



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

**Efectos De Los Recursos De
Redistribución De La Ley 715, En Los
Sistemas Locales De Salud De Las
Localidades De Ciudad Bolívar Y Usme,
2004-2015**

Nicolás David Blanco Pérez

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Medicina, Departamento Salud Pública

Bogotá, Colombia

2022

Efectos De Los Recursos De Redistribución De La Ley 715, En Los Sistemas Locales De Salud De Las Localidades De Ciudad Bolívar Y Usme, 2004-2015

Nicolás David Blanco Pérez

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Salud Pública

Director (a):

PhD, MSc, MD Jesús Ortega Bolaños

Línea de Investigación:

Políticas Públicas en Salud

Grupo de Investigación:

Políticas de Salud

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2022

“la libertad es como la mañana. Hay quienes esperan dormidos a que llegue, pero hay quienes desvelan y caminan la noche para alcanzarla.” Marcos

Agradecimiento:

Agradezco a mi gran maestro que me enseñó el camino de la política pública, orientándome y corrigiéndome para lograr este trabajo.

A mi Madre quien con su esfuerzo y amor nunca dejo de enseñarme el valor de culminar objetivos.

A la Universidad Nacional de Colombia que me permitió formarme académicamente, para defender la educación pública y buscar la transformación del país.

A Oscar, Daniel y Lizaida quienes dejaron el mundo terrenal y me enseñaron el valor de luchar por los sueños, libertades e ideales.

A todos los que han creído en mí y nunca dejaron de apoyarme a pesar de las adversidades y las fallas que he tenido, que me impulsaron en lograr culminar esta meta y hacerla realidad.

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Nicolás David Blanco Pérez

Fecha 24/01/2023

Resumen

Efectos de los Recursos de Redistribución de la Ley 715, en los Sistemas Locales de Salud de las Localidades de Ciudad Bolívar y Usme, 2004-2015

El sistema general de participaciones o ley 715 de 2001 fue desarrollado por el estado colombiano como ley orgánica para garantizar el proceso de descentralización en el país, por eso se hace necesario conocer el impacto de la inversión de recursos de dineros del situado fiscal y como la distribución de estos a nivel de dos localidades de Bogotá de cómo se invierten para garantizar la adecuada redistribución respecto a la afiliación al sistema de salud subsidiado y al manejo de insuficiencia respiratoria aguda en primera infancia para disminuir la mortalidad, por eso se plantea en esta investigación el objetivo de ¿La redistribución del situado fiscal en salud de la ley 715 de 2001, en el periodo 2004-2015, logra tener adecuada afiliación al sistema de seguridad social en salud de la población al régimen subsidiado y la implementación de estos recursos disminuye la incidencia de la insuficiencia respiratoria aguda en las localidades de Usme y ciudad Bolívar?; Y por medio del análisis de política pública con el modelo de Majone en su planteamiento Ex Post y del enfoque retorico argumentativo se buscó dar respuesta bajo el análisis retrospectivo de la información gubernamental a nivel central y distrital encontrando los siguientes resultados de que existen diferencias en los reportes de presupuesto de nivel central y distrital, también se logra evidenciar que a pesar que disminuye la población pobre no asegurada no se aumenta la afiliación al régimen subsidiado, como las necesidades básicas insatisfechas e índice de calidad de vida y las brechas de desigualdad aumentan en las dos localidades a estudio, respecto a la mortalidad por IRA en primera infancia se mantienen sobre la tasa del distrito ciudad Bolívar y en Usme en algunos años sobrepasa la mortalidad del distrito, por tal razón podemos concluir que se afecta la autonomía de los territorios una ley de carácter central que se implementa a nivel local y se entrelaza con otros lineamientos como el plan decenal de salud pública que influye en la calidad de atención y desarrollos de sistemas de salud en poblaciones en situación de vulnerabilidad y las relaciones de poder tanto a nivel central como local generan limitaciones de implementación, como también lo hace la alta rotación de personal en las ESE públicas por contratación o prestar su servicio social (médicos y enfermeras) y continuidad de programas por estos factores como cambio de gobiernos a nivel nacional y local se formulan nuevos planes de desarrollo desde la concepción de sus formaciones políticas y bancadas sin tener en cuenta antiguos programas, generando que los recursos e implementación de dineros no garantice que estos se inviertan adecuadamente para mejorar las situaciones de inequidad, desigualdad, vulnerabilidad y justicia en salud en un territorio específico por medio de la construcción colectiva con las poblaciones.

Palabras Claves: Sistema general de participaciones, ley 715 de 2001, análisis de políticas públicas en salud, distribución y redistribución de situado fiscal, justicia en salud.

Abstract

EFFECTS OF THE REDISTRIBUTION RESOURCES OF LAW 715, ON THE LOCAL HEALTH SYSTEMS OF CIUDAD BOLIVAR AND USME, 2004-2015

The general system of participations or law 715 of 2001 was developed by the Colombian state as an organic law to guarantee the decentralization process in the country, that is why it is necessary to know the impact of the investment of resources of the fiscal subsidy and how the distribution of these at the level of two localities of Bogotá is invested to guarantee the adequate redistribution regarding the affiliation to the subsidized health system and the management of acute respiratory insufficiency in early childhood to reduce mortality, Therefore, the objective of this research is the following: Does the redistribution of the fiscal allocation in health of the law 715 of 2001, in the period 2004-2015, achieve adequate affiliation to the social security system in health of the population to the subsidized regime and the implementation of these resources decreases the incidence of acute respiratory failure in the localities of Usme and City Bolivar? ; And by means of the analysis of public policy with Majone's model in its Ex Post approach and the rhetorical argumentative approach, the answer was sought under the retrospective analysis of governmental information at the central and district levels, finding the following results: that there are differences in the budget reports at the central and district levels, It is also evident that despite the decrease in the uninsured poor population there is no increase in affiliation to the subsidized regime, as the unsatisfied basic needs and quality of life index and the inequality gaps increase in the two localities under study, with respect to mortality by ARI in early childhood remain above the rate of the district of City Bolivar and in Usme in some years exceeds the mortality of the district, For this reason, we can conclude that the autonomy of the territories is affected by a central law that is implemented at the local level and intertwined with other guidelines such as the ten-year public health plan, which influences the quality of care and the development of health systems in vulnerable populations, and the power relations at both the central and local levels generate implementation limitations, As well as the high turnover of personnel in public ESE for hiring or providing social service (doctors and nurses) and continuity of programs due to these factors such as change of governments at national and local level, new development plans are formulated from the conception of their political formations and benches without taking into account old programs, generating that the resources and implementation of money does not guarantee that these are adequately invested to improve situations of inequity, inequality, vulnerability and justice in health in a specific territory through collective construction with the populations.

Key words: General system of participations, law 715 of 2001, analysis of public policies in health, distribution and redistribution of fiscal resources, justice in health.

Contenido

	<i>Pág.</i>
Resumen	VIII
Lista de graficos	XII
Lista de tablas	XIV
Lista de figuras	XV
Lista de Mapas	XV
lista de esquemas	XVI
Abreviaturas	XVII
<i>Introducción</i>	1
<i>1. Capítulo 1 teorico</i>	
<i>1.1. Marco teórico-conceptual</i>	9
1.1.1. Proceso de descentralización en salud en Colombia	9
1.1.2. Proceso de descentralización en salud en Bogotá	10
1.1.3. Contexto de distribución de recursos en salud en Colombia	15
1.1.4. Distribución de recursos en salud en Bogotá	16
1.1.5. Contexto de distribución de recursos de salud	19
<i>1.2. Marco político- normativo</i>	20
1.2.1. La ley 715 y sus efectos locales	20
1.2.2. La descentralización de Bogotá y localidades en el campo de la salud	23
1.2.3. Situado fiscal y su redistribución local en Bogotá	30
<i>1.3. Marco de Salud Pública</i>	33
1.3.1. Caracterización territorial de Usme	33
1.3.2. Caracterización territorial de Ciudad Bolívar	34
1.3.3. Como se distribuyen los recursos locales para la atención de la IRA en primera infancia.	35
1.3.4. Comportamiento IRA en Bogotá 2004-2015	42
1.3.5. Implementación PIC y PDSP en localidades a estudiar	45
1.3.6. Relación entre redistribución de recursos y eventos en SP en localidad a estudiar	46
<i>2. Capítulo 2 Problema de Investigación</i>	
2.1. Estado del arte	47
2.2. Antecedentes del problema	48
2.3. Presentación del problema y magnitud	50
2.4. Pregunta de investigación	51
2.5. Hipótesis de trabajo	52
2.6. Objetivos	52
2.6.1. Objetivo general	52
2.6.2. Objetivos específicos	52

3. Capítulo 3 Metodológico	
3.1. Enfoque Metodológico	55
3.1.1. Caracterización del Método	55
3.1.2. Descripción de Método de Majone Ex – Post	56
3.2. Pasos Metodológicos	60
3.2.1. Población	60
3.2.2. Contexto de las Localidades a Estudio	60
3.2.2.1. Localidad Ciudad Bolívar	61
3.2.2.2. Localidad de Usme	62
3.2.3. Caracterización de la Población	64
3.2.4 Criterios de Inclusión y Exclusión	65
3.2.5. Recolección y Sistematización de la Información	66
3.2.5.1. Fuentes de Información	67
3.2.5.2. Instrumentos de Recolección	67
3.2.5.3. Procesos de Transcripción y Recolección	68
3.2.6. Plan de Análisis	69
3.2.7 Generación de resultados	71
4. Capítulo 4 Resultados	
4.1. Presentación de resultados	75
4.1.1. Distribución de Dineros del Sistema General Participaciones	
Periodos 2004 - 2015	75
4.1.1.1. Distribución del Sistema General de Participaciones de Bogotá	77
4.1.1.1.1 Reportes por la Secretaria Distrital de Hacienda Según	
Distribuciones del Sistema General de Participaciones	79
4.1.1.1.2. Diferencias Entre Aportes del Gobierno Central y Distrital	
por Periodos de Gobierno	80
4.1.1.1.3. Reportes por la secretaria distrital de hacienda según distribuciones del SGP	83
4.2. Inversión de Recursos en Salud por Periodos de Gobiernos	85
4.2.1. Periodo de Garzón 2004-2007	85
4.2.2. Periodo Moreno 2008-2011	87
4.2.3. Periodo Petro 2012-2015	88
4.3. Análisis de las Localidades de Estudio	91
4.4. proceso de afiliación al régimen subsidiado localidad	
Ciudad Bolívar y Usme periodo 2004-2015	102
4.4.1. Análisis Población Pobre No Asegurada	106
4.5. Análisis de Mortalidad por IRA en menores de 5 años en las Localidades	
de Ciudad Bolívar y Usme	107
4.5.1. Salas ERA	112
4.5.2. Comparativos entre Población de Primera Infancia	
y Consulta por IRA en Primera infancia	114
4.5.3. Programa de APS en las Localidades para Contención de IRA	115
4.6. Inversión de Recursos si Generan Equidad y Justicia en Salud	116
4.6.1. Gestión para Eliminación de Barreras de Acceso a los Servicios de Salud	117
4.6.2. Fortalecimientos de la Prestación de Servicios de Salud	118
4.6.3. Acciones para Reducir la Mortalidad Evitable	119

4.6.4. intervenciones en Ámbitos de la Vida Cotidiana	120
4.6.5. Análisis de la Situación Hospitalaria Pediátrica de Bogotá	120
4.6.6. Determinantes Sociales en Salud	121
4.7. Justicia y Equidad en Salud Aplicados por la ley 715 de 2001	123
4.8. Las EAPB y la protección pediátrica	130
4.9. Como los recursos de la ley 715 pueden incentivar respuesta a nivel individual y colectiva en aspectos nutricionales en población pediátrica	133
<i>5. Discusión, Conclusiones y recomendaciones</i>	
5.1 Discusión	135
5.2 Conclusiones	141
5.2 Recomendaciones	146
A. Anexo: Documentos Político Normativos	152
B. Anexo: Documentos Técnicos	153
C. Anexo: Ficha de Extracción de Información del Análisis Político	155
D. Anexo: Esquema del Análisis Político de Majone	156
E. Anexo: Componente Material	157
F. Anexo: Componente Eficiente	158
G. Anexo: Componente Formal	159
H. Anexo: Componente Final	160
<i>Bibliografía</i>	163

Lista de gráficos

	<i>Pág.</i>
Gráfico 1 Población Total Primera Infancia Vs Primera Infancia Localidad de Ciudad Bolívar	39
Gráfico 2 Población Total Primera Infancia Vs Primera Infancia Localidad de Usme	40
Gráfico 3 Población total Primera Infancia Vs Salas ERA Primera Infancia	40
Gráfico 4 Presupuesto Asignado a Bogotá por el SGP 2004-2015	75
Gráfico 5 Dineros del SGP 2004-2015	77
Gráfico 6 Porcentaje de Salud en Bogotá Periodo 2004-2015	78
Gráfico 7 SGP Componente Salud en Bogotá 2004-2015	79
Gráfico 8 Informe Secretaria Hacienda SGP 2004-2007	81
Gráfico 9 Informe Secretaria de Hacienda SGP 2008-2011	81
Gráfico 10 Informe Secretaria de Hacienda SGP 2012-2015	82
Gráfico 11 Diferencias de Recursos de Presupuesto a Nivel Central y Distrital Periodo 2004-2007	83
Gráfico 12 Diferencias de Recursos de Presupuesto a Nivel Central y Distrital Periodo 2008-2011	84
Gráfico 13 Diferencias de Recursos de Presupuesto a Nivel Central y Distrital Periodo 2012-2015	84
Gráfico 14 Afiliación al Régimen Subsidiado Bogotá y localidades 2004-2007	103
Gráfico 15 Afiliación al Régimen Subsidiado Bogotá y localidades 2008-2011	104
Gráfico 16 Afiliación al Régimen Subsidiado Bogotá y Localidades	105
Gráfico 17 Población pobre No Asegurada periodo 2008-2015	107

Gráfico 18 Mortalidad IRA Bogotá y Localidades Estudio Periodo 2007-2015	107
Gráfico 19 Bogotá Consulta Salas ERA Periodo 2008-2015	113
Gráfico 20 Consulta Salas ERA Localidad Ciudad Bolívar y Usme	113
Gráfico 21 Primera Infancia Vs Consulta por IRA en la Localidad de Ciudad Bolívar	114
Gráfico 22 Primera Infancia Vs Consulta por IRA en la Localidad de Usme	115
Gráfico 23 Programa de APS en Localidades Estudio para Contención de IRA	115

Lista de tablas

	<i>Pág.</i>
Tabla 1 Caracterización de las localidades a elección	64
Tabla 2 Resumen de Análisis de Política Pública	71
Tabla 3 Resumen Como se Realiza el Procesamiento de la Información	72
Tabla 4 Periodo de Garzón 2004-2007	85
Tabla 5 Periodo Moreno 2008-2011	87
Tabla 6 Periodo Petro 2012-2015	88
Tabla 7 Oferta Camas Pediátricas Hospitalización y Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico en Bogotá	111
Tabla 8 Resultados Localidad De Usme y Ciudad Bolívar y Comparación de Análisis de Política Pública	128
Tabla 9 Anexo C. Ficha de Extracción de Información del Análisis Político	155
Tabla 10 Anexo E. Componente Material	157
Tabla 11 Anexo G. Componente Formal	159
Tabla 12 Anexo H. Componente Final	160

Lista de Figuras

	<i>Pág.</i>
Figura 1 Evolución de la descentralización en Colombia	10
Figura 2 Comportamiento de IRA 2004-2015	41

Lista de Mapas

	<i>Pág.</i>
Mapa Localidad de Ciudad Bolívar	62
Mapa Localidad de Usme	63

Lista de Esquemas

	<i>Pág.</i>
Esquema 1 Proceso de Descentralización en Salud en Bogotá	14
Esquema 2 Contexto de Distribución de Recursos	16
Esquema 3 Distribución de Recursos Desde lo Central a lo Local	18
Esquema 4 Distribución y Redistribución de la Ley 715 de 2001 en Salud	23
Esquema 5 Redistribución a Nivel Bogotá	33
Esquema 6 Efectos de Redistribución a Nivel Local	36
Esquema 7 Implementación de Planes, Programas y Proyectos	43
Esquema 8 Comportamientos en Salud e Intervenciones en Salud Pública	45
Esquema 9 Metodología de Majone	59
Esquema 10 Plan de Análisis	70
Esquema 11 Resultados de la Ley 715 de 2001 en Justicia en Salud	127
Esquema 12 El papel de las EAPB con la ley 715	132
Esquema 13 Anexo D Ficha de Análisis Político de Majone	156
Esquema 14 Anexo F Componente Eficiente	158

Lista de Abreviaturas

Abreviaturas

Abreviatura	Término
<i>AIEPI</i>	Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la infancia
<i>APP</i>	Análisis de Políticas Públicas
<i>APPS</i>	Análisis de Políticas Públicas en Salud
<i>APS</i>	Atención primaria en salud
<i>BID</i>	Banco Interamericano de Desarrollo
<i>BM</i>	Banco Mundial
<i>CAMI</i>	Centro de Atención Médico Inmediato
<i>CB</i>	Ciudad Bolívar
<i>CEPAL</i>	Consejo Económico para América Latina
<i>CONPES</i>	Consejo Nacional de Política Económica
<i>COVE</i>	Comité de Vigilancia Epidemiológica
<i>CP</i>	Constitución Política
<i>CRUE</i>	Central Regulador de Urgencias y Emergencias
<i>Dx</i>	Diagnostico
<i>EAPB</i>	Entidades Administradoras de Planes de Beneficio
<i>EPS</i>	Entidad Promotora de Salud
<i>ESE</i>	Empresa Social del Estado
<i>ERA</i>	Enfermedad Respiratoria Aguda
<i>FFD</i>	Fondo Financiero Distrital
<i>FID</i>	Fondo Interamericano de Desarrollo
<i>FMI</i>	Fondo Monetario Internacional
<i>FOSYGA</i>	Fondo de Seguridad Y Garantía
<i>ICV</i>	Índice De Calidad de Vida
<i>ICN</i>	Ingresos Corrientes de la Nación
<i>IDHU</i>	Índice de Desarrollo Humano
<i>INP</i>	Instituto Nacional de Planeación
<i>IPS</i>	Institución Prestadora de Salud
<i>IRA</i>	Insuficiencia Respiratoria Aguda
<i>MECI</i>	Modelo Estándar de Calidad Interna
<i>MPS</i>	Ministerio de Protección Social
<i>MH</i>	Ministerio de Hacienda
<i>NBI</i>	Necesidades Básicas Insatisfechas
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>PDD</i>	Plan Distrital de Desarrollo
<i>PDSP</i>	Plan Decenal de Salud Pública
<i>PI</i>	Primera Infancia
<i>PIC</i>	Programa de Intervención de Colectivos
<i>PND</i>	Plan Nacional de Desarrollo
<i>POA</i>	Plan Operativo Anual
<i>POS</i>	Plan Obligatorio de Salud
<i>PPNA</i>	Población Pobre no Asegurada
<i>PPS</i>	Política Pública en Salud
<i>PST</i>	Plan de Salud Territorial

Abreviatura	Término
<i>RC</i>	Régimen Contributivo
<i>RS</i>	Régimen Subsidiado
<i>SDS</i>	Secretaria Distrital de Salud
<i>SDH</i>	Secretaria Distrital de Hacienda
<i>SILOS</i>	Sistemas locales de Salud
<i>SGP</i>	Sistema General de Participaciones
<i>SGSSS</i>	Sistema General de Seguridad en Salud
<i>SISBEN</i>	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Planes Sociales
<i>SP</i>	Salud Pública
<i>SPA</i>	Sustancias Psicoactivas
<i>U</i>	Usme
<i>UBA</i>	Unidad Básica de Atención
<i>UCIP</i>	Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico
<i>UPA</i>	Unidad Primaria de Atención
<i>UPZ</i>	Unidad Primaria Local

Introducción

El contexto histórico y social de Colombia involucra temas como el conflicto armado, el desempleo, el desplazamiento, poblaciones en condición de pobreza extrema, entre otros; este se desarrolla en un país con altos niveles de desigualdad por la acumulación de capital y la continua inequidad como consecuencia de las decisiones estatales que limitan el goce y protección de los derechos humanos fundamentales implementados desde la segunda guerra mundial en la mayoría de estados; en este escenario la salud en el país es regulada por el estado y amparada por la constitución política de 1991, por lo tanto es necesario evidenciar si las situaciones de acceso y aseguramiento en salud propuestas en la ley 100 del 93 son efectivas y logran un efecto de descentralización al invertirse recursos a nivel local, esto para captar y focalizar poblaciones en situaciones de vulneración de derechos como lo son el derecho a la vida, a la salud y el libre desarrollo, situaciones generadas por las políticas económicas y estatales en Colombia con gobiernos neoliberales, que generan aumento en la brecha de desigualdad limitando la construcción como sociedad igualitaria enmarcada en una retórica de justicia social en salud que logre afectación real en la disminución de Necesidades Básicas Insatisfechas de toda la población colombiana.

El presente trabajo es un análisis crítico de política pública en salud sobre los efectos del sistema general de participaciones (SGP), (ley 715 de 2001), desde sus procesos de redistribución reconociendo las dinámicas de distribución de recursos provenientes del nivel central distrital, que fueron definidos para las atenciones colectivas en primera infancia de las localidades de Usme y Ciudad Bolívar.

El contexto de este análisis nos muestra que el presupuesto anual para salud, es discutido en las comisiones séptimas (7) de ambas cámaras del congreso, y es definido por los activos fiscales y parafiscales del estado cada año, teniendo en cuenta las proyecciones económicas, el gasto social y los diferentes compromisos y metas del Plan Nacional de Desarrollo (PND) en su componente de salud; la redistribución de nivel medio o local de dineros públicos de

destinación específica en el plan operativo anual discutido desde planeación distrital y local, llega a las direcciones locales de salud para su inversión en las actividades individuales y colectivas por ciclo vital.

En esta investigación se realizó en la localidad de Usme y Ciudad Bolívar para comprender las consecuencias sanitarias al invertir en recursos de afiliación al sistema subsidiado e inversión en planes, atenciones de salud pública y salud colectiva en estas localidades de Bogotá durante el periodo 2004-2015; nuestro periodo de tiempo comprende tres alcaldías de partidos de centro- izquierda (polo democrático alternativo y movimiento progresista) fueron las siguientes Garzón 2004-2007, Moreno 2008-2011 y Petro 2012-2015, analizando un evento de interés en salud pública el cual es la mortalidad por insuficiencia respiratoria aguda en primera infancia.

Hipótesis de trabajo: La distribución de recursos distritales desde el principio de equidad influye directamente en la asignación de recursos para la atención sanitaria de poblaciones sin capacidad de pago contribuyendo a la respuesta social integral a sus necesidades sociales en salud; la adopción de este principio por parte de los gobiernos locales podría generar impactos positivos en la disminución de casos de insuficiencia respiratoria aguda en población de primera infancia.

Considerando que las participaciones sociales en la construcción de territorio durante los tres periodos de gobierno de centro izquierda en Bogotá que se analizaran, tuvieron efectos positivos sobre la incidencia de insuficiencia respiratoria aguda en las localidades de Usme y Ciudad Bolívar; Por tanto, es necesario estudiar el proceso de inversión y ejecución de dineros en salud pública y específicamente en el programa IRA en la primera infancia.

Los resultados del análisis nos permitirán identificar la concepción de justicia social adoptada en los diferentes territorios analizados.

Justificación: Esta investigación es necesaria para identificar la inversión de los recursos en los planes de desarrollo distrital de los gobiernos de centro izquierda que permiten tener otro enfoque político desde sus planteamientos ideológicos e identificar si sus planes, proyectos y programas se realizaron de manera equitativa buscando disminuir las brechas

de desigualdad en salud pública, por eso es necesario identificar los planteamientos de la ley 715 y esta como se lleva al territorio para implementar los dineros públicos adecuadamente buscando mejorar el aseguramiento e incidencia de enfermedades de interés de salud pública por los gobiernos en cabeza de la secretaria distrital de salud.

Por ello se debe ver como un problema de salud pública “la distribución y redistribución de dineros para la inversión en el aseguramiento y atención colectiva en poblaciones vulnerables” enfocadas a dos localidades que han albergado gran cantidad de población desplazada a causa del conflicto armado interno y por ser la capital del país con la mayor concentración demográfica y desigualdades sociales con cadenas de miseria desde el planteamiento centro periferia; se toma como efecto la insuficiencia respiratoria aguda ya que es uno de los objetivos del milenio y una enfermedad de que sigue en aumento por los constantes cambios climáticos e incremento desmedido de la contaminación e inequidad de vivienda y acceso a salud.

Se eligió el periodo de tiempo de tres alcaldías de oposición a la corriente política colombiana tradicional, evidenciando los planteamientos desde otras perspectivas de conocimiento y formación durante el periodo 2004-2015, e identificar si estas intervenciones y planteamientos de gobierno dentro de los cuales están la inversión pública permitieron disminuir las inequidades en salud que generan la incidencia y prevalencia de la infección respiratoria aguda IRA en menores de 5 años.

Este análisis de política pública es necesario ya que la ley 715 de 2001 es una política redistributiva que organiza el manejo de recursos para educación, salud y saneamiento ambiental desde el gobierno central hacia departamentos, distritos y municipios generando distribución y redistribución de recursos necesarios para el desarrollo de las poblaciones e implementación de programas, proyectos y planes que estén encaminados a disminuir las limitantes del sistema de salud colombiano como lo son el aseguramiento y el acceso oportuno a la salud.

Por esta razón es necesario entender el proceso redistributivo desde nivel distrital a las poblaciones vulnerables, la cual tendrán un impacto directo sobre los estados de salud en

poblaciones en situaciones de pobreza e inequidad visto desde la propuesta de Sen *“Una persona tiene la libertad de llevar una determinada clase de vida siempre y cuando pueda escoger o rechazar entre un ramillete de alternativas que se le ofrezcan. La libertad de un individuo la determina la capacidad de funcionamiento, que las personas consideren valiosos para operar en los diferentes ámbitos de la vida (...) la capacidad representa la libertad. No es una libertad únicamente instrumental, es la libertad de hacer, es un poder que permite desarrollar determinado potencial, mediante la actividad humana, para escoger las mejores alternativas en el logro de la calidad de vida. La importancia intrínseca en el funcionamiento de elegir está en el poder elegir o no”* (1).

Es decir, desde los planes de gobierno de Luis Eduardo Garzón, Samuel Moreno y Gustavo Petro quienes argumentan la participación de la ciudadanía en la construcción de gobierno y gobernabilidad desde la localidad al distrito, se hace preciso un trabajo horizontal con los actores de las comunidades en la decisión de sus capacidades y orientación de sus destinos sobre las necesidades que tienen los territorios.

Es necesario buscar identificar la construcción social desde la atención de insuficiencia respiratoria aguda en primera infancia, en los tres gobiernos de centro izquierda con la inversión de recursos públicos, para ver si la brecha de desigualdad y la justicia en salud es evidentemente adecuada en la construcción de planes proyectos y programas desde las localidades de Usme y Ciudad Bolívar.

Por esta razón se necesita entender la toma de decisiones a nivel local desde un estado territorial descentralizado con una política centralizada de nivel general y como la participación ciudadana desde las necesidades identificadas por los hospitales públicos y trabajadores buscan mejorar los estados de salud en la primera infancia de estas dos localidades para entender los procesos de construcción social desde la participación institucional y social.

Contexto: Al ser Bogotá la capital del país una ciudad con un constante cambio demográfico y sociopolítico impulsado por el conflicto armado desde 1930 con las guerrillas liberales, acentuado en el frente nacional y el conflicto armado interno generado luego del bogotazo, como la falta de crecimiento laboral o pocos ingresos económicos de poblaciones

vulnerables a lo largo del país, permitió el desplazamiento y migración de la población del área rural de los departamentos de Boyacá, Santanderes, Tolima, Huila y llanos orientales, creando zonas de ocupación ilegal en las periferias, generando barrios de invasión y posteriormente legales, donde la gran parte de estos territorios no cumplía con acceso a salud, educación primaria, secundaria o superior, motivo por el cual se consideran poblaciones vulnerables.

La descentralización: Colombia empezó su proceso de descentralización luego de ser un estado centralista poco participativo desde el frente nacional donde solo se podía elegir un candidato de determinado partido político (conservador o liberal) y estos elegían el resto de sus representantes a nivel regional y territorial; solo con el acto legislativo 01 del 9 de enero de 1986 permitió la elección por medio de la vía democrática de los gobiernos departamentales, distritales y municipales y esto llevó a la construcción de planes locales de gobierno que incluyeron programas y proyectos de educación, salud y construcción de territorio y autonomía local.

Los procesos de descentralización administrativa comienzan con la elección de alcaldes en 1986, luego con la asignación de recursos por medio de la ley 10 de 1990 que permitió el ingreso a la descentralización del sistema de salud dándole responsabilidades y obligaciones a las entidades territoriales en salud pública, la constitución política de 1991 donde regula la salud como derecho de la población, la ley 60 de 1993 descentralización de la educación y posterior reforma al sistema general de salud con la ley 100 de 1993 que crea el SGSSS por el cual se necesitara una caracterización de la población vulnerable, y se crea el proceso de identificación de beneficiarios (SISBEN) por el departamento nacional de planeación en 1994, una encuesta para caracterizar a la población de beneficios sociales.

Continuando la descentralización en salud se implementa la ley 715 de 2001 la cual crea la autonomía de los gobiernos locales e implementación de los planes y políticas desde el nivel central a nivel medio (departamentos y distritos) y nivel bajo (municipios y alcaldías locales) que permiten tener 2 factores importantes: el desarrollo institucional y la participación comunitaria, para la implementación de recursos, planes proyectos y políticas a nivel local y territorial. (2)

Siendo la ley 715 el motor de descentralización respecto a los tres capítulos que enmarcan su propuesta- educación, salud y saneamiento ambiental- en su parte de salud hace una importante contribución ya que permite el aseguramiento de la población al régimen subsidiado, atención a nivel local de planes, programas y proyectos de salud pública y disminución de eventos de interés en SP.

Estas políticas permiten crear autonomía regional por medio de los planes de gobierno e implementación de necesidades efectivas respecto a la prestación de los servicios de salud, sostenibilidad financiera con los principios de eficiencia, eficacia y control de los recursos asignados y por regulación la secretaria distrital de salud genera lineamientos a los hospitales públicos para la implementación de los programas necesarios que tengan impacto en salud pública.

Los planes de salud local fueron creados por el proceso de descentralización y la autonomía de gobiernos quienes encuentran dependiendo de su perfil político, crean formas de construcción de forma vertical por medio del poder como instrumento u horizontal por la construcción con participación comunitaria, cual quiera de estas dos posturas invierte el situado fiscal la secretaria de salud tienen discusiones y tensiones con el gobierno local para lograr atender las principales necesidades en los planes de atención, acceso, modelos de prevención y promoción en SP tratando de asignar recursos adecuados a sus vulnerabilidades por medio del diagnóstico local en salud.

Las localidades en las cuales centramos la investigación fueron la localidad de Ciudad Bolívar y Usme, en Bogotá estos territorios son considerados con gran cantidad de necesidades sanitarias y desigualdades sociales reinante dentro de ellas desde su fundación y con gran albergué de población desplazada.

Es importante analizar el proceso de víctimas del conflicto armado interno mostró: que evaluado el periodo de tiempo de 2004-2015 se generó 3´637.746 millones de personas desplazadas a lo largo y ancho del país (3), con mayor concentración en los gobiernos de Álvaro Uribe Vélez, sabiendo que las personas desplazadas vienen de regiones donde el conflicto no solo afectaba a la población campesina sino a poblaciones especiales (indígenas, Afros, comunidad LGTBI) es decir personas que ya tenían desigualdades sociales y

alimentaran los anillos de miseria en las ciudades de Colombia y especialmente Bogotá al ser la más grande, con mayor oferta laboral y/o con más oportunidades de atención por parte del gobierno, se volvió centro de acogida para población vulnerable, agravando los problemas de Salud y generando mayor necesidad de fortalecer el acceso a programas de salud pública.

1. Capítulo 1 Teórico

1.1. Marco Teórico - Conceptual

1.1.1. La descentralización de la salud en Colombia

Se inició con el Decreto 77 de 1987(4), cuando se entregó a los municipios la competencia para construir, dotar y mantener puestos, centros de salud y hospitales locales; en 1990 la ley 10 asignó todas las competencias de funcionamiento del primer nivel de atención a los Municipios y del segundo y tercer nivel a los Departamentos. Posteriormente la Constitución Política avaló la perspectiva descentralista y entregó recursos de transferencia desde el presupuesto nacional para los municipios y departamentos (Art. 356 y 357).(5)

En ese marco la ley 60 de 1993 desarrolló la Constitución en materia de competencias y recursos descentralizados y en particular del sector salud. Posteriormente la ley 100 de 1993, que reformó la Seguridad Social en Salud, le delegó a los municipios y departamentos la administración del Régimen Subsidiado de Salud y creó mecanismos para la toma de decisiones de las diferentes secretarías y los diferentes niveles de poder, que en cierta manera por medio de los planes de atención básica, los planes de ordenamiento territorial y la construcción comunitaria del territorio, los lineamientos tanto del plan nacional de salud pública e intervención de salud de colectivos, permiten tener mayor administración territorial de las necesidades de salud, acceso, control y atención individual como colectiva.

Figura 1: Evolución de la descentralización en Colombia



Fuente: Elaboración Propia ¹

1.1.2. Proceso de descentralización en salud en Bogotá

Para hablar del proceso de descentralización de la salud en un territorio se hace necesario entender el proceso transformativo de los estados latinoamericanos fomentados por la hegemonía mundial capitalista y como los países se tienen que reconfigurar de un modelo cepalino, a una crisis económica en 1980 por la deuda externa, donde se tiene que reformular el modelo económico impulsado por los grandes centros de poder FMI, BM, FID como lo describe *“Drake la influencia norteamericana en el siglo XX ha pasado por tres periodos, 1890s-1920s, 1930s-1970s y 1980s-2000s. En el primero y tercer periodo los Estados Unidos ejercieron una hegemonía casi absoluta. En cambio, en el segundo hubo una disputa ideológica por esa hegemonía. La mayor parte de los gobiernos latinoamericanos buscaron oponerse a las políticas que los Estados Unidos había promovido en los años veinte, la autonomía de los bancos centrales, los gobiernos mínimos, los pagos de deuda puntuales y el libre comercio (...) Ese hecho también es reflejo del auge el proteccionismo en los Estados Unidos y Europa y de que, en ese periodo, América Latina construyó su propia*

¹ Línea de tiempo en la descentralización en salud local a grosso modo se puede identificar con los procesos de construcción de gobiernos locales basados en la delegación desde el estado central de autonomía departamental, distrital y municipal sobre sus acciones en salud y construcción de territorialidad con participación ciudadana y democratización de la elección popular.

versión regional de la intervención económica del gobierno en la economía a través de la CEPAL.” (6).²

Durante el gobierno de Belisario Betancourt se inicia el camino a la descentralización y el camino a la nueva constitución la cual no se reformaba en más de 100 años, con la elección de gobernadores y alcaldes por medio del voto popular³, pero este no fue el primer paso de la descentralización en el país, *“Sin embargo, fue hasta finales de los años 60 y mediados de los 70 del siglo XX, que el país inició importantes reformas, las cuales le concedieron a los departamentos y municipios mayor independencia en el ámbito fiscal (...) Una parte de estos recursos se destinó a financiar la salud pública (26% del situado fiscal) y las cajas seccionales de previsión social (26,4% de la participación en el impuesto a las ventas)”*(7).

