusión, la definición de un problema es el resultado de un proceso de tensión y conflicto entre los actores presentes en la arena pública. Para posicionar la interpretación del problema y que este proceso sea el más coherente posible, se recurre a los intereses y escala valórica de los actores sociopolíticos, que interactúan en diferentes ámbitos y contextos.

Ahora bien, resulta importante resaltar que, en el estudio y análisis de los problemas públicos existe la tendencia de segmentar el proceso de la política pública en ciclos. Sin embargo, la política pública en sí es un continuo, en donde la determinación de un problema resulta imposible de separar de su implementación y viceversa (Rein & Schön, 1996). Los problemas públicos per se no orbitan en la esfera política esperando ser estudiados, están dotados de características particulares (actores, intereses, contexto), que plantean para el analista diversas posibilidad para deconstruirlo y descifrar los elementos que subyacen en su definición (López, 2007).

1.7. Análisis De Marcos Interpretativos – “Policy Frame Analysis” en el Análisis de Políticas Sociales

El análisis de políticas públicas, es concebido como el estudio de la acción estatal. Más puntualmente es una metodología de investigación social aplicada al análisis de la actividad concreta de las Autoridades públicas (Roth-Deubel, 2009). Desde una perspectiva puramente política. Rein & Schön (1996) lo definen como “identificar y analizar el juego político de los intereses y poderes que está en juego en cualquier cuestión o disputa política y explorar el terreno más esquivo de la viabilidad política”

Por tanto, analizar qué problemas públicos llegan a la agenda y cuáles no, supera el ejercicio de descripción de hechos objetivos. Por el contrario, tiende a ser una “presentación estratégica” que da mayor relevancia e importancia a unos asuntos que a otros. Cada solución o política presentada trae consigo una representación particular de lo que es el problema y sus implicaciones, que a la vez están íntimamente relacionados con el tipo y dimensiones de la “solución encontrada” (Lombardo, 2008).

Un análisis de política pública, desde la perspectiva del análisis de marcos interpretativos, permite hacer frente a las controversias en las políticas públicas. Asimismo, analizar y abordar las dinámicas de poder discursivo relacionadas con la elaboración de políticas (Verloo 2005). Identificando la lógica interna (implícita o explícita) de los marcos interpretativos y los procesos de exclusión, es decir, quiénes no tienen voz en la interpretación de dicho problema.

En los discursos se hace evidente la presencia de estructuras de valores y supuestos de las personas y que resultan aparentemente naturales, pero que subyacen en la definición de problemas, su entendimiento y el diseño de las políticas, además explican patrones de acción más o menos coherentes (Rein & Schön, 2002). A partir del análisis de marcos interpretativos se explican los marcos existentes y los conflictos propios de las controversias políticas. Con base en ellos se busca reflexionar y comprender mejor las relaciones existentes entre las premisas que no son visibles a simple vista y las conclusiones normativas (Rein & Schön, 2002).

No obstante, se requiere tener presente que la existencia de múltiples marcos de interpretación de la realidad no necesariamente indica que se encuentran en competencia o conflicto. Algunos marcos se complementan y refuerzan entre sí (López, 2007)

El análisis de marcos interpretativos ha sido empleado en Políticas Públicas especialmente en el análisis de campos en disputa, resolución y negociación de conflictos medioambientales, de género, infancia y estudios de gobernanza (Aramburu et al., 2018; Bustelo & Lombardo, 2005; Martin, 2010, 2016). Permite evidenciar que la comprensión de los marcos de política (Policy Frame) a partir de la identificación de los supuestos implícitos y explícitos, facilita la caracterización de las políticas y contribuye a explicar las resistencias y los impulsos de cambio (Martin, 2016).

Los actores políticos presentes en un marco intentarán exponer las implicaciones de la acción y fundar sus argumentos. Para ello, en su comunicación pueden emplear metáforas y éstas pueden ser las mismas que contribuyen a la creación del propio marco

(Rein, 1983). Por tanto, este tipo de análisis tiene el foco puesto en los marcos de ideas y en las prácticas discursivas institucionalizadas, identificando las imágenes o valores que orientan las políticas públicas y facilitando la identificación de cambios en el marco. Además, logra identificar aquellas posturas que resultan ser dominantes y/o en conflicto al interior del discurso empleado por los/as actores/as socio-políticos/as. Los marcos se construyen para dar sentido a diferentes situaciones y acontecimientos, atribuir culpas o causalidad, y sugerir líneas de actuación, (Rein y Schön 1993, 1994; Triandafyllidou y Fotiou 1998; Snow et al. 1986; McAdam, McCarthy y Zald 1996) citados por (María Bustelo & Lombardo, 2005).

Para ello, el analista, a) identifica los marcos bajo los que se delimitan, estructura y compiten los discursos políticos y sus patrocinadores, pues, los marcos no orbitan libremente en el terreno político, sino que cuentan con patrocinadores que lo movilizan. pueden ser actores institucionales, funcionarios, grupos de interés que lo avalan o lo desafían, y b) especifica los foros en los cuales se produce el discurso (Rein & Schön, 1996). En este proceso resulta indispensable entender que los valores son cruciales en el momento de formular lo que aceptamos como problemático. La tarea, resulta ser el descubrir lo implícito que subyace en las posturas, es decir, aquellos supuestos normativos (el deber ser) o valorativos que pasan inadvertidos pero que guían la acción y el pensamiento.(Rein, 1983)

Como ya vimos, las políticas públicas sociales son el resultado de la compleja trama y densas tensiones que involucra, entre otros, las ideologías dominantes, los valores socialmente consensuados, los conflictos de intereses, los arreglos institucionales, los conocimientos y técnicas de actuación propios a cada sector (Martin, 2013).

Las diversas representaciones que los actores políticos ofrecen de las políticas sociales y las soluciones propuestas para su abordaje, permiten identificar los marcos que determinan que, ciertos elementos se mantengan entre una administración y otra independiente de su posición o ideología política y su relevancia ante la nueva agenda política de la ciudad y el país. Resulta común que entre los actores presentes en el proceso de diseño y estructuración de las políticas públicas sociales no se llegue a un consenso real, ni sobre el diagnóstico ni tampoco sobre el pronóstico del problema. (María Bustelo & Lombardo, 2005). Por lo que, este enfoque resulta pertinente para abordar el análisis propuesto e identificar los ejes que han determinado la modificación o continuidad de los cambios de políticas sociales como un elemento primario para analizar sus consecuencias (Barbieri, 2015).

1.7.1. El Marco y sus Dimensiones Estructurantes.

Los marcos de política se originan en el discurso político. En la medida en que los actores los utilizan se puede explicar por qué los están utilizando y qué significado tiene para ellos discursivamente. En la práctica, se originan en las rutinas y las reglas que comúnmente se aplicarán en determinados contextos, sin la conciencia plena de que éstas son, de hecho, las reglas o rutinas (Verloo & Lombardo, 2007). Los marcos se identifican a partir de las pretensiones de validez y la justificación empleada en el discurso político. Por tanto, su punto de partida es una controversia concreta centrada tanto en la

reclamación de recursos como en la contienda simbólica sobre su significado (Rein & Schön, 1996).

El concepto de marco político empleado está dado por: "un principio organizador que transforma la información fragmentada o incidental en un problema estructurado y significativo, en el que se incluye implícita o explícitamente una solución" (Verloo, 2005a). Un problema de política suele incluir un diagnóstico (cuál es el problema, representado implícita o explícitamente) y un pronóstico (solución (es)) del asunto en cuestión. En otras palabras, un marco de política es una perspectiva a partir de la cual, se le da sentido a una situación amorfa, no definida y que se considera problemática, bajo la que se establecen formas y medio para actuar sobre ella. (Rein & Schön, 2002, p. 146)

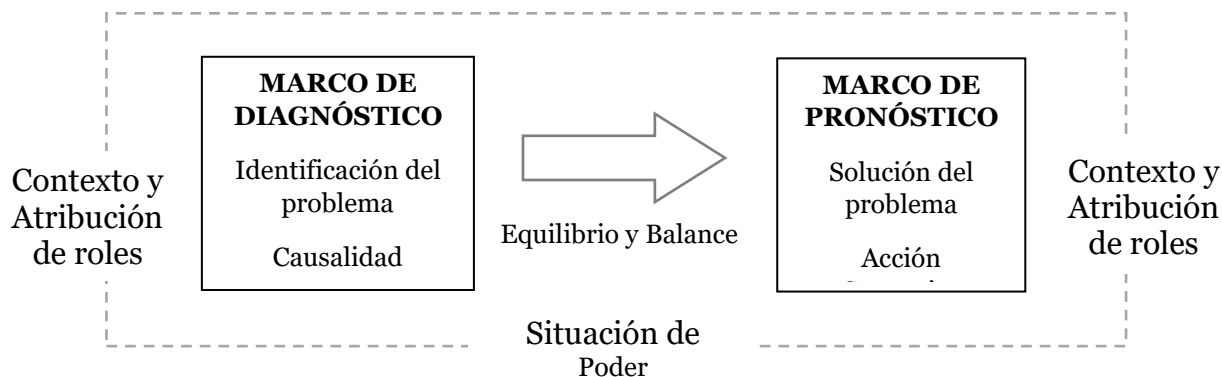
También, puede ser visto como un andamiaje, es decir, una estructura interna, con un límite que separa los fenómenos de los contextos, un esquema cognitivo / apreciativo bajo el cual se interpreta un asunto público o una historia bajo la cual se estructura y argumenta un problema y se define una prescripción o forma de actuar (Rein & Schön, 1996). Un marco se encuentra configurado por un conjunto de imágenes que, aunque diferentes, se basan en una idea común pero menos visible en el lenguaje (supuestos), dan cuenta de sus características y funciones, a la vez que delimitan y le dan coherencia (Rein & Schön, 1996) al accionar político.

En la determinación de los problemas de política se pueden hacer diferentes interpretaciones (Lombardo & Meier, 2006) implícitas o explícitas, de quiénes tienen el problema, cuáles son sus causas, quiénes son los llamados a solucionarlo y cuáles los medios a emplear; qué actores tienen voz o están excluidos a la hora de definir el problema y la solución (María Bustelo & Lombardo, 2005). Por ejemplo, de la interpretación dada a la problemática del abuso de drogas, dependerá el curso de acción, si se le asume como un problema de seguridad ciudadana su respuesta puede estar guiada a la generación de medidas más coercitivas o criminalizantes de la conducta. Pero, si es asumido como un asunto de salud pública la respuesta estará enfocada a fortalecer la instalación de puntos de salud que brinden atención médica integral.

Por tanto, en el análisis de marcos interpretativos, la definición del marco es fundamental, para ello, se parte del supuesto general que una política pública subyace en una representación implícita o explícita de un problema (diagnóstico) la cual estará íntimamente conectada a una solución que puede ser implícita o explícita (pronóstico) y a una llamada a la acción (María Bustelo & Lombardo, 2009a; María Bustelo & Lombardo, 2007; Martín et al., 2020; Rein & Schön, 1996; Rein & Schön, 2002; Verloo & Lombardo, 2007a)

Como dimensiones que estructuran los marcos de política se destaca, el diagnóstico y el pronóstico, la voz, los roles en el diagnóstico y en el pronóstico, el contexto y el balance (Verloo & Lombardo, 2007). Para su análisis se puede explorar los textos producidos por las instituciones políticas, la sociedad civil, los medios de comunicación, buscando la consideración sobre el problema, identificar la coherencia en el diseño y construcción del problema y de la solución (Lombardo, 2005), reconocer el balance o equilibrio entre diagnóstico y pronóstico y dónde está puesto el énfasis, la ausencia de alguno de ellos (Bustelo & Lombardo, 2005) y distinguir entre los marcos el predominio de uno u otro.

Ilustración 5. dimensiones estructurantes de los marcos de política



Fuente: Elaboración propia a partir de (Verloo & Lombardo, 2007)

De acuerdo al contexto y al terreno en el que se desenvuelve el problema en cuestión se considera el foro. Entendido éste como el espacio en el que se desarrolla la contienda política. Los principales foros del discurso incluyen entre otros, los medios de comunicación, los partidos políticos, la legislación, las disciplinas académicas, el discurso cívico de los ciudadanos (Rein, 1983). El discurso en un foro tiende a tener influencia en el discurso de los demás, aunque las reglas establecidas para la argumentación y pruebas del discurso son distintas, la aceptación y formas, dependerá de las características de los participantes. Permitted de esta manera cambios o reencuadres en los marcos. Más adelante se realiza un abordaje específico de este tema.

Entonces, enmarcar o framing es una forma de seleccionar, identificar, organizar, interpretar y dar sentido a una realidad generalmente conflictiva, así proveer puntos de referencia, conocer, persuadir analizar y actuar (Rein & Schön, 2002, p. 146). los puntos de vista presentes en el diseño de una política. Sin embargo, este proceso de encuadre resulta problemático, toda vez que, conduce a diferentes visiones del mundo y crea diversas realidades sociales. Cada uno de los actores en su vida cotidiana tiene marcos que les lleva a leer la realidad de forma diferente, a ver cosas diferentes y a hacer diferentes interpretaciones de la situación problemática y a apoyar o rechazar cursos de acción en relación de lo que hay que hacer y quién debe hacerlo (Rein & Schön, 2002). Los conflictos entre marcos se hacen evidentes en la práctica política cuando entran en disputa los diferentes actores sociopolíticos como defensores de marcos de acción diferentes y conflictivos (Rein & Schon, 1996).

1.7.2. Nombrar (naming), Enmarcar (Framing) y Cambios en un Marco.

El análisis de marcos interpretativos tiene su inicio con la identificación del terreno en el que se mueve el asunto en cuestión, posterior a ello se realiza la identificación de los marcos que compiten en un discurso y la especificación de los foros en los que se produce. A este proceso Rein & Schön (1996) lo han denominado el problema de "nombrar y enmarcar".

Entonces, el nombre asignado a un terreno político, resulta ser de vital importancia para el proceso de análisis, pues, la forma como se nombra un asunto problemático permite que se fije la atención en unos aspectos y no en otros (Rein y Schön, 1993). López (2007) identifica que, a partir de la forma en la que se nombra el problema se hace visible o se invisibiliza por completo los actores, dándole voz a unos y a otros no. A la vez la organización de estas cosas nombradas permite la configuración del marco (Rein & Schön, 1996), en un todo compuesto. Este proceso interdependiente de nombrar y enmarcar, constituye socialmente la situación, definiendo lo que es problemático en ella y traza los cursos de acción a seguir que mejor se ajusten a los argumentos en los que se estructura. Brinda coherencia, rutas de acción y la base para la persuasión. En materia de análisis genera las bases para la recogida y el análisis de los datos (Rein & Schön, 1996).

Ahora bien, como se ha desarrollado hasta el momento, los marcos no resultan ser estáticos, se mueven o cambian de conformidad a lo ocurrido en su contexto o en los foros en los que se ponga a prueba. López (2011, p. 16) señala en cuanto a los cambios de marco que:

“pueden suceder por múltiples motivos: cambios en la forma de “enmarcar” el problema en niveles superiores de gobierno, la necesidad de renovar la imagen de un líder o partido político, la presión de la opinión pública, la fuerza movilizadora de una figura carismática o la capacidad de colectivos sociales de introducir y diseminar nuevos discursos y prácticas”

Entonces, hace énfasis en el dinamismo que tienen los marcos y lo relevante que resulta su estudio a la hora de identificar cambios de en la línea del tiempo de un problema público. Un cambio de marco es producido con frecuencia por un cambio en la manera en que es nombrado el problema, el cambio en los argumentos empleados para dar significado al asunto o a la necesidad de introducir nuevos matices a la situación en estudio.

A este proceso de cambio se le ha denominado reencuadre (re framing). Éste se puede presentar en el ámbito exógeno, en donde los acontecimientos proporcionan nuevas posibilidades o ventanas de oportunidad o en el ámbito endógeno, en donde se requerirá de cooperación y reflexión (Rein & Schön, 1996). No obstante, es posible tener un reencuadre sin controversia y una controversia sin reencuadre, es decir, una política pública puede cambiar sin que se produzca una elección de marco distinto. Asimismo, resulta viable debatir la elección del marco y cambiar su retórica, sin que ello represente cambio en la política. (Rein & Schon, 1996).

También es posible que una postura se ancle a un marco dominante en la búsqueda de ganar legitimidad, facilitando así llevar a cabo una línea de acción, aun cuando los intereses que la subyacen sean distintos a las premisas desarrolladas en el marco. Esta situación da cabida a discrepancias entre lo que se dice y está escrito y en realidad lo que se quiere decir y que está guiando los cursos de acción. Pues de esto se trata el entramado político, en el que los actores entran al “juego” ocultando las verdades razones y narrativas que subyacen en su postura (Maria Bustelo & Lombardo, 2009b).

López (2011, p. 16), señala cuatro situaciones que se pueden presentar en los cambios de marcos a). cambio en la manera de nombrar el problema, b) el lenguaje puede ser empleado estratégicamente para crear una “fantasía de cambio”, así el cambio en la forma de nombrar las cosas no necesariamente cambia el marco; c). el mismo marco puede ser llamado de diferentes maneras; d) el proceso de cambio o re - enmarcado se puede dar aun cuando no cambia la forma en la que se cambie la forma de nombrar el problema.

II. METODOLOGÍA

2.1. Problema y Pregunta de Investigación

La respuesta brindada por el Estado ante la presencia de problemas sociales, puede estar mediada por multiplicidad de variables, precepciones y creencias existentes respecto a la configuración, causa y consecuencia de los mismos (Roth-Deubel, 2009). En la definición de los problemas públicos pueden surgir diferentes interpretaciones del diagnóstico y del pronóstico del tema en cuestión (Lombardo, 2005) que se verán materializados a partir de la definición de líneas de acción y formulación de políticas, planes, programas o proyectos.

Dada su envergadura y costos ante el cambio de un gobierno resulta común que sea aplicada una lógica incrementalista en las políticas públicas. No obstante, pueden presentarse variaciones en el enfoque, abordaje y priorización (Vargas Velasquez, 1999), en especial cuando cambia el signo político.

En la ciudad de Bogotá D.C, en el periodo comprendido entre el 2012 al 2020, fueron elegidos en la alcaldía de Bogotá, dos gobiernos con diferentes orientaciones políticas. Esta situación trajo consigo un cambio en los argumentos y supuestos estructurantes de los problemas sociales a los que se enfrenta la ciudad. Los temas que suscitaron más controversia fueron, el transporte, política social, uso del suelo y esquema para el manejo de las basuras, la orientación de las políticas sociales, entre otros (Eaton, 2020). Por ello, ante las controversias surge como pregunta de investigación: ¿El cambio de alcalde y de signo político de este supone un cambio de políticas?

Para su abordaje se propuso el uso del Análisis de los Marcos Interpretativos de política o “Policy Frame Analysis”, pues resultó ser la perspectiva más favorable para el tratamiento y abordaje de las controversias presentes en la política social en la ciudad de Bogotá y dar respuesta a la pregunta. Dado que este método permite identificar los marcos de interpretación bajo los que se constituyen los aspectos de política pública.

Especialmente porque esta metodología permite, revelar y estudiar en los documentos de política, las diferentes representaciones que los actores socio políticos emplean para argumentar los problemas y sus soluciones, (Verloo & Lombardo, 2007a). Así mismo, el análisis de los marcos de interpretación pone en evidencia los discursos que con mayor o menor frecuencia aparecen en la arena política y la forma en la que se articulan o controvierten posicionándose o desvirtuando la acción pública, relacionando además, los actores sociopolíticos presentes que los impulsan o invalidan (Lombardo, 2008).

El presente análisis de Marcos interpretativos estuvo dirigido especialmente a la identificación de los marcos de diagnóstico del problema y los marcos de solución propuestos, ante las problemáticas de salud de la ciudad de Bogotá en el período 2012 – 2020. Tomando como base los prejuicios presentes. Se estructuró los marcos dominantes y en conflicto presentes en los textos de política (María Bustelo & Lombardo, 2007; Bacchi, 2005), finalmente se identificó si trazaban condiciones de continuidad o cambio de las políticas sociales en salud. Como elemento preponderante se pretendió relacionar la autonomía de los alcaldes de la ciudad de Bogotá y la posibilidad para la formulación de políticas públicas que den respuesta a las necesidades particulares de la ciudad.

De manera transversal se identificó de manera comparativa la orientación predominante de las iniciativas promovidas en atención a los problemas identificados, el rol atribuido al Estado y sus instituciones gubernamentales y los efectos que las modificaciones de estas políticas y enfoques producen en la población.

La temática en estudio es relevante toda vez que, si bien ha sido abordada desde perspectivas económicas vinculándola a los conflictos o el impacto del enfoque de derechos (Eaton, 2020; Corredor, 2009) o desde estudios de trayectoria en programas puntuales abordando temas como la política de cuidado, las continuidades en la política de habitabilidad de calle en un periodo determinado, el análisis de la implementación de recomendaciones de comedores de la SDIS, o la puesta en marcha de la Política Pública de Infancia y Adolescencia (Sepúlveda, 2017; Torres, 2018; Jaramillo & Forero, 2015; Roza & Vargas, 2018), sin que, hasta donde se sabe, se haya estudiado el cambio en el abordaje de las políticas públicas sociales, sus principios rectores y el impacto que pueden tener en la respuesta a las demandas y necesidades de los ciudadanos.

Por lo tanto, esta investigación tuvo como finalidad aportar en la comprensión de las políticas sociales analizando cómo se diferencia el abordaje de las políticas sociales de dos gobiernos locales con distinta posición política en la ciudad de Bogotá en el periodo del 2012 al 2020. Ello para establecer cuánto impacta el cambio de gobierno en el cambio de políticas y qué efectos tiene en la implementación de las políticas de salud.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo general

Analizar los cambios o continuidades en la orientación de la política social en salud de la ciudad de Bogotá D.C, tras el cambio de gobierno en el periodo 2012 a 2020, empleando para ello el análisis de los marcos interpretativos.

2.2.2. Objetivos específicos

- Identificar y analizar los marcos interpretativos de diagnóstico y pronóstico de políticas sociales en salud en la ciudad de Bogotá en el periodo 2012 a 2020.
- Identificar los marcos interpretativos dominantes y en conflicto presentes en los textos de política relativas a las políticas públicas sociales en salud en Bogotá entre 2012 a 2020.

- Analizar la presencia de situaciones que impulsan u obstaculizan el cambio en los marcos de política pública social en salud en Bogotá entre 2012 a 2020.

2.3. Descripción Metodológica

Para el análisis propuesto, se tomó como base las dimensiones simbólicas implícitas o explícitas y los marcos bajo las que se estructuran los argumentos de los tomadores de decisiones presentes en los documentos de política elaborados en los periodos de gobierno comprendido entre el 2012 al 2020, haciendo énfasis en las políticas de salud.

Se optó por un enfoque de investigación cualitativo, dado que para el estudio se emplean datos cualitativos, a fin de dar respuesta a la pregunta de investigación (Sampieri 2006) procurando la descripción del fenómeno cómo es y cómo se manifiesta. Adicionalmente, el análisis de los marcos interpretativos emplea un enfoque cualitativo, en donde a través del análisis de textos específicos de política, se identifican las palabras y frases que son empleadas, y se estructuran categorías a partir de las cuales se organizan las ideas para imprimirle mayor coherencia a las posturas políticas (Verloo, 2007).

El tipo de estudio es descriptivo y exploratorio. Es descriptivo, porque busca indagar las concepciones presentes en la formulación de políticas sociales o si existe o no un cambio en las políticas implementadas en el ámbito local, tras el cambio de alcalde. Se tiene en cuenta el periodo comprendido entre los años 2012 – 2020 en la ciudad de Bogotá Colombia dada la controversia y conflictividad presente en este periodo. Es exploratorio, porque si bien el tema de las políticas sociales ha sido abordado desde diferentes miradas, no existen investigaciones previas que aborden la situación problemática a partir del análisis de los marcos interpretativos explícitos o implícitos que subyacen en el proceso de formulación de la política social en la ciudad.

La unidad de análisis se encuentra dada por los marcos de interpretación que los tomadores de decisiones hacen de las políticas públicas sociales en salud. Para ello se emplearon documentos institucionales y normativos, como aproximación a las interpretaciones que se hacen de la temática. Así mismo, se emplearon otras fuentes como notas periodísticas, con el fin de identificar controversias o demás interpretaciones existentes.

Un marco interpretativo hace referencia al conjunto ordenado de supuestos, imágenes, visiones subjetivas o intersubjetivas, que los decisores de políticas construyen y a partir de los cuales argumentan y se brindan orientaciones de políticas, comprendiendo la identificación del problema, sus causas, las acciones propuestas para su intervención y la definición de los beneficiarios.

A partir del análisis de los marcos interpretativos se puede demostrar cómo los argumentos, prejuicios e ideas pueden llevar al diseño de las políticas públicas. La comparación sistemática y analítica de los discursos presentes en el diseño de las políticas es una herramienta valiosa para comprender la dinámica que existe en el desarrollo y elaboración de las políticas. (Van Der Haar & Verloo, 2016)

Los marcos fueron contruidos por medio de un análisis de contenido de los textos y discursos, identificando las formas en que las personas y actores sociopolíticos se enfrentan y emplean los argumentos y premisas propuestas, revelando así los conflictos intra o inter marcos (Rein & Schön, 2002).

2.4. Selección de la muestra

Para esta investigación los documentos seleccionados para el análisis de marcos, corresponden a documentos de política, programas de gobierno de los partidos presentes en las contiendas electorales, textos legislativo y artículos de prensa que enmarquen debates presentes en el periodo de estudio.

La definición de la muestra es teórica e intencionada. A partir de las características del problema abordado, se adoptaron criterios relacionados con características de los documentos, que se encuentran registrados en la Tabla 3 y que fueron tenidos en cuenta a la hora de seleccionar los documentos a analizar.

Tabla 4. Criterios de Selección de Muestra

TIPO DE DOCUMENTO	CRITERIOS	CRITERIO DE SELECCIÓN	CANTIDAD DE DOCUMENTOS
Discurso	Posesión	Fecha de publicación año 2012	1
		Fecha de publicación año 2016	1
Programas de Gobierno Candidaturas Electorales	Plan de Gobierno Inscrito por el candidato a la alcaldía de Bogotá.	Fecha de publicación año 2011	10
		Fecha de publicación año 2015	9
Plan de Gobierno/ proyecto de Plan de Gobierno.	Bases para el debate de plan de desarrollo presentado por el candidato que resultó electo	Fecha de publicación año 2012	4
		Fecha de publicación año 2016	5
Documentos Institucionales de Política Pública	Fecha publicación	Publicado año 2012 – 2019	32
	Autor	Alcaldía de Bogotá Concejo de Bogotá Alcalde	
	Tema	Política social en salud	
Documentos Legales	Fecha expedición	Periodo comprendido entre el 2012 al 2019	4
	Autor	Concejo de Bogotá Secretaria de Salud de Bogotá Alcaldía de Bogotá	
	Tema	Política social en salud	
Actas Sucintas Debates Concejo de Bogotá	Fecha de elaboración	2012 - 2016	11
	Tema	Discusión Plan distrital de Desarrollo	
Notas Periodísticas	Fecha de Publicación	Periodo comprendido entre el 2012 al 2019	16

	Tema	Política de salud del distrito de Bogotá / entrevista a secretario de salud	
TOTAL			93

Fuente: Elaboración Propia

2.5. Procesamiento de datos e información y plan de análisis

En el análisis de los datos recolectados en el proceso investigativo, se depuraron las categorías que aparecían en los textos seleccionados. Como método para el procesamiento de los datos se empleó el análisis de Marcos Interpretativos de la Política social en salud en Bogotá. El análisis de marcos interpretativos, fue útil para abordar los objetivos propuestos toda vez que permite identificar y analizar los diferentes significados y formas bajo las cuales se percibe un problema, así como los prejuicios y concepciones que subyacen en la promulgación de leyes y discursos políticos. (María Bustelo & Lombardo, 2005)

Para el análisis se empleó la identificación de variables emergentes alrededor de la definición de la política social en salud. Para ello se analizaron documentos institucionales, planes de gobierno de candidatos a la alcaldía, en los dos periodos analizados, planes de gobierno de los candidatos electos, planes de desarrollo con énfasis en los objetivos, estrategias y resultados esperados de los programas propuestos, revisión de normas y leyes y revisión de fuentes periodísticas relacionados con las políticas sociales en salud en la ciudad de Bogotá D.C. La inclusión de los documentos que dan cuenta del proceso de implementación de política social se sometió al cumplimiento de los criterios descritos en la tabla 4.

