



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Procesos de construcción de conocimiento en la Sala Situacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

**Eddier Alexander Martínez Álvarez**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Sociología  
Bogotá, Colombia  
2015



# **Procesos de construcción de conocimiento en la Sala Situacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

**Eddier Alexander Martínez Álvarez**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Sociología**

Directora:

Ph.D. Olga Matilde Restrepo Forero

Línea de Investigación:

Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología y la Medicina

Grupo de Investigación:

Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología y la Medicina

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Sociología

Bogotá, Colombia

2015



*Ευχαριστώ τη ζωή που μου έδωσε άλλη μια ευκαιρία να ζήσουν.*

*A Rocío, Santiago y Zoé por su paciencia y apoyo incondicional todos estos años: Este es simplemente otro logro compartido entre todos.*



## Agradecimientos

Este trabajo de investigación existe gracias a la colaboración de muchas personas que me han acompañado durante los últimos años y que de una forma u otra han participado en mi proceso de formación y han influenciado mi vida profesional y académica.

No hubiera logrado culminar este trabajo sin el respaldo incondicional de mi familia a quienes quiero agradecer en primer lugar: Rocío, Santiago y Zoé. También a mis padres Eunice y Alejandro que siempre han estado pendientes de mí.

La paciencia y apoyo constante de mi directora de tesis, la profesora Olga Restrepo Forero merecen un reconocimiento especial ya que sus comentarios y constantes palabras de ánimo me ayudaron a culminar este esfuerzo a pesar del tiempo transcurrido. Los juiciosos comentarios de mis jurados evaluadores, los profesores Yuri Jack Gómez y Juan Carlos Eslava, me ayudaron con la legibilidad y estructura del documento que indudablemente mejoró gracias a sus aportes.

Quiero agradecer también a los profesores Alexis de Greiff y Yuri Jack Gómez, quienes, junto con Olga, se esmeraron en nuestra formación dentro de la línea de Estudios Sociales de la Ciencia, la Tecnología y la Medicina. También a mis compañeros Oscar Javier Maldonado, Derly Sánchez, Juan Carlos Ruíz, Hernando Alexis Casallas, Fabián Quinche, Bruno Jaraba y Sonia García, con quienes compartí este proceso de formación.

El grupo de docentes de la Maestría de Sociología también merece un reconocimiento en este lugar y particularmente quiero mencionar a los profesores Miguel Ángel Beltrán, Luz Gabriela Arango y Hésper Eduardo Pérez, de quienes aprendí mucho acerca de la esencia de la Sociología.

El desarrollo de esta investigación se logró gracias a todo el equipo de trabajo de la Sala Situacional, en cabeza de la Dra. María Patricia González quien coordinaba en 2009 el Área de Vigilancia en Salud Pública y quien me permitió la realización de esta investigación en ese espacio de la Secretaría Distrital de Salud. La epidemióloga Andrea Yanira Rodríguez era la encargada de coordinar la sala situacional y fue quien me invitó a trabajar allí, cambiando radicalmente mi rumbo laboral y, posteriormente, mis intereses investigativos. Ofelia Aristizabal, Diana Guevara, Andrés Castillo, Harold León, Diego Pinto y Andrés Osorio eran el resto de integrantes del equipo de sala situacional distrital.

Cada uno de los referentes de sala situacional de las diferentes localidades me brindó nuevos conocimientos y las conversaciones y discusiones con ellos me ayudaron a entender el funcionamiento de la red de vigilancia en salud pública, así como los avatares y contingencias de su trabajo. En particular recuerdo a María Cristina Suarez, Carolina Leal, Pilar Angarita, Elsa Ayde González y Zaide Barbosa.

Los integrantes de los Grupos de Análisis de Situación de Salud del Instituto Nacional de Salud y SIVIGILA del Instituto Nacional de Salud me aportaron muchísima comprensión del sistema nacional de vigilancia en salud pública. De esta institución quiero mencionar a Ivonne Natalia Solarte, Iván Darío Pérez, Diana Patricia Díaz, Heidy García, Claudia Patricia Huguett, Marcela Benavidez, Máncel Martínez y Oscar Eduardo Pacheco y, de nuevo, Andrea Yanira Rodríguez.

Creo que este espacio también es adecuado para expresar mi gratitud a las profesoras Nohora Madiedo y María Claudia Duque quienes en las Universidades Nacional y Javeriana respectivamente, me otorgaron votos de confianza para ejercer como docente en las Maestrías de Educación con énfasis en salud (Universidad Nacional), Administración en Salud y Salud Pública (Pontificia Universidad Javeriana).

Por último quiero agradecer a la Universidad Nacional y su programa de becas de postgrados cuyo beneficio recibí durante los dos semestres del año 2007.

## Resumen

Este trabajo presenta una descripción etnográfica de la sala situacional de la secretaría distrital de salud de Bogotá siguiendo el enfoque de la teoría del actor-red. Se examinan los documentos técnicos producidos por los equipos interdisciplinarios durante el desarrollo de los ejercicios de análisis temáticos realizados entre 2007 y 2009. Se exponen algunas trayectorias de la información proveniente de los sistemas de vigilancia en salud pública y los procesos de traducción a los que es sometida por los diferentes actores que hacen parte de la red sociotécnica y que se comportan como mediadores e intermediarios; de igual manera, se discuten las relaciones entre los procesos de construcción de conocimiento de la sala situacional y el diseño de políticas públicas en salud. Se concluye que la ciudadanía y la sociedad son coproducidas en parte por las políticas públicas aunque esto no sucede de manera vertical y unilineal. La premisa de “información útil para la acción y la toma de decisiones”, base de la vigilancia en salud pública, se ve reflejada en los documentos técnicos producidos por la sala situacional; estos documentos dejan entrever redes complejas en las que individuos y colectivos ejercen algún tipo de agencia sobre otros individuos y grupos, afectando dinámicamente las condiciones de salud / enfermedad de la población e incluso a esos *otros* actores, casi siempre microscópicos e invisibles a simple vista: los agentes causales de la enfermedad.

**Palabras clave:** Vigilancia en salud pública, Sala situacional de salud, Teoría del Actor-Red, Políticas públicas de salud, Análisis de situación de salud ASIS.



## **Abstract**

This work presents an ethnographic description of the health situation room inside the Bogota's Public Health Secretary, following the Actor-Network Theory approach. Technical documents produced by interdisciplinary teams during thematic analysis exercises conducted between 2007 and 2009 are examined. Some paths of information from surveillance systems in public health are exposed, as well as translation processes to which information is subjected by different actors, that act as mediators and intermediaries, and are part of the socio-technical network; similarly, the relationship between the health situation room 's processes of knowledge construction and the public health policies design are discussed. In conclusion, citizenship and society are co-produced in part by public policies but this does not happen as a vertical and unilineal manner. The premise of "useful information for action and decision-making", the basis for public health surveillance, is reflected in all the technical documents produced by the health situation room; these documents glimpse the complex networks in which individuals and collectives exert some kind of agency over other individuals and groups, affecting dynamically the population health / disease conditions, and even to those actors, often microscopic and invisible to the naked eye: the disease causative agents.

**Keywords: Public Health Surveillance, Health Situation Rooms, Actor-Network theory, Health Public Policy, Health Situation Analysis.**



# Contenido

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>VII</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>XI</b>
<b>Contenido</b> .....	<b>XIII</b>
<b>Lista de figuras</b> .....	<b>XV</b>
<b>Lista de tablas</b> .....	<b>XVI</b>
<b>Lista de cuadros</b> .....	<b>XVI</b>
<b>Lista de siglas</b> .....	<b>XVII</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
I. Preguntas de investigación e hipótesis de trabajo.....	3
II. Objetivos de la investigación.....	4
III. Consideraciones metodológicas.....	5
IV. Los estudios sociales de ciencia y tecnología.....	7
V. La Teoría del Actor-Red.....	13
VI. Presentación de los textos.....	17
<b>Capítulo 1 ¿Qué es la sala situacional?</b> .....	<b>19</b>
1.1 Salud pública y vigilancia en salud pública.....	19
1.2 Planeación estratégica en salud.....	21
1.2.1 Descripción del modelo de la planeación estratégica.....	21
1.2.2 El sector salud y la planeación estratégica.....	22
1.2.3 El papel de los expertos en la toma de decisiones informada.....	23
1.2.4 El Análisis de Situación de Salud (ASIS).....	24
1.2.5 ¿Cómo es el Análisis de Situación de Salud en Bogotá?.....	26
1.3 La estrategia de sala situacional.....	27
1.3.1 Historia de la sala situacional de la Secretaría Distrital de Salud.....	27
1.3.2 Definición del concepto de sala situacional.....	29
1.3.3 Tipos de Sala Situacional.....	32
1.3.4 ¿Cómo funcionaba la sala situacional de la Secretaría Distrital de Salud?....	33
1.3.5 Los productos de la sala situacional de la Secretaría Distrital de Salud.....	37
1.4 ¿Por qué la SS-SDS es un actor-red?.....	38

<b>Capítulo 2 Las Memorias de la Sala Situacional: estabilización de varios ejercicios de análisis e inscripciones gráficas.....</b>	<b>43</b>
2.1. Antecedentes de las Memorias .....	44
2.2. ¿Cómo se construye un informe de sala situacional? Trayectorias de la información.....	46
2.3. Temas prioritarios y metas distritales .....	57
2.4. Decisiones técnicas y políticas en la presentación de los resultados de la Sala Situacional.....	61
2.4.1. Lo Técnico-Científico .....	61
2.4.2. Lo Retórico.....	63
2.4.3. Lo Político .....	65
2.5. Mapas y representaciones territorializadas de la enfermedad .....	67
<b>Capítulo 3 El ensamblaje para la generación de políticas públicas en salud.....</b>	<b>71</b>
3.1 Los productos de la SS-SDS entendidos como Inscripciones.....	72
3.1.1 El poder de las inscripciones .....	72
3.1.2 Movilidad, combinabilidad e inmutabilidad.....	78
3.2 Los sistemas de vigilancia en salud pública comprendidos como infraestructura	82
3.3 ¿Técnicos o políticos? La ambivalencia de los expertos.....	90
3.4 La participación de la ciudadanía: entre legos y expertos.....	96
<b>Capítulo 4 Conclusiones y recomendaciones .....</b>	<b>105</b>
4.1 Conclusiones .....	105
4.1.1. Relaciones entre actores comunitarios, técnicos expertos en salud y tomadores de decisiones.....	105
4.1.2. La transformación de la SS-SDS: en busca del ASIS.....	109
4.1.3. Políticas públicas en salud y población .....	110
4.1.4. Los documentos técnicos como forma de conocimiento sobre la sociedad ..	113
4.1.5. Etnografía multilocal y Teoría del Actor-Red: sus posibilidades y limitaciones en el análisis de las políticas públicas .....	116
4.2 Recomendaciones para futuras investigaciones .....	117
<b>Bibliografía .....</b>	<b>121</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1-1:</b> Vigilancia de la salud pública, proceso de interacción entre las necesidades comunitarias e intervenciones. ....	31
<b>Figura 1-2:</b> Sala de Juntas de la Sala Situacional de la Secretaría Distrital de Salud. 34	34
<b>Figura 1-3:</b> Pasos para el funcionamiento de la SS-SDS. ....	36
<b>Figura 2-1:</b> Diapositiva con información de mortalidad por EDA en menores de 5 años en Bogotá, entre 2004 y junio de 2009. ....	60
<b>Figura 2-2:</b> Mapa con casos de muerte por EDA en menores de 5 años, según régimen de seguridad social (izquierda) y sexo (derecha), 2008. ....	69
<b>Figura 3-1:</b> Fotografías tomadas en una institución educativa de la localidad de Puente Aranda durante una jornada de Salud al Colegio. ....	75
<b>Figura 3-2:</b> Fotografías tomadas durante la realización de los grupos focales de la sala situacional sobre seguridad alimentaria y nutricional. ....	76
<b>Figura 3-3:</b> Fotografías tomadas en instituciones educativas de la localidad de San Cristóbal en el marco de la sala situacional sobre salud sexual y reproductiva. ....	78
<b>Figura 3-4:</b> Ficha de datos básicos para la notificación de eventos de interés en salud pública al Sivigila, Sivigila 2010. ....	80
<b>Figura 3-5:</b> Flujo de datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila 2010. 81	81
<b>Figura 3-6:</b> Comportamiento de la notificación de casos de síndrome de rubeola congénita, Colombia 2007 – 2009. ....	87
<b>Figura 3-7:</b> Canal Endémico del comportamiento de la notificación de varicela en Colombia a semana epidemiológica 52 de 2010. ....	88

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 2-1:</b> Tasas de mortalidad por EDA esperadas a partir de la proyección realizada por la SDS en 2008 (x 100.000 menores de 5 años).....	59

## Lista de cuadros

<b>Cuadro 2-1:</b> Temáticas desarrolladas en los grupos focales de la sala situacional sobre salud sexual y reproductiva 2008. ....	51
<b>Cuadro 2-2:</b> Distribución de temáticas priorizadas según localidad, sala situacional de salud sexual y reproductiva 2008. ....	51
<b>Cuadro 2-3:</b> Distribución de entrevistas grupales por foco y participantes según localidad, sala situacional de salud sexual y reproductiva 2008.....	53
<b>Cuadro 2-4:</b> Preguntas orientadoras usadas en los grupos focales realizados durante la sala situacional de salud sexual y reproductiva. ....	56
<b>Cuadro 3-1:</b> Frases literales de participantes en los grupos focales realizados para la Sala Situacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2008. ....	100

## Lista de siglas

<b>Sigla</b>	<b>Nombre</b>
AH1N1	Virus de Influenza tipo A, subtipo H1N1
ANT	Actor-Network Theory
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CIE10	Clasificación internacional de enfermedades, décima versión
CNE	Centro Nacional de Enlace del Ministerio de la Protección Social
COVE	Comité de Vigilancia Epidemiológica
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DC	Distrito Capital de Bogotá
DPAE	Dirección de Prevención y Atención de Emergencias del Distrito Capital
DSP	Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda
ESCT	Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología
ESE	Empresa Social del Estado (Hospital Público)
ESI	Enfermedad Similar a la Influenza
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual
FDA	Food and Drug Administration (USA)
ICA	Instituto Colombiano Agropecuario
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Salud
IRA	Infección Respiratoria Aguda
IRAG	Infección Respiratoria Aguda Grave
LSP-B	Laboratorio de Salud Pública de Bogotá
MPS	Ministerio de la Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud

<b>Sigla</b>	<b>Nombre</b>
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inminizaciones
PCR	Reacción en Cadena de la Polimerasa (Examen diagnóstico de laboratorio)
PIC	Programa de Intervenciones Colectivas (Secretaría Distrital de Salud)
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios
RUAF	Registro Único de Afiliación
SAN	Seguridad Alimentaria y Nutricional
SDS	Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIG	Sistema de Información Geográfica
SIHO	Sistema de Gestión de Hospitales Públicos
SISMED	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
SS	Sala Situacional
SS-SDS	Sala Situacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
STS	Science and Technology Studies
TAR	Teoría del Actor-Red
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UND	Unidad de Notificación Departamental
UNM	Unidad de Notificación Municipal
UPGD	Unidad Primaria Generadora de Datos
UPZ	Unidad de Planeamiento Zonal
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VSP	Vigilancia en Salud Pública

# Introducción

Mi interés en este proyecto de investigación se centró en el análisis de los procesos de producción de conocimiento que se llevaron a cabo dentro de la Sala Situacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (en adelante SS-SDS) durante el año 2009. Este espacio particular fue diseñado como eje articulador entre la sección de Vigilancia en Salud Pública (VSP) de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS), los tomadores de decisiones encargados del diseño de políticas públicas en salud y los diferentes centros hospitalarios públicos con los que cuenta el distrito capital.

Tomando su nombre de las salas de situación creadas durante la segunda guerra mundial (Matus, 1982, 1987), dentro de los objetivos centrales de la SS-SDS se encuentran la centralización y análisis de la información proveniente de los diferentes sistemas de vigilancia en salud pública (SIVIGILA<sup>1</sup>, Estadísticas Vitales<sup>2</sup>, Mortalidad Evitable, SIP<sup>3</sup>, SISVAN<sup>4</sup>, SIVIM<sup>5</sup>, SISVEA<sup>6</sup>, entre otras bases de datos distritales y nacionales diseñadas y operadas por diferentes instituciones incluida la SDS), así como la realización de ejercicios de análisis de situación de salud temáticos para brindar información adecuadamente procesada a los tomadores de decisiones del nivel local (gerentes de hospitales públicos y alcaldías locales) y distrital (Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor). Los productos de la SS-SDS se constituían en información útil para

---

<sup>1</sup> Sistema de información de vigilancia en salud pública.

<sup>2</sup> Base del DANE encargada de recopilar la información de todo lo relacionado con nacimientos y defunciones de personas entre otras

<sup>3</sup> Sistema de información perinatal.

<sup>4</sup> Sistema de vigilancia alimentaria y nutricional.

<sup>5</sup> Sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar, maltrato y delitos sexuales.

<sup>6</sup> Sistema de vigilancia epidemiológica ambiental (en fase de prueba).

decidir las acciones e intervenciones más eficaces y eficientes ante cualquier situación particular de interés en salud pública.

Los ejercicios de análisis realizados por la SS-SDS originaron una serie de documentos temáticos que han servido como insumo para las discusiones en torno a las acciones que deben emprender los gobiernos locales y distrital, respecto a diferentes problemáticas en salud. La publicación de estos documentos a finales de 2009 (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c) se convirtió en una oportunidad muy interesante para acercarme a los procesos de construcción de conocimiento que se daban en este espacio.

En este documento presento los resultados de mi investigación en la que estudié los productos de la SS-SDS y los procesos mediante los que se construyeron usando un enfoque etnográfico. Para ello, he construido un estudio de caso<sup>7</sup> único y de tipo explicativo (Yin, 2003a, 2003c) a partir del análisis de estos productos documentales y de mi propia experiencia en estos ejercicios de análisis como funcionario de la SS-SDS.

Este caso me permitió observar cómo relacionan actores provenientes de distintos *colectivos*<sup>8</sup> y las formas en que se movilizaron los conocimientos a través de *mediadores*<sup>9</sup> y *cadena de traducción*<sup>10</sup>, para configurar la SS-SDS como un actor-red.

---

<sup>7</sup> Los estudios sociales de la ciencia y la tecnología han privilegiado los estudios de caso para la comprensión de (Jasanoff, 2004h; Latour, 1992, 2008, 2010).

<sup>8</sup> Siguiendo a Latour, el **colectivo** está dispuesto de "ciudadanos" humanos y no humanos (Latour, 2004). Este término se refiere al conjunto de asociaciones entre humanos y no humanos, borrando la distinción entre naturaleza y sociedad (Latour, 2001).

<sup>9</sup> La **mediación** es entendida como la intervención de un actor sobre la existencia de un acontecimiento, otorgándole capacidad de agencia al actor (Latour, 2001). De esta manera los **mediadores** no se pueden considerar como entes aislados, ya que pueden funcionar como uno, nada, varios o infinito; sus datos de entrada nunca pueden predecir los de salida (Latour, 2001, 2008). Más claramente: "Los **mediadores transforman, traducen, distorsionan y modifican el significado o los elementos que se supone que deben transportar**" (Latour, 2008, p. 63).

<sup>10</sup> "La **palabra traducción** se refiere a todos los desplazamientos que se verifican a través de actores cuya mediación es indispensable para que ocurra cualquier acción. En vez de una oposición rígida entre el contexto y el contenido, las cadenas de traducción se refieren al trabajo mediante el que los actores modifican, desplazan y trasladan sus distintos y contrapuestos intereses" (Latour, 2001).

He seguido la perspectiva de los estudios sociales de ciencia y tecnología, particularmente la Teoría del Actor-Red, es decir, he seguido a actores y actantes (actores no humanos), observado los vínculos y relaciones que se construyen, estudiando las controversias que emergen entorno de ese conocimiento y buscando desentramar las cajas negras que se construyen con ese conocimiento para procurar lo que Bruno Latour ha denominado *reensamblar lo social* (Callon, 1991, 2002; Latour, 1992, 2001, 2004, 2007, 2008, 2010; Latour y Woolgar, 1995; Law, 1992, 2007).

De esta manera, mi interrogante no se refiere sólo a cómo se construye el conocimiento en la SS-SDS, sino también me interesa descubrir qué fuentes y formas de conocimiento son privilegiadas durante esta construcción, y cuáles actores y agentes (internos y externos, humanos y no-humanos) que a simple vista no son perceptibles intervienen como mediadores en este proceso. La red desplegada alrededor de la SS-SDS se hace posible gracias a una infraestructura que la soporta (Star, 1999; Star y Ruhleder, 1996) y los vínculos entre los diversos actores siempre son de carácter temporal y permiten su constante reconfiguración (Latour, 2008; Law, 2007).

Este es también un buen lugar para preguntarse acerca del tipo de conocimiento técnico y científico que se buscaba construir en este espacio y de qué manera era validado e institucionalizado. La situación de salud de la población bogotana se convierte en un conocimiento altamente valorado por administradores y políticos ubicados en diferentes lugares, dentro y fuera de nuestro sistema de salud.

Por lo anterior, me cuestiono acerca de la relevancia política del conocimiento construido en este espacio y en últimas, la de la misma SS-SDS, porque el objetivo principal de sus productos era brindar recomendaciones a los políticos (tomadores de decisiones) para la toma de decisiones en salud, tanto en el ámbito local como distrital.

### **I. Preguntas de investigación e hipótesis de trabajo**

Tomando como punto de partida los productos generados en la SS-SDS (boletines epidemiológicos, informes periódicos de eventos de interés en salud pública, informes temáticos, etc.), consideré en un primer momento que lo más interesante sería rastrear el proceso de construcción de estos documentos en sí para ver la *ciencia en acción* de la que hablaba Latour hace ya un cuarto de siglo (Latour, 1992).

Mientras conocía más y más este espacio, nuevos interrogantes fueron apareciendo: ¿cómo se relacionan los expertos (técnico-científicos) con los tomadores de decisiones (políticos)?, ¿por qué es central la inclusión de actores comunitarios (legos) dentro de los ejercicios de análisis?, ¿Qué función cumplen los productos de la SS-SDS en las políticas públicas de la ciudad?

Luego decidí tomar un poco de distancia y concentrarme en la configuración de la SS-SDS como actor-red, de esta manera englobé todos mis interrogantes en uno más grande: ¿Cómo la SS-SDS (el actor-red) aporta en el conocimiento de la situación de salud / enfermedad de la población bogotana (hecho científico / social) y a su vez en el diseño políticas públicas de la ciudad?

La respuesta se me hizo obvia en ese momento: A partir de la construcción de diferentes representaciones de esa población y su estado de salud / enfermedad, cuya “sencillez” permitiera o facilitara a los políticos las tareas de planeación y evaluación. Esta hipótesis de trabajo orientó entonces mi ejercicio etnográfico, de tal manera que en él procuré no sólo mirar los ejercicios de análisis de la SS-SDS como unas cajas negras en proceso de construcción, sino también identificar la forma en la que el conocimiento producido era usado como insumo en el proceso de toma de decisiones políticas.

## **II. Objetivos de la investigación**

El objetivo general de mi investigación es: Describir<sup>11</sup> los procesos de producción de conocimiento que se llevaban a cabo en la SS-SDS usando la Teoría del Actor-Red, identificando a actores y actantes, observando los vínculos y relaciones que se construyen, y examinando las relaciones entre este conocimiento y la producción de políticas públicas en salud.

Como objetivos específicos, me he propuesto:

---

<sup>11</sup> En el sentido dado por Bruno Latour (2008) a la descripción como inseparable de la explicación.

- a) Describir el funcionamiento de la SS-SDS, identificando los procesos de producción de conocimiento y las características de ese conocimiento.
- b) Identificar a los actores y actantes que participan en la producción de conocimiento dentro de la SS-SDS y describir sus vínculos y relaciones.
- c) Analizar las formas en las que los productos de la SS-SDS se emplearon para la definición de políticas públicas de salud en la ciudad de Bogotá.

Además de los anteriores objetivos, con esta tesis me propongo:

- Aportar a la discusión en torno al diseño de políticas públicas en salud en el distrito capital.
- Contribuir a los debates conceptuales y metodológicos en torno a la Teoría del Actor-Red (TAR) y su forma de acercarse al conocimiento.
- Aplicar en un estudio de caso los métodos y técnicas de investigación propuestas por los autores principales representantes de la TAR. Para ello, me concentraré en los productos de las investigaciones llevadas a cabo por la SS-SDS y en la sala situacional de crisis por la influenza.
- Describir la forma en la que las acciones realizadas por los diferentes actores vinculados de una u otra forma con la SDS (funcionarios, epidemiólogos de los hospitales, tomadores de decisiones, bases de datos, mapas, etc.) afectan las políticas públicas en salud y viceversa.

### **III. Consideraciones metodológicas**

Elegí usar un enfoque etnográfico para la realización de esta investigación. Las herramientas construidas por la Antropología permiten estudiar la interacción cotidiana de diferentes actores en la que también participa activamente el investigador, quien busca entender los significados culturales compartidos por un grupo social e interpretarlos (Geertz, 1989, 1992; Goetz y LeCompte, 1988; Hammersley y Atkinson, 1994; Reynoso, 2008). De esta forma, me propuse investigar las prácticas cotidianas de epidemiólogos, salubristas y otros profesionales de la salud (incluidos ingenieros, comunicadores, geógrafos y antropólogos entre otros empleados y contratistas) dentro y fuera de la SS-SDS (pertenecientes a otras dependencias de la SDS, el INS y los hospitales públicos

bogotanos), buscando comprender cómo participan en los procesos de construcción de conocimiento. Para ello usé una perspectiva etnográfica multilocal<sup>12</sup> (Cresswell, Worth y Sheikh, 2011; Marcus, 2001) que me permitió acercarme a diferentes lugares hasta donde se despliega la SS-SDS como actor-red.

Considero que esta investigación sobre la SS-SDS puede ser vista como un estudio de caso único<sup>13</sup> o intrínseco<sup>14</sup> y de tipo explicativo<sup>15</sup>. Para la recolección de la información, utilicé técnicas de observación etnográfica y de análisis documental, para al final analizar todo en conjunto como una unidad.

La etnografía ha sido frecuentemente usada en los STS desde la institucionalización de los estudios de laboratorio en la década de 1970 (Latour y Woolgar, 1995). Latour la considera una herramienta útil para la descripción y explicación de redes sociotécnicas integradas por actores humanos y no-humanos, que permite mostrar los flujos de información que en últimas constituyen a los actores-red (Latour, 1993, 2001, 2008, 2010; Latour y Woolgar, 1995).

De acuerdo a lo expuesto por Latour respecto a la TAR, “*Si una descripción está necesitada de una explicación, significa que es una mala descripción*” (Latour, 2008), regla metodológica que intento seguir en este escrito. Me concentré en hacer

---

<sup>12</sup> La etnografía multilocal es una corriente que busca responder a los cambios en las tecnologías de comunicación y los modos de producción que han transformando la producción cultural. El etnógrafo se sale de los lugares y situaciones locales convencionales y examina la circulación de los significados, objetos e identidades en un tiempo y espacio difuso. El objeto de estudio móvil entre diversos espacios y tiempos tiene que ser situado en múltiples localidades pues de lo contrario no puede ser entendido etnográficamente. Según Marcus (2001, p. 118): “La investigación multilocal está diseñada alrededor de cadenas, sendas, tramas, conjunciones o yuxtaposiciones de locaciones en las cuales el etnógrafo establece alguna forma de presencia, literal o física, con una lógica explícita de asociación o conexión entre sitios que de hecho definen el argumento de la etnografía”.

<sup>13</sup> Según Yin (2003a) estos estudios se centran en un solo caso cuyas características lo hacen irreplicable y manifiesta un carácter revelador, pues permite mostrar a la comunidad científica un caso que no hubiera sido posible conocer de otra forma ante la imposibilidad de ser comparado con otros casos.

<sup>14</sup> De acuerdo con Stake (1995) en este tipo de estudios se busca mejorar la comprensión de un caso concreto que no se presenta como representativo de otros casos sino que es elegido porque sus particularidades en sí son el interés central de la investigación.

<sup>15</sup> En este tipo de estudios de caso se busca desarrollar teorías, por lo que se concentran en establecer las relaciones de causa y efecto y la forma en que se presentan dentro de un determinado fenómeno (Yin, 2003c).

descripciones minuciosas y precisas de los fenómenos observados, en el sentido de la descripción densa planteada por Clifford Geertz (Geertz, 1992; López, 2005). Siguiendo a Latour (2008): “*La tarea consiste en desplegar actores como redes de mediaciones [...] El despliegue no es lo mismo que ‘mera descripción’, ni es lo mismo que ‘descubrir’ a ‘espaldas’ de los actores, las ‘fuerzas sociales que operan’*”, de esta manera la “densidad” a la que se refiere Geertz no solo debe darse en los detalles, sino que debería estar relacionada con el modelo de “reensamblado social” (Latour, 2008).

Las principales fuentes de información fueron los documentos fundacionales e institucionales de la SS-SDS, algunos datos heterogéneos recogidos por sus referentes, diferentes versiones de los informes parciales y finales de los ejercicios de análisis temáticos, documentos de política pública locales, distritales y nacionales relacionados con estas y otras temáticas relacionadas, los registros de las reuniones y eventos organizados por la SS-SDS y algunas entrevistas a funcionarios (expertos) que laboraban en la SS-SDS y en los hospitales públicos como referentes de SS.

Como resultado de este proceso de investigación me propongo presentar no solo una completa y clara descripción del funcionamiento de la SS-SDS, sino que además quisiera acercarme al debate acerca de la co-producción, que se da entre el conocimiento científico y el orden social, planteado por los estudios de ciencia y tecnología (Hacking, 1999; Jasanoff, 2004h; Latour, 1992, 2001, 2004, 2007, 2008, 2010; Latour y Woolgar, 1995; Law, 1992), en el que también son centrales las nociones de Estado, política y poder.

Por último, haber hecho parte del equipo de trabajo de la SS-SDS me permitió realizar observaciones directas y participantes. Al contar con la autorización de la coordinadora del Área de Vigilancia en Salud Pública de la SDS, mis compañeros en la SS-SDS y los referentes de los hospitales sabían que estaba realizando una investigación etnográfica sobre ellos y su trabajo.

#### **IV. Los estudios sociales de ciencia y tecnología**

Los estudios sociales de ciencia y tecnología (ESCT o STS por su sigla en inglés) se caracterizan por haber adoptado como problema principal de investigación las sociedades basadas en el conocimiento científico, con todas las complejidades que ellas

implican, concentrándose tanto en las estructuras como en las prácticas, las ideas y productos materiales y las trayectorias de cambio de estos elementos (Jasanoff, 2004a, p. 2). A partir de los intereses de diferentes disciplinas como la antropología, la sociología, la historia, la filosofía, la ciencia política, el derecho y la economía entre otras, se ha configurado el núcleo de estos estudios, cuyo interés es lograr entender el lugar de la ciencia y la tecnología en la sociedad (Jasanoff, Markle, Petersen y Pinch, 1995).

Para lograr su cometido, los STS se han aprovechado del conocimiento teórico y metodológico desarrollado por estas disciplinas, para proponer estrategias metodológicas novedosas y muchas veces eclécticas que permitan la comprensión de los diferentes aspectos de la ciencia y la tecnología y su lugar en la sociedad. Con respecto al despliegue conceptual que han desarrollado estos estudios, llama la atención la negación de cualquier posición determinística (social o tecnológica) para comprender los fenómenos estudiados, una primacía por los estudios empíricos y de caso, la idea de la conformación de redes híbridas que incluyen actores humanos y no-humanos y un énfasis en la descripción (Callon, 1991, 2002; Hacking, 1999; Jasanoff, 2004h; Latour, 1991, 2001, 2004, 2007, 2008, 2010; Law, 1992, 2007).

Otra característica muy interesante de estos estudios es que se cuestionan acerca de cómo se produce el conocimiento que sustenta a las sociedades, convirtiéndose en claves las nociones como Poder, Política y Estado, pero no como conceptos preestablecidos y estáticos, sino más bien como conceptos dinámicos y co-producidos, dirigiendo su mirada analítica a la forma en la que estas nociones se construyen a través de los procesos de producción del conocimiento y las prácticas de las sociedades.

De acuerdo con Jasanoff (2004a, pp. 5-6), los principales núcleos de interés dentro de los estudios de ciencia y tecnología son: 1) la emergencia y estabilización de nuevos objetos o fenómenos, 2) la formulación y resolución de las controversias, 3) la inteligibilidad y portabilidad de los productos de la ciencia y la tecnología a través del tiempo y diferentes lugares y contextos institucionales y, 4) las prácticas culturales de los científicos, particularmente en lo relacionado con las cuestiones de la legitimidad y el significado. Considero que mi investigación se podría ubicar dentro del tercer grupo de estudios mencionado ya que parto de los productos finales y estabilizados de la SS-SDS como conocimiento útil para la toma de decisiones políticas (productos de la ciencia y

tecnología) para rastrear su proceso de construcción a lo largo de la red constituida por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud pública, que atraviesa diferentes lugares y contextos institucionales.

Jasanoff también considera útil dividir la literatura de los estudios de ciencia y tecnología en dos corrientes: una *constitutiva* y la otra *interaccional* (Jasanoff, 2004d, p. 18). Los estudios constitutivos tienen que ver principalmente con la forma en que es creada y mantenida la estabilidad, principalmente de nuevos fenómenos, por lo cual las investigaciones suelen llevarse a cabo dentro de laboratorios, hospitales, etc., en donde surgen nuevos objetos tecnocientíficos. La aproximación interaccional deja de lado las cuestiones acerca de las cosas en sí mismas, para preguntarse por la forma en que nos acercamos a ellas para conocerlas, mostrando cómo las sociedades organizan y, de tanto en tanto, reorganizan sus ideas acerca de la realidad. La perspectiva constitutiva se concentra en el surgimiento de nuevos hechos, cosas y sistemas de pensamiento, mientras que la corriente interaccional se centra en los conflictos del conocimiento dentro de los mundos de lo social y lo natural (Jasanoff, 2004d, p. 19). Desde esta mirada, considero que mi estudio haría parte la corriente constitutiva, porque muestro como la situación de salud de la población bogotana se estabiliza a partir de la información recolectada en los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica.

Quisiera ahora presentar al lector una breve contextualización histórica de los desarrollos teóricos de aquello que conocemos como STS, cuyo surgimiento permitió nuevas formas de ver la tecnología, cuestionando su carácter inequívoco, supuestamente neutral y el determinismo tecnológico que acompañó a la escuela de Frankfurt.

### **El programa fuerte de sociología del conocimiento**

Desde el surgimiento del programa fuerte de sociología del conocimiento en Edimburgo, la ciencia y la tecnología occidental dejaron atrás el halo de superioridad e irrefutabilidad que las cubría por considerarse un producto casi sagrado del método científico, para convertirse en el producto de las actividades cotidianas de grupos sociales específicos (científicos, ingenieros, expertos, etc.) (Bloor, 1994, 1998).

Este programa de investigación se interesó en buscar explicaciones sociológicas que dieran cuenta de los aspectos socioculturales y los intereses en torno a la construcción

de conocimiento científico, particularmente en las sociedades occidentales, de la misma manera que la antropología había hecho en diferentes sociedades preindustriales alrededor del mundo. Una de sus premisas centrales invocaba la idea de que todos los conocimientos humanos, al ser adquiridos a partir de experiencias intersubjetivas, tienen componentes sociales desde su formación inicial.

La premisa metodológica era simple: el conocimiento humano se puede estudiar científicamente (es decir, de manera rigurosa), si se mantienen los mismos valores de los que parten otras disciplinas científicas (como las matemáticas, la física y en general la ciencia natural). Por ello, el programa fuerte se basó en cuatro principios fundamentales: causalidad, imparcialidad, simetría y reflexividad (Bloor, 1994; 1998, pp. 38-39).

La *causalidad* se refiere al examen de las condiciones sociales que dan lugar a creencias o conocimientos específicos. La *imparcialidad* sugiere que es necesario encontrar explicaciones tanto para las teorías científicas que se presenten como verdaderas, exitosas y/o racionales, como para aquellas falsas, fracasadas y/o irracionales. El *principio de simetría* implica que el mismo tipo de causas deberían explicar las teorías satisfactorias así como las insatisfactorias. Por último, la *reflexividad* implicaba que las explicaciones generadas deberían poderse aplicar a la sociología misma en tanto esta es una forma más de conocimiento científico (Bloor, 1998).