Las transformaciones económicas en el país daban cabida como lo decía Gaviria en su lema de campaña es en febrero de 1990 el *programa de modernización económica* (8), donde es el primer paso para transformación político económica del país encaminado al neoliberalismo, razón por la cual sin dudas se realizan las reformas a las diferentes instituciones con la consigna de modernizar pero sin dudas es un enfoque a disminuir los gastos del estado y descentralizarlo, como queda plasmado en la constitución del 91.

Entre las primeras reformas se encuentra la ley 10 de 1990 donde se descentraliza la salud y los diferentes territorios deberán asumir responsabilidades de salud pública y garantía de servicios permitiendo asumir responsabilidades y transformación de las instituciones para generar descentralización y autonomía territorial como manejo de presupuesto en salud.

Con esta ley se empieza la transformación hacia la descentralización de la salud, con su artículo primero la ley 10 del 90 define *“Servicio público de salud: La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en*

² Villamizar sin embargo expresa que las elites de Colombia en el segundo periodo no se sumaron al pensamiento de la CEPAL, sino continuo una dependencia del norte respecto a su apoyo EUA, con su política anticomunista y favoreciendo la ayuda política, económica, militar y el acceso a su mercado.(6)

³ Según la cronología de la registraduría en el voto describe en “1886 Se redacta una nueva Constitución Política. Se mantiene el sistema de voto indirecto para presidente y directo para concejeros municipales, diputados y electores” (79)

*asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud*⁴(9) es decir el servicio de salud ya se contemplaba los actores privados que manejarían recursos del estado o prestarían servicios a las diferentes poblaciones para lograr disminuir problemas de cobertura, pero no solo ello, el estado definiría cuales servicios serian netamente gratuitos para toda la población, cuales no lo serian y por esta razón la descentralización y autonomía territorial está amparada en un estado garantizado derechos, pero también le disminuiría responsabilidades a nivel central.

En la constitución de 1991 se ve claramente que el establecimiento a pesar de la votación popular se queda con el mayor poder político para tomar sus decisiones por las relaciones de poder e implementar el modelo económico a nivel nacional “las transformaciones neoliberales en marcha, traducidas ya al ordenamiento, según se ha visto, y, por la otra, de la constitucionalización del orden de un Estado social de derecho.

Oscar Mejía sostiene que en la Constituyente se enfrentan dos proyectos políticos: uno neoliberal y otro socialdemócrata. Mientras que el primero contiene una visión precisa de los aspectos centrales de la política neoliberal que habrán de incorporarse al texto constitucional, el segundo posee una plataforma centrada en el discurso del Estado social de derecho (y de los derechos fundamentales). Aunque en el texto constitucional se aprecian ambos enfoques, se habrá impuesto el proyecto de los liberales (8).

Es decir se establece el proyecto económico por las mayorías sobre el derecho, con una clara tendencia a la propiedad individual sobre la social, que permitirá la transformación en políticas laborales, sociales (pensiones, salud, educación), permitiendo la descentralización del estado, con miras a una transformación que disminuya la inversión social y consolide el

⁴ Congreso de la república, Ley 10 del 90, por el cual se define como un servicio autónomo desde las entidades territoriales, pero también define el fin económico de los servicios privados. (9)

proyecto neoliberal en el país como fueron las recomendaciones desde la década de los 80 impulsadas por el FMI y BM, generando dependencia sobre las potencias en especial EUA.

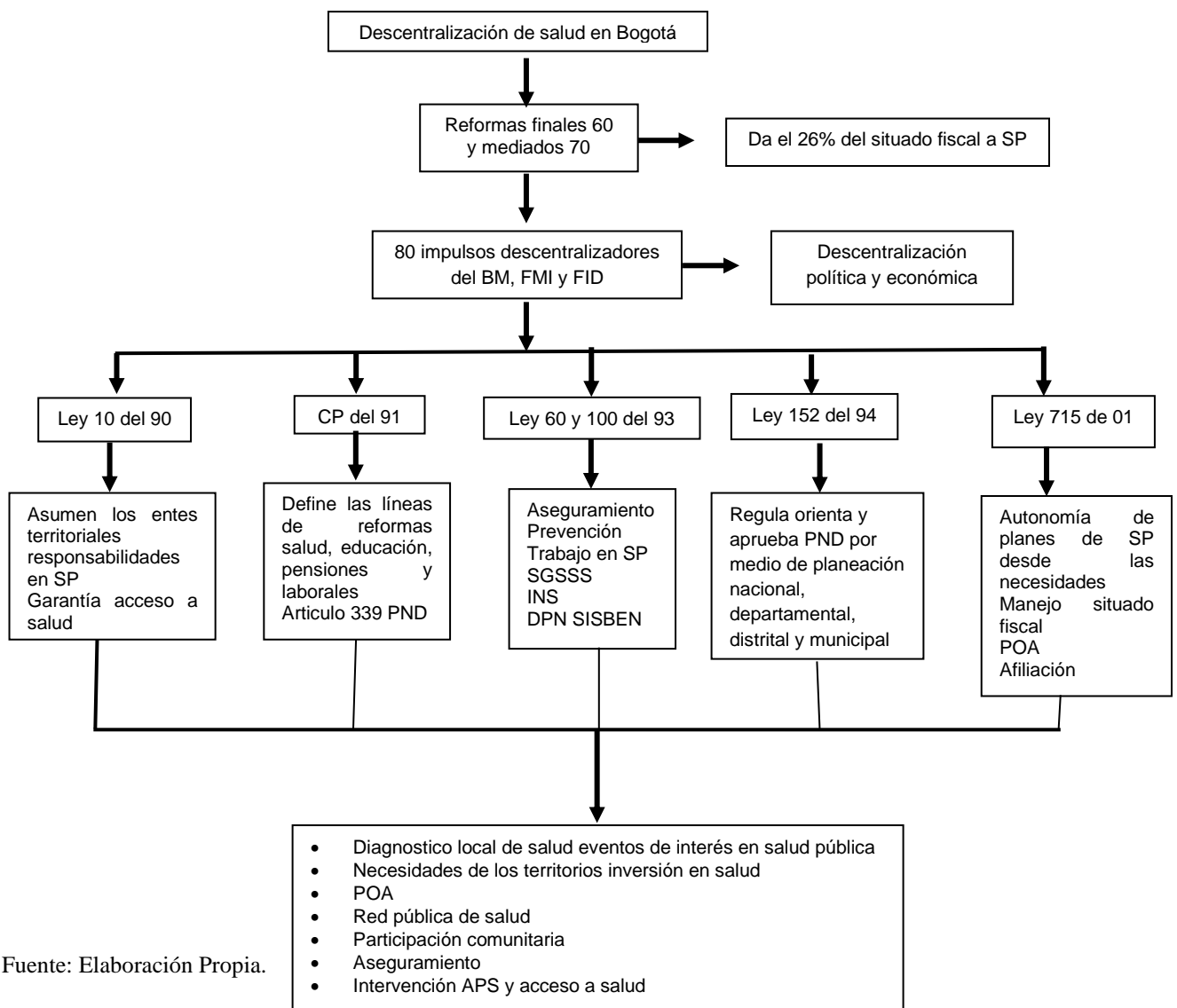
Con la creación del SGSSS se evidencia que la salud pública tiene una mayor postura a intervenciones preventivas, pero durante la implementación se disminuye la importancia de un modelo preventivo de esta en un sistema asistencialista individual, generando crisis en territorios por la falta de continuación de programas o educación en enfermedades manejadas en territorios geográficos específicos, lo cual disminuye en gran medida la participación que se daba en la ley 10 del 90 con la reforma y asignación a actividades territoriales sobre el manejo de entidades territoriales; por esta razón se hace necesario desde el gobierno crear una ley que permita salvar la descentralización y tener mayor control sobre los dineros destinados en los diferentes niveles local, departamental y central.

La propuesta de la ley 100 se fijó una meta de afiliación universal para el año 2000, sin embargo esta no se alcanzó a realizar y con la implementación del SGP se prolongada esta sin fecha de cumplimiento por las condiciones económicas y laborales del país, sin mencionar la crisis financiera del sistema de salud, permitiendo al gobierno la afiliación progresiva de la población vulnerable y sin capacidad de pago poco a poco por los gobiernos territoriales, continuando con la implementación desde el 1994 aquellas personas que cumplieran el nivel I y II del SISBEN propuesto desde planeación nacional.

Continuando en la reorganización y con la línea económica del país, el estado continuo con sus reformas a las instituciones; En 1993 es el inicio de las principales reformas relacionadas con descentralización; *“La cercanía temporal en la expedición de la Ley 60 y la Ley 100 contribuyó en su diferencia de enfoque. Por tal motivo, durante la transición hacia el nuevo sistema de salud se evidenciaron vacíos normativos y ambigüedades (Guerrero et al., 2014; Barón 2007). En palabras de Santamaría et al. (2001), los inconvenientes radicaban en: i) la duplicidad de competencias entre entidades territoriales, ii) la inequidad e ineficiencia en la asignación y distribución de recursos, iii) la ineficiencia en la gestión de la oferta pública hospitalaria y, iv) las deficiencias en la gestión descentralizada en salud pública. Sumado a esto, la crisis económica a finales de los noventa limitó el recaudo tributario y*

por lo tanto los ICN. Este hecho significó una desmejora en el situado fiscal y las participaciones municipales, lo cual condujo a una situación de desequilibrio fiscal en cuanto a los recursos para inversión social, especialmente en salud (Bonet et al., 2014).”(7); es decir la implementación de nuevas leyes género en el contexto problemas territoriales para su financiación a nivel de las participaciones, motivo por el cual la salud pública se vio gravemente afectada y la atención de la población limitada, por las malas proyecciones frente al aseguramiento y acceso por un sistema inefectivo a nivel territorial.

Esquema 1: Proceso de descentralización en salud en Bogotá



Fuente: Elaboración Propia.

1.1.3. Contexto de distribución de recursos de salud

La transformación de inversión de recursos por parte del estado se viene reformulando desde el modelo cepalino a la descentralización y el proceso de reformas de salud de un estado centralizado a uno territorial que tenga las facultades de la toma de decisiones y con ello se logre aplicar los lineamientos del estado respecto a participación comunitaria y diagnósticos específicos de salud.

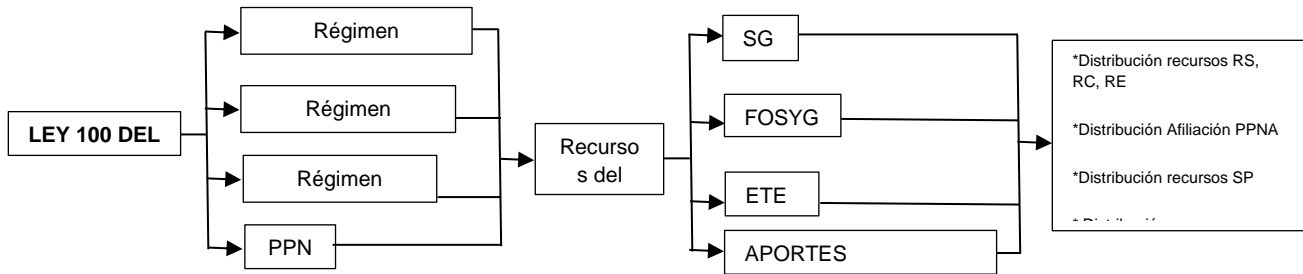
Luego de la implementación de la ley 100 de 1993 se crea el sistema general de seguridad social en salud SGSSS, el cual es el que regula la inversión dependiendo de los planes estatales por el producto de inversión nacional regulado por ministerio de salud y por el instituto nacional de salud, dependiendo de la notificación y el comportamiento de la morbimortalidad nacional, generados por territorios lo cual permite formular las principales eventos y problemas de salud pública que se puedan intervenir con prioridad municipal, distrital, departamental y nacional.

“El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada” (10), pero el continuo desfinanciamiento por falta del aumento de cobertura en el contributivo por las condiciones en el empleo en Colombia genera problemas de financiamiento en el sistema generando crisis.

Como se expresa textualmente el Observatorio nacional de Salud *“El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), desde su creación, ha tenido un progresivo aumento de*

recursos económicos para garantizar el cumplimiento de sus objetivos. En consecuencia, se diversificaron las fuentes de financiación entre las que se encuentran el Sistema General de Participaciones (SGP), el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), los recursos de la Empresa Territorial de la Salud (ETESA), las cotizaciones y los aportes departamentales y municipales durante el periodo de 1993 - 2008”(11) , el continuo aumento de los aportes para garantizar el acceso a la salud y la vinculación del sistema a los no asegurados sin capacidad de pago establecidos por la herramienta del sistema de Identificación de potenciales beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), la cual fue creada en 1994, como consecuencia de lo estipulado en la carta magna de 1991 donde se consagra el aumento del gasto social, y esta herramienta genera un número de puntos para los cuales la población es calificada para acceder a distintos programas sociales, entre ellos el régimen subsidiado en salud, con nivel I y II en la clasificación poblaciones vulnerables del sisbén.

Esquema 2 Contexto de Distribución de Recursos



Fuente: Elaboración Propia

1.1.4. Distribución de recursos de nivel central a Bogotá

La distribución de recursos depende netamente del comportamiento económico nacional, basado en el crecimiento o ventas de producto interno bruto, inflación económica y situado fiscal; también factores extrínsecos como el comportamiento de la deuda externa, la venta de empresas públicas, el comportamiento ambiental, factores de gobernabilidad, gobernanza y favorabilidad del estado. Se unen todas estas posturas en el debate del congreso y tomando la línea política fijada por el plan nacional de desarrollo o eventos nacionales (catástrofes, conflicto interno), lo cual genera el presupuesto nacional anual dentro de ellos el situado fiscal del SGP.

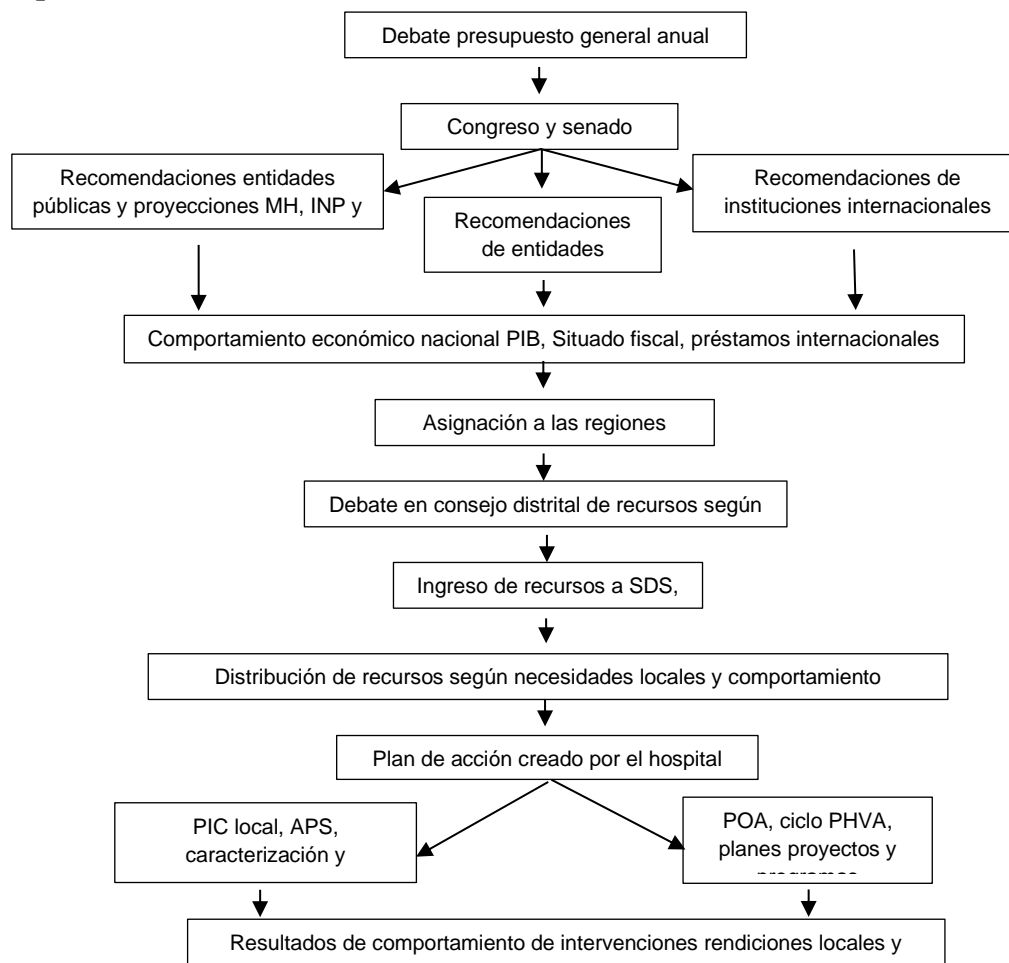
El debate en el senado y cámara es acompañado también por los planteamientos de los diferentes instituciones públicas o asesoras del estado privadas o ONGs acogiendo las recomendaciones externas (Organización de Estados Americanos OEA, Organización de naciones Unidas ONU, FMI, BM, BID) e internas como (FENALCO, ANDI, ministerio de hacienda MH e instituto nacional de planeación INP) quienes también intervienen en las relaciones de poder o alianzas con los decisores en la toma de favorabilidades políticas, por tal motivo se ve la relación de poder, como un situado para favorecer las líneas económicas anuales a quien tenga mayor injerencia sobre el congreso colombiano y con ello se permite definir el presupuesto anual de los cuales se desprende el SGP como ley orgánica y se distribuirán los recursos fiscales a departamentos, distritos y posteriormente a municipios o localidades.

El presupuesto nacional es presentado según las estadísticas y documentos estudiados por el MH sobre los comportamientos económicos del país y las proyecciones de la inflación, recomendaciones del INP, todas las recomendaciones de instituciones o alianzas del gobierno a nivel nacional, con miras en tratar los temas y destinar los recursos suficientes a la población en los diferentes planes, programas, leyes y proyectos, los cuales tienen líneas de desarrollo interinstitucional, institucional y alianzas público – privadas, en el caso del SGP estos situados fiscales se distribuyen a nivel nacional cumpliendo con los objetivos y estimaciones de planeación a las secretarías departamentales o distritales y estas sucesivamente a los municipios o localidades.

El presupuesto nacional generado anualmente fue definido por la Ley 111 de 1996 donde se prepara por parte del ministerio de hacienda y se presenta el presupuesto anual, este va a debate a senado y cámara a las comisiones económicas quienes debaten aprueban o redireccionan puntos al MH para reformularlos, luego se envía al congreso de la república para aprobación, este plan financiero generado en la ley de presupuesto anual hace la gestión y planificación del sector público operaciones de tipo monetario, cambiario y fiscal, un plan operativo anual de inversiones (concomitante con plan nacional con proyectos, programas y planes de inversión) y presupuesto anual de la nación (se compones de rentas, disposiciones generales). (12)

El ministerio de hacienda como lo mencionamos antes presenta su proyecto presupuestal el cual es definido por ingresos corrientes (tributarios y no tributarios), recursos de capital (donaciones, ganancias en inversiones etc.) y por último contribuciones parafiscales. Cuando es aprobado si no existe el presupuesto anual este se puede aumentar con los ingresos tributarios (nuevos impuestos o solo aumentar los existentes) para lograr alcanzar las metas de inversión anual. (12) A continuación, se presenta en el esquema 3 el recorrido de los dineros del SGP de nivel central a distrital:

Esquema 3: distribución de recursos desde lo central a lo local:



Fuente: elaboración propia

1.1.5. Contexto de distribución de recursos de salud

La transformación de inversión de recursos por parte del estado se viene reformulando desde el modelo cepalino a la descentralización y el proceso de reformas de salud de un estado centralizado a uno territorial que tenga las facultades de la toma de decisiones y con ello se logre aplicar los lineamientos del estado respecto a participación comunitaria y diagnósticos específicos de salud.

Luego de la implementación de la ley 100 de 1993 se crea el sistema general de seguridad social en salud SGSSS, el cual es el que regula la inversión dependiendo de los planes estatales por el producto de inversión nacional regulado por ministerio de salud y por el instituto nacional de salud, dependiendo de la notificación y el comportamiento de la morbimortalidad nacional, generados por territorios lo cual permite formular las principales eventos y problemas de salud pública que se puedan intervenir con prioridad municipal, distrital, departamental y nacional.

“El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada” (10), pero el continuo desfinanciamiento por falta del aumento de cobertura en el contributivo por las condiciones en el empleo en Colombia genera problemas de financiamiento en el sistema generando crisis.

Como se expresa textualmente el Observatorio nacional de Salud *“El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), desde su creación, ha tenido un progresivo aumento de recursos económicos para garantizar el cumplimiento de sus objetivos. En consecuencia,*

se diversificaron las fuentes de financiación entre las que se encuentran el Sistema General de Participaciones (SGP), el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), los recursos de la Empresa Territorial de la Salud (ETESA), las cotizaciones y los aportes departamentales y municipales durante el periodo de 1993 - 2008”(11) , el continuo aumento de los aportes para garantizar el acceso a la salud y la vinculación del sistema a los no asegurados sin capacidad de pago establecidos por la herramienta del sistema de Identificación de potenciales beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), la cual fue creada en 1994, como consecuencia de lo estipulado en la carta magna de 1991 donde se estipula el aumento del gasto social, y esta herramienta genera un número de puntos para los cuales la población es calificada para acceder a distintos programas sociales, entre ellos el régimen subsidiado en salud, con nivel I y II en la clasificación poblaciones vulnerables del sisbén.

1.2. Marco Político - Normativo

1.2.1. la ley 715 y sus efectos locales:

La ley 715 se crea por el gobierno el 21 de diciembre de 2001 para continuar con la descentralización iniciada en la década del 80, es una ley de carácter orgánico por la cual se reglamenta el sistema general de participaciones (SGP) que maneja los recursos de nivel central y los distribuye a nivel territorial para educación, salud y saneamiento ambiental, acentúa el manejo de los recursos desde la ley 10 del 90, ley 60 y 100 del 93, por la cual se ejecutan los recursos para educación básica primaria y secundaria, las secretarías de salud municipal, departamental y distrital en programas de salud pública, aseguramiento y la creación de acueductos y servicios públicos básicos en los sitios donde no existen estos.

La ley 715 es una ley orgánica de la nación la cual se genera del presupuesto nacional anual y los recursos dados son de carácter de gastos de funcionamiento, estos dineros son las transferencias de las cuales se destinan un 58.5 % para educación, 24,5 % para salud (aseguramiento y salud pública) y 17 % para propósitos generales (saneamiento ambiental), quien unido con el presupuesto general de regalías se redistribuye a los diferentes territorios (distritos, departamentos y municipios) (13)

El SGP es aprobado por el congreso con el objetivo de descentralización administrativa, sin embargo no genera autonomía territorial ya que las políticas de sistema educativo y salud, a nivel departamental o distrital (nivel medio) y municipal o de la localidad (nivel bajo) se tiene que entrelazar para lograr engranar la política a nivel central estatal determinada por PND presidencial y lineamientos de ministerios con el territorio, generando los dictámenes a que se apliquen de forma vertical, lo cual limita la cultura en un contexto específico y el pensamiento por medio de la construcción local de autónoma.

Aquí es importante y necesario entender la conformación del estado centralizado neoliberal como generador de PP, gerente del SGP respecto al presupuesto anual y su relación directa con la inversión de los territorios: los grandes representantes del senado y cámara son elegidos en las regiones con concentración demográfica mayor, lo cual permite que no todos los departamentos alcancen el umbral de representante en el gobierno, generando silencio en las políticas que afectan a regiones marginadas, pobres y afectadas por el conflicto interno (movimiento guerrillero, paramilitar y narcotráfico).

Como se expresa a continuación *“La Ley 715 de 2001, a través de la cual se modifica la Ley 60, otorga al Conpes⁵ la exclusiva competencia de definir el instrumento de focalización a ser utilizado en el régimen subsidiado, y establece que su información debe ser actualizada cada tres años (artículos 48 y 94). Otorga al Sisben la función adicional de determinar la “población pobre por atender”, que corresponde con los vinculados de los municipios: quienes carecen de capacidad de pago y no están afiliados al régimen subsidiado. Del tamaño de esta población dependen las transferencias nacionales a los municipios para salud.”* (14), afiliar progresivamente a la población vinculada es una obligación del SGP donde da lineamientos a la entidad territorial, para la afiliación de la población al POS subsidiado por medio de una EPS-S, la cual se determina directamente desde el municipio quien realiza la aplicación del sisben para los diferentes programas de asistencia gubernamental a las personas en situación de vulnerabilidad.

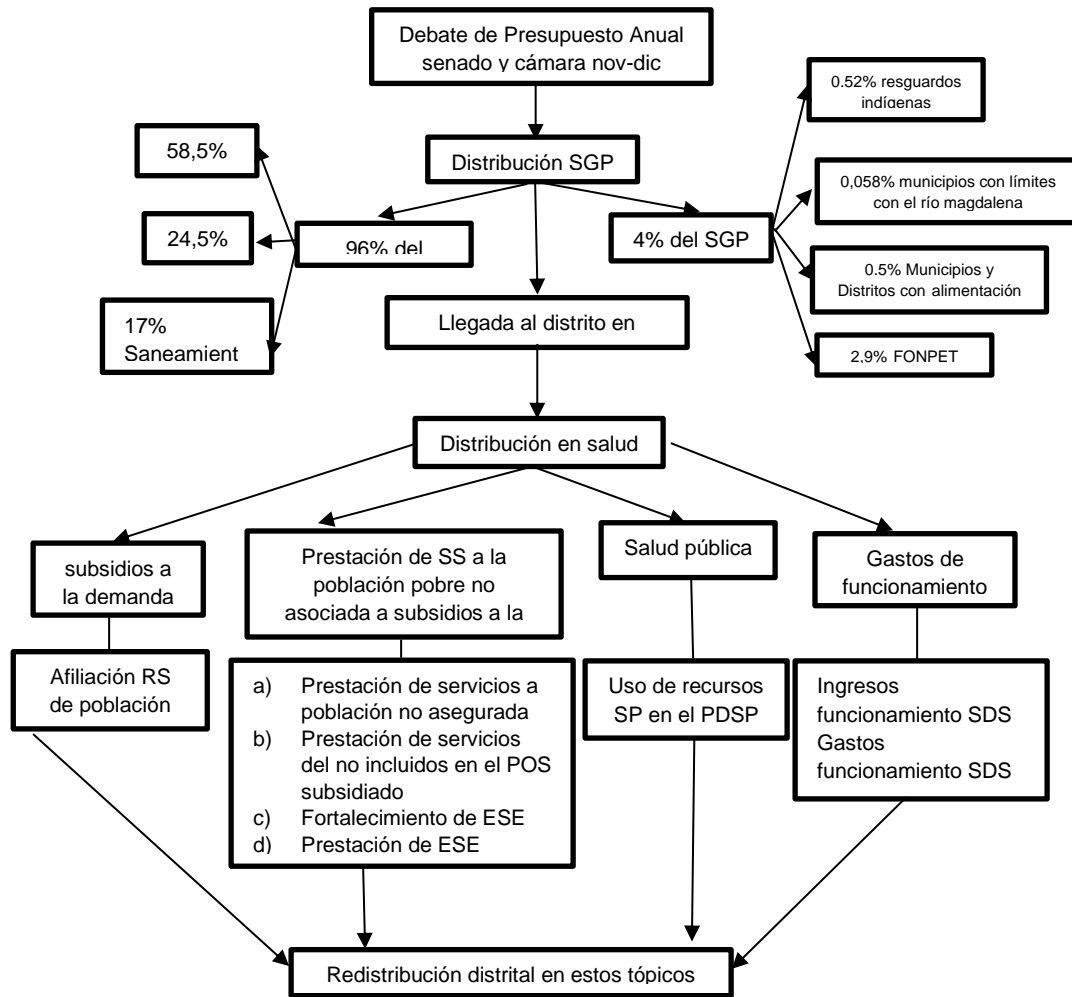
⁵“El Consejo Nacional de Política Económica y Social — CONPES — fue creado por la Ley 19 de 1958. Ésta es la máxima autoridad nacional de planeación y se desempeña como organismo asesor del Gobierno en todos los aspectos relacionados con el desarrollo económico y social del país. Para lograrlo, coordina y orienta a los organismos encargados de la dirección económica y social en el Gobierno, a través del estudio y aprobación de documentos sobre el desarrollo de políticas generales que son presentados en sesión”(80)

Como lo expresa Fresneda: *“El régimen subsidiado de salud es pieza clave de la reforma del sistema de salud aprobada por la Ley 100 de 1993. Ésta definió el marco normativo y el entorno institucional para la aplicación del derecho irrenunciable a la seguridad social sancionado por la Constitución de 1991, como un servicio público obligatorio que se ejerce bajo la dirección y el control del Estado. Y buscó responder a los problemas de inequidad, ineficiencia y mala calidad en la prestación de los servicios de salud. Para ello introdujo una nueva asignación en las funciones y responsabilidades de los agentes y definió los campos de intervención del Estado para garantizar los principios constitucionales, y ejercer las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia, regulación y control que le corresponde cumplir.”*(14); es decir el régimen subsidiado le da la participación de carácter público y estado de derecho que permiten mejorar situaciones de desigualdad social en el marco de atención en salud para personas en situaciones de vulnerabilidades. Pero no con ello garantiza el acceso y la buena atención como se expresa en el cotidiano.

De esta manera el municipio con el SGP busca disminuir o incidir en las situaciones de salud de la población, en su formulación se propone que la entidad territorial de salud tiene que garantizar los programas de salud pública a nivel colectivo, individual y con ello disminuir en la incidencia y prevalencia de las enfermedades, entre las cuales tratan a la lepra como una enfermedad con recursos especiales y apoyo económico, de salud y desarrollo al municipio de Agua De Dios⁶

⁶ Municipio ubicado en Cundinamarca donde se han manejado las personas que tienen la enfermedad de Hansen, que se han refugiado en el inicio y ahora viven en este municipio desde el siglo XVIII, donde el gobierno ofrece atención integral a los habitantes con lepra.

Esquema 4: Distribución y redistribución de la ley 715 en salud



Fuente elaboración propia.

1.2.2. La descentralización de Bogotá y localidades en el campo de la salud

“La propuesta de descentralización en Bogotá tiene dos principios constitucionales descentralización administrativa y autonomía; con la ley 10 del 90 se permiten crear los planes de salud local, distrital, departamental y municipal, participación comunitaria, manejo de presupuestos y administración de estos con los principios de universalidad, participación comunitaria subsidiaridad y complementariedad, integración funcional de sistemas de salud” (15); esto permite sin dudas al distrito que se empiecen a crear proyectos, planes, proyectos de política pública, en concertación con los principios de salud como derecho, construcción y participación comunitaria, enfoque de descentralización (de lo

central a lo territorial) y desconcertación (de lo territorial a lo central), mejorar la atención, acceso y calidad de la salud y articulación de la red pública, privada o mixta optimizando los recursos en salud.

La SDS describe que esto permite una vía de descentralización en la salud pero solo para el subsector oficial redefiniendo la parte operativa y financiera que correspondía administrar los entes territoriales desde primer a tercer nivel de atención para departamentos, distritos y municipios y la nación manejaría cuarto nivel por patologías o grupos especiales de edad(15), es decir la atención en salud pública queda administrada por el territorio y él es gerente de su implementación respecto a la identificación, formulación, ejecución, control, retroalimentación y evaluación de las acciones de salud pública que permita disminuir el riesgo y las enfermedades que afecten a la población bajo su administración.

Para la implementación de la ley 10 de 1990 la secretaria de salud estudio su territorio, población e implemento un diagnóstico distrital basado en identificar los últimos 10 presupuestos manejados, diagnósticos poblacionales y capacidades de respuesta territorial, crea un plan de salud al consejo de Bogotá y este da el acuerdo 20 de 1990 que le da una nueva estructura a la SDS que venía siendo manejada por dos entidades el servicio de salud y la secretaria de salud y se crea SDS, la cual fue integrada por personas naturales o jurídicas, por organismos, agencias y dependencias de los subsectores oficiales, privados y otros sectores que realizaban actividades que incidían en la salud distrital,(15) por medio de este acuerdo se integra a como cabeza de nivel central del distrito la secretaria de salud, que fue un trabajo mancomunado de los diferentes trabajadores en identificar la población del distrito y sus necesidades para crear un plan de salud que afectaba a las diferentes localidades de Bogotá.

Pero el proceso de la descentralización de la secretaria de salud empieza en la década del 60 del siglo XX por medio del decreto 3133 de 1968 en el cual el alcalde delega al secretario de salud por elección directa, se crean organismos colegiados de control y consejos dependientes de la dirección de la secretaria de salud, estos solo asesoraban, estudiaban, analizaban y presentaban diagnostico sin tomar decisiones (15); se crean los siguientes consejos y dependencias:

- Consejo técnico: asesoraba técnica y administrativamente a la secretaria.(15)
- Comité de personal y relaciones laborales: contratación, plan de formación personal.(15)
- Consejo comunitario de salud: permitía la participación de la comunidad a nivel barrial, de localidad y distrital(15)
- Consejo distrital de instituciones adscritas: está el fondo financiero los hospitales adscritos a la red pública con mecanismos de coordinación, organización, evaluación y prestación de servicios de salud y evaluar integración funcional de estos y el proceso docente asistencial de estos.(15)
- Educación y servicios públicos: la secretaria de salud tenía que trabajar de la mano con espacios interinstitucionales para evaluar decisiones correspondientes a efectos ambientales y de factores que afectarían indirectamente la salud poblacional consejo distrital de integración funcional de los servicios de salud.(15)
- Áreas administrativas: eran las de más alto nivel y asesoraba la toma de decisiones
- Oficina jurídica: asesoraba la toma de decisiones, procesos y actividades administrativas(15)
- Subsecretaria general: con la división de la veeduría interna la cual manejaba el control y evaluación de los procesos respecto a implementación, ejecución, control de planes proyectos administrativos, mejorar la gestión administrativa basados en la eficiencia de recursos administrativos y garantizar la correcta prestación de servicios de salud(15)
- Subdirección administrativa y financiera: coordinaba la gestión administrativa e información para la toma de decisiones, además elaboraba planes, proyectos, programas y políticas de apoyo administrativo al plan distrital de salud y dirigía la parte operativa presupuestal y contable del fondo financiero distrital (FFD).(15)
- Áreas misionales: estaba la planeación en el proceso global de planeación distrital por medio de las fases de planeación distrital las cuales eran el diagnostico, concertación programación, proyección financiera, de presupuesto y su respectiva evaluación.