Siguiendo a Bustelo & Lombardo (2005) y con el fin de realizar el análisis de las variables y categorías y para estructurar los marcos de interpretación de políticas sociales, los documentos fueron analizados empleando el análisis de contenido, para ello y a modo de indicadores de las diferentes dimensiones constitutivas del concepto, se emplearon preguntas guía (*Sensitive Questions*) propuestas por María Bustelo & Lombardo (2005), que se relacionan a continuación:

Tabla 5. Preguntas Guía para el análisis de los Textos

DIMENSIÓN	PREGUNTA PARA EL ANÁLISIS DEL TEXTO
Definición de las políticas sociales	¿Cómo está definida la política social en salud en Bogotá?
	¿Qué problemas pretende resolver la política social en salud?
	¿Qué explicación es dada a los problemas identificados?
Diagnóstico de la política social	¿Cuáles son las causas de los problemas que pretende abordar la política social?
	¿Cuáles son los efectos que produce el problema identificado?
	¿Cómo la definición de las políticas sociales responde a los problemas identificados?
	¿Qué mecanismos son empleados para resolver los problemas?

	<p>¿Quiénes son los responsables de los problemas identificados?</p> <p>¿Sobre quiénes están direccionadas las políticas sociales?</p>
Pronostico	<p>¿Cuál es el problema al que busca resolver/abordar las políticas sociales?</p> <p>¿Cuáles son las acciones propuestas para resolver las situaciones identificadas?</p> <p>¿Quiénes están involucrados en la aplicación de las políticas sociales?</p> <p>¿Sobre quiénes debe aplicarse la política social?</p>
Receptores de política social	<p>¿Cuál es la definición de los receptores de las políticas sociales en Bogotá?</p> <p>¿Cómo se presentan y en que se definen los receptores de las políticas sociales en Bogotá?</p> <p>¿Se prioriza algún grupo en particular?</p>

Fuente: Elaboración Propia con base en (María Bustelo & Lombardo, 2005).

Para la codificación y análisis de las variables emergentes en los textos seleccionados y posterior identificación de marcos de política, se empleó técnicas basadas en el análisis de contenido, dado que permite la identificación de estructuras de sentido o unidades de sentido dentro de un texto. Busca patrones y relaciones asociadas a las visiones e interpretaciones de la realidad de los actores y de los procesos de negociación que se ponen en juego en las apuestas públicas.

Para la identificación de marcos de diagnóstico y pronóstico que se encuentran explícita o implícitamente en los textos políticos producidos en la ciudad de Bogotá, como ya se mencionó anteriormente, se identificó la dominancia, debilidad, ausencia y grado de coherencia en los mismos. Lo anterior para entender el entramado de política y visibilizar los marcos dominantes de diagnóstico y pronóstico, informando de la dominancia/debilidad/ausencia, y de la (in)coherencia de los mismos.

Esto ayudó a entender cómo se formulan las políticas dirigidas a solucionar el problema y mejorar dicha formulación para solucionar el problema de manera más efectiva (Lombardo, 2008). Se empleó para ello la organización de la información en tablas acordes con el siguiente análisis de los marcos.

Tabla 6. Esquema análisis Marco Interpretativo

Análisis de Marcos Interpretativos		
Marco de Diagnóstico		Marco de Pronóstico
Marco Dominante	Marco Débil	Marco en Conflicto
Coherencia		
Contexto	Balance	Voz

Fuente: elaboración propia a partir de (Verloo & Lombardo, 2007)

A continuación, se presenta la operacionalización de las variables extraídas de los objetivos de la investigación:

Tabla 7. Operacionalización de Objetivos

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Analizar los cambios o continuidades en la orientación de la política social en salud de la ciudad de Bogotá D.C, tras el cambio de gobierno en el periodo 2012 a 2020, empleando para ello el análisis de los marcos interpretativos	Identificar y analizar los marcos interpretativos de diagnóstico y pronóstico de políticas sociales en salud en la ciudad de Bogotá en el periodo 2012 a 2020.	Marcos de Diagnóstico	Identificación del problema Causalidad Prejuicios Contexto
		Marcos de Pronóstico	Solución del problema Acción Correctiva Responsabilidades
	Identificar los marcos interpretativos dominantes y en conflicto presentes en los textos de política relativas a las políticas públicas sociales en salud en Bogotá entre 2012 a 2020.	Marcos Dominantes	Situación de poder Voz Lenguaje y discurso
		Marcos en Conflicto	Visiones Equilibrios o balance
	Analizar la presencia de situaciones que impulsan u obstaculizan el cambio en los marcos de política pública social en salud en Bogotá entre 2012 a 2020.	Cambio en los marcos	Nombrado Fantasía de cambio Significado de los Conceptos

Fuente: Elaboración propia siguiendo (María Bustelo & Lombardo, 2005)

III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó el análisis de noventa y tres (93) documentos de política, relacionados con la Política de Salud Pública de Bogotá D.C, en el periodo comprendido entre 2012 y 2020. Estos documentos fueron estudiados bajo la técnica de análisis de contenido cualitativo. En esta política el problema central se encuentra dado por la generación de mecanismos para la atención del estado de Salud - Enfermedad de la población de la ciudad. Sin embargo, los distintos argumentos e ideas respecto a ello determinan la forma como se entiende el problema y como se plantea una solución.

Desde el análisis de marcos interpretativos, se identificaron dos marcos presentes en la forma como es nombrado el problema y las rutas de acción trazadas para su solución, presentes en los discursos de los actores sociopolíticos, tomadores de decisiones de la política pública. Para el análisis se empleó las categorías y subcategorías definidas en la operacionalización de objetivos (Tabla 7).

Se identificaron dos marcos interpretativos en la política pública de Salud en Bogotá para el periodo comprendido entre 2012 – 2020. Entre los que se identifica un marco dominante nombrado “Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas”. En él, la política se encuentra enrutada hacia una concepción biomédica del proceso de salud enfermedad que requiere ser remediada en un espacio

institucional (centro de salud de distintos grados de complejidad), con adecuado proceso de gestión del riesgo de enfermarse. Para su efectiva aplicación se requiere recuperar la administración de inadecuadas prácticas a partir de la reorganización del modelo de salud y la aplicación de prácticas gerenciales.

Y un marco secundario denominado “Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud” cuyo énfasis se encuentra dado por la comprensión del proceso Salud enfermedad, como un asunto de interés social, en el que lo biológico es determinado por distintos factores sociales. Por ello su foco se centra en la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud y el accionar sobre los más pobres y vulnerables, históricamente excluidos por factores principalmente económicos. Busca reducir las barreras de acceso al sistema de salud a partir de la unificación de regímenes y la priorización de intervención en el territorio y espacios alternos en los que se desarrolla la vida cotidiana. Contempla la participación social como pilar clave en el proceso de prevención de la enfermedad y la exigibilidad jurídica, política y social del derecho fundamental a la salud.

A continuación, se describe a detalle cada uno de los marcos interpretativos. Inicialmente se presenta una descripción general de la situación encontrada. La descripción es acompañada de un cuadro de síntesis y un análisis descriptivo de cada uno de los elementos encontrados en el marco. En primer lugar, se presentan las categorías de diagnóstico, seguidas de las categorías de pronóstico. Posteriormente se identifica el equilibrio entre diagnóstico y pronóstico y finalmente se estructuran los conflictos entre marcos de interpretación bajo los cuales se enmarcan las políticas públicas en salud y que dan cuenta de procesos de cambio o continuidad.

3.1. Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas

Este marco interpretativo se encuentra focalizado en la gestión del proceso Salud/enfermedad bajo un esquema de aseguramiento con un enfoque curativo – remedial. Para ello, pone en el centro de acción el desarrollo de infraestructura a partir de alianzas público – privadas (APP), privilegia la intervención de entidades privadas o la administración de entidades públicas bajo figuras como la concesión, intervención mixta o la adopción de medidas gerenciales, que permitan el accionar más eficiente de las políticas en salud en el distrito.

Así mismo, fortalece el desarrollo de tecnología para la atención de las enfermedades y la generación de herramientas informáticas y desarrollo de sistemas de información digital (historia clínica, módulos de asignación de citas, estudios epidemiológicos y de morbimortalidad) del proceso de salud – enfermedad.

En general, este marco se encuentra alineado a las directrices nacionales, problematiza la falta de eficiencia y calidad de los servicios prestados y el desfinanciamiento de las instituciones prestadoras de salud IPS. Las fallas del sistema se derivan de inadecuados procesos de gestión, malos manejos y corrupción al interior de las entidades públicas. Por tanto, se encuentra centrado en la recuperación de la legitimidad y confianza de la ciudadanía. La ruta de acción hace énfasis en el desarrollo de indicadores de gestión,

evaluación por resultados y el seguimiento a las metas financieras, situación propiciada a través de auditorías, sistemas de acreditación o apadrinamiento de entidades privadas.

Las acciones de prevención y promoción de la salud se institucionalizan y se observan escasas acciones de salud pública y desarrollo de acciones colectivas en salud que tengan en cuenta los determinantes sociales y acciones en otros ámbitos como el colegio, los espacios laborales, los hogares etc. La intervención en salud se encuentra focalizada en las poblaciones más vulnerables y que “verdaderamente lo necesitan”, buscando la atención prioritaria a la pobreza extrema, pobreza monetaria y grupos especiales de la población (personas con discapacidad, comunidades étnicas – comunidades afro, indígenas. Room -, población víctima de violencia, población migrante).

El sector privado, la academia y ciudadanos son los llamados a intervenir en las problemáticas identificadas.

3.1.1. Categorías de Diagnóstico Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas

Las categorías de diagnóstico hacen referencia a los problemas identificados y su causalidad, las cuales se encuentran implícita o explícitamente en los textos analizados siguiendo la pauta de preguntas guía. A continuación, se describen en detalle las situaciones de los eventos considerados como problemáticos. Asimismo, se realiza la descripción de la causalidad asociada a cada uno de los problemas identificados.

Para este marco se establecen tres nociones de problema: 1) Acceso y Calidad en los Servicios de Salud en la Ciudad, 2) Fallas en la Transparencia y Sostenibilidad en el sector salud y 3) problemas de Gobernanza.

Tabla 8. Resumen de noción de problemas identificados en el Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas

Noción del Problema	Dimensión Simbólica
No Acceso y calidad en los servicios de salud en la ciudad.	Inadecuada gerencia y direccionamiento del modelo de salud en Bogotá.
Fallas en la transparencia y Sostenibilidad en el sector salud.	Grave crisis financiera en las entidades públicas - Inadecuada gestión en servicios de salud.
Problemas de gobernanza.	Grave Crisis De Legitimidad Prácticas de corrupción, clientelismo, pérdida de credibilidad en los gobernantes.

1. No Acceso y Calidad en los Servicios de Salud en la Ciudad.

Este problema orbita en la ineficiencia de los servicios de salud en la ciudad. Señala que la implementación de modelos de salud no resolutivos, de baja calidad y no oportunos, han sobrecargado los servicios de urgencias, son demasiado costosos y no resuelven las necesidades de la población. Existe un contraste entre el incremento del presupuesto asignado y la crisis de la salud en el Distrito Capital, hecho que da cuenta de una inadecuada administración de los servicios a cargo del gobierno local, bajo el argumento de la responsabilidad de la nación dada la inoperancia de la ley 100 de 1993. Así mismo,

reconoce la existencia de barreras para el acceso a los servicios de salud. En materia de talento humano argumenta que existe exceso de personal no calificado que genera sobre costos y no permite la atención integral y de calidad de la salud.

Aunque reconoce iniciativas previas, deja explícito la dificultad para ser articuladas, desarrolladas o aplicadas de manera correcta. Esta situación de ineficiencia e inoperancia ha significado un atraso en las acciones para superar el “estado de postración” en los diferentes aspectos en la ciudad.

“Equipo por Bogotá no va a permitir que adultos mayores, mujeres cabeza de hogar, niños y niñas y los ciudadanos en general, tengan que seguir haciendo extensas colas desde la madrugada para obtener una cita médica o una atención de urgencias”. (Plan de Gobierno, equipo por Bogotá, p 36)

Tabla 9. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “ineficiencia de los servicios de salud”

Noción del Problema	Dimensión Simbólica
No acceso y calidad en los servicios de salud en la ciudad.	Inadecuada gerencia y direccionamiento del modelo de salud en Bogotá.
Noción de Causalidad	
Fallas gerenciales en la prestación de servicios de salud que conduce a baja calidad y oportunidad.	Ausencia de visión gerencial en la gestión del sector.
No gestión de Riesgos en Salud	Pobre eficacia y eficiencia
Servicios de salud fragmentados y con pobre capacidad resolutive	Desorganización en la prestación del servicio
Existencia de barreras de acceso a los servicios de salud	Limitación al acceso de servicios de salud.
Concentración de oferta de servicios en unos sectores de la ciudad	Cifras diferenciadas por localidades

Causalidad 1: Fallas Gerenciales en la Prestación de Servicios de Salud, que conduce a Baja Calidad y Oportunidad.

El problema de la salud en el distrito se encuentra determinado por la inadecuada gestión de gobiernos opositores a la ley 100 de 1993. Una característica principal es la despreocupación por los gastos, sin tener en cuenta la eficacia en los servicios. Se han concentrado en culpar a la ley 100 de los problemas, sin esforzarse en disminuir costos en la operación. Por el contrario, se ha incurrido en exceso de contratación de personal, que en muchos casos no está calificado, hecho que explica la pobre resolutive de los servicios y la dificultad en el acceso.

La no oportunidad de las atenciones solicitadas, desencadena en largas filas de personas vulnerables, que acuden desde la madrugada, para la asignación de citas o entrega de medicamentos, y en el colapso de los servicios de urgencias. Estos últimos, sin capacidad de atención, no solo por la no intervención a tiempo de situaciones de salud de las personas, sino por el desorden a la hora de administrar las ambulancias.

“(...) (el) programa "Territorios saludables", que creó la anterior administración y que esta terminó. (...) "era un programa costoso, ineficiente, en el que se gastaba más de mil millones de pesos diarios y a pesar de todo, se le murieron (a Petro) 13 niños por desnutrición⁹”, (El espectador dic. 2019).

El problema recae en los directores de los hospitales, quienes no cuentan con visión de negocio, conllevando así a generar distracciones al momento de planear y organizar la prestación de los servicios. Negociar y comprar medicamentos e insumos son acciones no correspondientes a los gerentes de hospitales de la red pública.

“(...) “Señores directores de hospitales, encárguense de lo que ustedes saben hacer: la salud. El negocio lo manejaremos en otra parte”. Esta es su forma de explicar cómo pretende que buena parte de las funciones administrativas, como las negociaciones con proveedores para comprar medicamentos, ocurran fuera de los centros asistenciales, pues en éstos debe primar la atención en salud” (El Espectador marzo de 2016).

Causalidad 2: No gestión de Riesgos en Salud.

El perfil epidemiológico de Bogotá se caracteriza por la presencia de enfermedades crónicas, infecciosas y eventos relacionados con salud sexual y reproductiva, con mayor prevalencia en edades entre los 27 y 59 años. Junto con la transición demográfica ocurre un cambio de incidencia de enfermedades transmisibles por la prevalencia de enfermedades no transmisibles. Situación que genera un alto gasto laboral y familiar para la ciudad, teniendo en cuenta la edad de la población.

Esta modificación del perfil epidemiológico de la ciudad, pone en evidencia que para el grupo de enfermedades crónicas existen otras dificultades asociadas a la ineficiencia y falta de oportunidad de los servicios de salud, la falta de gestión adecuada de los riesgos de enfermar y morir, pudiendo así hacer frente al cambio demográfico.

“La problemática más frecuente, en el grupo de enfermedades crónicas, es el desconocimiento de los signos de alarma, la falta de controles periódicos, las barreras de acceso a servicios de salud, la demora en el diagnóstico y el tratamiento, en particular asociadas a situaciones como la negación de servicios o los inconvenientes relacionados con inoportunidad en las citas médicas o inconsistencias en las bases de datos, lo mismo que con problemas para entrega de medicamentos POS y no POS y demoras y negación de servicios no POS. También lo es el personal de salud no capacitado”. (Plan Territorial de Salud 2016, p.119)

Causalidad 3: Servicios de Salud Fragmentados y con Pobre Capacidad Resolutiva.

En concordancia con lo definido por organismos internacionales como la OPS y la OMS se encuentra que, el modelo de salud aplicado en la Ciudad de Bogotá se encuentra

⁹ Redacción Bogotá. 21 de diciembre de 2019. Luis Gonzalo Morales, el secretario youtuber de Bogotá. *El Espectador*. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/luis-gonzalo-morales-el-secretario-youtuber-de-bogota/>

fragmentado y sin coordinación entre las entidades competentes. Ello trae consigo duplicidad de los servicios e ineficiencia dado que los servicios ofertados en el plan de intervenciones colectivas y el plan obligatorio de salud llegan a la población de manera fraccionada y con frecuencia inoportuna, con pérdida de continuidad en la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de la población. Así mismo, es frecuente ver capacidad instalada ociosa o sobresaturada, servicios no resolutivos y competencia desleal entre prestadores públicos.

“(...) causas (...) la dispersión y desarticulación de la red de prestadores de servicios. (...) tienen efectos en el componente financiero del sector por los elevados costos que se generan y el pobre impacto en salud a causa de la duplicidad de acciones. Además, se reconocen otras situaciones asociadas, tales como la fragmentación de la atención y las deficiencias en la calidad de la misma”. (Proyecto plan de Desarrollo Bogotá mejor para Todos, p, 132), (Plan Territorial de Salud 2016 P.106)

Causalidad 4 Existencia de Barreras de Acceso a los Servicios de Salud.

La existencia del aseguramiento, no es suficiente para la garantía de la prestación de los servicios de salud dado que existen barreras de tipo administrativo, económico, cultural y geográfico. Estas barreras se hacen evidentes en la sobreutilización de la red de atención hospitalaria de tercer nivel, inoportunidad de citas médicas con especialistas y la congestión de los servicios de urgencias, demostrando la ineficiencia de los servicios de salud.

“La metáfora actual se asimila a un bus articulado de Transmilenio, cuyo interior es fiel reflejo de la diversidad poblacional y de la cotidianidad; para acceder al servicio de transporte, la población debe contar con la tarjeta de pago que adquiere previamente, la cual le asegura la prestación del servicio, más no la calidad del mismo. Esto es lo que ocurre en la prestación de servicios de salud, mediada por el aseguramiento, la cual se constituye en una condición indispensable para acceder a la atención, más no la garantía de la calidad de la misma. En este bus se reflejan los diferenciales presentes en las localidades de la ciudad y en las coberturas y acceso a los servicios.” (Plan Territorial de Salud 2016, p.74)

Sin embargo, en este marco se asocia las barreras de acceso principalmente a dos situaciones particulares, por un lado, la fractura, la dispersión y la desarticulación en el esquema de prestación de servicios, y por otro, la poca resolutivez en los servicios de atención primaria. Estas dos situaciones en conjunto se vinculan a la ineficiencia económica del servicio y el pobre impacto en los resultados esperados.

Causalidad 5: Concentración de Oferta de Servicios en unos Sectores de la Ciudad.

Otra de las causas de la ineficiencia de salud se encuentra dada por la presencia institucional de los servicios de salud privados concentrados en el nororiente de la ciudad y su escasez en el sur y occidente. Situación que no solo genera insatisfacción de los usuarios sino concentración de casos de salud y presencia de barreras y desarticulación de los servicios, incrementa el tiempo de espera y satura los servicios. Esta situación se

encuentra alineada con el que el 60% de la capacidad instalada de los servicios de salud de la red pública se encuentren concentrados en estas zonas de la ciudad.

“En cuanto a los eventos prevenibles por vacuna (...) La presencia de estos eventos se puede relacionar con la baja oferta de la red privada en localidades como Usme, Ciudad Bolívar, Bosa, y de deficiencia en las acciones de información y comunicación generadas por los prestadores y aseguradoras”. (Plan Territorial de Salud 2016, p.132)

Así mismo, esta situación repercute en diferenciación en las cifras de morbilidad encontrando situaciones de salud más críticas en aquellas localidades con vulnerabilidad.

2. “Fallas en la transparencia y Sostenibilidad del Sector Salud”.

El modelo de salud normado, presenta avances y aciertos del modelo de salud en materia de aseguramiento. No obstante, prevalece como dificultad, no menor, la crisis financiera que tiene al borde del colapso a las entidades prestadoras de servicios de salud y a las Empresas Sociales del Estado (hospitales públicos). Así mismo la falta de control y transparencia en el uso de los recursos públicos.

“(el modelo de salud) enfrenta hoy una grave crisis financiera y de legitimidad que tiene al borde del colapso a varias Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios”. (Plan Territorial de Salud 2016, p. 24)

A continuación, se relacionan las causas asociadas a esta problemática:

Tabla 10. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “Fallas en la transparencia y Sostenibilidad del sector salud”

Noción del Problema	Dimensión Simbólica
Fallas en la transparencia y sostenibilidad del sector salud.	Grave crisis financiera en las entidades públicas - inadecuada gestión en servicios de salud.
Noción de Causalidad	
Uso ineficiente de los recursos.	Inadecuados manejos, corrupción y clientelismo en las entidades públicas.
Falta de inversión en infraestructura física y tecnológica.	Atraso en la inversión en infraestructura y tecnología.

Causalidad 1: Uso ineficiente de los recursos.

Las causas de la gran crisis económica de las empresas sociales del estado (E.S.E) se encuentran dadas, entre otras cosas, por el uso ineficiente de los recursos, hecho íntimamente ligado a la sobre ocupación o sub utilización de la capacidad instalada y la fragmentación de las acciones. Esta situación que tiene al borde del cierre a varias instituciones. Del mismo modo, la fractura y desorganización ha llevado a instaurar una competencia desleal entre los servicios y los hospitales públicos.

“El deficiente servicio de salud para los ciudadanos en Bogotá no ha sido por falta de recursos sino porque estos han sido mal administrados y mal distribuidos”. (Programa de Gobierno Equipo por Bogotá 2015, p. 35).

De otra parte, sobresale la falta de transparencia y la existencia de inadecuadas prácticas en el manejo de los recursos, como acción propia de las entidades públicas. Pues, los recursos son usados para fines diferentes a los concebidos y lleva a que se descuide el cumplimiento de las metas definidas. Situación que genera dinámicas y tensiones al interior de los ámbitos de decisión que hacen que la planeación y prestación de servicios de salud compita entre las atenciones de salud que debe realizar y el cumplimiento de acuerdos establecidos con el alcalde de turno.

“El clientelismo es una de las razones por las cuales las políticas públicas de salud no se ejecutan de manera adecuada. Las direcciones y subdirecciones de los hospitales se han convertido en una moneda de cambio, con la cual el alcalde electo les paga a los partidos políticos o a personas que le brindaron un apoyo significativo durante su campaña”. (Programa de gobierno Daniel Raisbeck p 15)

“Al año se gastan entre \$700.000 y \$800.000 millones en medicamentos e insumos médico-quirúrgicos y se cree que el 10 % se pierde por la corrupción. Es decir, son \$70.000 u \$80.000 millones al año, que se estaban repartiendo. Eso se va a acabar. Por eso, no sólo me tienen denunciado, sino además amenazado. Me han dado plazo para que renuncie o dicen que me van a hacer un escándalo en el Concejo, pero seguimos para adelante. Llegó la hora de que empiece a funcionar la empresa de logística y por eso están gastando todas las baterías para que no funcione, porque les va a quitar una cantidad de plata a los que se lucraban de esto¹⁰”. (El espectador, junio 21 de 2017)

Causalidad 2: Falta de Inversión en Infraestructura Física y Tecnológica.

De otra parte, la no gestión adecuada de los servicios ha traído como consecuencia la no inversión en infraestructura física y tecnológica, afectando directamente la calidad de los servicios que están prestándose a la población.

“El Distrito Capital dispone de una infraestructura hospitalaria física y tecnológica con atrasos de hasta 15 años, que no está en capacidad para responder a las necesidades y demandas actuales y futuras de la población del Distrito Capital, afectando de esta manera la calidad percibida en la prestación de los servicios de salud. Proyecto”. (Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos, p.138)

3. Fallas En La Gobernanza del sector Salud.

En el modelo de salud de la ciudad de Bogotá, prevalece como dificultad la ausencia de liderazgo para asumir la rectoría de la política de salud en el territorio frente a las entidades prestadoras de servicios de salud EPS y a las empresas sociales del estado ESE, (hospitales públicos).

¹⁰ Nota de Prensa, Periódico el Espectador, Bogotá 21 junio. 2017, “Dice Luis Gonzalo Morales, secretario distrital de salud, “10 % del dinero para insumos médicos se pierde en corrupción.

La gobernanza es entendida como la capacidad para definir e implementar políticas que afectan la salud de los habitantes de los centros urbanos, por lo que se requiere generar control sobre la acción pública para de esta manera avanzar en la gestión de eventos como los determinantes de salud, y la coordinación con los diversos actores presentes en las decisiones de salud.

Tabla 11. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “Fallas en la Gobernanza del sector salud”

Noción del Problema	Dimensión Simbólica
Incapacidad de liderazgo en el sector salud.	Ausencia de coordinación y liderazgo.
Noción de Causalidad	
Pérdida de legitimidad y confianza	Gobernanza.

Causalidad 1: Pérdida de legitimidad y confianza.

En materia de gobernanza, en el distrito capital, se encuentra muy débil debido a que no involucra a la sociedad civil, no moviliza a otros sectores y grupos para el desarrollo de políticas de salud. No ejerce la autoridad sanitaria. Por lo anterior se requiere recuperar la gobernanza, la institucionalidad y el liderazgo que le corresponde por constitución y normativa vigente.

“Se fortalecerá el rol de la autoridad sanitaria territorial. Se recuperará la gobernanza, la institucionalidad y el liderazgo que le corresponde al ente rector en salud en el Distrito Capital, por delegación de la Constitución, la ley y normatividad vigente”. (Plan Territorial de Salud p, 46)

3.1.2. Categorías de Pronóstico Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas.

Las categorías de pronóstico hacen referencia a las soluciones a los problemas identificados, especifica lo que se debe hacer y un llamado a la acción, fundamentando el porqué de la acción, los fines a perseguir, los medios a utilizar, la conveniencia de ciertos efectos y quienes están llamados a actuar (María Bustelo & Lombardo, 2005). Para la identificación de las categorías de diagnóstico se empleó las preguntas guía asociadas al pronóstico.

En este marco, surge como prioridad recuperar el modelo de atención en salud, focalizado en combatir las causas de enfermar y morir en las poblaciones más vulnerables, afectando los determinantes, avanzando en la gestión del riesgo en salud. Busca transformar la experiencia del ciudadano cuando utiliza los servicios de salud con unos costos acordes con el beneficio recibido.

“...los ciudadanos recuperarán el derecho a acceder a un sistema de salud que los atiende con dignidad, de forma rápida y efectiva...” (Plan de Gobierno Equipo por Bogotá. P, 35)

Por tanto, las acciones son dirigidas a la atención de los procesos de salud – enfermedad, con énfasis en la atención de la enfermedad a partir del aseguramiento y vinculación al sistema de salud. También cobra relevancia el saneamiento fiscal de las entidades públicas y los procesos de direccionamiento de la Secretaría de Salud de Bogotá.

A partir del análisis de los documentos se identificaron cuatro nociones de solución: 1) reestructuración del modelo de salud. 2) Implementación de estrategias gerenciales para la superación de la crisis 3) Gobernanza y Nuevas prácticas de relacionamiento entre gobierno y entidades privadas y gobernabilidad civil y 4) Alianzas Público Privadas APP.

A continuación, se realiza la descripción de cada una de las nociones de solución y las estrategias propuestas para alcanzarlo.

Tabla 12. Resumen de nociones de solución definidas en el Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas

Noción de Solución	Dimensión Simbólica
Reestructuración del modelo de salud.	Cambio de modelo de salud por uno más eficiente, resolutivo y con reducción del gasto público.
Implementación de estrategias gerenciales para la superación de la crisis.	Eficiencia y efectividad de las ESE.
Gobernanza y nuevas prácticas de relacionamiento entre gobierno y entidades privadas y gobernabilidad civil.	Desconcentración de la responsabilidad del estado.

1. Reestructuración del Modelo de Salud.

Proceso de reorganización del modelo de salud definido a fin de resolver la fractura del sistema y servicios de atención a través de la implementación de redes integradas de servicios en salud, a partir de la fusión de las 22 Empresas Sociales del Estado (hospitales públicos) en 4 subredes con servicios especializados, disminuyendo gastos administrativos.

“Los ciudadanos recuperarán el derecho a acceder a un sistema de salud que los atienda con dignidad, de forma rápida y efectiva [...] la atención en salud en Bogotá no puede esperar más, debemos realizar el cambio de fondo que nuestra ciudad necesita”. (Programa de Gobierno Equipo por Bogotá, 2015, p. 35)

Esta estrategia pretende poner en marcha un nuevo modelo de salud positiva, con responsabilidad y autocuidado. Establece como prioridad la gestión de riesgo compartido, bajo el concepto de salud urbana, focalizado en el aseguramiento y en una estrategia de atención primaria en salud resolutiva (APSR), superando el concepto de puerta de entrada al sistema, definiendo procesos más resolutivos. Toma distancia del concepto de Atención Primaria en Salud, abordando las acciones de prevención y promoción desde la gestión de las capacidades individuales.