Esta escuela ha sido fuertemente criticada y cuestionada dentro y fuera de la Sociología, sin embargo, si bien en un principio la mirada del programa fuerte se concentró en las disciplinas científicas, particularmente la física y las matemáticas, rápidamente sus premisas metodológicas permitieron nuevas miradas por fuera del enfoque determinista que buscaban romper con la dicotomía tecnología/ sociedad.

### **El programa empírico del relativismo (EPOR<sup>16</sup>) y la construcción social de la tecnología (SCOT<sup>17</sup>)**

Casi a la par del programa fuerte de la escuela de Edimburgo, surge otra iniciativa dentro de la sociología del conocimiento que buscaba entender la creación, diseminación y

---

<sup>16</sup> Sigla en inglés para *Empirical Programme of Relativism*.

<sup>17</sup> Sigla en inglés para *Social Construction of Technology*.

validación del conocimiento científico y las tecnologías a partir del estudio de las controversias: el programa empírico del relativismo (Pinch y Bijker, 1989, pp. 26-28). Este programa plantea tres fases para el análisis: en la primera, surge la idea de flexibilidad interpretativa, de tal manera que una misma tecnología puede ser utilizada (interpretada) de diferentes formas de acuerdo al grupo social que la use, eliminando la idea de interpretación única y favoreciendo las explicaciones sociales para los diseños y usos de nuevas tecnologías (Bijker, 1997). En la segunda etapa, se presentan algunos mecanismos sociales de cierre de las controversias que permiten la estabilización (casi siempre temporal) de una tecnología; dentro de estos mecanismos se encuentran la ventaja técnica, herramientas retóricas, propaganda entre otros (Valderrama, 2009). La última fase propuesta por el EPOR consistía en relacionar esos mecanismos de cierre con un contexto sociocultural más amplio (Pinch y Bijker, 1989).

La segunda generación de investigadores provenientes de esta escuela quiso concentrarse particularmente en herramientas teóricas y metodológicas que permitieran romper las dicotomías ciencia/tecnología y científicos/ingenieros y, todos ellos/sociedad. De esta manera, plantearon nuevos análisis a antiguos objetos que ya habían sido visitados y revisitados por la historia de la tecnología (como en el caso de la bicicleta estudiada por Pinch y Bijker) para entender cómo su diseño y uso es el resultado de procesos de negociación e interpretación de distintos grupos sociales (Valderrama, 2009). Así se originó la propuesta conocida como SCOT.

Si bien la SCOT se originó en el seno de la sociología del conocimiento científico, rápidamente trató de extenderse como una transdisciplina con un alto contenido empírico y que usara herramientas metodológicas de otras disciplinas (como la historia) para lograr consolidar un modelo multilinear de explicación completamente novedoso y diferente a los unilineales usados hasta ese momento para el estudio de las tecnologías e innovaciones, claramente estos modelos corresponden a un enfoque constructivista de la realidad (Pinch y Bijker, 1989).

De esta manera, la SCOT identificó alrededor de cada tecnología estudiada la existencia de diferentes grupos sociales con intereses propios, así como la existencia de diversos marcos tecnológicos a los que se adscriben estos grupos sociales, cada uno con su propio conjunto de conceptos y técnicas empleadas, por ejemplo, para la solución de

problemas cotidianos (Bijker, 1997). Por último, los investigadores de la SCOT se encontraron con que existen diferentes niveles de inclusión dentro de un marco tecnológico de tal manera que, quienes están inmersos en él (como los científicos y técnicos más reputados o con mayor trayectoria) tienden a operar de acuerdo a los parámetros preestablecidos dentro de su campo de conocimiento (aceptar las reglas), mientras que quienes están más alejados del marco tecnológico (científicos jóvenes, advenedizos o simplemente novatos dentro del campo) pueden asumir cambios radicales que conduzcan a innovaciones en la tecnología (Pinch y Bijker, 1989; Valderrama, 2009).

### **Tecnología y política**

Desde una perspectiva filosófica y política, Langdon Winner (2008) propuso en 1980 que los artefactos y en general todas las tecnologías son inherentemente políticas, de tal manera que cada elección por una tecnología llega a afectar el orden social, particularmente cuando hablamos de cambios tecnológicos que impactarán a una sociedad como la construcción de vías y fuentes generadoras de energía entre otros. Cada elección que hace una sociedad entre diferentes opciones llega a afectar la distribución de poder, autoridad y privilegios, así que cada innovación o modificación tecnológica conlleva cambios profundos cuyos efectos no siempre son deseados (Winner, 2008).

El diseño, creación y uso de artefactos tecnológicos son la materialización de discursos y formas de poder en contextos específicos, aunque usualmente se presenten como instrumentos útiles para cumplir con funciones o tareas determinadas en la cotidianidad, apareciendo como si fueran artefactos completamente neutrales. Por esta razón se deben examinar los intereses particulares detrás de cada innovación e implementación tecnológica (Winner, 2008). Esto se vuelve imperativo cuando se discute, por ejemplo, las fuentes energéticas de una nación, los estándares que se utilizarán para una red como la de telefonía celular o televisión digital (caso reciente colombiano) o incluso las tecnologías para la extracción de recursos naturales (a propósito del fracking, tecnología que esperan implementar en Colombia las compañías petroleras).

La posibilidad política de los artefactos fue llevada hasta su extremo posteriormente por la Teoría del Actor-Red que ha considerado que los artefactos tienen capacidad de

agencia. Si bien, la Teoría del Actor-Red sería el siguiente punto en este breve recorrido histórico, lo retomaré más adelante en el apartado V en la siguiente página.

### **Infraestructuras y usuarios**

Star y Ruhleder (1996) acuñaron el concepto de infraestructura que ayuda al estudio del cambio tecnológico en las organizaciones y en la sociedad, aunque en ocasiones son paradójicas ya que a su vez pueden facilitar y dificultar el cambio organizacional y social. Una infraestructura no es algo preconcebido ni dado de antemano. Más bien, este concepto fundamentalmente relacional se aplica a productos de prácticas organizadas institucionalmente, que da cuenta más de un “cuándo” que de un “qué” (Star y Ruhleder, 1996). Las infraestructuras suelen darse por sentado para sus usuarios como “algo que simplemente está allí a la mano del usuario lista para ser usada y completamente transparente” (Star y Ruhleder, 1996). En este sentido las autoras usan la analogía con los rieles sobre los que ruedan los trenes, aunque hoy en día podemos hablar de otras infraestructuras como un computador o incluso su sistema operativo. También podemos encontrarnos con que de forma más cotidiana nos referimos a estas infraestructuras como plataformas, algo que es relativamente poco relevante y que soporta algo más interesante o importante. Estas infraestructuras configuran a su vez usuarios que se organizan en comunidades de práctica.

Más adelante en un trabajo realizado junto con Bowker, Star plantea que los sistemas de clasificación y las categorías funcionan como artefactos políticos en los modernos Estados occidentales (Bowker y Star, 2000). De esta manera las personas y las cosas se clasifican y etiquetan gracias al trabajo cotidiano y otras actividades organizadas (del Estado, las instituciones y de las mismas personas) que incluyen los conflictos por el significado que se producen cuando varios grupos se pelean por la naturaleza de un sistema de clasificación y sus categorías.

## **V. La Teoría del Actor-Red**

En Francia, en la École des Mines de París, Michel Callon y Bruno Latour inician el ambicioso proyecto de la Teoría del Actor-Red (ANT<sup>18</sup>) retomando algunos puntos de la

---

<sup>18</sup> Sigla en inglés para *Actor-Network Theory*.

discusión de la Sociología del conocimiento científica inglesa (particularmente el programa fuerte y el EPOR), pero buscando romper radicalmente con miradas unilineales y reduccionistas que pueden terminar siendo alguna forma de determinismo social o tecnológico. A ellos rápidamente se suma el inglés John Law y otros académicos como Anemarie Mol, Susan Leigh Star y Geoffrey Bowker entre otros (Correa Moreira, 2012; Echeverría y González, 2009; Gad y Ribes, 2014; García Díaz, 2008; Jasanoff, 1999, 2004h; Latour, 1992, 2001, 2004, 2007, 2008; Law, 2007; Patella, 2005; Sánchez-Criado, 2005; Sayes, 2013; Tirado-Serrano y Domènech-Argemí, 2005).

Para John Law (2007), “la teoría del actor-red es una familia diversa de herramientas semiótico-materiales, sensibilidades y métodos de análisis que tratan todos los elementos de los mundos naturales y sociales como un efecto, generado permanentemente, de las redes de relaciones dentro de las que están ubicados”. Esta teoría se enfoca en la forma en que se comportan las redes que se construyen a la par con la producción de conocimiento, observando y analizando la labor de ingenieros y científicos, para encontrarse con que nadie actúa sólo, por lo que todo el mundo depende de una serie de actores humanos y no-humanos para poder hacer su trabajo.

Para ello, parten del principio de simetría del programa fuerte, pero lo radicalizan al máximo de tal manera que se llega al tratamiento indiferenciado de actores humanos y no-humanos, definiéndolos a todos como actantes con capacidad de agencia<sup>19</sup> (Latour, 1992, 2001; Sayes, 2013). De acuerdo con Latour (2008), en contraste con la mayoría del trabajo en sociología, la TAR no distingue entre humano y no-humano para identificar la agencia por lo que devuelve la mirada hacia la participación que tienen recursos comunes como el equipo, dinero, datos, publicidad o poder. De esta manera, busca rescatar el trabajo iniciado por Gabriel Tarde y pasar de una *sociología de lo social*, para constituirse en *una sociología de las asociaciones* (Echeverría y González, 2009; Latour, 2008; Sánchez-Criado, 2005; Tirado-Serrano y Domènech-Argemí, 2005). Latour enumera tres criterios para incluir un análisis de la tecnociencia dentro de la teoría del

---

<sup>19</sup> La noción clásica de agencia en Sociología suele relacionarse con la capacidad de acción que tiene un actor (humano), más que con las intenciones de sus acciones (Giddens, 1995). En la ANT esta capacidad también la adquieren los actores no humanos, de tal manera que tienen capacidad de transformación pero sin necesidad de tener una intencionalidad específica (Latour, 2008).

actor-red: 1) que incluya actores no humanos; 2) que lo social no se use para explicar la estabilización de las redes, 3) su objetivo no debe ser la deconstrucción, sino la recomposición de lo social (Echeverría y González, 2009; Latour, 2008).

Para la TAR, el estudio de caso es la metodología predilecta, ya que le permite concentrarse en un solo actor-red para *desplegarlo* gracias a la descripción detallada de sus redes de relaciones (Latour, 2008, 2010; Sánchez-Criado, 2005). Por este motivo, una de las premisas de trabajo de cualquier investigación de la TAR es “seguir a los actores” para describir sus acciones en términos de las relaciones con otros actores (Latour, 1992, 2010; Sánchez-Criado, 2005). Así, la TAR no busca constituirse en una teoría explicativa, sino más bien busca una juiciosa descripción de las redes de relaciones entre actores humanos y no humanos (Latour, 2008).

Otro aspecto central de la ANT es que busca superar el pensamiento dicotómico, legado del pensamiento filosófico clásico, para lograr una mayor comprensión del mundo, proponiendo la idea de coproducción (Jasanoff, 2004h; Latour, 2004, 2007, 2008; Tirado-Serrano y Domènech-Argemí, 2005). Para la TAR, el mundo natural y social son producto de redes de relaciones entre actores que son tanto humanos como no humanos, que se coproducen constantemente (Jasanoff, 2004d; Latour, 2008, 2010). Cuando pensamos a partir de dualismos como naturaleza/sociedad, micro/macro y, obviamente, humano/no-humano simplemente estamos clasificando arbitrariamente al mundo para estudiarlo y tratar de explicarlo, sin embargo al hacer esto, perdemos buena parte de la comprensión ya que finalmente esas divisiones nos impiden observar que finalmente todo hace parte de una misma cosa<sup>20</sup>. De esta manera la ANT intenta mostrar como esferas que tradicionalmente han sido vistas como independientes e incluso opuestas simplemente se necesitan una a otra para existir y transformarse, como en el caso de la separación clásica entre naturaleza / sociedad (Latour, 2004) o ciencia / política (Jasanoff, 1999; Latour, 2004, 2007, 2010), que finalmente se coconstruyen gracias a la intervención de actantes humanos y no-humanos. La ANT más que proponer una construcción teórica para explicar la realidad, busca describir las relaciones entre actantes pero no a partir de dimensiones causales.

---

<sup>20</sup> Razón por la cual la ANT se considera una forma Monista de ver el mundo.

De acuerdo con Callon: “El actor-red no es reductible ni a un simple actor ni a una red. Está compuesto, igual que las redes, de series de elementos heterogéneos, animados e inanimados, que han sido ligados durante un cierto período de tiempo. [...] Un actor-red es, simultáneamente, un actor cuya actividad consiste en entrelazar elementos heterogéneos y una red que es capaz de redefinir y transformar aquello de lo que está hecha” (Callon, 1998, p. 156). Según Latour (1998, 2008) es común interpretar erróneamente la noción de actor-red porque se puede pensar que lo que se describe es algo que toma forma de una red, así como que lo que se transporta a través de ella no se transforma. La idea de red está basada en el concepto de rizoma propuesto por Deleuze y Guattari, en donde no hay una jerarquía u orden en los nodos, cada punto puede conectarse con otros puntos dentro de la red y por fuera de ella, incluyéndolos así como nuevos elementos.

El actor-red puede ser cualquier entidad y su existencia demuestra las relaciones de coproducción entre naturaleza y sociedad, humanos y no-humanos, ciencia y tecnología, etc. Por ejemplo un actor-red puede ser un computador: A pesar de que para su usuario cotidiano es un objeto único en sí mismo, está compuesto un conjunto de microchips e invisibles componentes de metal y plástico, pero también de software, cuya existencia es posible gracias al trabajo de científicos, ingenieros, diseñadores, pero también a elementos como el oro y el silicio y a algunos desarrollos de nuestro tiempo como los microprocesadores, los dispositivos de almacenamiento, las pantallas led, etc. Así, una investigación usando la teoría del actor-red implicaría rastrear la forma en que todos los actantes que intervienen en su producción existen, se relacionan y negocian fortaleciéndose o debilitándose como intermediarios y mediadores<sup>21</sup> dentro de la red que al estabilizarse de manera temporal hace posible la existencia de ese computador, que a su vez puede integrarse dentro de otros actores-red y así sucesivamente. El actor-red se hace visible cuando, por ejemplo hay una falla o ruptura que impide su existencia o

---

<sup>21</sup> La **mediación** es entendida como la intervención de un actor sobre la existencia de un acontecimiento, otorgándole capacidad de agencia al actor (Latour, 2001). De esta manera los **mediadores** no se pueden considerar como entes aislados, ya que pueden funcionar como uno, nada, varios o infinito; sus datos de entrada nunca pueden predecir los de salida (Latour, 2001, 2008). Más claramente: “Los **mediadores transforman, traducen, distorsionan y modifican el significado o los elementos que se supone que deben transportar**” (Latour, 2008, p. 63).

funcionamiento, haciendo visible las relaciones entre todos sus elementos; en nuestro ejemplo, el computador puede dejar de funcionar cuando hay una falla en alguno de sus componentes, obligándonos a revisar cada uno de ellos (hardware y software) para identificar el problema (Latour, 2001).

## **VI. Presentación de los textos**

El primer capítulo inicia con una descripción detallada de lo que fue la SS-SDS en el distrito capital. Parto de algunas nociones básicas como vigilancia en salud pública y análisis de situación de salud para mostrar cómo se implementó la SS-SDS desde la lógica de la planeación estratégica y se articuló inmediatamente con el trabajo que se realizaba en las localidades de la ciudad. Cierro este capítulo exponiendo las razones que me permitieron entender a la SS-SDS como un actor-red.

A continuación, en el capítulo 2, me dedico a examinar los productos de los ejercicios de análisis de la SS-SDS, particularmente aquellos que lograron publicarse (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c). A partir de algunos casos específicos, sigo la trayectoria de la información a través de diferentes estadios hasta que se convierte en cifras oficiales, publicadas y divulgadas; para ello presento los pasos metodológicos que seguían los ejercicios de análisis usando como ejemplo la sala situacional sobre salud sexual y reproductiva realizada en 2008. Los temas de análisis seleccionados en la SS-SDS corresponden con el plan de gobierno distrital y para ilustrar este punto muestro otro ejemplo, esta vez relacionado con la enfermedad diarreica aguda (EDA). Cierro este capítulo con algunas reflexiones en torno a las inscripciones, producidas por la SS-SDS, como formas de conocimiento estabilizado que logran circular en la sociedad de formas muy diversas.

En el capítulo 3 presentaré algunas reflexiones generales relacionadas con los siguientes cuatro aspectos: 1) los documentos de la SS-SDS como productos estabilizados constituidos como inscripciones; 2) el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) entendido como una *infraestructura* sobre la cual está soportada la SS-SDS; 3) exploro el problema de la ambivalencia entre los roles de científicos / técnicos (expertos) y políticos que tienen los funcionarios de la SS-SDS; y 4) el papel de los actores comunitarios en el conocimiento construido por la SS-SDS en el que son vistos en ocasiones como legos y en otros momentos como expertos.

Finalmente, cierro este documento con algunas conclusiones y recomendaciones, relacionadas con mi hipótesis y mis objetivos de investigación en el capítulo 4.

# Capítulo 1

## ¿Qué es la sala situacional?

En este capítulo presento algunos conceptos centrales que permiten ubicar la Sala Situacional de la Secretaría Distrital de Salud (SS-SDS), dentro del mapa del sector sanitario, como una estrategia clave para la vigilancia en salud pública (VSP). También ubico este espacio como un producto de la aplicación de la lógica de la planeación estratégica que busca racionalizar las prácticas institucionales, buscando el sustento científico para la toma de decisiones políticas. Continuo con una breve historia y descripción de la implementación y el funcionamiento de la SS-SDS en la ciudad de Bogotá, para cerrar el capítulo con algunos apuntes que explican por qué la SS-SDS puede entenderse como un actor-red.

### 1.1 Salud pública y vigilancia en salud pública

La OPS ha definido once funciones esenciales de salud pública dentro de las que se encuentran: “el monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población” (OPS, 2011a). Esta función implica el análisis periódico de la situación de salud de la población de los países a partir del seguimiento de los datos de estadísticas vitales a través de sistemas de información (electrónicos) que cuenten con información actualizada y de calidad, de tal manera que esta información se encuentre disponible para la población en general y particularmente para que los tomadores de decisiones (policymakers) puedan diseñar y ejecutar las políticas públicas en salud más adecuadas. Así, el planteamiento de la OMS con respecto a la salud pública de los países es simple: Contar con información pertinente, actualizada y de calidad, por un lado, y por otro, contar con la capacidad técnica para analizar esta información para que los tomadores de decisiones puedan diseñar los planes de salud de manera altamente informada y coherente con la realidad de la población.

De esta manera, para la OMS es necesaria la interacción de tres tipos de actores en el proceso de la vigilancia en salud pública:

En primer lugar tenemos los sistemas de información que deben tener la capacidad de ser dinámicos, ya que es necesario que sean muy flexibles, actualizables, accesibles (tanto para registrar como para consultar la información) y auditables para poder llevar control de calidad de sus datos. Si bien estos sistemas de información constituyen parte de la infraestructura que soporta la VSP, cada uno de ellos puede entenderse como actor (intermediario o, incluso, mediador).

En segundo lugar, aparece un conjunto de expertos (principalmente epidemiólogos), con suficiente conocimiento técnico para extraer la información de los sistemas de información y poder analizarla. Los productos de estos análisis usualmente son documentos técnicos en los que se evalúa el estado sanitario de la población estudiada, identificando las principales problemáticas (de acuerdo al enfoque de factores de riesgo y, recientemente el enfoque de determinantes sociales de la enfermedad) y proponiendo alternativas de solución.

El tercer grupo de actores es conformado por los tomadores de decisiones, quienes son los encargados del diseño y puesta en marcha de las políticas públicas sanitarias que afectan a la población. De acuerdo al modelo de gestión estratégica (Matus, 1982, 1987), las políticas públicas deben ser construidas a partir de los análisis de situación que hacen los expertos técnicos con los datos registrados en los sistemas de información, de tal manera que efectivamente busquen afectar los problemas sanitarios de la población, proponiendo y convirtiéndose en soluciones a mediano plazo (usualmente entre 5 y 10 años).

Si bien las comunidades humanas son el centro de atención de la VSP, desde el modelo de OMS no son vistas como actores que participen activamente de ella, es decir, participan simplemente como aportantes de información, pero no en su sistematización y análisis.

## 1.2 Planeación estratégica en salud

### 1.2.1 Descripción del modelo de la planeación estratégica

La idea de planeación estratégica puede rastrearse en los debates sobre economía y administración hasta la década de 1960. Una definición ampliamente y aceptada del concepto fue ofrecida por Mintzberg y Waters en 1982 (Montoya Restrepo, 2009):

“La planeación estratégica no es más que el proceso de relacionar las metas de una organización, determinar las políticas y programas necesarios para alcanzar objetivos específicos en camino hacia esas metas y establecer los métodos necesarios para asegurar que las políticas y los programas sean ejecutados, o sea, es un proceso formulado de planeación a largo plazo que se utiliza para definir y alcanzar metas organizacionales”. (Mintzberg y Waters 1982 citados por Caldera Mejía, 2004)

El modelo de planeación estratégica implica que las organizaciones (en este caso la SDS) construyan objetivos alcanzables en el mediano y largo plazo, para lograr diseñar esquemas de acción que permitan lograr estos objetivos usando eficientemente los recursos (Matus, 1982, 1987). En el caso concreto que aquí revisamos, la planeación estratégica implica básicamente que los directivos de una organización (en este caso los tomadores de decisiones del sector salud) deben crear de un plan (políticas públicas en salud), para lograr los principales propósitos de la organización o institución (los de la SDS<sup>22</sup>) que están plasmados en objetivos específicos como metas del plan distrital de salud (SDS, 2008).

---

<sup>22</sup> De acuerdo a la plataforma estratégica de la SDS (2010), la Misión y Visión de esta institución son:

“MISION: Somos un equipo humano calificado, con alto compromiso social, responsable de garantizar el derecho a la salud de todas y todos quienes habitan en Bogotá, que ejerce acciones de rectoría del sistema de salud, con el fin de satisfacer sus necesidades individuales y colectivas, a través de un enfoque promocional de calidad de vida con equidad, integralidad y participación.

VISION: Para el año 2015, la Secretaría Distrital de Salud habrá mejorado la calidad de vida y salud de los y las habitantes de la ciudad-región, eliminando barreras sectoriales de acceso a los servicios de salud, con énfasis en atención primaria y la participación social”.

Antes de llevar a cabo cualquier ejercicio de planeación estratégica, es decir la definición de unos objetivos y actividades que permitan a la institución o sus directivos lograr en un plazo determinado los propósitos institucionales, se hace necesario realizar un diagnóstico, también denominado análisis de situación (Matus, 1982, 1987).

El análisis de situación, implica una revisión del estado de cosas de la institución para lograr determinar en dónde está ubicada en el presente, antes de decidir en qué dirección debe encaminarse hacia el futuro (Matus, 1982, 1987). Usualmente estos análisis suelen ser condensados en matrices FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas) que permiten a quienes toman decisiones, ponderar los aspectos positivos (Fortalezas y Oportunidades) y los negativos (Debilidades y Amenazas), para poder iniciar desde allí los planes de trabajo (que suelen plantearse como planes de mejoramiento).

Los modelos de planeación estratégica han sido ampliamente difundidos desde que fueron propuestos en la década de 1960 en todo tipo de organizaciones, convirtiéndose en el pilar (o al menos en el referente teórico) de las entidades gubernamentales, que en la actualidad se piensan como empresas del Estado<sup>23</sup>.

### **1.2.2 El sector salud y la planeación estratégica**

Los organismos multilaterales también han encontrado útil y exitoso el modelo de planificación estratégica, motivo por el cual dentro de los esfuerzos de las diferentes agencias de Naciones Unidas (Entre ellas OMS), se ha pretendido imponer estos modelos como fundamento de las políticas públicas en todo el mundo.

El sector de la salud, liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha sido uno de los que más se ha interesado en los modelos de planeación estratégica, ya que la idea del diseño de planes de acción a partir de problemas concretos, se ajusta perfectamente a las dinámicas cotidianas que se presenta en los distintos niveles del ente sanitario: desde el médico que debe diagnosticar y encontrar la enfermedad para

---

<sup>23</sup> En el caso de la salud en Colombia es más que evidente ya que los hospitales públicos son denominados como Empresas Sociales del Estado (ESE).

decidir cómo enfrentarla, hasta el papel que juegan los ministros al decidir cuáles problemas sanitarios son más sensibles y urgentes para la población.

De esta manera, la OMS ha definido como una de las funciones esenciales de salud pública que los países cuenten con sistemas de información en salud, de tal manera que sea posible realizar análisis de situación en salud periódicos en los que participen expertos técnicos, de tal manera que los resultados guíen la construcción de políticas públicas en salud (OPS, 2011a).

### **1.2.3 El papel de los expertos en la toma de decisiones informada**

Para el desarrollo de los análisis de situación de salud se requiere un conjunto interdisciplinario de expertos, capaz de consolidar los datos provenientes de los sistemas de información en salud y de otras fuentes relevantes (usualmente todas ellas con datos exclusivamente numéricos).

Estos expertos son usualmente profesionales altamente capacitados, acreditados académicamente y con conocimientos técnicos y jurídicos muy específicos, que les permite realizar con cierta independencia sus análisis y proponer estrategias y acciones coherentes con las problemáticas de la población.

Los perfiles académicos de estos expertos son muy variados: desde profesionales de la salud especializados en epidemiología y salud pública, incluyendo también estadísticos y matemáticos, profesionales en ciencias económicas y administrativas, hasta científicos sociales provenientes de la antropología, la sociología, la psicología y la geografía. También participan en el proceso ingenieros con diferentes especializaciones, especialmente en lo relacionado con diseño y gestión de software.

Más que los perfiles académicos, se hace relevante que estos expertos cuenten con un conjunto de competencias específicas y un conocimiento profundo del funcionamiento del sistema de salud. Para realizar un análisis de situación de salud exitoso, es necesario no

solo tener acceso a los datos y a las estrategias de análisis formalmente establecidas<sup>24</sup>, sino también poder desplazarse fácilmente por los diferentes niveles del sistema de salud. Me refiero no sólo a la capacidad de trascender de lo local hacia lo nacional (e incluso hacia lo internamente establecido por la OMS) y viceversa, sino también a reconocer los distintos actores del sistema de salud (y fuera de él) que deben implicarse y consultarse, las normativas nacionales e internacionales vigentes, y las acciones que deben ejecutar de acuerdo a sus funciones definidas.

De esta manera, este personal no se forma como experto precisamente en instituciones de formación académica o técnica, sino en las mismas instituciones de salud, en el ir y venir entre instituciones ya sean ellas de orden local, regional o nacional.

### **1.2.4 El Análisis de Situación de Salud (ASIS)**

El análisis de situación de salud (ASIS) es entonces la principal tarea que deben realizar los expertos para lograr develar los problemas que se presentan en la salud pública y plantear algunas alternativas de solución a los tomadores de decisiones.

Los ASIS han sido definidos por la OMS como: “[...] procesos analítico-sintéticos que abarcan diversos tipos de análisis. Los ASIS permiten caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS facilitan también la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud.” (OPS, 1999).

En general, los propósitos de los ASIS se centran en: 1) la búsqueda y definición de necesidades, prioridades y políticas en salud, así como la evaluación de la pertinencia de estas últimas; 2) también ayudan a formular estrategias de promoción, prevención y control de daños a la salud y su cumplimiento y, 3) Posibilitan escenarios prospectivos de salud. En otras palabras, los ASIS se usan para las negociaciones políticas, la

---

<sup>24</sup> Me refiero aquí particularmente a los análisis estadísticos y epidemiológicos que son los que predominan en el sector salud.

administración institucional, la destinación adecuada de recursos y la difusión de información relevante en temas de salud (OPS, 1999).

Partiendo de que las necesidades en salud de un país suelen ser variadas y diferentes, los ASIS deben tener en cuenta algunos criterios que permitan a los tomadores de decisiones priorizar los problemas de salud que se quieren solucionar. Por ello, los expertos analistas suelen basarse en indicadores previamente establecidos para de esta manera mirar los problemas de acuerdo a su magnitud, gravedad, vulnerabilidad, viabilidad, relación con otros problemas, costo-efectividad y percepción que tiene la población de estos problemas (Martínez Cabezas, 2009).

En general, para la elaboración de los ASIS se siguen cuatro pasos básicos:

1. Búsqueda y recolección de la información
2. Priorización de los problemas
3. Establecimiento de los factores causales y riesgos de los problemas
4. Diseño de planes de acción y estrategias para su seguimiento y evaluación de resultados.

Los dos primeros pasos usualmente se cruzan, ya que por un lado no se pueden priorizar unos problemas específicos sin conocer el estado general de la situación de salud de la población, pero tampoco es posible completar la recolección de la información sino hasta después de que se han priorizado y definido los temas centrales que se indagarán.

Dado el nivel generalizador que se pretende en un ASIS, que usualmente debe responder a una población numerosa (usualmente un país o por lo menos una ciudad), los expertos deben construir indicadores que permitan vigilar periódicamente los eventos de interés en salud pública<sup>25</sup>. Usualmente para esta tarea se diseñan indicadores de natalidad, morbilidad, mortalidad y calidad de vida, sin embargo los indicadores

---

<sup>25</sup> De acuerdo al Decreto 3518 de 2006 por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública en Colombia, los **Eventos de Interés en Salud Pública** son “Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público; que además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública” (MPS, 2006).

sociodemográficos y económicos también son indispensables para lograr determinar el contexto de la población estudiada (Martínez Cabezas, 2009).

Existen múltiples formas de clasificación de los ASIS de acuerdo a diversos parámetros, sin embargo se puede hablar de dos clasificaciones que son más o menos generales y de amplio uso.

Por una parte, los ASIS se pueden clasificar como análisis de tendencias o análisis de coyuntura. Los primeros buscan identificar y determinar los cambios en los procesos de salud-enfermedad de una población, usualmente a mediano y largo plazo. Los análisis de coyuntura intentan responder a contextos y situaciones problemáticas particulares, presentadas en el corto plazo para orientar las acciones necesarias de acuerdo a su viabilidad y factibilidad (OPS, 1999).

Otra forma de clasificación, se basa en las fuentes de información que se usan para la realización de los ASIS. De esta forma, podemos hablar de ASIS institucional cuando la información analizada proviene de los sistemas de información oficial que poseen las entidades de salud. Si los problemas son jerarquizados y analizados de acuerdo a los intereses de actores locales de una comunidad, hablamos de ASIS comunitario. Por último, si se combinan las anteriores fuentes de información, es decir, los datos disponibles en los sistemas institucionales de información en salud y el conocimiento que tienen actores clave acerca de la situación de salud dentro de la comunidad, estaríamos hablando de un ASIS integral (Martínez Cabezas, 2009).

### **1.2.5 ¿Cómo es el Análisis de Situación de Salud en Bogotá?**

La anterior explicación del ASIS se hace necesaria para poder comprender el funcionamiento de la SS-SDS, ya que este era el espacio principal dentro de la SDS en el cual se llevaban a cabo los ASIS, durante la realización de este trabajo<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> A mediados de 2010 la sala situacional de la SDS se convirtió en el grupo ASIS, cambio que no sólo se refleja en el nombre del grupo, sino que también implicó asumir la tarea específica de gestión del conocimiento dentro de la SDS.

Si bien dentro de la Dirección de Salud Pública de la SDS laboran un gran número de expertos, algunos reconocidos en todo el territorio nacional, sus múltiples obligaciones y responsabilidades no han permitido que se puedan concentrar exclusivamente en la realización de ASIS periódicos. Sin embargo, este conjunto de expertos ha logrado producir un par de documentos técnicos de análisis de situación en salud para el distrito capital, uno para el periodo 2004 – 2006 (OPS y SDS, 2008a, 2008c) y otro para el período 2007 – 2008 (SDS, 2009).

Por esta razón, la Dirección de Salud Pública de la SDS decidió consolidar un equipo de profesionales dentro de un espacio físico particular, cuya tarea primordial consistiera en el análisis continuo de los datos en salud, provenientes tanto de los sistemas de información institucionales, como de la comunidad misma, para realizar ejercicios continuos de ASIS integral. Me refiero a la SS-SDS, que inició su funcionamiento a finales de 2006 y que fue el lugar privilegiado para la realización de los ASIS en el Distrito Capital.

## **1.3 La estrategia de sala situacional**

### **1.3.1 Historia de la sala situacional de la Secretaría Distrital de Salud**

Proyectada originalmente en 2005 como un espacio “[...] para identificar las condiciones de riesgo y amenazas, los determinantes, las intervenciones y respuestas sociales organizadas, así como los daños y el estado de salud, relacionados con las posibles emergencias y urgencias en el Distrito y contribuir de esta manera a orientar las medidas de intervención correspondientes para promover la salud, prevenir, controlar y atender oportunamente estos eventos” (SDS, 2005), la idea de diseñar e implementar una sala situacional fue finalmente liderada por la Dirección de Salud Pública de la SDS.

Luego de realizar un ejercicio de análisis de la situación de la enfermedad respiratoria aguda (ERA) tras un aumento en el número de mortalidades por neumonía presentadas en el distrito capital en 2004, se vigiló cuidadosamente el comportamiento de este evento durante 2005 y 2006, obteniendo una reducción muy significativa durante estos años (Secretaría Distrital de Salud, 2007). La estrategia de sala situacional, tal como había sido promovida por OPS, encontró en el distrito capital suelo fértil para su aplicación y

gracias a la voluntad política, fue posible diseñar un plan para que esta sala situacional contara además con un espacio físico a finales de 2006 (Gonzalez Posso, 2006).

Adicionalmente, se replicó el modelo de sala situacional en cada uno de los hospitales públicos del distrito capital, de tal manera que se creó la figura de referente de sala situacional en cada hospital, cargo usualmente ejercido por un profesional de la salud con especialización en epidemiología y con muchas otras funciones aparte de las tareas que se impusieran desde la sala situacional central.

A pesar de lograr garantizar el espacio físico y los recursos básicos (escritorios, computadores, mapas, etc.) para el funcionamiento de la sala situacional, todos los documentos que fueron desarrollándose año a año en los que se afinaban las obligaciones y alcance de las funciones de la SS-SDS mencionaban un equipo de trabajo más bien reducido a un profesional especializado de medio tiempo (especialización que sólo hasta 2008 se definió como epidemiología) y un técnico de tiempo completo (Gonzalez Posso, 2007; Rodríguez, 2008; Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006).

Fue luego de mediados de 2008, que se logró ampliar el equipo de la sala situacional central, integrando además una psicóloga organizacional y una comunicadora, que si bien sólo podían dedicarse parcialmente a la SS-SDS, lograron darle una mayor institucionalidad y reconocimiento en los hospitales y dentro de la misma SDS.

Finalmente, a principios de 2009, nos integramos al equipo de trabajo de la SS-SDS un geógrafo, experto en sistemas de información geográfica y yo, como antropólogo experto en investigación cualitativa. La meta durante este año era lograr integrar técnicas de recolección y análisis de datos cualitativos con las técnicas estadísticas que usaban cotidianamente los epidemiólogos y georrefenciar las principales problemáticas de salud identificadas en el distrito. Durante ese año también se integraron al equipo un diseñador gráfico y un ingeniero de sistemas y esta conformación se mantuvo hasta mediados de 2010 cuando este equipo se convirtió en el grupo de análisis de situación (ASIS) de la SDS.