- Sistema de información en salud: el cual aportaba datos de salud reales aportados por los hospitales e investigación distrital y permitía orientar y apoyar la planeación en salud distrital.(15)
- Subsecretaria científico técnica: era la subdirección operativa en torno a las políticas distritales por la secretaria de salud y realizaba vigilancia y control(15)
- Vigilancia epidemiológica: manejaba la atención individual y colectiva que afectara la salud, identificaba factores de riesgo ambientales, personales, sociales y políticos que afectaran al distrito.(15)
- Atención medica ambulatoria: manejaba la salud ocupacional, salud publica identificando factores de riesgo que con llevaba por consumo de alimentos, factores contaminantes, de riesgo en el nivel I era colectivo, nivel II y III era individual. (15)

Lo anterior que se describe era como subdirecciones, comités y consejos se crearon para la atención en salud por la secretaria de salud; la relación con los hospitales era solo de asesoría y recomendación ya que cada institución tenía gestión administrativa y se crea el comité comunitario distrital de salud el cual velaba por el plan distrital de salud coherente con el plan de desarrollo de Bogotá, esta negociación dependía de la participación comunitaria y la autonomía de esta en la toma de decisiones basados en un modelo cultural que respetara prácticas y tradiciones en salud.(15)

Vemos como la secretaria de salud permite la implementación de varios organismos para la toma de decisiones y la integración de la salud al distrito favoreciendo la participación comunitaria, es decir el proceso de descentralización de la salud en Bogotá empezó mucho antes que a nivel nacional favoreciendo la toma y enfocando al manejo de salud pública como lo proponía la ley 10 del 90.

Luego de la ley 10 del 90

El manejo de recursos de salud luego de la implementación de la ley 10 del 90 en el distrito lo hace el FFD cuya misión era antes de este recaudar y administrar los recursos de salud del distrito por medio del situado fiscal, rentas cedidas al distrito, el valor del seguro a vehículos de motor y la totalidad de recursos manejados por distrito especial de Bogotá provenientes de diferentes fuentes públicas y privadas destinadas al sector salud, esta

reorganización de FFD fue creado en el acuerdo 20 del 90 quien lo define como un establecimiento público de orden distrital, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente quien funcionaba con personal de SDS y el ordenador del gasto era el secretario distrital de salud delegado por el alcalde, la distribución de los recursos se hacía teniendo en cuenta cobertura por cantidad, calidad y costo de los servicios efectivamente prestados y actividades realizadas según a eficiencia de cada institución hospitalaria.(15); es decir el FFD entro a manejar todos los recursos destinados a la salud en cabeza del secretario de salud que se encargara de la distribución de los recursos que se reciben de nivel central a nivel de localidad, el velara por la adecuada inversión de estas dependiendo de los planes, proyectos y programas desde la SDS a lo local y orientara la adecuada inversión de las necesidades de la ciudad, definido por las entidades adscritas (hospitales) en los tres niveles de atención, donde cada uno tenía gestión administrativa, personería administrativa y autonomía, dependiendo de los enfoques de plan de salud nacional, distrital y plan de ordenamiento territorial.

En el acuerdo 20 de 1990 del consejo distrital de Bogotá, se definen los diferentes niveles de atención; pero también se crea el centro regulador de urgencias y emergencia (CRUE) en el plan distrital de prevención manejo de urgencias:

- Primer nivel: integrados por UBA, CAMI unidades primarias de atención, hospitales locales donde debían tener actividades de planeación, coordinación intersectorial en los centros de atención del distrito y en especial con la alcaldía local.
- Segundo nivel: caracterizado por la atención individual de especialidades básicas, cirugía general, ginecoobstetricia, medicina interna, ortopedia, urgencias y tenían actividades de planeación y coordinación con primer nivel, SDS, alcaldía mayor y local.
- Tercer nivel: integrada por servicios especializados, oftalmología, gastroenterología, oncología, cardiología hemodinamia, electrofisiología, entre otros.

De 1993 a 1996

El decreto 1298 de 1994 el cual es el estatuto orgánico del sistema general de seguridad social en salud, la ley 60 de 1993 generando el decreto 1170 de 1994 el cual reforma los artículos 14-15 y 16 de la ley 60 del 93 los cuales hablan de la administración autónoma del situado fiscal para la salud de los departamentos, distritos y municipios.(15), la SDS está inmersa en el SGSSS, reglamenta los planes proyectos y programas, caracterizados por la participación comunitaria y afiliación al sistema de salud de población vulnerable, pero también regula la participación de las diferentes EPS y ARS en la adecuada prestación de servicios de salud del régimen contributivo y subsidiado en las empresas públicas, privadas y de carácter mixto, como también se sigue construyendo el plan de atención básico que es el que maneja la atención en salud local dirigidas y reguladas por los hospitales locales con interacción de las alcaldías locales y el distrito.

De 1996 – 2006

La salud se rige como servicio público a cargo del estado y toda la población debe tener acceso a la universalidad en los regímenes (contributivo, subsidiado, especial o privado) y regula el sistema por medio de la dirección, coordinación, asesoría, vigilancia y control por tres grandes procesos en la SDS:

1. Salud pública: investigación de la morbimortalidad, demanda de atención, ciclo vital, factores de riesgo y se encarga del diseño de políticas, planes programas y proyectos para resolver los problemas de salud colectiva y vigilancia epidemiológica.
2. Desarrollo del servicio: donde están geográficamente, son suficientes para las necesidades poblacionales del distrito, análisis de la oferta y demanda para desarrollar políticas, planes, proyectos y programas para mejorar la calidad de acceso, atención de los servicios de salud en todos los niveles del distrito.
3. Aseguramiento: garantizar el acceso de toda la población al SGSSS.

El decreto 1421 de 1993 como lo mencionamos anteriormente declara a la SDS como una entidad de nivel central por la CP de 1991 con un comité técnico y comité directivo con dirección de con el fin de orientar las PP del sector.(15)

Este decreto permite la reorientación de los mecanismos de participación comunitaria por medio de la descentralización y obliga a las localidades la desconcertación y autonomía para la toma de decisiones, trasfiere recursos para la inversión a nivel local; el consejo distrital de servicios de salud, crea la red pública hospitalaria y convierte a los hospitales en empresas sociales del estado (ESE), donde estas adoptan las políticas de desarrollo del sistema y permite la participación comunitaria en todos los niveles de atención, se crea la oficina de descentralización intra y extrasectorial, la oficina de participación social crea 20 direcciones locales de salud con los decretos 1171 y 1173 de 1997, se crea la oficina de atención al ciudadano quien regula quejas, reclamos y participaciones del colectivo o el individuo respecto a los servicios y decisiones en la prestación de la salud en el distrito.(15)

Se definen las áreas administrativas quienes recanalizan el dinero de gasto público, control interno, desarrollo de programas , el sistema de control interno evalúa el gasto interno, el autocontrol de los objetivos de los planes, programas y proyectos del sector salud y todos los procesos de la entidad, la oficina de gestión pública y autocontrol quien da las herramientas básicas para el desarrollo del sistema levantamientos y adaptación de procedimientos asistenciales, factores de riesgo, puntos de control, elaboración listas de chequeo, indicadores de salud bajo una perspectiva homogénea.(15)

La dirección administrativa se divide en dos, primero la dirección administrativa y dirección financiera en la cual está inmersa la ley 715 de 2001 y se diseñan políticas que garanticen la inversión adecuada del situado fiscal de los procesos de SGSSS de Bogotá respecto a estructuralización de planes programas, proyectos y aseguramiento de personas del sistema en cabeza del FFD. Dirección de talento humano, y en sus áreas misionales entra la salud pública y dirección de comunicación interna, externa y proyectos especiales, dirección de investigación, planeación y sistemas(15)

Es decir las diferentes transformaciones de la secretaria permite la descentralización del sistema de salud bogotano por sistemas locales de salud SILOS, los cuales son generados

por las alcaldías locales en compañía de los hospitales de primer nivel que manejan la salud a nivel territorial y divide las localidades en UPZ las cuales tienen puestos de salud que permite hacer planes proyectos y políticas de implementación para hacer acción al nivel colectivo y recanalizando por medio del SISBEN a la población pobre no asegurada según lineamientos SGSSS, estos procesos de transformación permitieron que el proyecto de descentralización por políticas neoliberales encaje y el distrito tenga adecuados procesos para el sistema de salud caracterizados en tres niveles de atención en la red pública y permita la atención por medio de gestores e información de SP como una de las direcciones de la SDS como una de las entes más importantes de la SDS y la intervención de colectivos a nivel territorial, como de las estadísticas en tiempo real para tomar acciones a nivel local y distrital de las necesidades de la población de salud.

1.2.3. Situado fiscal y su redistribución local

La descentralización amparada por las reformas al modelo económico general ha permitido que los territorios tengan autonomía en sus gobiernos municipales y departamentales, para la inversión del situado fiscal, sin embargo, estos también varían. De la formación de estos gobiernos y sus planes de desarrollo, que puede que garanticen o no la atención de vulnerabilidades y es generada por las variables en los actores de políticas públicas con factores sociales, culturales, políticos, religiosos, psicológicos y esto puede generar buenas redistribuciones o malos planteamientos respecto a las PP.

El situado fiscal esa amparado por el SGP *“Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”*(13)

Pero históricamente desde la década del 90 como lo expresa el banco de la república *“La Constitución de 1991, mediante sus artículos 356 y 357, otorgó nuevas responsabilidades y recursos a los gobiernos territoriales profundizando el proceso de descentralización en Colombia...Ley 60 de 1993 reglamentó la distribución de los recursos según los criterios mencionados en los artículos 356 y 357 de la Constitución de 1991.*

Situado Fiscal:

- 15% repartido por partes iguales entre los departamentos y distritos.
- 85% según usuarios actuales, potenciales y esfuerzo fiscal.
- *Destinación: educación (60%), salud (20%) y otros (20%)”(16)⁷*

Pero para el 2001 se realiza la reforma a los artículos 356 y 357 de la CP por medio del acto legislativo 001 de 2001; y con la implementación de la ley 715 se formula la distribución de los recursos por medio del SGP de los cuales el 4% del SGP, serán destinados (0,52% para resguardos indígenas, 0,058% para municipios con límites del río Magdalena, 0,5% distritos y municipios con alimentación escolar y 2,9% para FONPET Fondo de pensiones de entidades territoriales); el restante 96% por distribución sectorial de recursos (58,5% para educación, 24,5% para salud y 17% para saneamiento ambiental y acueductos). Se espera que después del periodo de transición 2004-2008 el SGP crecerá por medio ICN, basados en el comportamiento de los últimos 4 años.(16)

Los recursos se reciben anualmente en el mes de enero y se distribuyen según las necesidades de los territorios y este se recibe por los distritos, como los departamentos y se distribuyen según los planes de gobierno local para la inversión amparados en la constitución y donde la descentralización permite una autonomía y construcción territorial por medio de los debates y construcción de identidad cultural de territorio. Donde el situado fiscal se invierte si se realiza un ejercicio de construcción de poder y gobernanza en una buena inversión de dineros públicos para la atención en salud adecuada o si no podría desencadenar una pérdida de recursos públicos, lo cual genera problemas en la representación del gobierno local, generando la inconformidad de las masas poblacionales.

En el proceso de territorización de los recursos destinados se debe crear un plan financiero territorial que expone el ministerio de protección social (MPS), el cual es descrito como el

⁷ La descentralización permitió sin dudas al país focalizar la ayuda social, para entender en la presentación de Baron y Mesiel las miradas del proceso transformador del estado en la década de los 90 y como se construye el proceso de ingresos corrientes de la nación para atender poblaciones vulnerables en los municipios de Colombia, con mayor énfasis a educación con un 60%, salud 20% y otros 20% (saneamiento ambiental)(16)

instrumento de planeación, que integra y consolida la información sobre los requerimientos de los recursos y fuentes de financiación del SGSS, a nivel nacional, departamental, distrital y municipal con base en los siguientes elementos:

“-Subsidio a la Demanda, que involucra

a) Afiliación de la población pobre asegurada a través del Régimen Subsidiado.

- Prestación de Servicios de Salud a la Población Pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que involucra:

a) Prestación de servicios a la población pobre no asegurada.

b) Prestación de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios de la población afiliada al Régimen Subsidiado.

c) Programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado y Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero de ESE.

d) Prestación de Servicios de Salud a través de Empresas Sociales del Estado, en condiciones de eficiencia.

- Salud Pública

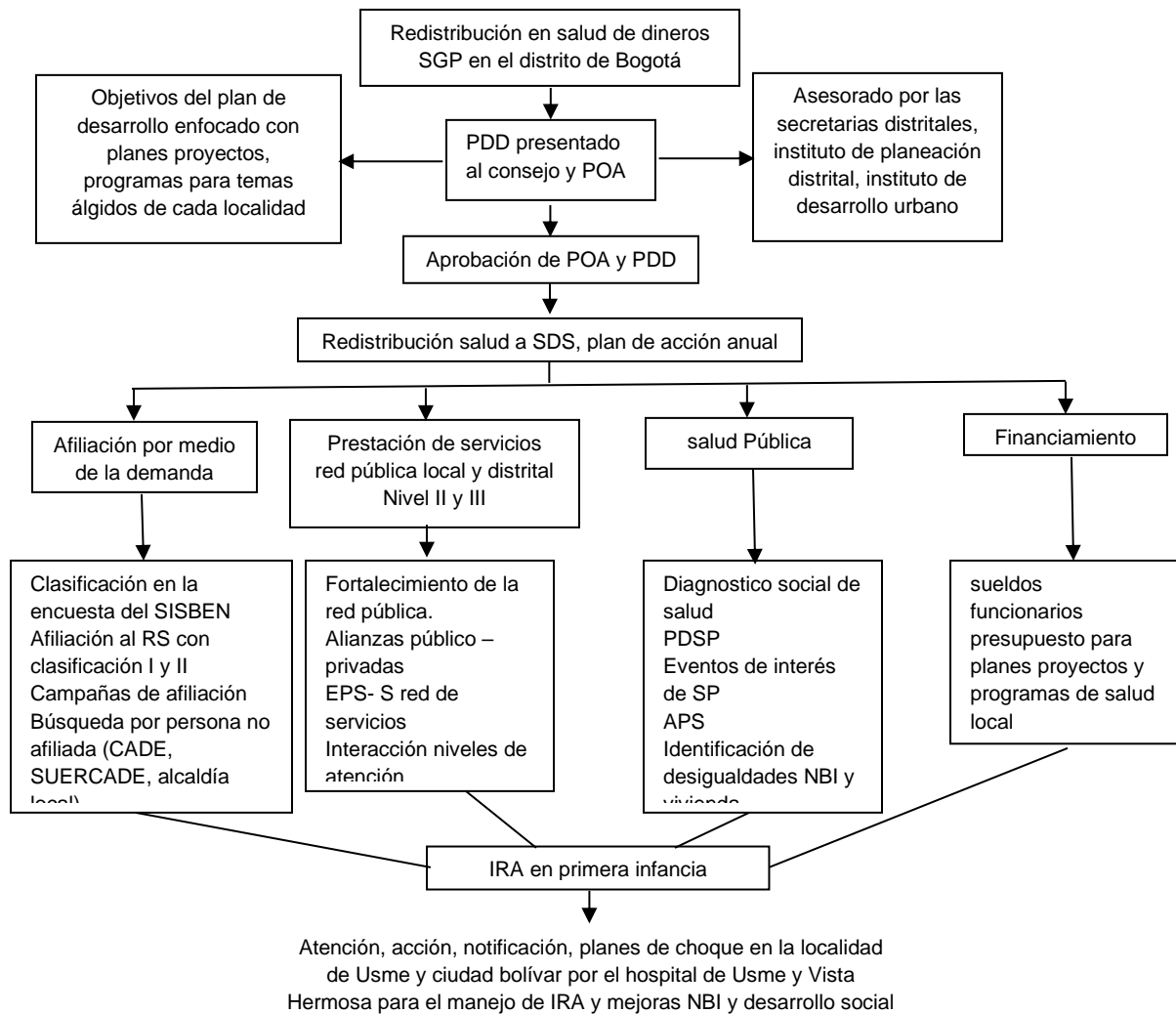
a) Uso de los recursos de salud pública, en el marco del Plan Decenal de Salud Pública.

- Gastos de Funcionamiento

a) Ingresos destinados al Funcionamiento de las secretarías de Salud Departamentales y/o Distritales.

b) Gastos de Funcionamiento de las secretarías de Salud Departamentales y/o Distritales.”(17)

Esquema 5: Redistribución a Nivel Bogotá



Fuente Elaboración propia

1.3. Marco de salud pública

1.3.1. Caracterización territorial de Usme

La localidad de Usme cuenta con la ESE hospital de Usme quien tiene un nivel 1 de atención es el gerente de salud de todo el territorio y tiene a su cargo 16 IPS del sector público las cuales están conformadas por 2 centros de atención inmediata CAMI, 7 unidades primarias de atención UPA, 6 Unidades básicas de atención UBA y salud pública de Usme que es la

cabeza de la dirección del hospital de Usme, la localidad está distribuida en 7 UPZ (unidades de planificación zonal) y constituida por 120 barrios y 17 veredas.(18)

Para la localidad de Usme el aseguramiento a la demanda se ve reflejado con 252.817 habitantes que corresponden al 48,8% a hombres y el 51,2% a mujeres de los cuales el 23,8% NBI tienen 5361 personas en miseria 2,9% del total de la población ocupando el 5 lugar de las localidades en situación de pobreza extrema y tiene un hacinamiento de 7,1% ubicándola en el segundo lugar a nivel distrital, presentando la IRA como mayor morbilidad con una tasa de 31,3% de consultas en primera infancia, durante enero 2001 a octubre del 2002 un 8,2% de la población desplazada arribó a Usme, con desnutrición aguda 13.19% y crónica 18.9% y el 100% de la población está caracterizada en nivel I y II del sisben según el plan de gobierno 2004.2008(19); lo cual es los siguientes periodos en primera infancia sigue siendo la enfermedad con mayor morbimortalidad en esta localidad en población de primera infancia, esto genera necesidades de ver el comportamiento de la distribución a nivel local en temas del SGP como lo es el aseguramiento y la disminución de eventos en interés de SP.

1.3.2. Caracterización territorial de ciudad Bolívar

La localidad de ciudad bolívar presenta el hospital de vista hermosa ese nivel 1 como organizador y coordinador de esta, está dividida en 8 UPZ y una unidad de planeamiento rural, tiene 326 barrios y nueve veredas distribuidas en su localidad, respecto a la estructura del sistema de salud está conformado por 5 CAMI, 6 UBA, 23 UPA, 1 hospital nivel II, un hospital nivel I y 1 institución de salud, donde se regulan por medio de la alcaldía local el por medio del trabajo intersectorial que permite el desarrollo comunitario, intersectorial y el trabajo a nivel local de desconcertación.(20)

La localidad de Ciudad Bolívar históricamente es la mayor localidad con población desplazada en el distrito de Bogotá donde las situaciones de NBI respecto al tratamiento, acceso a salud, afiliación, registro de menores a la notaría, vivienda generan que la IRA produce la primera causa de mortalidad de 1 a 5 años lo cual sin dudas es un espacio para entender evidenciar el SGP.

1.3.3. Como se distribuyen los recursos locales para la atención de la ira en primera infancia

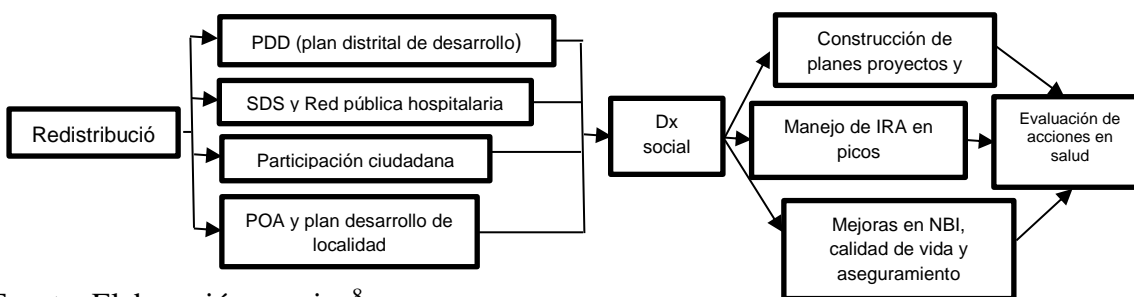
La alcaldía local anualmente recibe el proceso de redistribución de presupuesto por parte de la secretaria de hacienda distrital; este ha sido enfocado al plan de desarrollo distrital del alcalde electo, como los hospitales locales lo reciben de la secretaria de salud, por medio del diagnóstico local que se realiza por el hospital en colaboración con todas las IPS y de forma intersectorial con la oficina de planeación local y a participación comunitaria, se evalúan las fuentes de ingreso causas de morbimortalidad, estadísticas de SIVIGILA, necesidades básicas insatisfechas y crean un plan de atención en salud local el cual lo integran con los lineamientos de nivel nacional y el plan decenal de salud pública, donde se debate con las comunidades por medio de los gestores en salud las diferentes vulnerabilidades y necesidades de la población.

Las implementación del plan intervención de colectivos y plan decenal de salud pública, se regula por parte del MPS, el cual depende de los comportamientos estadísticos nacionales respecto al grado de morbimortalidad, crecimiento demográfico dado por medio de la investigación genera un diagnóstico y las recomendaciones de instituciones privadas, públicas o mixtas de ámbito nacional e internacional, donde por el proceso de gestión administrativa y descentralización en el cual está inmerso el distrito y la autonomía administrativa que da la reforma permite la participación ciudadana por parte de las organizaciones comunitarias, la interacción y construcción en salud.

La asignación de recursos depende del diagnóstico social de la localidad, por medio de esta se crea plan de acción del hospital de la localidad, tomando los principales problemas de salud y eventos de interés en salud pública encontrados en este, como de los recursos del SGP, dentro de estos se encuentran dineros salud pública del distrito que genera presupuesto anual en los POA, donde la secretaria también tienes lineamientos por medio de la construcción de la notificación del SIVIGILA lo cual permite tener recursos para atención en salud pública a nivel local, pero también intervienen en la disminución de estos casos, el control prenatal, la atención en salud, los comedores comunitarios, como las condiciones e intervenciones en NBI por las alcaldías locales, como los planes de desarrollo de la alcaldía

y la inversión en proyectos sociales para las comunidades, como la participación social en la construcción de territorio, en el esquema 2 se puede ver los efectos de redistribución por medio de las políticas públicas que afectan al territorio.

Esquema 6: efectos de redistribución



Fuente: Elaboración propia ⁸

Otras formas en que el SGP busca disminuir situaciones de salud es garantizando la nutrición con los comedores en los colegios, acceso a la salud y con ello buscar eliminar el analfabetismo, implementación de sistemas de agua potable para la población que busca bajar las tasas de infecciones agudas y el adecuado manejo de aguas negras, como acceso a NBI de las poblaciones en situaciones de desigualdad; permitiendo, que la localidad tome autonomía en las necesidades y permita la ejecución de planes proyectos y programas para invertir los recursos de la mejor forma buscando garantizar acceso a salud, educación y saneamiento ambiental a la población vulnerable.

1.3.4. Comportamientos de IRA en las localidades de estudio

La IRA en el país aún es una enfermedad transmisible de alta incidencia que genera impacto a nivel nacional y en población de primera infancia con tasas altas de morbimortalidad al ser una enfermedad de interés en salud pública y estar en los objetivos del milenio de los cuales Colombia busca eliminar al considerarse un país en vía de desarrollo, las localidades

⁸ Es necesario entender que la acción de salud pública tiene que partir de un diagnóstico epidemiológico local, para lograr entender las principales planes, proyectos y programas encaminados a disminuir en el caso de la investigación la incidencia de la IRA en primera infancia en las dos localidades durante tres periodos de gobierno centro izquierda donde sus premisas son la construcción y participación social en la autonomía territorial, para mejorar localidad de vida evaluando equidad de necesidades desde Amartya Sen, basados en la construcción individual y colectiva de salud.

en estudio tienen una gran carga de desigualdades sociales e inequidades lo cual hace que a pesar de ser Bogotá la capital del país, la ciudad con la mayor densidad poblacional, sigue teniendo casos de mortalidad en primera infancia por IRA.

Como lo expresa la guía del ministerio de salud “La infección respiratoria aguda (IRA) en menores de 5 años, genera en nuestro país una importante carga de enfermedad, con una alta prevalencia de morbilidad grave y una alta mortalidad, con unos costos sociales y económicos muy importantes.”(21) esto se evidencia porque muchas de las causas de mortalidad en IRA pueden ser evitables limitando las desigualdades y vulnerabilidades que vive la población en situación de pobreza.

A pesar que se han disminuido la tasa de mortalidad por IRA en el distrito se presenta incidencia y sobreocupación del sistema de salud en picos epidemiológicos causados por el invierno generando limitaciones en el acceso por la poca oferta de camas hospitalarias (unidades de cuidado intensivo y hospitalización) lo cual puede que se generen mayores condiciones de morbimortalidad en época de invernal.

Como lo expresa el MSPS en Bogotá se encuentran limitaciones para la oportunidad de prestación en la atención y es un punto álgido que se debe implementar en planes proyectos y programas en salud pública que busquen disminuir la carga social generada por la mortalidad en IRA en primera infancia las cuales son las siguientes:

1. “Se encontró para el 2010 que en un 66,2% de los casos analizados se evidenció la primera demora que significa la dificultad del cuidador para identificar los signos que orientan a una consulta a la institución de salud”(21) en este punto se puede identificar que a pesar de implementación programas de APS por los hospitales del distrito estos muchas veces tienen acceso y o modelos de educación culturalmente adaptados que generen resultados positivos en la población.
2. “En un 55,4% la segunda demora que corresponde a casos que habiendo identificado algún indicador que justificara la consulta no decidieron consultar”(21) por múltiples factores que pueden generar problemas de desigualdad social que se tendrían que realizar un análisis integral caracterizando estos casos con ingreso económico, nivel educativo, afiliación al sistema de salud,

posibilidades de traslado al centro de salud, entre otros que pudiera explicar situaciones de desigualdad social generadas por la inequidad en el territorio de Bogotá.

3. “En un 70,8% se halló la tercera demora, o situaciones relacionadas con problemas de accesos a la atención, asociado a fallas en el sistema de aseguramiento, el sistema de referencia y contra referencia, incluyendo en ello problemas en el traslado de pacientes entre las instituciones de salud o situaciones equivalentes”(21) lo cual puede ser generado en los picos epidemiológicos por sobreocupación de la red pública y privada que genera incidencia en la transmisión, limitaciones de planes de choque de las EPS para lograr captar casos o educación en signos de alarma que pueda limitar cuadros más graves como sobreinfección bacteriana.
4. “En un 92,3 % se identificó algún dato asociado a la cuarta demora, que incluye diferentes tipos de fallas en la calidad de la atención”(21) en este punto se podría generar fallas en el proceso de atención en el manejo integral de salud por IAAS, demoras en la atención, limitar la IOT (Intubación orotraqueal) por ocupación de UCIP y generar mayores complicaciones en el proceso de atención o adecuada remisión a niveles especializados de mayor complejidad III u IV.

Por tal razón los lineamientos desde nivel central obligan a las instituciones a realizar vigilancia activa y pasiva dependiendo su concepción y se debe reportar adecuadamente por SIVIGILA de la siguiente forma:

- Vigilancia centinela de ESI e IRA grave: instituciones de primer nivel que son clasificadas como unidades primarias generadoras de datos, quienes realizan investigación de campo en casos de mortalidad y análisis en comités de vigilancia epidemiológica COVES los casos presentados identificando causas y planes de mejora frente al comportamiento de la IRA.
- La vigilancia de IRAG inusitado: todas las instituciones privadas y públicas que tengas casos graves de IRA deben realizar la notificación de manera inmediata.

- Mortalidad por IRA: analizada en COVES y en visitas a IPS por entes de control SDS.
- Morbilidad por IRA: comportamiento epidemiológico que permite generar planes locales de contingencia, ampliaciones de atención en picos epidemiológicos y acciones de salud pública para limitar la sobreocupación en la ciudad.

En las localidades en de estudio presenta gran carga analizando que la primera infancia equivale aproximadamente a 1/10 de la población general y las vulnerabilidades que se presentan por situaciones de desigualdad social genera que estos territorios puedan contribuir a la carga de morbimortalidad por IRA en primera infancia por tal es importante comparar la población general con primera infancia.(22–26)

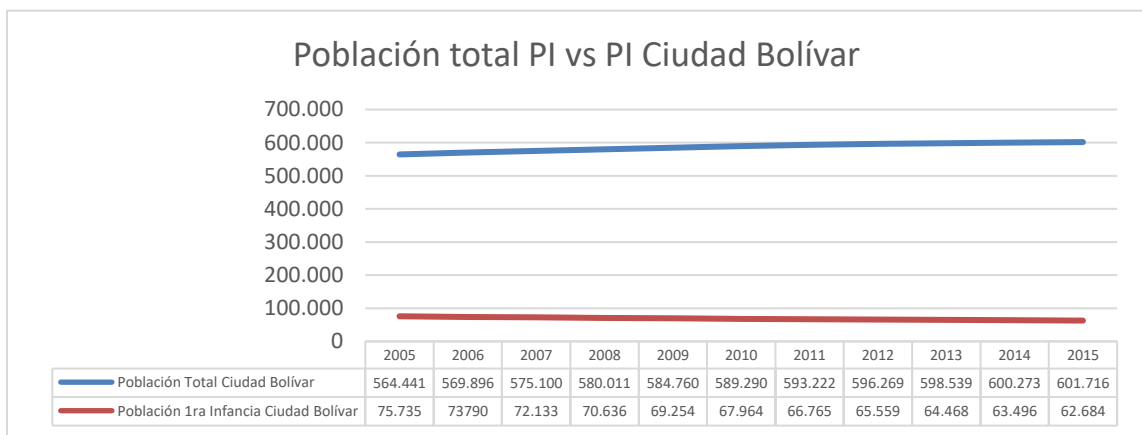


Gráfico 1 elaboración del autor con datos demográficos del distrito encontrados en Saludata(22–28)

En el gráfico 1 se encuentra la población de la localidad de Ciudad Bolívar comparada con la de primera infancia de la ciudad y se evidencia que a pesar de que ya se tienen impactos demográficos de crecimiento poblacional como está pasando en los diferentes países en desarrollo en la ciudad ya se ve la disminución de crecimiento de la población de primera infancia; sin embargo se puede analizar que la media en los años reportados se encuentra una media de 11.67% del total de la población lo cual es una carga alta que en casos de la tasa de mortalidad por IRA en PI en el 2015 una tasa de 5.9 en CB sobre 3.5 de Bogotá.

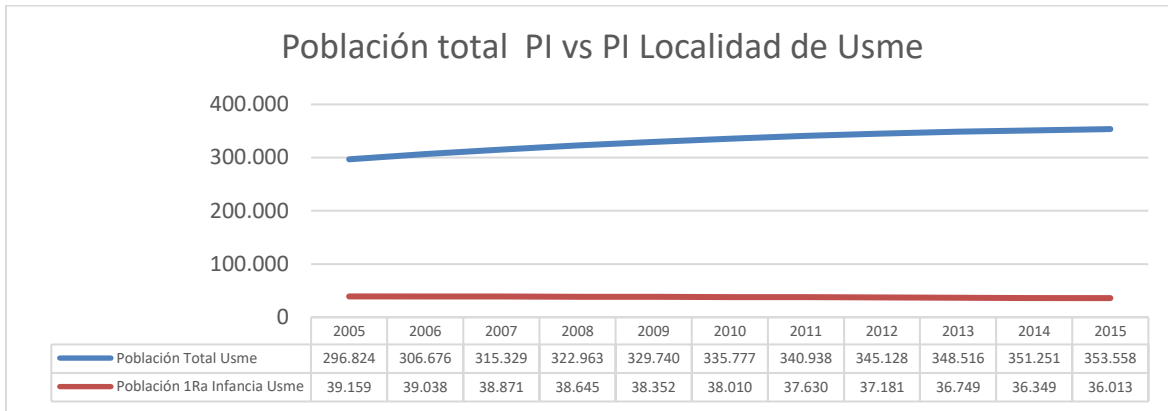


Gráfico 2 elaboración del autor con datos demográficos del distrito encontrados en Saludata(22–28)

En el gráfico 2 se encuentra el análisis comparado de la población de Usme con primera infancia total del distrito se evidencia que la media de la población en el periodo de tiempo de la gráfica equivale al 11.45% del total de la población de la localidad a pesar como se expresó antes también viene disminución de la primera infancia por cambios demográficos y disminución de la tasa de natalidad sin embargo para el año 2015 se encuentra una tasa de mortalidad de IRA 2.4 en la U comparada con la del distrito 3.5.

Por tal razón si se analizan el comportamiento de las localidades con respecto a la mortalidad de IRA en el 2015 se encuentra que Ciudad Bolívar es mayor que la de Usme sin embargo es importante resaltar que las CB tienen mayor población comparada con U, esto puede influir en la presentación de la tasa de casos de mortalidad por IRA en el 2015.

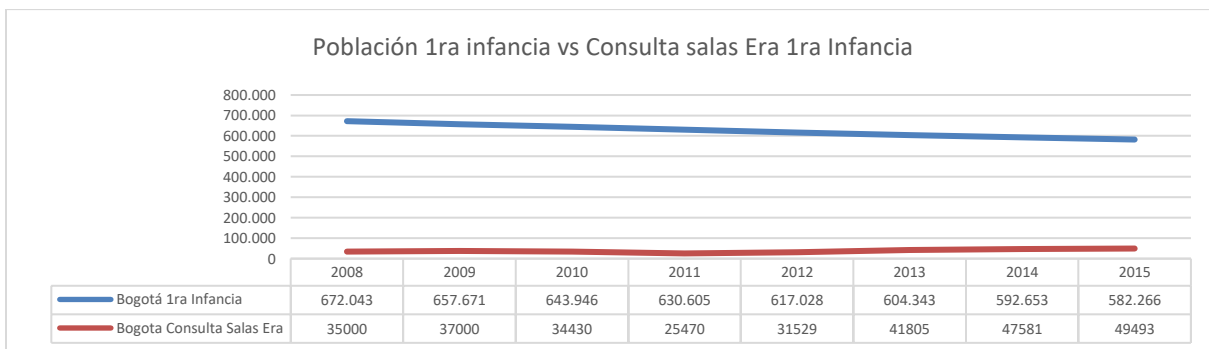


Gráfico 3 creación del autor con datos demográficos de primera infancia saludata y consulta salas ERA en Bogotá reportado por Bogotá como vamos periodo 2008-2015(22–28)

En el grafico 3 se encuentra un análisis del comportamiento de consultas entre salas ERA y población de primera infancia (PPI) de las 20 localidades encontrando que la consulta para el 2008 equivalía a un 5.2% sobre el total de PPI para el año 2015 8.5% del total de la población a pesar que en este periodo disminuye la PPI en 89.777 personas, se aumentó la consulta en salas ERA a 14.493 lo cual puede evidenciar que a pesar de que se aumenta la oferta e implementación de planes contra la IRA no es un problema resuelto y se siguen presentado alta carga de morbilidad para la población de primera infancia en el distrito.

Figura 2: Comportamiento de IRA 2004-2015



Fuente: Elaboración propia

En la figura 2 se muestran los principales factores que pueden influir en el comportamiento de mortalidad por IRA en la ciudad de Bogotá y se encuentra que, aunque la tasa de la ciudad en el 2007 6.1 en el 2012 de 9.2 por brote distrital de adenovirus y en 2015 de 3.5 según los datos de saludata(29), se evidencia una disminución con esfuerzos multidisciplinarios e intersectoriales buscando lograr las metas de los objetivos del milenio.