La atención se soporta en equipos especializados con fundamento en la gestión integral del riesgo, integrando el plan de intervenciones colectivas y los servicios individuales.

Contempla como estrategias la cooperación entre los distintos actores del sistema en especial las Administradoras de Planes de Beneficios en Salud. Garantizando la prestación integral e integrada de los servicios de salud y especial a los afiliados a la EPS Salud Capital y a la población pobre no afiliada. Contempla herramientas como la Atención Primaria en Salud Resolutiva, ejecutada a través de atención en Centros de Atención Primaria en Salud, ubicados en los territorios. Centros que cuentan con equipos básicos y especialistas, con el fin de descongestionar las unidades de emergencias.

Por tanto, se concibe un modelo que ofrece servicios de carácter esencial y complementario y que cubren a las personas desde el lugar de residencia hasta la institución hospitalaria, a través de intervenciones individuales y atención a la enfermedad en Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) y un esquema integrado de urgencias y emergencias.

“El modelo garantiza integralmente los servicios del Plan Obligatorio de Salud y del Plan de Intervenciones Colectivas; y se atienden las poblaciones por equipos multidisciplinarios, borrando las fronteras artificiales que se crearon en torno a planes de beneficios, esquemas de afiliación, operación y financiación.” (Plan Territorial de Salud 2016, p.25)

Con la reorganización y atención especializada multidisciplinar se ven eliminadas las “fronteras artificiales” aducidas al modelo de atención establecido por la normatividad colombiana desde 1993.

A continuación, se describen en detalle las cinco estrategias asociadas a la noción de solución, siendo estas 1) Redes integradas de Servicios de salud, 2) Atención Primaria en Salud Resolutiva Modelo de Salud Urbano, 3) Afiliación y aseguramiento automático, 4) Mejoramiento de infraestructura y tecnología, 5) Focalización en la atención. La tabla 19 presenta el resumen de las mismas.

Tabla 13. Resumen Descriptivos relativos a noción de solución “Reestructuración del modelo de Salud”

Noción de Solución	Dimensión Simbólica
Reestructuración del modelo de salud.	Cambio de modelo de salud por uno más eficiente, resolutivo y con reducción del gasto público.
Estrategias	
Redes integradas de servicios de salud.	Fusión de ESE (Hospitales Públicos), reducción del gasto.
Atención primaria en salud resolutiva.	Enfoque Médico – Biológico.
Afiliación y aseguramiento automático.	Sistema de salud Basado en el Aseguramiento.
Mejoramiento de infraestructura y tecnología.	Desarrollo y progreso.
Focalización en la atención.	Eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Estrategia 1: Redes Integradas de Servicios de Salud.

Como respuesta a la no garantía del derecho a la salud, se instala la necesidad de implementar mecanismos que eviten prácticas que atenten con la debida gestión del riesgo en salud y se sancionen a los actores que incumplan con sus obligaciones.

Emplea como principal argumento, los lineamientos de organismos internacionales para el logro de cobertura universal y planes de salud integrales, a partir de la integración de redes de servicios. Para ello se definen dos tareas principales: 1) fusión de Empresas Sociales del Estado y 2) impresión de carácter resolutivo de las acciones que se adelantan con intervención especializada multidisciplinar. Así mismo en cuanto a procesos de prevención, declara que ésta será llevada a cabo por programas preventivos en coordinación de diferentes agentes presentes en el proceso.

Dentro del proceso se reconoce los esfuerzos realizados en administraciones pasadas para integrar los servicios en cuatro (4) subredes, toma esto como base para justificar la fusión de las empresas Sociales del Estado. A esta fusión se le atribuye la solución de barreras de atención y las largas filas, ya que se prestará atención de manera oportuna.

“Con la operación de las redes integradas de servicios de salud se va a garantizar la atención oportuna de manera que adultos mayores, mujeres cabeza de hogar, menores y ciudadanos en general, no tengan que seguir haciendo extensas colas desde la madrugada para obtener una cita médica o una atención de urgencias” (Plan Territorial de Salud 2016, p.177)

Con la coordinación vertical y horizontal, permitirá reducir los gastos administrativos, mejorar la eficacia en el gasto público y optimizar la infraestructura existente y que en muchas oportunidades se encuentra subutilizada.

“Con el nuevo sistema se han conseguido avances en temas como la prestación del servicio, equilibrio financiero, procesos administrativos, cobertura y mejores prácticas en contratación. Si se convierten estas palabras en cifras, se puede decir que, según el Distrito, la ciudad se ha ahorrado \$62.000 millones en gastos administrativos¹¹” (El espectador, abril de 2017)

Las tareas de dirección y administración de las Subredes, asumidas por un organismo con participación de distintos actores, por un lado se implementa Junta directiva de la red distrital y los Consejo territorial de salud y consejos locales de salud, y de otro se constituye la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (EAGAT) con el objetivo de desarrollar actividades de logística y servicios no misionales como apoyo a la gestión del sector salud de la ciudad, con el ánimo de no generar distracciones a los gerentes y se dediquen exclusivamente a las acciones de salud. Es de resaltar que el sector privado y la academia entra como actor de relevancia en estos espacios.

¹¹ Cárdenas, J. Bogotá 17 abr. 2017. Concejales Cuestionaron los Resultados del Cambio, la Otra Cara de la Moneda en el Sector Salud, *El Espectador* <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/la-otra-cara-de-la-moneda-en-el-sector-salud/>

Estrategia 2. Atención Primaria en Salud Resolutiva.

Esta estrategia modifica el concepto de Atención Primaria en Salud, imprimiendo como característica la resolutivez, cambia el concepto de puerta de entrada y de primer nivel de atención. A partir de ello se supera la “separación artificial” de las intervenciones individuales de las intervenciones colectivas, da sentido privilegiado a la atención integral.

Esta transformación da paso a las redes integradas (fusión de hospitales), en el que los 22 hospitales se reorganizan en 4 subredes de salud, con unidades de servicios de salud (USS) y Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), que se especializan de acuerdo a las necesidades de salud identificadas. En estos espacios se genera la necesidad del fomento de la salud, previenen la enfermedad y resuelven de manera oportuna las demandas de atención.

“La Nueva Estrategia de Atención Primaria en Salud será más resolutiva y tendrá como centro de desarrollo y operaciones los CAPS. Contará con equipos multidisciplinarios extramurales de atención, en coordinación con las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadores de Servicios de Salud (IPS), encargados de la búsqueda, atención y seguimiento a las poblaciones más vulnerables. Dentro de éstos, además existirán los Equipos de Atención Integral a Poblaciones Especiales, como personas de otros pueblos y ciudades, habitantes de la calle, personas en situación de discapacidad y población vulnerable. Focalizarán su labor en las localidades que presentan los peores indicadores de salud. Estos equipos se ampliarán de acuerdo a la demanda observada”. (Plan Territorial de Salud 2016, p.29)

La implementación de esta nueva estrategia Renovada de Atención Primaria se encamina a solucionar la fragmentación, mejorar la oportunidad, calidad y priorización de los servicios que tiene hoy el sistema de salud. Involucra en la ejecución de las acciones en pro de la salud a los ciudadanos y demás agentes presentes en el sistema. Intervenciones que contemplan para su desarrollo planificación y coordinación, teniendo como fin último la calidad de vida y la felicidad de la población.

Como complemento al modelo, la atención incluye un modelo de gestión de servicios que tiene como eje central la transparencia y excelencia en la calidad, innovación en componentes técnicos y humanos, con respeto al paciente y autonomía profesional. Para lo anterior requiere de la intervención de actores privados.

Estrategia 3: Afiliación y Aseguramiento Automático.

En la transformación del modelo de salud se resalta la necesidad del aseguramiento, por lo que la afiliación automática de la población más pobre y aquella que no se encuentra afiliada resulta esencial para la garantía de acceso a los servicios de salud. Pretende la afiliación o asignación de una EPS a la totalidad de ciudadanos. Hace énfasis en que la población beneficiaria es aquella que verdaderamente lo necesita.

“La estrategia central consistirá en el diseño y puesta en marcha de un mecanismo de afiliación y cobertura de aseguramiento automático por parte de Capital Salud, para la totalidad de la población catalogada como Población Pobre

No Afiliada que se identifica a lo largo de cada vigencia fiscal”. (Plan Territorial de Salud 2016, p.178)

Estrategia 4. Mejoramiento de infraestructura y tecnología.

Como estrategia elemental para la reorganización del modelo de salud se requiere del mejoramiento de la infraestructura y tecnología. Estos elementos dan cuenta del nivel del desarrollo de la ciudad. Tareas que son ejecutadas a partir de alianzas público privadas o son entregadas en concesión al sector privado, lo que permite entrever de manera implícita, pobre confianza en la eficiencia y eficacia del Estado para el desarrollo de este tipo de tareas.

“Las hojas de color verde tenue del frailejón y todo ese entramado de nervios que conforma cada hoja, se asemejan a las grandes avenidas de Bogotá, sus majestuosas construcciones y la amplia distribución espacial, convirtiéndola en una ciudad cosmopolita, multiétnica y pluricultural”. (Plan Territorial de Salud 2016, p.76)

En este mismo sentido, la apropiación de recursos mediante vigencias futuras, aparece como uno de los logros a destacar dentro de la administración. Como forma de asegurar el recurso económico para la ejecución de obras de alta complejidad para la atención resolutoria del Estado de enfermedad de la población.

“... La administración ha comprometido recursos por \$844.684 millones de pesos entre 2016 a 2018 en 32 obras de infraestructura. (...) Otro de los logros más destacados en infraestructura hospitalaria del Distrito Capital de alta complejidad, fue la aprobación de vigencias futuras por parte del Concejo de Bogotá D.C. por más de \$ 1.5 billones para financiar la construcción y/o reposición de obras hospitalarias de alta complejidad”. (Balance Estratégico de la Administración Distrital, 2019, p. 34)

En otro sentido, el desarrollo de tecnología es fundamental, por ello se fortalece las acciones adelantadas y se crea el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS), con el fin de promover el desarrollo de diferentes actividades científicas, tecnológicas y estimular el crecimiento de estructuras proyectadas a la producción de ciencia, tecnología, innovación e investigación en el sector salud en Bogotá. Se complementa con el desarrollo de herramientas tecnológicas para la asignación de citas y la sistematización e integración de la historia clínica.

Como complemento se requiere la implementación de un “modelo de salud urbano” teniendo como factor clave la concentración de la población en el espacio urbano. Este modelo procura la gestión del riesgo en los diferentes espacios cotidianos. Tiene como objetivo modificar los determinantes de enfermar, así como reducir las inequidades y diferencias presentes en las localidades. Su enfoque es la gestión de riesgos en salud.

Estrategia 5: Focalización de la Atención.

Las estrategias propuestas dentro del modelo de atención en salud, se focaliza a mejorar el acceso a los servicios a 1.500.000 habitantes. Destacando la importancia de la

priorización y focalización de la atención en la población más pobre y vulnerable, con el fin de lograr la reducción de diferenciales de riesgos en salud, teniendo en cuenta las características diferenciales en estadísticas de morbimortalidad en el Distrito.

Así mismo, plantea la especialización de equipos para la atención de grupos específicos de población como, personas de otros pueblos y ciudades, habitantes de calle, personas en situación de discapacidad.

“Se hacen necesarias acciones focalizadas y priorizadas sobre factores de riesgo y determinantes en puntos estratégicos y grupos poblacionales específicos encaminadas a disminuir y eliminar la segregación y la diferenciación que presenta el perfil diferencial de morbimortalidad en el Distrito que se hace visible entre territorios, zonas y grupos poblacionales”. (Plan Territorial de Salud 2016 P.82)

Entonces, los servicios organizados y focalizados a la atención de las causas relacionadas con la enfermedad y la muerte de la población más vulnerable, mejoran el nivel de salud y la experiencia y percepción del servicio que los ciudadanos tienen de la intervención realizada.

2. “Implementación de estrategias gerenciales para la superación de la crisis”.

El uso de herramientas de gerencia permite llegar a la situación deseada, una gerencia efectiva permite la reducción de tiempos de espera y el acceso oportuno a la atención. Luego de 10 años de administración de posturas de centro izquierda e izquierda con implementación de políticas de salud sin visión gerencial, ni de desarrollo, la ciudad requiere ser resguardada, resultando este momento un “Momento histórico” para recuperar la ciudad y las distintas políticas en materia social.

La armonía, belleza, orden, diversidad son destacados como valores indispensables para la superación de la pobreza y la exclusión, permitiendo la distribución de los beneficios del desarrollo y la sostenibilidad. Alcanzado el fin último del Plan de Desarrollo, la felicidad de todos los habitantes del distrito.

“Bogotá, el gran frailejón que debemos resguardar”, se espera que la capital se transforme en un frailejón que representa armonía, belleza, orden, diversidad, respeto del medio ambiente, equidad y libertad, que se adapta a las condiciones críticas del ambiente y que en sus hojas sustenta el territorio distrital, permitiendo la superación de la pobreza y la exclusión, con justicia y equidad en la distribución de los beneficios del desarrollo y la sostenibilidad”. (Plan Territorial de Salud 2016, P.75)

En materia de salud, el Distrito requiere de la implementación de estrategias puntuales de gerencia. La reducción de 22 hospitales a cuatro subredes, no solo permite ahorrar dinero en cargos administrativos, aligerando la toma de decisiones y el flujo de la información, sino que permite la toma de decisiones más rápidamente. Acción que se encuentra complementada por la creación de una instancia, con participación mixta que libera de preocupaciones a los gerentes permitiéndoles se concentren en lo que saben hacer: “realizar acciones de salud”.

“(…) “Señores directores de hospitales, encárguense de lo que ustedes saben hacer: la salud. El negocio lo manejaremos en otra parte”. Esta es su forma de explicar cómo pretende que buena parte de las funciones administrativas, como las negociaciones con proveedores para comprar medicamentos, ocurran fuera de los centros asistenciales, pues en éstos debe primar la atención en salud”. (El Espectador marzo de 2016).

A continuación, se realiza la descripción en detalle de las estrategias asociadas a esta noción de solución, la tabla siguiente presenta el resumen de las mismas.

Tabla 14. Resumen Descriptivos relativos a noción de solución “Implementación de estrategias gerenciales para la superación de la crisis”

Noción de Solución	Dimensión Simbólica
Implementación de estrategias gerenciales para la superación de la crisis.	Recuperación del modelo de salud en Bogotá.
Estrategias	
Acatamiento a los mandatos normativos.	Actuar conforme a la ley.
Construir sobre lo construido.	Eficiencia de recursos del Estado.
Acreditación de calidad hospitalaria.	Asignación de recursos por resultados.

Estrategia 1: Acatamiento a los Mandatos Normativos.

Dentro de las estrategias definidas para superar los problemas (situaciones problemáticas identificadas), en este marco se destaca y hace énfasis en retomar los mandatos normativos y actuar alineados a ello. Esto permite proceder en clave de eficiencia del Estado, optimizando los recursos y facilitando el acceso y eficacia en el sistema de salud. La ruta a seguir y las acciones prioritarias son correspondientes con las directrices nacionales y supranacionales. La reorganización del modelo de salud se imbrica en las directrices de la ley 100 de 1993, e imprime acciones de corte gerencial y de reducción del Estado, para la superación de las situaciones desfavorables del sistema de salud.

“La nueva administración de Bogotá, D. C. enfrenta grandes desafíos en materia de salud y calidad de vida. El más importante es superar la crisis del sector salud y dirigirlo por la senda que le señalan los desarrollos normativos y las tendencias mundiales. El primer aspecto se fundamenta en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que ratifica la salud como derecho fundamental y el Plan Nacional de Desarrollo que ordena avanzar en un nuevo modelo de salud y prestación de servicios, orientados a la atención integral y las redes integradas de servicios”. (Plan Territorial de Salud 2016, p.24)

En el llamado a la acción, pone el foco en la importancia de la intervención desde lo local, haciéndose cargo de los problemas existentes en el Distrito, relacionándolo con la implementación de un sistema gerencial para salir de la crisis.

“No podemos seguir echándole la culpa a la Ley 100 o esperando que el Gobierno Nacional resuelva los problemas de salud de la ciudad” (Programa de Gobierno Equipo por Bogotá, p.36)

Estrategia 2: Construir Sobre lo Construido.

Parte de la eficiencia se encuentra dada en retomar aquellas experiencias exitosas y transformar aquellas que no lo han sido. Con este argumento da la apertura a los cambios y transformaciones del modelo de atención en salud. El punto esencial de esta estrategia se basa en la retoma de los principios del modelo de Salud definido por la ley 100 de 1993, la eficiencia en la prestación de los servicios de salud, encaminándose a aliviar los costos y sobrecostos generados en el modelo basado en la Atención Primaria en Salud.

Marca el interés por la reorganización de la red de salud distrital a partir de una mejor gestión administrativa de los hospitales públicos (E.S.E).

“En Bogotá Mejor para Todos se construirá sobre lo construido, por lo tanto, se rescatarán las prácticas y esfuerzos de salud pública que alrededor de diferentes temas se vienen haciendo bien y se transformarán aquellas que no han podido desarrollarse con éxito que, siendo importantes, no venían respondiendo al principio de la eficiencia estatal”. (Plan Territorial de Salud 2016, p.35)

Estrategia 3: Acreditación de Calidad Hospitalaria.

La acreditación de calidad, surge como forma de medir el desempeño de las entidades públicas y sus gerentes. Asimismo, la calidad de la atención facilita la adopción de estrategias gerenciales en los diferentes niveles. A partir del esquema basado en indicadores de gestión, se define un sistema de asignación de recursos con base en el desempeño y resultados obtenidos.

“La totalidad de los hospitales Distritales deberá iniciar un proceso de Acreditación de Calidad Hospitalaria como primer paso hacia la búsqueda de la excelencia en el servicio, el cual, además, será la base para la evaluación del desempeño de sus gerentes. Con esta iniciativa vamos a elevar la calidad de los hospitales distritales, ubicándolos entre los mejores del país”. (Plan Territorial de Salud 2016, p.30)

3. “Gobernanza y Nuevas prácticas de relacionamiento entre gobierno y entidades privadas y gobernabilidad civil”.

Derivado de la baja capacidad rectora de la Secretaría Distrital de Salud, hace un llamado a la acción urgente, en marcándose en el “rescate y fortalecimiento” de las Entidades del Estado. Sin embargo, propone la generación de una unidad especializada para el proceso de dirección y una Comisión Intersectorial de Determinantes en Salud, liderada por la Alcaldía Mayor de Bogotá, con participación de juntas asesoras comunitarias, organismos privados y la academia para la toma de decisiones.

Estas acciones se alinean con las disposiciones normativas, haciendo énfasis en mejorar la capacidad de inspección y vigilancia, y la visión que se tiene de la relación de entidades

privadas, la sociedad y Estado. De esta manera, garantizar la generación de políticas de salud acordes con las necesidades de los ciudadanos. Da apertura a la participación de actores diversos en la toma de decisiones de política pública en salud.

A continuación, se presenta un resumen de las estrategias asociadas a esta noción de solución.

Tabla 15. Resumen Descriptivos relativos a noción de solución “Gobernanza y nuevas prácticas de relacionamiento entre gobierno y entidades privadas y gobernabilidad civil”

Noción de Solución	Dimensión Simbólica
Gobernanza y nuevas prácticas de relacionamiento entre gobierno y entidades privadas y gobernabilidad civil.	Reforma al modelo de salud vigente.
Estrategias	
Fortalecimiento de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria.	Recuperar la gobernanza, la institucionalidad y el liderazgo.
Creación de organismos de participación y control instituciones.	Menor participación del Estado en la toma de decisiones.

Estrategia 1: Fortalecimiento de la Capacidad Rectora de la Autoridad Sanitaria.

Esta estrategia se ampara en la delegación de la constitución, la ley y la normatividad vigente, la Secretaría Distrital de Salud recuperará su rol como organismo rector y autoridad sanitaria, refiriéndose a tareas que comprenden tanto el direccionamiento de políticas públicas, como las tareas de inspección, vigilancia y control.

“(La Rectoría) Esta se desarrolla entonces a través de la conducción, la regulación y fiscalización, la ejecución de las funciones esenciales de salud pública, la modulación del financiamiento, la garantía del aseguramiento y la armonización de la provisión”. (Plan territorial de Salud 2016, p. 57)

El fortalecimiento de la gobernanza contempla el reconocimiento de la Secretaría de Salud como “el custodio del bien público”. Es decir, el guardián o vigilante de la salud de los ciudadanos, que, en últimas se traduce en la ausencia de la enfermedad. A este ente rector, se le otorga una doble tarea, como autoridad y como dinamizador de las relaciones con otros sectores y protagonistas del sector salud. Es así como, se espera que sea responsable de las decisiones que le son propias e influya sobre aquellas que son competencia de otros sectores.

Imprime dentro de esta función de rectoría elementos como, la transparencia, eficiencia y calidad, contemplándose como elementos que permiten medir el desempeño de las entidades públicas, ante la situación de salud de la ciudadanía. Resalta que las acciones de alta gerencia serán premiadas con la tan anhelada asignación de recursos.

Es importante señalar la analogía que se hace entre el crecimiento y desarrollo de la ciudad, con la recuperación de la Administración, permitiendo así la participación de otros sectores y actores que la habitan.

“En el centro del frailejón existe una yema de crecimiento, que, si se daña, la planta no crece más. De igual forma, la acción articulada entre los diferentes sectores de la administración distrital, los actores sociales y comunitarios, se convierten en el soporte principal para la identificación de necesidades de la población que habita en las zonas rural y urbana de la ciudad, así como para la búsqueda y desarrollo de acciones”. (Plan Territorial de Salud, p.125)

Estrategia 2: Creación de Organismos de Participación y Control Institucional.

Como parte del proceso de consolidación de la gobernanza y la participación comunitaria se generan nuevos espacios de participación y rectoría, dando cabida al sector privado y la academia. Además, genera espacios institucionales para la toma de decisiones y la rectoría del sector salud. Cobra relevancia las acciones de Inspección, vigilancia y control; veeduría y corresponsabilidad de los usuarios en el sistema. Es por ello que renueva los consejos de coordinación activos o reactiva consejos inactivos, dando prelación a la participación del sector privado, la sociedad civil y el Estado, para la toma de decisiones.

“Desde esta perspectiva conceptual, centrada en la construcción de un nuevo tipo de interrelaciones entre el Estado y la sociedad civil, el territorio se convierte en un elemento clave tanto desde el punto de vista analítico como operativo. Es en el territorio donde las personas buscan solución a sus problemas de realización social, económica y cultural; y es allí en donde se pueden implementar modalidades de acción social y política que sean articuladoras e integradoras de los diversos intereses sectoriales y ciudadanos”. (Plan Territorial de Salud 2016, p. 44)

3.1.3. Situaciones de poder Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutorias.

El análisis permitió identificar quienes son dominantes y tienen voz en el debate político de la política en salud. A continuación, se relaciona aquellos que representan el presente marco.

Tabla 16. Situaciones de poder identificadas en el Marco interpretativo 1.

Situación de Poder	Dimensión Simbólica
Voces Dominantes.	La voz dominante en el debate de la Política en Salud, pertenece a grupos especializados en gerencia y atención en salud.
Causalidad	
Grupos de expertos en Salud.	En el proceso de recuperación y reorientación administrativa del modelo.
Autoridades es Salud.	En Ordenamiento, Rectoría y Legitimidad.

1. Grupos de Expertos en Salud.

En este marco se configura a partir de la orientación que puedan tener expertos a nivel administrativo y técnico del sistema de salud. Hacen parte de estos organismos especializados los gerentes de los hospitales públicos, organismos privados, los tomadores de decisiones y la academia.

“(...) “Señores directores de hospitales, encárguense de lo que ustedes saben hacer: la salud. El negocio lo manejaremos en otra parte”. Esta es su forma de explicar cómo pretende que buena parte de las funciones administrativas, como las negociaciones con proveedores para comprar medicamentos, ocurran fuera de los centros asistenciales, pues en éstos debe primar la atención en salud”. (El Espectador marzo de 2016).

2. Autoridades en Salud.

Brinda importancia y relevancia en la toma de decisiones las autoridades en salud, tanto en el Orden Nacional, Ministerio de Salud, como en el Orden Distrital, la Secretaría Distrital en Salud.

“Se avanzará en la estructuración de acciones sobre los determinantes de la salud por medio de la Comisión Intersectorial de Salud Urbana, liderada por el Secretario de Salud, con participación de otras secretarías y el aporte de las alcaldías locales, y, en lo posible, con la participación concertada de organismos del gobierno nacional y departamental”. (Plan Territorial de Salud, SDS 2016, p. 193)

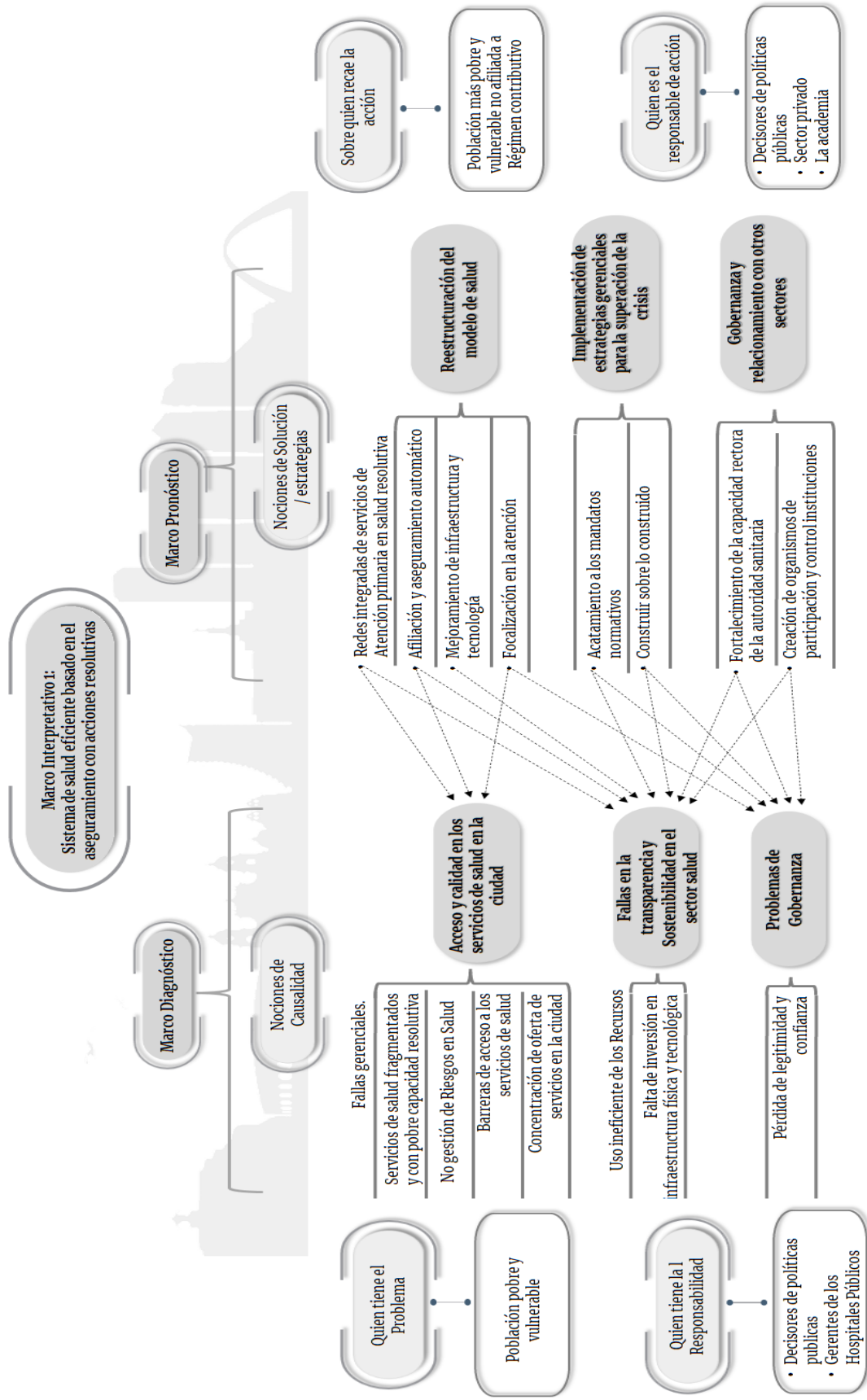
3.1.4. Balance y equilibrio entre los marcos de diagnóstico y pronóstico Marco Interpretativo 1: Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas.