### 1.3.2 Definición del concepto de sala situacional

El ente sanitario tiene la necesidad de tomar decisiones acertadas en el menor tiempo posible, para ello es necesario hacer una planeación estratégica adecuada y que se caracterice por su eficacia y eficiencia (Matus, 1987; Montiel, 2001), por esta razón se ha implementado la estrategia de salas situacionales para hacer la vigilancia de los eventos en salud pública más relevantes para una región o país. Según la OPS:

“La Sala de Situación de Salud es un espacio físico y virtual donde la información en salud es analizada sistemáticamente por un equipo de trabajo para caracterizar la Situación de Salud de una población, especialmente durante situaciones de emergencia. La información es presentada y difundida en diversos formatos como tablas, gráficos, mapas, documentos técnicos o informes estratégicos, para tomar decisiones basadas en evidencias; de este modo la Sala de Situación se convierte en un instrumento para la gestión institucional, la negociación política, la identificación de necesidades, la movilización de recursos y para el monitoreo y evaluación de las intervenciones en salud” (Moya, 2009).

Montiel (2001) por su parte considera que “la Sala Situacional, es un espacio de trabajo matricial, en donde se conjugan diferentes saberes para la identificación y estudio de situaciones de salud coyunturales o no, el análisis de los factores que los determinan, las soluciones más viables y factibles de acuerdo con el contexto local y el monitoreo y evaluación de los resultados obtenidos después de la aplicación de las decisiones tomadas” (Montiel, 2001).

Para la SDS, “la sala situacional es la instancia para la articulación entre la gerencia estratégica y la coyuntura que facilita espacios para el análisis, toma de decisiones y la negociación y concertación de los compromisos a ejecutar por los diferentes actores sociales involucrados en la producción social de salud, en el ámbito local y su posterior seguimiento y evaluación” (Rodríguez, 2008).

De esta manera este lugar fue interesante por sí mismo al ser no solo un espacio físico en donde confluyeron actores provenientes de diferentes ámbitos, sino también por comportarse como un laboratorio en el que se analizaban permanentemente los datos

recolectados a través de los diferentes sistemas de salud pública y se produjeron conocimientos específicos que ayudaron a la toma de decisiones en temas de salud. Es en este sitio entonces donde se recopilaba y analizaba toda la información relevante para el establecimiento de prioridades en cuestiones de política sobre temáticas de salud pública.

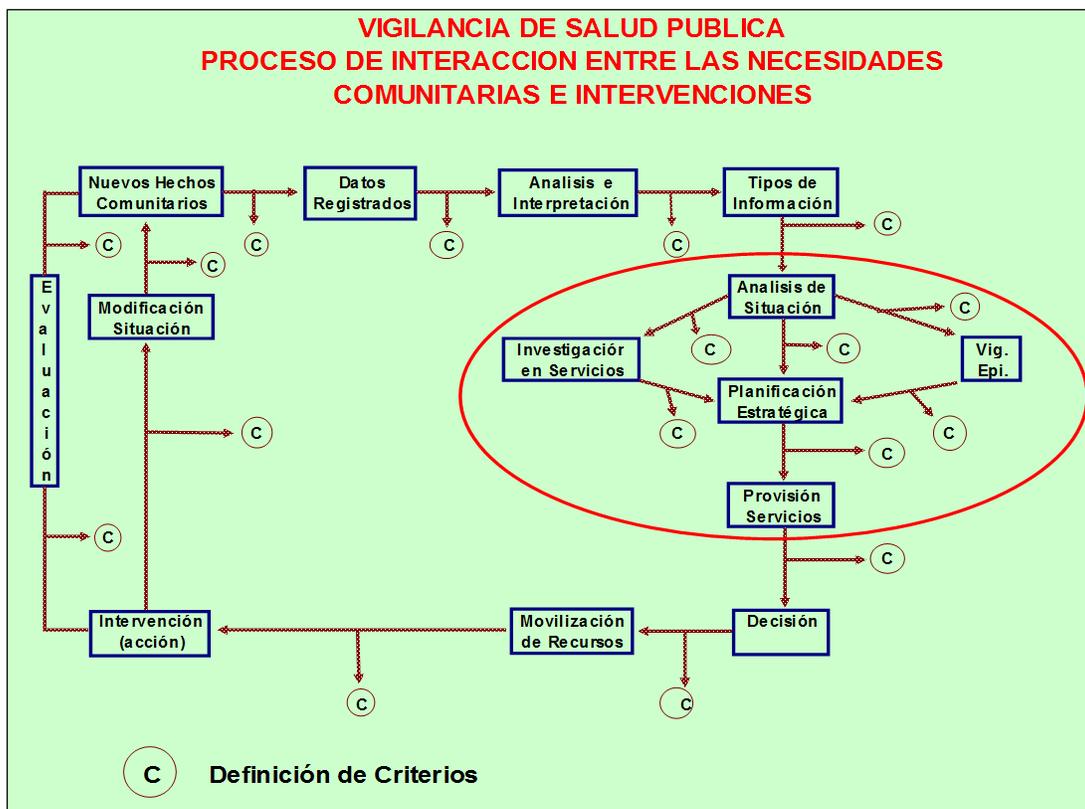
El conjunto de métodos usados en la SS-SDS eran de carácter inductivo y obedecían a un esquema muy tradicional de investigación científica: se definía un tema problemático para la salud pública en la ciudad, luego se construía un estado del arte de esta problemática, se definían instrumentos de carácter cuantitativo y cualitativo para recolectar la información, se hacía una revisión documental y el trabajo de campo (recolección de datos), se analizaban los resultados y se construían informes en los que se buscaba dar cuenta de la situación del tema en Bogotá, identificando los principales problemas en torno a dicha temática, las estrategias implementadas por diferentes instituciones del Distrito Capital, y algunas alternativas de solución propuestas por diferentes actores que intervenían en el proceso (Personal médico, especialistas en el área, comunidad, etc.).

De esta manera: “La sala situacional en el DC debe permitir el análisis de la situación de salud de manera integral de tal forma que la información permita identificar los determinantes para cada situación salud-enfermedad lo que conlleva al planteamiento de una sala situacional multitemática donde el ordenador será por etapas secuenciales del ciclo de vida humana en donde se coloque en escena toda la información de los diferentes sistemas de vigilancia y de las entidades de la localidad buscando la interrelación de determinantes que logre el planteamiento de acciones integrales con la participación de entidades, comunidad e instituciones públicas y privadas” (Rodríguez, 2008).

En la figura 1-1 se muestra un modelo de funcionamiento ideal, que tuvo en cuenta la SDS para el diseño de su sala situacional. Llama la atención que según este modelo, esta sala debería articular los análisis situacionales con procesos de investigación y la toma de decisiones, este último aspecto fue algo problemático que no siempre se logró como veremos más adelante.

Estudiar los procesos de producción de conocimiento que se llevaron a cabo en un espacio como éste puede ser interesante desde la perspectiva de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología porque, por una parte, la SS-SDS funcionó como un laboratorio en el que se recolectaban, organizaban y procesaban datos. En segundo lugar, la mayoría de los encargados de manipular esta información pertenecían a diferentes profesiones de la salud con una característica en común: especializados en epidemiología, una disciplina que estudia la distribución, frecuencia, determinantes, relaciones, predicciones y control de los factores relacionados con la salud y enfermedad en poblaciones humanas (Londoño, 2004; Ruíz y Morillo, 2004).

**Figura 1-1:** Vigilancia de la salud pública, proceso de interacción entre las necesidades comunitarias e intervenciones.



Fuente: (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006)

La mirada epidemiológica pretende construir un conocimiento social cuya principal característica es la objetividad, razón por la cual la mayoría de sus métodos están orientados a la construcción de datos numéricos para cuantificar la realidad. La SS-SDS

se ubicó estratégicamente dentro de la SDS, ya que dependía de la Dirección de Salud Pública y se encontraba replicada en todos los hospitales distritales de la red pública, de tal manera que existía una Sala Situacional en cada localidad del distrito encargada de hacer estudios locales<sup>27</sup>. Esto último permitió que la sala pudiera contar con una perspectiva micro (por localidad) y macro (toda la ciudad), y que además sus productos se construyeran como insumos efectivos para la toma de decisiones y la construcción de políticas públicas en temas de salud.

### 1.3.3 Tipos de Sala Situacional

Los ejercicios de sala situacional se suelen clasificar de acuerdo al alcance de la información trabajada y las competencias institucionales que abordan los procesos de análisis del entorno. Bonilla-Molina y El Troudi (2004) plantean que son tres los tipos más comunes de SS:

1. **Sala situacional temática**: se trabaja dentro de un área temática, disciplinaria o línea de trabajo o de gestión. Sus límites están claramente definidos dentro de una institución y se respetan las fronteras conceptuales, jurídicas y de gestión. Este era el modelo básico sobre el cual se construyeron la mayoría de los ejercicios de análisis de la SS-SDS.
2. **Sala situacional multitemática**: por lo general se organizan con equipos interinstitucionales o provenientes de diferentes dependencias de una misma institución para atender una crisis o coyuntura determinada. Por lo tanto su existencia es contingente y su alcance comprende a varios despachos o instituciones en uno o diferentes sectores. Dentro de este modelo se construyó la sala situacional de crisis por la circulación del virus pandémico AH1N1<sup>28</sup>: los equipos locales y distrital de SS tuvieron que trabajar conjuntamente con

---

<sup>27</sup> En cada uno de los hospitales públicos de la ciudad existían **Referentes de Sala Situacional**, que como mencioné antes eran profesionales en salud con especialización en epidemiología.

<sup>28</sup> En una primera versión de esta tesis incluí un capítulo sobre esta sala situacional de crisis pero por recomendación de mis jurados evaluadores retiré ese apartado de este documento. Sin embargo el lector puede encontrar parte del texto de ese capítulo en la ponencia que presenté dentro de la Mesa de Sociología de la Ciencia durante el XI Congreso Nacional de Sociología realizado en Medellín en Octubre de 2014 (Martínez Álvarez, 2014).

personas de otras dependencias de las SDS como el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE) y la Dirección de Aseguramiento y Calidad de Servicios de Salud entre otros.

3. **Sala situacional integradora**: es un espacio en donde se coordinan e integran, uno o varios ejes relacionados con diversas instituciones, agendas o despachos y, que se articulan como una gran agenda de interés público pero cuya responsabilidad recae exclusivamente en un equipo de alguna de esas instituciones. Esta sala situacional trabajará con información proveniente de los distintos despachos, generando alternativas y/o sugerencias respecto a determinados cursos de acción conforme a las tendencias y escenarios que develen sus procesos. Productos que circularán por canales y líneas de mandos precisas, previamente definidas. Por ejemplo, cuando se presentó la situación de emergencia a raíz de los desastres por oleadas invernales en los años 2010 y 2011, se creó una sala de crisis del nivel central nacional en la que participaron ministerios, fuerzas armadas y organizaciones humanitarias entre otros; esta sala era coordinada por el Ministerio del Interior, cuyo personal recopilaba y analizaba toda la información relevante proveniente de los demás sectores y era el único responsable de las comunicaciones oficiales.

Como hemos visto, la SS-SDS fue concebida para funcionar de acuerdo al primero de estos modelos. Sin embargo este espacio de análisis era lo suficientemente flexible para adaptarse ante situaciones como las que vivió el distrito capital durante la pandemia de AH1N1 durante 2009 y 2010<sup>29</sup>.

### **1.3.4 ¿Cómo funcionaba la sala situacional de la Secretaría Distrital de Salud?**

Como mencioné antes, la Sala Situacional, era un espacio de trabajo interdisciplinario donde se identificaban y estudiaban las problemáticas de salud relevantes, se analizaban los factores que las determinan y se buscaban soluciones viables de acuerdo con el

---

<sup>29</sup> No me detendré en este lugar a explicar minuciosamente la sala situacional de crisis. Si el lector está interesado en el tema puede revisar la referencia mencionada en mi nota anterior (21).

contexto local, para luego hacer seguimiento y evaluar los resultados después de las intervenciones realizadas (Rodríguez, 2008). Esta sala fue diseñada a partir de la lógica conceptual de la planeación estratégica (Matus, 1982, 1987), las ideas de OMS (OPS, 1999) y siguiendo un modelo operativo específico planteado por Humberto Montiel (2001). Según Montiel (2001), la estructura de una sala situacional en salud, debería incluir:

- Una infraestructura física (Ver Figura 1-3).
- Una infraestructura informativa.
- Una infraestructura computacional (hardware y software)<sup>30</sup>.
- Un equipo humano técnico
- Una legalidad reconocida

**Figura 1-2:** Sala de Juntas de la Sala Situacional de la Secretaría Distrital de Salud.



Fuente: (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 36)

---

<sup>30</sup> Llama la atención que antes de mencionar cualquier otro aspecto se plantee la necesidad de infraestructuras sobre las cuales se soporte el trabajo de la SS-SDS. Como mencioné en el apartado IV de la Introducción, La noción de infraestructura ha sido trabajada desde los estudios sociales de ciencia principalmente por Star (Bowker y Star, 2000; Star, 1999; Star y Ruhleder, 1996).

Esta noción de sala situacional plantea la división en tres espacios físicos, articulados entre sí: la Sala de Comando (Sala C), la Sala de Trabajo (Sala T) y la Sala de Decisiones (Sala D). La Sala C concentra los flujos de información (estadísticas básicas, enfermedades de notificación obligatoria, sistemas de vigilancia epidemiológica, indicadores, mapas, fotografías, organigramas, registros de disposiciones legales, información de programas específicos en salud, etc.) y apoya el funcionamiento del equipo de análisis y decisión; es allí donde se realizan los procesos de sistematización y actualización constante de los datos. En la Sala T es donde se concentra el trabajo, ya que allí debe contarse con toda la información acumulada, la capacidad de procesamiento y la capacidad de análisis de los datos; en esta sala se inicia con el análisis de los datos, buscando posibles causas de las enfermedades y factores de riesgo, terminando en la valoración de medidas de intervención y alternativas de solución para las problemáticas en salud pública. Por último, en la Sala D, los equipos de mayor jerarquía toman decisiones relacionadas con las problemáticas analizadas; en este lugar se discuten los análisis producidos por la Sala T y se evalúan las propuestas de intervención de acuerdo a su viabilidad técnico-política y a la disponibilidad de recursos (Montiel, 2001; Rodríguez, 2008).

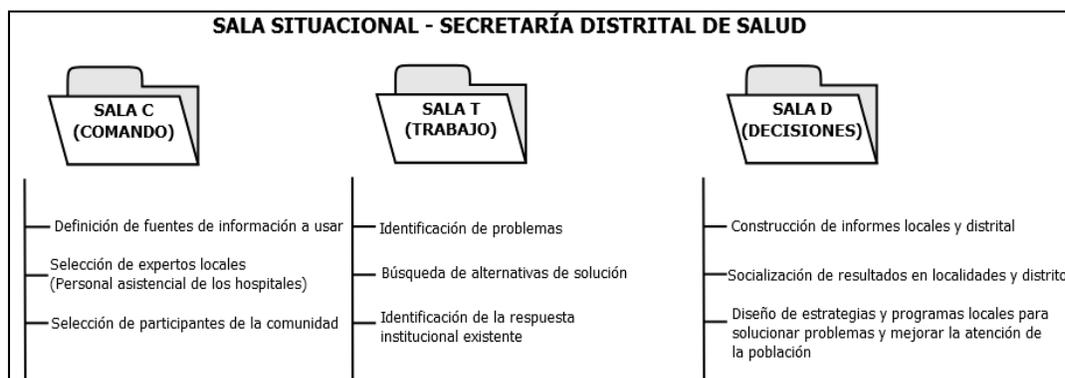
Si bien la SS-SDS estaba definida de acuerdo a estos parámetros, no se pensaban las tres salas como espacios físicos diferentes (en principio por la falta de la infraestructura física que requiere este diseño), sino más bien como tres niveles o momentos que, si bien estaban conectados entre sí por definición, en la práctica eran sucesivos cronológicamente. El modelo de la SS-SDS central, era replicado en todos los hospitales públicos de la ciudad, en donde era coordinada por un referente de sala situacional, que la mayoría de las ocasiones era un profesional de la salud con especialización en epidemiología y con muchas otras obligaciones a su cargo.

La SS-SDS que existió entre 2006 y 2010, aparte de encargarse de la actualización y publicación de las cifras de los boletines epidemiológicos distritales, hacía seguimiento al cumplimiento de las metas en los planes de gobierno, realizaba evaluaciones de proceso y desarrolló ejercicios de investigación en diferentes temáticas de acuerdo a las prioridades de los planes nacional y distrital de salud pública: Salud Materno Infantil, Infancia, Juventud, Seguridad Alimentaria y Nutricional, Salud Sexual y Reproductiva,

Salud y Ambiente, Salud Mental, Sala ERA<sup>31</sup> y EDA<sup>32</sup> (Rodríguez, 2008; Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2006, 2009a, 2009c).

Usualmente los ejercicios de análisis de la SS-SDS se iniciaban con la selección de las problemáticas que se estudiarían, partiendo de los temas priorizados por las políticas públicas de salud de Bogotá. Luego se construía un estado del arte y se definían instrumentos de carácter cuantitativo y cualitativo para recolectar información (Sala C), a continuación se revisaban los documentos y datos obtenidos en el trabajo de campo y se analizaban los resultados para diseñar informes en los que se describía la situación de salud de la población bogotana en relación a la temática elegida, identificando los principales problemas, las estrategias implementadas por diferentes instituciones del Distrito Capital, y algunas alternativas de solución propuestas por los actores que habían intervenido en el proceso de investigación (Personal médico, especialistas en el área, comunidad, etc.) (Sala T). En la figura 1-4 ilustro los pasos para el funcionamiento de la SS-SDS. Se buscaba que estos informes y documentos técnicos se convirtieran en insumos para que los políticos y tomadores de decisiones de las localidades y el distrito capital (dentro y fuera del sector salud) diseñaran intervenciones concretas para lograr la transformación (Sala D), sin embargo a raíz de la ubicación de la SS-SDS dentro de la estructura administrativa de la SDS, esta meta no se logró del todo, retomaré este punto más adelante.

**Figura 1-3:** Pasos para el funcionamiento de la SS-SDS.



<sup>31</sup> Enfermedades respiratorias agudas.

<sup>32</sup> Enfermedad diarreica aguda.

### 1.3.5 Los productos de la sala situacional de la Secretaría Distrital de Salud

Si bien la SS-SDS se creó desde 2006, los ejercicios de análisis locales se iniciaron en 2007, año en el que por primera vez se exigió a los hospitales de la red pública la contratación de personal para cumplir las labores de las salas situacionales locales.

A pesar de los múltiples intentos por sistematizar y publicar los documentos de análisis locales en síntesis distritales para apoyar la toma de decisiones de la SDS, sólo fue posible hasta 2009 que se publicara el documento: “*Memorias Sala Situacional. Bogotá Analiza y Decide*” que recoge una síntesis de los análisis locales en cuatro grandes temas: Infancia, juventud, seguridad alimentaria y nutricional y, salud sexual y reproductiva (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c). A pesar de que en ese momento ya se contaba con los resultados de la sala situacional distrital sobre salud y medio ambiente, su sistematización era extensa y por razones administrativas no pudo ser incluida en el documento mencionado<sup>33</sup>.

Luego de la publicación de este libro en gran formato, la SS-SDS no contó de nuevo con los recursos para publicar los resultados de otros ejercicios de análisis, al menos en documentos físicos como este. De hecho, luego de la transformación a grupo ASIS, desaparecieron los intentos de síntesis y sistematización de los ejercicios temáticos realizados por los hospitales locales y las publicaciones desaparecieron incluso de los registros virtuales publicados en la página web de la SDS.

Los informes temáticos no fueron los únicos productos de la SS-SDS, de hecho el trabajo rutinario se concentraba en el seguimiento y análisis de la información registrada en los diferentes sistemas de información de salud del distrito para la construcción de boletines periódicos (semanales y mensuales), así como para dar cumplimiento a requerimientos específicos de análisis de información provenientes de diferentes instancias de la SDS y de otras instituciones como el MPS.

---

<sup>33</sup> La razón principal para que se decidiera sacar este tema de la publicación obedeció a que la extensión del informe sobre medio ambiente y salud superaba las 100 páginas y fue imposible cambiar una vez más los términos de contratación de la diagramación e impresión del libro, que ya había sufrido una modificación pasando de 200 a 300 páginas.

Sin embargo, fue gracias a la consolidación de los documentos temáticos, que la SS-SDS logró posicionarse como un espacio de producción de conocimiento dentro de la SDS, ya que allí no solo llegaban datos de los sistemas de información de salud distritales, sino que además se contaba con información de primera mano, recolectada en los centros de atención en salud y en el seno de la comunidad. La información brindada por los diferentes actores comunitarios, así como por el personal asistencial y administrativo de la red pública de hospitales era considerada como complementaria a todos los datos epidemiológicos y demográficos, de tal manera que los productos de la SS-SDS mostraban mucho más que cifras, articulándolas con diversas experiencias de pacientes y usuarios, pero a su vez con el personal asistencial y otros actores del sistema de salud (Rodríguez, 2014).

A pesar de que la SS-SDS se convirtió en el grupo ASIS del distrito a mediados de 2010 y los equipos locales de SS también cambiaron su nombre, la dinámica de trabajo en los hospitales de la red pública bogotana no se modificó significativamente. En cada hospital aún existe un equipo encargado de los ejercicios de análisis que deben ser entregados al equipo ASIS distrital, sólo que desde 2011, las temáticas de los ejercicios de análisis locales no son elegidos por el nivel central, sino de acuerdo a las necesidades de cada localidad, plasmadas en los diagnósticos locales de salud. Así, se han seguido desarrollando salas situacionales temáticas en las diferentes localidades de la capital en temas como salud mental, maltrato intrafamiliar, infecciones de transmisión sexual, embarazo en adolescentes y políticas locales en salud entre otras.

## **1.4 ¿Por qué la SS-SDS es un actor-red?**

La SS-SDS no se debe entender simplemente como un espacio físico o como un equipo de personas. Si bien implica un equipo de trabajo y un lugar en el que ellos cumplen sus labores, también requiere de los productos del trabajo de otros equipos pertenecientes a otras dependencias de la SDS: Vigilancia en Salud Pública, Planeación y Sistemas, Aseguramiento y Comunicaciones; asimismo la SS-SDS depende de los equipos locales de SS existentes en los hospitales públicos, que están vinculados dentro de los programas de intervenciones colectivas (PIC). Acompañando a estos actores humanos, se encuentran un sinnúmero de no-humanos sin los que el trabajo de la SS-SDS

simplemente no se podría realizar: computadores, fichas de notificación de eventos de interés en salud pública, bases de datos de VSP, protocolos para entrevistas y grupos focales, formatos de recolección y análisis de información, informes locales, políticas públicas nacionales y distritales, etc.

La teoría del actor-red me ha permitido un acercamiento diferente a la SS-SDS, ya que la sola mirada etnográfica convencional no me habría permitido vislumbrar la complejidad del trabajo que allí se realiza ni los diferentes espacios sobre los que interactúa. Una perspectiva etnográfica multifocal (Cresswell et al., 2011; Marcus, 2001) me ha facilitado un acercamiento más adecuado para conocer de cerca todos los lugares hasta donde se despliega este actor-red.

La idea central de la Teoría del Actor-Red es investigar y teorizar acerca de cómo las redes se constituyen, para rastrear las asociaciones que existen, cómo se mueven, cómo los actores se inscriben en una red, cómo las partes de una red forman una red más amplia o compleja y cómo las redes logran la estabilidad temporal o, por el contrario, por qué nuevas conexiones pueden formar redes inestables (Cresswell, Worth y Sheikh, 2010, p. 2; Latour, 2008).

Cualquier cambio en una parte afectará la totalidad de la red, de esta manera la introducción de nuevos actores afectará todo el colectivo, sin importar si son personas (tomadores de decisiones, epidemiólogos, geógrafos, antropólogos, diseñadores y comunicadores, etc.), sistemas de información (bases de datos locales, distritales, nacionales), sistemas de registro de la información (por ejemplo las fichas epidemiológicas en las que se registran los eventos al SiviGila), nuevas metodologías de recolección de datos (grupos focales, entrevistas a profundidad), de jerarquización de problemas (espina de pescado, árbol de problemas, matriz de necesidades de Max Neef), incluso enfoques teóricos<sup>34</sup>. Volveré sobre esto con más detalle en el siguiente capítulo.

---

<sup>34</sup> A pesar de que la posición oficial de la SDS buscaba privilegiar el enfoque de *determinantes sociales de la salud* desarrollado por OMS durante la última década (Ver: Blas, Sommerfeld y Sivasankara Kurup, 2011; Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008; OMS, 2005, 2010, 2011), muchos de los trabajadores de la SDS desconocían los fundamentos teóricos de

La SS-SDS se constituye a su vez como un actor más, que está inmerso en otras redes más amplias dentro de la SDS y de la VSP nacional. Pero en otro nivel de detalle, también llega a las localidades de la ciudad, en donde ejerce influencia en las decisiones políticas de los hospitales públicos a través de los referentes locales que van y vienen entre lo local y lo distrital. Sin embargo no son sólo estos profesionales los que mantienen estable este actor-red: hay un conjunto de tecnologías que soportan inscripciones de muy diversos tipos y que se constituyen en mediadores en las cadenas de traducción por las que fluye la información relacionada con la salud pública y sus procesos de vigilancia.

De acuerdo con Cresswell et al. (2010) algunos conceptos clave de la TAR que contribuyen a la comprensión de los fenómenos estudiados son: la fluidez de la realidad, el papel activo de los objetos, el reconocimiento de las multiplicidades y, la posibilidad de exploración de los procesos micro dentro de entornos complejos.

La *fluidez de la realidad* que muestra la TAR permite conceptualizar cómo diferentes actores experimentan diferentes realidades, lo que produce una imagen más matizada de sus dinámicas relaciones, sin descuidar su interrelación (Cresswell et al., 2010). Esto es importante si consideramos los rápidos y constantes cambios que se dan dentro del sector salud, particularmente relacionados con la cambiante situación salud-enfermedad de las poblaciones y los proyectos políticos que se traducen en política pública y que las afectan.

El *papel activo de los objetos* implica dejar de ver a los actores no humanos como simples cajas negras pasivas que sólo contienen información, para integrarlos en las redes complejas junto con actores humanos, que en últimas son las que constituyen y explican lo social (Cresswell et al., 2010; Latour, 2008). Por ejemplo Berg y Bowker (1997) muestran como el registro de la historia clínica de un paciente no sólo es útil para representar las variaciones temporales de la enfermedad, sino también permite vislumbrar y analizar las relaciones entre diferentes profesionales y profesiones de la

---

esta nueva mirada y continuaban en la perspectiva de los *factores de riesgo*, llegando incluso a usarlos en la práctica como si fueran iguales.

salud, así como para entender el entramado administrativo e institucional que se construye dentro de un hospital. En el caso de la SS-SDS, hay elementos como los registros individuales dentro de los sistemas de VSP cuyas transformaciones inciden directamente en las estadísticas que son uno de los insumos principales para la toma de decisiones. Otros objetos se convierten en mediadores, como es el caso de los documentos de análisis y las diapositivas de presentación de la situación de salud, cuya interpretación varía de acuerdo al momento y lugar en el que se presentan variando también su capacidad de agencia.

El *reconocimiento de las multiplicidades* implica que la realidad no es predecible y pueden coexistir diferentes realidades en distintos contextos y para diferentes actores. Los fenómenos sociales no necesariamente tienen orígenes específicos y emergen de estas multiplicidades, por ello los actores y las cosas son lo que son dependiendo del contexto en el que se encuentran y se usan (Cresswell et al., 2010). Bloomfield (1991) expone las tensiones entre los encargados de introducir e implementar sistemas de información informáticos en las instituciones sanitarias del Reino Unido (administradores y tomadores de decisiones) y quienes deben utilizar estos sistemas en su trabajo cotidiano. En la SS-SDS se hace evidente la diferencia en la capacidad para la toma de decisiones en el contexto local (hospitales) y en el ámbito distrital: mientras que para los gerentes de los hospitales locales es más fácil y rápido operacionalizar políticas locales de salud<sup>35</sup>, los directivos de la SDS deben esperar recolectar las suficientes evidencias para establecer una política para la ciudad. Por otra parte en algunos ejercicios de sala situacional, mientras algunos hospitales contaban con equipos interdisciplinarios consolidados con amplia experiencia en el trabajo con las comunidades, otros se enfrentaban a problemas administrativos y contractuales que implicaban la falta de estabilidad de los equipos de trabajo, esto se tradujo en procesos de recolección y análisis cualitativamente diferentes.

Como la TAR no divide el mundo a priori en contextos micro o macro, es posible *explorar los procesos micro dentro de entornos complejos* porque finalmente es en el contexto micro en donde se puede enfocar la mirada sin que esto impida identificar hallazgos y

---

<sup>35</sup> Particularmente en lo relacionado con programas e intervenciones muy específicos.

conclusiones aplicables también a los contextos macro (Cresswell et al., 2010). Desde esta perspectiva, enfocar la mirada en diferentes contextos locales (SS-SDS, salas locales, reuniones de análisis y comités de VSP, entre otros) me ha permitido entender la lógica interna de cada espacio y su interrelación y encuentro en un contexto más amplio como es el del seguimiento de políticas públicas.

Pensar la SS-SDS como un actor red implica nuevas posibilidades de comprensión de los espacios en los que se construyen evidencias técnicas para la toma de decisiones y la construcción de políticas públicas, no sólo en lo relacionado con salud. La SS-SDS no implica solamente un espacio físico (dónde) lleno de actores humanos, sino también un conjunto de interrelaciones con otros lugares físicos y virtuales y actores (humanos y no humanos) en diferentes momentos (cuándo). Asimismo, la SS-SDS puede ser vista además como un pequeño centro de cálculo (Latour, 1992), mirada que la complejizaría más aún.

## **Capítulo 2**

# **Las *Memorias de la Sala Situacional*: estabilización de varios ejercicios de análisis e inscripciones gráficas**

En este capítulo me concentraré en la producción de documentos técnicos que fueron producidos por la sala situacional distrital (SS-SDS), cuyo objetivo inicial era servir como insumo para la construcción de políticas públicas en salud por parte de los tomadores de decisiones locales y distritales (dentro de la SDS y en la Alcaldía Mayor de Bogotá).

Luego de mencionar las temáticas que se trabajaron en la SS-SDS durante el tiempo en que estuvo en funcionamiento, presento los pasos que se debían seguir para el desarrollo de los ejercicios de análisis: desde la definición de las temáticas, hasta la consolidación de los resultados y su consecuente publicación (o no). Para ilustrar este punto tomo como ejemplo el informe producto de la sala situacional sobre salud sexual y reproductiva realizada en 2008 (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c).

A continuación muestro cómo las temáticas de los ejercicios de análisis de la SS-SDS están vinculadas con las metas establecidas en el plan de gobierno distrital. Para ello utilizo el caso de la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años: la meta parte de la información registrada en uno de los sistemas de información<sup>36</sup> y requiere cálculos constantes a partir de diferentes fuentes de información<sup>37</sup> para monitorear su cumplimiento. La construcción de esta información (que se constituye en uno de los conocimientos producidos por la SDS) requiere la interacción

---

<sup>36</sup> Estadísticas Vitales del DANE.

<sup>37</sup> Particularmente el Sívigila y la Base parcial de Estadísticas Vitales de la SDS.

de diversos mediadores que finalmente logran plasmarla en inscripciones como gráficos y mapas.

Finalmente, cierro con algunas reflexiones en torno a las inscripciones, producto de los ejercicios de análisis de la SS-SDS, como formas de conocimiento estabilizado que logran circular en la sociedad de formas muy diversas.

## **2.1. Antecedentes de las Memorias**

la Sala Situacional de la Secretaría Distrital de Salud (SS-SDS) inició su funcionamiento a partir de un ejercicio de seguimiento y análisis continuo de las enfermedades respiratorias agudas (ERA) que se llevó a cabo entre 2005 y 2006 en la capital y que , se replicó en los 14 hospitales públicos distritales<sup>38</sup> (Secretaría Distrital de Salud, 2007). A partir de 2007 se proyectaron algunos ejercicios sistemáticos de análisis que permitieran comprender la situación de salud de la población bogotana, de tal manera que:

“[La SS-SDS] tiene como objetivo pasar de un sistema de registro de datos a un sistema de interpretación de información [para] identificar las necesidades de la población en el contexto y la realidad de cada localidad y en el distrito [...]. [Gracias a la SS-SDS se logra] mostrar un análisis de la realidad para la toma de decisiones [por parte de los actores institucionales del sector salud] y la consolidación de procesos de empoderamiento y apropiación por parte de las personas en los temas de salud” (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, pp. 15-16).

Durante 2007 y 2008 se eligieron algunos temas que se consideraron prioritarios por la Dirección de Salud Pública de la SDS: Infancia, Adolescencia y Juventud, Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), Salud Sexual y Reproductiva (SSR) y Medio Ambiente y Salud. Estas temáticas se eligieron al considerarse que eran transversales en los planteamientos de los Objetivos de desarrollo del Milenio trazados por ONU (ONU, 2011), el Plan Nacional de Salud Pública del MPS (MPS, 2007, 2008) y en el Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Positiva” del gobierno del Alcalde Samuel Moreno (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008).

---

<sup>38</sup> Actualmente conocidos como Empresas Sociales del Estado – ESE.

Los ejercicios de análisis de estos temas duraron entre 3 y 9 meses que incluyeron la recolección y procesamiento de datos (Sala C); su análisis, comparación y construcción de alternativas de solución a las problemáticas identificadas (Sala T); y la valoración de problemas e intervenciones con la consecuente toma de decisiones (Sala D) (Rodríguez, 2008; Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c).

Cada una de las 14 salas situacionales locales (vinculadas a los hospitales públicos de la capital) realizó independientemente su ejercicio (Salas C, T y D) construyendo informes generales que fueron entregados a la SS-SDS y los tomadores de decisiones locales. Al principio no hubo una unificación de estos informes temáticos porque tenían diferencias de estructura y contenido, situación que la SS-SDS intentó subsanar aclarando los objetivos y estructura de los documentos ejercicio tras ejercicio. Sin embargo, algunos resultados parciales fueron publicados en los boletines epidemiológicos locales y en el boletín epidemiológico distrital, así como en otros espacios de socialización.

Desde 2008 se vio la necesidad de publicar estos resultados y a comienzos de 2009 la SS-SDS inició las gestiones para lograr una publicación formal de los resultados de sus ejercicios de análisis. El libro titulado finalmente como “*Memorias de la Sala Situacional. Bogotá, Analiza y Decide*” fue lanzado en el marco de las VI Jornadas Epidemiológicas Distritales (Realizadas entre el 26 y el 30 de octubre de 2009).

Durante el primer semestre de 2009 se recopilaron y revisaron los informes locales producidos en cada ejercicio de sala situacional temática, identificando la información faltante y los puntos en común y diferencia de comportamiento (epidemiológico) de la información aportada por cada localidad. Se revisó la información epidemiológica más actualizada disponible (hasta ese momento) en los sistemas de vigilancia en salud pública distritales para actualizar los datos de los informes locales y corroborar la validez de los resultados presentados, de tal manera que cuando se presentaron inconsistencias, se volvió a las fuentes primarias de información. Finalmente, se construyeron las cifras distritales sobre las cuales se basarían los informes temáticos que serían publicados en el libro.

Los vacíos de información y las inconsistencias fueron discutidos por equipos que incluían los referentes de la sala situacional local y la distrital, así como otros expertos en sistemas y estadística del área de VSP. Siempre se logró la conciliación de los datos de los sistemas de vigilancia distritales con la información disponible en cada localidad, aunque no siempre esta información fue coherente con las opiniones expresadas por expertos y ciudadanos en los comités de vigilancia epidemiológica (realizados en la sala T).

El equipo de la SS-SDS se encargó de identificar similitudes y diferencias entre los informes temáticos de cada localidad y agrupó las alternativas de solución y respuesta institucional existente, para consolidar los insumos sobre los que se construiría cada capítulo temático del libro.

Por último, se definió un equipo de redacción para la construcción de cada capítulo. Estos textos finalmente fueron revisados por el equipo directivo de la DSP y por un corrector de estilo para finalmente ser enviados a diagramación y publicación.

En el transcurso de este proceso, se decidió sacar de la publicación los resultados de la sala situacional en medio ambiente y salud, ya que su extensión terminó siendo de casi 150 páginas, triplicando el límite establecido de 50 páginas por temática. En ese momento se decidió que esta temática ameritaba una publicación independiente que finalmente nunca vio la luz.