Pero el comportamiento de la mortalidad por IRA en primera infancia en Bogotá depende de los factores que se muestran en el figura los cuales influyen directamente a nivel local por población en situación de vulnerabilidad, como en las localidades de estudio mayor casos de IRA y a pesar que por el trabajo de las ESE nivel I y profesionales se disminuyen

a lo largo del tiempo aún persiste esta enfermedad trasmisible como enfermedad de interés de Salud Pública en el distrito como a nivel central.

1.3.4. Implementación del PIC y PDSP a nivel localidades a estudio

La resolución 425 de 2008 por el cual se crea el Plan de Salud territorial (PST) es el que regula la implementación de los territorios del PDSP e intervenciones colectivas por medio de la resolución 3033 de 2007, donde orienta a los diferentes niveles de organización estatal departamental, distrital y municipal la obligatoriedad de crear un PST el cual sea adaptado con las prioridades y metas en salud establecidas por PDSP.(30)

Los cuales tienen 6 lineamientos los cuales son:

- Aseguramiento.
- prestación y desarrollo de servicios de salud.
- Salud Pública.
- promoción social.
- prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales.
- emergencias y desastres.

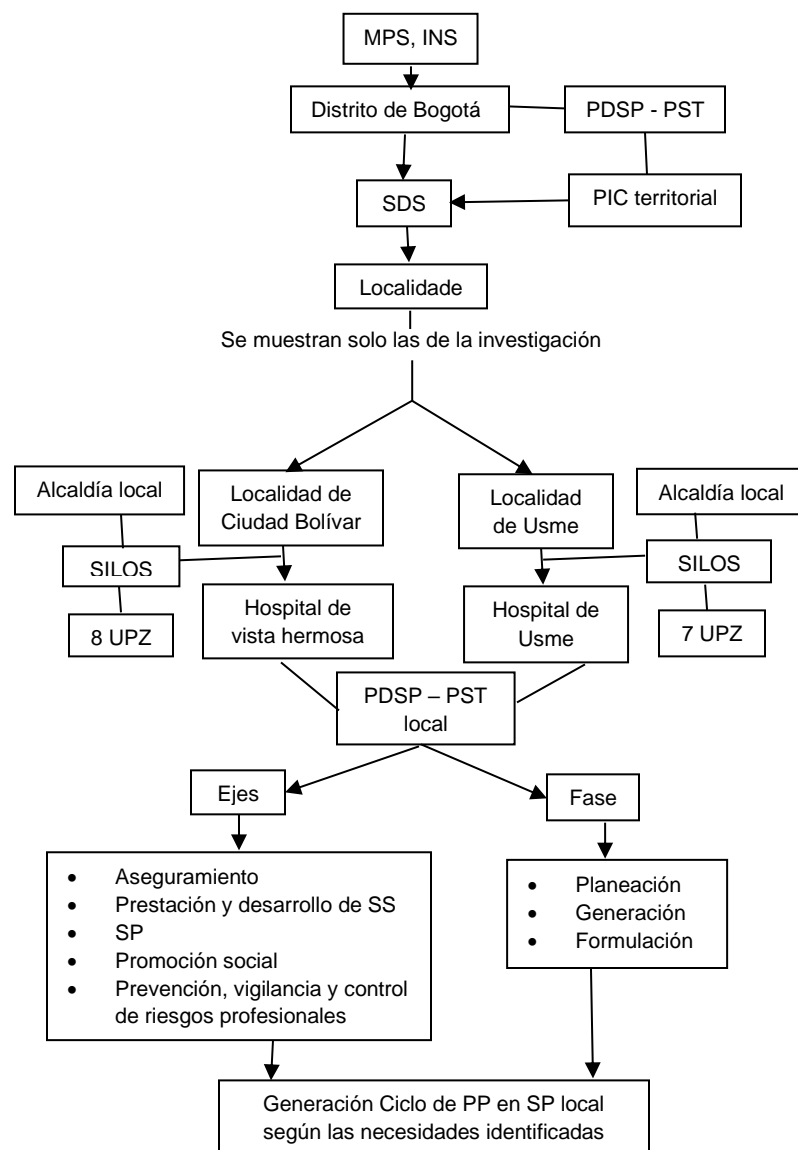
Estos se dividen en tres fases: la primera es la generación de condiciones de para la planeación (identifica, convoca, selecciona facilitadores, desarrolla encuentros, generación de acciones y demás que se estimen necesarias), la segunda es la generación del proyecto PST (el cual es la condensación de información, recomendaciones, planes, proyectos que se desligan de este) y tercera el diagnóstico general PST y formulación del anteproyecto (diagnóstico de situación de salud, visión o escenario posible misión del plan, descripción y priorización de problemas y necesidades, descripción de los objetivos anuales).(30)

La Síntesis del proceso de elaboración del PST: estudio aprobación, ejecución seguimiento, evaluación y control de PTS; la inversión es plurianual en periodos de 4 años enfocados a la ley orgánica del plan de desarrollo ley 152 de 1994, donde se describe que PST debe ir enfocado al plan de desarrollo distrital y este se ejecuta anualmente por medio de plan operativo anual que debe reglamentarse a más tardar el 30 de enero y mientras este no sea aprobado se debe trabajar con el anterior PST, para las acciones regulación es por medio del

modelo estándar de control interno MECI y sistema obligatorio de garantía y calidad en atención en salud.(30)

Entonces la implementación de del PDSP es en concordancia con el plan de desarrollo nacional, distrital y local el cual se implementa dependiendo de la construcción entre la comunidad, el diagnóstico y las necesidades poblacionales, ya que la descentralización en permite tener mayor efectividad a nivel local porque existe mayor interacción entre los diferentes actores de salud, con un diagnóstico más específico y eficaz.

Esquema 7: Implementación de planes, programas y proyectos



Fuente Elaboración Propia

1.3.5. Relaciones entre redistribución de recursos locales en salud y eventos salud pública en las localidades de ciudad Bolívar y Usme

Las relaciones de la redistribución en las 20 localidades se enfocan a mejorar la situación de salud a nivel territorial el cual es construido por la SDS y en general permite la transformación de necesidades en acceso, análisis de inequidades, vulnerabilidades y flujo de capital económico para su adecuado manejo y control de los dineros públicos, donde se debe enfocar a las prácticas de eficiencia, eficacia y tratamiento adecuado de recursos específicos.

La ley 152 de 1994 permite la formulación de planes de desarrollo en todos los niveles del estado(31), esto permite una formulación de recursos basados en las diferentes direcciones en este caso distritales, las cuales son reguladas por el SGP y se deben enfocar según los recursos de inversión y el PDD entrelazado con los lineamientos de nivel central.

Los eventos de salud pública identificados corresponden a situaciones que afectan la salud de la población que limitan el desarrollo social de las localidades y desde un punto de vista económico influye en el proyecto de vida, desarrollo local, reorganizaciones familiares, sociales y de capacidad de mano de obra, lo cual influye negativamente a nivel nacional impactando en la evaluación de niveles de desarrollo y necesidades básicas insatisfechas.

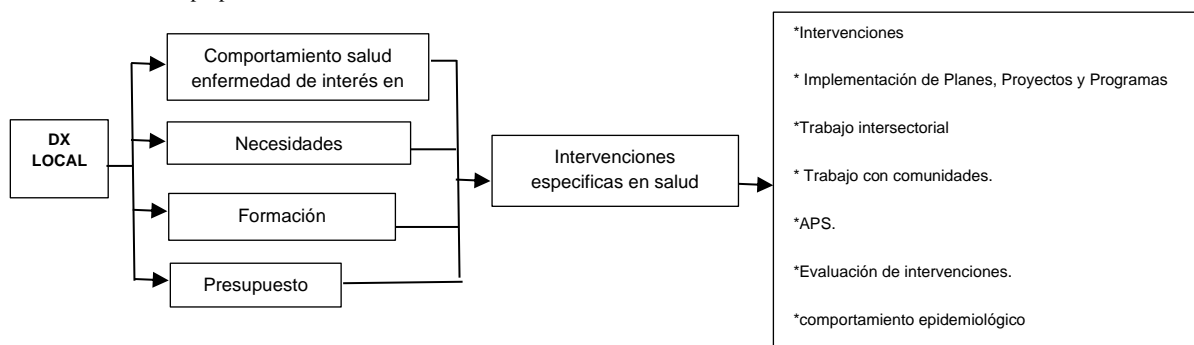
Respecto al diagnóstico local de Ciudad Bolívar con participación social cabe resaltar que para la formulación de este y su implementación en la atención en salud; el Hospital de Vista Hermosa ESE Nivel I hace un análisis de la relación territorio, población, ambiente y sociedad; los cuales interactúan en un contexto territorial, demográfico, socioeconómico y a la inversión para planes, proyectos y programas depende de la redistribución de recursos que anualmente son asignados para la inversión en educación, salud, saneamiento ambiental y con ello buscar por medio del trabajo intersectorial lograr disminuir las brechas de desigualdad e inequidad de la población.

Por esta razón los sistemas locales de salud son encabezados por el nivel I en el manejo de salud pública lo cual permite una interacción adecuada entre la comunidad del territorio y las necesidades de salud, con recursos generados anualmente como explicábamos

anteriormente el plan territorial de salud que corresponde a cada localidad, el plan de desarrollo local que corresponde al edil elegido es plurianual y comprende fases de identificación, regulación, implementación, control y evaluación basados en las necesidades encontradas y la retroalimentación a la comunidad para generar acciones efectivas en el desarrollo de territorios.

Esquema 8: Comportamientos en salud e intervenciones en SP

Fuente: Elaboración propia



2. Capítulo 2 Problema de Investigación

La ley 715 de 2001 implementa el sistema general de participaciones en todo el país, que permite la consolidación de la descentralización en el modelo neoliberal que inicio con la reforma a la constitución política de 1991, posteriormente las reformas a la educación, salud y saneamiento ambiental por la ley 60 y ley 100 de 1993, es importante resaltar que la autonomía en gestión administrativa y planes de desarrollo fue un gran aporte para los departamentos, distritos y municipios permitiendo autonomía en la toma de decisiones, como la construcción de planes territoriales de salud, que permite la adecuada intervención a nivel local con participación comunitaria dependiendo de las necesidades identificadas.

Bogotá al ser la capital del país con mayor concentración demográfica, cumple la función de distrito especial quien es receptor del situado fiscal (distribución de nivel central) y redistribuidor de este, se hace necesario entender las dinámicas de inversión de los recursos, por medio de la construcción de planes de desarrollo y de salud distrital como local, y observar si la construcción intersectorial disminuye necesidades y mejora las condiciones de salud colectiva, indicadores de salud pública y evidenciar si los dineros públicos en su implementación de planes programas y proyectos disminuyen la inequidad en salud y desigualdad en dos localidades respecto al aseguramiento de PPNA y mortalidad por IRA en primera infancia durante el periodo 2004-2015.

2.1. Estado de arte

Contexto del problema

El sistema económico del país es de orientación neoliberal propuesto desde la constitución política de 1991, pero establecido por el principio descentralizador desde las recomendaciones económicas de reformas de la década del 80, el presupuesto anual se crea

por de la construcción de los recursos de situado fiscal caracterizados por el crecimiento económico, la venta de recursos, los recursos tributarios y no tributarios que se generan a lo largo del año gravable, para que el presupuesto general de la nación se legisle para el siguiente año; este se evalúa por las comisiones de la cámara y senado para ser aprobado por el gobierno central, definir los recursos que se destinaran para el SGP a cada territorio, dependiendo de las necesidades sociales y el enfoque político con el PDN.

Bogotá es la capital del país quien tiene la mayor concentración demográfica, quien ha sido la principal receptora de población afectada por el conflicto armado interno desde mitad de siglo XX y las situaciones de desigualdad social, teniendo como respuesta la sobrepoblación a nivel del sur de la capital por la llegada masiva de población de otras regiones del país, por otro lado al ser la capital del país presenta una red de salud integrada que permite tener acceso a la salud y disminuir los estados de vulnerabilidad de la población en situación de pobreza, pero siempre desde el análisis de política pública se genera el interrogante si propuestas de origen vertical logran generar mejoras en la calidad de vida de la población focalizada en situaciones de desigualdad social.

2.2. Antecedentes del problema

El problema de la inversión de recursos en salud pública se vio afectado luego de la implementación de la ley 100 del 93 y el país quedo en un limbo por la falta de continuidad de recursos efectivos para la atención en colectivos y ejecución de programas de salud pública en los que Colombia trabajo durante la década de los 80 y principios de los 90, ya que se generó por la reforma a la salud un enfoque preventivo, pero durante su implementación se convirtió por las EPS en atención individual.

Con la reestructuración del estado por medio de la constitución política en 1991 con enfoque neoliberal, orientado a lo individual sobre el colectivo, lo cual hace que la salud se vea como un derecho el cual es regulado por el gobierno y no garantizado por él; generando inequidad y desigualdad social crezcan produciendo cerca de la mitad de la población colombiana en situación de pobreza y pobreza extrema; no tengan acceso y oportunidad adecuada a la salud.

Con la creación del SGSSS se plantea diferentes modalidades de afiliación a la salud: como el régimen contributivo para personas con capacidad de pago, el régimen de excepción o especial para personas que laboran en instituciones públicas (Ecopetrol, universidades, magisterio, entre otros) y el régimen subsidiado (RS) el cual es para personas en situación de pobreza clasificados por el IPN por medio de la encuesta del SISBEN y clasificados en nivel 0, I y II y una cuarta población que es la población pobre no asegurada que se maneja con subsidios de oferta en el componente público del sistema de salud.

Al no alcanzar la universalidad de afiliación en salud y no cobertura real de planes de SP se crea la ley 715 de 2001 originando el SGP; el cual busca disminuir las condiciones de desigualdad en educación, salud y saneamiento ambiental (agua potable), esta ley plantea una política orgánica de origen vertical a nivel nacional limitando autonomía de los territorios, generando un estado centralista a nivel de PP y descentralizado a nivel territorial con poca participación social.

Por esta razón es necesario describir y analizar desde la mirada crítica los problemas de distribución del situado fiscal desde las relaciones de poder y comportamiento económico tratando de entender a Colombia desde a vista de actores políticos de nivel central y distrital, con diferentes corrientes políticas y económicas, para describir la participación social como construcción en la redistribución de recursos del SGP buscando disminuir las vulneraciones en salud con el aseguramiento de PPNA y actividades de SP para impactar tasa la mortalidad de la IRA en primera infancia en Bogotá en dos localidades.

Las localidades de Ciudad Bolívar y Usme son las que se investigan y estas han estado inmersas en situaciones de desigualdad y marginación desde su creaciones, primero como localidades campesinas y posteriormente como grades albergadoras de población en situaciones desplazamiento a causa del conflicto armado interno que vive el país desde la mitad del siglo XX, donde la población es vulnerable desde el habitad, trasporte, trabajo, educación, violencia, salud como un sinfín de matices que afectan a estas localidades en sus barrios más humildes, como lo dicen con techos de cartón o tablas; todas estas desigualdades sociales y los otros problemas que se pueden sumar violencia intrafamiliar, desnutrición,

seguridad alimenticia, cantidad de habitantes por casa o cuarto pueden generar más fáciles situaciones en que la IRA pueda generar problemas de SP por transmisión cruzada y limitaciones en el acceso, atención, oportunidad, universalidad, aseguramiento, entre otros que genera variables en la atención en salud de estas poblaciones.

La insuficiencia respiratoria aguda se aumenta por la falta de efectividad de atención en un modelo de intervención colectiva que evalúa factores y variables que limiten la adecuada prevención por parte de los gobiernos locales a pesar de lo manifestado en la ley 10 del 90 quien le daba autonomía a las diferentes secretarías de salud a lo largo y ancho del país; en el caso bogotano las continuas vulnerabilidades de la población en los anillos periféricos y el conflicto armado interno en Colombia, generó llegada masiva de personas a las localidades de Ciudad Bolívar y Usme, con limitaciones en el acceso al sistema de salud por estar registrados al sistema subsidiado en otros territorios o no tener acceso a la seguridad social desde antes, la falta de la comunicación entre los diferentes actores del sistema, no permitieron un adecuado plan de acción para disminuir los índices de la IRA y con ello mejorar las condiciones de vivienda, alimentación, servicios públicos que son factores externos que pueden aumentar la incidencia de la IRA, por tal razón se implementan modelos de SP como el PNSP e PIC se permite un mayor trabajo interterritorial e intersectorial que buscan disminuir la incidencia de la mortalidad de la IRA.

2.3. Presentación del problema

Alcanzar la justicia sanitaria en escenarios de desarrollo local con poblaciones en condiciones de pobreza y vulnerabilidad como las que residen en las localidades de Ciudad Bolívar y Usme, se necesita evidenciar los procesos de descentralización, redistribución de recursos y gestión local de los programas de prevención de IRA en la primera infancia; comportamiento que nos muestra que desde el 2004 ha permanecido estable y con picos ascendentes, generando incidencia alta en morbimortalidad en estas poblaciones.

Los sistemas locales de salud en Bogotá con estas problemáticas consideradas endémicas, nos han mostrado que su modelo de prestación y atención sanitaria local individual responde

desde la prevención secundaria a dichos eventos, pero no se ha logrado incorporar y sostener programas de prevención primaria que afecten positivamente la salud respiratoria y el bienestar de estas poblaciones.

La inversión de dineros a nivel de las localidades en Bogotá va entrelazada de la mano con los planes de acción de la secretaria local y la evaluación de un diagnóstico local generado por el hospital de primer nivel local, que en el caso de esta investigación corresponde al hospital de vista hermosa E.S.E. y al hospital de Usme E.S.E. y que manejan los planes, proyectos y programas de SP a nivel local con recursos destinados de la ley 715 de 2001, los cuales llegan como sabemos por la distribución anual desde el senado quien aprueba la bolsa de presupuesto nacional, tiene que asignar los recursos por medio del comportamiento de la economía nacional y encaminado a las metas del gobierno y PND, redireccionado los recursos a los departamentos y distritos, para en el caso de Bogotá este retribuye dependiendo de las metas de plan de acción a nivel distrital por medio de las necesidades identificadas por los diagnósticos locales, determinado por la secretaria de salud, oficina de planeación distrital y local, hospitales de la red pública que manejan nivel I y su red de salud que conforman la atención a nivel colectivo de las poblaciones en las respectivas localidades.

No se conocen los efectos de la redistribución de recursos en las localidades de estudio en relación con el grado de afiliación al RS de la primera infancia y sus cambios en el estado de salud (IRA) por medio de la implementación de planes, proyectos y programas de SP por medio de los recursos del SGP para manejar un evento de interés en salud pública que sigue teniendo incidencia en la población de 1 a 5 años en las localidades de Ciudad Bolívar y Usme.

2.4. Pregunta de investigación

¿La redistribución del situado fiscal en salud de la ley 715 de 2001, en el periodo 2004-2015, logra tener adecuada afiliación al SGSSS de la población al RS y la implementación de estos recursos disminuye la incidencia de la IRA en las localidades de Usme y ciudad Bolívar?

2.5. Hipótesis de trabajo

La distribución y redistribución de los recursos de la ley 715 de 2001 permite tener justicia en salud no solo por el proceso de atención individual en el comportamiento de la IRA en primera infancia, sino disminuye barreras de acceso por medio de la adecuada afiliación al SGSSS y con ello se disminuyen vulnerabilidades en salud; o por otra parte las acciones de los actores en salud solo buscan mostrar resultados medibles sin tener en cuenta una concepción de transformación social adecuada que genere que la inversión del situado fiscal fomente el desarrollo local y transformación social de la población vulnerable en las localidades de estudio.

O si por el contrario los recursos invertidos por una ley vertical formulada a nivel central de verdad generan impactos en una población de un territorio específico o simplemente los actores que formulan esta buscan salvar un modelo económico que sigue teniendo vacíos en su implementación, limita el proceso de toma de decisiones efectivas a nivel local para generar desarrollo y disminuir desigualdad en población, por medio de buscar limitar las barreras de acceso al sistema de salud como afiliación e implementación de planes proyectos y programas que busquen reducción de la incidencia de mortalidad en la IRA en primera infancia en las dos localidades de estudio en el periodo 2004-2015

2.6 objetivos

2.6.1. Objetivo General

Determinar los efectos de la redistribución de recursos en la afiliación y en los estados de salud (programa IRA) de La población de primera infancia, residente en dos localidades de Bogotá durante el periodo 2004-2015

2.6.2. Objetivos Específicos

- a. Describir la redistribución de recursos sanitarios por cada localidad durante tres gobiernos distritales correspondientes al periodo 2004-2015

-
- b. Evaluar el aseguramiento y los efectos en el programa de manejo de Insuficiencia Respiratoria Aguda en dos localidades de Bogotá durante el periodo 2004-2015
 - c. Comprobar si los recursos de la ley 715 en el componente de salud logran generar afiliación al régimen subsidiado adecuada y con ello limitar barreras de acceso a la PPNA.
 - d. Verificar si la inversión de recursos de la ley 715 logra disminuir la incidencia de mortalidad por IRA en primera infancia de las localidades de estudio o existen problemas de desigualdad y poca efectividad de manejo territorial que siguen generando impactos en salud pública en primera infancia.

3. Capítulo 3 Metodológico

3.1 Enfoque metodológico

La presente investigación es un estudio retrospectivo e interpretativo desde un paradigma de teoría crítica que realiza el análisis de la ley 715 de 2001 desde el modelo de Majone Ex Post, por medio de la evaluación cualitativa - cuantitativa de la distribución y redistribución de dineros públicos del situado fiscal a nivel territorial en el modelo de aseguramiento a la PPNA y a la mortalidad por IRA en primera infancia, con los resultados encontrados se tomarán los planteamientos del enfoque teórico argumentativo de Majone para intentar identificar las falencias desde la implementación de PP de tipo vertical a nivel local, para alcanzar los objetivos e hipótesis de la investigación, con ello evidenciar si los recursos se invierten efectivamente y se logra autonomía territorial.

3.1.1. Caracterización del método

Análisis retrospectivo e interpretativo de política pública sanitaria, el cual pretende entender la distribución y redistribución de los recursos del SGP, en el distrito de Bogotá y en las localidades de Ciudad Bolívar y Usme, relacionados con la afiliación en el régimen subsidiado y su posterior atención sanitaria de la IRA en primera infancia; en este sentido aplicar el método de análisis Ex Post de Majone, nos puede permitir caracterizar, comprender y evaluar si los resultados, desde principios de Justicia social en salud y desarrollo social local y ver como afectaron los procesos de redistribución de la inversión integral en afiliación y manejo de IRA en primera infancia.

3.1.2. Descripción del método de Majone *EX - POST*

Es necesario entender las dinámicas de evaluación de política pública y como esta interviene en diferentes momentos de la implementación de PP antes de su implementación durante la puesta en marcha y posterior a su ejecución esto con el fin de tener un análisis integral de la inversión de recursos en la PP en un momento determinado conociendo los actores el modelo económico y porque se propone está en un territorio determinado (a nivel central medio o local) entendiendo que *“los modelos y tipos de evaluación son reflejo de la complejidad de la acción pública, de sus objetivos y de su interpretación. Se propone aquí introducir el tema a partir de tres preguntas claves: ¿Cuándo se evalúa? ¿Para qué se evalúa? Y ¿Quién evalúa? ...la evaluación se realiza antes de una acción: la evaluación **ex ante** la que acompaña la puesta en marcha de la acción pública se conoce como **evaluación concomitante o continua** y la que se realiza **posteriormente** a la ejecución es conocida como **evaluación ex post**”*(32).

Esta información son datos y análisis del artesano o el actor político quien debe interpretar los diferentes lenguajes ya sean sociales, institucionales y privados, entender que estos sin duda forman reflexiones del concepto de como el evaluar la PP *“que serían los datos, la información y las construcciones conceptuales usadas en el planteamiento del problema por analizar, las herramientas técnicas y modelos serían el componente eficiente de la tarea del analista, la forma de la tarea sería el argumento que allega la evidencia y del que se extrae la conclusión, y el componente final sería la conclusión misma —con las actividades relacionadas de comunicación e implementación—”* (Majone) *que proporcionan categorías de un alcance tan amplio que podrían ser aplicables a diversos tipos y estilos de análisis “así retrospectivo como prospectivo, descriptivo como prescriptivo, argumentativo como científico* (Majone)”.(33)

Es decir, desde la interpretación como modelo de análisis o evaluación de PP se permite entender que el investigador encuentra en el modelo conceptual de los datos *“de tres maneras diferentes a) observando, mirando los detalles del día a día para entender los actores y conocer el propio marco de referencia (...) b) desde la corriente comunicativa, la*

entrevista pretende descubrir como el entrevistado le da sentido a sus vivencias y experiencias. Esto presupone una posición desde la fenomenología como método; c) lectura de documentos técnicos, políticos y normativos, periódicos por ejemplo, para tener un sentido de tiempo en que sucedieron los acontecimientos que se pretenden investigar... (Yanow 2007 p. 411)”(32); el investigador puede estar inmerso en la comunidad, mirar desde afuera o hacer un estudio retrospectivo en el tiempo y depende de la multidisciplinariedad que tenga este como artesano con los diferentes conocimientos no solo en la interpretación en la PP, sino el conocimiento de las ciencias humanas, sociales y me atrevería a decir religiosas que permiten hacer una interpretación más consciente, crítica y con valor investigativo.

Por medio del modelo interpretativo de Majone el investigador es el artesano de lo que encuentra luego de la implementación de una PP en una comunidad o territorio específico que permita mirar hacia atrás o sobre el trayecto en un tiempo prudencial logrando que se realicen interpretaciones con elementos y herramientas, que busca alcanzar los objetivos y las preguntas que se generan en la investigación. *“La evaluación **ex post**, **retrospectiva** o **a posteriori** es la que se realiza con más frecuencia se trata en este caso de analizar los efectos de un programa o una política pública luego de efectuada su implementación. La finalidad de una evaluación **ex post** generalmente la obtención de conocimientos y enseñanzas para decisiones futuras (...) la realización de una evaluación **ex post** de una política pública requiere cierto rigor y descansa en el uso apropiado de herramientas metodológicas, tanto cualitativas como cuantitativas”*(32)

El análisis de políticas públicas en salud (PPS) es necesario desde el modelo interpretativo para poder comprender las características de ese artesano y sus competencias para la interpretación desde las diferentes posturas del modelo de pensamiento (curativo o preventivo) de un sistema de salud, el cual es construido desde la subjetividades de los diferentes actores inmersos en este (usuarios, trabajadores, instituciones y organizaciones no gubernamentales) quienes valoran sus necesidades desde diferentes concepciones; es necesario entender la importancia de la transdisciplinariedad, transectoralidad e intersectorialidad de diferentes concepciones desde la ciencia política, ciencias sociales, humanas y biológicas, para poder construir las PPS en el contexto de formulación,

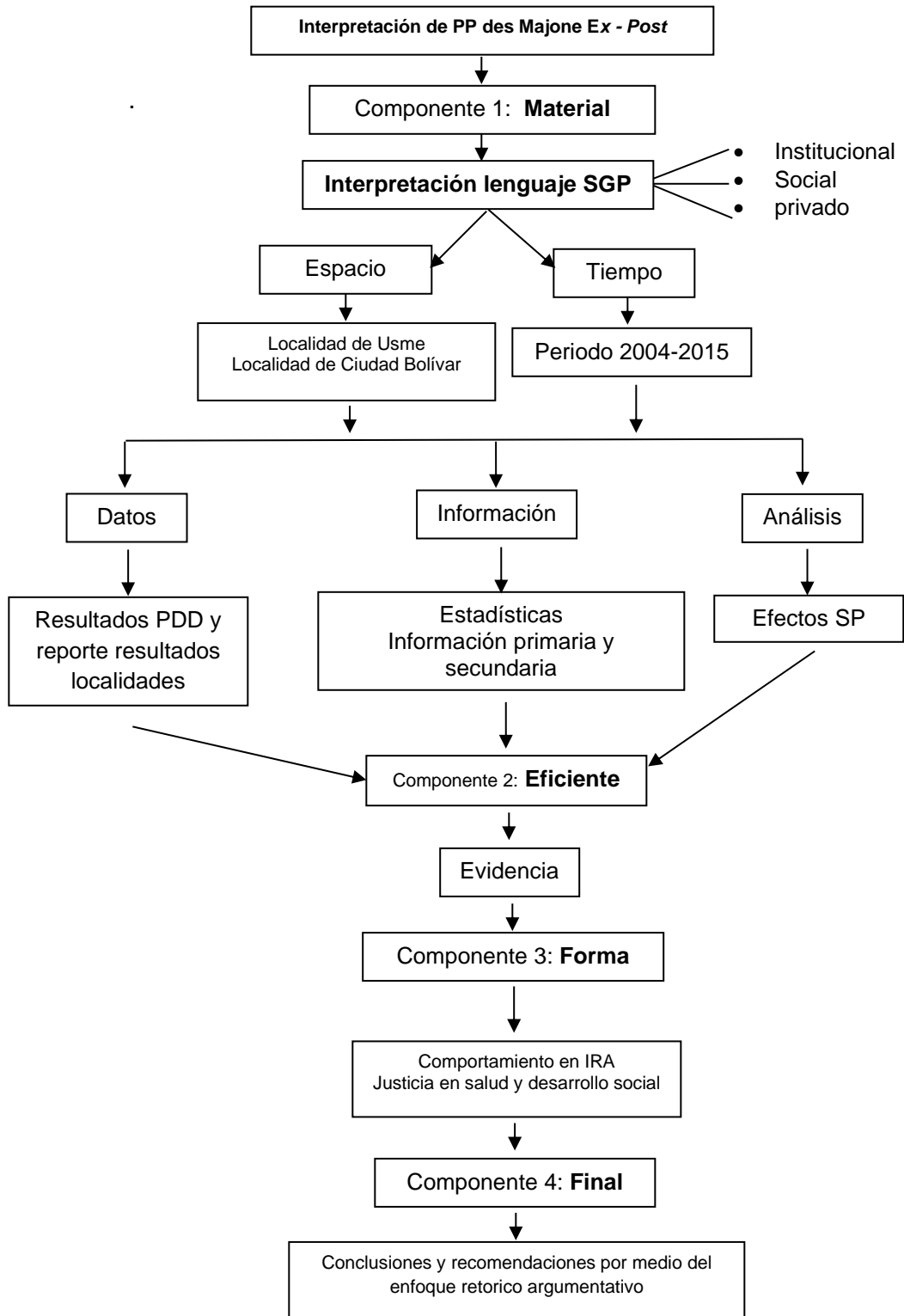
implementación, control y evaluación, por estas razones se necesita una mirada y actitud crítica de los investigadores.

Como actores del sistema de salud en el proceso de investigación es necesario ver el modelo interpretativo, como una apuesta desde la construcción de conocimientos para descifrar la realidad de una PP en este caso el sistema general de participaciones por medio del análisis desde el conocimiento de los saberes técnicos del manejo de infección respiratoria aguda en primera infancia y afiliación de población no asegurada en dos localidades de Bogotá en el periodo 2004-2015.

Por esta razón se hace necesario tomar las PP como un nuevo campo de lucha desde el cual los salubristas pretenden interpretar y conocer el sistema de salud colombiano no solo mirado desde la institucionalidad, sino por medio de la construcción social y la concepción de datos que se transformaran en argumentos e interpretaciones de la realidad, basados en la transformación, la participación colectiva y territorización con una adecuada implementación de posturas de PP que estén basadas en la interacción de la interpretación de relaciones sociales, por esta razón se puede ver el esquema 9 en el cual se explica el modelo Ex Post planteado por Majone.

Este esquema permite ver la implementación del modelo en la investigación y con ello observar a nivel territorial, para lograr entender el análisis de política pública en salud de la ley 715 de 2001 a nivel local en el periodo 2004-2015, como se realizan las conclusiones y recomendaciones de lo encontrado por medio del enfoque retorico argumentativo.

Esquema 9: Metodología de Análisis Político – Majone:



Fuente: Elaboración Propia

3.2. Pasos metodológicos

3.2.1 Población

Habitantes de las localidades de Ciudad Bolívar y Usme de primera infancia que presentan mortalidad por IRA en el periodo 2004-2015 y población nueva afiliada en este periodo de tiempo al régimen subsidiado.

3.2.2. Contexto de las localidades a estudio

El distrito de Bogotá es la ciudad desde su fundación con gran importancia a nivel político y económico albergando al virrey de España; posteriormente se convierte en la capital del país en el periodo de la independencia desde ese momento ha sido una ciudad en continuo crecimiento, desarrollo a nivel del país y a mitad del siglo XX con el conflicto armado interno posterior al bogotazo se transforma en el principal receptor de población desplazada que huía de la guerra bipartidista, la guerrilla, narcotráfico y paramilitares, su territorio está dividido en 20 localidades en su gran mayoría área urbana y en menor proporción área rural hacia las periferias de la ciudad.

Por la gran acumulación demográfica, la desigualdad social y acumulación de riqueza es una ciudad con grandes contrastes e inequidades, se generan limitaciones a los derechos fundamentales de las sociedades que viven en pobreza y extrema pobreza, sin condiciones adecuadas de acceso y aseguramiento a la salud.

A pesar de estos problemas Bogotá es la ciudad que “se constituye en el principal centro geográfico, político, industrial, económico y cultural del país. A una altura de 2.630 metros sobre el nivel del mar, y con un área de 1587 Kms², es la sede del Gobierno central y la más extensa de las ciudades de Colombia. Aquí se concentra el 17% de la población total de la nación (6.4 millones de habitantes *Para 1993*), con la característica de poseer los más altos índices educativos”(34); En la ciudad se presenta escasa lluvia en enero, febrero, junio, julio, agosto y septiembre; lluvias fuertes en marzo, abril, mayo, octubre, noviembre y diciembre. Por lo tal razón se encuentran anualmente en periodo de invierno dos picos respiratorios durante temporada de lluvia que hace que se presenten mayores casos de insuficiencia respiratoria aguda, generando impactos en las diferentes etapas de la vida.

De las 20 localidades se deciden tomar dos (Usme y Ciudad Bolívar), las cuales han sido receptoras de población desplazadas con grandes desigualdades sociales y anillos de miseria por población en extrema pobreza lo cual permite tener un panorama más integral del aseguramiento y el acceso a políticas públicas y asistencia social por parte de la población de este territorio.