Siguiendo los planteamientos de Verloo & Lombardo (2007b), a partir de la información y los datos, se reconoce la existencia de un balance o equilibrio entre las categorías diagnóstico y pronóstico. Así mismo, se identifica en dónde está puesto el énfasis, o la ausencia de alguno de ellos. En este caso en específico, se puede observar que no existe una total correspondencia entre el marco de pronóstico con el de diagnóstico.

Entre los problemas identificados y las soluciones propuestas, si bien, realiza llamados a la acción y se trazan directrices encaminadas a la superación de la crisis del sistema de salud en Bogotá, las soluciones propuestas se enfocan en superar las fallas en la transparencia y las dificultades de sostenibilidad del sistema. Así mismo, recuperar la confianza y legitimidad de la población, que se ha perdido luego de más de 10 años de administración por parte de la centro izquierda o izquierda.

La solución propuesta reforma del modelo de salud, se basa en el aseguramiento, con una marcada orientación al mercado y con prioridad en la resolutividad de la situación de enfermedad. Es decir, en intervenciones individuales. Se observa que no da respuesta a la problemática definida en el marco de diagnóstico.

Ilustración 6. Balance y Equilibrio Marco interpretativo 1: Sistema de Salud eficiente basada en el aseguramiento con acciones resolutivas.



Fuente: Elaboración propia a partir de situaciones encontradas. Imagen: Alcaldía de Bogotá 2021

El pronóstico reconfigura la problemática “barreras de acceso” de tipo económico, administrativo y cultural presentes en el modelo y cambia la forma de nombrarlas denominándolas “Fronteras artificiales”. Hecho que da un nuevo sentido a la acción. Da por entendido la no existencia de barreras sobre las cuales sea necesario actuar, ya que los limitantes son fronteras artificiales.

El marco de soluciones se encamina al fortalecimiento de la institucionalidad pública, a través de: alianzas público privadas; recuperación del modelo de salud bajo un enfoque de aseguramiento; cambio de concepto por uno de salud Urbana y Atención Primaria en Salud Resolutiva. El fin último es el de recuperar el derecho de los ciudadanos a acceder a salud de calidad, bajo una estrategia de integración de redes de servicios de salud. Resulta relevante señalar que el acceso a la salud, es entendida como la no realización de filas para recibir atención y mejorar la experiencia del ciudadano con el servicio prestado. De otra parte, se pone de manifiesto que, el aseguramiento automático no garantiza el acceso real a los servicios de salud, ni su calidad, estos ultimo definidos como objetivo en el diagnóstico.

Esta situación contrasta con las problemáticas descritas en el marco de diagnóstico, en donde hace énfasis en la ineficiencia económica y en prestación de servicios implementada por las administraciones antecesoras, la despreocupación por los recursos y falencias en procesos de administración de las empresas sociales del Estado. La pobre resolutivez de los servicios que llevó a la declaratoria de estado de emergencia de la ciudad por la sobresaturación de la red de urgencias del distrito.

Es importante señalar la analogía que se hace entre el crecimiento y desarrollo de la ciudad, con la recuperación de la Administración, permitiendo así la participación de otros sectores y actores que la habitan; le resta importancia a la participación del Estado, en la afirmación *“En el centro del frailejón existe una yema de crecimiento, que, si se daña, la planta no crece más”* hace referencia a la recuperación y rescate de la “yema” de la ciudad, la cual está dañada y no permite su crecimiento. La forma de recuperar y enrutar el desarrollo, es con la intervención de los diferentes sectores y actores que habitan la ciudad, especialmente el sector privado.

En términos de balance, se hace mayor énfasis en el marco de pronóstico. Declara retomar los lineamientos normativos definidos y superar el debate existente alrededor de la inoperatividad de la ley 100, en las que se espera que sea el gobierno nacional quien entre a resolver los problemas que son de la ciudad.

3.2. Marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud.

Este marco interpretativo se encuentra focalizado en el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental. Expone explícitamente el interés por profundizar el modelo de salud implementado en el Distrito Capital desde 2004, que conserva el espíritu de Alma Ata y se basa en el enfoque de derechos. Profundiza en la definición del ciclo de salud – enfermedad como un proceso histórico, político y social complejo que deteriora las condiciones de vida de la población. Este concepto va más allá de la causa directa de la enfermedad y la define como una causa de orden social relacionada con el ambiente. Por

tanto, hace un abordaje teórico desde los determinantes sociales de la salud y enfermedad.

Bajo un modelo de desarrollo humano y del buen vivir busca remover las condiciones de segregación e inequidad, en este caso de salud. Para ello rescata el papel del Estado, toda vez que la desigualdad y exclusión no se resuelve solo a partir del esfuerzo individual, se requiere de cambio en condiciones estructurales de reparto del poder y riqueza entre los diferentes grupos sociales.

Este Marco Interpretativo, problematiza la concepción dada al sistema de salud a partir de la expedición de la ley 100 de 1993. Refiere que desde su origen presenta como características principales, la desigualdad en el goce efectivo del derecho a la salud, la primacía de la rentabilidad financiera que genera incentivos para la intervención de la enfermedad y la negación del acceso a los servicios de salud, y la prevalencia de barreras en el acceso de los servicios de salud.

Con base a este diagnóstico, diseña un modelo de salud que fortalece la salud pública, en especial el concepto de atención primaria de salud y universalización de la atención, como estrategia para la superación de las barreras y garantía de goce efectivo de salud, principalmente para aquellos históricamente excluidos y segregados. Para esto prioriza las intervenciones en salud en los territorios, con el fin de transformar los determinantes sociales, focaliza la atención de los más excluidos y pobres.

El modelo de salud se autodefine como una medida de protección ante la vulnerabilidad, dado que separa la atención de calidad de la capacidad de pago, es decir con los ingresos económicos de la persona. Así mismo, se contempla como una medida hacia la consecución de la equidad y justicia social ya que por un lado parte de la premisa de la equiparación de oportunidades y de acceso y por otro la inclusión de los excluidos.

A continuación, se presentan de manera detallada las características de marco de diagnóstico y pronóstico, las nociones de causalidad y las estrategias diseñadas.

3.2.1. Categorías de Diagnóstico Marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud.

Las categorías de diagnóstico hacen referencia a los problemas identificados y su causalidad. El análisis se apoyó en las preguntas orientadoras. A partir de ellas se identificaron los problemas definidos, las visiones intrínsecas y extrínsecas y se organizaron por nociones de problemas. A continuación, se presenta la descripción de la causalidad asociada a los problemas identificados en el diagnóstico.

Partiendo del análisis de los documentos en la tabla que sigue, se resumen las tres nociones de problema establecidas: 1) Estructura del sistema general de salud privado, desigual que segrega y no garantiza el efectivo derecho a la salud; 2) Debilitamiento del sector público y déficit económico en entidades de salud públicas; 3) Servicios de salud fragmentados con baja participación ciudadana.

Tabla 17. Resumen de noción de problemas identificados en el Marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo, Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud.

Noción de Problema	Dimensión Simbólica
Estructura del sistema general de salud privado, desigual que segrega y no garantiza el efectivo derecho a la salud.	Sistema que no reconoce el derecho a la salud y lo convierte en negocio.
Debilitamiento del sector público y déficit económico en Empresas Sociales del Estado.	El Estado como responsable de la salud de los ciudadanos.
Servicios de salud fragmentados con baja participación ciudadana.	No integración de acciones e intervenciones en el sistema de Salud.

1. “Estructura del sistema general de salud privado, desigual que segrega y no garantiza el efectivo derecho a la Salud”.

La principal premisa de esta noción de problema señala que desde su concepción la ley 100 de 1993, el sistema de salud presenta fallas. Se caracteriza por tener una estructura desigual, que genera barreras en el acceso a los servicios de salud de orden administrativo, económico y cultural e impide brindar respuestas a las necesidades de la salud, afectando principalmente a los más pobres. Específicamente se refiere al fracaso del sistema de salud así:

“Ciento sesenta mil (160.000) tutelas anuales solicitando a los jueces de la República protección al derecho fundamental de la salud, vulnerado por la misma ley 100 de 1993, exigen garantizarlo. Esto da cuenta del fracaso del actual sistema de salud y exigen el cambio inmediato de este”. (Modelo de Salud, 2011, p.7)

Señala que, el modelo de salud tiene un marcado énfasis en la rentabilidad financiera, incentiva servicios deshumanizados y no se hace cargo de la condición de salud – enfermedad, presenta importantes debilidades en calidad, acceso y garantía efectiva del derecho a la salud generando efectos negativos en la calidad de vida de la población.

El sistema de salud implementado centra su acción en resolver la situación de enfermedad desconociendo los determinantes sociales de la salud y desestimando la importancia de las acciones de prevención y promoción. Con un modelo asistencialista incompleto que desconoce la diferencia y las prácticas étnicas y otras formas de tratamiento.

La causalidad asociada a esta noción de problema 1 se encuentra dada por: La desigualdad como limitante en el acceso de servicios de salud; Primacía de la rentabilidad financiera; Barreras para el acceso a los servicios de salud; Modelo de Salud centrado en la intervención de la enfermedad que desconoce la diferencia. A continuación, se analiza cada una de ellas en su dimensión simbólica. Se muestra resumen en la tabla 18.

Tabla 18. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “Sistema General de Salud Privado, Desigual que segrega y no garantiza el efectivo derecho a la Salud”

Noción del Problema	Dimensión Simbólica
Estructura del sistema general de salud desigual que segrega y no garantiza el derecho a la salud.	Sistema que no reconoce el derecho a la salud y lo convierte en negocio.
Noción de Causalidad	
La desigualdad como limitante en el acceso de servicios de salud.	La desigualdad estructural se refleja y reproduce en la prestación de servicios de salud en Bogotá.
Primacía de la rentabilidad financiera.	La enfermedad convertida en mercancía.
Barreras para el acceso a los servicios de salud.	Fallas en el sistema general de salud no brinda respuesta a las necesidades de la población.
Modelo de salud centrado en la intervención de la enfermedad y que desconoce la diferencia.	La enfermedad en el centro de las intervenciones y desconocimiento de las diferencias y prácticas alternativas.

Causalidad 1: La Desigualdad como Limitante en el Acceso de Servicios de Salud.

La desigualdad impide el desarrollo de capacidades y participación de la sociedad lo que desemboca en discriminación y segregación visibles en la garantía de la salud.

“(…) se segmenta la población con afiliación a diferentes aseguradoras y planes de beneficios diferenciales que causan segregación y generan barreras de acceso, lo que ha llevado a la población a situaciones extremas y, en general, al sacrificio de la calidad de la atención en cuanto a: oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad de la atención”. (Plan Territorial de Salud 2012, p.15)

La desigualdad, inequidad entre localidades, grupos y regímenes del sistema de seguridad social en salud resguarda factores que explican la situación de salud de la población y la prevalencia de enfermedades evitables, como lo son la mortalidad y embarazos adolescentes. La existencia de planes de beneficios diferenciados por capacidad de pago profundiza la segregación y sacrifica la oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad de la atención.

Causalidad 2: Primacía de la Rentabilidad Financiera.

El modelo de Salud diseñado e implementado a nivel nacional da mayor relevancia a la rentabilidad financiera que a los derechos humanos. Su prioridad está dada por la venta de servicios de salud, en donde el derecho y la calidad de salud se encuentran supeditados a una transacción económica. Así mismo, la presencia de la enfermedad resulta de valor en la cadena productiva.

“El principio de la rentabilidad económica, donde el negocio es la enfermedad, no juega en un sistema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por eso las barreras de acceso crecen y el sistema de atención primaria en salud, APS, fue debilitado al máximo; se destruyó la autonomía médica, se bajó la calidad, se deshumanizó el servicio, se pauperizó el trabajo y se despidieron más

de sesenta mil funcionarios en los últimos 10 años”. (Modelo de Salud, 2012, p..7)

Del mismo modo deja de manifiesto el incentivo generado al entregar el aseguramiento de la población más pobre y vulnerable en manos de los privados, quienes lo han convertido en un “falso aseguramiento”, cobran recursos del Estado por carnetizar la población y negar el servicio.

La rentabilidad económica contempla la enfermedad como el objeto de negocio. Por ello, se debilitan las acciones de prevención y atención primaria en salud e imprime en su cotidianidad elementos propios de rentabilidad como eficiencia y eficacia en la atención de la población.

“Los recursos de la ciudad están pignorados a unos pocos privilegiados, en el sistema integrado de transporte, en Transmilenio, en el manejo de basuras, en la administración de la salud y del espacio público. Garantizar la transparencia en la contratación, combatir las mafias, fortalecer la institucionalidad pública y democratizar la estructura del acceso al crédito son prioridades para la nueva administración”. (Gustavo Petro, Programa de Gobierno Progresistas, 2011).

Causalidad 3: Barreras para el Acceso a los Servicios de Salud.

La presencia de barreras de acceso a los servicios de salud, inherentes a la estructura y operación del Sistema, ha sido una demanda transversal a todos los regímenes de afiliación desde la concepción y expedición de la Ley 100 de 1993. Las principales barreras se encuentran dadas por las de tipo administrativo y las de continuidad, accesibilidad y oportunidad de la atención. Además, es evidente la desigualdad territorial, la concentración de servicios privados en el norte, lo que dificulta el acceso de los servicios a los habitantes del sur de la ciudad. Estas barreras suman cargas y costos innecesarios al sistema de salud inclusive la muerte.

“La calidad de vida urbana es desigual, un porcentaje importante de la población (...) está sometido al paseo de la muerte en materia hospitalaria (Programa de Gobierno p. 1). La vulnerabilidad del territorio es un aspecto fundamental que limita la accesibilidad a los servicios de salud, de aquí se pueden develar importantes argumentos para la intervención en equipamientos en salud, o para la intervención física de otros sistemas o estructuras, como las viales y de espacio público, con el objeto de reducir dicha vulnerabilidad y la de la población frágilmente conectada a los servicios”. (Plan Territorial de Salud, 2012, p.101)

En esta misma línea las barreras de acceso limitan la capacidad del sistema para brindar respuestas oportunas a las necesidades de salud. Su presencia ha incrementado la morbilidad y mortalidad de población y la saturación de servicios de urgencias afectando, la oportunidad y eficiencia de las acciones de salud. De manera colateral ha saturado el sistema de administración de justicia ya que se ha recurrido a la acción de tutela como forma de garantía del derecho y del acceso.

“Ante la solicitud de servicios de salud por parte de un ciudadano, es frecuente encontrar largas filas, listas de espera con oportunidades de cita a varios meses

e incluso se evidencian cierres parciales o definitivos de servicios vitales de salud en los hospitales. Es frecuente que los medicamentos no se suministren y es norma que el ciudadano que requiera servicios tenga que trasladarse a diferentes sitios, incluso a localidades distantes, para tratar de obtener acceso a los servicios, pues no se garantiza la integralidad y continuidad de los mismos”. (Modelo de Salud 2012, p.5)

Causalidad 4: Modelo de Salud Centrado en la Intervención de la Enfermedad y que Desconoce la Diferencia.

El abordaje de la salud desde un enfoque basado en la atención de la enfermedad no permite el reconocimiento de la salud como un fenómeno pluricausal y pluridimensional, histórico y político, que aborda la salud desde la complejidad y la diversidad en las prácticas. Se desconocen diferencias en los grupos a los que se dirige, dentro de ellos las comunidades indígenas o comunidades afrocolombianas. Imprime y limita las responsabilidades al sector salud dejando de lado la intervención multisectorial.

“(…) en el contexto del SGSS se caracteriza por ser reactivo, fragmentado, ineficiente, desregulado, centrado en la atención de la enfermedad y el cuidado especializado, que no aborda al individuo de forma integral como miembro de una familia, una comunidad y un territorio”. (Modelo de Salud p.10)

Esta situación genera como consecuencia dos situaciones de relevancia para el modelo de salud, por un lado, no se contempla una caracterización de la población étnica no asegurada, que permita su inclusión en el sistema, y por el otro lado se genera desconfianza las prácticas de salud, dado que se desconoce su conocimiento ancestral y sus creencias en materia de salud. Producto de ello se observa inasistencia y pérdida de oportunidad en los tratamientos médicos o en acciones de promoción y prevención.

“La carencia de la atención en salud con un enfoque diferencial ha generado dos fenómenos frente a la atención en salud, el primero el de la inexistencia de una caracterización adecuada que permita incluir población étnica no asegurada, y el segundo fenómeno es el de la desconfianza de los miembros de las etnias ante un sistema que desconoce sus particularidades étnicas, (..) que causa la poca asistencia a los servicios médicos de la ESE y por tanto la invisibilizarían de estas comunidades”. (Plan Territorial de Salud 2012, p .67)

2. “Debilitamiento del Sector Público y déficit Económico en las Empresas Sociales del Estado”.

El modelo de salud ha dado preponderancia al sector privado, no solo en la administración de los recursos, sino también, en la administración de las intervenciones. A partir de la expedición de la ley 100 y bajo la concepción de la salud como una mercancía, se incentiva la competencia entre hospitales y la competencia de los privados con los hospitales públicos. Esta situación ha significado debilitamiento de la sostenibilidad y competitividad del sector público. Destaca no sólo la preponderancia si no la ineficiencia en la garantía en la prestación de los servicios de salud.

Así mismo, la acumulación de deudas de las entidades responsables de hacer los pagos (Empresas Administradoras de Plan de Beneficios - E.A.P.B), ha generado déficit financiero en las entidades de salud de la ciudad. Ello ha traído como consecuencia, el cierre de algunos de los hospitales que atienden a los más pobres y la imposibilidad de actualización y modernización de otras Empresas Sociales Del Estado (E.S.E).

A continuación, se presenta el resumen de las categorías descriptivas relativas a la causalidad asociada a esta noción de problema, las cuales serán analizadas en detalle a continuación.

Tabla 19. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “Debilidad del sector público y déficit económico”

Noción del Problema	Dimensión Simbólica
Debilidad del sector público y déficit económico.	Crisis financiera del sector público por acumulación de deudas.
Noción de Causalidad	
Corrupción como práctica de la acción de los gobiernos locales.	Falta de ética en los gobernantes.
Fortalecimiento de entidades privadas y competencia desleal.	Privatización de los servicios de salud.
Ineficiencia de sector privado y empresas administradoras de plan de beneficios.	Prevalencia de las Ganancias sobre los Derechos Humanos.
Déficit económico de las entidades públicas.	Competencia desleal.

Causalidad 1: La Corrupción como Práctica de la Acción de los Gobiernos Locales.

La gestión pública se encuentra en un momento de crisis y asociada a prácticas de corrupción, en las que prima el interés particular sobre el interés general. Se evidencia principalmente en prácticas a la hora de licitar o contratar el suministro de bienes o servicios. Esta situación se presenta debido a la presencia de mafias y conductas de cierto sector que ha estado en el gobierno local.

“La gestión pública de la ciudad se encuentra en crisis y sin credibilidad, secuestrada por el carrusel de la contratación y las mafias que cooptaron el gobierno local”. (Gustavo Petro, Programa de Gobierno Progresistas, 2011, p. 3)

Causalidad 2: Fortalecimiento de Entidades Privadas.

La implementación del modelo de seguridad social en salud ha brindado protagonismo y robustez a las entidades privadas en todo el proceso. Por un lado, se les otorgó la administración de los recursos asignados o recaudados de los diferentes regímenes y por otro, la prestación de los servicios.

“(…) al sector privado, se le paga por un falso aseguramiento que consiste en recibir recursos por carnetizar a la población y posteriormente negarle el servicio” (Modelo de Salud, 2012 p.6)

La ausencia de mecanismos de inspección, control y vigilancia permitieron el fortalecimiento de los privados a cargo de los recursos de la salud, quienes intermedian el servicio, pero no garantizan el efectivo acceso a servicios de salud.

“Las Empresas Promotoras de Salud, EPS, creadas por el gobierno no tuvieron vigilancia ni control y comenzaron a darle destinación diferente a los recursos de la salud, a ponerle barreras de acceso a los servicios a los usuarios, a violentar el derecho fundamental a la salud y a la vida, por cuanto el ánimo de lucro y las leyes del mercado no respetan los derechos humanos”. (Modelo de Salud, 2012, p.6)

Causalidad 3: Ineficiencia de sector privado y Empresas Administradoras de Plan de Beneficios.

Las Administradoras de Planes de Beneficios han resultado poco efectivas en la intervención, acceso y garantía del derecho a la salud. Esto afecta el cumplimiento de los objetivos de políticas públicas sectoriales, siendo en gran medida las responsables de la insatisfacción y limitantes en el cumplimiento de las metas esperadas para el sector salud. Las EAPB han privilegiado la renta de la enfermedad sobre la resolutividad de las situaciones que enferman a los ciudadanos.

“En este sentido, las administradoras de planes de beneficios [EPS] creadas con la Ley 100 de 1993 registran desde hace varios años una deuda acumulada para con la Ciudad y para con sus habitantes por las reiteradas barreras de acceso de todo orden, acompañadas de la débil resolutividad y operatividad en el modelo de prestación de servicios asistencialista que han venido gestionando para la atención de la población de Bogotá D.C. en lo que respecta a los servicios del plan obligatorio de salud”. (Plan Territorial de Salud 2012, p.126).

Causalidad 4: Déficit Económico de las Entidades Públicas.

El incumplimiento de los compromisos económicos de las EAPB, genera inestabilidad económica en las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública de Bogotá. La crisis financiera de los hospitales públicos se desprende de la lógica misma de la normatividad, dado el incumplimiento de los pagos. Producto de ello se han debilitado de forma importante los hospitales, trayendo consigo consecuencias como su rezago en la actualización y modernización de la infraestructura, tecnología y capacidad resolutiva asociada a la pauperización de los trabajadores.

“Lo negativo es que en medio de la Ley 100 nadie garantiza hoy que esa facturación se pague, ese es el problema de la Ley 100, los hospitales son capaces, más potentes, más productivos, tienen más instrumentos, los hemos dotado, pero las EPS no pagan, el paquete chileno, pero no el chileno, ese es el paquete de Uribe, porque Uribe fue el ponente de la Ley 100, con Jaime Arias en la Cámara, quien es médico y hoy el jefe gremial de las EPS. Muy bonito,

entonces les crea la Ley y después vive de la Ley, ese es un buen parlamentario”¹². (El Espectador, 2015)

Responsabiliza a los hacedores de política que priorizan sus intereses particulares sobre los intereses colectivos. El déficit económico está relacionado con el debilitamiento del sector público, ya que se pone a competir los hospitales y en especial los públicos con los privados. Hecho desde cualquier punto de vista inequitativo, teniendo en cuenta que, al sector público, por su carácter social, se le sobrecarga la atención de la población pobre no asegurada, y en menor proporción la atención a afiliados de los regímenes contributivo y especiales. Esta combinación impone situaciones difíciles para el auto-sostenimiento y venta de servicios de los hospitales públicos.

“Los hospitales públicos, que deben cumplir una función social del Estado y producir rentabilidad social, se les abandonó a su suerte, se les impuso la llamada auto sostenibilidad y los soltaron débiles y maniatados al mercado a competir con quienes tienen por objeto la rentabilidad económica”. (Modelo de Salud p.7)

3. “Servicios de salud fragmentados con baja participación ciudadana”.

Los servicios de salud se encuentran fragmentados. Pero esta fragmentación no es solamente de la infraestructura y servicios, sino también de la población. Esta situación impide la eficiencia y una verdadera respuesta a las necesidades de la población. El sistema promueve la poca educación, la baja participación y corresponsabilidad de la ciudadanía en temas de salud. No obstante, se reconoce que algunos sectores de la sociedad civil se han organizado en torno a la ejecución de acciones jurídicas como medio para el acceso a los servicios de salud.

A continuación, se presentan en detalle las categorías descriptivas relativas a la causalidad a esta noción de problemas dadas por: 1). Segmentación de la población por diferentes planes de beneficios, 2). Falta de coordinación de actores, información y servicios y 3). baja participación ciudadana.

Tabla 20. Resumen Descriptivos relativos a noción de problema “fragmentación del sistema de Salud”

Noción del Problema	Dimensión Simbólica
Fragmentación del sistema de salud.	El sistema de salud se encuentra fragmentado lo que impide un adecuado desempeño de las instituciones de salud.
Noción de Causalidad	
Segmentación de la población por diferentes planes de beneficios.	Acceso por capacidad de pago.
Falta de Coordinación de Actores, Información y Servicios.	No coordinación de los diferentes actores y sectores.

¹² Redacción Bogotá. 27 de noviembre de 2015. Que EPS no paguen no es un paquete chileno “es paquete Uribe”, que fue ponente de Ley 100’ *El espectador*. <https://www.elespectador.com/noticias/bogota/que-eps-no-paguen-no-es-un-paquete-chileno-es-paquete-uribe-que-fue-ponente-de-ley-100/>

Noción del Problema	Dimensión Simbólica
Baja participación ciudadana.	Poca educación, la participación y corresponsabilidad de la ciudadanía en temas de salud.

Causalidad 1 Segmentación de la Población por Diferentes Planes de Beneficios.

La población en el territorio se encuentra segmentada. En materia de salud la población es diferenciada de acuerdo al ingreso y capacidad de pago en diferentes planes de beneficios y acceso a servicios. Se distingue entre régimen contributivo, régimen subsidiado y vinculados (población que no tienen ningún régimen de afiliación pero que requiere de la atención). Así mismo, existen diversas aseguradoras que ofrecen sus servicios de acuerdo a la capacidad de pago o contribución. Esta situación profundiza la desigualdad y segregación y conlleva a la prestación de servicios de manera desorganizada y segmentada.

“Se segmenta la población con afiliación a diferentes aseguradoras y planes de beneficios diferenciales que causan segregación y generan barreras de acceso, lo que ha llevado a la población a situaciones extremas y, en general, al sacrificio de la calidad de la atención en cuanto a: oportunidad, pertinencia, continuidad y seguridad de la atención”. (Plan Territorial de Salud 2012, p.15)

Causalidad 2: Falta de Coordinación de Actores, Información y Servicios.

Otro nivel de descoordinación y fragmentación está dado por la no coordinación de los diferentes actores y sectores responsables de la salud de la población. Hecho que se inscribe en la ausencia de intervención intersectorial, para atender el problema de manera integral. Las dificultades en la interlocución e interacción entre actores y la variedad de La fragmentación de los servicios de salud, desencadenan en un ramillete de dificultades que impiden la respuesta adecuada y oportuna a las expectativas y necesidades de la población en materia de salud.

“La no garantía del derecho fundamental a la salud en Bogotá D.C. ha sido frecuente y evidente desde la misma creación de la Ley 100 de 1993, debida al fraccionamiento entre actores, instrumentos, procesos, recursos y a inequidades persistentes inherentes a la estructuración y operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS] con alcances e incidencia en todos los ámbitos y niveles de la vida pública nacional y territorial”. (Plan Territorial de Salud 2012, p.126)

Los sistemas de información igual se encuentran segmentados. La secretaria Distrital de salud solo cuenta con la totalidad de la información de los hospitales públicos, desconoce los datos de las Empresas Administradoras de Plan de Beneficios (EAPB), ya sea del régimen contributivo y subsidiado, impidiendo conocer la realidad de la situación de la salud en la ciudad. Igualmente, en cuanto a las atenciones en salud que le son brindadas a toda la población, pues la normatividad vigente no obliga a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a suministrar información al ente

territorial, por tanto, la situación de salud analizada desde el territorio es segmentada o parcializado y es con esta información que se toma decisiones en materia de salud.

Causalidad 3: Baja Participación Ciudadana.

En el sistema de salud se observa poca incidencia, educación y corresponsabilidad de la población, es por ello que no ha hecho parte de la toma de decisiones y control de las acciones del sistema de salud. Se parte de una participación institucionalizada, en donde los ciudadanos opinan y se cumplen requisitos de participación.

“Han acudido a la figura de defensor del usuario, al derecho de petición, a la instauración de tutelas y a demandas, para reclamar los servicios a los cuales tiene derecho (...) Los actores sociales organizados y otras formas de participación social, han acudido a la movilización activa para exigir la solución a este problema, realizando audiencias públicas, asambleas distritales por la exigibilidad del derecho a la salud y marchas públicas, entre otras, sin que hasta el momento se haya solucionado la problemática aquí identificada”. (Plan Territorial de Salud, p.127)

Ante las dificultades en acceso y garantía del derecho se ha avanzado en organizaciones sociales con el propósito de hacer exigible el derecho sin que su impacto haya tenido repercusiones hasta el momento.