## **2.2. ¿Cómo se construye un informe de sala situacional?**

### **Trayectorias de la información**

Todo comienza con la definición de una temática que usualmente había sido definida por la Dirección de Salud Pública y los expertos encargados del Análisis Situacional de Salud dentro de la SDS. Luego, el equipo de SS-SDS construye una ficha breve en la que se indican la temática y los objetivos centrales del ejercicio, así como las principales fuentes de información que deberían usarse en la etapa de recolección. Dentro de este protocolo se indican los anexos a diligenciar, como instrumentos para la recolección (guías de entrevista y grupos focales, matrices, etc.) o análisis de información (categorías de análisis de la información, etc.) entre otros. Posteriormente se discute esta ficha en la

reunión distrital de sala situacional en la que participan también los referentes de SS de cada hospital, en este espacio se construye un cronograma para las actividades a realizar en la SS de cada hospital (que casi siempre era planteado para tres o cuatro meses).

A partir de este momento inicia la sala C, en la que los referentes de SS local deben construir los marcos conceptuales y normativos de acuerdo a la temática definida. En los primeros ejercicios, se esperaba que cada equipo de SS local identificara la literatura científica y documentos normativos más pertinentes: por ejemplo la ficha de la sala situacional en mortalidad infantil no contenía muchas referencias bibliográficas de libros y artículos académicos y se concentraba en el marco normativo nacional<sup>39</sup> e internacional (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2007), pero dentro de la definición de la sala de medioambiente, se incluyeron todas las discusiones recientes relacionadas con la influencia que ejerce en las personas las condiciones ambientales, en la línea conceptual de los determinantes sociales de la salud (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008; Wilkinson y Marmot, 2003). También durante esta fase, los equipos locales deben recopilar información acerca de las ofertas y respuestas institucionales del sector salud frente a las problemáticas analizadas, así como las acciones interinstitucionales emprendidas por el gobierno local. Finalmente, también es en esta fase que se consolidan las estadísticas demográficas y epidemiológicas locales y distritales a partir de los diferentes sistemas de información en salud disponibles.

Con toda esta información recolectada, comienza la segunda fase del ejercicio de sala situacional, conocido como sala T, con la priorización de problemáticas para identificar cuáles serán estudiadas a profundidad. Los referentes de SS construyen matrices de priorización para identificar las necesidades sentidas<sup>40</sup> de las comunidades relacionadas con la temática particular que es estudiada en cada ejercicio. En esta fase del proceso,

---

<sup>39</sup> Recordemos que la ley de infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006) había sido promulgada recientemente en Colombia, en el año 2006.

<sup>40</sup> Necesidades sentidas son aquellas identificadas por el personal de salud, mientras que las necesidades identificadas por los miembros de la comunidad son conocidas como necesidades expresadas (Ver: Bedregal G, Quezada V, Torres H, Scharager G y García O, 2002; Bradshaw, 1972).

se despliegan diferentes posibilidades metodológicas que dependían de la complejidad del tema central estudiado, pero también de las habilidades y competencias de los referentes de SS locales.

Dentro de esta etapa, los referentes utilizan una metodología que parte del Método Delphi<sup>41</sup> para corroborar y priorizar los problemas identificados: Usualmente, se realizan varios grupos de discusión en los que participan diferentes “expertos”<sup>42</sup>, la mayoría de ellos provenientes de instituciones del sector salud. Por lo general, se realizan los siguientes grupos de discusión: personal asistencial del sector salud, personal de las redes de salud pública, actores pertenecientes a diferentes instituciones y sectores interesados o relacionados con la temática específica (fuera del sector salud y de organizaciones públicas y privadas) y, líderes comunitarios o integrantes de la comunidad directamente afectados por las problemáticas establecidas. Los participantes de estos grupos de discusión, deben definir cuáles consideran que son las problemáticas principales relacionadas con la temática específica de cada sala situacional.

En temas como salud sexual y reproductiva, los referentes de SS de las diferentes localidades del distrito identificaron prácticamente las mismas problemáticas en diferentes sectores de la ciudad. Dentro de los espacios de reunión con las comunidades (grupos focales) se abordaron sólo aquellos problemas que para los participantes (o informantes) fueran más relevantes o urgentes<sup>43</sup> (Ver cuadro 2-2).

En el ejercicio de medio ambiente, la especificidad de cada localidad (o macroterritorios) implicó nuevos retos en la forma de establecer los problemas principales, llegando

---

<sup>41</sup> El objetivo del Método Delphi: “es la consecución de un consenso basado en la discusión entre expertos. [...] Su funcionamiento se basa en la elaboración de un cuestionario que ha de ser contestado por los expertos. Una vez recibida la información, se vuelve a realizar otro cuestionario basado en el anterior para ser contestado de nuevo” (Wikipedia, 2014).

<sup>42</sup> Para los referentes de SS, la noción de experto es amplia, ya que no sólo se tienen en cuenta los conocimientos académicos y la experiencia profesional o investigativa, sino que además se valora la experticia de los integrantes de las comunidades quienes son lo que conocen mejor las problemáticas específicas que les aquejan. De esta manera, son los *legos* los que pueden enseñar a los *expertos* acerca de problemáticas y alternativas de solución.

<sup>43</sup> De esta manera los referentes de SS reconocieron la capacidad de los participantes de definir sus propias agendas y prioridades, como lo mencioné en la nota inmediatamente anterior.

incluso a ser identificados por Unidades de Planeamiento Zonal o UPZ<sup>44</sup> (microterritorios). Este ejercicio de sala duró más del doble del tiempo previsto originalmente, mientras cada comunidad particular definía sus propias prioridades que los referentes locales intentaban conciliar. Como resultado se obtuvo un listado detallado de problemáticas en cada localidad acompañado de acciones institucionales del gobierno distrital y local, pero también acciones establecidas por ONGs y organizaciones ciudadanas.

Por último, se llevaba a cabo la sala D en la que, con las problemáticas priorizadas y el conocimiento de diferentes acciones ciudadanas e institucionales que se han realizado para contrarrestarlas, los referentes locales construyen sus informes de sala situacional temática para entregarlos a los tomadores de decisiones de cada localidad y a la SS-SDS. Estos informes incluyen además sugerencias de cómo afrontar los problemas particulares de la localidad, a partir de las opiniones de los expertos en salud y otros sectores consultados, y de algunos representantes de las comunidades que participaron en el ejercicio.

En esta última etapa se buscó siempre integrar a los tomadores de decisiones locales e incluso distritales. Se realizaban reuniones en diferentes escenarios para presentar los resultados de cada sala temática y se convocaba a directivos de los hospitales y de la SDS. También se invitaba a otros actores institucionales que habían participado en el proceso, no sólo del sector salud. Aunque no siempre se lograba la presencia de todas las directivas y, particularmente, de los equipos de planeación y calidad de servicios (locales y distritales), los resultados eran socializados por diferentes medios como publicaciones físicas (desde sencillas carteleras hasta plegables y periódicos que circulaban por todo el distrito capital) y boletines digitales (páginas web, listas de correo electrónico)<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> Las UPZ son áreas urbanas más pequeñas que las localidades y más grandes que el barrio. Su función es servir de unidades territoriales o sectores para planificar el desarrollo urbano en el nivel zonal ya que son la escala intermedia de planificación entre los barrios y las localidades (Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá, 2014).

<sup>45</sup> Considero necesario desde ahora advertir al lector que la toma de decisiones fue siempre el aspecto más débil de la SS-SDS, ya que el hecho de que los productos circularan ampliamente y se pusieran a disposición de los tomadores de decisiones, no implicaba necesariamente que

Con relación a la socialización de resultados de los ejercicios de análisis de la SS-SDS, en muy pocas ocasiones se plantearon eventos para su presentación a las comunidades, diferentes al proceso de validación con los representantes de la comunidad participantes del proceso.

Para ilustrar las trayectorias de la información, tomemos como ejemplo el caso de la SS sobre salud sexual y reproductiva (SSR) realizada durante 2008:

Dentro de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (MPS, 2003), se establecieron las metas nacionales que el gobierno se proponía lograr en el período 2002-2006 en las temáticas relacionadas con SSR. En concordancia con esta política nacional, el gobierno distrital inició el proceso de construcción de una política distrital de SSR, razón por la cual se decidió realizar un ejercicio de sala situacional sobre esta temática (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c).

Partiendo de las líneas de acción establecidas en la política nacional, los referentes de SS de cada localidad apoyados por expertos de la red materno infantil identificaron como temas prioritarios para trabajar en la sala situacional: Maternidad segura, regulación de la fecundidad, enfermedades de transmisión sexual (ETS), cáncer del aparato reproductor y salud sexual y reproductiva en los adolescentes (Esto se puede ver en el Cuadro 2-1 extraído del libro de Memorias). Algunas de estas temáticas podían sustentarse en datos epidemiológicos provenientes de los sistemas de información (mortalidad materna, VIH, cáncer de mama y de cuello uterino) y otras requerían mayor conocimiento desde las experiencias de los pacientes (calidad de atención de los servicios, control de la natalidad, inicio de la vida sexual) (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 263).

---

fueran usados como insumo para las acciones políticas. Retomaré este punto en el último capítulo.

**Cuadro 2-1:** Temáticas desarrolladas en los grupos focales de la sala situacional sobre salud sexual y reproductiva 2008.

LINEA PRIORIZADA	TEMAS TRATADOS EN LAS ENTREVISTAS GRUPALES
Maternidad segura	*Conocimiento de signos de alarma *Demoras en atención materna *Rol de la pareja en la gestación
Regulación de la fecundidad	*Métodos de planificación
ETS	*ETS – VIH
Cáncer del aparato reproductor	*Citología
SSR en adolescentes	*Reconocimiento del propio cuerpo *Inicio temprano de relaciones sexuales

Fuente: (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 263)

Iniciando desde este punto la sala C, cada localidad priorizó las temáticas a trabajar de acuerdo con los intereses que manifestaron los participantes comunitarios que asistieron a los grupos focales, que podemos observar en el Cuadro 2-2 a pesar de que no es clara la distribución de grupos focales por localidad<sup>46</sup>. A pesar de que desde la SS-SDS se plantearon algunas problemáticas centrales dentro de cada tema, los referentes locales de sala tuvieron la libertad de indagar sobre aspectos que consideraran de interés particular para su localidad, incluyendo entre otros: Derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, violencia sexual, papel de la familia en la sexualidad y roles de género (Martínez Álvarez, 2009).

**Cuadro 2-2:** Distribución de temáticas priorizadas según localidad, sala situacional de salud sexual y reproductiva 2008.

TEMATICA PRIORIZADA														
Maternidad segura		X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
Regulación de la fecundidad			X	X		X	X	X						X
Salud sexual y reproductiva del adolescente	X		X	X	X			X	X	X				
Cáncer Cervico - Uterino			X	X			X	X		X			X	
ITS VIH/SIDA	X		X	X	X		X	X		X	X	X	X	X

Fuente: (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 264)

<sup>46</sup> Llamó mi atención que en este cuadro se omitieron los nombres de las localidades intencionalmente. Esta decisión se tomó como una forma de *garantizar el anonimato de los participantes* y la *imparcialidad de los análisis* presentados en el libro.

Posteriormente, cada referente local de SS hizo la convocatoria para realizar los grupos focales buscando la participación de diferentes representantes de la comunidad, equipos de salud pública y personal asistencial y administrativo de las ESE e instituciones locales (alcaldías locales, ICBF, Secretaría de Integración Social, CADEL e Instituciones prestadoras de Salud – IPS). Con relación a la participación comunitaria, se buscó la participación de diversos segmentos, de tal manera que en los grupos focales existiera una representación de la población según las etapas de ciclo vital (infancia, juventud, adultos y adultos mayores), pero también fue posible realizar algunos grupos focales con personas en situación de desplazamiento, personas en situación de prostitución, estudiantes universitarios y de secundaria, docentes del ciclo básico escolar, madres, lactantes y gestantes (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 264). Los grupos focales realizados en cada localidad pueden ser vistos en el Cuadro 2-3.

Luego, en la sala T se recogieron las percepciones de los distintos participantes comunitarios e institucionales a través de entrevistas grupales (grupos focales). Las preguntas orientadoras incluidas en el documento guía fueron construidas por todo el equipo de SS-SDS (es decir, los referentes locales y distritales de SS) y se usaron tanto con los participantes comunitarios como con los institucionales, aunque en ningún caso se logró que en un grupo focal se abarcaran todas las temáticas propuestas. En el cuadro 2-4 se pueden observar estas preguntas orientadoras, aunque el lector podrá notar algunos problemas en él: por ejemplo el encabezado sobre violencia sexual inicia indagando por la violencia intrafamiliar, entre otras cuestiones del lenguaje usado. Además, este instrumento no discrimina claramente cuáles preguntas fueron construidas pensando en las familias (padres, madres, hijos), en las instituciones escolares (estudiantes, maestros), las usuarias del sistema de salud, etc.

El objetivo de estos encuentros fue la construcción de “espacios de interacción con los diferentes actores, permitiendo la expresión de ideas para dar respuesta a las problemáticas priorizadas, generando una aproximación a la realidad de acuerdo con la percepción de los participantes y definiendo la caracterización de las problemáticas evidenciadas” (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 263).

**Cuadro 2-3:** Distribución de entrevistas grupales por foco y participantes según localidad, sala situacional de salud sexual y reproductiva 2008.

LOCALIDAD	FOCO	PARTICIPANTES
ENGATIVÁ	Salud materno - perinatal	Referentes ámbitos pic, representantes (médicos y enfermeras) área asistencial), área de vigilancia en salud pública del hospital
	regulación de la fecundidad	Referentes ámbitos pic, representantes (médicos y enfermeras) área asistencial), área de vigilancia en salud pública del hospital, representante club de juventudes, referente ops.
	ITS – VIH/SIDA	Referentes ámbitos pic, representantes (médicos y enfermeras) área asistencial), área de vigilancia en salud pública del hospital, coordinador de la fundación eudes, referente de ssr humanavivir, coordinador de la acj, punto focal de la alcaldía, referente pyp, psicóloga de profamilia
	Cancer de mama y cervico uterino	Referentes ámbitos pic, representantes (médicos y enfermeras) área asistencial), área de vigilancia en salud pública del hospital, coordinador de la acj
	Salud sexual y reproductiva	Comunidad: psicóloga colegio minuto de dios, mdre de familia, madres fami - icbf, casa de la igualdad
LA CANDELARIA	Conocimiento de signos de alarma durante la gestación	Grupo de gestantes rsmi
	derechos y deberes sexuales y reproductivos	trabajadoras sexuales
	Determinantes de la 1 demora en mortalidad materno - perinatal	profesionales de salud de las sedes asistenciales y referentes de los ámbitos pic
LOS MÁRTIRES	Determinantes de la 1 demora en mortalidad materno - perinatal	profesionales de salud de pic
	Rol de la pareja en la gestación	Hombres acompañantes del grupo de gestantes
	Determinantes de la 1 demora en mortalidad materno - perinatal	Gestantes adolescentes (15 - 18 años)
	Determinantes de la 1 demora en mortalidad materno - perinatal	profesionales de salud de las sedes asistenciales y referentes de los ámbitos pic
SANTA FE	Derechos y deberes sexuales	Adolescentes de 16 - 18 años - colegio san francisco de asis
	derechos sexuales y reproductivos	Gestantes red social materno infantil
	derechos y deberes sexuales y reproductivos	trabajadoras sexuales
	Determinantes de la 1 demora en mortalidad materno - perinatal	profesionales de salud de las sedes asistenciales y referentes de los ámbitos pic
USAQUEN	reconocimiento de nuestro propio cuerpo	Niñ@s (9 a 16 años).
	Enfermedades de transmisión sexual	Profesionales de salud pública
PUENTE ARANDA	Reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte del autocuidado frente al riesgo de adquirir its	Gestantes
	derechos sexuales y reproductivos	comunidad
SAN CRISTÓBAL	1a demora - mortalidad materna	comunidad
	Maternidad segura	comunidad
	regulación de la fecundidad	comunidad
	salud sexual y reproductiva del adolescente	comunidad educativa local
	cancer de cuello uterino	comunidad
ITS – VIH/SIDA	comunidad	

Cuadro 2-3: (Continuación)

USME	inicio temprano de las relaciones sexuales en jóvenes de 10 a 17 años de edad, derechos sexuales y reproductivos.	profesionales pic
	inicio temprano de las relaciones sexuales en jóvenes de 10 a 17 años de edad, uso del tiempo libre por parte de los jóvenes.	instituciones prestadoras de salud, unidad proyección Universidad Santo Tomás, referente salud mental, secretaría de integración social, cadel, uel, coordinador de vigilancia en salud pública
TUNJUELITO	conocimiento y entendimiento en derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y toma de citología cervico uterina.	funcionarios de salud pública, coordinadores de ámbito y referentes relacionados con el tema.
	conocimiento y entendimiento en derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y toma de citología cervico uterina.	salud pública, estudiantes de último semestre enfermería
	conocimiento y entendimiento en derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y toma de citología cervico uterina.	funcionarios de salud pública, estudiantes de último semestre de medicina
	conocimiento y entendimiento en derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y toma de citología cervico uterina	4 funcionarios de salud pública, 4 estudiantes de grado décimo de la institución educativa distrital inem santiago pérez.
	conocimiento y entendimiento en derechos sexuales y reproductivos, planificación familiar y toma de citología cervico uterina.	5 funcionarios de salud pública, 5 personas de la comunidad, cuidadores de personas en condición de discapacidad y personas en condición de discapacidad población en situación de desplazamiento
RAFAEL URIBE URIBE	métodos de planificación	red de jóvenes
	derechos sexuales y reproductivos y género.	instituciones prestadoras de salud
	tres demoras en la atención materna sexualidad en el adulto mayor, género y vinculación afectiva.	persona mayor
	infecciones de transmisión sexual (its)	estudiantes de colegio
ANTONIO NARIÑO	derechos sexuales y reproductivos	red de jóvenes
	derechos sexuales y reproductivos sexualidad en persona mayor, erotismo y género	gestantes y lactantes
	tres demoras en la atención a gestantes.	persona mayor
		ips de la localidad
CIUDAD BOLÍVAR	ITS – VIH/SIDA	Se desarrollo por medio de conversatorios con hombre integrantes de todos los ciclos vitales pertenecientes a la comunidad en general
SUBA	Se abordaron los siguientes ejes temáticos  Materno perinatal Vigilancia en salud y Gestión del Conocimiento ITS- VIH/SIDA Regulación de la fecundidad Cáncer de Cuello Cervicouterino	Se desarrollo por medio de tres grupos focales integrados por funcionarios de diferentes instituciones tales como:  Hospital Suba ESE (asistencial y Salud Publica)  ICBF IPS privadas Profamilia
FONTIBÓN	Regulación de la fecundidad	Se desarrollo por medio de conversatorios con tres espacios diferentes relacionados con el tema priorizado:  Representantes de la IPS ante el COVE Funcionarios Salud Publica Hospital Fontibón ESE, Reunión de Gestión Local Comunidad COVECOM

**Cuadro 2-3:** (Continuación)

TEUSAQUILLO	Derechos sexuales y reproductivos	Grupo de gestantes
BARRIOS UNIDOS	Derechos sexuales y reproductivos	Grupo de gestantes
CHAPINERO	Derechos sexuales y reproductivos	Grupo de gestantes

Fuente: (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 278)

Las transcripciones de estos grupos focales fueron sistematizadas y analizadas siguiendo algunas pautas de análisis de contenido (Krippendorff, 1990) junto con estrategias de codificación abierta y axial de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 2002). Estos análisis cualitativos se integraron al resto de información para la construcción de los informes por localidades y el distrital (Martínez Álvarez, 2009).

En la última fase (sala D), se construyeron informes organizados en cinco categorías (correspondientes con los temas principales del Cuadro 2-1). Cada categoría a su vez se organizó en tres apartados: 1. Necesidades de la población bogotana en relación a cada temática, 2. Determinantes sociales de la salud (estructurales, intermedios y proximales)<sup>47</sup> asociados a cada tema y, 3. Alternativas de solución propuestas por los expertos e integrantes de comunidad participantes en los grupos focales (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, pp. 265-277).

Estos informes fueron socializados en diferentes espacios locales (reuniones institucionales, comités de vigilancia epidemiológica, eventos locales organizados por cada hospital, entre otros). El documento final menciona logros específicos en siete localidades del distrito (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 279):

- **San Cristóbal:** El consejo local de gobierno priorizó a la población adolescente dentro del plan de desarrollo local. Se estableció una capacitación sobre sífilis a todos los médicos de la ESE.

<sup>47</sup>Sobre los determinantes sociales de la salud se puede consultar entre otros: Blas et al. (2011); Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008); Frenz (2005); Kelly, Morgan, Bonnefoy, Butt y Bergman (2007); Lip y Rocabado (2005); Ministerio de Salud Gobierno de Chile ; OMS (2005, 2010, 2011); Regidor (2006); Wilkinson y Marmot (2003).

- **Engativá:** Se logró un espacio físico dentro de la alcaldía local, mejorando el acceso a la información del gobierno local y la comunidad.
- **Los Mártires:** Posicionamiento de la discusión en torno al derecho a la salud de las personas que ejercen la prostitución en la localidad dentro del comité de derechos humanos liderado por la personería local.
- Las localidades de **San Cristóbal, los Mártires, Rafael Uribe, Antonio Nariño, La Candelaria y Santafé** se vincularon a la red liderada por la ESE Centro Oriente para mantener un espacio permanente de discusión y de análisis de situación sobre SSR.

**Cuadro 2-4:** Preguntas orientadoras usadas en los grupos focales realizados durante la sala situacional de salud sexual y reproductiva.

<p><b>Introducción</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué entiende usted por salud sexual y Reproductiva?</li> <li>2. ¿Considera que existen derechos en salud sexual y reproductiva?</li> <li>3. ¿Qué se entiende por virginidad?</li> <li>4. ¿Qué opina de la diversidad sexual?</li> </ol> <p><b>Maternidad segura</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Por qué fallecen las mujeres en embarazo?</li> <li>2. ¿Consideran que existen barreras culturales, geográficas, administrativas o de calidad que influyan la prestación de servicios en la salud materno infantil?</li> </ol> <p><b>Planificación familiar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Por qué hay tantos embarazos no planeados y no deseados?</li> <li>2. ¿Por qué los hombres no participan en el control de la fecundidad?</li> <li>3. ¿Qué prácticas se utilizan para evitar los embarazos?</li> </ol> <p><b>Salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿La educación sexual que reciben los adolescentes en el ámbito escolar llena las expectativas que se buscan?</li> <li>2. ¿Los servicios de salud en el componente sexual y reproductivo dan respuesta específica a las necesidades de los jóvenes?</li> <li>3. ¿Piensan que existen creencias y prejuicios frente a la sexualidad?</li> </ol>	<p><b>Cáncer de cuello uterino</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Por qué las mujeres no se toman la citología?</li> <li>2. ¿Por qué las mujeres no se realizan el auto examen de seno?</li> <li>3. ¿Qué situaciones, conductas, o prácticas incrementan el riesgo de cáncer de seno y útero?</li> </ol> <p><b>ITS, VIH/SIDA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué situaciones, conductas prácticas, aumentan el riesgo de ITS?</li> <li>2. ¿Por qué no se realizan las pruebas de VIH?</li> <li>3. ¿Qué otras infecciones de transmisión sexual conoce?</li> <li>4. ¿Qué prácticas se utilizan para evitar las infecciones de transmisión sexual?</li> </ol> <p><b>Violencia sexual</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Por qué se da la violencia al interior de la familia?</li> <li>2. ¿Qué situaciones facilitan la violencia sexual?</li> <li>3. ¿Qué se entiende por violencia sexual?</li> <li>4. ¿Cómo creen ustedes que se puede evitar el abuso sexual dentro de las familias para disminuir la problemática?</li> </ol> <p><b>Violencia domestica</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Por qué se genera la violencia intrafamiliar?</li> <li>2. ¿Cuáles son las manifestaciones de violencia intrafamiliar?</li> <li>3. ¿Qué creencias existen ante el tema de violencia intrafamiliar?</li> <li>4. ¿Cómo podemos evitar la violencia intrafamiliar?</li> <li>5. ¿A dónde se puede acudir en caso de violencia intrafamiliar?</li> </ol>
---	---

Fuente: SS-SDS

La SS-SDS recogió estos informes locales y construyó el informe distrital de SSR, publicado en el libro de Memorias (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c). En este informe se incluye una revisión del marco legal colombiano relacionado con SSR y se analizan las estadísticas distritales, particularmente los indicadores de mortalidad materna y perinatal, acceso a métodos anticonceptivos, ETS y embarazos adolescentes.

Aunque por diversas razones la política distrital de SSR no se definió sino hasta 2012 (SDS, 2012) y su implementación no se ha logrado completamente, este ejercicio de sala situacional fue un punto de partida necesario para definir las líneas base de esta política pública y hacer un diagnóstico preliminar de las principales problemáticas en SSR de la población bogotana.

### **2.3. Temas prioritarios y metas distritales**

El programa de gobierno “Bogotá Positiva” (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008), propuesto por el Alcalde Samuel Moreno para el periodo 2008-2012 incluyó un extenso conjunto de metas que buscaban ser alcanzadas a partir una serie de programas específicos. El monitoreo continuo de estas metas se realiza a partir del seguimiento de indicadores específicos dentro de los sistemas de información del distrito capital, entre los que se encuentran obviamente los sistemas de vigilancia en salud pública a cargo de la SDS.

En este plan de gobierno se prestaba especial atención a las primeras etapas del ciclo vital (la primera infancia, la infancia y la adolescencia)<sup>48</sup>, dedicando el artículo 34 para definir acciones y metas específicas para atender esta población (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008, pp. 104-121).

Dentro del listado de alrededor 90 metas de ciudad, establecidas en el artículo 32 de este programa de gobierno, casi la tercera parte (25 metas) están directamente relacionadas

---

<sup>48</sup> El énfasis en estos grupos de edad, está directamente relacionado con la obligación del Distrito Capital para dar cumplimiento a la Ley nacional de infancia y adolescencia (Ley 1098 de 2006).

con el sector salud, ya sea de forma directa (en indicadores epidemiológicos como las tasas de morbilidad y mortalidad) o indirecta (como en los casos del índice de calidad de agua o la notificación de casos de violencia intrafamiliar y sexual).

Equipos de la DSP de la SDS se dedicaron al seguimiento periódico de los indicadores de salud que aparecen dentro de las metas de ciudad, delegando en la SS-SDS la actualización continua de las estadísticas distritales a partir del monitoreo de los sistemas de vigilancia en salud pública distritales y otras fuentes oficiales.

Dentro de las tareas del equipo de SS-SDS se encontraba la actualización periódica (semanal o mensual, dependiendo el caso) de estos indicadores y la construcción de representaciones gráficas que permitieran conocer la situación actualizada del estado de salud de la población.

Para ejemplificar, tomemos una de las metas de ciudad del plan de gobierno distrital, tomada literalmente del programa de gobierno de la alcaldía y presentada en el Cuadro 2-1<sup>49</sup>:

**Cuadro 2-5:** Metas de ciudad dentro del plan de gobierno distrital 2008-2012

Meta	Indicador	Línea de base	Fuente
Reducir a 1 la tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda	Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda (x 100.000 menores de 5 años)	2	DANE 2006

Fuente: (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2008, p. 31)

Lo que se busca con esta meta es básicamente reducir a la mitad el número de muertes de niños menores de cinco años por enfermedad diarreica aguda (EDA). Recordemos que al ser esta una meta a cuatro años este indicador debe ir reduciéndose año tras año, teniendo en cuenta que la línea base para Bogotá, establecida por el Departamento

<sup>49</sup> Es necesario aclarar que cuando empecé este análisis consideraba que sería sencillo recabar información de cualquiera de las 25 metas relacionadas con salud, así que podría elegir una al azar. Sin embargo, luego de revisar minuciosamente algunas de ellas decidí quedarme con la tasa de mortalidad por EDA porque contaba con diferentes fuentes de datos (de diversos momentos) y distintas inscripciones (gráficos y mapas) construidos en la SS-SDS.

Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en 2006 era de dos casos por cada 100.000 menores de cinco años. De esta manera, para cumplir esta meta, la tasa debía reducirse en 0,25 durante cada uno de los cuatro años como lo muestra la Tabla 2-1.

**Tabla 2-1:** Tasas de mortalidad por EDA esperadas a partir de la proyección realizada por la SDS en 2008 (x 100.000 menores de 5 años)

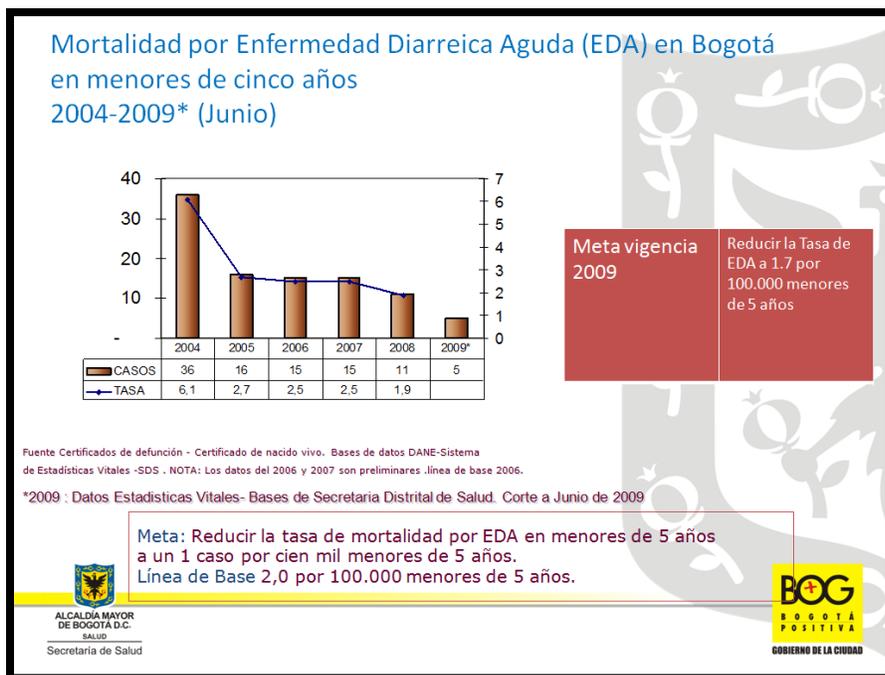
<b>Año</b>	<b>Tasa Calculada</b>	<b>Tasa Esperada</b>
2009	1,75	1,7
2010	1,5	1,5
2011	1,25	1,2
2012	1	1

Fuente: SS-SDS

Ahora observemos en la Figura 2-1 una diapositiva con la información de mortalidad por EDA en menores de cinco años, que hizo parte de una presentación denominada “Seguimiento a metas de plan de salud del Distrito Capital”, realizada dentro de la reunión del comité de vigilancia epidemiológica (COVE) distrital el 21 de septiembre de 2009.

La información principal de esta diapositiva se encuentra presentada en el gráfico que a su vez resume y mezcla dos gráficos distintos: uno de columnas que presenta en el eje vertical el número de casos de muerte por EDA en menores de 5 años y, el otro, es una línea que muestra la trayectoria de la tasa distrital de mortalidad por EDA por cada 100.000 menores de 5 años, también en el mismo eje vertical. El eje horizontal muestra la variación año a año, presentándose a la derecha la información parcial a junio de 2009. Bajo el gráfico, se presenta una pequeña tabla que muestra los valores numéricos de los casos y las tasas en cada año.

**Figura 2-1:** Diapositiva con información de mortalidad por EDA en menores de 5 años en Bogotá, entre 2004 y junio de 2009.



Fuente: SS-SDS, COVE Distrital 21 de septiembre de 2009.

Comparte el lugar central de la información, en el extremo derecho de la diapositiva, un recuadro que muestra la meta esperada para el año 2009<sup>50</sup>, mientras que en otro recuadro en la parte inferior se transcribe la información de la meta distrital como está formulada en el plan de gobierno. Finalmente, las fuentes de información de dónde provienen los datos graficados aparecen con una tipografía de menor tamaño ocupando un espacio que, seguramente podría estar vacío en la diapositiva.

El trabajo de construcción de esta diapositiva, a cargo de la SS-SDS, refleja claramente las habilidades específicas con las que debía contar este equipo. Me referiré particularmente a tres aspectos relacionados con la información presentada: Lo técnico, lo retórico y, lo político.

<sup>50</sup> Es necesario aclarar que el recuadro de la derecha presenta un error de digitación ya que debería decir: "Reducir la tasa de mortalidad por EDA a 1,7 por 100.000 menores de 5 años".

## 2.4. Decisiones técnicas y políticas en la presentación de los resultados de la Sala Situacional

La diapositiva presentada en el apartado anterior (Figura 2-1) puede ser analizada e interpretada aún más. Por esta razón la usaré ahora para ilustrar algunos aspectos particulares del trabajo del equipo de la SS-SDS como *traductores* de información y responsables de la construcción de *inscripciones* significativas para los tomadores de decisiones de la DSP y de la SDS en general.

### 2.4.1. Lo Técnico-Científico

La producción del gráfico que representa la información central de la diapositiva implicó varios procedimientos:

La mortalidad por EDA en menores de cinco años es uno de los eventos de notificación inmediata dentro del Sivigila, de tal manera que cada vez que muere un niño con síntomas de EDA recientes se debe notificar dentro del sistema nacional, diligenciando la ficha de notificación del evento y enviándola a la autoridad territorial de salud, en nuestro caso la SDS (INS, 2014). Sin embargo, las notificaciones relacionadas con mortalidad suelen depender de las causas directas y otras causas antecedentes de muerte<sup>51</sup> (establecidas en la mayoría de las ocasiones por un médico) registradas en el certificado médico de defunción, ficha que se diligencia y se entrega al DANE para ser ingresada en el sistema de información sobre estadísticas vitales.

La primera decisión técnica que debió tomar el equipo estaba relacionada con la elección entre las dos fuentes de información que acabo de mencionar (Sivigila y Estadísticas Vitales) para extraer de allí los datos. Si bien toda la información del Sivigila distrital podría ser más fácilmente accesible, esta fuente podría omitir registros<sup>52</sup>, razón por la

---

<sup>51</sup> Estas causas deben corresponder a enfermedades y situaciones registradas en el CIE-10 y una de las difíciles tareas de los médicos es identificar claramente la principal causa de la muerte del paciente (causa directa) y además indicar otras enfermedades recientes que haya sufrido y que pudieran estar relacionadas con el deceso.

<sup>52</sup> A pesar de que el Sivigila fue creado a partir del Decreto 3518 de 2006 y sólo inició su funcionamiento en 2007, la SDS ya contaba con una vasta experiencia en el manejo de bases de datos con información epidemiológica y de salud pública. Durante sus primeros años de

que se privilegia la información proveniente de estadísticas vitales a pesar de que se presente como preliminar debido al rezago de esta fuente de información que en 2009 era de tres años<sup>53</sup>. Las implicaciones de esta decisión es por un lado se obtiene una información altamente depurada y de primera mano (desde los registros de defunción), pero por otra parte, la información está rezagada y no se contaba con los datos más recientes,

El siguiente paso, consiste en la construcción de la tasa, para lo que se necesita saber cuántos menores de cinco años hay en el Distrito Capital. Para ello, se debe recurrir a otro sistema de información del DANE: las proyecciones de población que se calculan por grupos quinquenales.

Con toda la información recogida, finalmente, el equipo puede hacer el cálculo año a año de las tasas de mortalidad por EDA en menores de 5 años. Esta tasa se calcula dividiendo los casos de muertes sobre la población que hay en el lugar y momento del cálculo (por ejemplo, menores de 5 años en Bogotá durante el año 2009), por razones prácticas el cociente obtenido se amplifica por un múltiplo de 10 (1000, 10.000, 100.000...) para presentar más fácilmente la información (Evans y Albornoz, 2001; Ruíz y Morillo, 2004). De esta manera, la información presentada en la Figura 2-1 nos indica que de cada 100.000 niños que había en Bogotá durante 2008, 1,9 de ellos murieron por EDA.

El observador habrá notado que en la diapositiva no aparece el cálculo de la tasa para 2009, la razón es sencilla: las proyecciones de población se calculan en períodos

---

implementación, en el Sivigila no ingresaban todos los casos definidos en los protocolos y fichas de notificación. Desde 2010 el INS ha hecho enormes esfuerzos técnicos para lograr la concordancia de los datos sobre muertes ocasionadas por eventos de interés en salud pública con las registradas en el sistema de estadísticas vitales. Desde 2013 los lineamientos de VSP del país exigen a las entidades territoriales (Departamentos y Distritos) verificar que la concordancia entre el Sivigila y el Registro Único de Afiliados (RUAF), uno de cuyos módulos es el de nacimientos y defunciones, conocido como Estadísticas Vitales (INS, 2013, p. 18).