3.2.2.1. Localidad Ciudad Bolívar

Ciudad Bolívar es la localidad número 19 *“está ubicada en el sur de la Ciudad Bogotá D.C., al margen izquierdo de la cuenca media y baja del Río Tunjuelito en el área de amortiguación del páramo de Sumapaz zona subpáramo. Limita al Oriente con las localidades de Tunjuelito y Usme, al Norte con la localidad de Bosa, al Occidente con el municipio de Soacha y al Sur con la localidad de Usme.”*(35)

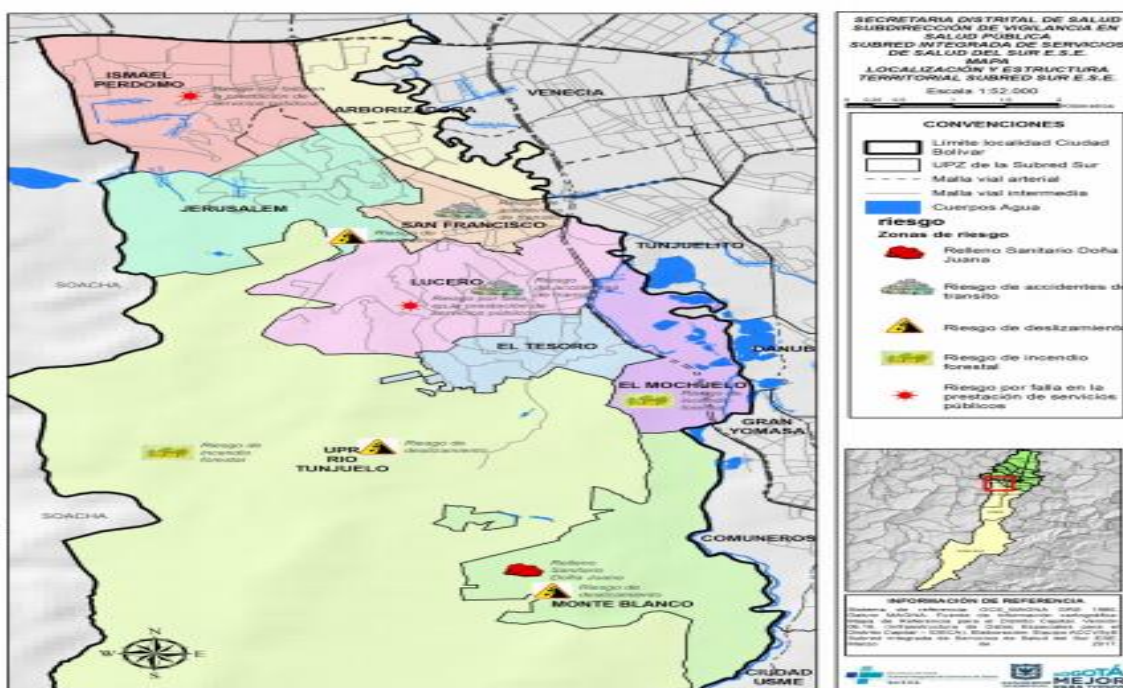
“Según la Secretaria Distrital de Planeación [SDP] (2002), la localidad presenta una extensión de 12.998,46 hectáreas [ha], de las cuales 9.555,94 ha (74,33%) se clasifican como suelo rural, 3.237,87 ha (16,44%) se establecen como suelo urbano y 204,65 ha (1,5%) se consideran suelo de expansión conformada por cerca de 252 barrios legales y se cree que con más de 100 ilegales, de la extensión total de la localidad 4.586 ha son áreas protegidas, de las cuales 593 ha se encuentran en la área urbana, 3.982 ha en área rural y 11 ha en áreas de expansión”(35)

El desarrollo de la ciudad se remonta 1900 cuando Bogotá era una ciudad atrasada en progreso y la ciudad se concentraba en lo que ahora es el centro y en sus periferias grandes haciendas, para 1960 el auge de poblaciones por una apertura a la industria sobre la autopista sur, también la violencia hace que se generen asentamientos de barrios ilegales(36); pero lo que no explican es que este auge poblacional no solo fue por la industria sino por la población desplazada por la guerra bipartidista que trajo personas desde el Tolima, Boyacá y Cundinamarca, como lo describe el centro de memoria histórico es un área donde socialmente han entrado los osados, los pobres o a los que les tocan desde los 50 la población desde los barrios pobres de Bogotá (laches, las cruces y la perseverancia) que principalmente vivían en inquilinatos y se puede observar un gran crecimiento en los últimos 55 años de

8.11 veces más concentración demográfica según la información del DANE La población para los cincuenta era de 50.000 habitantes y para el 2005 contaba con 570.619.(37)

Ciudad bolívar por sus características geográficas y económicas tiene una importancia para generar procesos de explotación minera (canteras) los cuales pueden ocasionar en su población afectaciones respiratorias en su salud, como el proceso de desigualdad social hacia las montañas lo cual genera situaciones de acceso, limitación de atención en salud y sobre todo a las poblaciones vulnerables; a continuación, se muestra el mapa de la localidad:

Mapa 1. Localización y estructura territorial, Localidad Ciudad Bolívar, 2015



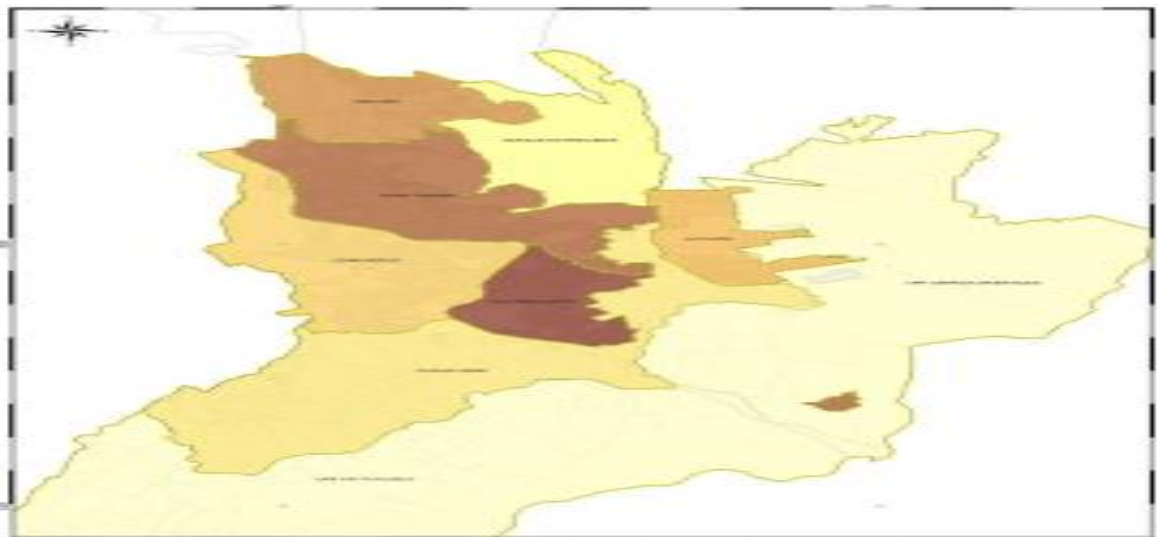
Mapa 1 localidad de ciudad Bolívar(38)

3.2.2.2 Localidad de Usme

Localidad de Usme como lo expresa el Hospital de Usme “es la segunda localidad con mayor extensión del distrito capital, cuenta con un área total de 21.507 hectáreas las cuales en su mayor extensión es de uso agrícola 19.394 hectáreas y 2.114 hectáreas de uso urbano

y de expansión; localizada en el costado suroriental del Distrito Capital, Limita al norte con la localidad de San Cristóbal donde se destacan los cerros de Guacamayas y el perímetro urbano de las localidades de Rafael Uribe Uribe y Tunjuelito; al oriente con los municipios de Chipaque y Une; al sur limita con la localidad de Sumapaz hasta la piedra San David; al occidente con el Rio Tunjuelito y la localidad de Ciudad Bolívar, donde se encuentran las veredas Pasquilla y Mochuelo. Se extiende desde una altura que van de los 2.650 hasta 3.750 m.s.n.m. y su temperatura oscila entre los 12 y 15° en la parte baja de la localidad, en la zona media puede estar entre los 9 y 12° y en las partes más altas o páramos el clima puede estar entre los 6 y 9° C". (39)

Esta localidad presenta problemas de acceso por vías y área rural en su gran mayoría, como por ubicación al sur donde los anillos de pobreza se incrementaron como se mencionó antes por el conflicto armado y alojo a gran población campesina que huía de la violencia, por factores similares como la explotación minera a cielo abierto y la concentración demográfica permiten tener similitudes con la localidad de ciudad bolívar y se hace necesario entender las vulnerabilidades de sus territorios, para el 2005 según el censo es de 382.876 habitantes(37) a pesar de ser una localidad de las más grandes es una localidad que en su gran mayoría es rural, razón por la cual el acceso a servicio y necesidades básicas como al no obtener un adecuado acceso e inequidad social.



Mapa 2 Localidad de Usme(39)

3.2.3. Caracterización de la población

Se toman dos localidades de las 20 que existen en Bogotá las cuales tienen poblaciones en situaciones de desigualdad y afiliación alta al régimen subsidiado, las cuales han albergado gran porcentaje de población desplazada desde su creación y tienen un problema problemas de salud pública parecidos como son los impactos ambientales del relleno de doña Juana y la cuenca del río Tunjuelo su población no es del mismo tamaño pero en situaciones de pobreza son muy parecidas y su crecimiento anual se parece; a continuación se mostrara en el cuadro de las principales características de las dos localidades:

Tabla (1) caracterización de las localidades de elección

CARACTERÍSTICAS	LOCALIDAD CIUDAD BOLÍVAR	LOCALIDAD USME
Extensión	130Km2 de extensión	215.07 km2 de extensión
Área comparada con Bogotá	Representa el 7.94% del área total de Bogotá	Representa el 13% del área total de Bogotá
Población	Para 2017 tienen un total de habitantes de 733.859 es el 9.1% del total de Bogotá	Para 2017 tiene un total de habitantes de 340.101 es el 4.21% del total de Bogotá
Población de primera infancia	La población es 58708 que equivale al 8% del total de la localidad	La población de primera Infancia es 23.807 equivale al 7% del total de la localidad
Población en clasificación Sisben rango alta vulnerabilidad	152.740 personas, es decir, el 16% de la ciudad, y el 20,8% de la población de la localidad.	75.132 personas, es decir, el 8% de la ciudad, y el 22,1% de la población total de la localidad.
Pobreza multidimensional (Bogotá 5.4%)	13.1%	15.41%
Pobreza monetaria (Bogotá 10.1%)	29.3%	28.6%
Porcentaje de crecimiento poblacional en infancia en Bogotá el -0.61%	0.24% es el crecimiento poblacional infantil mayor que en Bogotá	-1% es el crecimiento poblacional infantil muy por debajo que Bogotá
Porcentaje desempleo en Bogotá es 10.3 para 2016	12.56% es el porcentaje de desempleo para CB	13.55% es el porcentaje de desempleo para U
Afiliación a la salud en Bogotá RS 15 Y RC 78	RS 26 RC 62	RS 30.9 RC 61.8
Tasa desnutrición crónica en < 5 años para 2016 en Bogotá es 17	19.8 es mayor que la de Bogotá	20.6 mayor que la de Bogotá

Tasa de mortalidad infantil por nacidos vivos en 2017 para Bogotá 8.9	7.33 menor que la de Bogotá	8.81 casi igual a la de Bogotá
---	-----------------------------	--------------------------------

Elaboración tabla propia con datos de la secretaria de integración social del año 2017. (40,41)

Con esta tabla se observan las similitudes de las dos localidades en situaciones de desigualdad social y poblacional que pueden contribuir a la incidencia de la mortalidad por IRA en el periodo y las situaciones para la afiliación al régimen subsidiado, tamaño poblacional y clasificación del SISBEN de 0-30.56 puntos que muestran alto nivel de vulnerabilidad en la población encontrando 20.8% para CB y 22.1% para U del total de sus habitantes, por estas razones se determina que estas son las dos localidades que se eligieron para la investigación.

3.2.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión: se eligen poblaciones con un porcentaje similar de primera infancia el cual para CB es del 8% y de U es del 7%, con tasas de desnutrición crónica de 19.8 para CB y 20.6 para U, con una tasa de mortalidad en primera infancia de 7.33 para CB y 8.81 para U, un análisis podría mostrar características parecidas que pueden generar mortalidad en IRA en primera infancia y generar muerte de menores por barreras de acceso, oportunidad y situaciones de desigualdad en el periodo en investigación 2004-2015.

Para la afiliación en salud encontramos población en situaciones de alta vulnerabilidad según encuesta del SISBEN en CB 20.8% y 22.1% para U del total de la población de cada localidad, con un porcentaje de desempleo 12.56% en CB y 13.55% en U, afiliación al RS de 26% en CB y 30.9% U, lo cual muestra poblaciones con alta incidencia de vulnerabilidad que contribuyen a la necesidad de afiliación al SGSSS en el RS o estar en la PPNA que genera muchas más desigualdades en estas localidades.

Adicionalmente ambas localidades tienen actividades de extracción minera, canteras y ladrilleras que hacen que el material particulado sea mayor, ambas están al sur de la ciudad, comparten la cuenca del río Tunjuelo que genera inundaciones en invierno y adicionalmente las dos tienen problema con la generación de olores desde el relleno doña Juana, la cual produce problemas de salubridad por insectos y químicos por la acumulación de gases

secundarios a la descomposición de basuras orgánicas e inorgánicas por la mal selección en toda la ciudad.

Los Criterios de exclusión: se generan básicamente porque las otras localidades tienen diferencias respecto a situaciones de desigualdad, su red hospitalaria esta más desarrollada, tienen mejores accesos y mayor densidad poblacional, lo cual genera disparidades en el análisis, la mortalidad por IRA y afiliación al RS es mucho mayor o menor si se compara las localidades y esto generaría impactos en la investigación.

3.2.5. Recolección y sistematización de la información

Información Primaria: Esta es la información es la que genera el gobierno central como distrital caracterizada en los procesos de descentralización que aportan al marco teórico, el PDSP, el PIC, los diagnósticos locales de salud de las localidades de estudio, adicionalmente los informes anuales generados por el Instituto Nacional de Planeación con los informes de distribución del SGP y los informes de la secretaria distrital de Hacienda con informes anuales de Distribución de Recursos del SGP y su redistribución al FFD para la implementación de planes proyectos y programas que generaran impacto en la atención en salud, acceso, oportunidad en el manejo de IRA en primera infancia en estas localidades; los libros del profesor Roth quien describe el modelo de APP y evaluación desde el modelo de Majone, los planes distritales de desarrollo, PND.

Información secundaria: Esta se realiza de alianzas publico privadas como son los informes de Bogotá como vamos en salud periodo 2004-2015, que permite tener aportes de afiliación y manejo de IRA en el distrito, adicionalmente tesis que manejan política pública, artículos generados por la secretaria distrital de salud, respecto a equidad y desigualdad en salud, bases de datos que tienen información sobre la política pública, los informes de los resultados de los PDD, que contribuirán al análisis crítico de la información y a la comparación de información primaria y secundaria.

3.2.5.1 Fuentes de información

Se realiza por medio de información primaria de entidades gubernamentales a nivel central y territorial se describen a continuación los documentos:

- Ley 100 de 1993
- Ley 715 de 2001
- Plan decenal de salud pública
- Programa intervención colectiva
- Plan de Nacional de Desarrollo 2002-2006, 2006-2010 y 2010-2016
- Planes de desarrollo distrital: 2004-2008, 2008-2012-2012-2016
- Diagnostico local salud de USME
- Diagnostico local de salud Ciudad Bolívar

Fuentes de información secundaria se realiza por medio de investigación de tesis enfocadas a la política pública, revistas indexadas, documentos de planeación y análisis de salud en IRA.

3.2.5.2. Instrumentos de recolección

Se realiza una lectura integral y analítica posterior a esto se crea una base de datos organizada por localidades y periodos de gobiernos, que permiten realizar una interpretación y se crean categorías en los tres periodos de gobierno de centro izquierda en Bogotá y determinando los lineamientos institucionales de nivel central encajados al gobierno distrital y la autonomía administrativa permitiendo analizar las variables integrales.

Posterior a esto con las categorías se realiza interpretación de la mortalidad por la IRA en primera infancia en las localidades de Ciudad Bolívar y Usme con el objetivo de analizar si los recursos destinados para la reducción de planes, proyectos y programas por parte de los hospitales de Vista Hermosa y Usme generan impactos positivos en la población reduciendo la muerte en población pediátrica de 1-5 años.

Se analizará la afiliación a población de escasos recursos en las dos poblaciones y se evaluará el crecimiento de estos nuevos integrantes al RS de interpretando contextos sociales, procesos de llegada de población desplazada barrios ilegales y legalizados,

participación de los hospitales en caracterización de la población y afiliación al SGSSS de población vulnerable.

Por último, con estos resultados se plantea los efectos de la descentralización administrativa, en la implementación de la ley 715 a nivel territorial en el capítulo de salud y con ello explicar si existe justicia en salud y disminución de las necesidades básicas insatisfechas de la población en situación de pobreza a nivel local, evaluando los impactos de la inversión de recursos ha disminuido brechas de inequidad a nivel de las localidades y permiten situaciones de equidad en el distrito durante el periodo 2004-2015.

3.2.5.3. Procesos de transcripción y recolección

Se realizo por medio búsqueda activa por medio de bases de datos, repositorio bibliográfico de la Universidad Nacional de Colombia, adicionalmente se leyeron las leyes e informes que reportan la información de interés y se crearon cuatro grandes capítulos:

1. Descentralización: Donde de generan las bases de la descentralización a nivel central y territorial.
2. Nivel central: como se realiza la distribución de tipo político (legislación) y económico (presupuesto).
3. Nivel distrital: Como se realiza la redistribución, vista como el proceso de asignación de dineros del distrito a secretarías y localidades.
4. Nivel local: Intervención en salud, procesos para la atención en salud, acceso, oportunidad, tasas de mortalidad en IRA, afiliación, equidad y justicia en salud.

Con los tres últimos capítulos se toma la información más importante que tiene impacto en la investigación, con ello tener las ideas más relevantes y los principales aportes que puedan tener valor teórico y aplicabilidad a la tesis.

3.2.6. Plan de análisis

Por medio del análisis de política pública Ex - Post de Majone se interpretará de manera retrospectiva enfocada a la interpretación crítica de la información encontrada y orientado a buscar justicia y equidad en salud por medio de los lineamientos de barreras de acceso, geográficas, económicas evaluando siempre si mejoraron las condiciones de NBI en la población de la localidad de Ciudad Bolívar y Usme.

Se analizará la mortalidad en primera infancia causada por IRA y se evaluará las condiciones de desarrollo de la red hospitalaria, acceso a la salud y condiciones de desigualdad social que puede generar limitaciones en la oportunidad de atención en salud o ineficiencia de los planes operativos propuestos por los hospitales locales que limiten la correcta identificación de necesidades de la población.

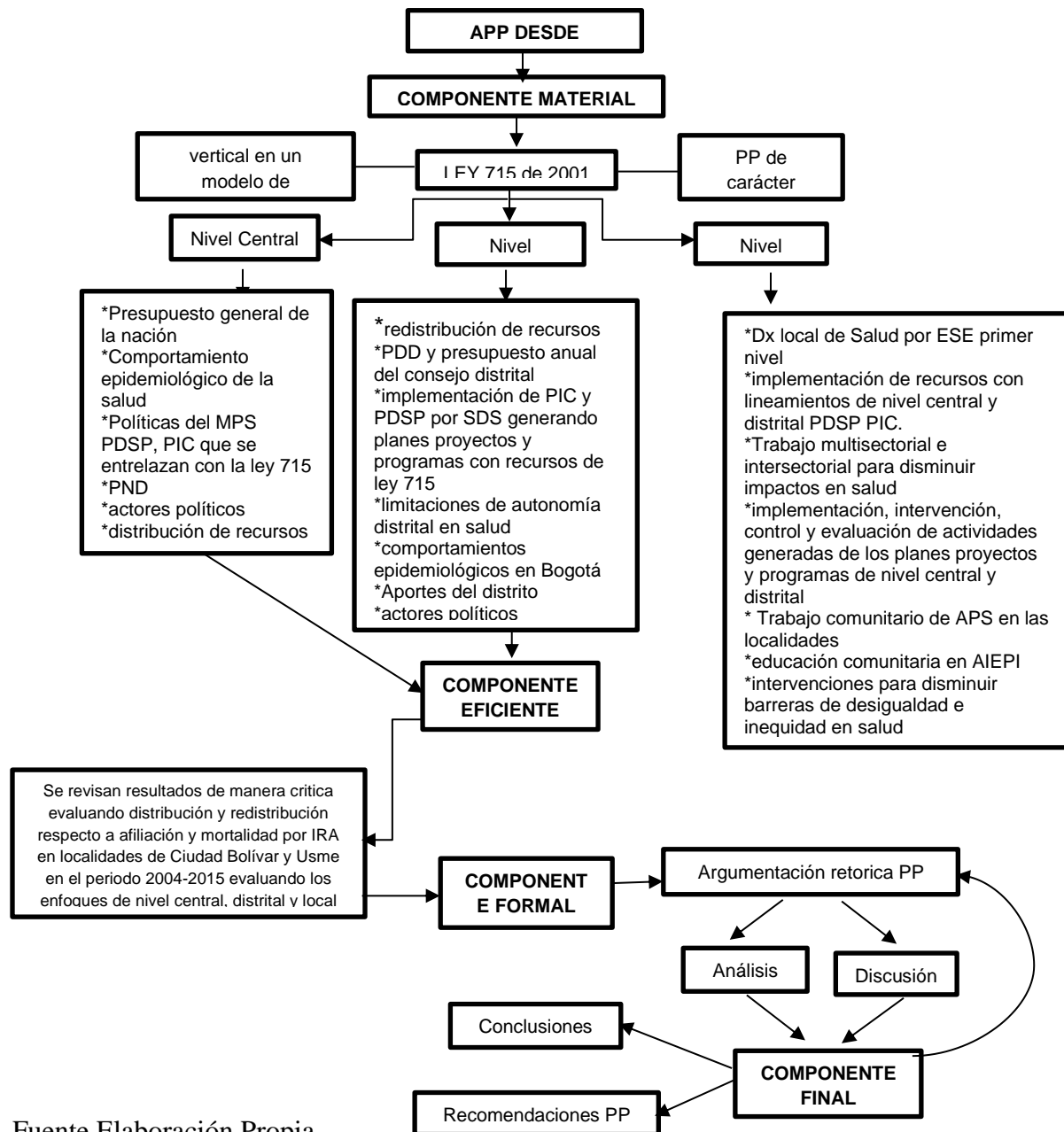
Interpretar la distribución y redistribución de recursos de la ley 715 en el distrito de Bogotá en los tres gobiernos de centro izquierda permiten atender las necesidades de la población por medio de la autonomía administrativa propuesta desde la descentralización institucional permitiendo tener impactos en la población en el libro de salud.

Se crea una matriz de análisis caracterizada en los diferentes textos utilizados para el estudio retrospectivo generando tres grandes grupos con subgrupos para el estudio de la información sea organizada e interpretada adecuadamente los cuales son:

1. Nivel central: procesos de distribución de recursos y lineamientos generales de planes, proyectos y programas en salud y por medio de los PND.
2. Nivel distrital: PDD, lineamientos de secretaria de salud y redistribución de recursos para afiliación de población vulnerable como proyectos para disminuir condiciones de mortalidad infantil por IRA.
3. Nivel local: evoluciones de diagnóstico de salud local, plane proyectos y programas por medido de Hospital de vista hermosa y Usme, POA, proyectos de desarrollo local que impacten en el acceso y oportunidad de salud.

Estos tres niveles permitirán hacer un análisis crítico y específico en el trabajo interpretativo de los datos obtenidos para lograr tener un aporte a la evaluación de políticas públicas enfocadas a salud y con ello generar aportes académicos a la salud pública.

Esquema 10: Plan de análisis



Fuente Elaboración Propia

3.2.7. Generación de resultados

Este se realizará por medio del análisis retrospectivo e interpretación de resultados de informes a nivel local, distrital y nacional respecto a la afiliación y mortalidad en IRA en población de primera infancia en las dos localidades, por medio de categorías de análisis se tendrán resultados organizativos enfocados a la justicia y equidad en salud como desarrollo local adecuado según informes de instituciones durante los tres periodos de gobiernos de centro izquierda en la ciudad de Bogotá.

TABLA 2 DE ANALISIS DE POLÍTICA PÚBLICA			
TIPO	NIVEL CENTRAL	NIVEL DISTRITAL	NIVEL LOCAL
ECONÓMICO	Informes de distribución de recursos del SGP 2004-2015, se realiza análisis anual de distribución de recursos generales al distrito de Bogotá, crecimiento y por libros de la ley (Educación, Salud, Saneamiento Ambiental) de la ley 715 de 2001.	Informes anuales de SGP en especial en salud y se contrastan con informes de la SDH sobre crecimiento económico y diferencias de aportes anuales los cuales generan diferencias de recursos económicos anualmente entre informes de distrito y gobierno central	Análisis de redistribución de recursos en informes de comportamiento de inversión de recursos de la SDS a nivel local y análisis de inversión de recursos de la ley 715 en términos de inversión en aseguramiento y mortalidad de IRA en primera infancia en las localidades de Ciudad Bolívar y Usme
ACTORES	Actores de líneas políticas de nivel central (ideología de derecha) que generan impactos en la distribución de recursos	Se analizan los actores que son corriente económica de centro izquierda buscando mejorar condiciones locales en los gobiernos Garzón, Moreno y Petro	Análisis de los enfoques de los hospitales públicos y reportes de Dx de salud de las ESE Nivel I buscando entender el enfoque y aplicación de programa de PIC y PDSP, los directores de las ESE son por nombramiento de alcalde y las JAL por elección popular
POLÍTICAS	Políticas de lineamiento de nivel central de tipo vertical que impactan el territorio como el PIC y PDSP que influyen en el la ley 715 de 2001, sin embargo, a nivel local puede generar impactos negativos por no permitir tener autonomía de la toma de decisiones a nivel de descentralización	Los impactos del nivel central influyen en la generación de autonomía y también se presenta un comportamiento desde la dirección de SDS en lograr metas de resultados que generan impactos de autonomía en las localidades, los lineamientos de nivel distrital son de tipo vertical también.	A nivel local los hospitales públicos deben cernirse a los lineamientos de nivel central y distrital que limitan autonomía territorial de la localidad y generan impactos en el comportamiento salud enfermedad con enfoque en determinantes y determinación en salud, pudiendo descuidar acciones propias de la localidad.
AFILIACIÓN	Metas del SGSSS de lograr cobertura universal de la población colombiana en los diferentes regímenes, busca lograr garantizar el derecho y acceso de la salud en especial de la población vulnerable, en condiciones de pobreza e indigencia	Caracterización de la PPNA en el distrito buscando mejorar afiliación y distribución de recursos a las EPS con ello buscar disminuir las barreras de acceso al sistema de salud en el distrito, planteamiento e implementación de la EPS capital salud desde el gobierno de Moreno	Desde los hospitales locales oferta a la demanda de PPNA, adicionalmente caracterización de población en visitas de APS a nivel de hogares de ICBF, colegios y hogares, fomentando la afiliación de población en encuesta de SISBEN nivel I y II al SGSSS
MORBILIDAD IRA	Metas del Ministerio de salud en disminuir la mortalidad de IRA en primera infancia con acuerdos a nivel internacional (objetivos del milenio) OPS y OMS; comportamiento de notificación de SIVIGILA y toma de decisiones del MPS en el desarrollo de planes, programas y proyectos que impacten en disminuir la morbilidad a nivel país.	Desde gobierno distrital análisis y comportamiento de la morbilidad en picos respiratorios, buscando garantizar el acceso de la salud y disminuir el impacto de barreras de salud en el distrito (afiliación, acceso, ocupación de camas, habilitación de IPS, CRUE, salas ERA, capacitación al personal) lineamientos de SDS en el comportamiento epidemiológico para las ESE e IPS privadas en el distrito	Implementación de planes, proyectos y programas para disminuir la trasmisión de la IRA, funcionamiento de salas ERA, capacitación a población vulnerable en AIEPI, garantizar PAI en población infantil, UPGD, comportamiento epidemiológico local y fortalecimiento de las intervenciones de APS y seguimiento de casos de población de alto riesgo, fortalecimiento con equipo multidisciplinario en mejorar las condiciones de vida en la población (vivienda y acceso a condiciones básicas de vida)
MORTALIDAD IRA	desde el MPS buscar lograr disminuir la mortalidad del país con planes, proyectos, programas y lineamientos desde la resolución 412, PDSP y adicionalmente exigencia a los entes reguladores e IPS de cumplimiento de notificación, epidemiología de campo en determinar las causas de mortalidad, desde el INS tener estadísticas de comportamiento epidemiológico, DANE genera estadísticas vitales y encuesta de calidad de vida, buscando enfocar PP para impactar en disminuir las limitantes de barreras de desigualdad e inequidad en salud de poblaciones con alta tasa de vulnerabilidad	A nivel de distrito la SDS genera los lineamientos y los COVES para identificar las falencias que general mortalidad de población infantil en el distrito y con ello buscar tener implementación de lineamientos a nivel local que influyan en redistribución de recursos económicos, políticos, intersectoriales que disminuyan la mortalidad de IRA en primera infancia y buscando mejorar las barreras de acceso a la salud que puedan influir en casos de mortalidad en esta población	Las ESE de vista hermosa y Usme realizan COVES, epidemiología de campo para determinar la mortalidad y con ello buscar generar impactos con APS de que no se repitan casos, realizando la evaluación de impactos en época de invierno que influyen en especial en la cuenca del río Tunjuelo que afecta a las dos localidades e identificación de riesgo en estado nutricional, de violencia física, psicológica, consumo de SPA, materiales de casas que puedan generar riesgo de aumentar la mortalidad en las localidades y lograr disminuir barreras de desigualdad que impactan en la mortalidad de las localidades
APP LEY 715	Ley orgánica de tipo vertical que desconoce el componente territorial, generando impactos en la implementación de autonomía y descentralización como diferencias entre reportes de ingresos desde el distrito y gobierno central	La descentralización se ve afectada ya que los lineamientos de la ley y esto genera que las decisiones de la SDS estén limitadas por el MPS y INS dependiendo del comportamiento epidemiológico, sin embargo, también de los riesgos de salud y dx locales se toman decisiones que impacten la población de Bogotá	En las localidades la implementación de SP se dirige por medio de los lineamientos de MPS y SDS implementando planes proyectos programas de nivel central, distrital y local para buscar disminuir el impacto en acceso y morbilidad en IRA en primera infancia
ANÁLISIS DESDE MAJONE	Actores de nivel central (estado, MPS, INS, DANE, IPN, MH, Privados, OPS, OMS) planteamientos de la ley 715 en análisis de distribución de recursos que impactan en la inversión en salud a nivel territorial, en el periodo de tiempo 2004-2015 evaluando de forma crítica las propuestas de la distribución en salud y limitaciones de la implementación de una ley vertical en un modelo descentralizado del estado	Evaluación de la distribución y toma de decisiones frente a la inversión de recursos dependiendo el PDD, aprobación del consejo distrital, enfoques de plan distrital de salud y con ello influye en la inversión de recursos de salud, generando impactos a nivel local, por tal razón es importante realizar identificación de las limitaciones en el proceso de descentralización a nivel distrital y las limitaciones de autonomía que se tienen en la EPP	Se encuentran las limitaciones de autonomía de la toma de decisiones de la de las ESE y esto hace que una ley que es propuesta desde la descentralización no genera suficientes impactos en el territorio ya que la implementación de planes proyectos y programas son determinados de nivel central y distrital generando impactos tanto positivos y negativos porque influyen directamente en la población

En la tabla 2 se resume el modelo de APP para lograr entender la forma del análisis de la información que se toma en los diferentes tópicos de investigación y como se toma los datos y se realiza el APP para lograr tener respuesta en los tópicos de la investigación, logrando tener críticas para generar respuesta a la pregunta de investigación, objetivos e identificar falencias desde la argumentación crítica y la retórica de Majone para lograr tener herramientas en la discusión y respuestas a los planteamientos del trabajo realizado.(42)

En la tabla 3 se realiza como se procesaba la información por medio de la base de datos se toman dos fragmentos de la información recolectada y como se realizó el proceso de análisis caracterizado en que componente de Majone en el APP Ex Post, lo cual permitía tener información adecuada y sectorizada para analizar los referentes si eran políticos normativos o documentos técnicos, para luego aplicar la información por medio del APP.

BASE DE DATOS	Literatura gris SDS	Literatura gris SDS
DESCRIPTOR	Plan Distrital de desarrollo	Diagnostico en salud en Bogotá Localidad de Ciudad Bolívar diagnostico en salud
BIBLIOGRAFÍA	Informe De Gestión Sectorial Bogotá Humana 2012-2016. SDS. Bogotá 2015	Análisis situación de salud localidad ciudad bolívar 2010. SDS
FENÓMENO APLICADO	Resultados de gestión en salud programa Bogotá humana	Resultados del diagnóstico social de ciudad Bolívar generado por el hospital de Vista Hermosa ESE Nivel I
RESUMEN	Informe de resultados de gestión y planes programas y proyectos de programa Bogotá humana en sector salud durante gobierno Petro	Informe del diagnóstico Local que muestran los procesos de salud enfermedad y estos como influyen en el proceso de enfermedad del territorio, buscando entender determinantes en salud que permiten entender el proceso de concepción de ciudad Bolívar
CITAS TEXTUALES	<p>“El presupuesto de gastos del FFDS está destinado a financiar la inversión directa en un 96%, el funcionamiento, que representa el 1% y las transferencias para inversión-Colciencias, de forzosa destinación. Pp 137</p> <p>El presupuesto de inversión se ejecuta a través de 18 proyectos de inversión y se distribuyen en los tres ejes del Plan de Desarrollo Bogotá Humana. Durante las vigencias 2012 a 2014 se ejecutaron las apropiaciones en un porcentaje que oscila entre el 85% y el 81%. En la vigencia 2015 con corte a 30 de septiembre se ha ejecutado el 62% y de este la proporción en promedio se orienta el 46% para Régimen Subsidiado, 16% para el Plan de intervenciones Colectivas –salud pública, el 13% se destina a la Modernización e infraestructura de</p>	<p>Se incrementó el número de pobres en un 3,83% (7429 personas); en miseria para el D.C. disminuyó y para Ciudad Bolívar aumentó. La proporción de personas en miseria es el 40,96% en la localidad; lo que refleja un estancamiento económico y una ausencia de gestión desde lo Distrital y local que reoriente la economía y garantice el derecho de las personas a permanecer en sus lugares de origen para disminuir el crecimiento de personas desplazadas que aumentan las cadenas de miseria.</p> <p>Los hogares pobres por NBI y en miseria se incrementaron. Lo más grave es que la localidad aporta el 43,08% para el Distrito Capital, según la secretaria de Hacienda, el 80% de los ingresos de los hogares provienen del trabajo y en la medida en que se es más pobre ese porcentaje se hace mayor, ya que en los hogares pobres prácticamente nadie depende de pensiones o de rentas de capital o herencias, por lo</p>

	salud, el 9 % para a Atención a la Población Pobre no Asegurada, 8% para redes y el restante 8% para atención pre hospitalaria, sistemas de información, Hemocentro Distrital entre otros programas.”	que el crecimiento de la economía y su capacidad de generar empleo son fundamentales en el mejoramiento de los niveles de pobreza. Pp 92
APP	Se muestra el proceso de distribución del FFD durante el gobierno Petro y como este influye PDD en la inversión de estos recursos los cuales están caracterizados por el el periodo y sus porcentajes de inversión, estos recursos efectúan claramente, que la inversión de recursos no logra el 100%	Se ve el grado de pobreza de la localidad y en condiciones de pobreza extrema que pueden influir en la desigualdad, vulnerabilidad lo cual hace que se entienda como una localidad con altos niveles de inequidad y que por estas condiciones su afiliación y mortalidad en IRA en primera infancia pueden presentarse
COMPONENTE DE MAJONE	Componente eficiente-formal	Componente material - eficiente
ANÁLISIS PERSONAL	El destino de inversiones por parte del presupuesto general del FFD se ve que esta medido y distribuido en proyectos sin embargo su ejecución no alcanza el 100% presentando demoras en intervención que puede caracterizar en pérdida de recursos y poca ejecución por parte de los actores en la implementación de los tres ejes de PDD y sus proyectos	La gran inequidad de la localidad hace que se tengas altas brechas de desigualdad, generando limitaciones en los derechos en especial la salud que puede verse afectado por barreas económicas, acceso, movilidad, oportunidad y esto contribuye a la carga de las enfermedades sin lograr resultados adecuada den salud

4. Capítulo 4 Resultados

4.1. Presentación de resultados

4.1.1. Distribución de dineros del sistema general de participaciones periodo 2004-2015

A continuación, se muestran los informes de distribución anual en el periodo 2004-2015 girado en el presupuesto general aprobado por el congreso y dineros distribuidos a Bogotá presentados en la página del sistema general de participaciones tomando los informes durante el periodo de 12 años de los gobiernos de centro izquierda y el análisis de los recursos transferidos al distrito realizando buscando entender el crecimiento o disminución del crecimiento de los recursos para luego contrastar con los informes de la secretaria distrital de hacienda.