La responsabilidad y aportes de los demás sectores en cuanto al reconocimiento, apropiación y concurrencia para mejorar la calidad de la salud y la vida de la población han sido insuficientes, por lo que, se fortalecerán los mecanismos que le permitan a la ciudadanía actuar con corresponsabilidad en la protección de su salud, de manera efectiva en la toma de decisiones y el control de las acciones del Sistema de Salud.

3.2.2. Categorías de pronóstico Marco interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo, Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud.

Como ya se indicó las categorías de pronóstico hacen referencia a las soluciones a los problemas identificados, especifica lo que se debe hacer y un llamado a la acción, fundamentando el porqué de la acción, los fines a perseguir, los medios a utilizar, la conveniencia de ciertos efectos y quienes están llamados a actuar (María Bustelo & Lombardo, 2005).

A partir de las preguntas guía descritas con anterioridad, se identificaron tres soluciones propuestas: 1). Provisión de servicios en salud en red, modernos y basados en la atención primaria en salud; 2). Garantía en el acceso, cobertura y financiamiento y 3). Fortalecimiento y defensa de lo público. A continuación, se realiza el análisis a profundidad de cada una de ellas.

Tabla 21. Resumen de nociones de solución marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo, Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud.

Noción de Solución	Dimensión Simbólica
Provisión de Servicios en Salud en red, modernos y basados en la Atención Primaria en Salud.	Modelo de Salud renovado que remueve la segregación y la inequidad.
Garantía en el Acceso, Cobertura y Financiamiento.	Sostenibilidad del modelo de salud.
Fortalecimiento y defensa de lo público.	Rol del Estado como protagonista.

1. “Modelo de Atención Humanizado, Basado en la Atención Primaria en Salud”.

Parte de reconocer la salud como un derecho, pone la vida en el centro de las acciones por lo que la universalización de la atención, mediante la equiparación de planes de beneficios, resulta estratégico para la superación de barreras y acceso efectivo a servicios de salud.

Propone la provisión de servicios de salud basado en la Atención Primaria en Salud, con énfasis en la prevención de la enfermedad, a través de intervenciones en el territorio alineándose a la declaración de Alma Ata e interviniendo los determinantes sociales de salud, bajo un paradigma de medicina social o colectiva en oposición a un proceso de salud - enfermedad dicotómico y atención biomédica asistencialista. De modo complementario propone la integración de redes y servicios como garante de acceso y tránsito a los servicios de salud al interior de los territorios y optimizando los recursos disponibles.

La siguiente tabla muestra el resumen de la noción de solución y las estrategias definidas para alcanzarlo.

Tabla 22. Resumen Descriptivos relativos a noción de solución “Modelo de Atención Humanizado, Basado en la Atención Primaria en Salud”

Noción de Solución	Dimensión Simbólica
Modelo de salud humanizado que supera la segregación y discriminación.	Modelo de Salud renovado que remueve la segregación y la inequidad.
Estrategias	
Organización de redes integrales implementación de modelo de atención primaria en salud.	Intervención con Integración Público Privada.
Implementación de atención en salud extramural y domiciliaria basada en APS.	Cambio de concepción del proceso de Salud – Enfermedad.
Fortalecimiento de la red pública hospitalaria en capacidad resolutive y equipamiento.	Modernización de la Infraestructura.
Salud Ambiental.	Posicionamiento del tema Cambio Climático.

Estrategia 1: Organización de redes integrales implementación de modelo de atención primaria en salud.

La integración de redes de prestación de servicios se comprende como la articulación de prestadores de salud públicos y privados, encaminados a fortalecer el primer nivel de atención. Para el Distrito, propone integración de los servicios ofertados en los distintos hospitales públicos, con transición entre los distintos niveles de atención, I, II y III, en donde igual se gire alrededor del territorio y el primer nivel es considerado la puerta de entrada a los servicios de salud de la red. La intervención parte en los micro territorios y desde los equipos de respuesta inicial, trascendiendo desde el nivel comunitario hacia un nivel transectorial e institucional. De esta manera facilita el acceso de familias pobres a servicios especializados inaccesibles por una limitación de recursos. Brinda resultados en aspectos como mortalidad infantil, desnutrición y embarazo de adolescentes.

“En salud la prioridad ha sido para los programas de prevención y para ello se destinaron 6.000 profesionales de la salud para recorrer las zonas más pobres de la ciudad, atendiendo de manera programada a 800 mil familias (3’200.000 personas), muchas de las cuales nunca habían tenido los recursos para visitar un centro asistencial. Estos esfuerzos se han visto compensados en una disminución de la mortalidad infantil, la desnutrición y el embarazo en adolescentes”. (Rendición de cuentas SDS, 2015 p.13)

Organiza los servicios a prestar en cuatro redes: redes prioritarias, redes de interés en salud pública, programas y modalidades de atención y abordaje poblacional. Brinda la posibilidad de acceder a atención de diferentes niveles de complejidad a partir de acciones de referencia y contrarreferencia organizadas desde el territorio. La integración está dada desde labores administrativas y de coordinación intra e inter institucional. Resulta relevante que las denominadas redes prioritarias son acciones de alto costo dándole papel protagónico a la intervención Estatal, por ejemplo, el laboratorio de Salud Pública, la red distrital de sangre y terapia celular y trasplante de órganos.

La red de interés en Salud pública se encuentra conformada por las acciones encaminadas al cumplimiento de los objetivos del milenio. Entre otras, atención materna perinatal, salud mental, SPA, atención integral al paciente en rehabilitación, atención al paciente oncológico, atención a pacientes pediátricos y enfermedades crónicas. Como novedad se encuentran los CAMAD (Centros de Atención Médica a Drogadictos), estrategia propuesta como fomento a la seguridad y atención médica integral a la ciudadanía.

La atención contempla el uso de herramientas y modalidades para la garantía del acceso a la salud, como lo es telemedicina, la ruta de la salud (transporte médico hospitalario entre unidades de salud), medicina alternativa y la combina con un abordaje poblacional.

“Esta propuesta promovió la especialización de las redes, en consonancia con la necesidad de garantizar en la población de un territorio dado, los servicios considerados vitales o que requieren el apoyo directo del Estado, por su trascendencia en la recuperación de la salud y/o en la detección de problemas de salud pública que tienen altas externalidades y que así no sean rentables, deben prestarse para obtener una mejor calidad de vida de la población, y su

*correspondiente repercusión en la situación de salud de la población”.
(Diagnóstico Sectorial de Salud SDS, 2015, p.4)*

Estrategia 2: Implementación de atención en salud extramural y domiciliaria basada en APS.

Esta estrategia parte de reconocer la Salud como un derecho fundamental y forma de defensa de la vida. Así mismo, lo enmarca como forma de confrontación con el modelo de salud propuesto a nivel nacional. Al ser un derecho fundamental su ejecución es plenamente asumida por el Estado. Toma como base un enfoque de salud familiar basado en atención primaria en salud.

“La Bogotá Humana, inspirada en la Constitución de 1991, (...), plantea el desarrollo de un modelo de atención cuyo centro sea el ser humano y su dignidad, al reconocer la salud como derecho fundamental, público, universal y solidario, con énfasis en la atención primaria, que confronta el modelo que considera la salud como un negocio”. (Modelo de salud p1)

Al ser reconocida como derecho fundamental define al Estado como principal responsable de su materialización. Excluye el proceso de salud–enfermedad del mercado y basa su definición en un modelo de Desarrollo Humano con enfoque de derechos. Las acciones en salud se encaminan al desarrollo pleno del potencial de la población que vive, transita y labora en la ciudad.

A partir de ello, desarrolla el proyecto denominado “Territorios Saludables”, que profundiza los planteamientos en APS desarrolladas por administraciones anteriores, transformando el modelo de salud por uno más humanizado y participativo. Está encaminado a garantizar la intervención en salud como generador de cambios en las condiciones de vida de la población, procurando reducir las inequidades, alcanzando mejor calidad de vida y mayor esperanza de vida al nacer.

Hace énfasis en que la atención primaria en salud (APS) es la puerta de entrada al sistema. Modifica la concepción de salud, en contraposición al modelo implementado a través de la ley 100 de 1993. Esta estrategia se complementa con la red de servicios pública y privada, con el propósito de acercar la atención de salud a la población más pobre, como forma de favorecer la accesibilidad de los servicios.

“En salud la prioridad ha sido para los programas de prevención y para ello se destinaron 6.000 profesionales de la salud para recorrerlas zonas más pobres de la ciudad, atendiendo de manera programada a 800 mil familias (3’200.000 personas), muchas de las cuales nunca habían tenido los recursos para visitar un centro asistencial. Estos esfuerzos se han visto compensados en una disminución de la mortalidad infantil, la desnutrición y el embarazo en adolescentes”. (Rendición de cuentas SDS, 2015, p.13)

Combina la Atención Primaria en salud (APS) y la intervención en los determinantes sociales, como forma de garantizar un proceso de atención universal y que responda a las necesidades de la sociedad. Para ello se requiere además atención intersectorial y articulada de actores y empoderamiento y participación de los individuos. Operativamente

define intervención a partir de equipos de respuesta inicial (encargados de realizar atención domiciliaria y en ámbitos comunitarios), equipos de respuesta complementaria (que se encuentran en los Centros de Salud y desarrollo Humano) y equipos de salud general.

“Ambos equipos (ERI y ERC) se constituyen en los vasos conductores entre la comunidad y los servicios de salud, al tiempo que con una estrategia de transectorialidad, se configuran como puerta de contacto con otros sectores sociales. El mecanismo capilar será la coordinación con las UPZ a través de equipos de coordinación territorial”. (Documentos temáticos de informes de resultados SDS, 2015, p 40)

Estrategia 3: Fortalecimiento de la red pública hospitalaria en capacidad resolutive y equipamiento.

Dentro de esta estrategia se contempla el proceso de modernización de la infraestructura de la red de servicios de Las E.S.E (Hospitales públicos), la adecuación de los Centros de Salud y Desarrollo Humano (CSDH). Adicionalmente, integra de manera estratégica a la recuperación del Hospital San Juan de Dios (HSJD), hospital cerrado y con un histórico de movilización social en el marco de la defensa del derecho a la salud.

El proceso de fortalecimiento de lo público se dirige al fortalecimiento tecnológico de las Empresas Sociales del Estado (E.S.E), la modernización tecnológica y administrativa. Así como, el desarrollo de nuevas instituciones e institutos encargados de atender las necesidades y expectativas de la población respecto a la salud.

“Fortalecer la red pública hospitalaria adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, en los tres niveles de complejidad, mediante la modernización de su capacidad instalada, tecnológica y equipamiento estructural, que permita el mejoramiento de la capacidad resolutive, la competitividad, la sostenibilidad financiera, la amigabilidad ambiental, la humanización en la prestación de los servicios y que favorezca mejores resultados de la prestación de servicios salud”. (Plan Territorial de Salud, 2012, p.137)

Prioriza en la intervención de infraestructura resaltando el accionar del Estado, de tal modo que el gobierno local tenga el control en la ejecución de las obras y contratos, contraponiéndose y tomando distancia de prácticas de corrupción o el llamado “carrusel de la contratación”. Sin embargo, no limita el accionar de las iniciativas privadas, siempre que este se encamine a la implementación de un modelo de salud preventivo se garantice el derecho a la salud.

“El programa Bogotá Humana ya, propiciará la aplicación de la ley de iniciativa privada recientemente aprobada por el congreso de manera decidida y profunda en los campos que le son coherentes, que nos ayuden a construir una Bogotá Humana ya. (...) Tiene que ver con las infraestructuras de salud sin que el distrito pierda la opción de un modelo preventivo de salud que garantice el derecho integral a la salud de la ciudad de Bogotá”. (Discurso de Posesión Petro L 495 – 502)

Como parte del proceso de modernización del modelo, se requiere de otras modalidades de atención como lo es, salud en línea y telemedicina. Junto con el desarrollo de ciencia y tecnología a partir del centro de biotecnología y demás espacios de investigación. Los cuales están a cargo del Estado a través de la Secretaría Distrital de Salud.

El proceso de resolutivez está imbricado en el enfoque de atención primaria de salud, apareciendo como características de atención la integralidad y la continuidad de los actos médicos y las decisiones tomadas por los profesionales de salud que parte desde el proceso de intervención inicial en los territorios. Acciones encaminadas al impacto de los determinantes sociales de salud a partir de inclusión social, educación, sensibilización e información, con atención humanizada.

Es a partir de ello que se puede intervenir en las fallas propias del sistema de salud con una afectación positiva de los condicionantes en la relación salud enfermedad. Se contempla la concurrencia de distintos actores y la integración de las redes de salud con el territorio y en los distintos niveles de atención.

“Es a través de las acciones individuales y colectivas del acto médico e intervenciones para el cuidado, que médic@s y enfermer@s deben realizar: Servicio de atención domiciliaria y extramural; la atención del médico como primer respondiente; la atención inicial de urgencias; las intervenciones de tamizajes para la detección temprana de patologías y riesgos en salud; la consulta médica inicial y finalmente el proceso de canalización y referencia, a otros niveles de complejidad o a otros sectores, con el fin de garantizar integralidad y continuidad, características propias de un enfoque de APS”. (Documento modelo de Salud SDS, 2012, p 33)

Estrategia 4: Salud Ambiental.

Procura posicionar la necesidad de poner atención al cambio climático y su impacto en la vida humana. La intervención en las condiciones socio ambientales en los territorios impacta la calidad de vida de la población. Las consecuencias del cambio climático mantienen relación directa con los determinantes sociales de la salud. Así mismo, la intervención en las condiciones sanitarias y socio ambientales impacta en la mitigación, adaptación y gestión del riesgo de las condiciones relacionadas con el cambio climático.

“Contribuir a la preparación de la Ciudad y de la Región Central del país para afrontar el cambio climático y global, desde una perspectiva de transformación de las condiciones sanitarias y socio-ambientales de los territorios del Distrito Capital, afectando positivamente la vulnerabilidad de bio-sistemas, y el agotamiento de recursos vitales; previniendo la contaminación del agua, controlando la industria intensiva, la urbanización expansiva, la contaminación atmosférica vehicular e industrial; al igual que la exposición a sustancias químicas, la contaminación radiactiva y electromagnética, y los accidentes de tránsito”. (Plan Territorial de Salud, 2012, p.)”

2. Garantía en el Acceso, Cobertura y Financiamiento.

En esta estrategia se focaliza en el financiamiento del modelo de atención. El acceso y cobertura se encuentra mediada por un proceso de administración, unificación y complementariedad de los recursos destinados a las acciones de salud pública más eficiente y en clave de garantía de derechos. Dispone de control y vigilancia a los actores del sistema para disminuir las desviaciones y redistribución de fondos para compensar las asimetrías del mercado.

Como la base del modelo es la Atención Primaria en Salud, cada uno de los actores públicos o privados tienen como responsabilidad el financiamiento y materialización de un conjunto de acciones básicas independiente de su forma de vinculación al sistema de salud. El objetivo del proceso de financiamiento del sistema está dado por los resultados en la situación de salud de la población. Es por ello, que los indicadores generados van encaminados a medir los resultados en salud.

“Los mecanismos de contratación para cumplir con los resultados en salud en el marco de la APS, serán objeto de discusión, pudiendo incluso explorar e incluir contratación por “paquetes de Atención” o “portafolios o carteras de servicios”, para P y P, PIC e incluso “agrupando con costos definidos” las atenciones de prestación de las patologías de mayor frecuencia de morbilidad. Lo fundamental en APS serán los “resultados en la situación de salud” que se medirán a través de indicadores, por lo cual los mecanismos de asignación de recursos no irán en función de llenar coberturas y hacer actividades, sino de superar los resultados en salud hasta hoy obtenidos”. (Modelo de Salud, SDS 2012, p. 41)

A continuación, se describen las estrategias relacionadas con la solución de garantía del acceso, cobertura y financiamiento.

Tabla 23. Resumen Descriptivos relativos a la noción de solución “Garantía en el Acceso, Cobertura y Financiamiento”.

Noción de Solución	Dimensión Simbólica
Garantía en el Acceso, Cobertura y Financiamiento.	Sostenibilidad del modelo de salud.
Estrategias	
Aseguramiento Universal.	Unificación de regímenes.
Administración de los Recursos.	Cambio de concepción del proceso de Salud – Enfermedad.

Estrategia 1: Aseguramiento Universal.

La universalización del derecho a la salud, supera la acción del aseguramiento o afiliación a una Entidad Administradora de Plan de Beneficios EAPB. Se refiere a la homologación de los planes de beneficios de los sistemas contributivo y subsidiado, como forma de romper esquemas de segregación y criterios de calidad y eficiencia en una disyuntiva entre el sector público y privado. Prioriza la intervención de niños y niñas. A partir de la universalización de la atención en salud, inicialmente en los sectores más pobres en los

estratos 1 y 2 busca combatir la segregación social y construir una ciudad incluyente, digna y con equidad.

“(…) Es que el POS¹³ contributivo no se diferencia del POS subsidiado. POS subsidiado, que tiene que ser llevado al POS contributivo, pero que en el caso de los niños no se limita al POS contributivo, sino en caso de enfermedad y atención de salud debe tener todo el procedimiento. Asiste por fuera del POS contributivo que la ciudad debe pagar para que el derecho a la salud integral sea un derecho real garantizado para nuestros niños y nuestras niñas en la ciudad de Bogotá”. (Discurso de Posesión Petro L 237 - 243)

Estrategia 2: Administración de los Recursos.

Al ser la salud concebida como un derecho fundamental, la ejecución y financiación es plenamente asumida por el Estado e implica acciones concretas en el acceso. Es decir, sin importar el tipo de afiliación y aseguramiento que ostente el ciudadano recibirá atención y educación en salud. El uso de los recursos asignados a la salud se destinará prioritariamente a la financiación y sostenibilidad de las acciones adelantadas en salud pública, encaminadas a atender los determinantes de salud pública y el modelo de salud familiar.

“En conclusión, frente al financiamiento de los diferentes proyectos que debe atender el sector salud, se tiene que más del 70% de los ingresos tienen una destinación específica, como son los provenientes de las Rentas cedidas, el SGP, las transferencias de la Nación y los recursos de capital, que en alto porcentaje correspondió a los excedentes de la cuenta maestra del régimen subsidiado, cuyo uso está definido por la Nación a través de la Ley 1608 de 2013, artículo 2º. De ahí que solo los aportes de recurso ordinario permiten adelantar las demás prioridades establecidas en los Planes de Desarrollo”. (Diagnostico sectorial de Salud, SDS, 2015 p.)

Respecto a la situación financiera de las ESE, responsabiliza a las entidades nacionales y a los mediadores EAPB, de no realizar los desembolsos derivados de la venta de servicios. Por lo que insta a entes de nivel nacional a intermediar en el proceso de pago.

3. “Fortalecimiento y defensa de lo público”.

En las soluciones, el rol del Estado es crucial. Es el responsable de desarrollar políticas y ejercer la rectoría para la garantía de derechos, es protagonista del proceso de intervención mediante la implementación de modelo de salud basado en atención primaria de salud restaurada.

Esta noción de solución transita por el fortalecimiento de la institucionalidad, de La infraestructura, gestión de recursos financieros y fortalecimiento de la participación

¹³ Plan Obligatorio de Salud

ciudadana, para ello hace énfasis en favorecer la gobernanza y toma de decisiones y el promover la participación social.

En este camino no solamente se reconoce el papel del Estado en la administración del problema, sino que dota de capacidades a la población para su acceso y disfrute de derechos.

Tabla 24. Resumen Descriptivos relativos a la noción de solución “Fortalecimiento y Defensa de lo Público.”

Noción de Solución	Dimensión Simbólica
Fortalecimiento y defensa de lo público.	Estado como responsable en la administración del problema.
Estrategias	
Gobernanza y rectoría del sector.	Inspección y Control.
Promoción social y empoderamiento ciudadano.	Participación y generación de agenda de control social.

Estrategia 1: Gobernanza y Rectoría del Sector.

Como parte del proceso de fortalecimiento del sector público, se recalca la importancia del fortalecimiento institucional como ente rector de las políticas públicas en el proceso de implementación del modelo de salud y de la estrategia de atención primaria en salud. Para ello considera como necesaria la corresponsabilidad de todos los actores sociales y del Sistema de Seguridad Social de Salud de la ciudad.

“Al finalizar el 2016, la ciudad habrá rescatado la solidaridad y la esencia del Estado y de lo público, como factores para garantizar el derecho a la salud”. (Plan Territorial de Salud, p7)

“Ejercer la gobernanza en salud en el Distrito Capital y la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de políticas públicas concertadas con los diferentes sectores y actores sociales y del control efectivo del cumplimiento de las obligaciones de los actores del sistema, para garantizar el derecho a la salud de sus habitantes”. (Plan Territorial de Salud, p150)

Se recalca el papel del gobierno local en el direccionamiento y ordenamiento del sector, articulando las responsabilidades de cada uno de los actores. Señala la necesidad de que el equipo de gobierno sea ejemplo de probidad en la gestión enfocado en obtener los mejores resultados.

Estrategia 2: Promoción Social y Empoderamiento Ciudadano.

Como forma complementaria a la garantía del derecho a la salud se propone la promoción y empoderamiento de la ciudadanía hacia el desarrollo de acciones de exigibilidad del derecho y participación para la toma de decisiones en el territorio e incidencia real en la toma de decisiones. Así mismo, mejora mecanismos de interacción con la ciudadanía.

“Como parte de la implementación del Programa Territorios Saludables y de la APS, el ámbito comunitario desarrolla el proceso de gestión comunitaria de la salud, para fomentar la ciudadanía en salud, la organización social, el empoderamiento comunitario, el control social y la incidencia social en la planificación, seguimiento y evaluación a nivel del micro territorio, del territorio saludable y de las localidades de la ciudad a través del Proceso de divulgación y evaluación comunitaria del programa Territorios Saludables que tiene como objetivos determinar el grado de satisfacción comunitaria sobre la implementación del mismo, en las localidades de Bogotá y promover la visibilización del Programa Territorios Saludables”. (Documento Guía operativa ámbito comunitario Gestión comunitaria de la salud SDS 2014, p 8)

A partir de ello, se contempla la organización desde el territorio de distintas formas de organización e interacción con organizaciones sociales y comunitarias orientadas hacia la defensa del derecho a la salud. Adicional a la coordinación contempla realizar acciones de información, educación, comunicación y en caso de ser requerido la asesoría para el empleo de mecanismos de exigibilidad jurídica, política y social. Dentro de ello se definieron los Consejos Saludables por micro territorio, Consejos ciudadanos del territorio saludable, la Asamblea local y distrital en salud y las redes de organizaciones sociales y comunitarias.

3.2.3. Situaciones de Poder Marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud.

El análisis permitió identificar quienes son dominantes y tienen voz en el debate político de la política en salud. A continuación, se relaciona aquellos que representan el presente marco.

Tabla 25. Situaciones de poder identificadas en el Marco interpretativo 1.

Situación de Poder	Dimensión Simbólica
Voces Dominantes.	La voz dominante en el debate de la Política en Salud, pertenece a expertos en salud pública.
Causalidad	
Estado.	En el proceso de orientación y rectoría.
Equipos médicos y expertos.	En la prestación de servicios de salud.
Ciudadanos y organizaciones sociales.	En procesos participativos y toma de decisiones en salud.

1. Estado.

Este marco se configura a partir de la orientación que da el Estado y en él la Secretaría de Salud Distrital y demás unidades administrativas para la orientación de las políticas en Salud. Bajo la concepción de la Salud como Derecho el Estado es el responsable de la provisión y garantía de los servicios en salud.

“La salud como derecho fundamental de los ciudadanos, es responsabilidad del Estado y como tal, el gobierno distrital la asume de manera consciente, mediante el reconocimiento, respeto, defensa y garantía del mismo, como aporte para que la población que vive, labora y transita en la ciudad, logre desarrollar plenamente su potencial vital”. (Plan Territorial de Salud, SDS 2012, p.7).

2. Equipos médicos y expertos.

La atención de los servicios de salud y el dinamismo del modelo de salud en el territorio se da bajo la responsabilidad y articulación de los profesionales de salud y expertos quienes en el territorio canalizan y orientan las acciones e intervenciones en los diferentes niveles de atención.

“La atención continua implica la responsabilidad del profesional actuante y/o del equipo de salud de garantizar el seguimiento del estado de salud – enfermedad de la persona en los distintos servicios que conforma el sistema sanitario, así como la red sanitaria. O sea que implica un conocimiento apropiado del profesional de los mecanismos de referencia y contra referencia, y de las instituciones que conforman la red con la que cuenta la comunidad referenciada”. (SDS, Modelo de salud, 2012, p 28)

3. Ciudadanos y organizaciones sociales.

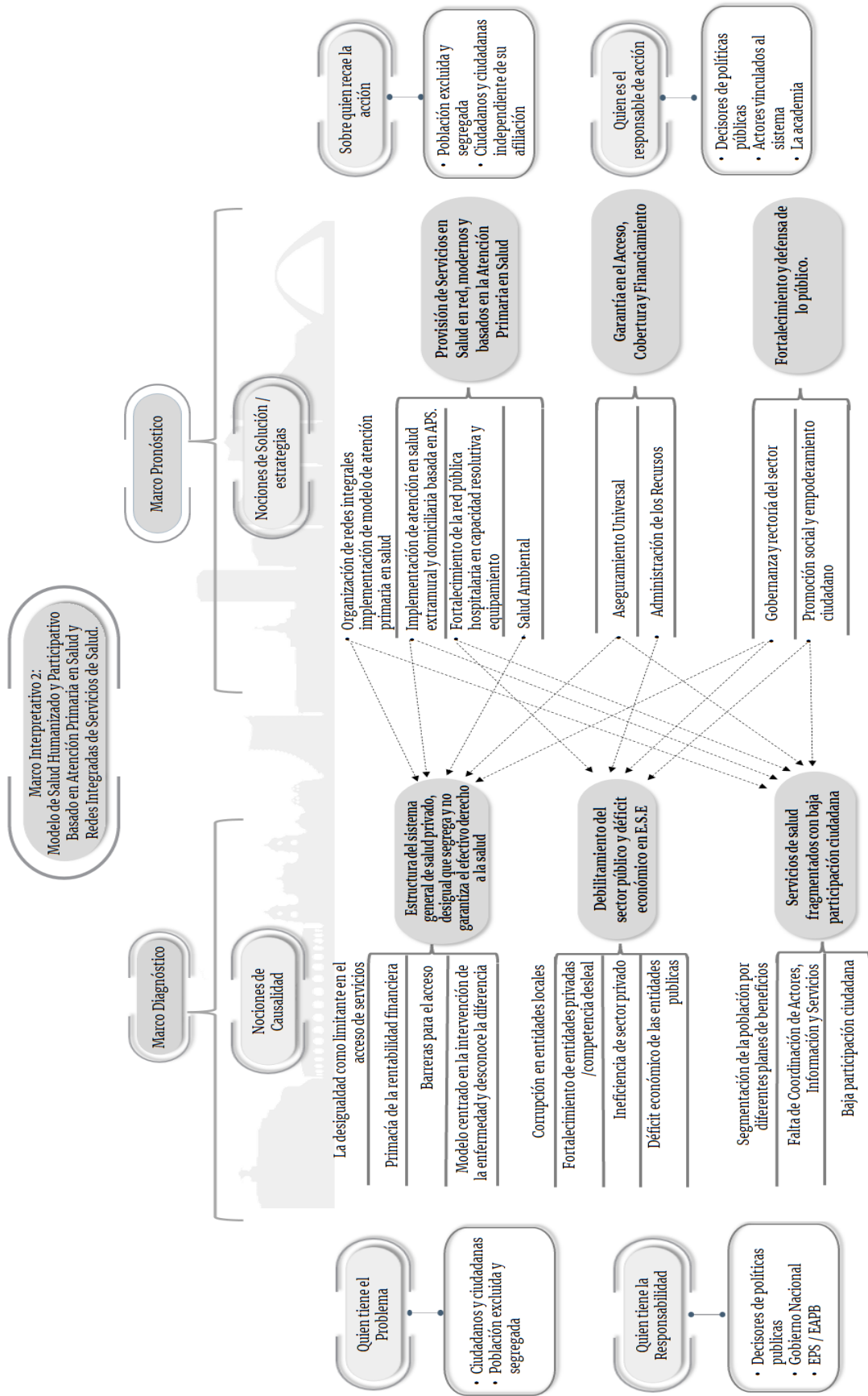
Los ciudadanos y organizaciones tienen voz a partir de la estructuración de redes de participación y acciones de empoderamiento, control social e incidencia en las decisiones en el marco de la política de salud.

“El eje de Participación Social tiene como propósito generar las condiciones que favorezcan el empoderamiento ciudadano, control social y la incidencia en el conjunto de las decisiones públicas, para la promoción, protección, exigibilidad del derecho a la salud y la transformación de las condiciones de vida y salud, a partir del reconocimiento de sus realidades territoriales y diversidades poblacionales, en la construcción de una Bogotá más humana, incluyente y equitativa”. (SDS, Modelo de salud, 2012, p 45)

3.2.4. Balance y equilibrio entre los marcos de diagnóstico y pronóstico en el marco Interpretativo 2: Modelo de Salud Humanizado y Participativo, Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud.