<sup>53</sup> El sistema de información de estadísticas vitales recoge la información de todos los certificados de defunción del país. Los registros civiles de defunción son diligenciados por los médicos y su normativa fue implementada hace más de tres décadas (Ley 9 de 1979 y Ley 23 de 1981). Por esta razón este sistema de información se considera el más adecuado para indagar por información relacionada con natalidad y mortalidad.

anuales y no mensuales o semestrales, por lo que sería un error técnico calcular una tasa parcial para el mes de junio, fecha en la que fue presentada la diapositiva.

Ya con la información del número de casos y su correspondiente representación como tasas anuales (presentados en la tabla debajo del gráfico), se procede a construir las representaciones gráficas más adecuadas para que el observador pueda hacer sus análisis e interpretaciones, que para ilustrar el número de casos son las barras y para las tasas los puntos conectados con líneas.

### **2.4.2. Lo Retórico**

Luego de construir los gráficos iniciales, se hace necesario condensarlos y resumirlos. A pesar de que esta labor implica un conocimiento técnico especializado en programas estadísticos o, al menos en hojas de cálculo (como Microsoft Excel), quiero plantear que este es el momento en el cual el equipo de SS-SDS debe usar esas habilidades para convertir el gráfico en un elemento retórico.

Al trasponer el eje vertical de las gráficas, que comparten la línea de tiempo trazada en el eje horizontal, se muestra en el extremo izquierdo el número de muertes infantiles representado con las barras y, en el extremo de la derecha, los valores de las tasas de mortalidad. En el mismo espacio a la izquierda se presentan cifras desde 0 hasta 40 casos de muertes infantiles por EDA (números absolutos), mientras al lado derecho vamos del 0 al 7 muertes por cada 100.000 niños que viven en la ciudad (razones o tasas, es decir la comparación de los números absolutos con la población infantil de la ciudad), de tal manera que los dos ejes verticales a pesar de representar el mismo fenómeno, no contienen la misma información. Es gracias al artificio técnico que permite la graficación con computador que se pueden mostrar emparejados, como si fueran una sola cosa medida con la misma escala, recordemos aquí que si bien el cálculo de la tasa usa el número de muertes infantiles, también requiere las cifras de las proyecciones de población que simplemente están invisibilizadas aquí.

Este híbrido se logra y cumple su cometido: mostrar al observador la reducción de la mortalidad infantil por EDA, tanto en números absolutos (casos) como en el indicador de la tasa. De hecho, a pesar de no aparecer el valor de la tasa para el año 2009, un

observador desprevenido rápidamente puede trazar una línea imaginaria desde el último punto (2008) hacia el límite superior de la barra de 2009 llegando a la conclusión de que para el primer semestre de 2009 la tasa está muy por debajo del 1 de la derecha, por lo que *muy seguramente* si la mortalidad por EDA sigue comportándose igual por el resto del año, se cumplirá con la meta de mantener esta tasa por debajo de 1,7 por 100.000 menores de 5 años. Aquí tenemos que remitirnos de nuevo al recuadro de la derecha que acompaña el gráfico y que nos recuerda categóricamente esta meta (a pesar del error tipográfico mencionado en la nota 50, página 63), por lo que podemos asumir que la ubicación del recuadro en este lugar no es casual, sino que tiene una intencionalidad más o menos clara.

Por último, había mencionado el rezago en la información disponible en el sistema de información de estadísticas vitales, pero hasta ahora esta situación no pareciera problemática para la construcción del gráfico. En la realidad, el DANE no presenta informes mensuales con datos de estadísticas vitales, de tal manera que aunque los datos anuales publicados pueden cambiar un poco durante el proceso de depuración (de tres años en nuestro caso), no era posible acceder a la información parcial registrada a junio de 2009. Esta situación hizo que para la última columna de la tabla (año 2009) se usara la información del Siviigila, en donde se registraban cinco muertes infantiles asociadas a la EDA entre enero y junio de 2009.

Para mantener su unicidad y sentido, el gráfico de barras no se altera a pesar del cambio de fuente de información. El equipo de SS-SDS simplemente decide hacer una anotación adicional sobre los datos de 2009, indicando que provienen de “Bases de Secretaria Distrital de Salud” sin aclarar cuáles. Esta es una decisión retórica porque finalmente todos los sistemas de información nacionales y distritales están integrados por bases de datos que en este caso están a cargo de la SDS, incluyendo el Siviigila Distrital y Estadísticas Vitales del Distrito.

El gráfico se presenta ante la mirada de un observador externo (que puede ser incluso alguien dentro la SDS) como un constructo coherente que muestra la reducción de la mortalidad infantil por EDA y el cumplimiento de la meta distrital. Para ello es necesario un componente adicional: una línea de tiempo lo suficientemente extensa que haga aún

más evidente esta reducción, en este caso se logra el cometido mostrando sólo los últimos seis años.

### **2.4.3. Lo Político**

Si bien podemos aducir razones retóricas para la serie de tiempo de seis años, también tendríamos que aceptar la posibilidad que la selección de este período temporal tenga a su vez razones políticas. El mandato de Samuel Moreno se había iniciado en 2008, por lo que el gráfico finalmente no podría dar cuenta contundentemente de una buena gestión y acciones acertadas en materia de reducción de la mortalidad infantil por EDA porque en ese año la tasa se encontraba en 1,9, tan sólo una décima por debajo de la línea base establecida por el DANE en 2006.

La inclusión de la información desde 2004 puede tener diferentes interpretaciones: La primera y más obvia es la continuidad con el gobierno anterior de la ciudad que era del mismo grupo político de Samuel Moreno, fue la alcaldía de Luis Garzón entre 2004 y 2007. No parecería descabellado querer comparar la gestión actual (en 2009) con la del gobierno inmediatamente anterior para mirar posibles cambios en el comportamiento de los indicadores de salud. En esta misma línea uno podría encontrar una reducción prolongada de la tasa de mortalidad gracias a las políticas sociales implementadas por los gobiernos distritales de izquierda y una continuidad coherente en sus programas de gobierno.

Otra posibilidad más sencilla es que la elección como punto de partida del año 2004 se deba a que fue el último año en que se registró un número elevado de casos de muertes infantiles por EDA, con una consecuente tasa elevada (6,1 x 100.000 menores de 5 años) durante ese año. Este pico resaltaría considerablemente la reducción en las muertes infantiles por esta causa, reflejando el enorme esfuerzo institucional del Distrito Capital (y su Secretaría de Salud) para mejorar las condiciones de vida de los niños de la ciudad.

Una última opción, correspondería a una decisión un poco más técnica y menos política, en la que se elegiría una ventana de cinco años de observación, ya que este es el tiempo mínimo recomendado para construir series de tiempo susceptibles de análisis

estadístico<sup>54</sup>. Sin embargo, si esta fuese la opción no sólo obedecería a un aspecto meramente técnico, sino también a una decisión política: Un gráfico que se muestre dentro de un “estándar más técnico” (presentar la información del último quinquenio), eliminaría cualquier velo de sospecha acerca de sus condiciones de producción dentro de un espacio más bien técnico y no influenciado por decisiones políticas.

En este punto, el lector podría llegar a la conclusión de que estas tres razones para la inclusión de los datos de cinco años en la gráfica pueden ser igual de válidas y posibles, aunque la tercera se presenta como más convincente dado su peso “científico”. En realidad las dos primeras razones, que también son ciertas, se eclipsan ante la tercera que *soluciona* cualquier posible sesgo político en la presentación de la información epidemiológica.

Al final, las razones políticas para la construcción particular de este gráfico pesan tanto como las que podríamos llamar razones más técnicas (científicas), de hecho es difícil separar unos aspectos de los otros porque finalmente ambos están entrelazados tan fuertemente que se coproducen mutuamente (Jasanoff, 2004d).

Como muestro en este ejemplo, es común en la SS-SDS que las decisiones políticas sobre la información parezcan encubiertas por refinados aspectos técnicos. Aquí se hace necesario recordar que nuestro punto de partida fue el programa de gobierno del Alcalde, de tal manera que los procedimientos técnicos y el conjunto de mediadores que han intervenido en el registro, organización y análisis la información lo han hecho para cumplir con su propia función establecida dentro del marco legal del sistema de vigilancia en salud pública y mantenerlo en constante flujo, como una red iterativa.

---

<sup>54</sup> De acuerdo con Iván Darío Pérez, (estadístico del grupo ASIS del INS entre 2010 y 2012), para construir series de tiempo que puedan ayudar a predecir el comportamiento de un evento (como la mortalidad infantil), se debe contar con las cifras mensuales de por lo menos 5 años, aunque lo recomendable sería contar por lo menos con 10 años. Ante la ausencia de datos más antiguos en salud por la reciente implementación del Sivigila Colombiano en 2006, ha sido una práctica generalizada dentro del sector salud la construcción de modelos predictivos con un número menor de datos. Estos modelos ayudan a explicar y predecir parcialmente el comportamiento de los eventos epidemiológicos de interés en salud pública, aunque su posibilidad real de predictibilidad es muy limitada.

Por otra parte, la información que produce la SS-SDS (sus *outputs*) se presenta como documentos e inscripciones que plasman una mirada altamente técnica y *estabilizada* de la realidad (Latour, 2008, p. 327 ss.). En los gráficos que se producen periódicamente, semana a semana y mes a mes, se representa de diferentes maneras el actor-red SS-SDS en el que convergen planes de gobierno locales y distritales, sistemas de información en salud pública, otras redes de salud pública constituidas en los hospitales locales en cabeza de los referentes, tomadores de decisión en ámbitos locales y distritales y un conjunto de profesionales y técnicos (dentro de la SS-SDS) que una y otra vez funcionan como una caja negra (Latour, 1992, 2001) en la que toman la realidad para *aplanarla* (Latour, 2008) y transformarla en cifras y gráficos que resumen la salud de la población, esto es, para convertirla en “información útil para la toma de decisiones en salud” (Montiel, 2001; Rodríguez, 2008; Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c).

## **2.5. Mapas y representaciones territorializadas de la enfermedad**

Hasta ahora me he referido a los productos más visibles de la sala situacional como documentos de informes finales y salidas gráficas estadísticas. Sin embargo, existen otras “salidas” que eran producidas dentro de la SS-SDS y que jugaban un papel central en escenarios particulares, me refiero a los mapas. Una particularidad de estas “salidas” era que de por sí, cada una de ellas se constituía en una propia caja negra, una representación de la realidad ya estabilizada y construida por el geógrafo, un experto que trabajaba de forma individual.

Aunque los gráficos de barras, de líneas y de pastel suelen ser los más usados para representar estadísticas, no siempre son suficientes para ilustrar la situación de salud de poblaciones particulares. Los mapas son una de las gráficas predilectas para el sector salud, ya que permiten a los tomadores de decisiones localizar espacialmente los problemas específicos de las poblaciones.

Los mapas son construidos con la ayuda de software especializados denominados sistemas de información geográfica (SIG), que han sido usados en epidemiología y salud pública entre otros para: identificar grupos de alto riesgo en salud, programación,

monitoreo y evaluación de acciones e intervenciones sobre una población, determinar patrones y diferencias en la situación de salud en poblaciones particulares, así como para ubicar los riesgos naturales y artificiales a los que está expuesta la población (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, pp. 46-47).

El uso de SIG implica conocimientos muy especializados en cartografía digital, que en algunos casos no está disponible y debe ser construida. También se requiere conocer el diseño, manejo y depuración de bases de datos informáticas, de tal manera que sea posible conectarlas con el software de SIG. Por último, es necesario dominar los conceptos básicos del SiviGila colombiano para interpretar adecuadamente la información plasmada en el mapa.

El mapa por sí mismo permite presentar diferentes fuentes de información en una sola representación gráfica en la que a partir de “capas” se va integrando nueva información. Para explicar este punto, quiero presentar uno de los mapas del libro de “Memorias...” que es el que nos muestra las muertes por EDA en menores de 5 años durante el año 2008 (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c).

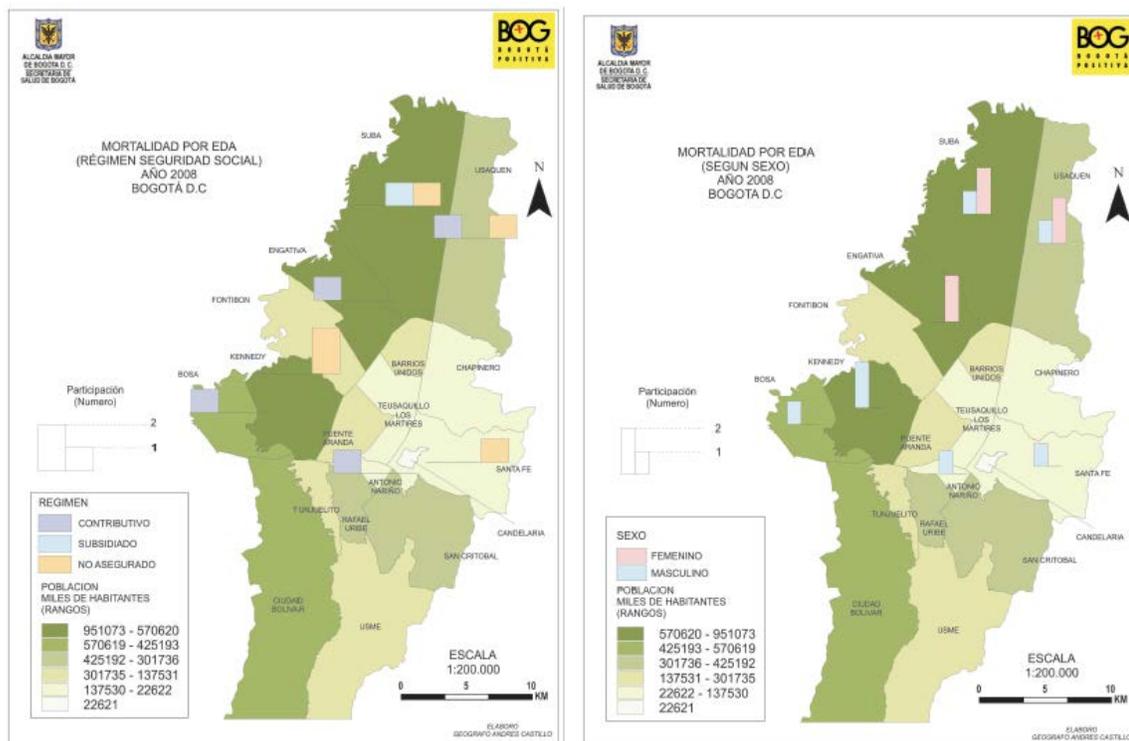
En la Figura 2-2 encontramos un mapa de la ciudad de Bogotá, separado por localidades. Lo primero que llama la atención es la ausencia de la localidad de Sumapaz que es en su mayoría rural, afortunadamente esta ausencia no afecta la información presentada ya que allí no se presentaron muertes infantiles por EDA durante 2008.

Con el mapa ya construido y su escala presentada (abajo a la derecha), el lector puede observar la primer capa de información que nos presenta el número de habitantes, de tal manera que las localidades coloreadas con tonos más claros son las menos pobladas, mientras las que muestran un color verde más oscuro (Suba, Engativá y Kennedy) son las más pobladas del distrito.

La segunda capa de información varía en las dos versiones del mapa. En la primera (a la izquierda) muestra el régimen de afiliación de los menores que fueron víctimas fatales de la EDA, permitiendo al observador identificar su tipo de acceso a los servicios de salud por localidad; lo que nos permite interpretar que la mitad (5 de 10) de los casos graficados eran de niños sin aseguramiento, algo que podría ser interpretado por un

tomador de decisiones como fallas en el aseguramiento que requieren acciones como jornadas de afiliación para la población aún no cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en algunas localidades específicas. En la segunda versión del mapa se comparan las muertes de niños y niñas por localidad, mostrando que no hay una diferencia significativa de las muertes por sexo (7 niños y 6 niñas).

**Figura 2-2:** Mapa con casos de muerte por EDA en menores de 5 años, según régimen de seguridad social (izquierda) y sexo (derecha), 2008.



Fuente: (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 288)

El lector objetará que los mapas, a pesar de referirse al mismo evento en el mismo año, presentan inconsistencias en el número de casos. Es cierto, el segundo mapa presenta 3 casos más que el primero. De hecho si se compara esto con la Figura 2-1, presentada en la página 60, allí aparecían 11 casos para el año 2008. Entonces, ¿cuál es el número de casos? y, ¿por qué no aparecen todos los casos en todas las representaciones? Las respuestas a estas preguntas pueden ser muy simples, pero a su vez demuestran que los datos que se construyen en la SS-SDS y en general en vigilancia en salud pública, mutan continuamente y son susceptibles de altos niveles de indeterminación:

La razón por la que en la Figura 2-1 aparecían 11 casos tiene que ver con el estado de depuración del SiviGila distrital. A mediados de 2009 ese era el número de casos “oficial”, pero esa cifra cambió para Octubre, fecha en la que se realizaron los mapas y cuando aparecían registrados 13 casos. Para mantener una alta sensibilidad, el SiviGila continúa recibiendo notificación de casos de periodos pasados, incluso con hasta dos años de rezago.

Pero entonces, ¿dónde están los 3 casos que no se hacen visibles en el primer mapa? Las fichas de notificación en estos casos específicos no contaban con información sobre el aseguramiento de los menores fallecidos. A pesar de que estas fichas pasan por diferentes manos en cada nivel (local, distrital, nacional) y que uno de los objetivos principales del SiviGila es contar con información de calidad, por muy distintas razones no se logra siempre el diligenciamiento total de la información<sup>55</sup>. En nuestro caso, en 3 de los 13 registros no se registró la información relacionada con el tipo de aseguramiento.

De esta manera, la información que en las salidas gráficas se muestra como sólida, puede cambiar en cualquier momento gracias a la acción de cualquiera de los agentes del sistema de vigilancia, desde un médico en su consultorio o en un hospital que diligencia la ficha de un nuevo evento, los técnicos encargados de la digitación de la información en el sistema informático, los referentes de salud pública en las ESE locales que verifican los datos incluyendo y corrigiendo posibles errores, hasta los profesionales y expertos de la SS-SDS que analizan, interpretan y transforman esa información para hacerla algo “útil” que permita planear acciones e intervenciones en segmentos de la población y que además pueda estar al servicio de la construcción de políticas públicas en salud.

---

<sup>55</sup> Dentro de las principales razones por las cuales no se diligencian completamente las fichas del SiviGila, el INS ha encontrado que no siempre son los médicos los encargados de esta labor a pesar de que la normativa legal así lo exige. Por otra parte, las fichas deben ser revisadas y en algunos casos (cuando el evento notificado requiere la toma de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas) actualizadas por el personal de VSP de la IPS. Si la información está incompleta, la UND (departamento o distrito) debe exigir a la UPGD (institución de atención o IPS) la actualización de la ficha incluyendo las variables incompletas. A pesar de lo anterior la información que llega al INS solía estar incompleta por lo que se incluyeron módulos validadores de la información registrada desde la versión 2012 del software.

## Capítulo 3

# El ensamblaje para la generación de políticas públicas en salud

En este capítulo presentaré algunas reflexiones generales relacionadas con cuatro aspectos que considero son de abordaje obligatorio para una mejor comprensión del funcionamiento de la SS-SDS como un laboratorio que produce formas muy específicas de conocimiento.

En primer lugar me referiré a los mecanismos en que los documentos producidos por la SS-SDS se convierten en productos estabilizados, que se constituyen en representaciones de la realidad como *inscripciones* (Latour, 2001).

Como segundo punto propongo entender al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) como una *infraestructura*, siguiendo el modelo propuesto por Star y Ruhleder (1996). Gracias a la implementación del Sivigila es posible contar con información estadística de VSP que era el insumo básico para el funcionamiento de la SS-SDS.

A continuación exploro el problema de la ambivalencia entre los roles de científicos / técnicos (expertos) y políticos que tienen los funcionarios de la SS-SDS. Esta distinción, otrora inflexible, se vuelve menos clara y deseable a la luz de las actividades y problemas cotidianos que enfrentan. Desde la perspectiva de la coproducción esta ambivalencia es necesaria para lograr cumplir los objetivos institucionales de la SS-SDS.

Para cerrar este capítulo presento algunas reflexiones relacionadas con el papel de los actores comunitarios en el conocimiento construido por la SS-SDS. La dicotomía lego / experto es claramente evidente en los espacios de interacción entre referentes y las comunidades durante los ejercicios de SS, pero parece desvanecerse en los documentos estabilizados que son el producto final de la SS-SDS. Es más, en estos productos, las voces de los actores comunitarios se vuelven el centro de la argumentación y justificación

de las intervenciones sugeridas, erigiéndose como las únicas expertas capaces de observar la realidad “tal como es” y proponer soluciones coherentes con esa realidad.

### **3.1 Los productos de la SS-SDS entendidos como Inscripciones**

Todos los documentos elaborados por la SS-SDS podrían entenderse como llenos de inscripciones, de tal manera que documentos como las memorias de la SS-SDS (2009c) pueden ser vistos como productos estabilizados, convirtiéndose en representaciones de la realidad captada por los sistemas de VSP y por las personas ubicadas en los niveles locales y distritales de la SS-SDS (Correa Moreira, 2012; Latour, 1992; Tirado-Serrano y Domènech-Argemí, 2005).

Callon (2002) menciona que las organizaciones suelen estar casi que obsesionadas por el registro cotidiano y minucioso de todas las actividades en las que participan sus integrantes. Estos registros se convierten en inscripciones cuyo volumen hace que de una u otra forma se complejizan las mismas organizaciones.

Dentro de su investigación en el servicio nacional de salud del Reino Unido, Bloomfield (1991) considera que los sistemas de información pueden ser vistos como mecanismos de inscripción que facilitan la construcción de representaciones numéricas y gráficas de la realidad y permiten acciones a distancia manteniendo un control centralizado. Este planteamiento me resulta útil ya que los sistemas de VSP son básicamente enormes bases de datos cuya información cambia minuto a minuto y que son usadas como fuente primaria para los análisis de situación de salud y la toma de decisiones.

#### **3.1.1 El poder de las inscripciones**

Siguiendo a Bloomfield (1991), los sistemas de información producen un conjunto particular de inscripciones, que usualmente se reducen a datos numéricos o representaciones gráficas. Estas inscripciones son poderosas porque son la marca distintiva del trabajo de equipos de expertos.

La información proveniente de los diferentes sistemas de VSP usualmente está presentada en forma de tablas de datos llenas de números. Otras inscripciones

cotidianas dentro de la SS-SDS son las gráficas y mapas que representan eventos particulares, como los que presenté en el segundo capítulo. Estas inscripciones son distribuidas de formas muy diversas dentro y fuera de la SDS, en boletines epidemiológicos, presentaciones de los comités de vigilancia en salud pública locales y distritales, e incluso en comunicados para la prensa y otras instituciones relacionadas con la salud pública (INS, Ministerio de Salud, OPS, etc.).

El espacio físico ocupado por la SS-SDS, ubicada en el séptimo piso del edificio de la Central Reguladora de Urgencias y Emergencias (CRUE) estaba distribuido de tal manera que, al entrar, cualquier visitante podía encontrarse con un conjunto de carteleras que mostraban mapas de Bogotá y gráficos que representan el comportamiento epidemiológico de algunas enfermedades en la ciudad. Pero lo que sin duda llamaba más la atención en este espacio es que dentro de la sala de juntas (que ocupaba la tercera parte del piso) se encontraban varias pantallas planas, conectadas a un servidor. En estas pantallas el visitante podía ver una y otra vez pasar las diapositivas del último COVE, mapas de la ciudad e incluso de algunas localidades cuyo contenido cambiaba de acuerdo a la enfermedad o evento de interés en salud pública que se mostraba y, registros fotográficos e incluso videos de los talleres con representantes de la comunidad y expertos realizados por los referentes locales dentro de los ejercicios de sala situacional y en general de espacios de la ciudad que requerían algún tipo de intervención.

La gran mayoría de estas inscripciones se relacionan con la necesidad que tienen instituciones como la SDS de construir evidencias numéricas y estadísticas de la realidad, algo que varios autores han denominado la fetichización del número, que conlleva una obsesión por la reducción de la realidad a datos cuantitativos que permitan realizar cálculos y de alguna forma predecir la realidad (Bloomfield, 1991; P. Miller, 2001; Tøndel y Anthun, 2013).

Pero las fotografías que aparecían en las pantallas, en boletines y documentos institucionales (Ver por ejemplo: Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c) también se constituyen en inscripciones poderosas que demuestran la capacidad institucional para la acción (cuando se muestra por ejemplo un lugar como un botadero de basura antes y después de la intervención de las autoridades locales), así como la

capacidad de escuchar los problemas de las comunidades y darles respuesta. Para mí esto podría entenderse como una especie de fetichización del *estar allí* etnográfico, en el que las descripciones de la realidad hechas por un testigo deberían bastar para dar cuenta de esa realidad (Geertz, 1989; Reynoso, 2008). Esta situación es aún más evidente con los videos que pretenden captar de forma naturalista la realidad y, casi literalmente, dejar que ella hable ante la mirada perpleja o despreocupada del espectador.

A continuación presento al lector tres series fotográficas tomadas de los informes locales de SS para ilustrar el punto anterior. En vez de permitir que las imágenes simplemente hablen por sí solas, explicaré los contextos particulares en que se obtuvieron y su poder retórico al incluirse dentro de los informes temáticos de SS.

En el primer conjunto de imágenes (Figura 3-1) observamos un equipo de profesionales de la salud vinculados con la ESE Hospital del Sur<sup>56</sup> que se encuentran realizando una jornada de Salud al Colegio. La SS local se vinculó a esta jornada en el marco de la SS sobre Infancia que se realizaba durante el primer trimestre de 2008. Las personas del hospital se ubicaban en estaciones temáticas en diferentes lugares del colegio, los estudiantes iban visitando una por una cada estación y allí recibían alguna información específica sobre la situación de salud de la niñez en su localidad<sup>57</sup>, luego tenían que expresar su opinión acerca de estos datos y sus respuestas eran registradas por uno de los profesionales de salud.

Este primer conjunto de imágenes además nos muestra la creatividad y capacidad técnica de los referentes locales de SS que buscan acercarse asertivamente a la población con la que trabajan (en este caso los niños) para hacer a la vez un ejercicio de sensibilización y de recolección de información en el que los informantes no solo aportan información a las instituciones sino que además a cambio son informados acerca de la

---

<sup>56</sup> Este hospital se encarga de la atención en salud en las localidades de Puente Aranda y Kennedy.

<sup>57</sup> Los textos que aparecen en las fotografías son los siguientes: en [1] "En Puente Aranda para 2006 se registraron aproximadamente 50 casos de abuso sexual en niños". El texto de [2] es: "Sabías que... En Puente Aranda la principal causa de muerte en niños menores de un año son los problemas respiratorios". En [3] dice: "Sabías que... Algunos niños de Puente Aranda tienen que acompañar y/o trabajar con sus padres".

realidad en la que viven. Estas imágenes también son contundentes porque muestran el esfuerzo cotidiano de las instituciones públicas por acercarse a las comunidades de manera empática (especialmente reflejado en la sonrisa de los referentes en [2]), el trabajo intersectorial del gobierno distrital (salud y educación en este caso), pero ante todo transmiten la idea de que se está logrando un cambio social al educar y sensibilizar a los niños.

**Figura 3-1:** Fotografías tomadas en una institución educativa de la localidad de Puente Aranda durante una jornada de Salud al Colegio.



Fuente: Informe de Sala Situacional sobre Infancia, Localidad de Puente Aranda, Hospital del Sur, 2008.

En el segundo grupo de imágenes, aparecen tres mujeres dirigiéndose a los participantes de los grupos focales realizados en Kennedy durante la realización de la SS sobre seguridad alimentaria y nutricional en 2007. En estas fotografías se muestra a las oradoras como el centro de la imagen y de la acción frente al auditorio, mientras que todos los participantes están de espaldas a la cámara atendiendo en silencio. En las tres imágenes aparecen pantallas con ayudas visuales<sup>58</sup> que refuerzan la atención del público sobre la presentadora.

<sup>58</sup> A pesar de que en [4] no existe una pantalla digital, la expositora ha aprovechado la pared para pegar en ella varias hojas de papel con las que ha construido un mapa conceptual sobre el que se centra su presentación.

Estas imágenes indican un escenario más bien convencional en donde hay un expositor que tiene la palabra y un auditorio que simplemente escucha y atiende, como se podría presentar en un aula de clase. También nos sugieren la imagen del experto, conocedor de un tema (como la situación de salud de la población) que instruye a su público

Si por un momento dejamos de lado a las expositoras y observamos los auditorios, las fotografías nos muestran la amplia capacidad de convocatoria que tiene la SS local, demostrando cómo se ha convertido en un espacio consolidado y reconocido por la comunidad.

**Figura 3-2:** Fotografías tomadas durante la realización de los grupos focales de la sala situacional sobre seguridad alimentaria y nutricional.



Fuente: Informe de Sala Situacional sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional, Localidad de Kennedy, Hospital del Sur, 2007.

En el último conjunto de imágenes se muestra una serie de talleres que se hicieron con estudiantes de instituciones educativas de la localidad de San Cristóbal en el marco de la sala situacional sobre salud sexual y reproductiva que se desarrolló durante el segundo trimestre de 2008. En estas fotografías podemos observar la interacción entre las profesionales de la salud y los jóvenes escolares, durante la realización de los talleres (en [7] y [8]), pero también al finalizar la jornada ([9] y [10]).

En [7], la profesional en salud presenta un tampón a unas estudiantes, sin embargo tanto la profesional como las estudiantes están de frente a la cámara y da la impresión de que la primera estuviera ignorando a las segundas. En [8] la profesional habla con un

estudiante mientras otro, de espaldas a la cámara sostiene en dirección a ella el formato de lista de asistencia de la SDS; en este caso pareciera que el centro de la fotografía fuera la lista de asistencia y no la conversación entre la referente y los estudiantes.

En las últimas dos fotos, las profesionales son el centro de la imagen, aunque ya no están realizando su taller a los estudiantes. Claramente ellas están *posando* para que les tomen una foto que dé testimonio del estar allí etnográfico que había mencionado unas páginas atrás. Es más, me voy a atrever a comparar la fotografía [9] con aquellas que se toma un turista o un viajero en un lugar lejano o exótico, en las que no importa si hay otras personas realizando sus acciones cotidianas siempre y cuando la lente logre captar al viajero en ese lugar. Siguiendo la misma argumentación, la última fotografía [10] trajo a mi mente las imágenes de exploradores y antropólogos de la primera mitad del siglo XX en la que se plasma la presencia del etnógrafo en compañía de esos otros nativos cuya existencia viene a documentar.

Imágenes como las que acabo de presentar acompañan los informes de casi todos los ejercicios de sala situacional, aunque no todas las localidades usaban las imágenes de igual manera (particularmente hablando del número de imágenes presentadas dentro de los textos o como anexos separados), su uso era generalizado. Su uso era más bien instrumental para contextualizar a los lectores acerca de los espacios hasta donde eran capaces de llegar los ejercicios de sala, por lo que no era común encontrar información o vínculos explícitos entre estas imágenes y los textos presentados en los documentos de informes.

**Figura 3-3:** Fotografías tomadas en instituciones educativas de la localidad de San Cristóbal en el marco de la sala situacional sobre salud sexual y reproductiva.



Fuente: Informe de Sala Situacional sobre Salud Sexual y Reproductiva, Localidad de San Cristóbal, Hospital de San Cristóbal, 2008.

### 3.1.2 Movilidad, combinabilidad e inmutabilidad

Una característica de las inscripciones que surgen a partir de sistemas de información es su facilidad para la movilidad (Bloomfield, 1991, 1995; Bloomfield y Vurdubakis, 1994): Tomemos como ejemplo una ficha de notificación de un evento de interés en salud pública al azar como la varicela (Ver Figura 3-4).

El médico que atiende al niño A en cualquier hospital o Centro de Atención en Salud (IPS o UPGD) y lo diagnostica con esta enfermedad, debe diligenciar una ficha con información del paciente que se encuentra estandarizada para todo el país. Para la

varicela, de acuerdo a los lineamientos de VSP del INS (INS, 2009c, 2010c), se ha establecido que sólo es necesario diligenciar una ficha con los datos básicos del paciente<sup>59</sup>.

Luego esa ficha es digitada (usualmente por un empleado administrativo o técnico en sistemas) dentro de la base de datos del Sivigila de ese hospital y enviada junto con los otros registros de notificación a la SDS (Ver Figura 3-5), allí los registros se incluyen en la base distrital que es analizada por la epidemióloga de la SS-SDS y se convierte en una gráfica que muestra el comparativo semanal del número de casos de varicela reportados en toda la ciudad; esta información también es procesada por el geógrafo en el SIG que produce un mapa que muestra los casos nuevos de la semana en cada localidad del distrito. Estas gráficas son presentadas en los COVE locales y distrital de tal manera que los tomadores de decisiones de algunas localidades podrían establecer medidas de emergencia como coordinar visitas a los colegios de su localidad para intervenir la cadena de contagios.

De esta manera la presencia del virus varicela-zóster en una persona, es diagnosticada por el médico a partir de un conjunto de signos y síntomas bien definidos, se convierte en un registro hecho en papel (ficha de notificación), que rápidamente muta a una simple línea dentro de una base de datos. Ya allí, el registro va y viene dentro de archivos informáticos en diferentes medios (discos duros, memorias USB, correos electrónicos, etc.) y pasa de una institución a otra<sup>60</sup> y hace parte de un sinnúmero de inscripciones construidas una y otra vez que llegan a múltiples espacios desde el mismo hospital, hasta las noticias mundiales a las que gracias a internet, casi cualquiera podría acceder.

---

<sup>59</sup> La ficha de datos básicos es conocida coloquialmente por quienes trabajan con el Sivigila como *Cara A*. Algunos eventos de interés en salud pública requieren información adicional del paciente como resultados de exámenes de laboratorio o imágenes diagnósticas, por lo que se han diseñado entonces fichas de datos complementarios (*Cara B*) específicas para cada evento. En el caso de la varicela, que en la mayoría de los casos se presenta levemente sin dejar secuelas en los pacientes, el sistema sólo registra información demográfica básica sin existir a la fecha diseñada una ficha de datos complementarios para este evento.

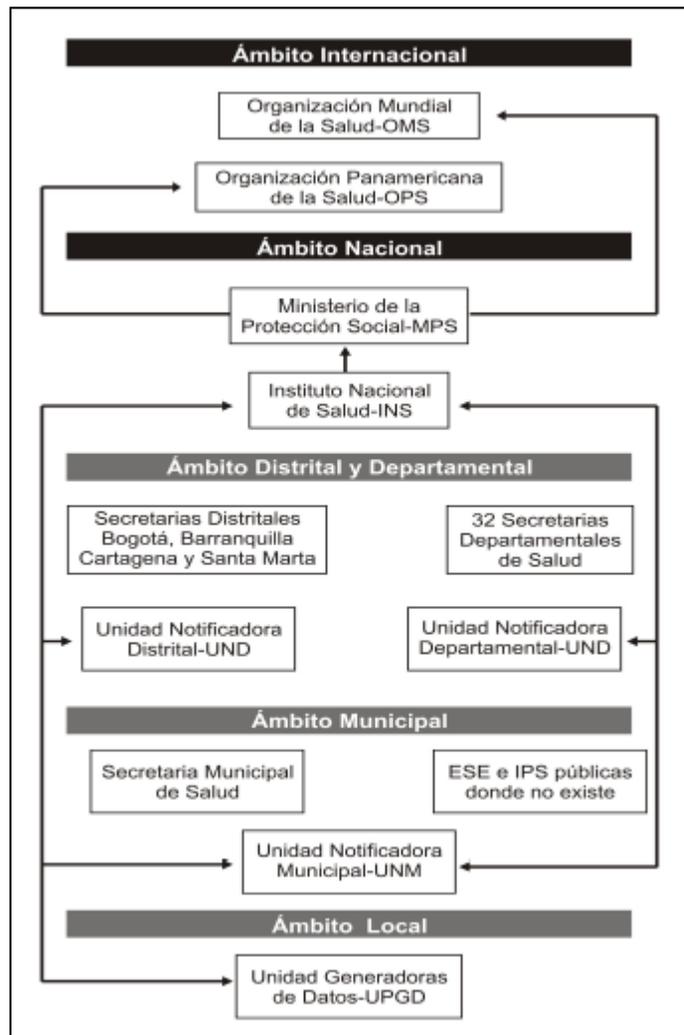
<sup>60</sup> Yo me detuve en la SDS, pero estos registros siguen su viaje hacia el INS que consolida la información nacional oficial para luego llegar al Ministerio de Salud, OPS y OMS.