Gráfico 4: Presupuesto Anual del SGP periodo 2004-2015 asignado a Bogotá

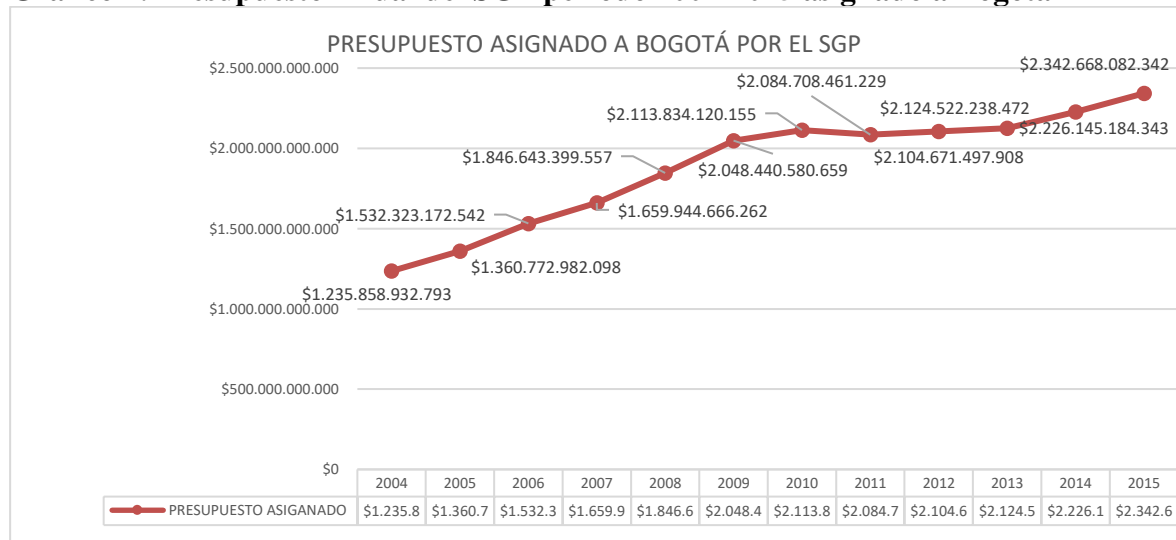


Gráfico 4 elaborado por el autor con los datos presentados por el SGP en su página tomando los reportes del 2004-2015(43-54)

En el grafico 4 se observa el presupuesto anual generado por el SGP analizando el periodo 2004-2015 se evidencia que a pesar de la crisis económica del 2008 que genero un fuerte impacto de las finanzas del país por desaceleración en el crecimiento del PIB con respecto al año 2007, muestra un aumento año-año, se podría inferir que se tiene crecimiento anual de presupuesto distribuido por la aprobación del congreso de la república en el presupuesto general.

Sabiendo que el grado de distribución de recursos depende de varios factores descritos en la ley 715 de 2001, se asigna el presupuesto de tal manera el 58.5% a educación, el 24.5% a salud el 17% a propósito general quitando el 4% del total de presupuesto con las siguientes asignaciones 0.52 para resguardos indígenas, 0.08% a municipios que limitan con el rio grande magdalena 0.5% a distritos y municipios con implementación de alimentación escolar y 2.9 % al FONPET (fondo de pensiones); en el grafico 4 se muestra el comportamiento de la distribución de presupuesto para Bogotá total de todas las participaciones antes mencionadas durante el periodo 2004-2015.

para el presupuesto general asignado para Bogotá en el periodo 2004-2015 se encuentran con un crecimiento en todos los años incluyendo en el 2008, pero se observó una disminución del presupuesto para el año 2011 con una depreciación de presupuesto asignado de \$29.125.658.926 y en el periodo 2010-2012 se presenta un comportamiento constante sin grandes crecimientos económicos lo cual puede influir los problemas de gobernabilidad en el 2 periodo del presidente Álvaro Uribe Vélez, por los nidos de corrupción estatal hicieron que el comportamiento económico a nivel nacional y déficit fiscal genera reformas tributarias en el gobierno Santos.

4.1.1.1. Distribución del sistema general de participaciones de Bogotá

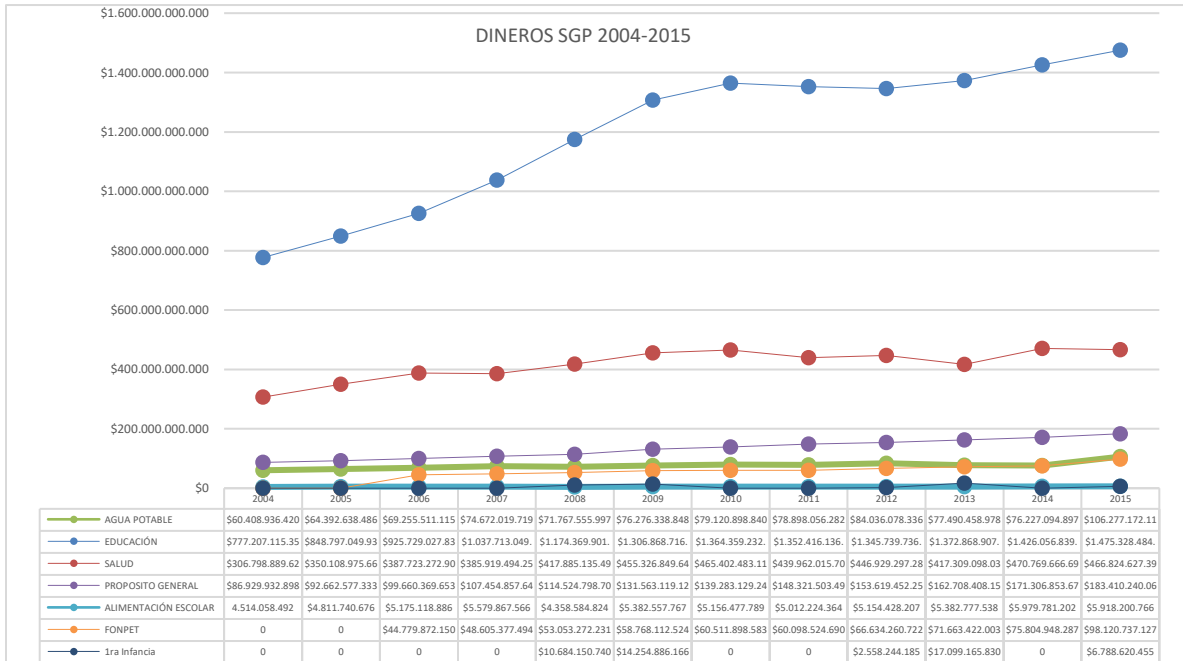


Gráfico 5 elaborado por el autor con los datos presentados por el SGP en su página tomando los reportes del 2004-2015(43–54)

En la gráfico número 5 se encuentra el análisis de la distribución anual en los componentes de la ley 715 de 2001 con la distribución de dineros para los diferentes lineamientos de la ley los cuales es educación, salud, propósito general, agua potable, FONPET y alimentación escolar; se observa que no se asignan recursos en todos los periodos y el crecimiento de algunas participaciones se ve constante y no tienen un crecimiento que alcance los lineamientos descritos por el SGP según lo aprobado en la ley.

Porcentaje del SGP transferido anualmente en el periodo 2004-2015 a Bogotá:

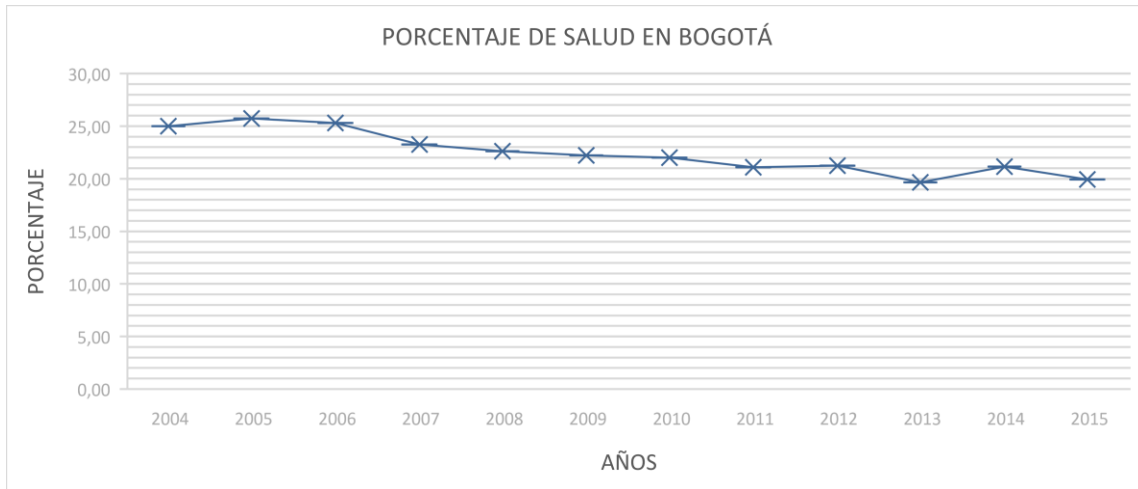


Gráfico 6 elaborado por el autor con los datos presentados por el SGP en su página tomando los reportes del 2004-2015(43-54)

En el gráfico 6 se analiza el porcentaje destinado en el periodo 2004-2015 para salud determinando si fueron adecuados los recursos desde el valor descrito por la ley 715 de 2001 el cual es 24.5% del total de participaciones del SGP:

Se encuentra que la asignación 12 años tenemos una media de 22.43% lo cual es más bajo del lineamiento, se encuentra en el año con mayor distribución es el 2005 con el 25.72% y el año con menor porcentaje de recursos para salud fue el 2013 con 19.62% lo cual está muy por debajo de los lineamientos, entonces se puede concluir que a pesar de que existe aumento de recursos la asignación de porcentajes no es constante según el lineamiento de la ley 715 el cual es el 24.5% y esto puede influir en la implementación de recursos de salud en componente de régimen subsidiado, salud pública y oferta a la demanda (aseguramiento a PPNA), no es constante las participaciones según lineamientos esto influye necesariamente en que el distrito debe tener recursos propios y solvencia económica para poder cumplir las metas en salud desde el PDD.

4.1.1.2. Distribución de recursos en salud régimen subsidiado, salud pública y oferta a la demanda:

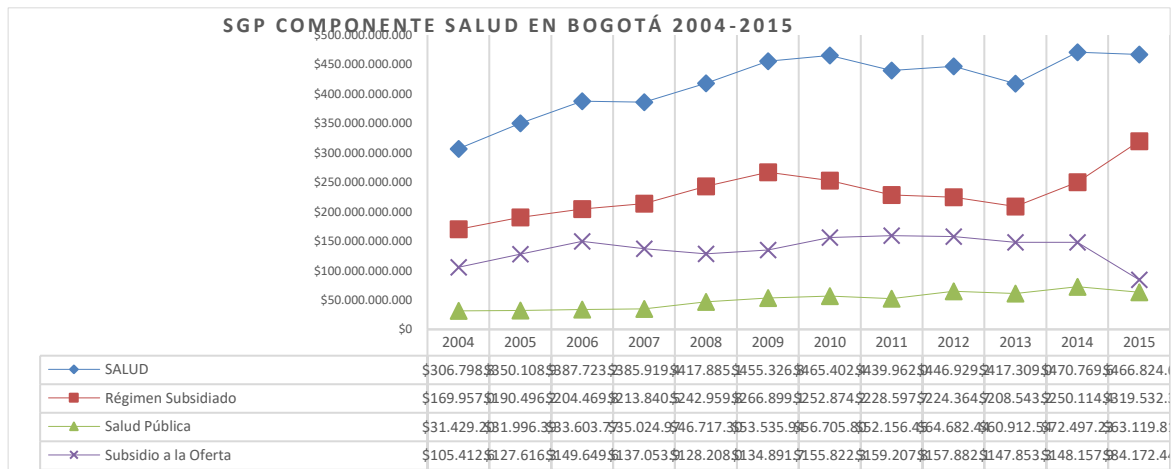


Gráfico 7 elaborado por el autor con los datos presentados por el SGP en su página tomando los reportes del 2004-2015(43–54)

En el gráfico 7 se observa el proceso de aportes desde SGP anualmente destinados por el Congreso en el periodo 2004-2015 al distrito, sus principales variaciones de recursos, los cuales disminuyen en crecimiento en el gobierno Petro; el cual fue más progresista y radical frente a concepciones de salud territorial, se podría intuir como un castigo del gobierno central a la población por estar en contra de la orientación política de derecha central, es una pregunta que no se podría responder en esta investigación.

En este periodo (Petro) se puso en marcha el programa salud a su casa, por medio de atención territorial centrada en el PIC y APS la cual busco acceso a la salud de población vulnerable, aumentando y capacitando al personal de APS, afiliación de la PPNA a servicios de salud como el caso de los recicladores mediante pago remunerado a su actividad e incorporación al RC, crea los centros de atención médica a farmacodependiente en el distrito; estas acciones disminuyen la incidencia de enfermedades de interés de salud pública.

Por otro lado en el grafico se puede observar la caída de aportes del SGP desde el año 2010 por la crisis económica mundial 2008-2009 en la cual Colombia se vio afectada en el crecimiento PIB, adicionalmente en el 2010 se evidencio caída del presupuesto al régimen subsidiado, lo cual género en gran medida la crisis económica de los hospitales públicos por

el no adecuado pago de cuentas de EPS-S y produciendo movilizaciones de trabajadores del distrito desde el 2011 en protesta con los casos de corrupción en materia de salud e infraestructura del gobierno de Samuel Moreno durante su mandato del polo democrático alternativo.

Para el componente de subsidio a la oferta vemos un decrecimiento importante del 13.44% que equivale a la disminución del \$ 63.985.528.418, lo cual es generado por el aumento de la afiliación al sistema de salud de la población al régimen subsidiado o contributivo en años anteriores para lograr mayor cobertura en salud según los lineamientos de la ley 100 que es llegar a universalización de la salud.

En el componente de salud pública siempre mantuvo tendencia de crecimiento en el presupuesto anual; sin embargo para el año 2015 también cae en 1.87% ablando de términos económicos el presupuesto disminuyo en \$9.377.421.680, lo cual pudo influir en el programa de salud a su casa del gobierno Petro en el último año de ejecución y la crisis de la EPS salud capital propuesta desde el gobierno Moreno; la cual se creó para generar una EPS-S centralizada buscando generar universalización, disminución de perdida de recursos económicos en el proceso de intermediación, pago oportuno a hospitales públicos, aumentar el aseguramiento de población vulnerable del distrito, garantizar el acceso a las ESES y mejorar la referencia, contrarreferencia y autorizaciones de estas en tratamientos de alto costo y nivel alto de complejidad.

4.1.1.2.1. Reportes por la secretaria distrital de hacienda según distribuciones del SGP

A continuación, se muestra los informes generados por la secretaría distrital de hacienda, la cual se generó a partir de los informes de los presupuestos anuales del SGP y recursos del FFD en el proceso de redistribución, se analizará por medio de periodos de gobierno.

Gobierno Garzón 2004-2007

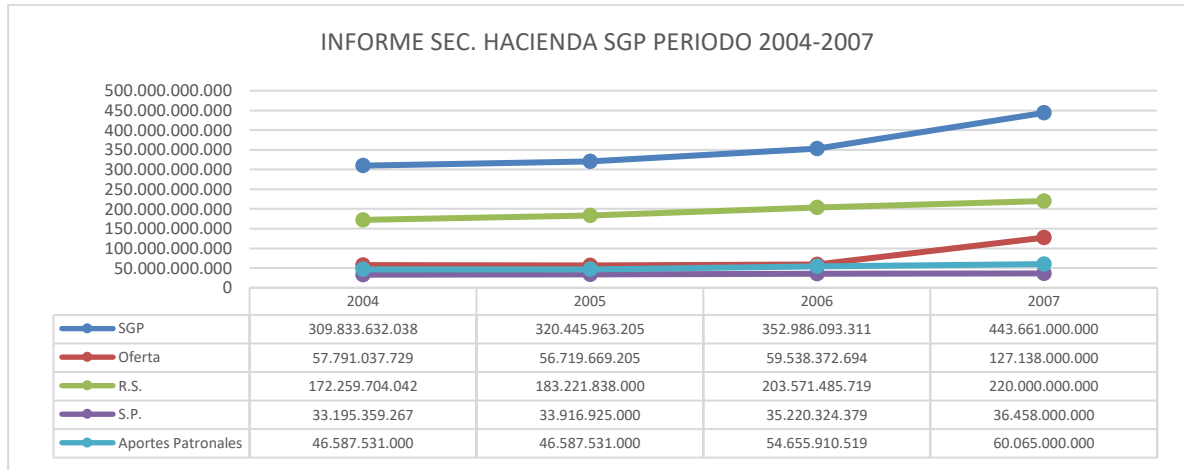


Gráfico 8 realizado por el autor con los reportes del SGP realizadas por la secretaria Distrital de hacienda en el periodo 2004-2007(55–61)

En el grafico 8 Se observa el aumento anual de presupuesto con crecimiento en los cuatro ejes del SGP durante el periodo 2004-2007 de Luis Eduardo Garzón en este gobierno se centra la necesidad de disminución de la desnutrición crónica y aguda la cual busco garantizar las minutas a población de bajos recursos en la ciudad, impactando el desarrollo de ciudad y disminuir el proceso de salud enfermedad por medio de garantizar la seguridad alimenticia en la población vulnerable de Bogotá

Gobierno Moreno 2008-2011

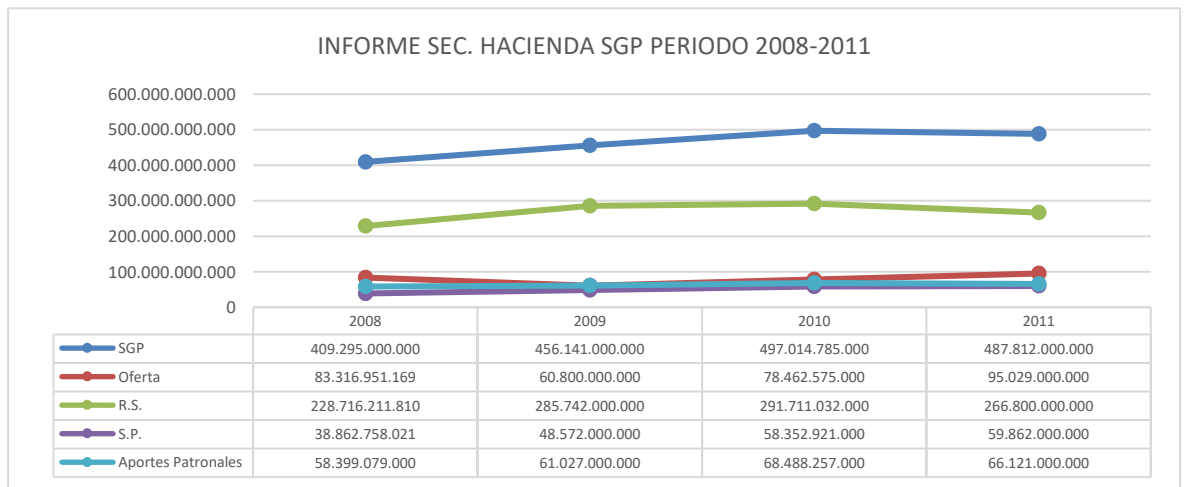


Gráfico 9 realizado por el autor con los reportes del SGP realizadas por la secretaria Distrital de hacienda en el periodo 2008-2011(62–65)

En el gráfico 9 se observa el periodo 2008-2011 en el gobierno de Samuel Moreno en el cual se encontró durante los tres primeros años de su mandato existió aumento de los recursos y en el año 2011 disminuyó los aportes de las participaciones lo cual generó impactos en recursos al RS y aportes patronales, la política en este periodo buscó tener una ciudad que garantizara los derechos en especial las barreras de acceso, sin embargo recordamos que esta alcaldía se tienen graves casos de corrupción en la salud generada por directores de hospitales, miembros de la SDS los cuales son elegidos por el alcalde, evidenciando el clientelismo, pago de favores políticos y poner en cabeza de las instituciones públicas personal no capacitado e inadecuada formación académica para garantizar eficiencia económica en el manejo de recursos públicos.

Gobierno Petro 2012-2015

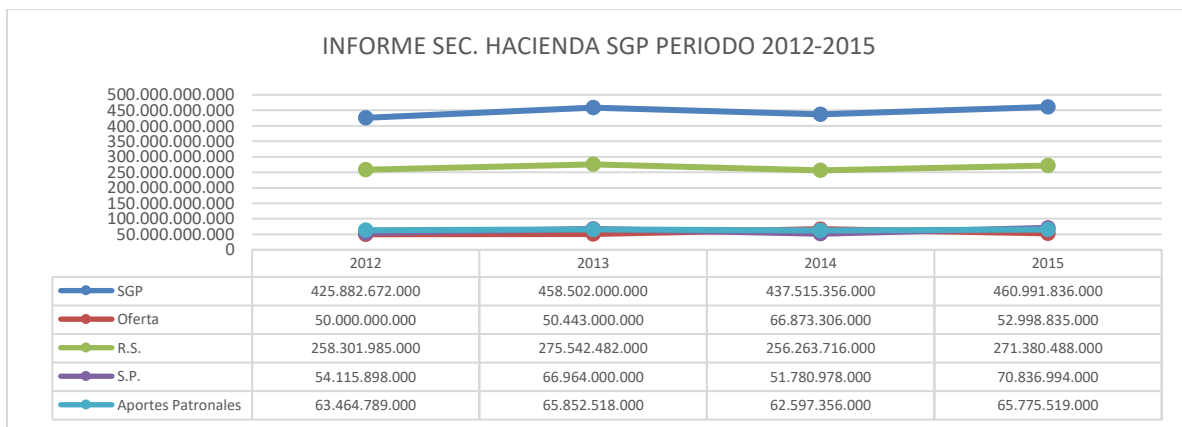


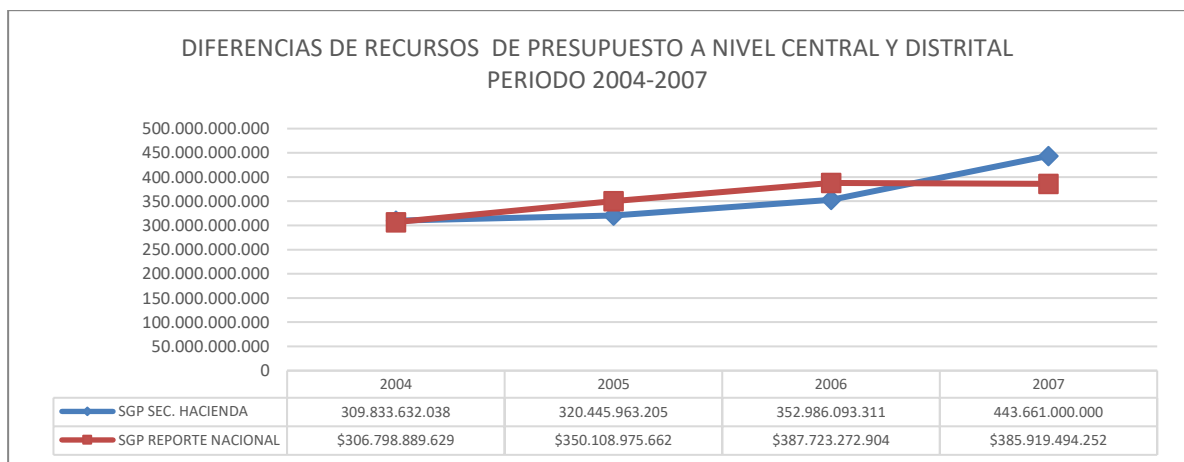
Gráfico 10 realizado por el autor con los reportes del SGP realizadas por la secretaria Distrital de hacienda en el periodo 2012-2015(66-69)

Para el periodo 2012-2015 del gobierno de Gustavo Petro se observa en el gráfico 10 disminuciones en el aporte en el año 2013 después de la crisis de los hospitales públicos del distrito que estaban en riesgo económico alto, medio y bajo generada la intermediación por EPS y casos de corrupción e inadecuados manejos por parte de los de las ESE en la alcaldía de Moreno, su principal política de salud fue el programa salud a su casa, el cual generó impacto en las comunidades vulnerables permitió por medio de APS que permitió el acceso a la salud territorial ya que llegó a lugares donde el distrito no tenía participación con equipos integrados por profesionales de salud.

4.1.1.2.2. Diferencias entre aportes del gobierno central y distrital por periodos de gobierno

Respecto a los datos generados entre el SGP por medio del INP y SDH, nos muestra que entre el gobierno central y el distrito existen variaciones muy grandes que generan dudas si la información que se obtuvo de los reportes de gobierno central o de Bogotá son reales, ya que evidencio gran diferencia en estos informes; analizado desde el enfoque critico no existen datos verídicos en las dos entidades, lo cual pudo generar que se estén perdiendo recursos parafiscales por corrupción en el proceso de distribución y redistribución de dineros de la PP en el proceso de transferencias; se analizaran los datos por periodos de alcaldías.

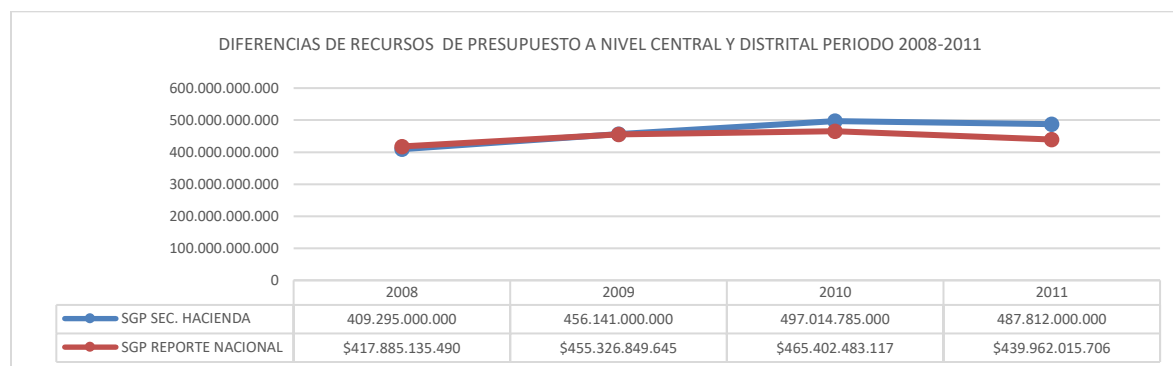
Gobierno Garzón 2004-2008



Gráfica 11 creada por el autor con los reportes del SGP y SDH en el periodo 2004-2007(43–46,55,56,59,61)

En el gráfico 11 se encuentran las diferencias de miles de millones de pesos reportadas por las dos entidades públicas, no existió un comportamiento constante de crecimiento en los dos informes, se observa que en el año 2004 y 2008 presentan mayores reportes por la SDH y en el año 2005 -2006 más recursos del informe central del SGP; esto hace que se tengas dudas de estos informes; si toma la diferencia del periodo de 2008 la más notable se encontró una discrepancia de \$57.741.505.748 lo genera dudas porque esta diferencia de dinero participaciones.

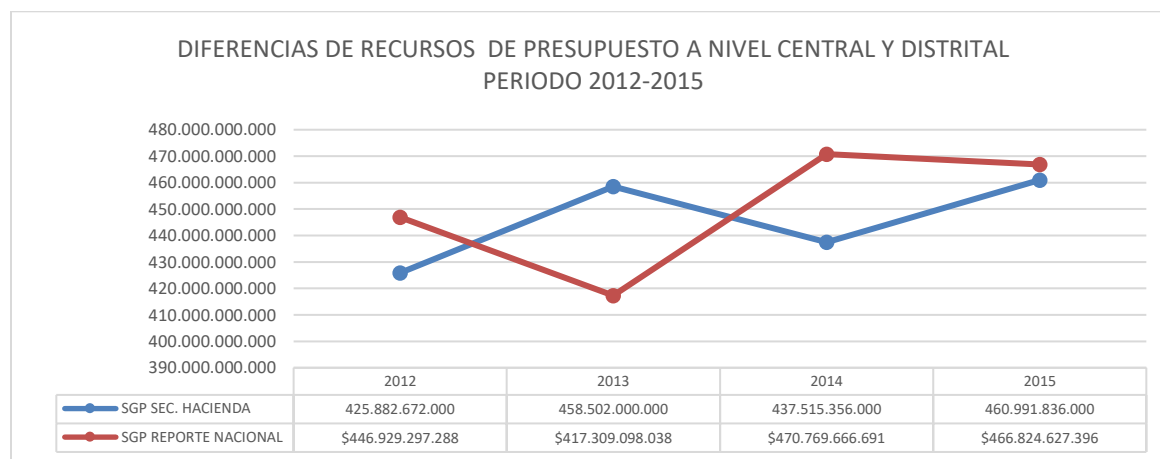
Gobierno Moreno 2008-2011



Gráfica 12 creada por el autor con los reportes del SGP y SDH en el periodo 2008-2011(47–50,62–65)

En el gráfico 12 se observó el periodo 2008-2011 de la alcaldía de Moreno; la cual a pesar de que se encontraron mayores similitudes las participaciones sin grandes cambios durante los primeros dos años de gobierno, si existió variaciones en el año 2010-2011 donde se evidencia más dinero en el informe de la SDH sobre el SGP de nivel central con una diferencia de \$47.849.984.294 millones de pesos.

Gobierno de Petro 2012-2015



Gráfica 13 creada por el autor con los reportes del SGP y SDH en el periodo 2012-2015(51–54,66–69)

En el gráfico 13 se encontró en el periodo 2012-2015 de la alcaldía de Petro; se observaron las mayores variaciones de los tres periodos donde el INP reporta aportes sobre la SDH en los años 2012, 2014 y 2015 y en el 2013 la SDH reportan mayores recursos, en este periodo de gobierno se encuentran las menores diferencias de parafiscales con \$41.192.901.962; se conoce que las mayores disminuciones en recursos y crecimiento de estos por parte del nivel central al gobierno distrital fue en esta alcaldía, posiblemente por cambio enfoque político más radical hacia la izquierda a nivel de Bogotá, lo que cambio visiones de desarrollo en la población y transformo la concepción a nivel público, por medio de la autonomía territorial acabo con convenios publico privados, transformo empresas privadas a públicas servicio de aseo.

Esta alcaldía tuvo más participación social en la resolución del PDD y presento mayor impacto integral en el desarrollo, lo cual no fue bien visto por los grandes poderíos económicos, generando el proceso de revocatoria y de destitución de Petro por el procurador Ordoñez por crisis de basuras al principio del mandato fomentado por la empresa privada, lo cual hizo que finalizara el gobierno como alcaldesa encargada a Clara López, durante este mandato se vieron las relaciones de poder de las oligarquías criollas quienes observaron el déficit de sus ingresos por cambios de enfoques políticos a nivel distrital, lo cual ocasiona ataques por la cuarta fuerza (medios de comunicación) sin embargo a nivel social creo grandes cambios y transformaciones de la población en situaciones de vulnerabilidad a nivel de Bogotá.

4.2. Inversión de recursos en salud por periodos de gobiernos

Los planes de gobierno tuvieron inversión de recursos para salud como políticas de gobierno; a continuación, se muestran los análisis de los reportes por periodos de gobierno de los alcaldes y se observa el grado de participación económica SGP en distrito en recursos de las participaciones para atender la salud de los capitalinos:

4.2.1. Periodo de Garzón 2004-2007

c				2006			
CONCEPTO	PRESUPUESTO SGP	APORTES DEL DISTRITO	TOTAL	CONCEPTO	PRESUPUESTO SGP	APORTES DEL DISTRITO	TOTAL
BOGOTA para VIVIR todos del mismo lado	220.416.371.765	451.033.632.038	671.450.003.803	Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza e indiferencia EJE SOCIAL	318.614.867.015	640.540.913.261	959.155.780.276

86 Efectos de los recursos de redistribución de la ley 715, en los sistemas locales de salud de las localidades de Ciudad Bolívar y Usme, 2004-2015

JUSTICIA SOCIAL	215.416.371.765	423.972.404.341	639.388.776.106	Bogotá sin hambre		3.658.000.000	3.658.000.000
Ubiquémonos para la solidaridad	1.721.940.826	9.186.123.085	10.908.063.911	salud para la vida digna	318.614.867.015	618.770.810.624	937.385.677.639
Protección integral a personas y familias en situación de vulnerabilidad, componente rehabilitación basada en comunidad	917.816.679	18.858.170	936.674.849	Ciudad para la salud y la vida	2.851.359.000	79.776.848.564	82.628.207.564
Fortalecimiento de la salud pública	7.670.949.768	19.966.828.361	27.637.778.129	universalización en atención integral con enfoque familiar y comunitario	305.089.373.015	474.116.521.305	779.205.894.320
Aseguramiento y prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable	205.105.664.492	385.547.516.990	590.653.181.482	Redes sociales y de servicios de calidad de vida y salud	10.674.135.000	22.941.718.255	33.615.853.255
2005				2007			
CONCEPTO	PRESUPUESTO SGP	APORTES DEL DISTRITO	TOTAL	CONCEPTO	PRESUPUESTO SGP	APORTES DEL DISTRITO	TOTAL
Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza e indiferencia EJE SOCIAL	285.733.899.500	634.678.191.141	920.412.090.641	Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza e indiferencia EJE SOCIAL	341.715.096.593	675.000.045.700	1.016.715.142.293
Bogotá sin hambre	0	3.500.000.000	3.500.000.000	Bogotá sin hambre		5.490.000.000	5.490.000.000
salud para la vida digna	285.753.894.500	313.809.119.141	599.563.013.641	salud para la vida digna	341.715.096.593	341.715.096.593	991.119.142.293
fortalecimiento SP	0	0	0	Ciudad para la salud y la vida	1.579.665.000	93.474.335.000	95.054.000.000
universalización en atención integral con enfoque familiar y comunitario	285.733.894.500	561.071.119.141	846.805.013.641	universalización en atención integral con enfoque familiar y comunitario	335.215.791.593	466.354.208.407	801.570.000.000
aseguramiento y prestación de servicios a población pobre y vulnerable	0	0	0	Redes sociales y de servicios de calidad de vida y salud	4.919.640.000	16.979.502.293	21.899.142.293

Creación del autor tabla 4 Fuente: informes SDH del presupuesto FFD periodo 2004-2007 (55,56,59,61)

En la tabla 4 se observa el análisis del plan de gobierno de Garzón periodo 2004-2007 con los programas que tuvieron incidencia en la afiliación y manejo de la IRA desde el punto de vista macro con la información reportada del SGP por distrito en los informes de la SDH por medio de los datos pertenecientes al FFD, el cual es quien maneja los recursos de la SDS. Con estos dineros se buscó alcanzar los objetivos de aportes para el RS, afiliación y manejo de enfermedades de interés de salud pública; se resalta que el primer año de gobierno mientras se aprueba el plan de desarrollo, se trabaja con los programas del anterior gobierno mientras en el periodo del año se van realizando la implementación de nuevas PP, determinadas por la aprobación del PDD y ajustes de la SDS en formulación, implementación y ejecución para alcanzar las metas propuestas durante el primer año de gobierno.