A partir de la información y los datos resulta posible reconocer la existencia de un balance o equilibrio entre las categorías diagnóstico y pronóstico y dónde está puesto el énfasis, la ausencia de alguno de ellos (Verloo & Lombardo, 2007a). En este caso en específico se puede observar que existe correspondencia entre el marco de pronóstico con el de diagnóstico. A partir del reconocimiento de un modelo de salud que concibe la salud como un negocio, propone en contraposición transformar el modelo por uno que brinde garantías para el goce efectivo del derecho a la salud. Es así como define acciones de

Ilustración 7. Balance y Equilibrio Marco interpretativo 2: Modelo de salud humanizado y participativo, basado en APS y redes integradas de servicios.



Fuente: Elaboración propia a partir de situaciones encontradas. Imagen: Alcaldía de Bogotá 2021

intervención en el territorio encaminadas a acercar el sistema de salud a los territorios, mejorando el acceso a salud especialmente de aquellos que históricamente han sido excluidos (ver ilustración 7).

En el marco de diagnóstico, detalla a profundidad las falencias existentes en el modelo de salud definido a nivel nacional estructurado bajo el mandato normativo. En el marco de soluciones propone la profundización de las acciones de atención primaria en salud, rompiendo radicalmente con la concepción del proceso de salud – enfermedad desde un punto de vista médico - biológico. Busca el fortalecimiento de lo público, el cambio de la comprensión del concepto de salud y la garantía de la financiación del sistema de salud pública a partir de la integración de redes de servicios y la participación ciudadana.

Para el marco de pronóstico hace énfasis en el desarrollo de un modelo de salud con énfasis en la atención primaria en salud (APS) como puerta de entrada al sistema, modifica la concepción de salud en contraposición a un modelo mercantilista, Como garantía de la financiación y modernización. Establece un conflicto con las políticas públicas de orden nacional y legislación existente en cuanto a políticas de salud.

El enfoque empleado para abordar el modelo de salud, se encuentra cercano a un enfoque de medicina social, en donde el estado de salud está determinado por condiciones sociales y económicas. Explícitamente define la salud como “un proceso pluridimensional, interferida por múltiples condiciones de la estructura de la sociedad, del modelo del desarrollo, la biología y la genética”, presentes en las poblaciones en interacción con el territorio. Por ello la enfermedad es producto de un proceso histórico político, económico y social complejo. A partir de esta comprensión se encamina a priorizar la intervención en salud pública a partir de la integración de los planes de intervenciones colectivas e individuales favoreciendo la vigilancia y control de la salud pública.

Propone la universalización del derecho a la salud, supera la acción del aseguramiento o afiliación a una Entidad Administradora de Plan de Beneficios - EAPB-. Aunque lo nombra de la misma manera, “aseguramiento”, se refiere a la homologación de los planes de beneficios de los sistemas contributivo y subsidiado, como forma de romper esquemas de segregación y criterios de calidad y eficiencia en una disyuntiva entre el sector público y privado. Prioriza la intervención de niños y niñas. A partir de la universalización de la atención en salud, inicialmente en los sectores más pobres en los estratos 1 y 2 busca combatir la segregación social y construir una ciudad incluyente, digna y con equidad.

Así mismo, la integración de actores y servicios como forma de optimizar la capacidad instalada de los hospitales públicos (Empresas Sociales del Estado E.S.E) y el uso de recursos financieros con miras a la garantía de acceso de los servicios de salud. Esta integración contempla gestión y acciones de coordinación público - privadas con miras a resolver problemática de acceso derivada del modelo de salud y la desfinanciación de las entidades públicas.

3.3. Análisis de Marcos Interpretativos de la Política de Salud en Bogotá presentes en el periodo 2012 – 2020.

En este estudio se establecieron dos marcos interpretativos. El primero correspondiente a “Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas”. Este es el marco Dominante, que entra en conflicto con el marco secundario denominado “Modelo de Salud Humanizado y Participativo, Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios en Salud”, el cual es profundizado durante la administración de la alcaldía de Gustavo Petro en el periodo entre 2012 a 2016.

Este segundo marco transforma el primer marco y lo reemplaza estableciendo acciones de salud colectivas en el territorio, independiente de la forma de aseguramiento o condición socio económica de la población, con atención de salud integral y resolutiva con presencia de atención extramural y centros de atención primaria más cercano a los usuarios.

Posteriormente, en el periodo 2016 a 2020, derivado del conflicto generado entre los marcos, se retoma en el marco dominante, profundizando en el desarrollo de capacidades individuales con un modelo de desarrollo de ciudad, basado en el desarrollo urbano. Que consiste en una amplificación del modelo de atención de salud focalizado hacia los más pobres.

De tal manera que, el cambio de identidad política del alcalde, en el caso de Bogotá, va a comportar un cambio en la orientación de las políticas de salud que van dirigidas a la población de menores ingresos de la capital de Colombia. Asimismo, este conflicto de marcos de interpretación, se encuentra muy vinculado al cambio de signo político del alcalde e impulsa la aparición de nuevas formas de argumentar los problemas y definir las rutas de acción.

3.4. Identificación de Conflictos y Convergencia entre Marcos Interpretativos

Identificación de Conflicto entre Marcos.

En análisis de marcos interpretativos se identificaron cuatro conflictos entre marcos: el primero relacionado con el Rol del Estado, segundo con el modelo de salud, el tercero relacionado con la Atención Primaria en salud y finalmente sobre acciones de focalización.

Tabla 26. Identificación de Conflictos Entre Marcos.

Marco Interpretativo	Situación de Conflicto	Dimensión Simbólica
Rol del Estado		
Marco Interpretativo 1	Gobernanza y nuevas prácticas de relacionamiento entre gobierno y entidades privadas y gobernabilidad civil.	Desconcentración de la responsabilidad del Estado.
Marco Interpretativo 2	Fortalecimiento y defensa de lo público.	Rol del Estado como protagonista.
Modelo de Salud		

Marco Interpretativo 1	Reestructuración del modelo de salud.	Cambio de modelo de salud por uno más eficiente, resolutivo y con reducción del gasto público.
Marco Interpretativo 2	Modelo de salud humanizado que supera la segregación y discriminación.	Modelo de Salud renovado que remueve la segregación y la inequidad.
Atención Primaria En Salud		
Marco Interpretativo 1	Atención primaria en salud resolutiva.	Enfoque Médico – Biológico.
Marco Interpretativo 2	Implementación de atención en salud extramural y domiciliaria basada en APS.	Cambio de concepción del proceso de Salud – Enfermedad.
Focalización		
Marco Interpretativo 1	Focalización en la atención.	Eficiencia en el uso de los recursos públicos.
Marco Interpretativo 2	Aseguramiento Universal.	Unificación de regímenes.

Conflicto 1: Rol del Estado: Este conflicto se deriva del marco dominante “**Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas**” el cual implementa estrategias para reproducir una cierta continuidad con las políticas derivadas del Consenso de Washington, referente a la desestatización de las acciones de Salud. Apela principalmente a la ineficacia y prácticas de corrupción al interior del Estado, y exalta las prácticas gerenciales y eficiencia de la empresa privada. Entra en conflicto con el marco secundario “**Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud**” que concibe la salud como un derecho, y como tal, es responsabilidad del Estado su provisión, proponiendo procesos del fortalecimiento del Estado e instauración de prácticas de participación ciudadana para fortalecer la veeduría social y control social de las prácticas estatales.

Conflicto 2: Modelo de Salud: Este segundo conflicto se encuentra centrado en el enfoque bajo el cual se estructuran las acciones de salud y la respuesta a las necesidades de la población de la ciudad. Entra en conflicto una visión resolutiva de los procesos de enfermedad bajo un enfoque biológico. El marco dominante, desconoce los Determinantes Sociales y se centra en la Gestión del Riesgo de Enfermar y morir, dando mayor prevalencia a las intervenciones individuales.

En otro sentido, prioriza el desarrollo de tecnología centrado en el fortalecimiento de las intervenciones individuales, por sobre las acciones colectivas y los determinantes sociales de la salud, dejando clara la pobre intensión del fortalecimiento de la Salud Pública en el Distrito y la modificación de los determinantes que influyen en el proceso de salud - enfermedad. Para ello se fortalecen las acciones adelantadas y se crea el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud (IDCBIS), con el fin de promover el desarrollo de diferentes actividades científicas, tecnológicas y de estimular el crecimiento de estructuras proyectadas a la producción de ciencia, tecnología, innovación e investigación en el sector salud en Bogotá y se implementan herramientas tecnológicas para la asignación de citas y la sistematización e integración de la historia clínica bajo responsabilidad de organismos privados.

El marco secundario en contraposición, estructura el diseño de un modelo de salud que prioriza la salud pública, en especial bajo el concepto de atención primaria de salud y universalización del servicio como estrategia para la superación de las barreras y garantía de goce efectivo de salud en especial para los excluidos y segregados.

Se concibe la salud bajo un enfoque de derechos y al ser considerado de esta manera, corresponde al Estado su garantía, se enfoca fundamentalmente a corregir los efectos de desprotección generado por la lógica de rentabilidad financiera incentivado por el modelo de salud.

Este marco interpretativo se relaciona con intervenciones en salud que busca la transformación de los determinantes sociales, entendiendo el proceso de salud – enfermedad como un complejo sistémico y determinado por distintos elementos. Focaliza en la atención de los más excluidos y pobres, definiéndose como una medida de protección ante la vulnerabilidad dado que separa la atención de calidad de la capacidad de pago, es decir con los ingresos económicos de la persona.

Así mismo, se contempla como una medida hacia la consecución de la equidad y justicia social ya que, por un lado, parte de la premisa de la equiparación de oportunidades y de acceso y por otro la inclusión de los excluidos.

Conflicto 3: Atención Primaria en Salud: El marco dominante se distancia de los determinantes sociales en salud y de los principios de Alma-Ata en Atención Primaria. Desarrolla el concepto de “Atención Primaria en Salud Resolutiva APSR” dándole prioridad a la atención de la enfermedad en un enfoque centrado en la resolutivez biomédica y focalizado en territorios con población más vulnerable y peores cifras de morbimortalidad. Se contraponen a considerar la atención primaria como puerta de entrada.

“(…) la APS seguirá siendo la estrategia fundamental en la concepción y operación de los servicios de salud, pero superando el concepto de puerta de entrada y primer nivel de atención; así como también, el de la separación artificial de lo individual y lo colectivo, para dar paso a la atención integral por redes integradas que fomentan la salud, previenen la enfermedad y resuelven de manera efectiva y oportuna las demandas de atención”. (Plan Territorial de Salud, 2012 p. 25)

“La Nueva Estrategia de Atención Primaria en Salud será más resolutiva y tendrá como centro de desarrollo y operaciones los CAPS. Contará con equipos multidisciplinarios extramurales de atención, en coordinación con las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), encargados de la búsqueda, atención y seguimiento a las poblaciones más vulnerables”. (Plan Territorial de Salud, 2012 p. 29)

Desde el marco secundario, la Atención Primaria en salud es considerada la puerta de entrada al sistema. Las distintas atenciones en salud tienen como núcleo la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Las acciones de referencia, contra referencia y atención se conciben en un esquema en red que se concentra en nutrir y garantizar el

ejercicio efectivo del derecho a la salud en la población, reduciendo de esta manera las inequidades de cara a enfrentar los determinantes.

“Organización y desarrollo de las redes integradas de servicios de salud, articuladas mediante un sistema de información, evaluación de su desempeño, mecanismos de financiación, niveles de evidencia, responsabilidades de los actores, optimización del primer contacto y fortalecimiento del primer nivel de atención y de los servicios comunitarios como principal puerta de entrada al Sistema”. (Plan Territorial de Salud, 2012 p. 45)

Conflicto 4: Focalización de los Servicios de Salud: Este conflicto se encuentra centrado en el alcance y optimización del uso de los recursos. Mientras que, en el marco dominante, para que el modelo de salud sea eficiente, se requiere la focalización en el grupo más vulnerable, especificando las características de la población a la que están dirigidas las acciones.

“Con el nuevo modelo de atención integral en salud se espera mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá, D. C.; así como disminuir diferenciales en morbimortalidad entre localidades y grupos de personas en la ciudad. Se diseñarán instrumentos para la identificación, clasificación e intervención del riesgo en salud. Existirán los equipos de atención integral orientados a la atención de población pobre y vulnerable con énfasis en poblaciones especiales, como personas de otros pueblos y ciudades, habitantes de calle, personas en situación de discapacidad, entre otros. Estos equipos enfocarán su labor en las localidades que presentan los peores indicadores de salud, implementando una estrategia de tipo incremental para superar las diferencias”. (Plan Territorial de Salud 2016 SDS, p 180)

En el marco secundario, se concibe como estrategia para mejorar las estadísticas y comportamiento de la salud en la ciudad, la atención integral y universal, en el que no se tenga en cuenta los regímenes de aseguramiento, la capacidad de pago ni otras condiciones. El acceso a los servicios debe ser universal.

“El modelo fortalece la promoción de la salud, la detección precoz, la prevención de la enfermedad, la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, la atención integral, integrada y universal de la población y la promoción de entornos ambientalmente saludables”. (Plan Territorial de Salud 2012 SDS, p 133)

Identificación de convergencias entre Marcos.

En lo que respecta a las convergencias de los marcos interpretativos se identificaron dos convergencias relacionadas con la necesidad de la integración de los servicios de salud ofertados en la ciudad y la modernización de la infraestructura y desarrollo tecnológico.

Tabla 27. Identificación de convergencia entre Marcos.

Convergencia	Marco Interpretativo	Dimensión Simbólica
Redes Integradas de Servicios	Redes integradas de servicios de salud.	Fusión de ESE (Hospitales Públicos), reducción del gasto.
	Organización de redes integrales implementación de modelo de atención primaria en salud.	Intervención con Integración Público - Privada.
Modernización de Infraestructura y desarrollo de tecnología	Mejoramiento de infraestructura y tecnología.	Desarrollo y progreso.
	Fortalecimiento de la red pública hospitalaria en capacidad resolutive y equipamiento.	Modernización de la Infraestructura.

En el análisis de los marcos se identificaron dos puntos en común los cuales se describen a continuación.

Redes Integradas de Servicios, se observa que en los dos marcos aparece referenciada la necesidad de articular los servicios ofertados dada la fragmentación y diferentes sistemas y actores presentes en el servicio, en cumplimiento a directrices dadas por organismos internacionales como la OPS. En el marco dominante **“Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutiveas”** la integración de las redes involucró la fusión de los 22 hospitales públicos en 4 subredes de servicios y la articulación con EAPB públicas y privadas desde acciones de inspección y vigilancia.

“Con este enfoque se busca fortalecer la estrategia renovada de atención primaria en salud resolutivea y la construcción de redes integradas de servicios de salud que solucionen la fragmentación, mejoren la oportunidad, la calidad y permitan priorización de los servicios que tiene hoy el sistema de salud, al tiempo que se ejecutan acciones en pro de la salud de manera planificada y coordinada con los ciudadanos y demás agentes, logrando impactos favorables en la calidad de vida y la felicidad de la población del Distrito Capital, lo mismo que en la satisfacción y los años de vida saludable”. (Plan Territorial de Salud, SDS 2016, p.35)

En el marco Interpretativo secundario **“Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud**, las redes integradas de servicios se encuentran dirigidas a la integración de servicios públicos y privadas ofertadas en la ciudad, como estrategia para la superación de barreras de tipo administrativo, económico y territorial. Para ello avanzó en la integración de los servicios ofertados en los Hospitales públicos en 4 subredes de servicios. Como complemento fomenta la atención universal y las acciones de prevención y promoción, tamizaje y diagnóstico en los territorios.

“Las Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS, tienen como propósito contribuir al desarrollo de los Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria en Salud, con prestación de servicios de salud accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos”. (Plan Territorial de Salud, SDS 2012, p.25)

Modernización de Infraestructura y Desarrollo de Tecnología: La segunda convergencia se encuentra dada con la modernización de la infraestructura y capacidad instalada de los hospitales públicos. En el marco maestro representa realizar acciones mediante alianzas público privadas para la construcción de infraestructura y desarrollo tecnológico para el acceso a la salud.

“busca mejorar la calidad de los servicios destinados a la atención en salud para, con la implementación de la historia clínica virtual y a través de cualquier plataforma y de la telesalud, facilitar el acceso a atenciones resolutivas, a atención eficiente en la prestación de los servicios, información pertinente, suficiente y clara, individualizada y diferenciada, en especial a los afiliados al régimen subsidiado y a la población PPNA¹⁴, elevando el nivel de satisfacción en salud. Se aunarán esfuerzos, mediante APP, con el fin de construir la infraestructura física requerida, aprovechando entre otros, predios ubicados dentro de las zonas de desarrollo del proyecto Salud Región”. (Plan Territorial de Salud SDS, 2016, p.190)

En el marco secundario la modernización y desarrollo de tecnología se encuentra asociado con la mejora de la atención y mejoría de los estándares de calidad de los servicios prestados por la red pública. Es relevante mencionar que el desarrollo de ciencia y tecnología debido a sus altos costos en este marco es asumido por el Estado.

“Así mismo se fortalecerán las Empresas Sociales del Estado, mediante la consolidación y modernización de su red, para la atención con altos estándares de calidad, acreditadas, con apropiación de ciencia, tecnología e innovación, rescatando su papel de apoyo a la formación de profesionales de la salud”. (Plan Territorial de Salud SDS, 2012, p.13)

3.5. Identificación de cambios en los Marcos Interpretativos.

Como se mencionó anteriormente, los marcos no son estáticos y al interior de ellos se pueden producir cambios derivados de múltiples factores, influencia de argumentos de otros actores o ámbitos, cambio en el contexto o influencia de los argumentos empleados desde otro marco. Situación que da cuenta que las problemáticas no permanecen per se, sino responde y se moviliza de acuerdo al contexto o evolución de los conceptos empleados para su justificación y llamado a la acción. En el análisis se observan los siguientes cambios en los marcos:

En el marco **“Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas”** se observa que cambia la forma de nombrar la “Atención Primaria en Salud Renovada - APSR” por “Atención Primaria en Salud Resolutiva APSR” dándole prioridad a la atención de la enfermedad en un enfoque centrado en la resolutividad biomédica y focalizado en territorios con población más vulnerable y peores cifras de morbimortalidad. Se contraponen a considerar la atención primaria como puerta de entrada y los determinantes sociales de salud. Modifica el término definido por organismos

¹⁴ Hace referencia a la Población Pobre No Afiliada

internacionales como la OPS y la OMS y las directrices emitidas por el Ministerio de Salud. Este ajuste en los términos y definiciones no cambia las orientaciones del marco.

Así mismo, en el pronóstico se reconfigura la problemática denominada “*barreras de acceso*” de tipo económico, administrativo y cultural presentes en el modelo de salud y cambia la forma de nombrarlas, denominándose ahora “Fronteras artificiales”, situación que da un nuevo sentido a la acción. Se da por entendida la no existencia de barreras sobre las cuales es necesario actuar, ya que las limitantes son fronteras artificiales. Es decir, modifica la forma de nombrar el problema, que luego es ajustada sin que represente un cambio en el marco propiamente dicho.

“El modelo garantiza integralmente los servicios del Plan Obligatorio de Salud y del Plan de Intervenciones Colectivas; y se atienden las poblaciones por equipos multidisciplinarios, borrando las fronteras artificiales que se crearon en torno a planes de beneficios, esquemas de afiliación, operación y financiación.” (Plan Territorial de Salud SDS 2016, p.25

Finalmente cambia la forma de nombrar la “integración de redes” por “fusión de los hospitales”, dando un nuevo enfoque al proceso de articulación de servicios y modalidades de atención a un proceso de fusión. Esta situación se encamina a la centralización en el funcionamiento de los hospitales públicos, eliminando ficticiamente las barreras de acceso. Propone procesos de especialización de los hospitales, trasladando acciones entre uno y otro, situación que no garantiza atención de calidad de los ciudadanos que requieren el servicio de salud.

Para el Marco “**Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud**” se identifica que propone la universalización del derecho a la salud, supera la acción del aseguramiento o afiliación a una Entidad Administradora de Plan de Beneficios EAPB. Aunque lo nombra de la misma manera, “aseguramiento”, se refiere a la homologación de los planes de beneficios de los sistemas contributivo y subsidiado, como forma de romper esquemas de segregación y criterios de calidad y eficiencia en una disyuntiva entre el sector público y privado. Prioriza la intervención de niños y niñas. A partir de la universalización de la atención en salud, inicialmente en los sectores más pobres en los estratos 1 y 2 busca combatir la segregación social y construir una ciudad incluyente, digna y con equidad.

IV. CONCLUSIONES

Con el objeto de situar en el centro el cambio de políticas sociales en el gobierno local, específicamente en las políticas de salud hacia la población más vulnerable, es que este estudio logra responder la pregunta sobre si ¿el cambio de alcalde y de signo político de este comporta un cambio de políticas? Situándose en el gobierno local de Bogotá en el período 2012 a 2020, con cambios de gobierno de derecha e izquierda. Este estudio concluye que efectivamente y dadas las atribuciones del alcalde de Bogotá, en el caso de Colombia, el signo político de la autoridad edilicia cambia las políticas territoriales.

Esta configuración, es resultado de una tensión entre un marco interpretativo maestro o dominante de continuidad con políticas neoliberales y un marco secundario de no exclusión y ampliación de salud a toda la población. Hasta aquí, el marco maestro o dominante y sus alcances son vistos como una estrategia para reproducir una cierta continuidad con las políticas derivadas del Consenso de Washington en tanto el impulso a los cambios proviene de la instalación del gobierno de izquierda.

En términos de composición ideológica-partidaria de los marcos interpretativos, la tensión entre el marco secundario y el marco maestro, se comporta como un reflejo de la tensión político-partidaria del espectro político colombiano y de las posibilidades de articulación y de agencialidad de los gobiernos locales en materia de salud como se estudió en este caso.

Uno de los puntos relevantes en la utilización de los marcos interpretativos para develar el problema público recae en que, los sistemas de creencias de los actores están abiertos para crear nuevas cogniciones. Esto implica que los Marcos Interpretativos tienen oportunidad de cambio, por lo que es interesante la aplicación de este análisis sobre las discusiones respecto a políticas de salud en el periodo 2012-2020, poniendo especial énfasis en el proceso de enmarcamiento y los cambios en ese proceso.

Dado que las políticas en salud son un problema público complejo que trae consigo múltiples interpretaciones y significados que interactúan en un contexto y ámbito en el que se configura y materializa la política pública, el primer objetivo específico propuso Identificar y analizar los marcos interpretativos de diagnóstico y pronóstico. Para alcanzarlo se analizó de forma particular los dos marcos identificando que:

Para el marco dominante definido como “**Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento, con acciones resolutivas**”, el marco de diagnóstico reconoce como problema principal dificultades para el acceso a servicios de calidad y resolutivos en salud. Ello ha producido una grave congestión en la red de urgencias y demás servicios prestados para la población de la ciudad. El marco de pronóstico propone que la forma de tratar el problema es mediante la recuperación y definición de un modelo de salud más eficiente, en el que se administre con herramientas gerenciales los servicios ofertados reduciendo costos y atendiendo resolutivamente los problemas de salud, en los diferentes niveles de atención.

Para el Marco Secundario “**Modelo de Salud Humanizado y Participativo Basado en Atención Primaria en Salud y Redes Integradas de Servicios de Salud**”, el marco de diagnóstico problematiza las características del sistema de salud nacional, principalmente

la desigualdad en el goce efectivo del derecho a la salud, la primacía de la rentabilidad financiera que genera incentivos para la intervención de la enfermedad y la negación del acceso a los servicios de salud, y la prevalencia de barreras en el acceso de los servicios de salud. El marco de pronóstico plantea que la forma de tratar el problema es la implementación de un modelo de salud humanizado que, bajo un enfoque de desarrollo humano y del buen vivir, remueva las condiciones de segregación e inequidad, en este caso de salud. Para ello, rescata el papel del Estado, toda vez que la desigualdad y exclusión no es un tema que se resuelva administrativamente. Tiene como base la atención primaria en salud y el impacto en los determinantes sociales.

El segundo objetivo específico se propuso, Identificar los marcos interpretativos dominantes y en conflicto presentes en los textos de política, relativas a las políticas públicas sociales en salud en Bogotá entre 2012 a 2020, para el que se concluye que:

El marco interpretativo dominante es el denominado “**Sistema de salud eficiente basado en el aseguramiento con acciones resolutivas**” toda vez que representa la estructura discursiva dominante que, da continuidad a las políticas neoliberales, como forma de reproducir una cierta continuidad con las políticas derivadas del Consenso de Washington, posterior a los cambios provenientes de la instalación de gobiernos de izquierda en la ciudad.

La presencia de conflicto entre los dos marcos se ubica en las alternativas de solución propuestas, que orbitan al alrededor de: el Rol del Estado, el enfoque del modelo de salud, las acciones y alcances de la atención primaria en salud y acciones de focalización o universalización en la atención. Estos conflictos dan cuenta de una tensión existente entre la implementación de estrategias para lograr una continuidad con políticas derivadas del Consenso de Washington, principalmente relacionadas con la reducción del Estado, optimización de los recursos y desestatización en la oferta de los servicios y la predominancia del Estado como responsable de la garantía de derechos definidos por mandato constitucional.

La otra tensión existente se encuentra entre dos enfoques distintos para abordar el proceso de salud enfermedad. El marco dominante emplea un enfoque centrado en el proceso biológico, con atención a las causas de la enfermedad a partir de intervenciones individuales y resolutivas. El marco secundario es abordado desde un enfoque social, concibe la salud como un proceso histórico pluricausal, en el cual, se priorizan las intervenciones colectivas y la atención primaria en salud con el fin último de modificar los determinantes sociales del proceso salud enfermedad.

En el tercer objetivo específico de la investigación se planteó analizar la presencia de situaciones que impulsan u obstaculizan el cambio en los marcos de política pública social en salud. Se identificaron mediante el análisis y se concluye que: para el marco dominante derivado de la situación de tensión permanente con el marco secundario se han venido introduciendo cambios en la forma de nombrar los asuntos complejos, como lo es la presencia de conceptos como “barreras de acceso”, “salud como derecho”, “acceso universal” correspondiendo esta situación a una amplificación del marco sin que llegue a significar un cambio en el marco.

Para el marco secundario se observa inclusión de elementos discursivos respecto a “estrategias de aseguramiento universal”, como influencia y marco normativo nacional bajo el cual se desarrolla el sistema de salud. Sin embargo, en el pronóstico la solución propuesta está dada por la atención universal, independiente de su forma de aseguramiento.

De acuerdo con la literatura y estudios consultados, los resultados del presente estudio convergen en afirmar que, en materia de políticas públicas sociales, existe una constante tensión y controversia en la forma de identificar y resolver el problema, especialmente en materia de acceso y garantía de los derechos. Para el caso colombiano y más puntualmente en Bogotá D.C., esta situación desemboca en un conflicto permanente entre la implementación de políticas de corte neoliberal que viabilice la desestatización de los servicios prestados por las entidades públicas y la prestación de los mismos a cargo del Estado, apelando a la naturaleza del Estado Social de Derecho.

En materia de políticas públicas de Salud, en la ciudad de Bogotá D.C, producto de procesos de descentralización, que han permitido la llegada de gobiernos alternativos, la implementación desde el 2004 de un modelo de salud basado en la atención primaria en salud, con un enfoque familiar y comunitario, como elementos prioritarios para su viabilización, toma la territorialización y abordaje de características como intersectorialidad, tamizaje y manejo de riesgos en salud en ámbitos como el familiar, escolar, laboral entre otros. Derivado de ello se define la intervención con equipos básicos e interdisciplinarios. Está estructurado bajo enfoques de desarrollo humano, enfoque de derechos, ciclo vital y de género entre otros.

Este enfoque, entró en conflicto con una comprensión de la enfermedad como una fuente de rentabilidad, que encaja en un modelo de salud con una la lógica neoliberal, que conflictúa con la comprensión de la salud como un derecho humano fundamental, elevado por la construcción política. Bajo esta lógica se da primacía a la intervención individual sobre las colectivas, en contravía de las garantías constitucionales.

De otra forma, se hizo evidente que los partidos políticos y agentes privados intervienen en el proceso de definición e implementación de políticas públicas en salud. Es por ello que la rectoría y gobernanza presenta limitaciones y se encuentra influenciada por prácticas clientelistas que debilitan la institucionalidad, desembocando en incredulidad por parte de los ciudadanos. En esta misma línea se observa mayor posicionamiento de la rectoría privada, por tanto, el Estado esta captado por intereses privados, que se aparta de la búsqueda de bien común que, junto con la falta de apropiación y concientización de lo público, ha obstaculizado el logro de los objetivos en salud.