**Figura 3-4:** Ficha de datos básicos para la notificación de eventos de interés en salud pública al Sivigila, Sivigila 2010.

SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA					
Subsistema de Información SIVIGILA			BICENTENARIO 1910-2010		Insstitución Nacional de Salud
Ficha de Notificación					
<b>Datos básicos</b>					
REG-102.001.4010-001 V.00 AÑO 2010					
<b>1. INFORMACIÓN GENERAL</b>					
1.1. Nombre del evento				1.2. Fecha de notificación	
				Código    Día    Mes    Año	
1.3. Semana* 1.4. Año:		1.5. Departamento que notifica		1.6. Municipio que notifica	
* Epidemiológica    Año					
1.7. Razón social de la unidad primaria generadora del dato				1.8 Código de la UPGD	
				1.9. NIT UPGD	
				Depto.    Municipio    Código    Sub.	
<b>2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE</b>					
2.1. Primer nombre		2.2. Segundo nombre		2.3. Primer apellido	
2.4. Segundo apellido		2.5 Teléfono		2.6 Fecha de nacimiento	
				Día    Mes    Año	
2.7. Tipo de documento de identificación				2.8. Número de identificación	
<input type="checkbox"/> RC (1) Registro <input type="checkbox"/> TI (2) T. de ID. <input type="checkbox"/> CC (3) C.C. <input type="checkbox"/> CE (4) C. extranjera <input type="checkbox"/> PA (5) Pasaporte <input type="checkbox"/> MS (6) Menor sin ID. <input type="checkbox"/> AS (7) Adulto sin ID.					
2.9. Edad		2.10. Unidad de medida de la edad		2.11. Sexo	
Años    Meses    Días    Horas    Minutos		1    2    3    4    5		M    F	
2.12. País de ocurrencia del caso		2.13. Departamento/Municipio de ocurrencia del caso		2.14. Área de ocurrencia del caso	
		Depto.    Municipio		1 Cabeecera municipal    2 Centro poblado    3 Rural disperso	
2.14.1. Cabeceera mpaal/Centro poblado/Rural disperso		2.16. Barrio de ocurrencia			
2.15.2. Localidad		2.16. Dirección de residencia		2.17. Ocupación del paciente	
				Código    1    2    3    4    5	
2.19. Nombre de la administradora de servicios de salud		2.20. Pertenencia étnica			
		1 Indígena    2 ROM    3 Raizal    4 Palenquero    5 Afro colombiano    6 Otros			
2.21. Grupo poblacional					
9 Desplazados    13 Migrantes    14 Carcelarios    15 Gestantes    5 Otros grupos poblacionales					
<b>3. NOTIFICACIÓN</b>					
3.1. Departamento y municipio de residencia del paciente				3.2. Fecha de consulta	
Depto.    Municipio				Día    Mes    Año	
3.3. Inicio de síntomas					
Día    Mes    Año					
3.4. Clasificación inicial de caso				3.5. Hospitalizado	
1 Sospechoso    2 Probable    3 Conf. por laboratorio    4 Conf. clínica    5 Conf. caso epidemiológico				1 Si    2 No	
3.6. Fecha de hospitalización					
Día    Mes    Año					
3.7. Condición final		3.8. Fecha de defunción		3.9. No. certificado defunción	
1 Vivo    2 Muerto		Día    Mes    Año			
3.10. Causa básica de muerte				CIE 10	
3.11. Nombre del profesional que diligenció la ficha				3.12. Teléfono del profesional que diligenció la ficha	
<b>4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES - AJUSTES</b>					
4.1. Seguimiento y clasificación final del caso				4.2. Fecha de ajuste	
0 No aplica    3 Conf. por laboratorio    4 Conf. clínica    5 Conf. caso epidemiológico    6 Descartado    7 Otra actualización				Día    Mes    Año	
siviigila@ins.gov.co/soporte    siviigila@ins.gov.co    Desde 1917 comprometidos con la Salud Pública					

Fuente: Software Sivigila 2010 (INS, 2010e).

**Figura 3-5:** Flujo de datos del Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila 2010.



Fuente: Software Sivigila 2010 (INS, 2010e).

El caso del niño A se combina con otros casos de varicela e incluso con casos de otras enfermedades dentro de las inscripciones (gráficas, mapas, informes) que se construyen a partir del Sivigila, sin embargo este caso no se ve alterado y efectivamente da cuenta de la enfermedad del paciente, ya que el registro permanece intacto e igual a como el médico lo diligenció en el papel, claro está, suponiendo que el digitador no haya cometido errores y que el mismo médico no haya errado en el diagnóstico (Berg y Bowker, 1997).

### **3.2 Los sistemas de vigilancia en salud pública comprendidos como infraestructura**

La implementación de sistemas informáticos para la VSP lleva más de una década en Colombia, a partir del diseño de encuestas epidemiológicas periódicas nacionales lideradas por el INS. Sin embargo, el primer sistema nacional unificado (Sivigila) no empezó su funcionamiento en todo el país sino hasta 2007 luego de que se promulgara el Decreto 3518 de 2006 (MPS, 2006). Sin embargo, la historia de estos sistemas en la ciudad de Bogotá es mayor, ya que allí la SDS había ido implementando pequeños desarrollos informáticos poco a poco, de tal manera que en 2009, aparte del Sivigila, la ciudad contaba con 10 subsistemas de VSP, algunos de los cuales han sido pioneros en el país como el sistema de vigilancia de violencia intrafamiliar (SIVIM), que desde 2013 se integró al Sistema Nacional.

De acuerdo con Star y Ruhleder (1996) las tecnologías cumplen un papel fundamental en las grandes organizaciones aunque se ven en ocasiones como paradójicas ya que a su vez facilitan y dificultan el cambio organizacional. El concepto de infraestructura acuñado por estas autoras resulta útil para analizar los sistemas de información de VSP.

Una infraestructura no es algo preconcebido ni dado de antemano. Más bien, este concepto fundamentalmente relacional se aplica a productos de prácticas organizadas institucionalmente, que da cuenta más de un “cuándo” que de un “qué” (Star, 1999; Star y Ruhleder, 1996). Las infraestructuras suelen darse por sentado para sus usuarios como “algo que simplemente está allí a la mano del usuario lista para ser usada y completamente transparente” (Star, 1999; Star y Ruhleder, 1996). En este sentido las autoras usan la analogía con los rieles sobre los que ruedan los trenes, aunque hoy en día podemos hablar de otras infraestructuras como un computador o incluso su sistema operativo. También podemos encontrarnos con que de forma más cotidiana nos referimos a estas infraestructuras como plataformas, algo que es relativamente poco relevante y que soporta algo más interesante o importante.

Estas infraestructuras pueden resolver las tensiones existentes entre lo local y lo global (Star y Ruhleder, 1996, p. 114), otra razón por la cual es interesante ver los sistemas de VSP como infraestructuras. A continuación me referiré a las dimensiones de la

infraestructura planteadas por las autoras y examinaré cómo se pueden ver estas dimensiones en un sistema particular: el Sivigila.

La primera característica de las infraestructuras es que se encuentran incrustadas dentro de otras estructuras, tecnologías y acuerdos sociales. En este sentido, el Sivigila nace dentro del decreto 3518 de 2006, que crea el Sistema Nacional de VSP en Colombia, es decir, este software está reglamentado por el Ministerio de Salud para recolectar la información que el gobierno nacional considere relevante (de interés en salud pública), excluyendo un número importante de enfermedades por ejemplo. El Sivigila a su vez requirió algunas decisiones técnicas: para la plataforma operativa de la base de datos se utilizó el programa Microsoft Visual FoxPro®, cuya última actualización data del 2007, año en que entró en operación nacional el Sivigila; Esta plataforma tuvo por algunos años enormes ventajas, ya que el Visual FoxPro permite muchos tipos de conexiones de archivos, de tal manera que las bases de datos podían exportarse a diferentes tipos de archivo comunes como archivos de texto y tablas de Microsoft Excel<sup>61</sup>; la decisión del software no sólo obedeció a los requerimientos técnicos de los expertos que lo diseñaron, sino que también se tuvo en cuenta la conectividad limitada de muchas regiones del país y la poca disponibilidad de hardware y software actualizado, por lo que una infraestructura poco compleja y altamente compatible era ideal.

La segunda característica de las infraestructuras es que son transparentes para el usuario ya que no es necesario ensamblarlas o construirlas cada vez que se usan. La estructura de las fichas de notificación de los eventos de interés en salud pública que se usan dentro del Sistema Nacional de Vigilancia (Sivigila) no cambia, de hecho sin importar el evento que se reporta, todas las fichas comparten la primera sección en la que se incluyen los datos básicos (cara A), mientras que preguntas más específicas para cada enfermedad o evento notificado hacen parte de los datos complementarios de la ficha (cara B). Por otro lado, en el aplicativo informático que usan los digitadores para ingresar las fichas se muestran los campos específicos a diligenciar luego de ingresar el

---

<sup>61</sup> Este programa de hoja de cálculo es ampliamente conocido y usado por lo que es Excel y no FoxPro el programa que usan la mayor parte de epidemiólogos y digitadores para ingresar información al Sivigila. También es en Excel en donde se suele hacer la mayoría de los análisis de los datos ya que este programa permite construir fácilmente informes y representaciones gráficas de los datos.

código de evento, de tal manera que se trata de evitar confusiones y minimizar los errores de digitación: el “sistema” actúa de esta manera como un auditor de la información ingresada, aunque para los humanos que interactúan con él, esta situación ya ha sido asimilada y naturalizada sin que se afecte el ingreso de datos. Por último, los reportes que se construyen periódicamente desde este aplicativo como insumo para los análisis, siempre se presentan en formato de tablas en donde cada columna corresponde a uno de los campos de la base de datos y cada fila a uno de los registros; por lo general estos reportes incluyen la información de los datos básicos como los complementarios, a pesar que dentro del aplicativo (o el “sistema”), esa información se recoge en diferentes tablas de datos que están relacionadas con campos conocidos como “llaves”<sup>62</sup> ; los usuarios (analistas) de la información no necesitan conocer de bases de datos, informes o reportes, simplemente deben ser capaces de usar MS Excel para convertir esas tablas de datos en gráficos u otras tablas resumidas.

En tercer lugar se encuentra el alcance o extensión que posee cada infraestructura, que se refiere a cuestiones temporales o espaciales, en el sentido en que siempre va más allá de las prácticas en un sitio o evento concreto. De acuerdo a la normativa del Sivigila, el diligenciamiento de las fichas de notificación debería extenderse a cada consultorio en el que haya un médico general o especialista atendiendo pacientes. Pero no es sólo dónde, sino también cuando: otro objetivo central del sistema es captar todos los eventos, incluso si se notifican rezagados con semanas o meses de notificación. De hecho, la base de datos nacional sobre mortalidad materna no se cierra como el resto de bases de datos al finalizar el primer trimestre del año siguiente, razón por la cual las cifras retrospectivas de este evento cambian constantemente, llegando reportes incluso con dos o tres años de rezago, pero esta situación particular se debe a un objetivo puntual de la VSP colombiana y es la meta de lograr el 100% de concordancia entre el Sivigila (operado por el INS) y la base de datos de estadísticas vitales (operada por el DANE) y considerada como la principal fuente oficial sobre defunciones del país. Sin embargo, todo el personal que trabaja en la operación del Sivigila sabe que el sistema

---

<sup>62</sup> Este nombre se debe a una traducción literal de la palabra “key”, aunque es claro que una traducción más descriptiva o adecuada sería “clave”. Es claro que esto tiene que ver con elecciones de lenguaje técnico realizadas por personas cuya profesión no es la ingeniería de sistemas.

está diseñado para presentar información no en tiempo real, sino con un rezago promedio de dos semanas.

Las infraestructuras requieren de unos conocimientos especializados que sólo pueden ser aprendidos como parte de una membresía dentro de la organización o institución, y esta es la cuarta característica. Esto se hace evidente para el usuario novato del Sivigila, no sólo en el lenguaje técnico que usa unas nominaciones particulares incluso para referirse a la misma cosa o situación en diferentes contextos (ficha = registro = caso, evento = persona enferma; notificación = reporte = registro = caso; UPGD<sup>63</sup> = IPS<sup>64</sup> = consultorio/hospital, etc.), sino que además debe familiarizarse por lo menos con las variables de la *cara A*<sup>65</sup> (o prácticamente memorizarlas) para poder decodificarlas a la hora de hacer informes, reportes y análisis exportando datos del Sivigila a MS Excel. Los tiempos establecidos para el flujo de la información también son claves, ya que cada entidad, dependiendo de su ubicación (y nominación) dentro del sistema, debe hacer “cortes” a la base de datos semanalmente, por ejemplo los lunes cada UPGD (IPS), los martes todas las UNM<sup>66</sup> reciben esa información y la compilan para enviarla a su respectiva UND<sup>67</sup> el miércoles, quien a su vez debe compilar y enviarla el jueves al INS, entidad encargada de la operación del sistema a nivel nacional y de presentar las estadísticas nacionales en el Comité de Vigilancia Epidemiológica Nacional (COVE) semanal<sup>68</sup>. Si el lector se ha mantenido atento, se dará cuenta que un evento reportado, por ejemplo un martes, no es conocido por el nivel nacional (INS), sino casi dos semanas

---

<sup>63</sup> Unidad Primaria Generadora de Datos: en el Sivigila se refiere al lugar en donde se realiza la notificación que en la gran mayoría de los casos es un centro de atención médica desde un consultorio hasta un hospital.

<sup>64</sup> Institución Prestadora de servicios de Salud: Usualmente es un centro de atención en donde además de las consultas se pueden prestar otros servicios como diagnóstico y promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre otros. Puede tener sólo uno o unos pocos consultorios de atención, hasta un hospital de alta complejidad de atención.

<sup>65</sup> Ver la explicación en la nota 58 de la página 87.

<sup>66</sup> Unidades de Notificación Municipales: Básicamente se refiere al nivel local, a las Secretarías Municipales de Salud que deben recibir la notificación de sus centros de salud y enviarlas a las Secretarías Departamentales de salud. Aunque ha habido controversias si en Bogotá este actor es equiparable con cada localidad, el INS ha sido enfático en que la Secretaría Distrital de Salud es a la vez UNM y UND.

<sup>67</sup> Unidades de Notificación Departamentales: Son las secretarías de salud departamentales y distritales. En Bogotá, esta sería la Secretaría Distrital de Salud.

<sup>68</sup> Hasta 2011 los COVE nacionales se realizaban los lunes, desde ese año se cambió a los miércoles, aumentando dos días al rezago de la información.

después (exactamente nueve días, antes de 2011, y once días a partir de ese año), razón por la cual existen diferentes “niveles” de gravedad en los eventos, configurándose algunos como de notificación inmediata (desde la UPGD directamente a todos los niveles superiores durante las siguientes 24 horas posteriores a la identificación del caso) y otros como de notificación semanal (la gran mayoría). Esto último *obviamente* hace parte de ese conjunto de conocimientos que debe tener *cualquiera* que haga parte de la operación del sistema sin importar el nivel en el que se encuentre.

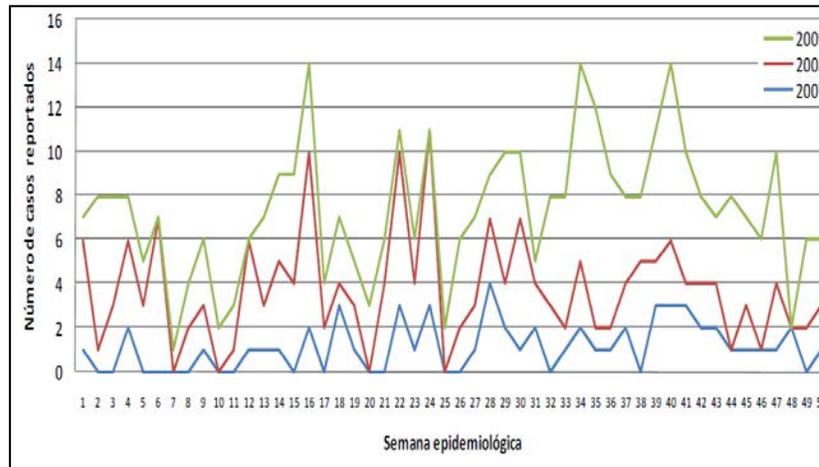
Continuando con el punto anterior, una infraestructura requiere la existencia de vínculos con convenciones de prácticas específicas, de tal manera que delinea y es delineada por los acuerdos y convenciones de una comunidad de práctica. Esta quinta característica ya ha sido evidenciada, por ejemplo en el punto anterior, cuando mostré cómo los miembros del sistema cumplen con el cronograma semanal de notificación, que permite mantener la vigilancia rutinaria las 52 semanas del año en cada uno de los niveles del sistema<sup>69</sup>. El análisis de la información recolectada en el Sivigila es realizado principalmente por personas formadas dentro de las ciencias de la salud que en muchos casos poseen títulos de posgrado en epidemiología o salud pública, razón por la cual son frecuentes algunas discusiones teóricas y metodológicas cuando se interpreta la información desde una u otra perspectiva. Dentro de estas convenciones particulares del sistema de VSP se encuentran algunas representaciones gráficas que la epidemiología ha logrado estandarizar en el mundo como las gráficas de comportamiento semanal del evento, que sin importar si se realiza como gráfico de barras, puntos o líneas básicamente presenta el número de casos de un evento de interés en salud pública semana a semana para identificar rápidamente los periodos de pico (epidemia) (Ver Figura 3-6); otra representación mucho más compleja son los corredores o canales endémicos (Ver Figura 3-7) en los que a manera de semáforo y a partir de análisis estadístico del comportamiento del evento durante una serie de tiempo anterior (usualmente entre 5 y 10 años), se traspone con el número de casos del periodo (año) actual para establecer si el

---

<sup>69</sup> Es necesario aclarar que esta afirmación corresponde más al deber ser que a la realidad del sistema, particularmente en lo referente a UNM y UND, en donde por dinámicas inherentes a las políticas contractuales de las entidades públicas, suele haber periodos en los que no se cuenta con el personal suficiente para cumplir los objetivos de la VSP, principalmente durante las primeras semanas del año. Esta es una situación que queda fuera del alcance de esta investigación pero que consideraba necesario mencionar.

evento se está comportando dentro de los parámetros esperados o fuera de ellos (epidemia o subregistro) (Bortman, 1999; Orellano y Reynoso, 2011).

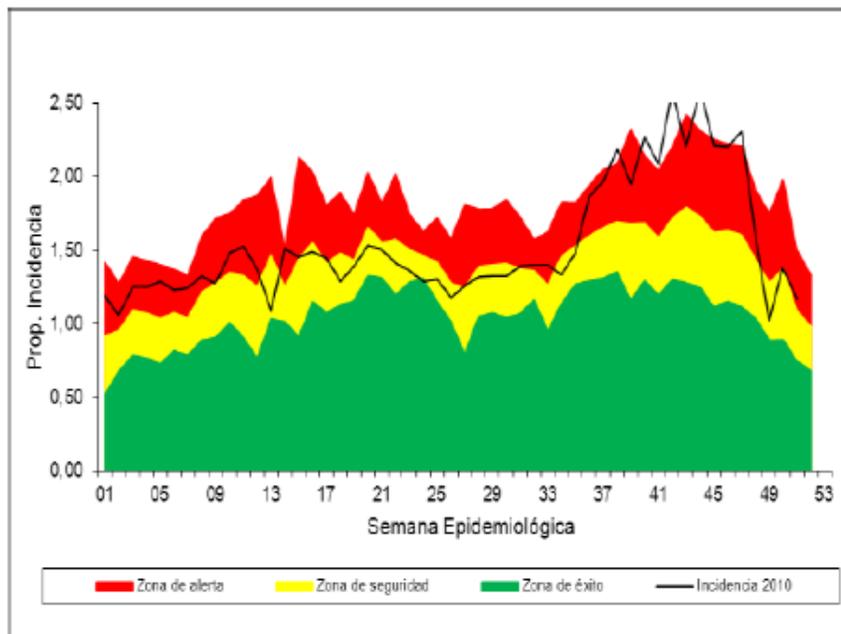
**Figura 3-6:** Comportamiento de la notificación de casos de síndrome de rubeola congénita, Colombia 2007 – 2009.



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Boletín Epidemiológico Semanal 52 de 2009 pág. 2. (INS, 2009a)

La sexta característica de las infraestructuras es que logran su transparencia al conectarse con otras infraestructuras y herramientas estandarizadas, incorporando sus normas o estándares. En el caso del Sivigila, esa incorporación de normas se puede ver en diferentes aspectos: En primer lugar, el sistema ha sido reglamentado por decreto ministerial, de tal manera que su existencia está amparada bajo la ley, algo que le permitirá existir por un tiempo considerable, al menos hasta que aparezca otra ley derogándolo o transformándolo en algo más. El Sivigila también es un sistema informático que a pesar de contar con un aplicativo especializado, puede importar y exportar datos a los formatos más populares del mercado, desde un archivo de solo texto, hasta tablas de datos y conexiones con algunos productos de base de datos populares en el mercado siempre y cuando sean compatibles con MS Visual FoxPro. El lenguaje y la terminología especializada usada en el sistema, así como su diseño y estructura operativa es coherente con los planteamientos internacionales, particularmente con lo planteado por OPS y OMS (OPS, 2011d).

**Figura 3-7:** Canal Endémico del comportamiento de la notificación de varicela en Colombia a semana epidemiológica 52 de 2010.



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Boletín Epidemiológico Semanal 52 de 2010 pág. 5. (INS, 2010a)

La infraestructura además está construida sobre una base instalada y permanece en constante lucha con la inercia de esta base. Si se mira con detenimiento, la operación del Savigila es posible gracias a la infraestructura construida previamente desde que entró en vigencia la ley 100 de 1993<sup>70</sup>, de hecho este sistema parte de la organización espacial de los servicios de salud para desplegar su red, usando como punto de partida las IPS que convierte en UPGD para fines de la VSP (Congreso de la República de Colombia, 1993).

La invisibilidad o transparencia de la infraestructura desaparece cuando deja de funcionar como debe, es decir que la octava característica es que se hace visible con las rupturas o caídas. Si lo miramos desde una perspectiva simplemente informática, la base de datos se hace evidente cuando los servidores se desconectan y no se puede tener acceso a

<sup>70</sup> Esta ley es el punto de partida del actual sistema de salud de Colombia y alrededor de ella se ha construido toda la normativa colombiana relacionada con salud y seguridad social por más de dos décadas. Sin embargo esta ley ha sido constantemente criticada y su derogación o adaptación ha sido discutida en el congreso colombiano desde hace más de tres años.

ella para ingresar datos o para construir reportes, simplemente como si no existiera; otra posibilidad es que el aplicativo instalado en los computadores de las UPGD simplemente se desconfigure, desinstale o deje de funcionar, impidiéndole al digitador registrar las fichas físicas que tampoco podrán viajar como registros informáticos por cada uno de los niveles del sistema (UNM, UND, INS). Pero es importante aclarar al lector que estas caídas o rupturas no siempre *son culpa* del software o de la tecnología: Es posible que esas rupturas se den cuando simplemente no existe un médico que diligencia la ficha, el digitador que la ingresa al sistema o cualquiera de los actores humanos o no humanos que hacen parte de los procesos de envío/recepción de los datos en cualquier nivel, situación que puede ser más común de lo que se desearía, por ejemplo en casos como el que describí en la nota **¡Error! Marcador no definido.** (página **¡Error! Marcador no definido.**).

Por último, “una infraestructura ocurre cuando se resuelve la tensión entre lo local y lo global”<sup>71</sup> (Star y Ruhleder, 1996, p. 114), más que ocupar un espacio físico y ocurrir en un marco temporal concretos, una infraestructura se produce cuando el conjunto de prácticas locales son producidas por una tecnología de mayor escala y pueden ser luego usadas de forma natural porque ya quedan disponibles al alcance de la mano. De esta manera, la infraestructura sólo se puede ver en funcionamiento y con la participación activa de todos los actores involucrados. El Sivigila finalmente se convierte en un lenguaje común usado por actores heterogéneos que se encuentran alineados por la VSP cuyo objetivo central podría ser la consolidación de una base de conocimiento siempre disponible y actualizada periódicamente que permita establecer el comportamiento *normal* de los procesos salud – enfermedad y predecir los momentos o situaciones de riesgo de la población para orientar las intervenciones más adecuadas que permitan contrarrestar los posibles daños individuales y sociales. O, como lo podría resumir cualquier integrante del Sivigila en cualquier nivel, el objetivo de este sistema (infraestructura) es sencillo: “contar con información útil para la toma de decisiones en salud”.

---

<sup>71</sup> Esta es una traducción libre del autor y el subrayado también es mío.

### **3.3 ¿Técnicos o políticos? La ambivalencia de los expertos**

Quiero pedirle al lector me permita retomar la última frase del apartado anterior: “contar con información útil para la toma de decisiones en salud”.

Como lo mencioné en el primer capítulo, las ideas de buen gobierno de acuerdo al modelo de gestión estratégica plantean la construcción de políticas públicas a partir de análisis de situación realistas y soportados con evidencias científicas (Matus, 1982, 1987). De esta manera, la información previamente procesada por técnicos y científicos (expertos) se vuelve útil para el político (tomador de decisiones), convirtiéndolos en un equipo cuyos intereses deberían alinearse para conseguir identificar los problemas más relevantes que enfrenta la sociedad, plantear las intervenciones más adecuadas y, obviamente llevarlas a cabo, monitoreando constantemente (a través de indicadores) todos los impactos logrados (tanto los esperados como los inesperados).

La articulación de este equipo no siempre es una tarea sencilla, pero tampoco debe ser completamente problemática en todos los casos. La construcción de política pública es un ciclo iterante: parte de la identificación de situaciones sociales problemáticas que requieren intervenciones; luego los técnicos y científicos recaban datos y proponen acciones concretas – o no tanto – para transformar la situación problemática que, luego de procesos de negociación y gracias a la intervención de los tomadores de decisiones, se convierten en documentos de política pública. Por lo general estos documentos guían intervenciones (aunque no necesariamente sean explícitas en los documentos) y buscan a su vez regular nuevas formas de recolección y análisis de información (a través de indicadores) que permitan identificar nuevas problemáticas sociales y reiniciar el ciclo.

Este proceso nos mostraría en apariencia una clara delimitación entre las funciones de los técnicos y científicos, encargados de los procesos de diseño, recolección y análisis de datos, y de los tomadores de decisiones quienes deben negociar el alcance que pueden tener las intervenciones y traducir los hallazgos y propuestas de los primeros a un lenguaje político. Sin embargo, el rol de los tomadores de decisiones no está limitado simplemente a un trabajo instrumental de escritorio. De hecho, no siempre es muy claro el límite entre el técnico o científico y el tomador de decisiones. Nuestra situación se

vuelve aún más compleja si tenemos en cuenta los diferentes niveles (local, distrital y nacional) que influyen en la construcción de política pública, además de la necesidad del diálogo interinstitucional que se requiere muchas ocasiones cuando se intenta construir políticas de salud pública.

En la SDS por ejemplo, los directivos suelen ser personas con alta capacidad tecnocientífica y con experiencia previa en el trabajo operativo dentro de la misma institución, de tal manera que también pueden actuar como evaluadores de los trabajos realizados. Esta situación hace que la toma de decisiones dentro de la institución no sea realizada exclusivamente por “políticos”, a su vez también implica que un conjunto de expertos técnico-científicos deben asumirse como “políticos” ellos mismos. Lo anterior configuraría un caso de *hibridación*, una estrategia de gestión híbrida en la que los roles científico-técnico y político se integran dentro de una organización (C. Miller, 2001; Wehrens, Bekker y Bal, 2014). Desde esta perspectiva, estos directivos o mandos medios de la SDS tratan de equilibrar sus puntos de vista cuando se enfrentan a situaciones cotidianas, intentando manejar al mismo tiempo diferentes formas de comprensión y entendimiento desde su rol de tomadores de decisiones, pero a su vez aprovechando su experticia técnico-científica (Wehrens et al., 2014).

Intentaré ilustrar este punto con una situación concreta que se presentó en la SDS: Durante los primeros meses de 2009 se hizo necesario cambiar el nombre del Área de Vigilancia en Salud Pública por el de “Vigilancia en Salud Pública y Gestión del Conocimiento”, para reflejar el cumplimiento institucional del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (MPS, 2007). Si bien esta decisión parecería sencilla e intrascendente, conllevó varias semanas de discusiones entre la directora del área de VSP y coordinadores y expertos de otras dependencias de la SDS para actualizar los lineamientos del área de tal manera que se hiciera evidente la *gestión del conocimiento* dentro de la VSP.

Como resultado de esta discusión técnica se transformó la mirada de la VSP en la SDS, tal como se puede leer en el documento marco de VSP de la SDS (González Cuellar, 2011, pp. 4-5)<sup>72</sup>:

“[La VSP] tiene como **propósito, incluir en la agenda pública de la ciudad un espacio permanente de gestión del conocimiento** que evidencie la problemática de la salud urbana, en la perspectiva de un **diálogo** entre los determinantes que afectan la calidad de vida y salud de la población y los métodos epidemiológicos que pretenden medirlos.

A través de la vigilancia de la salud pública, se **monitorean** permanentemente las metas del plan de gobierno relacionadas con el sector salud, generando información útil a la rendición de cuentas, la cual es **evaluada** en espacios de debate y conocimiento para potencializar esfuerzos y recursos y **orientar** la toma de decisiones de los diferentes actores que evalúan y realizan seguimiento a la calidad de vida de la ciudad.

La vigilancia de la salud pública en el Distrito Capital, tiene entonces como propósito, **generar de manera permanente y sistemática conocimiento sobre la situación de salud de la población** en el contexto de “Bogotá-Región”, “Ciudad de Derechos” y “Ciudad Global” para lograr una transformación positiva de la misma.”

A pesar de que representantes de otras dependencias consideraban que la gestión del conocimiento debía ir más allá de la información epidemiológica e incluir la recopilación y socialización de información de todas las fuentes de la SDS (incluyendo datos de las direcciones de aseguramiento y calidad, planeación e incluso financiera), era claro que estas tareas excedían la capacidad operativa de una subdirección relativamente pequeña como lo era VSP.

La solución final de la directora de VSP fue, como podemos observar en el extracto, subordinar la gestión del conocimiento al trabajo cotidiano de la VSP para así evitar que

---

<sup>72</sup> Los subrayados en el texto son míos.

las funciones de esta dependencia aumentarían desmedidamente. Los puntos de hibridación entre lo técnico y lo político están a lo largo del texto, pero subrayé los que considero más pertinentes en este momento: en primer lugar la gestión del conocimiento como un propósito implícito de la VSP que recién ingresa en la agenda pública de la ciudad. A continuación presenta esta gestión como producto del diálogo entre los determinantes sociales de la salud y los métodos epidemiológicos que los estudian, de esta manera se excluye del conocimiento (y su consiguiente gestión) cualquier otro tipo de información (como la producida en las otras direcciones de la SDS). En el segundo párrafo se retoman las funciones principales de la VSP (OPS, 2011a), describiendo el ciclo clásico que debe seguir esta información: recolección (monitoreo), análisis (evaluación) y toma de decisiones. En el último párrafo se retoma la primera afirmación del extracto, indicando la necesidad sistemática y permanente de producción de conocimiento (información epidemiológica sobre el estado de salud / enfermedad de la población de la ciudad), algo que implícitamente conlleva la gestión de ese conocimiento (que ya no se menciona en este apartado). En el texto del ejemplo, no se pueden diferenciar los contenidos técnicos de los políticos que se presentan como un continuum, un híbrido.

El lector en este momento pensará que lo más “natural” es que un requisito para quienes deben tomar las decisiones sea el conocimiento técnico sobre lo que se está decidiendo, sin embargo en nuestro modelo de distribución de responsabilidades, y como se puede percibir en una organización institucional más bien clásica (C. Miller, 2001; van Egmond y Bal, 2011; Wehrens et al., 2014) existe una distinción (que en este punto podemos denominar artificial) entre quienes “deciden” y aquellos que deben “ejecutar” esas decisiones. De hecho esta distinción se va haciendo menos artificial pero no menos problemática si persistimos en la escisión entre lo técnico-científico y lo político.

Los estudios sociales de la ciencia y la tecnología y particularmente la Teoría del Actor Red han intentado romper con dicotomías clásicas como esta, mostrando que en vez de divisiones entre actores, se organizan colectivos de actores humanos y no humanos que se agrupan y alinean de acuerdo a los intereses compartidos (García Díaz, 2008; Latour, 1995, 2004, 2007, 2008; Latour y Woolgar, 1995; Patella, 2005; Thorpe, 2007; Tirado-Serrano y Domènech-Argemí, 2005).

Así, la distinción entre lo técnico-científico y lo político deja de ser nuestro centro de interés, para concentrarnos en el colectivo formado por políticos, técnicos y científicos, pero al que también pertenecen los sistemas de información, equipos informáticos, fichas de notificación y políticas públicas por nombrar sólo algunos de los integrantes de la Secretaría Distrital de Salud.

De esta manera, la información de salud pública y las decisiones políticas no son dos productos que provienen de procesos independientes para *causar* el uno al otro, sino que más bien hacen parte del mismo colectivo, transformándose conforme cambian los intereses y necesidades de la SDS y facilitando las traducciones entre los diversos actores que lo conforman. Así, el cambio de nombre de la dependencia mencionado unos párrafos atrás no sólo se dio dentro de los documentos institucionales sino que también transformó algunas dinámicas cotidianas de los encargados de la VSP en la SDS: Ahora, todos debían asumir la información generada por el sistema de VSP como conocimientos que debían ser compartidos y atesorados porque finalmente constituían el capital (¿intelectual?) de la institución y su manejo y correcto almacenamiento permitirían construir una especie de memoria institucional digital, que era muy difícil y costosa de mantener antes de la completa integración de los computadores y los sistemas informáticos a las actividades cotidianas de la VSP (entiéndase como recolección y análisis de información).

Se puede entender entonces la acción política dentro de la SDS como el producto de las traducciones entre diferentes actores-red, entre ellos la Sala Situacional, en un ciclo en el que fluye información de uno a otro actor-red transformándose esa información en conocimiento y a su vez afectando a cada actor a su paso.

Si las acciones políticas son producto de esta interacción de actores, la voluntad política se podría entender como una forma particular de agencia que no depende exclusivamente de los tomadores de decisiones (con experticia técnica o no). Esta voluntad política podría ser considerada como el reflejo de la alineación de los intereses de múltiples actores dentro de la SDS para lograr cumplir con su misión y metas institucionales y así poder transformarla periódicamente cada vez que se haga necesario, de tal manera que este ciclo iterante es el que en últimas mantenga en funcionamiento la organización (Bowker y Star, 2000; Callon, 1991, 2002). En palabras de Garfinkel (2006),

esto aumenta la posibilidad de comprensión y racionalización de la propia institución y su *explicabilidad* (accountability).

La voluntad política debería ser entendida entonces no como una capacidad de agencia individual por parte de los tomadores de decisiones, sino más bien como el conjunto de agencias de actores humanos y no humanos que se alinean permitiendo el accionar institucional que puede ser entendido como una gran agencia que posibilita la transformación de la realidad social (Latour, 1992). Esta posible transformación en últimas sería lo “útil” de la información recolectada y analizada dentro la SS-SDS.