4.2.2. Periodo Moreno 2008-2011

2008				2009			
concepto	recursos administrados	aportes del distrito	total	concepto	recursos administrados	aportes del distrito	total
Bogotá sin indiferencia un compromiso social contra la pobreza e indiferencia EJE SOCIAL	363.211.083.000	850.204.464.000	1.213.415.547.000	Bogotá positiva para vivir mejor	484.633.007.000	954.334.135.000	1.438.967.142.000
Bogotá sin hambre		10.800.000.000	10.800.000.000	ciudad de derechos	484.633.007.000	932.514.210.000	1.417.147.217.000
salud para la vida digna	363.211.083.000	816.811.112.000	1.180.022.195.000	Bogotá sana	34.268.415.000	155.311.135.000	189.579.550.000
Ciudad para la salud y la vida	1.810.920.000	104.887.853.000	106.698.773.000	salud a su casa	15.675.000.000	18.314.998.000	33.989.998.000
universalización en atención integral con enfoque familiar y comunitario	355.823.641.000	583.965.468.000	939.789.109.000	vigilancia en salud pública	232.431.000	47.175.725.000	47.408.156.000
Redes sociales y de servicios de calidad de vida y salud	5.576.522.000	17.519.286.000	23.095.808.000	comunidades saludables	0	18.582.000.000	18.582.000.000
				fortalecimiento de la gestión distrital en la salud pública	2.085.984.000	19.273.912.000	21.359.896.000
				garantía aseguramiento y atención en salud	423.242.922.000	651.002.709.000	1.074.245.631.000
				promoción y afiliación al régimen subsidiado y contributivo	352.743.221.000	315.250.720.000	667.993.941.000
				atención a población vinculada	70.499.701.000	327.014.262.000	397.513.963.000
				gratuidad en salud	0	8.737.727.000	8.737.727.000
				fortalecimiento y provisión de los servicios de salud	27.121.670.000	126.200.366.000	153.322.036.000
2010				2011			
concepto	recursos administrados	aportes del distrito	total	concepto	recursos administrados	aportes del distrito	total
Bogotá positiva para vivir mejor	499.651.442.000	989.666.818.000	1.489.318.260.000	Bogotá positiva para vivir mejor	708.236.000.000	833.785.000.000	1.592.021.000.000
ciudad de derechos	499.651.442.000	978.520.068.000	1.478.171.510.000	ciudad de derechos	707.936.000.000	852.787.304.000	1.560.723.304.000
Bogotá sana	6.643.943.000	163.706.421.000	170.350.364.000	Bogotá sana	5.876.155.000	167.471.887.000	173.348.042.000
salud a su casa	0	28.000.000.000	28.000.000.000	salud a su casa	194.602.000	21.350.064.000	21.544.666.000
vigilancia en salud pública	3.756.035.000	41.206.000.000	44.962.035.000	vigilancia en salud pública	2.308.540.000	38.576.461.000	40.885.001.000
comunidades saludables	1.000.000.000	21.500.000.000	22.500.000.000	comunidades saludables	1.194.602.000	13.863.454.000	15.058.056.000
fortalecimiento de la gestión distrital en la salud pública	0	15.407.921.000	15.407.921.000	fortalecimiento de la gestión distrital en la salud pública		15.870.159.000	15.870.159.000
garantía aseguramiento y atención en salud	487.660.996.000	607.509.476.000	1.095.170.472.000	garantía aseguramiento y atención en salud	695.596.525.000	558.693.781.000	1.254.290.306.000
promoción y afiliación al régimen subsidiado y contributivo	423.038.759.000	320.390.394.000	743.429.153.000	promoción y afiliación al régimen subsidiado y contributivo	466.588.837.000	294.695.768.000	492.703.456.000
atención a población vinculada	64.622.237.000	287.119.082.000	351.741.319.000	atención a población vinculada	229.007.688.000	263.695.768.000	492.703.456.000
gratuidad en salud				gratuidad en salud			
fortalecimiento y provisión de los servicios de salud	5.346.503.000	207.304.171.000	212.650.674.000	fortalecimiento y provisión de los servicios de salud	6.463.320.000	126.621.636.000	133.084.956.000

Creación del autor tabla 5 Fuente: Informes SDH del presupuesto del FFD periodo 2008-2011 (62-65)

En la tabla 5 se encontró las políticas en salud del periodo de la alcaldía de Moreno, donde se observó unas PP muchos más amplias: que permitieron ver de manera más clara la inversión de recursos tanto del SGP y los aportes del distrito, se ponen en fondo verde el PDD y en amarillo las políticas distritales que generan algunas otras políticas, planes, proyectos y programas y teniendo influencia la salud capitalina, se evidencio que en el ítem de gratuidad en salud para régimen I y II del sisben para el año 2009 se toman recursos del distrito y para los años 2010-2011 no se generan aportes para esta política lo cual mostro que los flujos de dineros de las PP pueden variar y su implementación en salud pueden aumentar e incluso desaparecer a pesar de que estuvieran incluidas en el PDD del gobierno de Moreno.

4.2.3. Periodo Petro 2012-2015

2012				2013			
concepto	recursos administrados	aportes del distrito	total	concepto	recursos administrados	aportes del distrito	total
Bogotá positiva para vivir mejor	677.647.674.000	860.453.960.000	1.508.101.634.000	Bogotá humana	1.111.032.639.000	1.084.461.362.000	2.195.494.001.000
ciudad de derechos	647.347.674.000	828.852.415.000	1.476.200.089.000	Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo	1.111.932.639.000	1.033.627.248.000	2.144.559.887.000
Bogotá sana	4.258.464.000	172.502.544.000	176.761.008.000	territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad	1.111.932.639.000	986.508.976.000	2.097.441.615.000
salud a su casa	0	28.865.846.000	28.865.846.000	salud para el buen vivir	3.413.631.000	334.145.514.000	337.559.145.000
vigilancia en salud pública	2.380.264.000	44.558.611.000	46.938.875.000	conocimiento para la salud	100.000.000	1.500.000.000	1.600.000.000
comunidades saludables	1.056.000.000	19.676.993.000	20.732.993.000	acceso universal y efectivo para la salud	527.828.931.000	298.463.494.000	826.292.425.000
fortalecimiento de la gestión distrital en la salud pública	0	14.564.324.000	14.564.324.000	atención a la población pobre y no asegurada	213.073.207.000	146.715.518.000	359.788.725.000
garantía aseguramiento y atención en salud	609.689.005.000	541.396.411.000	1.151.085.416.000	redes para la salud y la vida	263.170.475.000	8.043.852.000	271.214.327.000
promoción y afiliación al régimen subsidiado y contributivo	433.392.588.000	285.178.267.000	718.570.855.000	modernización e infraestructura	102.946.395.000	25.881.598.000	128.827.993.000
atención a población vinculada	176.296.417.000	256.218.144.000	432.514.561.000	ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria	400.000.000	67.149.000.000	67.549.000.000
gratuidad en salud							
fortalecimiento y provisión de los servicios de salud	334.002.050.000	114.953.460.000	148.353.665.000				
2014				2015			
concepto	recursos administrados	aportes del distrito	total	concepto	recursos administrados	aportes del distrito	total
Bogotá humana	1.550.460.440.000	730.849.847.000	2.281.440.287.000	Bogotá humana	1.098.398.990.000	1.048.003.491.000	2.146.402.481.000

Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo	1.550.460.440.000	700.818.534.000	2.251.278.974.000	Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: el ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo	1.098.298.990.000	1.008.429.291.000	2.106.728.281.000
territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad	1.550.460.440.000	687.674.534.000	2.238.134.974.000	territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad	1.098.298.990.000	1.005.817.291.000	2.104.116.281.000
salud para el buen vivir	10.543.708.000	98.846.665.000	109.390.373.000	salud para el buen vivir	4.665.060.000	309.013.427.000	313.678.487.000
conocimiento para la salud	147.000.000	664.000.000	811.000.000	conocimiento para la salud	0	1.000.407.000	1.000.407.000
acceso universal y efectivo para la salud	784.384.001.000	285.239.931.000	1.069.623.932.000	acceso universal y efectivo para la salud	639.725.453.000	304.434.066.000	944.159.519.000
atención a la población pobre y no asegurada	123.687.385.000	170.212.343.000	293.899.728.000	atención a la población pobre y no asegurada	92.303.592.000	136.929.865.000	229.233.457.000
redes para la salud y la vida	165.928.581.000	12.349.095.000	178.277.676.000	redes para la salud y la vida	135.164.562.000	60.049.640.000	195.214.202.000
modernización e infraestructura	455.509.765.000	38.331.500.000	493.841.265.000	modernización e infraestructura	226.435.323.000	80.605.678.000	307.041.001.000
ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria	10.260.000.000	30.250.000.000	40.510.000.000	ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria	5.000.000	75.066.636.000	75.071.636.000

Creación del autor tabla 6 Fuente: informes SDH del presupuesto FFD periodo 2012-2015 (66–69)

En la tabla 6 se observó la transformación del plan de gobierno en el ámbito de salud a una mayor participación a nivel territorial con la política en salud, donde se creó el programa territorios saludables, el cual desprendió una serie planes, programas y proyectos que pretendió incidir en el mejoramiento de la salud colectiva por medio de la atención primaria en salud como pilar del PDD, que aumento la respuesta en salud por la insuficiencia de la red pública salud preventiva, esto impacto en los indicadores de salud en el distrito y fortaleció las localidades y sus UPZ, se cambió el esquema de políticas anteriores de salud a su casa aumentando el personal en salud y busco descongestionar la red de urgencias y colapso del sistema de atención; este fue uno de los planes más ambiciosos de la alcaldía Petro, que cambió radicalmente la postura de la salud distrital, logro garantizar el acceso a la salud de poblaciones vulnerables y restauración de derechos.

En los tres periodos de gobierno se evidencio a pesar de que son de centro izquierda ninguno presento continuidad de políticas o programas anteriores y cada uno se generó desde la concepción de los asesores del plan de gobierno e intervinieron sus formaciones y concepciones políticas, educativas y morales durante el proceso de asignación de recursos.

En el periodo de Garzón es mucho más conservador, este tomo los lineamientos del SGP y los transfirió en las políticas de gobierno e integro una política social que pueda tener gran impacto la cual fue “Bogotá sin hambre” que busco disminuir la incidencia de desnutrición crónica y aguda en las etapas de la vida, con ello disminuir en el proceso salud-enfermedad generado por deterioro del sistema inmune y falta de vitaminas nutrientes y minerales y en caso de que se presentara la enfermedad el individuo tuviera mayor forma de recuperación y menor incidencia en la mortalidad distrital por complicaciones asociadas a la malnutrición y desnutrición.

Para el periodo de Moreno se Observa que las políticas que inciden en el SGP también son conservadoras, a pesar que las llama por otro nombre implemento el inicio del programa salud a su casa, aumento los recursos para la vigilancia en salud pública y con ello generar mejores diagnósticos locales del estado de salud enfermedad para determinar causalidad de enfermedades, el impacto en la población y con ello orientar planes, programas y proyectos en salud pública.

Por último en el gobierno de Petro es el que más recursos le apporto a nivel distrital de los tres y busco tener mayores resultados a nivel de la salud pública como lo mencionamos anteriormente con la PP de territorios saludables orientada en el PIC, con ello garantizo el acceso a salud incluyendo PPN, aumento los profesionales de salud a nivel territorial, mejoro los ingresos de estos, con lo cual logro disminuir la rotación de personal a nivel de las ESE, fortaleció la participación y visibilizo la crisis de las IPS públicas; consolido la EPS-S Salud Capital que centralizo los recursos del RS y con ello disminuyo la intermediación para garantizar la viabilidad financiera de las IPS, sin embargo al implementar esta por la gran cantidad de población del RS distrital, la poca disponibilidad de red pública hospitalaria nivel II y III, no resolvió los problemas de atención, acceso y oportunidad de sus afiliados; por eso la salud territorial tomo un papel importante por medio de la caracterización, educación y captación, aplicando un modelo preventivo para disminuir la congestión hospitalaria por la poca capacidad de especialistas y oferta de camas de IPS en Bogotá.

4.3. Análisis de las localidades de estudio

Ciudad Bolívar

La localidad de CB como se expresó antes es una de las más pobladas y con mayores desigualdades del distrito, alberga gran cantidad de población que ha sido víctima de la violencia y tienen grandes necesidades básicas insatisfechas en su territorio, el manejo de la IRA su tasa mortalidad en primera infancia es mayor a la distrito, esto genero desafío para los profesionales de salud que trabajan en CB quienes asumen los planes, programas y proyectos del distrito a nivel de territorios y UPZ por el trabajo intersectorial y transectorial a nivel local ya que convergen necesidades y vulnerabilidades altas en su población.

En el proceso de aumento en la oportunidad y disminución de barreras de acceso CB tiene una la red de salud conformada como organismo director a nivel local el hospital de vista hermosa ESE nivel I de atención que tiene una red de UBAS, CAMIS y UPAS para garantizar la atención en esta localidad y se divide en 4 territorios macro la localidad los cuales son los siguientes:

- Territorio I mochuelo Monteblanco
- Territorio II tesoro Jerusalén lucero
- Territorio III san francisco Perdomo y Arborizadora
- Territorio IV rural

Realizando el análisis de los procesos de inversión y planes operativos anuales por la alcaldía local y el trabajo intersectorial para disminuir las necesidades básicas insatisfechas encontramos que no existe una línea de disminución vulnerabilidades efectivamente se encuentran los siguientes planteamientos para manejo social e integral desde el POA desde las alcaldías con los siguientes puntos:

Periodo 2005-2008(70)

Componente Material y eficiente

Eje social: corresponde al 47% del presupuesto en este campo esta la salud, educación, cultura y recreación

Eje regional: corresponde al 34% esta todos los proyectos de infraestructura

Eje de reconciliación: corresponde al 5% y corresponde a la participación ciudadana y respeto a la vida

Inversión en gestión humana: corresponde al 14% gestión eficiente y eficaz

Componente formal

Se encuentra que el plan de desarrollo local destina recursos para el fortalecimiento del territorio y la salud está involucrada en los ejes de recursos locales; pero en el eje social, en el cual se encuentra inmerso la salud, los dineros no invertidos no permitieron fortalecer la atención en salud pública, sino que tiene que compartir con ámbitos como educación, cultura y recreación que son importantes para el desarrollo de programas, con ello fortalecer el proyecto de vida y disminuir la incidencia de pandillas, violencia y deserción escolar de la poblaciones vulnerables, pero no resuelve en gran medida los problemas de salud como lo hace la SDS.

En el componente regional, los proyectos de infraestructura vial que disminuyan tiempos de desplazamiento y acceso al servicio público de transporte pudo influir indirectamente al acceso de la salud por disminución de distancias, en el eje reconciliación influye en disminuir las violencias a nivel local y resolución de conflictos, en el eje de gestión humana es la planta de la alcaldía nuevos puestos que no tienen influencia en la planta del hospital local.

Los POA de las alcaldías vienen desarrollados desde el planteamiento del PDD y de las relaciones de poder que tenga el edil con el gobierno distrital, estos planteamientos hacen ver que la salud no es un eje central sino está inmerso en lo social, depende también de los lineamientos y aunque se crearon comités de participación, la salud pública dependió netamente del planteamiento de SDS y sus objetivos.

En el periodo 2009-2012(71)

Componente Material y eficiente

Política por la Calidad de Vida de la Infancia y la Adolescencia

Política Pública por los derechos de las Familias en Bogotá

Política Pública de Juventud

Política Pública de Participación

Política Pública de Mujer y Género

Política Pública de LGBI

Política Pública de Discapacidad

Componente formal

La política que influyo dentro de los POA se genera del PDD, esta es la política de calidad de vida de la infancia y adolescencia quien tiene los lineamientos de salud, educación, cultura, recreación y deporte, genero lineamientos que no son efectivos en la disminución de morbimortalidad por IRA, aunque se ven políticas estructuradas para la atención y participación comunitaria dependen de un trabajo intersectorial desde nivel central que limita autonomía local de construcción de territorio.

Al dividir las líneas de POA de nivel distrital y que sean adoptados por las alcaldías locales, puede influir notablemente en los resultados y las necesidades territoriales por medio de la participación social y construcción de territorio, dependió en gran medida de las formaciones académicas, políticas y necesidades enfocadas a las relaciones de poder influyen en el dialogo social que no intervino en disminuir la incidencia de la mortalidad en IRA y afiliación al RS.

En el periodo 2013-2015⁽⁷²⁾

Componente material y eficiente

Sector salud y bienestar social

Sector educación

Sector cultura y deporte

Sector turismo

Sector agroambiental

Sector políticas publicas

Sector de gobierno

Componente formal

Para la implementación de los POA se ve que la salud, fue vista como un pilar fundamental del desarrollo local y esto hace que se tenga mayor responsabilidad por la alcaldía local en la atención en salud, por otra parte, esta fue aplicada a todas las etapas del ciclo vital, lo cual pudo influir a que en el debate se obvien algunas necesidades desde las relaciones de poder, por las concepciones culturales de la población y su formación política, en esta discusión de la población con la alcaldía en situaciones de alta desigual; las necesidades pueden reducirse a buscar medios de ingreso, hacer campañas de salud y obviar las políticas en salud que generen impacto en la población.

A pesar que la salud entra en los POA reconocida por el gobierno distrital en el PDD, depende de las necesidades vistas por edil y el debate con la comunidad que puedo influir en resultados en salud; la participación desde las concepciones de territorio son variadas, generando que la inequidad y desigualdad se puedan mantener por lineamientos verticales desde el distrito a lo local, no todos los territorios tuvieron las mismas necesidades colectivas, esto hizo que sea más difícil la implementación de planes, proyectos y programas al no tener una localidad descentralizada totalmente en la implementación de recursos económicos a programas sociales.

Componente formal de planes programas y proyectos en la localidad de CB:

En los tres periodos de alcaldías se pudieron observar los campos de acción en salud y sus limitantes, sin embargo, al hacer un análisis más crítico se identificaron la falta de autonomía no generan situaciones adecuadas para disminuir la carga vulnerabilidad en la población residente en la localidad:

Respecto a los resultados se pudo observar que a pesar del trabajo del hospital de vista hermosa ESE nivel I y de la alcaldía local los determinantes de la salud se ven muy marcados y generan gran incidencia de morbimortalidad, no lograron mejorar las condiciones de salud a pesar de programas, planes y proyectos o estos no tienen la capacidad de contribuir

adecuadamente al impacto esperado, por tal motivo se ven claros errores en el manejo del engrane de políticas a nivel vertical y limitaciones en el comportamiento local.

Se determinan los siguientes problemas que afectan el comportamiento de la localidad:

Movilización: con la implementación de Transmilenio se disminuyeron rutas, generando problema de movilización en zonas de la localidad, el costo del pasaje equivale aproximadamente del 10-15% del salario de la población, lo cual limita la movilización incluyendo a los centros de salud en personas con discapacidades en el movimiento, personas con niños o situaciones de embarazo.

Desplazamiento: es una localidad que alberga una de las mayores fuentes de población desplazada lo cual la hace multicultural y con creencias específicas en grupos determinados como los indígenas, afrocolombianos, campesinos de varias regiones, esto implica que no se generaran intervenciones con competencia cultural adaptada para todas las poblaciones de la localidad y no produjo adherencia a intervenciones de salud.

Vivienda: Existen zonas de ocupación y casas de personas pobres en materiales de palos, tejas de zinc, madera y plástico, otras ubicadas en zonas de riesgo de deslizamientos y sin accesos a servicios; con conexiones ilegales de energía y no acceso a agua potable o alcantarillado, lo cual presentan alto riesgo para enfermedades transmisibles diarreicas y en época invernal respiratorias.

Ambiental: Es uno de los puntos álgidos en esta localidad por el límite con el relleno doña Juana *“la Organización Mundial de la Salud manifiesta que, para una producción de 30 toneladas de basura diaria, mínimo debe estar a una distancia de 200 metros de una población. A la fecha no existe una clasificación desde la fuente del residuo y se están recibiendo 6000 toneladas diarias de basura con una población expuesta a menos de un kilómetro lineal, convirtiéndose en un problema de ciudad con afectación directa a la vida y al derecho a un ambiente sano de los habitantes del área rural- urbana de la localidad; por lo tanto, se requiere una mejor clasificación del residuo e inclusión de estrategias tecnológicas de manejo de residuos diferentes a rellenos.”;*(36) adicionalmente la explotación minera a cielo abierto de canteras (legales e ilegales) cerca de la cuenca del río

Tunjuelo en épocas invernales y la deforestación producen inundaciones generando mayor problemas en IRA en la localidad y aumento de las plagas (mosquitos, sancudos y moscas estas últimas por el relleno).

Salud: fortalecimiento de las redes de la localidad por medio de la APS lograron tener modelos preventivos desde salud pública, orientado y canalizando situaciones de salud con equipos interdisciplinarios y transdisciplinarios; pero esto no garantiza el acceso y atención en salud, como lograr la afiliación de las personas al RS, ya que los equipos de trabajo en algunas zonas no tuvieron presencia por las implicaciones de seguridad, acceso o la no participación de la comunidad que ve la asistencia como procesos para lograr control y no mejorar las necesidades propias de la comunidad.

La red del hospital vista hermosa tienen 4 UPAS, 2 UBAS y 4 CAMIS, también se encuentra el hospital de Meissen que es ESE nivel II.

Necesidades básicas insatisfechas: *Se incrementó el número de pobres en un 3,83% (7429 personas); en miseria para el D.C. disminuyó y para Ciudad Bolívar aumentó. La proporción de personas en miseria es el 40,96% en la localidad; lo que refleja un estancamiento económico y una ausencia de gestión desde lo Distrital y local que reorienta la economía y garantice el derecho de las personas a permanecer en sus lugares de origen para disminuir el crecimiento de personas desplazadas que aumentan las cadenas de miseria. (36)*

Los hogares pobres por NBI y en miseria se incrementaron. Lo más grave es que la localidad aporta el 43,08% para el Distrito Capital, según la Secretaria de Hacienda, el 80% de los ingresos de los hogares provienen del trabajo y en la medida en que se es más pobre ese porcentaje se hace mayor, ya que en los hogares pobres prácticamente nadie depende de pensiones o de rentas de capital o herencias, por lo que el crecimiento de la economía y su capacidad de generar empleo son fundamentales en el mejoramiento de los niveles de pobreza provienen del trabajo y en la medida en que se es más pobre ese porcentaje se hace mayor, ya que en los hogares pobres prácticamente nadie depende de pensiones o de rentas de capital o herencias, por lo que el crecimiento de la economía y su

capacidad de generar empleo son fundamentales en el mejoramiento de los niveles de pobreza.(36)

Por la acumulación económica y las brechas de desigualdad se pudo identificar que la localidad de Ciudad Bolívar tienen serios problemas de desigualdad y las políticas públicas distritales no garantizan que la inversión de recursos que generaran planes, programas y proyectos con implementación adecuada que crearan impacto a nivel comunitario e individual, que se lograran canalizar situaciones de emergencia como desnutrición, problemas de salud oral, inclusión comedores comunitarios o programa de alimentación escolar, lo cual no cambio las necesidades de base de las familia las cuales siguen presentando las mismas vulnerabilidades y si vamos a la mortalidad en IRA en menores de 5 años por estas situaciones de desigualdad no crean justicia en salud y acceso al SGSSS ya que como se ve la población aumenta en la pobreza y la afiliación disminuye.

Localidad de Usme

La localidad de Usme está ubicada al sur de la ciudad y es la más grande del distrito a nivel urbano, esta localidad solo cuenta con la ESE hospital de Usme nivel I y su red de servicios acompañado de CAMIS, UBAS y UPAS, al estar al sur de la ciudad alberga población desplazada, es de características importantes por el conflicto armado ya que es la entrada a Bogotá por el páramo de Sumapaz esto genera territorio geoestratégico como corredor vial de guerrillas, narcotráfico y paramilitares, la recepción de desplazados y el suministro de alimentos de clima frío al limitar con la localidad rural el páramo y tener alta población campesina hacia la periferia de la localidad, hace que se tenga acceso a alimentos de tierra fría fácilmente, se divide en 6 territorios los cuales son los siguientes:

- Territorio I Usme Centro
- Territorio II Veredas y Sector Entre nubes
- Territorio III Flora
- Territorio IV Danubio
- Territorio V Gran Yomasa
- Territorio VI Comuneros y Alfonso López

Durante los planes de desarrollo locales entendemos que tienen las mismas líneas de trabajo que las de todas las 20 localidades sin embargo las asignaciones a los presupuestos pueden variar ya que dependió de las necesidades observadas propias y se pudieron aumentar o disminuir recursos.

Periodo 2005-2008(70)

Componente Material y eficiente

Eje social: corresponde al 48.2% del presupuesto en este campo esta la salud, educación, cultura y recreación

Eje regional: corresponde al 24.3% esta todos los proyectos de infraestructura

Eje de reconciliación: corresponde al 3.2% y corresponde a la participación ciudadana y respeto a la vida

Inversión en gestión humana: corresponde al 24.3% gestión eficiente y eficaz

Componente formal

La localidad de Usme aumenta un poco los recursos del POA en el eje social, sin embargo, como se mencionó antes se tienen que invertir con recursos para educación, cultura, recreación y deporte a aparte de la salud de la población; entonces los recursos que se invirtieron en salud pública son nulos, dependen de la SDS y sus lineamientos implicando verticalización de políticas.

En el componente de eje regional las vías que se crearon para disminuir los tiempos y rutas de servicios públicos para garantizar el desplazamiento a servicios de salud, como en el eje reconciliación buscando disminuir el conflicto entre la población y violencia.

Los POA dependen del PDD y se plantearon de carácter vertical por lineamiento del gobierno distrital, generando falta de autonomía, participación ciudadana en la concepción y transformación del territorio.

En el periodo 2009-2012 (71)

Componente Material y eficiente

Política por la Calidad de Vida de la Infancia y la Adolescencia

Política Pública por los derechos de las Familias en Bogotá

Política Pública de Juventud

Política Pública de Participación

Política Pública de Mujer y Género

Política Pública de LGBTI

Política Pública de Discapacidad

Componente formal

Como se mencionó en la localidad de CB la política que influye en este periodo es la calidad de vida de la infancia y adolescencia; la cual puede que no tiene impacto a la morbimortalidad de IRA en primera infancia, poco eficiente en salud pública y afiliación al SGSSS.

Los lineamientos de la alcaldía local de U estuvieron inmersos en estas políticas, lo cual respecto a planes, programas y proyectos que generen impacto a la comunidad no son los más importantes; estos se enfocaron a la satisfacción de la comunidad generando sesgos en la construcción de territorio sin que se garantizara la disminución de la incidencia de la mortalidad en IRA y afiliación al RS.

En el periodo 2013-2015⁽⁷²⁾

Componente material y eficiente

Sector salud y bienestar social

Sector educación

Sector cultura y deporte

Sector turismo

Sector agroambiental

Sector políticas públicas

Sector de gobierno

Componente formal

Para el POA en la Localidad de Usme, aunque ya se considera la salud como eje central de gobierno, puede que este enfoque que se dio en la alcaldía local no tenga el suficiente impacto versus con el programa de salud a su casa se logre tener impactos para disminuir la incidencia de la morbimortalidad en IRA en primera infancia y afiliación al RS.

Aunque la salud en el periodo de Petro esta como política de eje central, no garantiza que, a nivel de trabajo intersectorial del POA a nivel local en U, logre generar construcción territorial porque estos lineamientos se generan a nivel vertical limitando la participación y construcción social entre la población y las administraciones locales.

Componente formal de planes programas y proyectos en la localidad de U:

“Según datos de la Encuesta de Calidad de Vida 2007, Usme es la segunda localidad después de Sumapaz con una menor proporción de ocupados con contrato; esto sin duda se convierte en deteriorante de la salud de los trabajadores al no contar en su mayoría con protección social. Sumado a lo anterior, la falta de empleo estable del área rural y la cercanía a las labores urbanas conducen a un desplazamiento sin retorno posterior a la economía agrícola de la misma localidad, además Usme está afectada por el desempleo en general y la economía informal. El sector comercial se caracteriza por la presencia de tiendas y almacenes pequeños de garaje, ventas ambulantes y mercados móviles.”(73)

“Se pueden apreciar los indicadores de fuerza laboral, con relación a ellos y los reportes hallados en la Encuesta de Calidad de Vida del año 2.007, la población en edad de trabajar (PET) en Usme corresponde aproximadamente a 247.247 habitantes, la población económicamente activa (PEA) está cercana a los 128.885 habitantes, por lo cual se deduce que la tasa global de participación (TGP) es de 52.13. En el mismo sentido, las personas ocupadas de Usme se aproximan a los 117.215 habitantes, con una tasa de ocupación (TO) de 47.41; los desocupados corresponden a 11.670 habitantes, lo que consolida una tasa de desempleo del 9.1”(73)

Movilización: al ser una localidad rural tiene limitantes de acceso y en algunas zonas rurales no se encuentran con caminos para lo cual el desplazamiento es en caballo o mula, adicionalmente la implementación de Transmilenio, hizo que se reconfigure el transporte y se presenta zonas con transporte no legalizado el cual ayuda a la movilización de la comunidad para sus desplazamientos.

Desplazamiento: Esta es una localidad que también por el área rural permite que se consiga tierra económica y con se construyen viviendas para poblaciones que son desplazadas de otras regiones del país, aunque tiene no alta tasa población desplazada comparada con CB.

Vivienda: las viviendas que existen hacia el área rural son mucho más pobres y no tienen accesos a servicios básicos, adicionalmente con el crecimiento demográfico el área rural se aumentó la concentración demográfica de la localidad y con ello creció la localidad, el servicio que cuenta con 99.1% de cobertura es la energía, el alcantarillado y agua potable en la zona rural es nulo y aun se utilizan letrinas a pesar de ser la capital del país.(73)

Ambiental: En esta localidad está el relleno doña Juana donde la población vive a menos de un Km lo cual a hoy aun pone en riesgo la salud por acumulación de gases, malos olores, crecimientos de plagas y condiciones que no son aptas para la comunidad, existe una deuda histórica con la población aledaña a doña Juana, ya que el manejo privado a no cumplido promesas de mitigación de daños y el distrito no regula que se cumplan estas actividades, la actividad minera también es alta con cateras y adicionalmente con la producción ladrillo que afecta en la población las vías respiratorias, adicionalmente se tiene el rio Tunjuelo que la cuenca baja en invierno genera inundaciones a barrios rivereños a este.(73)

Salud: la localidad no cuenta con un hospital mayor al nivel I, son solo los CAMI que atiende en su mayoría trauma generado por la violencia de la localidad, todas las personas que necesita intervención son remitidas a otras localidades con red de mayor nivel, esto aun genera limitaciones en el acceso de las salud por desplazamiento de la población a nivel local y no acceso a diagnostico oportuno de atención a nivel local por ausencia de especialidades médicas, el programa salud a su hogar tiene un modelo preventivo sin embargo, también por el tamaño de la localidad y la ruralidad mucha gente no logro adecuado acceso a la salud y aseguramiento.

“La Empresa Social del Estado Hospital de Usme es una entidad de I Nivel de atención en salud, cuenta con 14 IPS, divididas en 2 Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), 6 Unidades Primarias de Atención (UPA) y 6 Unidades Básicas de Atención (UBA), en cada una de estas IPS funcionan equipos de Salud a su Casa, ya que ellos son quienes ayudan con la demanda inducida a los servicios de salud. Todas las IPS se encuentran habilitadas.”(73)

Se cuenta con 4 salas ERA institucionales ubicadas en CAMI Usme, CAMI Santa Librada, UPA Marichuela y UBA La Flora Terapia Respiratoria solamente se presta en las Salas ERA Institucionales, pero servicio como tal no se tiene en la institución, ya que es una especialidad que corresponde a II nivel de atención””(73)

Necesidades básicas insatisfechas: Para la localidad de Usme se encuentra que el 13.73 del total de los hogares tiene al menos una necesidad básica insatisfecha y el 6.74 de los hogares viven en condiciones altas de hacinamiento; lo cual evidencia que la desigualdad social para la localidad es alta y limita la salud de la localidad, como pasa en ciudad Bolívar la economía se mueve por el trabajo informal y formal, ya que existe baja población que alcanza la pensión o de rentas de espacios, lo cual hace que la informalidad sea una fuente de sustento económico frente al desempleo que alcanza la tasa del 9.1, esto genera que esta localidad también albergue aproximadamente 52.13%, de la población en capacidad laboral tiene empleo formal con acceso a salud y el restante es informal 38.77% restante se ubica en las actividades informales (73) lo cual no garantiza que se tenga acceso a salud o ingresos adecuados, estas condiciones generaron riesgo en la seguridad alimenticia y afiliación al RS.

4.4. Análisis del proceso de afiliación al régimen subsidiado localidad de Ciudad Bolívar y Usme periodo 2004-2015

El SGP como se vio en los reportes presupuestales; se asignan recursos para el régimen subsidiado, lo cual busco garantizar la afiliación y atención de esta población, como también garantizo la oferta a la demanda de PPNA que no esté afiliada al régimen subsidiado, tener acceso y afiliación por medio de la caracterización de la encuesta del SISBEN Nivel I y II.

El fondo financiero distrital FFD es el órgano rector de la Secretaria Distrital de Salud y quien maneja los presupuestos de la ley 715 y asignación del distrito.

Se hizo necesario identificar los reportes sobre afiliación tanto a nivel distrital como en las localidades a estudio, para entender si los recursos invertidos resolvieron las vulnerabilidades de salud e identificar si las participaciones garantizan cumplimiento de lineamientos o por el contrario, no se garantizó la cobertura de la población, ni lograr la universalización en el SGSSS en el distrito.