Así mismo, se encuentra la implementación de un sistema de salud fragmentado y focalizado en problemas específicos, que segmenta la población, y que no cuenta con directrices globales para toda la población. Las acciones de salud pública, prevención de la enfermedad y fomento de la salud, no resultan totalmente efectivas, toda vez que la mayoría de ellas se enfocan en la población pobre no afiliada o afiliada al régimen subsidiado, dejando por fuera la población del régimen contributivo, desconociendo que muchos de ellos igualmente son pobres y vulnerables y que reciben la atención que las EPS privadas consideren necesarias y que no estén en detrimento de la rentabilidad económica.

La presencia de barreras de tipo administrativa, geográficas, económicas y de aseguramiento, interfiere en el acceso y disfrute real del derecho de la salud. En los dos modelos se identifican como problemática y punto requerido para la intervención a la hora de la implementación de programas de salud pública.

De otra parte, es importante mencionar que, el trabajo desarrollado aporta a la investigación en análisis de políticas, desde una perspectiva constructivista, interpretativa y narrativa, que es bajo las cuales se estructura el análisis de marcos interpretativos y que ha tenido poco desarrollo en Colombia.

Resulta relevante que el proceso de investigación y análisis permitió identificar el sistema de valores, creencias y enfoques presentes y que intervienen en la toma de decisiones de las políticas públicas sociales en salud en la ciudad de Bogotá en el periodo comprendido entre el 2012 al 2020.

Sin embargo, dado las bases, metodología empleada, y en consideración al alcance de los resultados, estos no son extrapolables al comportamiento a nivel nacional. Los hallazgos encontrados son el resultado del análisis de los documentos de diseño e implementación de política, elaborados por quienes tienen bajo su cargo la toma de decisiones. La ausencia de entrevistas y la vinculación de otros sectores presentes en la complejidad de discursos sobre el problema de política pública, puede dejar por fuera voces que estructuran discursos o conflictos en ámbitos y fueros que hacen parte del proceso de política. Tampoco analiza los conflictos que pueden surgir o marcos interpretativos presentes en la política nacional en salud, en donde interactúan más actores. Ni da respuesta a las necesidades o resultados de las políticas implementadas.

Estas limitaciones y falencias identificadas dan apertura a nuevos procesos investigativos relacionados con las variables que surgen y que su abordaje permite una gestión y diseño de políticas públicas en salud que satisfagan las necesidades de la población bogotana y colombiana.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, O., Ramirez, N., & Pardo, R. (2015). Sistema de Protección Social de Colombia, avances y desafíos. En *Cepal* (Núm. 28; Serie Estudios y Perspectivas).
- Adelantado, J. (2004). *Las Políticas Sociales*. Creación de materiales interpretativos e interactivos sobre política para una ciudadanía activa.
<https://campus.usal.es/~dpublico/areacp/materiales/6.2.laspolicassociales.pdf>
- Antia, F., & Et.al. (2019). Políticas sociales en América Latina en los inicios del siglo XXI: Innovaciones, inercias y retrocesos. En *CLACSO* (1a ed.). Libro digital, PDF 4.4 MB - (Grupos de trabajo). <https://doi.org/10.2307/j.ctvn96gmn>
- Aramburu, S. R., Martín, M. P., & Rozas Bugueño, J. (2018). Marcos interpretativos sobre derechos de niños, niñas y adolescentes en las reformas de políticas públicas en Chile. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.*, 1(1), 1–28. <https://doi.org/10.1109/robot.1994.350900>
- Arroyo, D. (2004). La política social local. En G. N. Katopodis (Ed.), *Hacia un nuevo modelo de gestión local* (pp. 314–373). Oficina de Publicaciones del CBC.
<http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=15124>
- Behring, E. R., & Boschetti, I. (2016). *Política Social, fundamentos e historia* (CORTEZ EDI). Biblioteca básica de servicio social V.2.
- Bustelo, María, & Lombardo, E. (2009a). ¿Qué hay Debajo de la Alfombra de las Políticas de Igualdad? Un Análisis de Marcos Interpretativos” en España y en Europa. En María Bustelo & E. Lombardo (Eds.), *Políticas de igualdad en España y en Europa. Afinando la mirada* – (Ediciones, Vol. 2, Número 511, pp. 11–35).
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lic/zepeda_e_jc/capitulo1.pdf
- Bustelo, María, & Lombardo, E. (2005). “Mainstreaming” de género y análisis de los diferentes “marcos interpretativos” de las políticas de igualdad en Europa: el proyecto MAGEEQ. *Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 17, 15–26.
- Bustelo, María, & Lombardo, E. (2007). *Políticas de igualdad en España y en Europa :afinando la mirada*. 211.
- Bustelo, María, & Lombardo, E. (eds). (2009b). *Políticas De Igualdad En España Y Europa Afinando la mirada* (María Bustelo & E. (eds) Lombardo (Eds.); Ediciones). Lavel S.A.
- CEPAL. (2014). Políticas sociales diferenciadas para las ciudades en Colombia. Una nueva generación de políticas sociales. *Serie Estudios y Perspectivas*, 30, 64.
- CEPAL. (2019). Panorama social: En *Panorama Social de América Latina, 2019*.
<https://doi.org/10.2307/j.ctv550d07.6>
- Ciro Ríos, L. S., & Ospina Grajales, M. del P. (2013). La política social en Colombia: una mirada al programa familias en acción. *Virajes*, 15(2), 259–283.
https://www.researchgate.net/publication/311536513_La_politica_social_en_Colombia_una_mirada_al_programa_Familias_en_Accion
- Ley Estatutaria 1751 de 2015, Pub. L. No. 1751 (2015).
- Ley 60 de Agosto 12 de 1993, 1 (1993).

- https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_0060_DE_1993.pdf
- Contraloría de Bogotá. (2017). *Plan Territorial de Salud De Bogotá, Evaluación Desde la Perspectiva Fiscal al plan de Desarrollo “Bogotá Humana” y una Aproximación a “Bogotá Mejor para Todos”*.
- DANE. (2020). Indicadores del Mercado Laboral. Bogotá D.C. En *Información para todos*.
- Davila, J., & Gilbert, A. (2017). Los alcaldes mayores y la gestión de Bogotá. En *Territorios* (Vol. 5, Números 2215–7484, pp. 15–34).
<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/territorios/article/view/5647/3769>
- Departamento Nacional de Planeación. (2002). Evaluación de la descentralización municipal en Colombia : balance de una década. En *Gobierno de Colombia* (Vol. 1).
https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo_Territorial/01_Libro.pdf
- Departamento Nacional de Planeación - DNP. (2020). 54. <https://www.dnp.gov.co/>
- Duhau, E. (2001). Política social, pobreza y focalización. Reflexiones en torno al programa de educación, salud y alimentación. En *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. los límites de las políticas sociales en América Latina*.
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20101030015439/12duhau.pdf>
- Eaton, K. (2020). Bogotá’s Left Turn: Counter-Neoliberalization in Colombia. *International Journal of Urban and Regional Research*, 44(1), 1–17.
<https://doi.org/10.1111/1468-2427.12855>
- Fernández, S., & Caravaca, C. (2011). La política social. Presupuestos teóricos y horizonte histórico. En *Revista de ciencias sociales* (Número 50).
<https://www.redalyc.org/pdf/4959/495950246007.pdf>
- Finot, I. (2001). Descentralización en América Latina: Teoría y Práctica. *CEPAL - Serie Gestión Pública*, 1–133.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7261/1/S01030319_es.pdf
- Decreto 3640 de 1954, Pub. L. No. 3640 (1954).
<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1563>
- Gómez, P. V., & Moreno, J. (2018). *Implicaciones de la Normatividad en Salud en Colombia, para la Gerencia en Salud y la Prestación de los Servicios* [Universidad de Santander UDES Facultad de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables]. [https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/696/1/Implicaciones de la normatividad en salud en Colombia%2C para la gerencia en instituciones de salud y la prestación de los servicios..pdf](https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/696/1/Implicaciones%20de%20la%20normatividad%20en%20salud%20en%20Colombia%20para%20la%20gerencia%20en%20instituciones%20de%20salud%20y%20la%20prestacion%20de%20los%20servicios..pdf)
- Home, P. (2012). Caracterización del modelo de universalización y focalización utilizado en las políticas públicas. *Revista de Ciencias Humanas - Volumen 9 N. 1, Julio - diciembre de 2012*, 9(1), 97–111. <https://doi.org/10.21500/01235826.1745>
- Lombardo, E. (2008). Desigualdad de género en la Política: un análisis de los marcos interpretativos en España y en la Unión Europea. *Revista Española de Ciencia Política*, 0(18), 95–120.
- Lombardo, E. (2005). Desigualdad de género en la política: un análisis de los marcos interpretativos en España y en la Unión Europea. *VII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración: Democracia y Buen Gobierno.*, 0, 1–15.

[https://aecpa.es/files/congress/7/actas/area06/GT22/LOMBARDO-Emanuela\(UCM\).pdf](https://aecpa.es/files/congress/7/actas/area06/GT22/LOMBARDO-Emanuela(UCM).pdf)

- Lombardo, E., & Meier, P. (2006). Gender mainstreaming in the EU: Incorporating a feminist reading? *European Journal of Women's Studies*, 13(2), 151–166. <https://doi.org/10.1177/1350506806062753>
- López Rodríguez, S. (2011). ¿Cuáles son los marcos interpretativos de la violencia de género en España?: un análisis constructivista. *Revista española de ciencia política*, 1(25), 11–30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3980449>
- López, S. (2007). La comprensión de los problemas públicos como artefactos sociales. Aportaciones del análisis de marcos interpretativos. *VIII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración Política para un mundo en cambio, GT 17 Análisis y evaluación de políticas públicas*, 1–25. <https://aecpa.es/files/congress/8/actas/area6/GT-17/LOPEZ-SILVIA.pdf>
- Machinea, J. L., & Cruces, G. (2006). Instituciones de la política social: objetivos, principios y atributos. En *Serie informes y estudios especiales. Nº 17*. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/26139/lcl2573e.pdf>
- Maggiolo, I., & Perozo Maggiolo, J. (2007). Public policies: The process of state-society agreement. *Revista Venezolana de Gerencia*, 12(39), 373–392. <https://doi.org/10.31876/revista.v12i39.10466>
- Marsiglia, J. (1997). *Hacia un nuevo modelo de gestión local Municipio y Sociedad Civil en Argentina* (G. N. Katopodis (Ed.); 1a ed.). Universidad de Buenos Aires Argentina.
- Martin, M. P. (2010). “ El cambio en el Sistema de Protección Social en Chile : un análisis de policy frames ” (período 2000 - 2010). En *Ejes de Análisis Políticas sociales SPS derechos*.
- Martin, M. P. (2016). Cambio o continuidad de las políticas de protección social en Chile en gobiernos de centroizquierda y centroderecha. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 64, 193–224. <https://www.redalyc.org/journal/3575/357544807007/html/>
- Martin, M. P., Rozas, J., & Alfaro, J. (2020). Análisis de los marcos interpretativos de las políticas de infancia en Chile (2014-2018). *Revista de Sociología*. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.2648>
- Molina Marín, G. M. (Investigadora principal), Ramírez Gómez, Andrés Ruiz Gutiérrez, A., Peters, M. K., Roth Deubel, A. N., Muñoz Echeverri, I. F., Vargas Jaramillo, Julián Higuera Higuera, Yomaira Álvarez Ochoa, P. A., Orozco Arbeláez, A. J., Moncada Carvajal, José Oquendo Lozano, T., Bula Gutiérrez, V. E., Flórez García, M. V., & Gómez Bedoya, L. M. (2013). *Tensiones en las decisiones en Salud Pública en el sistema de salud colombiano: EL bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares* (G. Molina Marín, A. Ramírez Gómez, & A. M. Ruiz Gutiérrez (Eds.)). Universidad de Antioquia. <http://www.udea.edu.co/portal/pls/portal/docs/1/1116516.PDF>
- Ospina, C. M. (1995). Descentralización y política social en Colombia la coalición de los objetivos cercenados. *Nómadas (Colombia)*, 2(2), 60–68.

- Otálvaro, B. (2007). Una mirada a las prácticas participativas en la construcción de política pública social en el ámbito local. *Ciencia política*, 3, 113–140. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/31142>
- Otálvaro, B. (2017a). Miradas cualitativas para el análisis de políticas sociales en Colombia. *Ciencia Política, Universidad Nacional de Colombia*, 12(23), 57–78. <https://doi.org/10.15446/cp.v12n23.62544>
- Otálvaro, B. (2017b). Miradas cualitativas para el análisis de políticas sociales en Colombia. *Ciencia Política, Universidad Nacional de Colombia*, 12(23), 57–78. <https://doi.org/10.15446/cp.v12n23.62544>
- Peñalosa, E. (2016). *Programa de Gobierno Coalición Equipo por Bogotá-Cambio Radical: Recuperemos Bogotá* (pp. 1–60).
- Decreto Ley 111, (1996).
- Rein, M. (1983). *From Policy To Practice* (M. Rein (Ed.); Sharpe, In). M. E. Sharpe, Inc. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-1780-7>
- Rein, M., & Schon, D. (1996). Frame-Critical Policy Analysis and Frame- Reflective Policy Practice. *Knowledge and Policy: The International Journal of Knowledge Transfer and Utilization*, 9(1), 85–104. https://doi.org/10.1163/9789004307568_007
- Rein, M., & Schön, D. (1996). Frame-critical policy analysis and frame-reflective policy practice. *Knowledge and Policy*, 9(1), 85–104. <https://doi.org/10.1007/bf02832235>
- Rein, M., & Schön, D. (2002). Reframing Policy Discourse. En F. Fischer & J. Forester (Eds.), *The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning* (Número 1974, pp. 145–166). <https://doi.org/10.2307/j.ctv1220k4f.9>
- Repetto, F. (2010a). Coordinación de Políticas Sociales: Abordaje Conceptual y Revisión de Experiencias Latinoamericanas. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 47, 89–130.
- Repetto, F. (2010b). Protección social en América Latina: La búsqueda de una integralidad con enfoque de derechos. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 47, 89–139. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357533679004>
- Roth-Deubel, A.-N. (2009). *Políticas Públicas Formulación, Implementación y Evaluación* (Ediciones).
- Constitución Política de Colombia, (1991).
- Uribe, G. M. (2011). Enfoques contemporáneos de política social en México. *Espiral*, 18(52), 37–75.
- Urrego Rogriguez, J. H., Naranjo Gómez, C., Caro Roa, I., Achuri Molina, M., Vega, M., & Vega, M. (2015). *Territorios Saludables para el Buen Vivir. Una Transformación profunda en la Concepcion de la Salud Publica en Bogotá*.
- Van Der Haar, M., & Verloo, M. (2016). Starting a Conversation about Critical Frame Analysis: Reflections on Dealing with Methodology in Feminist Research. *Politics and Gender*, 12(3), e9. <https://doi.org/10.1017/S1743923X16000386>
- Varela, E. (2015). Nuevos roles de los gobiernos locales en la implementación de políticas públicas. Gobernabilidad territorial y competitividad global. *Eure*, 41(123),

213–237. <https://doi.org/10.4067/S0250-71612015000300009>

- Vargas Velasquez, A. (1999). *Notas Sobre el Estado y las Políticas Públicas* (Almudena E). Universidad Nacional de Colombia.
- Vega-romero, R., Acosta-ramírez, N., & Mosquera-méndez, P. A. (2008). La política de salud en Bogotá, 2004 - 2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Social Medicine*, 3(2), 148–169.
<https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/207>
- Vega Romero, R., Hernández Torres, J., & Mosquera Méndez, P. A. (2012). Una explicación desde el contexto y contenido de las políticas de salud al modelo híbrido y segmentado de atención primaria en salud en Bogotá. *Saúde em Debate*, 36(94), 392–401. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042012000300011>
- Verloo, M., & Lombardo, E. (2007a). Contested gender equality and policy variety in Europe: Introducing a critical frame analysis approach. *Multiple Meanings of Gender Equality: A critical frame analysis of gender policies in Europe*, 21–49.
- Verloo, M., & Lombardo, E. (2007b). part one Mapping Theory , Methodology , and the European Context. *Jstor*.
- Zapata, J. G. (2009). Coordinación y gestión territorial de la política social en Colombia políticas sociales. *CEPAL - Serie Políticas Sociales*, 148, 1–63.
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6154/S0900609_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO A. Listado de Documentos analizados por periodo.

Período	Tipo Documento	Descripción
2012 - 2016	Programa de Gobierno	<ol style="list-style-type: none"> Programa de gobierno de Gustavo Petro 2012-2015: Bogotá humana ya! Programa de gobierno de Carlos Fernando Galán 2012-2015: Galán alcalde Bogotá Programa de gobierno de Enrique Peñalosa 2012-2015 Programa de gobierno de Gina Parody 2012-2015: Gina Parody alcaldesa Programa de gobierno de Jaime Castro 2012-2015: las 100 propuestas de Jaime Castro Programa de gobierno de Dionisio Araújo Vélez 2012-2015 Programa de gobierno de David Luna 2015-2015: David Luna alcalde 2012 Programa de gobierno de Aurelio Suárez Montoya 2012-2015 Programa de gobierno de Carlos Guevara Villabón 2012-2015: Bogotá: una ciudad de valor Programa de gobierno de Antanas Mockus 2012-2015: Bogotá te admira, Bogotá te cuida: construyamos una ciudad incluyente y segura
	Discurso de Posesión	<ol style="list-style-type: none"> Discurso de posesión alcaldía Gustavo Petro 2012-2015
	Plan de Gobierno alcalde Electo	<ol style="list-style-type: none"> Proyecto de acuerdo: Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico y social y de obras públicas para Bogotá Distrito Capital 2012-2016 BOGOTÁ HUMANA Plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Bogotá distrito capital 2012-2016 “Bogotá Humana”: Documento para la consulta ciudadana Bogotá cómo vamos. Comunicado de prensa No.06-2012. Diez recomendaciones al plan de desarrollo para Bogotá Bogotá cómo vamos. Recomendaciones al plan de desarrollo “Bogotá Humana” 2012-2015
	Documentos Legales	<ol style="list-style-type: none"> Acuerdo número 489 del 12 de junio de 2012: Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2012-2016 “Bogotá Humana”
	Documentos de Política	<ol style="list-style-type: none"> Presentación acuerdo número 489 del 12 de junio de 2012: Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2012-2016 “Bogotá Humana” Plan territorial de salud, Bogotá distrito capital 2012-2016 Modelo humano de atención en salud en Bogotá. Documento marco territorios saludables Informe de Balance de Resultados 2012.Programa Bogotá humana ambiente saludable Balance de Resultados 2012 Programa Territorios Saludables Plan de Desarrollo Distrital” Bogotá Humana 2012-2016 Informe de balance de resultados: tres ejes: una Bogotá que defiende y fortalece lo público Programa territorios saludables para el buen vivir: Guía operativa ámbito comunitario, gestión comunitaria en la salud Informe de rendición de cuentas 2013: Balance de resultados del plan de desarrollo distrital 2012-2016 “Bogotá Humana” Informe de rendición de cuentas 2014: Balance de resultados del plan de desarrollo distrital 2012-2016 “Bogotá Humana” Presentación: Atención primaria en salud - Secretaría distrital de salud, dirección de salud pública. 2014 Balance general del plan de desarrollo distrital 2012-2016 “Bogotá Humana” - Secretaría distrital de salud de Bogotá 2015. Informe de rendición de cuentas noviembre 2015: Balance de resultados del plan de desarrollo distrital 2012-2016 “Bogotá Humana” Informe de rendición de cuentas diciembre 2015: Balance de resultados del plan de desarrollo distrital 2012-2016 “Bogotá Humana” Diagnóstico sectorial de salud, octubre 2015

		<ol style="list-style-type: none"> 15. Informe consolidado casos de barreras de acceso, intervenidos a través de los mecanismos-sistemas para la exigibilidad del derecho a la salud 16. Aproximación a evaluación de impacto del programa Territorios Saludables para un Buen Vivir en Bogotá D.C 2008-2015 17. Avances y desafíos de la atención primaria en Bogotá: Autoevaluación del Programa Territorios Saludables – Salud Para el Buen Vivir 18. Balance y seguimiento de las políticas de interés en salud pública en el distrito capital (2012-2015)
	Actas del Concejo de Bogotá	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acta sucinta No. 048 del 13 de agosto de 2014 de la Comisión Segunda Permanente de Gobierno 2. Acta sucinta No. 059 del 7 de noviembre de 2013 de la Comisión Segunda Permanente de Gobierno 3. Acta sucinta No. 068 del 12 de diciembre de 2014 de la Comisión Segunda Permanente de Gobierno
	Revisión de Prensa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Increíble: los 30 proyectos de Petro que quedaron en el papel la contraloría de Bogotá presentaron un impresionante informe que evidenció las deudas que deja la actual administración en materia de infraestructura. Revista Semana (28 de octubre de 2015) 2. Bogotá es la única ciudad que hace verdadera promoción de la salud”: secretario de salud. Diario El Espectador (28 de diciembre de 2015) 3. Estado guarda dinero de salud como si fuera un dios y no lo utiliza para salvar vidas. Diario El Espectador (25 de septiembre de 2013) 4. Que EPS no paguen no es un paquete chileno “es paquete Uribe”, que fue ponente de ley 100. Diario El espectador (27 de noviembre de 2015) 5. Siguen congelados \$757 mil millones para salud porque distrito no cumple requisitos. Diario El Espectador (10 de abril de 2013) 6. ¿Por qué se muere la gente esperando ser atendida en urgencias? Diario El Tiempo (25 de octubre de 2012) 7. Proteger a Bogotá y a Petro del mismo Petro. Diario El Tiempo (29 de diciembre de 2012) 8. Petro se traza la meta de llevar salud a 3,2 millones de personas. Diario El Tiempo (15 de febrero de 2013)
2016 - 2020	Programa de Gobierno	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programa de gobierno de Alex Vernot 2016-2019: Alex Vernot ¡El gerente para Bogotá! 2. Programa de gobierno de Carlos Vicente de Roux 2016-2019 3. Programa de gobierno de Daniel Raisbeck 2016-2019: Capital libre 4. Programa de gobierno de Enrique Peñalosa 2016-2019: Equipo por Bogotá 5. Programa de gobierno de Clara López Obregón 2016-2019: Por una ciudad de oportunidades, libre y con buen vivir 6. Programa de gobierno de Francisco Santos 2016-2019: Cambio con seguridad para Bogotá 7. Programa de gobierno de Ricardo Arias Mora 2016-2019: Bogotá ciudad de justicia, urbe fiel 8. Programa de gobierno de María Mercedes Maldonado 2016-2019: Bogotá incluyente 9. Programa de gobierno de Rafael Pardo 2016-2019: Un acuerdo para sacar a Bogotá adelante
	Discurso de Posesión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Discurso de posesión alcaldía Enrique Peñalosa 2016-2019
	Plan de Gobierno alcalde Electo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proyecto del plan de desarrollo de Bogotá 2016-2020 2. Anteproyecto del plan de desarrollo de Bogotá 2016-2020 3. Un aporte para Bogotá mejor entre todos: Evaluación y recomendación para el anteproyecto del plan de desarrollo distrital “Bogotá mejor para todos” 2016-2020 4. Plan distrital de desarrollo 2016-2020, Tomo II 5. Plan distrital de desarrollo 2016-2020, Tomo I
	Documentos Legales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acuerdo No. 641 de 2016: Por medio del cual se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, distrito capital, se modifica el acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. 2. Acuerdo por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2016-2020 “Bogotá mejor para todos” 3. Decreto 793 de 2018: Por medio del cual se establecen las normas y procedimientos administrativos, técnicos y operativos para la implementación del Sistema de Emergencias Médicas-SEM en el Distrito Capital de Bogotá y se

		crea el Comité Distrital de Urgencias y Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres en Salud
	Documentos de Política	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plan territorial de salud para Bogotá, D.C. 2016-2019 2. Presentación Nuevo modelo de salud en Bogotá: Nuevo enfoque en salud pública y en prestación de servicios 3. Balance de resultados 2016, plan distrital de desarrollo “Bogotá mejor para todos” 4. Informe de rendición de cuentas del sector salud - Plan de desarrollo “Bogotá mejor para todos” vigencia 2016 5. Infografía balance ciudadano: Avances en las metas del plan distrital de desarrollo 2016-2020 6. Informe de gestión 2017 por pilares y ejes del plan distrital de desarrollo “Bogotá mejor para todos” 2016 - 2020: pilar: igualdad de calidad de vida 7. Balance de resultados 2017 - Plan de desarrollo distrital 2016-2020. Compilado: secretaría distrital de planeación 8. Informe de rendición de cuentas del sector salud - Plan de desarrollo “Bogotá mejor para todos” vigencia 2017 9. Informe de rendición de cuentas sector salud Bogotá, D.C. - Plan de desarrollo “Bogotá mejor para todos” 2016-2020 vigencia fiscal 2018 10. Presentación de rendición de cuentas sector salud Bogotá, D.C. - Plan de desarrollo “Bogotá mejor para todos” 2016-2020 vigencia fiscal 2018 11. Balance estratégico de la administración distrital - Secretaría distrital de salud de Bogotá D. C. 12. Balance general del plan de desarrollo distrital 2016-2020 “Bogotá mejor para todos”. Principales resultados según pilares, ejes y sectores, periodo 2016-2020 13. Plan territorial de salud pública- nuevo modelo y énfasis de condiciones no transmisibles (crónicas). 14. Informe de rendición de cuentas sector salud Bogotá, D.C. - Plan de desarrollo “Bogotá mejor para todos” 2016-2020 vigencia fiscal 2019
	Actas del Concejo e Bogotá	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acta sucinta No. 014 del 4 de mayo de 2016 de la comisión primera permanente del plan de desarrollo y ordenamiento territorial 2. Acta sucinta No. 017 del 12 de mayo de 2016 de la comisión primera permanente del plan de desarrollo y ordenamiento territorial 3. Acta sucinta No. 018 del 13 de mayo de 2016 de la comisión primera permanente del plan de desarrollo y ordenamiento territorial 4. Acta sucinta No. 019 del 14 de mayo de 2016 de la comisión primera permanente del plan de desarrollo y ordenamiento territorial 5. Acta sucinta No. 022 del 8 de mayo de 2018 de la comisión tercera permanente de hacienda y crédito público 6. Acta sucinta No. 046 del 14 de octubre de 2019 de la comisión tercera permanente de hacienda y crédito público 7. Acta sucinta No. 046 del 1 de agosto de 2016 de la sesión plenaria ordinaria 8. Acta sucinta No. 050 del 26 de octubre de 2018 de la comisión tercera permanente de hacienda y crédito público
	Revisión de Prensa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peñalosa: Gerencia y resultados. Diario El Tiempo (30 de diciembre de 2019) 2. Bogotá en cifras. Raúl Buitrago, secretario general de la Alcaldía, hace un balance de la gestión de Peñalosa. Diario El Tiempo (8 de diciembre de 2019) 3. Los 50 desafíos que enfrentará la alcaldía de Bogotá 2020-2023. El programa Bogotá Cómo Vamos evaluó lo que se debe continuar y lo que debe redireccionarse. Diario El Tiempo (27 de octubre de 2019) 4. Modelo de salud pública de Bogotá divide a los académicos. Discusión se dio en la instalación del debate 'Modelo de salud Peñalosa, ¿una salida a la crisis?'. Diario El Tiempo (11 de noviembre de 2016) 5. Concejales cuestionaron los resultados del cambio, la otra cara de la moneda en el sector salud. Diario El Espectador (17 de abril de 2017) 6. Dice Luis Gonzalo morales, secretario distrital de salud que el ‘10% del dinero para insumos médicos se pierde en corrupción’- Diario El Espectador (21 de junio de 2017) 7. "Prefiero que digan que hay congestión y no que niego atención a pacientes": secretario de Salud. Diario El Espectador (6 de mayo de 2019) 8. Luis Gonzalo Morales, el secretario youtuber de Bogotá. <i>El Espectador</i> (21 de diciembre de 2019).

ANEXO B. Red de Apoyo Social en Colombia

A continuación, se relacionan los documentos de la Red de apoyo social conformado por 4 programas sociales. Se incluye la Red Somos, estrategia de integración.

a). Familias en Acción

Es el programa de Prosperidad Social que entrega a todas aquellas familias pobres y pobres extremas con niños, niñas y adolescentes un incentivo económico condicionado que complementa sus ingresos para la formación de capital humano, la generación de movilidad social, el acceso a programas de educación media y superior, la contribución a la superación de la pobreza y pobreza extrema y a la prevención del embarazo en la adolescencia.