Un ejemplo de esta alineación se presentó durante la pandemia de AH1N1 en junio de 2009, luego del primer fallecimiento en la ciudad (y el país) a causa de este virus, cuando se logró articular el trabajo de diferentes dependencias de la SDS e incluso enrolar actores fuera del sector salud (Martínez Álvarez, 2014). Durante la semana posterior a este deceso, la SDS desplegó una enorme cantidad de personal, de más de 400 funcionarios, en la localidad de Ciudad Bolívar, particularmente en las inmediaciones de la vivienda de la difunta, sus familiares y allegados. El periódico El Tiempo registró el 19 de junio que se habían visitado 14.000 familias de la localidad para brindarles información acerca de medidas de prevención del AH1N1 y para identificar posibles casos sospechosos ("Salud a su casa visitó a 14.000 familias, por gripa," 2009),

La SDS no sólo visitó los hogares de los bogotanos, a través del Programa “Salud al Colegio” se llegó a comunidad educativa de 596 instituciones de educación básica, en las cuales además se capacitó en medidas de prevención y control y se entregó alcohol glicerinado para la desinfección de las manos. También se capacitaron 6.754 de trabajadores informales y se envió personal para capacitación en 21 plazas de mercado (Aristizábal et al., 2011).

El sistema de transporte masivo de la capital, TransMilenio, fue intervenido con campañas educativas en las entradas y salidas de los portales (estaciones principales del sistema) en dónde también se distribuyó alcohol glicerinado y se transmitieron mensajes periódicamente a través de las pantallas y los altavoces de las estaciones y los buses (Aristizábal et al., 2011).

Otras acciones que emprendió la SDS durante la pandemia para informar a la población fueron (Aristizábal et al., 2011):

- Diseño e impresión de 1.230.000 volantes educativos que se distribuyeron en el sistema de transporte masivo TransMilenio, aeropuerto, terminal de transporte y comunidad en general.
- Se imprimieron afiches con cuatro referencias y se ubicaron avisos en los paraderos de transporte público.
- En colaboración con el MPS, se habilitó un Call Center donde médicos del Distrito atendían 24 horas las dudas de la comunidad.
- Se transmitió información a través de distintos medios de comunicación:
  - Prensa: El tiempo, Nuevo Siglo, El Espectador y El Espacio.
  - Radio en: La Cariñosa, la FM, RCN Cadena Básica, Caracol Radio, Radio Súper, Radio Sata Fe.
  - Televisión en: City TV, Canal Capital, Cable Noticias, RCN Televisión, Caracol Televisión, entre otros.

Todas estas acciones fueron posibles ya que desde el mes de abril, cuando se conocieron los primeros casos de AH1N1 en el mundo, el MPS y la SDS emitieron decretos con medidas de prevención para enfrentar la inminente llegada del virus a nuestra ciudad (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2009; MPS, 2009a, 2009c).

Aquí, la voluntad política se materializó en acciones concretas y coordinadas que no sólo dependieron de estos decretos, sino del trabajo de centenares de trabajadores de la SDS (directivos, administrativos, asistenciales, etc.) y la capacidad que tuvieron a su vez de enrolar a la ciudadanía y a otros actores fuera del sector salud.

### **3.4 La participación de la ciudadanía: entre legos y expertos**

Quisiera cerrar este capítulo hablando del papel predominante que jugaron los actores comunitarios en los ejercicios de sala situacional, particularmente en la identificación de problemáticas específicas dentro de cada temática así como sus propuestas de solución.

La información que tomaba la SS-SDS de los sistemas de información epidemiológica del Distrito Capital permitía construir los perfiles demográficos de la población y establecer incidencias y prevalencias de las enfermedades, así como su distribución geográfica. Sin embargo estos datos no son suficientes para comprender en su totalidad la complejidad de las relaciones entre humanos y agentes causales de las enfermedades ni mucho menos la situación de salud de la población en los diferentes contextos microterritoriales de una ciudad como Bogotá.

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud, las causas de las inequidades en salud y la principal carga de enfermedad de las poblaciones en todos los países surgen de las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan y viven (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008; OMS, 2011). Estas condiciones sociales, económicas, políticas, culturales y ambientales (determinantes sociales de la salud) pueden estudiarse desde tres diferentes niveles: se parte de un nivel individual o proximal que podríamos equiparar a lo “local y cotidiano”, relacionado con el entorno más inmediato en el que interactúan las personas (Frenz, 2005; Wilkinson y Marmot, 2003); sigue un nivel intermedio (aunque en las versiones más recientes, quizás por problemas de traducción, se le ha denominado intermediario), en donde se revisan las circunstancias materiales de existencia (como el trabajo y la disponibilidad de alimentos) así como los factores biológicos y psicosociales que afectan la calidad de vida de los individuos, es en este nivel en donde usualmente se puede transformar la realidad desde las políticas públicas locales y regionales (salarios, acceso a servicios públicos, subsidios, etc.) (Blas et al., 2011; OMS, 2010); por último está el nivel estructural en donde se hace necesario el estudio de categorías más generales como la clase social, el género y la pertenencia étnica para identificar su relación con aspectos como el nivel educativo, la ocupación y el ingreso, siendo en este nivel en el que aparecen las decisiones políticas macroeconómicas y sociales a cargo de los gobiernos nacionales (Kelly et al., 2007; OMS, 2011).

La SDS se ha identificado con este enfoque producto de las discusiones internacionales sobre políticas de salud que ha liderado OMS durante las últimas dos décadas. Pero la información epidemiológica recogida en el Savigila y los demás sistemas de información en salud no era suficiente para conocer a fondo las condiciones de vida de los bogotanos. De hecho, la información demográfica disponible en otras fuentes como el

DANE, a pesar de ofrecer información muy completa que ha ayudado a construir los perfiles socioeconómicos de la población, tampoco nos puede decir demasiado acerca de los problemas sanitarios específicos de los bogotanos en diferentes sectores de la ciudad.

Por esta razón, la SS-SDS buscó solucionar este vacío aprovechando la infraestructura existente en los hospitales locales, desde donde los referentes podían acercarse fácilmente a la población in situ, para obtener información de primera mano que permitiera conocer las condiciones de vida de algunos ciudadanos. Para ello se implementó como estrategia permanente dentro de los ejercicios de SS-SDS la recolección y análisis de datos cualitativos con las percepciones de usuarios de los servicios de salud de los hospitales públicos y, posteriormente, de otros actores comunitarios como líderes barriales entre otros. Estos datos se integraron a la información epidemiológica dentro de los informes de SS-SDS en busca de una mayor comprensión de la situación sanitaria de la población desde la perspectiva de determinantes sociales de la salud.

Dentro de la ficha metodológica de cada ejercicio de SS se incluía un apartado en el que se indicaba el perfil de los actores comunitarios que podrían aportar al análisis situacional dependiendo las temáticas seleccionadas. Los referentes de cada hospital identificaban posibles participantes dentro de las redes conformadas gracias al Plan de Salud de Intervenciones Colectivas (PIC) dentro de los ámbitos escolar, laboral y comunitario<sup>73</sup>, así como en las organizaciones comunitarias de base y ONGs.

Por ejemplo en el caso de la SS de Salud Sexual y Reproductiva, como podemos observar en el cuadro 2-3 (páginas 55-57), participaron actores muy heterogéneos como adolescentes, escolares, gestantes, lactantes, gestantes adolescentes, trabajadoras sexuales, estudiantes universitarios, adultos mayores, entre otros. Las personas que participaron en las entrevistas y grupos focales realizados en las localidades representaban de una u otra forma a las poblaciones priorizadas desde el sector salud,

---

<sup>73</sup> En particular programas de la SDS como *salud a su casa*, *salud al colegio* y *salud al trabajo*, en los que se lleva la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) a contextos comunitarios, fuera de la institucionalidad de los centros de atención en salud.

es decir, los actores que de acuerdo al análisis de los datos estadísticos y epidemiológicos tienen mayores riesgos.

Si tomamos los informes que se produjeron luego de esta sala temática (Martínez Álvarez, 2009; Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, pp. 233-283), nos encontramos con que todas<sup>74</sup> las citas literales procedentes de participantes de la comunidad (no expertos) se refieren a mitos relacionados con la sexualidad, experiencias negativas relacionadas con los servicios de salud y, en general a situaciones de desconocimiento de aspectos biológicos, clínicos y hasta legales relacionados con la vida sexual. Para ilustrar al lector, presento a continuación cuatro citas literales que aparecen en estos informes, relacionadas con el tema de planificación familiar y regulación de la fertilidad: las dos primeras tienen que ver con creencias relacionadas con la planificación que parten del *desconocimiento* de cómo usar adecuadamente los métodos anticonceptivos; las otras dos citas reflejan también el *desconocimiento* con relación al ejercicio de la autonomía de las mujeres y sus derechos sexuales y reproductivos reconocidos en las políticas públicas nacionales (MPS, 2003; SDS, 2012).

Uno de los objetivos de los encuentros con actores comunitarios dentro de la SS de SSR era identificar las creencias y prácticas de la población que contravienen las indicaciones del personal de salud y que pueden poner en riesgo (de embarazos no deseados o de contraer ETS por ejemplo) a las personas. Al poner de manifiesto estas prácticas se esperaba contar con datos cualitativos que ayudaran a explicar y dar sentido a la información estadística para que los tomadores de decisiones diseñaran programas específicos de atención (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 238), como los recientemente implementados (desde 2012) servicios amigables para la mujer.

---

<sup>74</sup> Dentro del capítulo sobre salud sexual y reproductiva del libro “Memorias de la Sala Situacional” (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, pp. 233-283), aparecen en total ocho citas literales, una de una médica dentro de un grupo focal con expertos y el resto son de participantes de las comunidades.

**Cuadro 3-1:** Frases literales de participantes en los grupos focales realizados para la Sala Situacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2008.

1. “Un [método de planificación] que sí es seguro. Por lo menos que la mujer tenía que tomarse hoy la pastilla y no se la tomó y tuvo relaciones, entonces el método es que se tome por ahí medio pocillo de orines de ella misma, esa es la contra. [...] Digamos a los 10 minutos o a la hora orinar y tomárselo”. (Hombre adolescente, Grupo Focal con Comunidad, San Cristóbal) (Martínez Álvarez, 2009, p. 5).
2. “Una prueba [para saber los días fértiles de la mujer] se hace con saliva. Contando a partir de los 14 días se devuelven los 5 y resulta que hay que tener en la casa un microscopio. Es sencillísimo. Usted con la saliva [de la mujer] la echa en un vidrio y la mira por el microscopio, si aparece una figura de un helecho, ahí está fértil y puede quedar en embarazo. Es una prueba que puede hacerse todos los días, cuando no aparece, puede tener relaciones sexuales. No he tenido recursos para un microscopio pero me hubiera gustado haberlo comprado, fue una película que me dieron, americana donde dicen que es muy efectivo”. (Hombre, Grupo Focal Desplazados, Rafael Uribe Uribe) (Martínez Álvarez, 2009, pp. 5-6; Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 239).
3. “[Sobre la sexualidad] la verdad [sabía] muy poco, sólo cuando en el grupo uno consulta con las compañeras y ellas le comentan a uno las cosas que les han enseñado sobre la sexualidad, hace poco me enteré que uno puede planificar sin necesidad de preguntarle al hombre”. (Mujer, Grupo Focal Gestantes, Chapinero) (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 238)
4. “[Con relación a la planificación,] Mi esposo dice: ‘la que tiene que cuidarse es usted, porque yo no voy a sufrir para traer lo de la comida, usted verá si queda en embarazo. El problema es suyo, no mío’”. (Mujer, Grupo Focal Desplazados, Rafael Uribe Uribe) (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 269)

Fuente: Informes de SS-SDS (Martínez Álvarez, 2009; Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c)

De esta manera, desde el diseño mismo de la SS de SSR se buscaba *intervenir* esas creencias y prácticas erradas aprovechando los espacios de diálogo con la comunidad para educar a los participantes y empoderarlos en el ejercicio de su vida sexual, pero también como ciudadanos y sujetos de derechos. No es casual que la mayoría de las participantes comunitarias hayan sido mujeres, ya que social y culturalmente sobre ellas

ha recaído la responsabilidad del control de la natalidad (4) a pesar de que a su vez están subordinadas al dominio de los hombres (3), por lo que una de las principales intervenciones que se busca desde el sector salud es informar a las mujeres acerca de sus derechos sexuales y reproductivos para mejorar las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP).

La falta de conocimientos en relación al funcionamiento práctico de los métodos de planificación (1) y de los ciclos de ovulación de la mujer (2), así como otras prácticas y *saberes* no fundamentados científicamente (es decir, no avalados por la ciencia biomédica occidental) también son vistos como problemáticos desde la perspectiva de la salud pública. Este desconocimiento puede facilitar conductas de riesgo que conllevan a enfermedades y embarazos no deseados con sus respectivas problemáticas sociales y económicas asociadas.

Hasta ahora he afirmado que la intencionalidad del diálogo cara a cara entre referentes (expertos) y actores comunitarios (legos) podría entenderse como una relación clásica en la que expertos instruyen a los legos. De esta manera, en los espacios de interacción (grupos focales), se privilegia la mirada biomédica sobre otras interpretaciones más tradicionales, poco informadas o incluso mágicas de los fenómenos de salud/enfermedad. Así, la dinámica de escuchar las percepciones de los integrantes de la comunidad se convertía en muchos casos en una especie de clase magistral en la que los expertos en salud intentaban explicar la perspectiva clínica y epidemiológica de algunas enfermedades, justificando el control biopolítico estatal y buscando la modificación de actitudes y prácticas poco saludables.

Sin embargo, gracias al juicioso registro de estos encuentros, que siempre incluía por lo menos grabaciones de audio y relatorías muy detalladas (que en ocasiones también estaban acompañadas de registros de video o fotográficos, como los examinados en el apartado 3.1.1 en las pág. 97 ss), durante el análisis de la información, todas las opiniones, (correctas o erradas) se sometían a minucioso examen para identificar en ellas patrones de pensamiento dentro de las localidades o en grupos poblacionales específicos (de acuerdo a la etapa de ciclo vital o el género entre otras clasificaciones posibles). Estos patrones de percepción ciudadana permitían a los tomadores de decisiones proponer intervenciones más adecuadas para la localidad tanto como desde

la SDS, aunque también eran útiles para el personal asistencial. De hecho, los informes de la SS-SDS fueron muy consultados por los equipos asistenciales locales ya que estos documentos se constituían en conocimiento sobre la situación de salud que trascendía los datos epidemiológicos e incluía algunas percepciones y puntos de vista de los ciudadanos sobre las causas de las enfermedades, pero también sobre el sistema sanitario.

El análisis cualitativo también se utilizó para dar mayor profundidad y sentido a la información estadística registrada en los sistemas de vigilancia epidemiológica. La integración de datos numéricos y cualitativos en los informes de SS buscaba que estos productos fueran más sólidos, convincentes y menos controvertibles. No quiero decir con esto que la decisión de integrar datos cuantitativos y cualitativos obedezca únicamente a una estrategia retórica, sino más bien que al realizar esta elección desde los primeros documentos de diseño de la SS-SDS, la SDS ha reconocido la complementariedad de estos datos (Páramo y Otálvaro, 2006) y la enorme complejidad que requieren los análisis sociales dentro de los que se incluyen los problemas de salud/enfermedad de la población.

En los documentos de análisis producto de los ejercicios de SS, las percepciones de los actores comunitarios dejan de ser muestra de su desconocimiento para convertirse en los principales hallazgos que permiten a analistas, personal asistencial y tomadores de decisiones conocer las problemáticas de salud más relevantes para la comunidad y proponer acciones y soluciones. Como en los ejemplos que mostré unas páginas atrás (Cuadro 3-1), las palabras literales de los participantes comunitarios son la mejor muestra para el lector de los retos que debe enfrentar la SDS para garantizar el acceso a servicios de salud que dignifiquen la vida de los ciudadanos.

Cuando los actores comunitarios no son citados literalmente en los informes, más que ser parafraseados, sus comentarios son clasificados dentro de los problemas encontrados, presentados de acuerdo al esquema de determinantes sociales de la salud (proximales, intermedios y estructurales) o como alternativas de solución. Retomando el tema de regulación de la fecundidad en el informe de SSR, se enfatiza en “la necesidad de fortalecer la práctica de la regulación de la fecundidad, como un compromiso de pareja, asumiendo las responsabilidades sin diferenciación de sexo” (Sala Situacional

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 270) y más adelante se presenta un listado de tareas que debería asumir el sector salud, entre ellas:

- “La divulgación y promoción del ejercicio de los derechos y deberes sexuales y reproductivos.
- Generación y fortalecimiento de las intervenciones dirigidas a la práctica de la anticoncepción como responsabilidad de la pareja.
- [...] Sensibilizar a la población frente a los riesgos y consecuencias generadas por la falta e inadecuado uso de métodos anticonceptivos.
- Generar estrategias comunicativas encauzadas a la equidad de género.” (Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009c, p. 270)

El lector del informe puede concluir sin dificultad que efectivamente estas son las acciones requeridas para mejorar la situación de la SSR a la luz de las necesidades de los bogotanos, representadas en las citas literales que se presentan a lo largo del informe. Sin embargo, en este documento no se pueden entrever las discusiones dadas en los encuentros entre referentes y actores comunitarios, mucho menos la dificultad de establecer una relación horizontal entre ellos, mediada siempre por la experticia y el conocimiento biomédico de los primeros. Tampoco se pueden ver las traducciones y transformaciones que sufrieron las ideas de los cientos de participantes y en algunas ocasiones se entremezclan las ideas de actores comunitarios y personal de salud como si todas estuvieran orientadas en la misma dirección y con un único interés: mejorar la salud de bogotanos y bogotanas.

Creo que de alguna forma este es genuinamente un interés común y generalizado, pero también que es el personal de la SDS y no los actores comunitarios, quienes dan forma discursiva a esta idea, utilizando todas las herramientas tecnológicas y científicas de las que disponen, de tal manera que logran alinear los intereses de las comunidades a los intereses institucionales del sector salud y en últimas a las políticas públicas que los soportan. Es aquí en donde los diferentes sistemas de información epidemiológica (formularios, registros, bases de datos, servidores y hardware, operadores y técnicos humanos, médicos, epidemiólogos y otros profesionales de la salud, entre otros) terminan alineados con otros actores e incluso, con la misma experticia de los

profesionales de salud de la SDS (que incluye entre otros: títulos profesionales y de postgrado, diplomas y otras certificaciones técnicas, conocimientos específicos de las enfermedades y su comportamiento, así como de las comunidades, entre otras habilidades que se van adquiriendo con el trabajo cotidiano), todos ellos orquestados por la política pública distrital y los planes de acción locales, cuya existencia y constante evaluación y actualización depende también de la presencia y conexión de todos estos actores soportados en la infraestructura del sistema general de salud y seguridad social de nuestro país.

No quisiera que mis lectores se lleven finalmente una idea de un simple uso instrumental de los actores comunitarios por parte del Leviatán estatal para lograr mantener su dominio y control. Las políticas públicas en salud requieren del monitoreo constante de la población y su diagnóstico de la situación salud/enfermedad periódico. Los ciudadanos son parte fundamental de estas políticas públicas no sólo como estadísticas, sino también porque solamente ellos pueden determinar la utilidad y efectividad de las decisiones políticas de los gobiernos de turno. En mi opinión, la ciudadanía es, y debería ser siempre, uno de los engranajes principales que mantenga en funcionamiento la máquina estatal y participar de todas las formas posibles en las hojas de ruta que llevan a nuestra sociedad hacia el futuro, que en los Estados modernos son las políticas públicas.

La discusión indudablemente deberá orientarse alrededor de las formas de participación ciudadana en los escenarios estatales. El cuestionamiento, incluso para los expertos que trabajan con el Estado, es si toda la participación debe seguir enmarcada en la lógica consultiva o si es posible, y de qué manera, llegar a posibilidades de participación ciudadana más activas e incluyentes.

# Capítulo 4

## Conclusiones y recomendaciones

En este último capítulo quiero concluir presentando algunas reflexiones, discusiones y preguntas que han surgido con el desarrollo de este trabajo. Finalmente, para cerrar este escrito presento al lector algunas recomendaciones para investigaciones futuras.

### 4.1 Conclusiones

Mis conclusiones giran en torno a cinco aspectos particulares: 1) los roles de los actores humanos involucrados con los ejercicios de sala situacional (referentes y personal asistencial de salud, actores comunitarios y tomadores de decisiones); 2) la transformación de la sala situacional de la SDS en el grupo ASIS; 3) el ciclo constante de diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas en salud; 4) la incidencia de los ejercicios de análisis de la SS-SDS en la construcción de los perfiles de salud de la población bogotana y el análisis de situación de salud como una forma específica de conocimiento que se construye gracias a las representaciones de la población y su estado salud/enfermedad en los informes técnicos de la SS-SDS; por último, 5) algunos aspectos metodológicos de esta investigación, en especial relacionados con la estrategia de etnografía multilocal para este tipo de ejercicios.

#### 4.1.1. Relaciones entre actores comunitarios, técnicos expertos en salud y tomadores de decisiones

Al principio de mi investigación pensaba que dentro de la SS-SDS se privilegiaban los saberes expertos sobre los de los legos, por lo que consideraba que el conocimiento recolectado por los referentes locales dentro de sus comunidades era usado de manera

simplemente instrumental para darle un eco comunitario a decisiones previamente establecidas institucionalmente.

Al participar en los espacios de interacción entre los funcionarios de la SS-SDS y representantes de las comunidades locales me fui dando cuenta que los primeros iban acumulando con el tiempo conocimientos específicos acerca de los problemas de los segundos, así como las percepciones relacionadas con el sistema sanitario y las posibles causas y razones de persistencia de algunas enfermedades. Así, una buena parte de los conocimientos obtenidos por profesionales de la salud (expertos) sobre la situación de salud/enfermedad de las comunidades dependía de su propia experiencia en campo, en el trabajo constante con la gente.

Para los funcionarios encargados de la salud pública es claro que es necesario conocer las comunidades locales ya que ellas conocen a fondo los problemas de salud existentes en sus microterritorios, de esta manera, los sistemas de VSP sólo permiten establecer patrones de comportamiento de las enfermedades e identificar variaciones en estos patrones, sin que por sí solos puedan ayudarlos a entender. Las comunidades se convierten entonces en una fuente primaria obligatoria para analizar y comprender esos cambios. Estas ideas están claramente arraigadas en los profesionales de salud que trabajan en áreas asistenciales, así como dentro de VSP en la SDS y en los hospitales públicos de la ciudad.

Las relaciones que se establecen entre actores comunitarios y personal de salud surgen de intereses comunes que parten de problemas de salud muy específicos existentes en la comunidad y que esperan solucionar con el trabajo mancomunado. Las comunidades ven al sector salud como un intermediario efectivo entre sus problemas locales (no necesariamente relacionados de manera directa con la salud) y las acciones institucionales de los gobiernos locales y distrital, por ejemplo en casos relacionados con el manejo de basuras y animales abandonados entre otros que requieren acciones interinstitucionales.

Para el personal de salud, la participación activa de la comunidad es a la vez una estrategia y una meta: como meta, se considera que comunidades más empoderadas serán a su vez más activas en el mantenimiento de su estado de salud y se apoyarán

más en los servicios institucionalizados, facilitando el trabajo del personal de salud; como estrategia, enrolar a distintos actores comunitarios facilita el reconocimiento de los problemas sanitarios locales, así como lograr un mayor impacto en las intervenciones que se realicen localmente.

Con relación a los conocimientos específicos que poseen estos dos tipos de actores, desde la SDS se reconoce una especie de complementariedad en ellos: los expertos en salud aportan sus conocimientos técnico-científicos a la comunidad, resolviendo dudas y haciendo recomendaciones para mejorar las condiciones de vida de las personas. Por su parte, los actores comunitarios aportan su conocimiento acerca de las condiciones socioeconómicas locales, las problemáticas más sentidas de la comunidad, junto con sus causas y consecuencias para la salud y la vida cotidiana de los pobladores e incluso propuestas concretas para atender esas situaciones que en la mayoría de los casos exceden la capacidad institucional del sector salud.

Para los tomadores de decisiones, la información proporcionada por las comunidades es vista con mayor cuidado ya que la principal fuente de información para ellos es el conjunto de indicadores con los que se evalúa periódicamente las implementaciones de estrategias y programas en salud pública. Los problemas y posibles soluciones identificadas por las comunidades son interesantes en tanto permiten conocer las percepciones ciudadanas acerca de las acciones implementadas por el sector sanitario, aunque no necesariamente tengan un peso determinante en nuevas políticas públicas.

A pesar de lo anterior, las voces de los expertos sí se tienen muy en cuenta a la hora del diseño y evaluación de nuevas propuestas de políticas públicas en salud. Los conocimientos de científicos y técnicos son altamente apreciados, ya que finalmente son estos expertos los encargados de construir y monitorear los indicadores de salud de la población, así como de medir los impactos de las estrategias y programas implementados local y distritalmente.

Los expertos técnicos y científicos se convierten entonces en los principales mediadores entre actores comunitarios y tomadores de decisiones. Son ellos los encargados de monitorear la realidad social e identificar los cambios en la situación de salud de la población, así como de implementar y materializar en las comunidades las estrategias y

programas diseñadas por políticos. Estos actores son centrales en la estabilización del actor-red y sus vínculos con los otros actores humanos son fundamentales para mantenerlo en funcionamiento constante.

Sin embargo, algunos problemas administrativos y logísticos podían alterar muy fácilmente la cotidianidad del sistema, algo que se hace evidente durante los primeros días de cada nuevo año fiscal, cuando los referentes que no hacen parte de la planta fija de la SDS y los hospitales quedan sin contrato y sus tareas deben ser repartidas entre los servidores públicos (que usualmente ya tienen una sobrecarga de funciones) o simplemente deben esperar y acumularse hasta la legalización de nuevos contratos.

Ante esta situación existen alternativas institucionales para garantizar el flujo continuo de la información: Un primer conjunto de alternativas están inmersas en algunas políticas públicas como las surgidas a partir del decreto 3518 de 2006, en las que el gobierno nacional obliga a los gobiernos departamentales y distritales a garantizar los recursos y el personal para mantener en funcionamiento el SIVIGILA, de esta manera, la política pública también hace parte del ciclo iterante de la VSP (MPS, 2006). Otras alternativas se dan en los ámbitos locales, redistribuyendo las tareas cotidianas, contratando personal temporal<sup>75</sup>, e incluso algunos contratistas seguían en sus actividades laborales ad honorem en los periodos intercontractuales.

Como las infraestructuras estudiadas por Susan Leigh Star, el sistema de VSP trata de mantenerse estabilizado y se hace visible en estas rupturas, cuando los vínculos que lo mantienen en funcionamiento corren riesgo de desaparecer (Star y Ruhleder, 1996). Este es un ejemplo de co-producción del orden social (Jasanoff, 2004h) o el reensamble de la sociedad a la Latour, en donde lo social deja de ser visto como algo preestablecido para convertirse en el producto de las interacciones y traducciones de colectivos de actores humanos y no humanos (Latour, 2004, 2008).

---

<sup>75</sup> En Bogotá era una práctica extendida en los hospitales públicos la contratación de personal a través de cooperativas de trabajo asociado y empresas intermediarias. Esta práctica ha ido desapareciendo poco a poco desde que fue intervenida por parte de la Alcaldía Mayor.

### **4.1.2. La transformación de la SS-SDS: en busca del ASIS**

Uno de los más frecuentes y fuertes cuestionamientos que recibió la SS-SDS durante su existencia tenía que ver con la poca participación de los tomadores de decisiones de la SDS, dentro del trabajo de la sala D.

El enrolamiento efectivo de los altos directivos de la SDS en la SS-SDS no se logró en parte porque este era un espacio de análisis del área de vigilancia en salud pública, una dependencia dentro de la Dirección de Salud Pública, pero las decisiones políticas realmente relevantes (en términos de distribución de recursos para toda la ciudad) son tomadas dentro de la Dirección de Planeación y Sistemas. De esta manera, VSP no tenía (ni tiene aún hoy) el poder de convocatoria y el margen de acción y posibilidad de impacto en el distrito que la Dirección de Planeación y Sistemas.

Esta situación, junto con la necesidad de trascender los resultados encontrados en los diagnósticos locales en salud, cuya información procedía casi exclusivamente del sector sanitario distrital, llevó al área de VSP a considerar la posibilidad de integrar el conocimiento construido con nuevas fuentes de información provenientes de otros sectores. La idea dentro del sector público (asociada con la lógica de la planeación estratégica) es que cualquier decisión política debería estar sustentada en más y mejor información.

Esta integración de diferentes fuentes de información (procedentes de los sistemas de información del sector sanitario, pero también de otras fuentes de información oficiales) para dar cuenta de la realidad sanitaria de las poblaciones ha sido conceptualizada como Análisis de Situación de Salud (ASIS). Esta fue una razón de peso para el cambio de denominación de la SS-SDS para convertirse en el grupo ASIS.

Este cambio se replicó también en los hospitales de cada localidad, desapareciendo las salas situacionales como estrategia del sector salud en el distrito capital a finales del año 2010 y creándose los equipos ASIS locales. Sin embargo, los primeros ejercicios de análisis situacional que realizaron estos equipos fueron muy similares en su metodología a lo que se hacía en los ejercicios de sala situacional.

Con el paso del tiempo, el equipo ASIS del distrito capital ha ido construyendo nuevas metodologías de trabajo con las comunidades e incluyendo en sus ejercicios diversas fuentes (oficiales y no oficiales) que exceden considerablemente la información epidemiológica disponible en los sistemas distritales de VSP, aumentando la complejidad y alcance de los análisis y la posibilidad de nuevas interpretaciones acerca de la sociedad bogotana y sus procesos salud / enfermedad.

### **4.1.3. Políticas públicas en salud y población**

En el segundo capítulo expliqué cómo los planes de acción de la SDS estaban directamente vinculados con el plan de gobierno del alcalde mayor de Bogotá, de tal manera que cada ejercicio de análisis de la SS-SDS estaba orientado a recolectar información que permitiera monitorear el estado de las metas distritales.

Sin embargo, la SDS no responde únicamente a los requerimientos del alcalde mayor de turno: a su vez debe cumplir con los lineamientos de Vigilancia en Salud Pública establecidos anualmente por el INS y con todas las normativas establecidas por el Ministerio de Salud, quien a su vez debe garantizar el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional y las regulaciones internacionales establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

Es importante recalcar aquí que no necesariamente los planes distritales y los nacionales (e internacionales) deben apuntar en direcciones opuestas. De hecho toda política local debe estar en concordancia con la legislación nacional y de alguna forma alinearse con ella. Así, los gobiernos locales (como el de Bogotá) deben implementar acciones específicas para cumplir con los planes establecidos por el gobierno nacional y para ello construir e implementar políticas públicas.

Las políticas públicas son la carta de navegación de los gobernantes, tanto en el espacio local como el nacional. En su diseño, construcción e implementación se concentran enormes recursos físicos y económicos, y el trabajo de ejércitos de personas y no humanos quienes deben mantener aceitada la maquinaria del Estado. Para ello, parte del quehacer estatal ha consistido en la construcción y mantenimiento actualizado de enormes sistemas con información estadística de tal manera que el conocimiento de la población permite al gobierno prever las necesidades en diferentes áreas específicas.

El sector salud ha sido central en la construcción del Estado moderno, particularmente desde que se inició el proceso de medicalización de los cuerpos en el siglo XIX y, posteriormente a comienzos del siglo XX, cuando se consolidó la medicina laboral como brazo derecho del control biopolítico estatal (Foucault, 2007a, 2007c, 2012).

En Colombia, desde 1873 se conformó la Academia Nacional de Medicina, permitiendo una temprana centralización y control de la profesión médica. Durante el primer gobierno de Alfonso López Pumarejo la Academia realizó el Primer Estudio Nacional de Salud y sus resultados y recomendaciones se integraron en la reforma constitucional que se realizó en este gobierno (Academia Nacional de Medicina de Colombia, 2014). Desde entonces, la salud es un tema principal en la agenda pública nacional.

Desde la década de 1990 y principalmente a partir de la Ley 100 de 1993, se organiza en Colombia el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) que buscaba integrar por primera vez en un único gran sistema a todos los actores institucionales relacionados con la salud de los colombianos, incluyendo prestadores, usuarios y entes reguladores entre otros (Congreso de la República de Colombia, 1993). Esta integración implicó fuertes transformaciones en el sector, reestructurándolo tanto en lo privado como en lo público; en este último se sufrió de grandes pérdidas, luego que varias instituciones hospitalarias quebraran ante su imposibilidad de mantenerse sostenibles dentro del nuevo sistema y a raíz del modelo de intermediación financiera que llevó a que casi todos los recursos económicos del sistema terminaran siendo administrados por empresas aseguradoras privadas (EPS).

El SGSSS trajo consigo nuevas necesidades de información estadística de la población colombiana. En un primer momento para lograr la meta de la cobertura universal de los servicios de salud fue necesario contar con la información censal de la población que se convirtió en el registro único de afiliados al sistema (RUAF), luego se integraron poco a poco otros sistemas como el Sistema de Información de Prestaciones de Salud (RIPS), los registros de vacunación (PAI), el sistema de gestión de hospitales públicos (SIHO), el sistema de información de precios de medicamentos (SISMED), entre otros. Finalmente en años recientes, el Ministerio de Salud y Protección Social ha puesto en funcionamiento el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO)

concebido como “[...] una herramienta que permite obtener, procesar y consolidar la información necesaria para la toma de decisiones que apoyen la elaboración de políticas, el monitoreo regulatorio y la gestión de servicios en cada uno de los niveles y en los procesos esenciales del sector: aseguramiento, financiamiento, oferta, demanda y uso de servicios.” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2013).

En la actualidad, la completa integración de los diferentes sistemas de información estadísticos es un objetivo intersectorial, ya que se busca lograr mantener unificada toda la información disponible de cada ciudadano, porque esto puede facilitar el control de la población. Sin embargo, no es muy claro cómo los datos completos de cada individuo por sí sólo pueden aumentar el conocimiento del Estado. De hecho es gracias a los grandes números que el Estado puede gobernar y planear pretendiendo predecir los comportamientos de su población (Foucault, 2007a, 2007c). Así, la información de cada ciudadano puede verse como irrelevante, mientras que la agregación estructurada de los registros se constituye en el conocimiento estatal necesario para gobernar.

Las políticas públicas en salud deben orientarse en un primer momento a toda la población sin distinciones (como en el caso del Programa Ampliado de Inmunizaciones que busca la cobertura universal de la vacunación). Luego de lograr llegar a todos los ciudadanos, surgen políticas cada vez más específicas para atender las necesidades particulares de diferentes segmentos como las mujeres, los niños, los grupos étnicos, etc. La ciudad de Bogotá, en parte por ser la capital del país, ha dado enormes pasos en la construcción de políticas públicas en salud que responden no sólo a las necesidades más generales de la población. En las últimas dos décadas los gobiernos distritales han introducido el enfoque diferencial en los derechos de la población y el sector salud ha liderado en muchas ocasiones los procesos de empoderamiento por parte de las comunidades locales. Por otra parte, en esta ciudad – y quizá esto sea un reflejo del resto del país – es el sector salud, en cabeza de la SDS, el que ha buscado canales para articularse con otros sectores (educación, vivienda, tránsito, cultura, entre otros) creando programas interinstitucionales e intersectoriales que buscan el beneficio de cada vez más ciudadanos y su pleno disfrute de los derechos civiles.

La ciudadanía y la sociedad en general son coproducidas en parte por las políticas públicas aunque esto no sucede de manera vertical y unilineal. Si bien hay legislaciones

que ocasionan cambios dramáticos en la vida cotidiana de las personas como la ley antitabaco (Ley 1335 de 2009) que prohibió su consumo en espacios públicos y sitios cerrados, no todas las políticas públicas tienen el mismo impacto sobre la población. Lo que sí sucede es que diferentes políticas públicas se van articulando entre sí de tal manera que el control biopolítico se aumenta escalonadamente a partir de cambios en las percepciones en el sentido común<sup>76</sup> de la población. Así, hoy en día consideramos moralmente reprochable e incluso en ocasiones como ilegal actitudes y acciones que nuestros abuelos e incluso nuestros padres veían como normales: la violencia física contra los niños para educarlos, la sumisión de las mujeres a los hombres, el control de la natalidad a través de medios *naturales*, entre muchos otros ejemplos que podrían ser mencionados.

La secularización de la sociedad y el enfoque en los derechos civiles que ha llevado a los Estados modernos a reconocer la igualdad de los ciudadanos a través del reconocimiento de las diferencias ideológicas, étnicas y de género y orientación sexual, entre otras, han orientado el diseño de políticas públicas desde el periodo posguerra, durante más de medio siglo. El sector salud ha sido uno de los más prolíficos en esta área ya que durante este tiempo han sido enormes los avances técnicos y científicos que los gobiernos han puesto a disposición de la sociedad.