1. ¿En qué consiste Familias en Acción y cuáles son mis compromisos?

Este programa apoya a las familias pobres y pobres extremas a través de la entrega condicionada de incentivos de salud y educación

- El incentivo de salud se entrega uno (1) por cada familia por todos los niños y niñas menores de 6 años de edad. Este incentivo se entrega cada dos meses (6 veces al año) hasta el día antes que el niño o niña cumpla los 6 años, siempre y cuando asistan oportunamente a las citas de valoración integral en salud para la primera infancia en la respectiva IPS.
- El incentivo de educación se entrega de manera individual, a tres (3) niños, niñas o adolescentes de la familia, entre 4 y 18 años de edad que estén en el sistema escolar. El incentivo se entrega cada dos meses, menos en el período de vacaciones de fin de año escolar, es decir, cinco veces al año, siempre y cuando la familia cumpla con dos compromisos: los niños, niñas y adolescentes deben asistir como mínimo al 80% de las clases programadas y no pueden perder más de dos años escolares. En el caso que uno de los participantes tenga 18 ó 19 años de edad debe estar cursando mínimo 10° grado, y si tiene 20 años grado 11°.

Familias en Acción entrega tres incentivos en educación independientemente de la edad, grado o condición del participante:

- Entre los grados 1° y 11° lo reciben máximo tres (3) niños, niñas o adolescentes por familia. En Bogotá, a quienes cursen grados de 6° a 11° únicamente.
- A los niños, niñas y adolescentes con discapacidad que estudian y están identificados por el Ministerio de Salud y Protección Social*.
- A los niños o niñas entre los 4 y 6 años de edad que estén en transición o grado cero*. En Bogotá no se entrega este incentivo.

* Este incentivo es adicional a los 3 incentivos de educación que puede recibir una familia.

b). Jóvenes en Acción

Jóvenes en Acción es un Programa del Gobierno nacional que busca incentivar y fortalecer la formación de capital humano de la población joven en situación de pobreza y vulnerabilidad, mediante un modelo de TMC, que permita el acceso y permanencia en la educación superior y el fortalecimiento de competencias transversales. El Programa orienta sus acciones a la formación de capital humano de los participantes, mediante un modelo estructurado, así:

- La entrega de TMC como incentivo que permita el acceso y la permanencia en la educación superior.
 - El desarrollo de competencias y acciones complementarias en el marco de los Componentes de Formación, Habilidades para la Vida y Gestión de Oportunidades.

El **Componente de Formación**¹⁵ genera y articula estrategias para identificar, establecer y gestionar la implementación del Programa en las instituciones educativas en las cuales los participantes desarrollan las actividades de carácter académico.

El **Componente de Habilidades para la Vida y Gestión de Oportunidades**¹⁶ complementa la formación que reciben los participantes en las Instituciones Educativas, en lo relacionado con las Habilidades para la Vida o Competencias Transversales, brindando herramientas para facilitar la inserción social y laboral y realiza gestiones de articulación, para orientar a los participantes frente a la oferta en temas de empleabilidad, emprendimiento y educación superior

¹⁵ Mas información Consultar Guía Operativa del Componente Formación del Programa Jóvenes en Acción.

¹⁶ Mas información Consultar Guía Operativa del Componente de Habilidades para la Vida del Programa Jóvenes en Acción

Alcance del Programa

El Programa se implementa a partir de la focalización de la población joven vulnerable bachiller, desde los 14 a los 28 años, que realice su proceso de formación en un municipio focalizado por el Programa, con oferta de estudios superiores en el SENA o en IES, bajo las modalidades presencial, distancia tradicional y virtual; y que cumpla las condiciones del Programa definidas en el presente documento y las guías operativas. Estos jóvenes participan y son acompañados con TMC en sus estudios técnicos, técnicos profesionales, tecnológicos y profesionales universitarios hasta la culminación del proceso de formación.

Ciclo Operativo del Programa Jóvenes en Acción

La operatividad del Programa se realiza a través de los procesos secuenciales del ciclo operativo: 1) Focalización Territorial y Poblacional; 2) Pre-registro y Registro 3) Inscripción; 4) Novedades; 5) PQRyD; 6) Verificación de Compromisos; 7) Liquidación; 8) Entrega de las transferencias monetarias condicionadas 9) Condiciones de salida. El cronograma del ciclo operativo del Programa es definido anualmente y socializado a las instituciones educativas y aliados del Programa Jóvenes en Acción. En caso de ser necesario y así lo disponga Prosperidad Social, este cronograma puede ser ajustado.

Focalización Territorial y Poblacional

La focalización se encuentra presente en el inicio del ciclo operativo del Programa Jóvenes en Acción y permite identificar y seleccionar a los municipios que cuentan con oferta en educación superior para la implementación del Programa y a los jóvenes potenciales participantes.

a. Focalización Territorial

El Programa Jóvenes en Acción focaliza y prioriza su intervención en los municipios del país de acuerdo con los siguientes criterios:

- Municipios que cuenten con oferta de formación permanente en los niveles técnico y tecnológico del SENA, técnico profesional, tecnólogo y/o profesional universitario¹² en IES públicas, en convenio con Prosperidad Social, debidamente reconocidas por el MEN.
- Municipios con mayor Índice de Pobreza Multidimensional - IPM.
- Municipios con mayor porcentaje de población objetivo potencial participante del Programa Jóvenes en Acción.

b. Focalización Poblacional

Los participantes del Programa Jóvenes en Acción son jóvenes bachilleres que no cuentan con título profesional universitario, entre 14 y 28 años de edad, y que se encuentren registrados en por lo menos una de las siguientes bases de focalización:

- Registro Administrativo del Programa Familias en Acción de Prosperidad Social, graduados de bachiller.
- Red para la Superación de la Pobreza Extrema - Unidos o la que haga sus veces
- SISBEN vigente, con uno de los puntajes especificados conforme al área de residencia (desagregación geográfica) y establecidos en la Guía Operativa de Focalización Territorial y Poblacional y la Guía de Inscripción vigentes.
- Registro Único de Víctimas – RUV, en situación de desplazamiento en estado “incluido” o la que haga sus veces
- Listas censales indígenas
- Listas censales del ICBF para jóvenes con medida de protección definidas en el Convenio Interadministrativo A excepción de los potenciales participantes registrados en el SISBEN, no hay puntajes de corte determinado para aquellos que se encuentren registrados en la ESTRATEGIA UNIDOS, RUV, Listados Censales Indígenas, Listados Censales ICBF y del Programa Familias en Acción.

Más información en:

<http://centrodedocumentacion.prosperidadsocial.gov.co/2020/JeA/M-GI-TM-1-MANUAL-OPERATIVO-JOVENES-EN-ACCION-v8-ABRIL.PDF>

c). Empleo en Acción

El Programa Empleo en Acción es uno de los tres programas, junto con Familias en Acción y Jóvenes en Acción, de la Red de Apoyo Social (RAS) que maneja la Presidencia de la República de Colombia como un instrumento de su política social. Estuvo orientado a brindar ocupación transitoria a mano de obra no calificada de los niveles 1 y 2 del SISBÉN1 en la construcción o mantenimiento de infraestructura comunitaria en zonas urbanas de bajos ingresos,

definidas como los barrios de estrato 1 y 2. Con ello se buscaba atenuar los impactos de la crisis económica de 1999 y del saneamiento fiscal que tuvo que realizar el Gobierno colombiano, sobre las poblaciones más vulnerables; específicamente la población de desempleados mayores de edad, clasificados en los niveles 1 y 2 de SISBÉN, que no se encontraran inscritos en programas de educación diurna.

Para cumplir estos objetivos, el Programa aportó recursos para el pago de la mano de obra no calificada y para cubrir parcialmente la compra de materiales. Para la mano de obra no calificada el Programa aportó una suma máxima de \$180,000 mensuales por beneficiario (a precios del año 2001), por un tiempo máximo de cinco meses en jornadas de medio tiempo. La financiación de materiales fue parcial y estuvo restringida a proyectos presentados antes de diciembre de 2002 por entidades territoriales (alcaldías, distritos gobernaciones o sus entidades descentralizadas). Los proyectos a financiar por el Programa deberían tener un costo total entre 40 y 300 millones de pesos (a precios del año 2001). Los proponentes podían ser departamentos, distritos, municipios, empresas de servicios públicos del Estado, entidades sin ánimo de lucro, empresas asociativas de trabajo, organizaciones no gubernamentales o instituciones de base comunitaria. El proponente debía garantizar los recursos de contrapartida necesarios para complementar los aportes del Programa y cubrir, así, los costos totales del proyecto. El ejecutor directo de las obras podía ser el proponente, su contratista o la comunidad organizada.

Programa Empléate

Es un nuevo programa de Prosperidad Social que tiene como objetivo: El acceso efectivo y permanente al mercado laboral de la población en pobreza y pobreza extrema, mediante la ejecución de proyectos de empleo que contribuyan a la reactivación económica del territorio y la generación de ingresos de la población.

Bien es conocido que el desempleo viene aumentando; en el año 2020 la tasa de desocupación llegó a 15.9 %, lo que representó un aumento de 5,4 puntos porcentuales frente a 2019, por lo cual el Gobierno Nacional, a través de Prosperidad Social, viene buscando alternativas para promover el empleo formal, mejorar los ingresos familiares y reducir las brechas de la población vulnerable

¿A quién atiende el programa?

Participantes con cédula de ciudadanía colombiana, que se encuentren en situación de desempleo demostrado a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) por un periodo como mínimo de cuatro (4) meses previos al momento de la preinscripción en el programa y que se encuentren registrados en SISBEN de acuerdo con lo siguiente:

SISBEN III: Puntaje menor a 45,47, o

SISBEN IV: Categorías A1 hasta A5 y B1 hasta B7

No podrán participar las personas que se encuentren definidas en los criterios de NO Inclusión, que corresponde a personas atendidas en los siguientes programas de Prosperidad Social:

- Programa Superando Barreras para la Inclusión 2019
- Programa Empléate vigencia 2020
- Bonos de Impacto Social
- Jóvenes en Acción Activos
- Programas de Generación de Ingresos de la Dirección de Inclusión Productiva que estén siendo atendidas en la vigencia 2021.

d). Obras para la Paz (obras de infraestructura vial en zonas de conflicto armado).

Obras para la Paz busca, facilitar a las poblaciones afectadas por la violencia y la pobreza que vive el país, el acceso a los servicios de infraestructura básica y social comunitaria, mediante la ejecución de obras de infraestructura de alto impacto, que mejoren la calidad de vida de sus habitantes y que, a la vez, ésta mejora regenere y encamine las zonas objetivo del programa hacia un desarrollo progresivo.

En este marco, se busca atender a las poblaciones afectadas por la violencia de los GAI y, prioritariamente, aquellas que han sufrido ataques o atentados terroristas, mediante la reconstrucción de las viviendas afectadas, la construcción y/o reconstrucción de la infraestructura comunitaria y el tejido social. La ejecución de estas obras se realizará teniendo en cuenta la priorización que realice Acción Social, mediante aportes económicos y técnicos suficientes para alcanzar la pronta recuperación y estabilidad socioeconómica de la población.

d). Red Unidos para Superación de la Pobreza Extrema

La Red Unidos, se constituye como una Estrategia Nacional de intervención integral y coordinada, que busca contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias objeto de su intervención, la acumulación de capital social y humano y, en consecuencia, a la reducción de los niveles de pobreza y pobreza extrema en el país.

Liderada por el Gobierno Nacional, en cabeza de la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema - ANSPE, con la participación de 22 entidades del orden nacional, UNIDOS brinda, en asocio con las administraciones departamentales y municipales, acompañamiento permanente a las familias en situación de pobreza extrema y desplazamiento, y promueve la articulación interinstitucional y de recursos para el acceso preferente de los más pobres a la oferta de programas sociales del Estado.

La meta de UNIDOS es vincular a 1.5 millones de familias a la Red. A septiembre de 2012 se encuentran vinculadas a la Red 1,473,865, distribuidas entre aquellas que presentaron las condiciones de vida más bajas según el Sistema de Identificación de Beneficiarios de Programas del Estado (SISBEN 2), y aquellas que se encuentren en situación de desplazamiento e inscritas en el Registro Único de Población Desplazada (RUPD). Asimismo, de 1.102 municipios del país, 1.037 están implementando la estrategia.

La estrategia de intervención de la Red está basada en contribuir a que las familias beneficiarias alcancen los 45 Logros Básicos de las 9 Dimensiones de Desarrollo Humano (Ingresos y trabajo, Habitabilidad, Bancarización y Ahorro, Nutrición, Dinámica Familiar, Salud, Identificación, Acceso a la Justicia, Educación) que son aspectos del bienestar de las familias, definidas como áreas de intervención por UNIDOS, a fin de contrarrestar las trampas de pobreza existentes entre las familias más vulnerables.

Cada una de las dimensiones, se desagregan en Logros Básicos (LB), que constituyen el conjunto de condiciones mínimas deseables que una familia en pobreza extrema debe alcanzar para mejorar su situación en cada una de ellas. Con base en las falencias de las familias, la Red estructura el acompañamiento familiar y comunitario, y gestiona la oferta de programas y servicios sociales hacia ellas.

RED UNIDOS se implementa a partir de las siguientes líneas de trabajo:

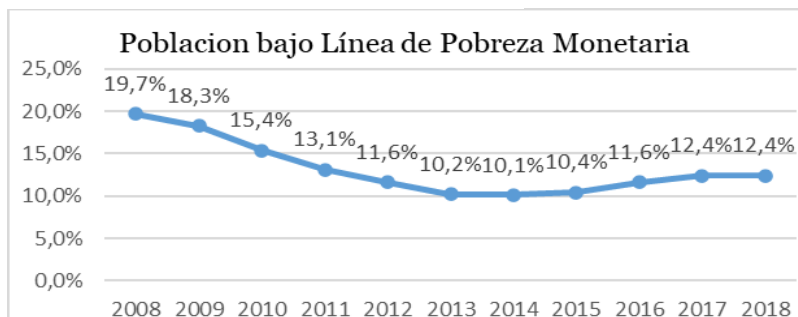
Acompañamiento Familiar y Comunitario: para el desarrollo de este componente se contará con 10,794 Cogestores Sociales que realizarán el acompañamiento a cada una de las familias vinculadas. Se prevé que cada cogestor tenga a su cargo 160 familias en la zona urbana y 120 en la rural.

Gestión de la Oferta y Acceso Preferente a programas y servicios del Estado: las entidades del Gobierno Nacional vinculadas a la Red Unidos, focalizan recursos para ofrecer servicios a las familias de Unidos, y con el fin de fortalecer este trabajo y fundamentados en las características de esta población. Igualmente, se inició un acompañamiento a 60 municipios donde se desarrollaron planes para la superación de pobreza y se definieron los temas específicos que debería tener una intervención concreta de acuerdo con las condiciones de la población y las capacidades territoriales.

En su gestión, promueve la consecución de oferta Complementaria, a través de la oferta privada y la cooperación internacional a la identificación y disposición de oferta social para las familias de la Estrategia que permitan el alcance de sus logros básicos y de las condiciones establecidas para su egreso exitoso de la Estrategia. Igualmente se tiene previsto impulsar el componente de Innovación Social a través de la creación del Centro de Innovación Social que será el encargado de identificar apuestas y propuestas locales de superación de pobreza para apoyar su realización.

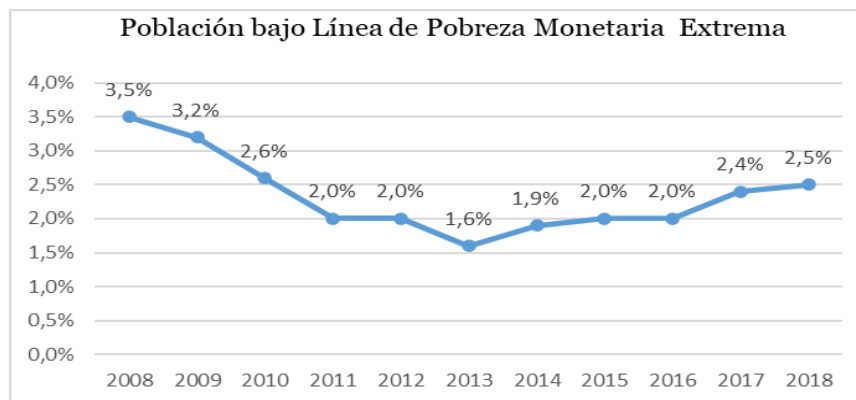
ANEXO C. Desempeño de pobreza monetaria, pobreza extrema, pobreza multidimensional y desigualdad Bogotá 2008 – 2018.

Tasa de pobreza Monetaria en Bogotá 2008 - 2018



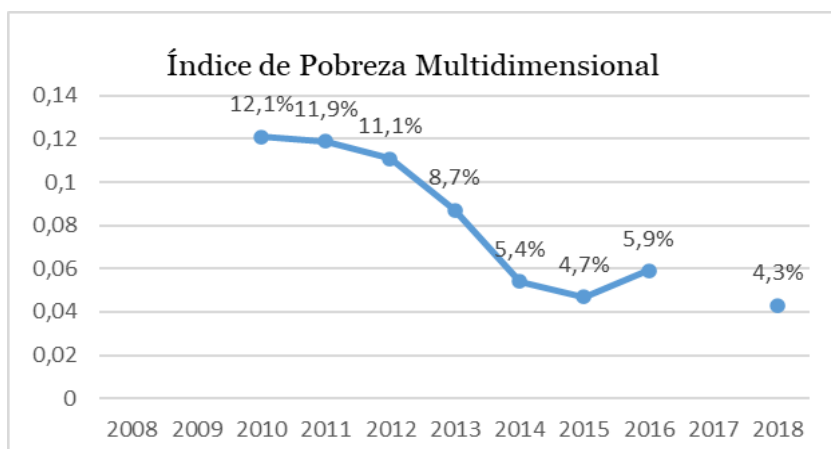
Fuente: Elaboración propia a partir de Datos del DANE 2018

Tasa de pobreza Extrema en Bogotá 2008 - 2018



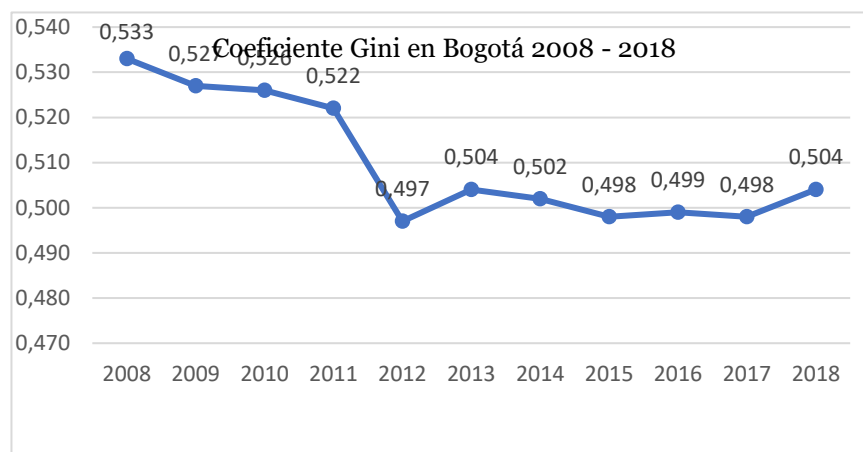
Fuente: Elaboración propia a partir de Datos del DANE

Índice de Pobreza Multidimensional en Bogotá 2008 - 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de DANE 2018

Tasa de pobreza Extrema en Bogotá 2008 - 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de Datos del DANE 2018

ANEXO D. Principal Marco legal expedido en el marco de la política pública de Salud en Colombia y en Distrito, a partir de la Constitución Política de Colombia.

1. Marco Legal de Orden Nacional en Salud

ORDEN NACIONAL	
NORMA	CONTENIDO
Constitución política de 1991	
Ley 100 de 1993	Sistema general de seguridad social integral
Ley 152 de 1994	Ley orgánica del plan de desarrollo
Decreto ley 1421 de 1993	Por el cual se dicta el régimen especial para el distrito capital de santa fe de Bogotá
Resolución 5165 de 1994 (min salud)	Metodología para planes sectoriales y de descentralización de la salud
Decreto 1757 de 1994	Participación en el sector salud
Resolución 412 de 2000	Por la cual 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
Ley 715 de 2001	Sistema general de participaciones
Decreto 1011 de 2006	Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud
Decreto 3518 de 2006	Por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.
Ley 1122 de 2007	Modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud (planes nacionales de salud que contemplen periodo gubernamental)
Decreto 3039 de 2007	Plan nacional de salud pública 2007-2010
Ley 1176 de 2007	Modifica la ley 715 de 2001, sistema general de participaciones.
Resolución 425 de 2008	Metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial (6 ejes)
Ley 1438 de 2011	Reforma el sistema general de seguridad social en salud (plan decenal de salud)
Ley 1450 de 2011	Plan nacional de desarrollo 2010-2012 "prosperidad para todos"
Decreto 4107 de 2011	Objetivos y estructura del ministerio de salud y protección social
Resolución 4110 de 2012	Misión, visión, política del sistema integrado de gestión institucional del ministerio de salud y protección social
Resolución 1841 de 2013	Por el cual se adopta el plan decenal de salud pública 2012 - 2021

ORDEN NACIONAL	
NORMA	CONTENIDO
Resolución 4015 4015 de 2013	Por el cual se establecen los términos y se adopta la metodología para la elaboración de los planes financieros territoriales de salud por parte de los departamentos y distritos y se dictan otras disposiciones
Ley 1751 de 2015	Se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1753 de 2015	Plan nacional de desarrollo 2014-2018 “todos por un nuevo país”
Resolución 1536 de 2015	Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud
Resolución 429 de 2016	Se adopta la política de atención integral en salud - país

Fuente: Contraloría de Bogotá (2017)

2. Marco Legal de Orden Nacional en Salud

ORDEN DISTRITAL	
NORMA	CONTENIDO
Acuerdo 12 de 1994	Por el cual se establece el Estatuto de Planeación del Distrito Capital y se reglamenta la Formulación, la Aprobación, la Ejecución y la Evaluación del Plan de Desarrollo Económico y Social y de Obras Públicas del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá, y se dictan otras disposiciones complementarias
Decreto distrital 505 de 2007	Por el cual se reglamenta el Consejo de Gobierno Distrital y los Comités Sectoriales
Decreto distrital 530 de 2010	Por el cual se adopta la Política Pública de Participación Social y Servicio a la Ciudadanía en Salud para Bogotá, Distrito Capital
Acuerdo 489 de 2012	Por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2012-2016. Bogotá Humana
Decreto 553 de 2012	Por medio del cual se modifica y adiciona el Decreto Distrital 318 de 2006 - Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá Distrito Capital-, y se dictan otras disposiciones
Decreto 364 de 2013	Por el cual se modifican excepcionalmente las normas urbanísticas del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C., adoptado mediante Decreto Distrital 619 de 2000, revisado por el Decreto Distrital 469 de 2003 y compilado por el Decreto Distrital 190 de 2004
Acuerdo 641 de 2016	Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones
Acuerdo 645 de 2016	Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2016 - 2020 "Bogotá Mejor Para Todos".
Decreto 475 de 2016	Por medio del cual se reglamentan las Juntas Asesoras Comunitarias y se dictan otras disposiciones."

Fuente: Contraloría de Bogotá (2017)

3. Normatividad Relacionada con la Salud Pública

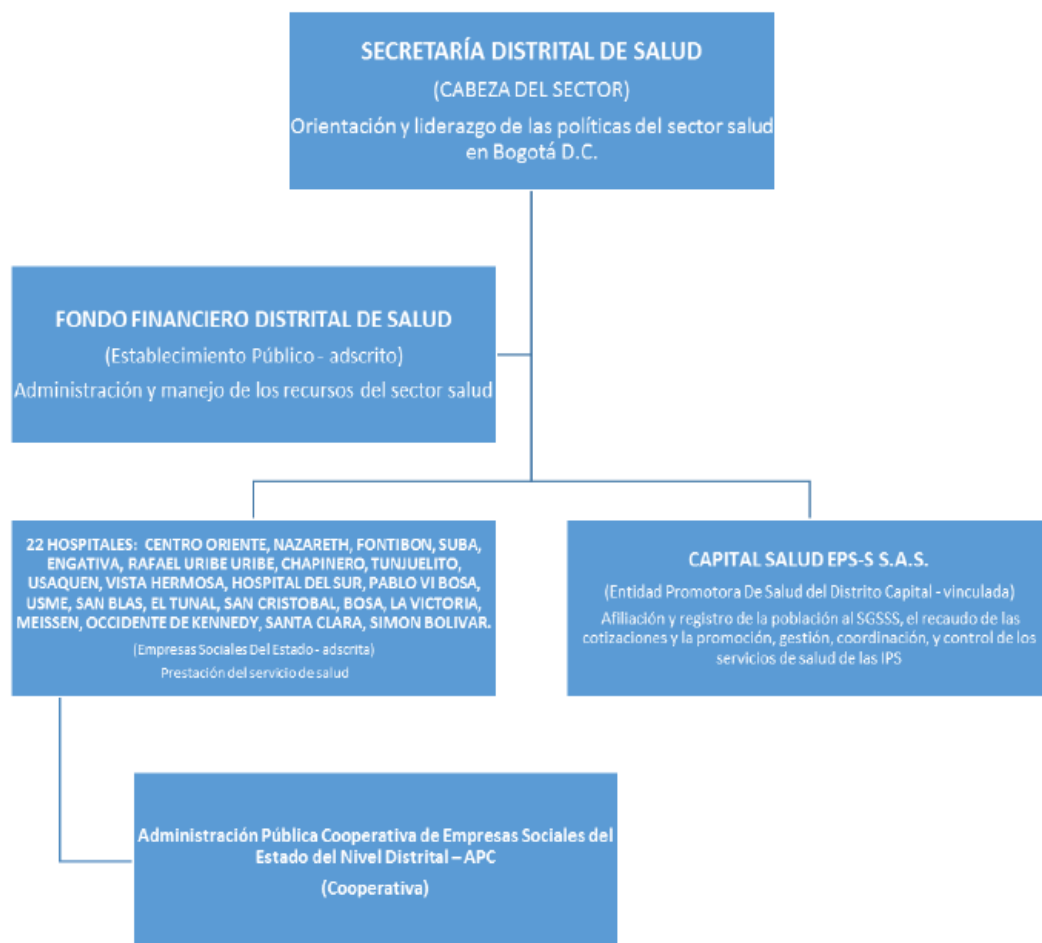
ORDEN DISTRITAL	
NORMA	FUNDAMENTO PARA APS Y LAS RISS
Ley 10 de 1990	Descentraliza el sector salud y distribuye las competencias entre el nivel nacional, departamental y municipal
Ley 60 de 1993	Establece los criterios y la distribución de los recursos fiscales
Ley 100 de 1993, título II, artículo 153	Plantea los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad
Ley 715 de 2001	El servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse con integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud
Ley 1122 de 2007 art. 25, parágrafo 3	El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, según la reglamentación existente.
Ley 1454 de 2011 norma orgánica sobre el ordenamiento territorial, artículo 3	Principios rectores del ordenamiento territorial: autonomía, descentralización, integración, regionalización, participación, solidaridad y equidad territorial, gradualidad y flexibilidad, asociatividad.
Ley 1164 de 2007	Crea el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud. Su reglamentación podrá impulsar la conformación de grupos de gestión estratégica para el desarrollo de recursos humanos por regiones; la gestión del talento humano en salud basándose en la conformación de Redes Académicas Nacionales para la implementación de la APS
Ley 1419 de 2010	Su objeto: desarrollar la TELESALUD en Colombia

ORDEN DISTRITAL	
NORMA	FUNDAMENTO PARA APS Y LAS RISS
Ley 1438 de 2011 artículos 60 al 68	Establecen los criterios para la conformación de las RISS. El Art. 62 delega en los entes territoriales, a través de los CTSSS con la participación de las EPS, la organización y conformación de las RISS

Fuente, Molina Martín, (2013)

ANEXO E. Estructura del Sistema de Salud en Bogotá 2012 – 2016 y sus modificaciones en el periodo 2016 - 2020.

Diagrama estructura sistema Distrital de Salud en Bogotá D.C



Elaboró: CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C., Dirección de Estudios de Economía y Política Pública. Subdirección de Evaluación de Política Pública

Diagrama estructura sistema Distrital de Salud en Bogotá D.C a partir del Acuerdo 641 de 2016



Fuente: CONCEJO DE BOGOTÁ Acuerdo 641 de 2016
 Elaboró: CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C., Dirección de Estudios de Economía y Política Pública. Subdirección de Evaluación de Política Pública