#### **4.1.4. Los documentos técnicos como forma de conocimiento sobre la sociedad**

En el capítulo anterior discutí la relación entre los documentos técnicos producto de los ejercicios de análisis de la SS-SDS y la construcción de políticas públicas en salud. Considero necesario ahora hablar de las posibilidades y limitaciones que tienen estos documentos como una forma muy particular de conocimiento.

Los datos recolectados a través de los sistemas de información de VSP, usualmente están orientados al número y destinados al procesamiento estadístico y análisis

---

<sup>76</sup> Entendido esta noción de igual manera que lo hacen Berger y Luckmann como una forma de conocimiento de la vida cotidiana en la que se comparte con los otros el significado de las rutinas normales y auto evidentes (Berger y Luckmann, 2005, p. 39).

epidemiológico. El alcance de esta información siempre está limitado por los procesos seleccionados de diseño (de los instrumentos y estrategias de recolección de información, así como por la estructura misma de los sistemas de información), recolección y procesamiento.

De igual manera, cualquier producto derivado de esta información tendrá las mismas limitaciones. Por esta razón es necesario dirigir nuestra atención hacia los objetivos mismos del sistema de VSP para entender qué tipo de conocimiento se construía en la SS-SDS.

Los documentos técnicos muestran una lógica normalizante de la población en la que la enfermedad no sólo se presenta como una situación anormal (patológica en el sentido más sociológico de la expresión!), sino que además es indeseable y debe ser intervenida, eliminada del individuo y, en lo posible, erradicada de la sociedad<sup>77</sup>.

Conocer las relaciones entre las enfermedades y la sociedad se constituye en un objetivo central del quehacer epidemiológico de tal manera que los humanos podamos gobernar no sólo sobre nosotros mismos, sino también sobre otros organismos que se presentan como peligrosos para el *orden social*.

Los análisis de la SS-SDS dan cuenta de la presencia de esos *otros* que conviven con los humanos, presentando de múltiples maneras su existencia, ya sea territorializándolos (mapas) o simplemente contándolos (cifras estadísticas). También muestran las percepciones que tienen las comunidades humanas de sus cohabitantes, así como la heterogeneidad de relaciones que con ellos se construye dependiendo de los contextos particulares.

Los textos y otros productos de la SS-SDS distan mucho de ser simples representaciones planas de la enfermedad como algo que afecta a los humanos. A su

---

<sup>77</sup> Siempre me llamó la atención la noción de “enfermedades en erradicación” que se escucha frecuentemente en el argot de la VSP. La meta con estas enfermedades es lograr que no se presenten nuevos casos en todo el país. Esta *erradicación* demostraría que las acciones emprendidas por el sector sanitario no sólo han sido adecuadas y efectivas sino también “políticamente correctas”.

vez estos documentos dejan entrever redes complejas en las que los individuos y colectivos ejercen algún tipo de agencia sobre otros individuos y grupos, afectando dinámicamente las condiciones de salud / enfermedad de la población e incluso a esos *otros* actores, casi siempre microscópicos e invisibles a simple vista.

Las personas por tanto se muestran como capaces de modificar constantemente sus condiciones de vida para afectar positiva o negativamente su vida y las de sus colectivos, incluyendo aquellos no-humanos con los que se conforma la sociedad.

La premisa de “información útil para la acción y la toma de decisiones”, base de todo sistema de VSP se ve reflejada en estos documentos que requieren ejercicios más detallados de revisión e interpretación para lograr captar en ellos toda la complejidad de una sociedad abiertamente heterogénea. Esto impone a los políticos o tomadores de decisiones nuevos retos para lograr *leer* de forma diferente los insumos para la construcción de políticas públicas.

Los resultados de los ejercicios de SS como documentos estabilizados se constituyeron en fuentes obligadas de consulta no sólo para los tomadores de decisiones, sino también para funcionarios y profesionales de la salud encargados de labores asociadas con la salud pública y la atención clínica de la población. La posibilidad de contar con documentos temáticos que dieran cuenta de la situación de salud en cada localidad, así como del distrito capital llamó la atención de funcionarios de otras dependencias dentro y fuera de la SDS e incluso estudiantes y académicos.

Quien accedía a estos documentos se encontraba con múltiples representaciones del estado de salud/enfermedad de la población, claramente organizadas y estructuradas en las que se mezclaban datos estadísticos y epidemiológicos, información acerca de la legislación vigente nacional y distrital relacionada con la temática central y las opiniones de los actores comunitarios y personal asistencial. El mérito de estos documentos era justamente reunir fuentes heterogéneas y poner en diálogo las diferentes miradas entorno a los problemas estudiados. El conocimiento novedoso que resultaba entonces era un diagnóstico de la situación salud/enfermedad de la población que trascendía las cifras presentadas en cuadros, gráficas y mapas, para incluir también así fuera de manera parcial, la interpretación social de la enfermedad.

#### **4.1.5. Etnografía multilocal y Teoría del Actor-Red: sus posibilidades y limitaciones en el análisis de las políticas públicas**

En este último espacio de conclusiones, quisiera plantear al lector los retos y dificultades de una estrategia etnográfica para el análisis de organizaciones de gran envergadura como la SDS desde la perspectiva de la Teoría del Actor-Red, más aún cuando en aras de lograr rastrear los vínculos y transformaciones de la información, se elige un enfoque de etnografía multilocal.

Marcus (2001) identifica algunas discusiones en torno al uso de la etnografía multilocal que denomina ansiedades metodológicas, dentro de las que resalta la limitación del poder retórico del trabajo de campo – del que tradicionalmente depende la valoración de la investigación y su aceptación en los círculos académicos – al no ser realizado de manera tan profunda como en un ejercicio más focalizado. También plantea que este enfoque obliga al investigador a otra forma de mirar los sujetos en el que la lógica binaria de dominantes y subalternos pierde sentido porque de lo que se trata es de explicar las producciones culturales (tanto como las tecnológicas, científicas, políticas, etc.) que ponen en diálogo y tensión a los actores distribuidos en diferentes lugares. Por último, más que la clásica descripción densa de un grupo o fenómeno social, una perspectiva multilocal busca trazar trayectorias y describir las relaciones entre diferentes actores y lugares a manera de una cartografía en la que se puede entrever que lo global es una simple dimensión que emerge al interconectar diferentes lugares locales.

En mi investigación me encontré con que si bien la etnografía multilocal se ajusta adecuadamente a los planteamientos de diferentes autores de la TAR, tiene una fuerte limitación con relación a la capacidad de profundizar en la descripción de cada uno de los lugares visitados.

Si bien, como lo plantea Marcus, este enfoque implicaría nuevos rumbos para la perspectiva etnográfica, requeriría de constantes revisitamientos una y otra vez a cada lugar para comprender más profundamente el sentido de los vínculos y relaciones que se establecen entre distintas localizaciones. Esto quiere decir, que el investigador podría

terminar yendo de un sitio para otro de la red cada vez que emerja un nuevo elemento. En el otro extremo, la posibilidad sería plantear de antemano los elementos específicos bien delimitados que se rastrearían y analizarían en el trazado, pero ello conllevaría a una simple descripción muy superficial de las trayectorias recorridas sin mayor posibilidad de comprender cómo sería la agencia de cada actor y su injerencia en las transformaciones que sufre la información. Este tema queda abierto al debate, ya que sólo con estudios como este se podrían hacer esfuerzos para encontrar un punto medio en el que no se pierda la profundidad de las descripciones, pero ello no implique al investigador navegar indefinidamente por los vínculos de la red.

Al desarrollar esta investigación encontré que la Teoría del Actor-Red y su propuesta de seguir a los actores y la información que fluye a través de ellos, permite un acercamiento completamente novedoso para entender las dinámicas institucionales dentro de una organización pública como la SDS. Creo que nuevos estudios en organizaciones usando la perspectiva de la TAR podrían brindarnos miradas diferentes a las más tradicionales y convencionales.

Considero que acercarse a la realidad de las instituciones estatales a partir de la TAR puede brindar nuevas formas de percibir el papel del Estado moderno y de los ejercicios democráticos ciudadanos, particularmente en lo relacionado con la participación individual en procesos macro y en la organización de colectivos sociales integrados por actores heterogéneos alineados, temporalmente, en torno a intereses comunes.

## **4.2 Recomendaciones para futuras investigaciones**

Al identificar y seguir de cerca los procesos de mediación y traducción se facilita la comprensión de la complejidad social que se expresa en los vínculos, siempre temporales, que surgen a partir de las interacciones entre diversos actores humanos y no humanos. Si logramos nuevas formas de concebir el proceso salud / enfermedad, en las que no sólo se privilegie la mirada de los actores humanos sobre los no-humanos, podríamos entender más profundamente la dinámica sanitaria de las poblaciones; además, si vemos a los organismos que denominamos como agentes causales de la enfermedad como parte integrante y fundamental de nuestra cotidianidad y de nuestra sociedad, nuestra mirada acerca de los procesos vitales humanos se transformaría

radicalmente. Esta nueva perspectiva también abriría las puertas a nuevas concepciones acerca del papel que debe jugar el Estado en la regulación de los aspectos sanitarios y la vida cotidiana, es decir, una nueva comprensión de la biopolítica.

Nuevas investigaciones que examinen las relaciones entre las comunidades locales y sus enfermedades, así como la interpretación que se da desde el sector sanitario estatal, permitirían develar nuevas dimensiones del ensamblaje social y los procesos de coproducción entre sociedad, conocimiento epidemiológico y políticas públicas. Por otra parte, la realización de una cronología de los cambios en política pública sanitaria en Colombia y en el mundo (OPS y OMS), podría dar pistas concretas sobre la institucionalización de la medicalización de los individuos en el transcurso del último siglo y como ello, junto con el reconocimiento de nuevos derechos civiles, ha cambiado las nociones de ciudadanía y participación. Asimismo, la generalización de la mirada biomédica occidental ha transformado la forma en que los individuos de comunidades tradicionales se ven a sí mismos como sujetos, este campo requiere seguir siendo estudiado a fondo desde múltiples enfoques teóricos y perspectivas metodológicas.

Los procesos de VSP y la infraestructura sobre la que se construyen sus sistemas de información resultan un campo muy interesante que debería ser más explorado desde los estudios sociales de la ciencia y la tecnología (STS). La VSP es un espacio privilegiado en el que se encuentran entre otros aspectos: el diseño, recolección y análisis de datos estadísticos sobre las poblaciones, la construcción e implementación de políticas públicas y el diseño y ejecución de intervenciones sanitarias masivas que a pesar de ser específicas, pueden transformar radicalmente la vida cotidiana de las personas y a la sociedad en general. De hecho, en un par de años el Sivigila colombiano cumplirá una década de funcionamiento y dentro de las evaluaciones diseñadas por el INS, aún no se ha planteado la posibilidad de hacer una etnografía (¿multilocal?) al sistema en todo el país.

Si bien mi investigación ha mostrado varias limitaciones, creo que es posible la realización de nuevos estudios similares en otras organizaciones, públicas y privadas. Particularmente en el sector público, en donde se diseñan, implementan y evalúan políticas públicas permanentemente, se hacen necesarias evaluaciones que vayan más

allá del seguimiento de indicadores cuantitativos y que muestren las formas en que los ciudadanos participan (así sea de manera consultiva) en su diseño y veeduría.



# Bibliografía

## Libros y artículos

- Aristizábal, G., Quiroz, L., Hernández, L. J., Galeano, D., Medina, K., Lora, A. M., . . . Maldonado, L. Y. (2011). La epidemia de influenza AH1N1/09 en Bogotá D.C.: Lecciones aprendidas. *Boletín Epidemiológico Distrital*, 16(22).
- Bedregal G, P., Quezada V, M., Torres H, M., Scharager G, J. y García O, J. (2002). Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Revista médica de Chile*, 130, 127-1294.
- Berg, M. y Bowker, G. (1997). The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact. *The Sociological Quarterly*, 38(3), 513-537. doi: 10.2307/4121157
- Berger, P. y Luckmann, T. (2005). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bijker, W. E. (1997). La Construcción Social de la Baquelita: Hacia una Teoría de la Invención. In M. González, J. López y J. L. Luján (Eds.), *Ciencia, Tecnología y Sociedad. Lecturas Seleccionadas* (pp. 103 - 129). Barcelona: Editorial Ariel, S. A.
- Blas, E., Sommerfeld, J. y Sivasankara Kurup, A. (2011). *Social determinants approaches public health: from concept to practice* Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/tools/SD\\_Publichealth\\_eng.pdf](http://www.who.int/social_determinants/tools/SD_Publichealth_eng.pdf)
- Bloomfield, B. P. (1991). The Role of Information Systems in the UK National Health Service: Action at a Distance and the Fetish of Calculation. *Social Studies of Science*, 21(4), 701-734. doi: 10.1177/030631291021004004
- Bloomfield, B. P. (1995). Power, Machines and Social Relations: Delegating to Information Technology in the National Health Service. *Organization*, 2(3-4), 489-518. doi: 10.1177/135050849523012
- Bloomfield, B. P. y Vurdubakis, T. (1994). Re-Presenting Technology: It Consultancy Reports as Textual Reality Constructions. *Sociology*, 28(2), 455-477. doi: 10.1177/0038038594028002006

- Bloor, D. (1994). El Programa Fuerte en la Sociología del Conocimiento (A. Sandoval, Trans.). In L. Olivé (Ed.), *La Explicación Social del Conocimiento* (2 ed., pp. 94 - 116). Mexico: Universidad Nacional Autónoma de Mexico.
- Bloor, D. (1998). *Conocimiento e imaginario social*. Barcelona: Gedisa.
- Bonilla-Molina, L. y El Troudi, H. (2004). *Inteligencia social y sala situacional*. Caracas: Universidad Bolivariana de Venezuela y Dirección del Despacho de la Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela.
- Bortman, M. (1999). Elaboración de corredores o canales endémicos mediante planillas de cálculo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5(1), 1-8.
- Bowker, G. C. y Star, S. L. (2000). *Sorting things out. Classification and its consequences*. Cambridge, MA and London, England: MIT press.
- Bradshaw, J. (1972). The taxonomy of social need. In G. McLachlan (Ed.), *Problems and Progress in Medical Care*, . Oxford: Oxford University Press.
- Caldera Mejía, R. (2004). *Planeación estratégica de recursos humanos. Conceptos y teoría sobre planeación efectiva de recursos humanos* Retrieved from <http://es.scribd.com/doc/32898025/Planeacion-Estrategica-de-Recursos-Humanos>
- Callon, M. (1991). Techno-Economic Networks and Irreversibility. In J. Law (Ed.), *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination* (pp. 132-161). New York: Routledge.
- Callon, M. (1998). El proceso de construcción de la sociedad. El estudio de la tecnología como herramientapara el análisis sociológico. In F. Tirado-Serrano y M. Domènech-Argemí (Eds.), *Sociología Simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad* (pp. 143-170). Barcelona: Gedisa.
- Callon, M. (2002). Writing and (Re)writing Devices as Tools for Managing Complexity. In J. Law y A. Mol (Eds.), *Complexities. Social Studies of Knowledge Practices* (pp. 191-217). Durham and London: Duke University Press.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, O. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* Retrieved from [http://www.who.int/entity/social\\_determinants/final\\_report/closing\\_the\\_gap\\_how\\_e\\_s.pdf](http://www.who.int/entity/social_determinants/final_report/closing_the_gap_how_e_s.pdf)
- Correa Moreira, G. M. (2012). El concepto de mediación técnica en Bruno Latour. Una aproximación a la teoría del actor-red. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(1), 54-79.
- Cresswell, K., Worth, A. y Sheikh, A. (2010). Actor-Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare. *BMC Med Inform Decis Mak*, 10, 67. doi: 10.1186/1472-6947-10-67

- Cresswell, K., Worth, A. y Sheikh, A. (2011). Implementing and adopting electronic health record systems: How actor-network theory can support evaluation. *Clinical Governance: An International Journal*, 16(4), 320-336. doi: 10.1108/147772711111175369
- Echeverría, J. y González, M. (2009). La Teoría del Actor-Red y la Tesis de la Tecnociencia. *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, CLXXXV(738), 705-720.
- Evans, R. y Albornoz, R. (2001). *Principios de Epidemiología Moderna*. Caracas: Universidad Central de Venezuela, Ediciones de la Biblioteca Central.
- Foucault, M. (2007a). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007c). *Seguridad, Territorio y Población* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI editores.
- Frenz, P. (2005). Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantessociales.pdf>
- Gad, C. y Ribes, D. (2014). The Conceptual and the Empirical in Science and Technology Studies. *Science, Technology & Human Values*, 39(2), 183-191. doi: 10.1177/0162243914522304
- García Díaz, P. (2008). Los límites del principio de indeterminación radical en Latour y el giro político de su filosofía de la ciencia. *Theoria*, 23(3), 319-336.
- Garfinkel, H. (2006). *Estudios en etnometodología* (H. A. Pérez Hernáiz, Trans.). Barcelona: Anthropos Editorial; Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la Universidad Autónoma de México; Universidad Nacional de Colombia.
- Geertz, C. (1989). *El antropólogo como autor*. Barcelona y Buenos Aires: Paidós.
- Geertz, C. (1992). *La Interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goetz, J. y LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Hacking, I. (1999). *The Social Construction of What?* Cambridge y Londres: Harvard University Press.

- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Jasanoff, S. (1999). STS and Public Policy: Getting Beyond Deconstruction. *Science Technology & Society*, 4(1), 59-72. doi: 10.1177/097172189900400104
- Jasanoff, S. (2004a). The idiom of co-production. In S. Jasanoff (Ed.), *States of Knowledge. The co-production of science and social order* (pp. 1-12). London and New York: Routledge.
- Jasanoff, S. (2004d). Ordering knowledge, ordering society. In S. Jasanoff (Ed.), *States of Knowledge. The co-production of science and social order* (pp. 13-45). London and New York: Routledge.
- Jasanoff, S. (Ed.). (2004h). *States of Knowledge. The co-production of science and social order*. London and New York: Routledge.
- Jasanoff, S., Markle, G. E., Petersen, J. C. y Pinch, T. (Eds.). (1995). *Handbook of Science and Technology Studies*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Pub.
- Kelly, M. P., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J. y Bergman, V. (2007). *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action* Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/mekn\\_report\\_10oct07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf)
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidós.
- Latour, B. (1991). Drawing things together. In M. Lynch y S. Woolgar (Eds.), *Representations in Scientific Practice* (pp. 19-68). Cambridge, MA: MIT Press.
- Latour, B. (1992). *Ciencia en Acción. Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. (E. Aibar, R. Méndez y E. Ponisio, Trans.). Barcelona: Editorial Labor.
- Latour, B. (1993). Etnografía de un caso de «alta tecnología»: sobre Aramis. *Política y Sociedad*, 14, 77.
- Latour, B. (1995). Dadme un laboratorio y levantaré el mundo (M. I. González García, Trans.). In J. M. Iranzo, J. R. Blanco, T. González De La Fe, C. Torres y A. Cotillo (Eds.), *Sociología de la Ciencia y la Tecnología* (pp. 237-257). Madrid: CSIC.
- Latour, B. (1998). La tecnología es la sociedad hecha para que dure. In F. Tirado-Serrano y M. Domènech-Argemí (Eds.), *Sociología Simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad* (pp. 109-142). Barcelona: Gedisa.
- Latour, B. (2001). *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia* (T. Fernández Aúz, Trans.). Barcelona: Editorial Gedisa S.A.

- Latour, B. (2004). *Politics of Nature. How to Bring the Sciences into Democracy*. Cambridge y Londres: Harvard University Press.
- Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica* (G. Víctor, Trans.). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red* (G. Zadunaisky, Trans.). Buenos Aires: Manatíal.
- Latour, B. (2010). *The Making of Law. An Ethnography of the Conseil d'Etat*. Cambridge, UK & Malden, MA: Polity Press.
- Latour, B. y Woolgar, S. (1995). *La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Law, J. (1992). Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity. *Systems Practice*, 5, 379-393.
- Law, J. (2007). Actor Network Theory and Material Semiotics. <http://www.heterogeneities.net/publications/Law-ANTandMaterialSemiotics.pdf>
- Lip, C. y Rocabado, F. (2005). Determinantes sociales de la salud en Perú. *Cuadernos de Promoción de la Salud*, (17). [http://bvs.cepis.org.pe/fulltxt/Serie\\_Cuadernos\\_Promocion/fulltext-psal/cuaderno%2017.pdf](http://bvs.cepis.org.pe/fulltxt/Serie_Cuadernos_Promocion/fulltext-psal/cuaderno%2017.pdf)
- Londoño, J. L. (2004). *Metodología de la Investigación Epidemiológica* (3 ed.). Bogotá: Editorial El Manual Moderno.
- López, J. C. (2005). La hermenéutica en la antropología, una experiencia y propuesta de trabajo etnográfico: la descripción densa de Clifford Geertz. *Ra Ximhai. Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, 1(2), 291-301.
- Marcus, G. E. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111-127.
- Martínez Álvarez, E. (2009). *Informe de análisis de los informes presentados sobre salud sexual y reproductiva 2007-2008*. Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud. Bogotá.
- Martínez Álvarez, E. (2014). *H1N1/2009, Oseltamivir y Vacunas: Tres actantes en una red colmada de intereses llamada pandemia*. Paper presented at the XI Congreso Nacional de Sociología, Medellín, Universidad de Antioquia. <https://www.dropbox.com/sh/5zdeeh60v2nv44v/AAB7jKsOKMFyt5oyhtRn1qjJa/Sociolog%C3%ADa%20de%20la%20ciencia/EDDIER%20MARTINEZ.pdf?dl=0>
- Martínez Cabezas, S. P. (2009). ¿Qué es el análisis de la situación en salud (ASIS)? *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional IQEN*, 14(2), 25-28.

- Matus, C. (1982). *Política y plan*. Washington D.C.: Iverplan.
- Matus, C. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Washington, D.C.: OPS - OMS.
- Miller, C. (2001). Hybrid Management: Boundary Organizations, Science Policy, and Environmental Governance in the Climate Regime. *Science, Technology & Human Values*, 26(4), 478-500. doi: 10.1177/016224390102600405
- Miller, P. (2001). Governing by Numbers: Why Calculative Practices Matter. *Social Research*, 68(2), 379-396.
- Montiel, H. (2001). Ideas básicas para el desarrollo de la Sala de Situaciones a nivel departamental y municipal. In H. Restrepo y H. Málaga (Eds.), *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable* (pp. 146-156). Bogotá, D.C.: Editorial Médica Panamericana.
- Montoya Restrepo, I. (2009). La formación de la estrategia en Mintzberg y las posibilidades de su aportación para el futuro. *Revista de la Facultad de Ciencias Económicas: Investigación y reflexión*, XVII(2), 23-44.
- OMS. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health* OMS (Ed.) *Social Determinants of Health Discussion Paper 2* Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf)
- OMS. (2011). *Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper. World conference on social Determinants of Health [Rio de Janeiro, Brazil 19-21 october, 2011]* Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf)
- OPS. (1999). Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS). *Boletín Epidemiológico*, 20(3).
- OPS. (2011d). *Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades (MOPECE). Unidad 4: Vigilancia en salud pública* (Segunda Edición ed.). Washington D.C.: OPS.
- Orellano, P. W. y Reynoso, J. I. (2011). Nuevo método para elaborar corredores endémicos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29(5), 309-314.
- Páramo, P. y Otálvaro, G. (2006). Investigación alternativa: por una distinción entre posturas epistemológicas y no entre métodos. *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*(25).
- Patella, G. (2005). Naturaleza, ciencia, democracia. Bruno Latour y las políticas de la naturaleza. *Argumentos de Razón Técnica*(8), 161-168.
- Pinch, T. J. y Bijker, W. E. (1989). The Social Construction of Facts and Artifacts: Or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology Might Benefit Each Other. In W. E. Bijker, T. J. Pinch y T. P. Hughes (Eds.), *The Social Construction*

- of Technological Systems. New directions in the Sociology and History of Technology* (pp. 17-50). Cambridge MA: MIT Press.
- Regidor, E. (2006). Social determinants of health: a veil that hides socioeconomic position and its relation with health. *J Epidemiol Community Health*, 60(10), 896-901. doi: 10.1136/jech.2005.044859
- Reynoso, C. (Ed.). (2008). *El surgimiento de la antropología posmoderna*. Barcelona: Gedisa.
- Ruíz, A. y Morillo, L. E. (Eds.). (2004). *Epidemiología Clínica. Investigación clínica aplicada*. Bogotá D.C.: Editorial Medica Panamericana.
- Sánchez-Criado, T. (2005). *La Teoría del Actor-Red*. Paper presented at the Seminario de Estudios sobre Mediación en Arte y Ciencia (SEMAC), Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. <http://www.aibr.org/socios/tomassanchezcriado/inv/ANT.pdf>
- Sayes, E. (2013). Actor-Network Theory and methodology: Just what does it mean to say that nonhumans have agency? *Social Studies of Science*, 44(1), 134-149. doi: 10.1177/03063127113511867
- Stake, R. E. (1995). *The Art of Case Study Research*. Thousand Oaks, Londres, New Delhi: Sage.
- Star, S. L. (1999). The Ethnography of Infrastructure. *American Behavioral Scientist*, 43(3), 377-391. doi: 10.1177/00027649921955326
- Star, S. L. y Ruhleder, K. (1996). Steps Toward an Ecology of Infrastructure: Design and Access for Large Information Spaces. *Information Systems Research*, 7(1), 111-134. doi: doi:10.1287/isre.7.1.111
- Strauss, A. L. y Corbin, J. M. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Thorpe, C. (2007). Political theory in science and technology studies. In E. Hackett, O. Amsterdamska, M. Lynch y J. Wajcman (Eds.), *The handbook of science and technology studies* (pp. 63-82): MIT.
- Tirado-Serrano, F. y Domènech-Argemí, M. (2005). Asociaciones heterogéneas y actantes: el giro postsocial de la teoría del actor-red. *Revista de Antropología Ibero-Americana*, 1(esp).
- Tøndel, G. y Anthun, K. S. (2013). Statistics as a technology of governance: the Norwegian need for numbers & numbers for need. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 33(7), 474-490. doi: 10.1108/ijssp-12-2012-0107

- Valderrama, A. (2009). Teoría y crítica de la construcción social de la tecnología. *Revista Colombiana de Sociología*(23), 217-233.
- van Egmond, S. y Bal, R. (2011). Boundary Configurations in Science Policy: Modeling Practices in Health Care. *Science, Technology & Human Values*, 36(1), 108-130. doi: 10.1177/0162243910366131
- Wehrens, R., Bekker, M. y Bal, R. (2014). Hybrid Management Configurations in Joint Research. *Science, Technology & Human Values*, 39(1), 6-41. doi: 10.1177/0162243913497807
- Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts* (2nd edition ed.). Copenhagen, Dinamarca: OMS.
- Winner, L. (2008). ¿Tienen política los artefactos? *La ballena y el reactor*. (pp. 55-81). Barcelona: Gedisa.
- Yin, R. K. (2003a). *Applications of Case Study Research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yin, R. K. (2003c). *Case study research: design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

### Documentos legales e informes técnicos

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2008). *Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas Bogotá, D. C., 2008 – 2012. “Bogotá Positiva: para vivir mejor”*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2009). *Decreto 176 de 2009. Por medio del cual se adoptan disposiciones especiales para atender la situación de Desastre Nacional declarada mediante el Decreto 1453 del 28 de abril de 2009, expedido por el Gobierno Nacional, para conjurar la crisis e impedir la extensión de sus efectos en el Distrito Capital*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá Retrieved from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36089#0>.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Retrieved from [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html).
- González Cuellar, M. P. (2011). *Vigilancia de la Salud Pública y Gestión del Conocimiento. Documento Marco 2011 – 2012*. Bogotá: Área de Vigilancia en Salud Pública y Gestión del Conocimiento, Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Retrieved from [http://saludpublicabogota.org/wiki/images/1/1f/Lineamiento\\_VSP.pdf](http://saludpublicabogota.org/wiki/images/1/1f/Lineamiento_VSP.pdf).
- Gonzalez Posso, C. (2006). *La sala situacional central de la secretaria distrital de salud. Documento revisión Mayo de 2006*. Bogotá: SDS Retrieved from

[http://www.setianworks.net/SSCSDS/LASALASITUACIONALENSALUD\\_MAYO2006.doc](http://www.setianworks.net/SSCSDS/LASALASITUACIONALENSALUD_MAYO2006.doc).

Gonzalez Posso, C. (2007). *La sala situacional central de la secretaria distrital de salud. Documento Ejecutivo Marzo de 2007.* Bogotá: SDS Retrieved from <http://www.setianworks.net/SSCSDS/DOCUMENTOEJECUTIVOSSSDS.doc>.

INS. (2009a). *Boletín epidemiológico de la semana 52 de 2009.* Bogotá: INS Retrieved from [http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/Boletin%20epidemiologico\\_Semana%2052.pdf](http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/Boletin%20epidemiologico_Semana%2052.pdf).

INS. (2009c). *Protocolo de vigilancia de varicela.* Bogotá: INS.

INS. (2010a). *Boletín epidemiológico de la semana 52 de 2010.* Bogotá: INS Retrieved from [http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2010%20Boletin%20epidemiologico\\_Semana%2052\\_.pdf](http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2010%20Boletin%20epidemiologico_Semana%2052_.pdf).

INS. (2010c). *Lineamientos para la vigilancia y control de eventos de interés en salud pública 2010.* Bogotá: INS.

INS. (2010e). *Sivigila. Subsistema de Información de vigilancia en salud pública (Version 2010).* Bogotá: INS.

INS. (2013). *Lineamientos para el sistema de vigilancia y control en salud pública 2013.* Bogotá: INS Retrieved from <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Lineamientos%20y%20Documentos/Lineamientos%202013.pdf>.

INS. (2014). *Protocolo de vigilancia en salud pública de mortalidad por enfermedad diarreica aguda en menores de 5 años.* Bogotá: INS.

MPS. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.* Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA Retrieved from <http://www.hsph.harvard.edu/population/domesticviolence/colombia.reprohealth.03.pdf>.

MPS. (2006). *Decreto 3518 de 2006, por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.* Bogotá: Diario Oficial Retrieved from [http://www.imprenta.gov.co/diariop/diario2.pdf?p\\_tipo=02&p\\_numero=3518&p\\_fec\\_ha=09/10/2006&p\\_consec=621815](http://www.imprenta.gov.co/diariop/diario2.pdf?p_tipo=02&p_numero=3518&p_fec_ha=09/10/2006&p_consec=621815).

MPS. (2007). *Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.* Bogotá: Diario Oficial Retrieved from [http://www.imprenta.gov.co/diariop/diario2.pdf?p\\_tipo=02&p\\_numero=3039&p\\_fec\\_ha=10/08/2007&p\\_consec=1260184](http://www.imprenta.gov.co/diariop/diario2.pdf?p_tipo=02&p_numero=3039&p_fec_ha=10/08/2007&p_consec=1260184).

- MPS. (2009a). *Circular 24 de 2009*. Bogotá: MPS Retrieved from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36072#0>.
- MPS. (2009c). *Decreto 1453 de 2009. Por el cual se declara la existencia de una situación de desastre nacional*. Bogotá: MPS Retrieved from <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=36071>.
- OPS y SDS. (2008a). *Análisis de situación de salud de Bogotá. Perspectiva para una mejor calidad de vida y salud (2004-2006). Parte 1*. Bogotá: OPS, SDS Retrieved from <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/156/1/ANALISIS%20DE%20SITUACION%20DE%20SALUD%20PARTE%201.PDF.pdf>.
- OPS y SDS. (2008c). *Análisis de situación de salud de Bogotá. Perspectiva para una mejor calidad de vida y salud (2004-2006). Parte 2*. Bogotá: OPS, SDS Retrieved from <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/156/2/ANALISIS%20DE%20SITUACION%20DE%20SALUD%20PARTE%202.PDF.pdf>.
- Rodríguez, A. (2008). *Ficha Técnica Sala Situacional Multitemática en Salud PAB 2008*. Bogotá: Área de Vigilancia en Salud Pública, Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Retrieved from [http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA\\_SITUACIONAL/GENERALIDADES%20%20DE%20SALA%20%20SITUACIONAL/LINEAMIENTOS%20SALA%20%20SITUACIONAL/SalaSituacionalenSalud%202008.pdf](http://www.hospitalpablovibosa.gov.co/Documentos/SALA_SITUACIONAL/GENERALIDADES%20%20DE%20SALA%20%20SITUACIONAL/LINEAMIENTOS%20SALA%20%20SITUACIONAL/SalaSituacionalenSalud%202008.pdf).
- Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2007). *Ficha Técnica para la realización de la Sala Situacional en Mortalidad Infantil*. Bogotá D.C.: Sala Situacional - Secretaría Distrital de Salud Bogotá.
- Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2009a). *Ficha Técnica para la realización de la Sala Situacional en Salud Mental*. Bogotá D.C.: Sala Situacional - Secretaría Distrital de Salud Bogotá.
- Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2009c). *Memorias de la Sala Situacional. Bogotá, analiza y decide*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- SDS. (2005). *Proyecto preliminar para el diseño e implementación de la sala situacional de la red de urgencias del Distrito Capital*. Bogotá: SDS Retrieved from <http://www.setianworks.net/SSCSDS/AnteproyectoSalaSituacionalCRU.doc>.
- SDS. (2009). *Análisis de Situación de Salud. Bogotá D.C. 2008*. Bogotá: SDS Retrieved from <http://190.25.230.149:8080/dspace/bitstream/123456789/278/1/ANALISIS%20DE%20SITUACION%20DE%20SALUD%20DE%20BOGOTA%202008.pdf>.
- SDS. (2012). *Propuesta de Lineamiento de la Política de Sexualidad de Bogotá 2012-2022*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud, Universidad Nacional de Colombia

Retrieved from  
<http://www.saludcapital.gov.co/Polticas%20en%20Formulacin/POLITICA%20DISTITAL%20DE%20SEXUALIDAD.pdf>.

### Material audiovisual

Rodríguez, A. (2014, 23/05/2014). [Entrevista sobre la sala situacional de la secretaría distrital de salud].

Sala Situacional Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2006). Sala Situacional para el Sector Salud en Bogotá. Bogotá D.C.: Sala Situacional - Secretaría Distrital de Salud Bogotá.

Secretaría Distrital de Salud, S. (2007). Presentación Sala Situacional ERA [PPT]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.

### Páginas web

Academia Nacional de Medicina de Colombia. (2014). Historia de la Academia Nacional de Medicina. Retrieved 15/07/2014, from <http://anmdecolombia.net/index.php/39-home/secciones/4-historia>

Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (S.F.). Determinantes sociales en Salud. Retrieved 26/02/2012, from [http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_temas/g\\_determinantes\\_sociales/determinantes.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_temas/g_determinantes_sociales/determinantes.html)

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2013). Sistema Integral de Información - SISPRO. Retrieved 15/07/2014, from <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.aspx>

Moya, J. (2009). Sala de Situación en Salud. Retrieved 20/04/2010, from [http://new.paho.org/bragc/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=65&Itemid=](http://new.paho.org/bragc/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=65&Itemid=)

MPS. (2008). Biblioteca Digital sobre el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Retrieved 29/01/2013, from <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludP%C3%BAblica.aspx>

OMS. (2005, 2007-10-03 16:54:00 ). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. WHO. Retrieved 26/02/2012, from [http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html)

ONU. (2011). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Retrieved 29/01/2013, from <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>

OPS. (2011a, 01/02/2011). Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP). Retrieved 10/06/2011, from

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=3617&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3175&Itemid=3617&lang=es)

Salud a su casa visitó a 14.000 familias, por gripa. (2009, 19 de Junio de 2009). *El Tiempo*. Retrieved from <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-3491947>

SDS. (2008). Plan de Salud Pública Distrital. Retrieved 20/12/2012, from <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/PlandeSaludPublicaDistrital.aspx>

SDS. (2010). Plataforma estratégica de la Secretaría Distrital de Salud. 20/12/2012, from <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/QuienesSomos.aspx>

Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá. (2014). Unidades de Planeamiento Zonal. Retrieved 05/05/2014, from <http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/InformacionEnLinea/InformacionDescargableUPZs>

Wikipedia. (2014, 28/07/2014). Método Delphi. Retrieved 29/07/2014, from [http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9todo\\_Delphi&oldid=75873425](http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9todo_Delphi&oldid=75873425)