Afiliación al RS Bogotá y Localidades a Estudio Periodo 2004-2007

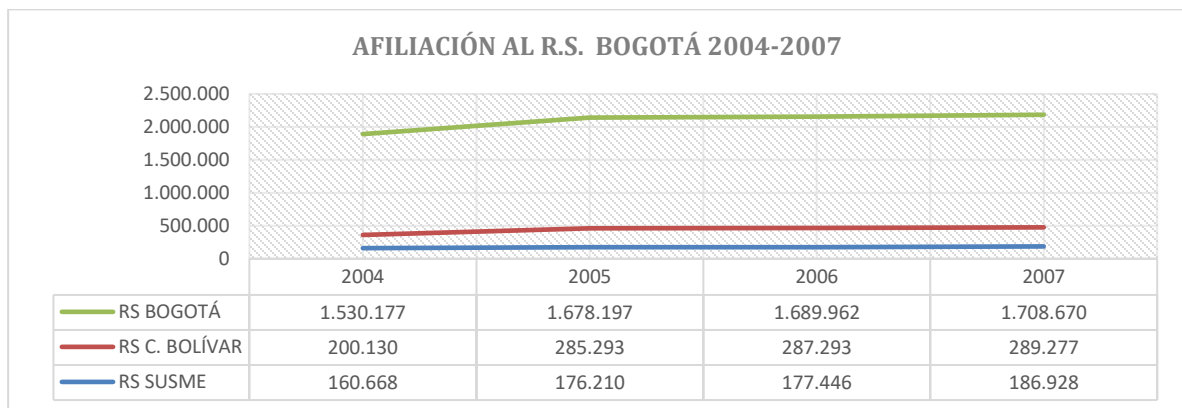


Gráfico 14 creado por el autor con los informes de Bogotá como vamos en salud periodo 2004-2007(74)

En el gráfico 14 se encuentre la información suministrada por Bogotá como vamos; sin embargo se realizó aproximación de la afiliación según lo reportado por este informe en las localidades con la información desde el 2007, se toma el porcentaje de afiliación para la localidad de Ciudad Bolívar 16.9% y a Usme con el 10.5% del total del distrito para alcanzar los valores de cobertura del RS en el año 2004-2006, esto con el fin de tener aproximados en el periodo de Garzón, ya que esta información fue limitada en la literatura consultada, por tal razón se debe tomaron los reportes en el cierre del 2007, encontrando que durante este cuatrienio tiene un crecimiento de la afiliación al RS concluyendo que los dineros se invierten adecuadamente, cabe aclarar que en este punto no se realizaba oferta a la demanda de PPNA y se realizan campañas de afiliación en las localidades lo cual busco disminuir las limitaciones al acceso.

Afiliación al RS Bogotá y Localidades a Estudio Periodo 2008-2011

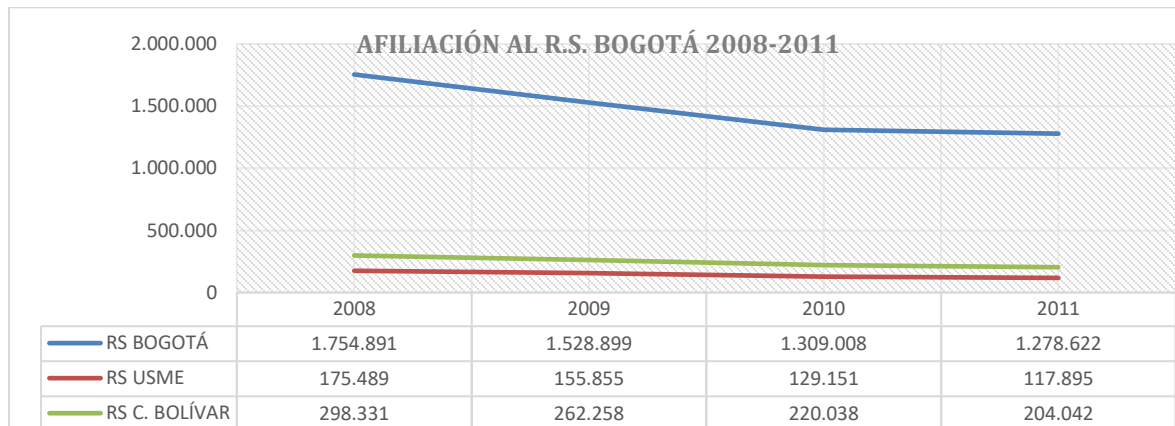


Gráfico 15 creado por el autor con los informes de Bogotá como vamos en salud periodo 2008-2011(26,28)

En el gráfico 15 se encontró el periodo de Samuel Moreno, observando la afiliación al RS se disminuyó en el distrito. Según los informes de *Bogotá como vamos capítulo salud*, se evidencio decrecimiento del proceso de afiliación al RS, no se logró universalización en el SGSSS, al entender las desigualdades económicas y laborales antes mencionadas se mantienen en la ciudad, se encuentran que los dineros del SGP no garantizaron el cumplimiento del derecho a la salud limitando la atención, acceso y oportunidad al SS (sistema de salud) de la población vulnerable y para el año 2011 el porcentaje de la población para U es del 9.22% y CB 15.95% lo cual genero la disminución en las dos localidades de población vulnerable afiliada al RS y a nivel Bogotá comparando el año 2007 fin de gobierno Garzón y año 2011 fin de gobierno Moreno se tuvo una disminución de 25.16% de la población del distrito lo cual fue un decrecimiento de 429.901 personas aproximadamente que dejaron de tener acceso al RS.

Afiliación al RS Bogotá y Localidades a Estudio Periodo 2012-2015

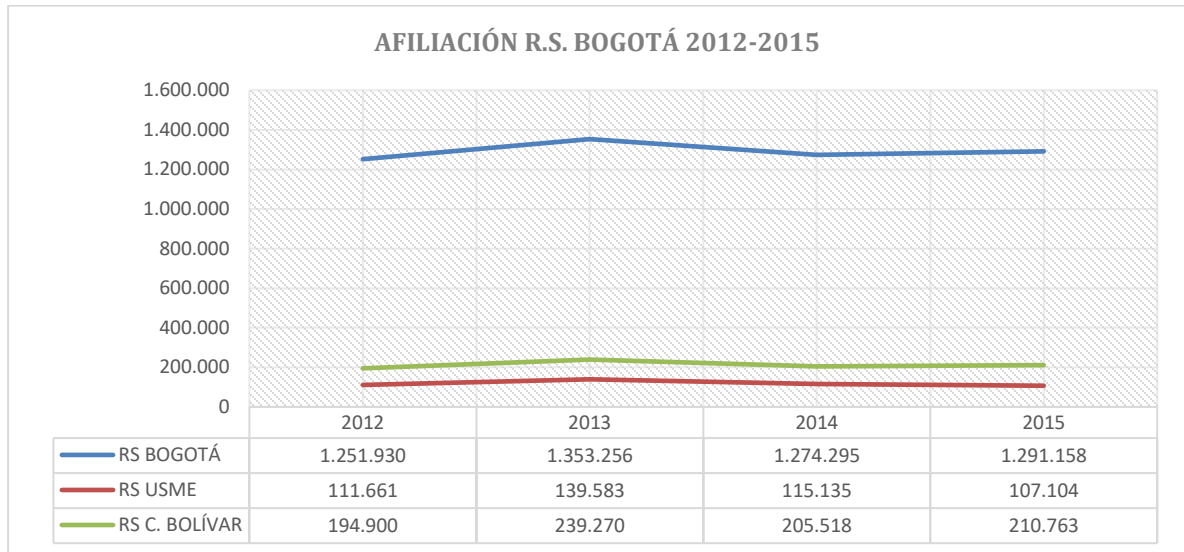
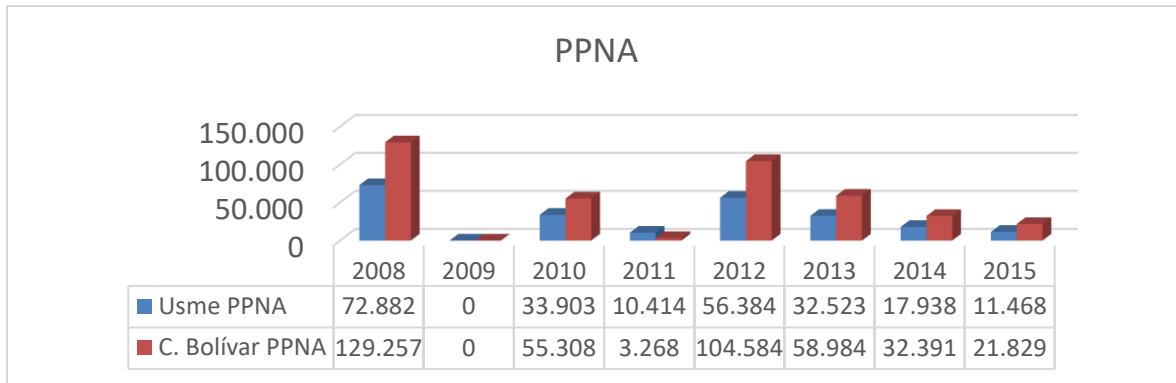


Gráfico 16 creado por el autor con los informes de Bogotá como vamos en salud periodo 2012-2015(22–25)

Para el periodo 2012-2015 como se encuentra en el gráfico 16 se vio que a pesar de que en el 2013 se presenta un aumento en el reporte de afiliados en los otros años existió una disminución, lo cual continuo con la tendencia de decrecimiento de población afiliada al RS en el distrito y las localidades, sin embargo en este periodo de gobierno algunas poblaciones vulnerables fueron afiliadas al RC como por ejemplo en el caso de población de recicladores; lo cual garantizo que estas personas fueran caracterizadas en SGSSS, ya que accedieron a un salario mínimo y género que por primera vez realizaran aportes al tener ingreso mensual (salario), aunque si se analiza en detalle esta no es una población de gran impacto en las localidades a estudio, en este periodo estuvo implementada la oferta a la demanda por lineamiento del gobierno central lo cual alejo del cumplimiento de la universalización al distrito y a Colombia, se observó que los aportes al SGP respecto a afiliación no garantizan aumento en la cobertura y garantía del derecho a la salud, no se resolver las vulnerabilidades en las localidades y las brechas de desigualdad de la población en los territorios respecto a acceso y afiliación a la salud.

4.4.1. Análisis Población Pobre No Asegurada

Los informes de PPNA en el distrito no están disponibles en todos los años, en el periodo de Garzón no se encuentran datos existentes; en el año 2009 en alcaldía de Moreno tampoco se encuentra los reportes que se estudiaron nos permitieron elaborar una gráfica, para analizar con el comportamiento de la población vinculada en las localidades y distrito:



Gráfica 17 realizada con informes anuales de Bogotá como vamos años 2008-2015 realización del autor (22–26,28,75)

En el gráfico 17 se pudo analizar con lo reportado respecto a la PPNA, que no existió una clara indicación de que si esta se afilia al RS; ya que esta disminuyo por localidad, pero la afiliación al RS no aumento solo presento crecimiento para el año 2013. Eso genera que no exista universalización y a pesar de que existan recursos para la afiliación de la población vulnerable a la salud por medio de la ley 715 de 2001, la inversión de estos dineros no garantiza que se logren coberturas en las poblaciones en situaciones de alta desigualdad y de pobreza extrema.

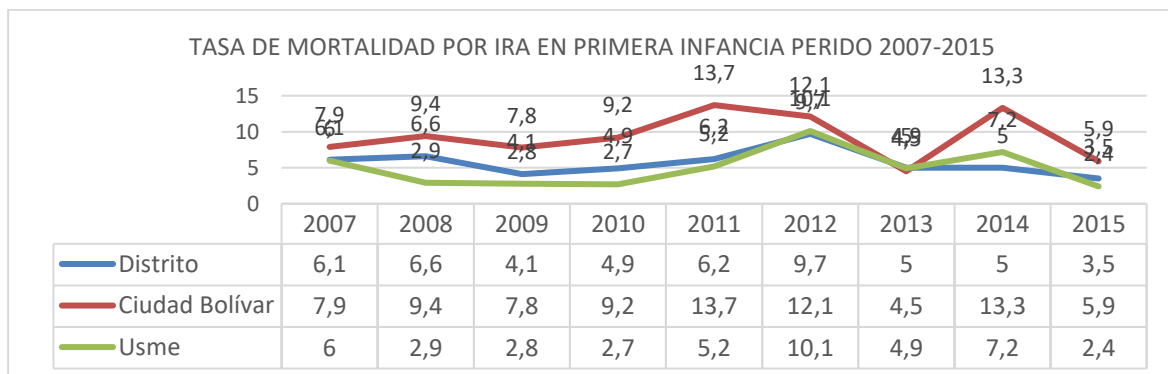
Mientras disminuyeron la cobertura del RS a nivel Bogotá y en las localidades de Ciudad Bolívar - Usme, decreció también la PPNA, pero no existieron cambios positivos para la tasa de desempleo y crecimiento económico en las localidades, observando que posiblemente se realizaron mejores caracterizaciones en la encuesta en el sisben que elimino del RS a población con capacidad de pago o por el contrario las encuestas de pobreza del DANE pudieron eliminar a población con bajos ingresos del área informal generando vulneración de derechos y mal inversión de recursos en los tres periodos de gobiernos.

4.5. Análisis de mortalidad por ira en menores de 5 años en localidades de Ciudad Bolívar y Usme

El comportamiento de la mortalidad en IRA es uno de los objetivos del milenio y evalúa el grado de desarrollo social que tienen los países para garantizar disminuir la incidencia de mortalidad en diferentes patologías prevenibles que están determinadas por la desigualdad y falta de acceso al sistema de salud; por esto para el país y el distrito es una enfermedad de interés en salud pública, ya que su incidencia presenta implicaciones en enfoques de política pública, atraso en desarrollo nacional y local, ya que la inversión de recursos no impacta garantía al acceso de la salud y eliminación de condiciones de desigualdad y determinantes sociales en los territorios.

Bogotá D.C. al ser la ciudad con mayor población a nivel nacional, la más desarrollada con un sistema de salud con una red de salud pública integrada, presenta incidencia en la mortalidad infantil menor a 5 años por IRA, no a logra eliminar muertes prevenibles en los picos epidémicos que se generan en los dos periodos de lluvias que aumentan por el clima la trasmisión de la IRA en el distrito por el aumento la ocupación hospitalaria en especial en la población infantil, las complicaciones por la infección viral y sobreinfección bacteriana, sin garantizar a la población con alta vulnerabilidad adecuado acceso oportuno y atención en UCI pediátrico por existir una capacidad pediátrica reducida en el RS.

A continuación, se reporta la gráfica que tomada de saludata de la mortalidad por IRA en primera infancia en el distrito y localidades de estudio durante el periodo de 2007-2015:



Gráfica 18 tomada de: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/mortalidad-ira/> (76)

En la gráfica 18 se observa el comportamiento de la IRA en el periodo 2007-201 se encuentra que en la localidad de Usme su tasa de mortalidad en primera infancia está por debajo de la del distrito logra tener una tasa mayor que la de Bogotá en el 2012 con el brote de adenovirus que afecto a la población infantil a lo largo de la ciudad.

Se encontró que tasa de mortalidad en primera infancia de Ciudad Bolívar está por encima de Bogotá solo en el año 2013, con alta tasa de mortalidad en el 2010-2011 y 2014, se genera dudas sobre si existe un subregistro en el año 2013 ya que sin embargo por el comportamiento de la mortalidad en CB en el año 2013 se viendo el comportamiento del año 2012 y 2014 que es un descenso abrupto podría existir un subregistro o que las muertes se hubieran podido reportar en IPS de otras localidades, o un trabajo integral de los trabajadores de la salud en CB, pero no podría compararse porque de un año a otro existe un aumento de la tasa en 6.8.

Componente material y eficiente:

Planes programas y proyectos por localidad que pueden disminuir la incidencia de IRA: El manejo de la IRA en el distrito el organismo rector es la SDS que coordina todos los procesos para garantizar la atención en salud en pico epidemiológicos por medio de la atención de salas ERA servicios de urgencias, para garantizar el adecuado acceso a la salud se observan los siguientes puntos en los cuales este organiza:(22-26,28,74)

1. Habilitación de salas ERA en la ciudad por medio de la vigilancia, inspección y capacitación de estas áreas, como la capacitación a personal de empresas públicas y privadas en la ciudad.
2. Salud a su casa que realiza educación en AIEPI
3. Salud al colegio que realiza educación en AIEPI en hogares del ICBF.
4. Solicitud de informes de ocupación de camas en picos respiratorios.
5. Conocimientos de expansiones y nuevas ofertas de camas de IPS y ESE en picos respiratorios.
6. Visitas para evaluar atención en ESE y IPS privadas, evaluando calidad de la prestación de insumos.

7. Control del programa PAI y con ello disminuir la incidencia por tos ferina, neumococo y haemophilus influenzae.
8. Planes de choque de primer nivel en el manejo de la IRA, notificación de las UPGD a SIVIGILA.
9. Realización de coves distritales y análisis de mortalidad por IRA, identificando barreras de acceso aseguramiento y limitaciones del sistema.
10. Realización de diagnósticos locales basados en determinantes sociales.(22–26,28,74)

Componente formal:

La inversión de recursos por medio de las participaciones para lograr controlar la mortalidad y atención de IRA se encuentra en dos puntos importantes:

Componente de Educación: Enfocada a la estrategia de AIEPI dentro de estos manejo de la IRA que se divide en educación comunitaria a la población (familias, profesores y madres comunitarias) en identificación de signos de riesgo y capacitación continua a los profesionales que permite tener mejores resultados en la implementación de modelos preventivos y atención individual en el contexto de acceso, oportunidad, tratamiento y rehabilitación durante el manejo de la IRA en especial en los picos respiratorios que presentan sobreocupación en las IPS distritales.

Componente de Habilitación: la SDS como ente rector de la salud en Bogotá realiza actividades de evaluación, implementación de planes de mejora y control de las IPS de atención pediátrica en las instituciones público-privadas, por medio de esto regula la habilitación; maneja el CRUE permite el traslado de pacientes de la red pública, organiza la referencia y contrarreferencia de pacientes con alta complejidad y con ello impactar en disminución de la incidencia de mortalidad por IRA en primera infancia.

PAI: la inmunización en la población neonatal y de primera infancia mostro resultados positivos en el control de enfermedades inmunoprevenibles, por eso se debe garantizar a toda la población sin embargo en las campañas de vacunación y atención desde el primer

nivel local puede existir problemas en acceso a poblaciones distantes con dificultades de acceso y baja educación lo cual pudo limitar el programa, pero este contribuye a disminuir la tos ferina, neumococo y haemophilus influenzae que contribuyen a muertes por IRA en primera infancia o posterior a la aplicación del biológico la disminución de la complejidad de cuadros respiratorios en menores en alta tasas de contagio en periodos de invierno.

SIVIGILA Distrital: Este logra tener el conocimiento del reporte de las UPGD y de casos de IRA inusitado (grave) de manera individual, lo cual permite observar donde se pueden estar presentado brotes y caracterización por el panel viral de agentes patógenos que generan cuadros más graves y comportamientos de la sintomatología para generar lineamientos específicos a los hospitales del distrito en la vigilancia, manejo y control de IRA en picos respiratorios.

COVES: Estos permiten evaluar la mortalidad tanto en reunión distrital como local evaluando el comportamiento epidemiológico y realizando trabajo con las IPS en el control de morbimortalidad por IRA en primera infancia, para lograr contener brotes y adecuado acceso, oportunidad y tratamiento en la población de primera infancia y con ello incidir en la mortalidad.

Diagnóstico de Salud Local: Lo realiza el hospital primer nivel y este investiga por medio de los determinantes sociales la incidencia de enfermedades transmisibles como prevalencias de crónicas que influyen en el proceso de salud en poblaciones vulnerables y con ello conocer las limitantes y factores de riesgo en la comunidad y generar planes programas y proyectos que mejoren los estados de salud en los territorios buscando la participación de la comunidad en el trabajo intersectorial y con alianzas público-privadas para mejorar la calidad de vida, barreras de acceso y fortalecimiento de la institucionalidad en salud, buscando disminuir brechas de desigualdad e inequidad.

Por medio de las participaciones en salud pública y dineros propios del distrito busca generar eficiencia, eficacia e inversión adecuada de recursos enfocados a los PDD generan leve autonomía en los territorios y más porque desde los lineamientos del ministerio de

protección social (hoy ministerio de salud) y PND limitan las tomas de decisiones de construcción territorial, en el enfoque de acciones de salud pública en las localidades de estudio.

Oferta de Camas Pediátricas en Bogotá:

Componente material y eficiente

De todas estas funciones se encuentran los siguientes datos los cuales son de vital importancia ya que muestran el desarrollo de la política distrital y llegar a ver las limitaciones en la prestación en salud:

CAMAS	2011	2012	2013	2015
UCIP	175	176	176	163
PRIVADA	142	138	140	134
PUBLICA	33	38	35	29
UCIP 1/2	89	75	74	84
PRIVADA	59	44	43	52
PUBLICA	30	31	31	32
PEDIÁTRICA	1899	1964	1941	1859
PRIVADA	1246	1332	1289	1315
PUBLICA	653	632	652	544

Tabla 7 oferta de camas a nivel privado y público para pacientes pediátricos en (20–23)

En la tabla 7 se observa la oferta a nivel camas pediátricas, se encuentra un gran desbalance entre las instituciones públicas y privadas del periodo 2011-2015, en su comportamiento se encuentra constante sin grandes crecimientos y para el año 2015 se disminuyó la oferta de algunas instituciones disminuyendo ya que la atención en pediatría no genera grandes ingresos viendo la salud con principio de ganancia económica.

Componente Formal:

Bogotá no logro garantizar el acceso a la salud en población pediátrica por baja oferta de camas y sobreocupación en los picos respiratorios, lo cual genero limitaciones en la oportunidad, acceso, diagnóstico y adecuado tratamiento, en los datos que se reportaron en la tabla 5 y comparando con la población pediátrica en la ciudad en el 2015 encontramos que la población de 0-14 años corresponde 1'521.893 en el distrito lo cual haciendo relación de la capacidad en uci tenemos los siguiente:

- Se realizó la tasa del total de camas pediátricas en el distrito las cuales las realizó por razón 1859/1'521.893 y se tiene una razón que 1 cama pediátrica por cada 816.66 menores de 14 años en el Bogotá, en este valor están también incluidas las camas de urgencias, se tendrían 1.22 camas pediátricas por cada 100 habitantes menores de 14 años; es una cifra bastante crítica para ser una de las ciudades de Colombia con el sistema de salud más desarrollado.
- Respecto a las camas de UCIP, tomando las de cuidado intermedio, porque se podrían convertir en UCI por sobreocupación en la red público-privada y con ello garantizar la prestación del servicio por cada 6.161,51 menores de 14 años se tiene una cama de UCIP e UCIP ½; también se tendrían 0.16 camas por mil menores de 14 años, teniendo en cuenta que la mayor oferta es de instituciones privadas lo cual puede generar que la población pobre y sin capacidad de pago tenga más posibilidades de morir durante los picos epidemiológicos por las brechas de desigualdad de la conformación del SGSSS en Bogotá.

La oferta de la red público-privada generó barreras de acceso a la salud individual y esto generó en el distrito el no crecimiento de la oferta y si la disminución de camas pediátricas ya que no generan ingresos altos a las IPS y estas para mantener sus balances económicos pueden cerrar espacios en especial en IPS de tipo privada sin que se tengan sanciones por la SDS; la red de hospitales y clínicas tienen una mayor presencia desde el centro y el norte de la ciudad lo cual implica a familias limitaciones económicas en desplazamiento que hace que se tengan vulneraciones de derechos en salud, el SGP no asigna recursos para desplazamientos de pacientes pediátricos y esto influye directamente en el acceso.

(22-26,28,74) (22-26,28,74) (22-25)

4.5.1. Salas ERA:

Las salas ERA se crearon para garantizar la atención de la población infantil con IRA y con ello orientar al acceso, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, buscando no sobrecargar la red hospitalaria e impactar en la oportunidad de atención caracterizando a la población en el distrito a continuación se muestran los datos obtenidos de consulta en los años a estudio:



Gráfico 19 creación según datos por Bogotá como vamos, creación del autor (22–26,28,74)

En el grafico 19 se encontró el comportamiento de consulta de los reportes de salud por el programa Bogotá como vamos respecto a las consultas en el distrito en el periodo 2008-2015; se encuentra que durante el periodo 2012-2015, presento mayor participación ya que en el Gobierno Petro lo cual permitió mejorar la oferta de salas ERA y crecimientos de estas por trabajo de SDS en la inversión de recursos para impactar en las enfermedades de interés de salud pública.

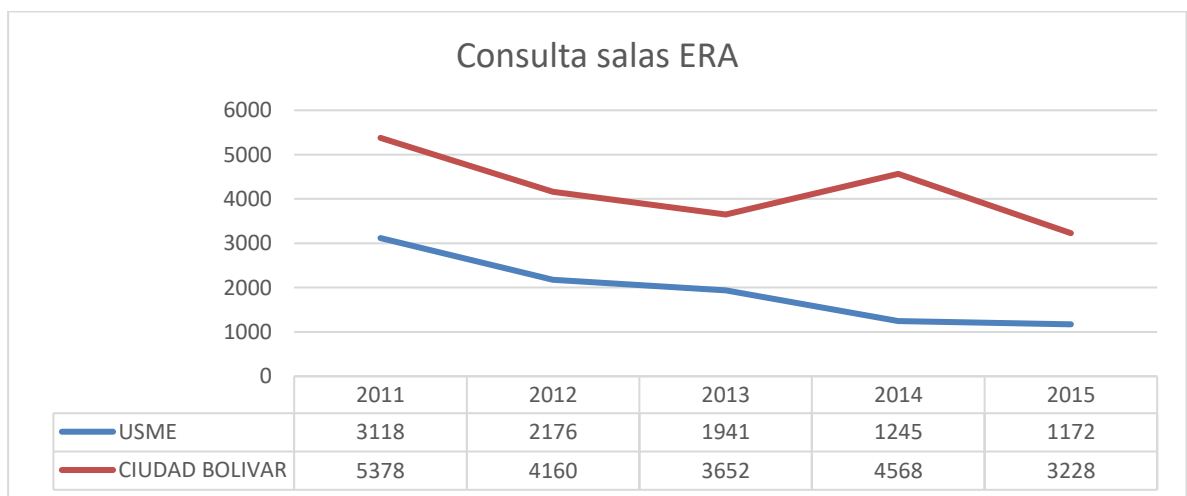


Gráfico 20 creación del autor de informes de Bogotá como vamos(22–26,28,74)

En el grafico 20 observo la consulta reportada en las dos localidades a estudio, en estas se evidencio la disminucion si se comparan con la consulta en salas era en Bogotá en la gráfica 19; posiblemente se priorizaron otras localidades y las de estudio no aumento la oferta, solo para el 2013 en la localidad de CB presento mayor reporte; si se comparara con el

comportamiento de la gráfica de mortalidad en IRA en primera infancia aumento en la ciudad y las localidades a estudio, sin embargo las variaciones se pueden ver posiblemente por la falta de recursos y viabilidad de estabilidad financiera en las ESE del distrito por la crisis de la salud que se presenta en el fin de gobierno de Moreno con la red pública en riesgo alto por déficit presupuestal generado por glosas, malos manejos presupuestales y no pago de EPS a las ESE.

4.5.2. Comparativos entre población de primera infancia CB y consulta por IRA en primera infancia CB

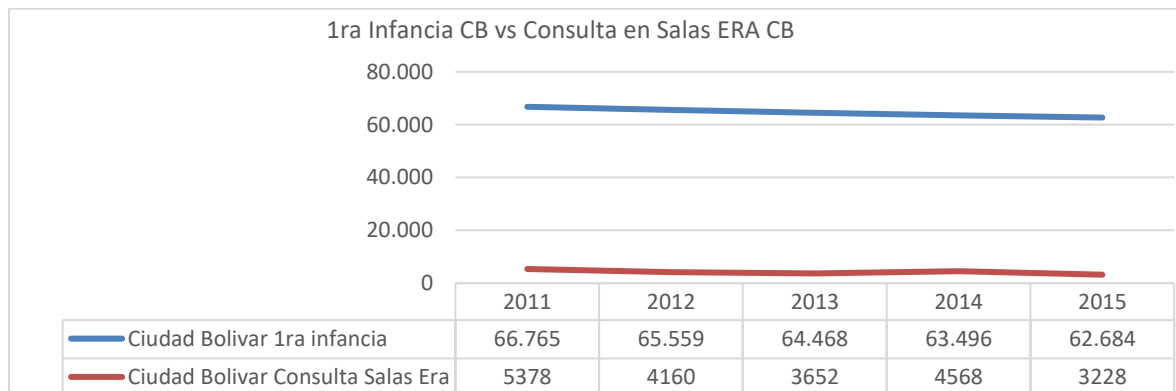
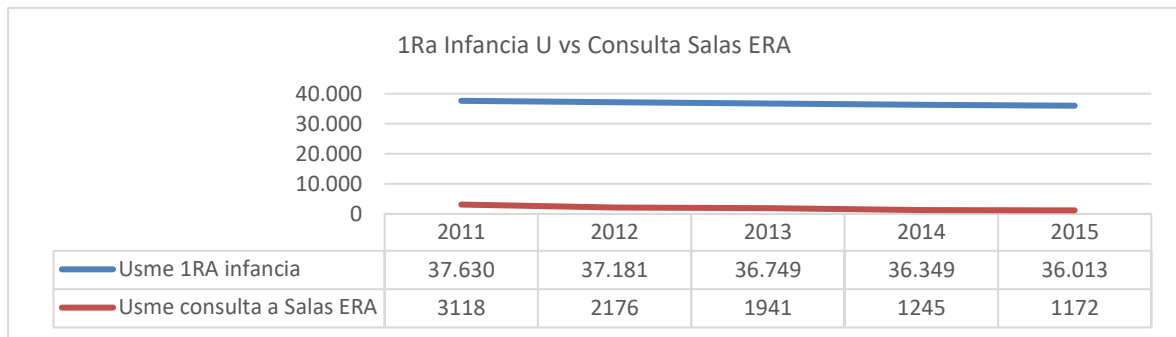


Gráfico 21 elaborado por el autor con información demográfica de saludata e informes de Bogotá como vamos(22–26,77)

En gráfico 21 se encontró la información de consultas salas en CB versus la población de primera infancia de CB, lo cual permitió evidenciar que existe una disminución de consulta en salas ERA en poblaciones de primera infancia sin embargo a pesar que disminuye el motivo de consulta; la tasa de mortalidad se encuentra mayor al compararla con Bogotá lo cual demuestra que a pesar de que disminuye demanda de consulta en salas ERA se siguen presentando casos complicados que generan decesos en población de 1-5 años.



Gráfica 22 elaborado por el autor con información demográfica de saludata e informes de Bogotá como vamos(22–26,77)

En la gráfica 22 para el caso de la localidad de Usme se encontró disminución de la consulta en salas ERA sin embargo comparado con CB, esta localidad si alcanza resultados por debajo de la tasa de mortalidad de Bogotá lo cual implico que las acciones de salud pública ejecutadas fueron más efectivas por el Hospital de Usme ESE nivel 1 sobre el de Vista Hermosa ESE Nivel 1, generando mejores resultados sin embargo cabe resaltar que la población es menor lo cual también puede disminuir la consulta a salas ERA y con ello presentar menos casos de complicaciones según el comportamiento de trasmisión en periodos epidemiológicos en el distrito.

4.5.3. Programa de APS en las localidades para contención de IRA

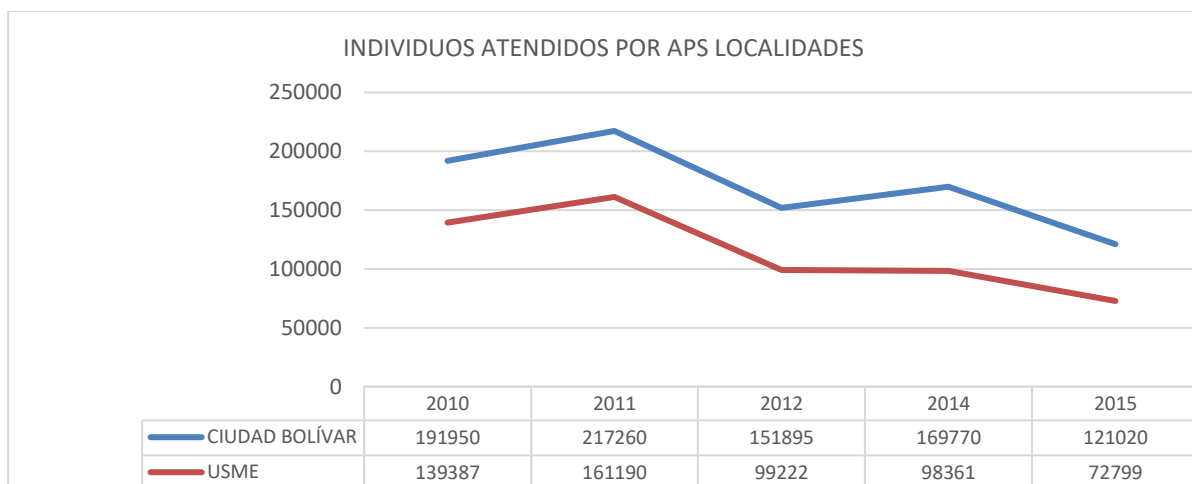


Gráfico 23 creado por el autor de informes de Bogotá como vamos (22–26,28)

En el gráfico 23 se encuentra la atención territorial de APS con el programa de salud a su casa de Moreno y territorios saludables de Petro se observó que a pesar de que se aumentaron

los recursos para atención preventiva en las localidades anualmente, se disminuyó el impacto, lo cual no logro mejorar el acceso a salud por la implementación de programas preventivos en especial con equipos multidisciplinarios de salud no logran tener mayor cobertura en la población.

El comportamiento de la mortalidad infantil por IRA en CB mostro tasas por encima del comportamiento de la ciudad; lo cual implico que las intervenciones a nivel colectivo no presentaron el impacto esperado o tienen limitaciones frente a la comunidad por su implementación visto desde brechas de desigualdad económica marcada, adicionalmente para identificar problemas en la enseñanza de AIEPI donde por diferencia cultural puede influir en los resultados y la educación de manera vertical sin lenguaje culturalmente adaptado a los territorio no generan resultados de adherencia a intervenciones positivas.

El programa de APS es de lineamiento general, con los resultados vistos en el manejo y resultados de intervenciones en manejo de IRA en primera infancia, se pueden generar preguntas si don más efectivas las intervenciones, educación y formación de los profesionales de Usme sobre Ciudad Bolívar ya que los resultados en consulta en salas ERA y mortalidad es inferior comparada con CB, o el trabajo de histórico con la población y enfoques culturales generan mayor participación y apropiación ciudadana en esta localidad.

4.6. Inversión de recursos que generan equidad y justicia en salud

En este punto se toma la inversión de los recursos en programas que están enfocados a disminución de barreras en salud generadas por la desigualdad e inequidad y busca observar si por medio del APP Ex Post desde los componentes material, eficiente, formal y final identificar si con la inversión de recursos se genera justicia en salud desde el enfoque retorico argumentativo buscando tener una posición crítica.

Desde el punto de vista económico y de inversión la Ley 715 de 2001 con los efectos en la redistribución de recursos a nivel distrital y local tiene influencias por medio de implementación de la política pública en lograr aseguramiento, disminución en

enfermedades de interés de salud pública, con busca que se tenga garantías de disminución de las barreras de acceso, mediante la afiliación al régimen subsidiado, implementación de planes, programas y proyectos que disminuyan la morbilidad y mortalidad de enfermedades transmisibles entre ellos la mortalidad de IRA en primera infancia, el SGP interviene en los siguientes puntos para disminuir la inequidad y buscar justicia en salud:

4.6.1. Gestión para eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud

Disminuir Barreras de Acceso a la Salud:

Componente Material y Eficiente: frente a este punto se observó que el grado de afiliación al RS disminuyó a lo largo del tiempo y no es claro como la PPNA decreció, ya que no se aumentó el número de afiliados al RS, por lo tanto, no es posible garantizar el acceso de salud.

Respecto al manejo de IRA se ve primero que la salud territorial por medio del PIC y APS no garantiza disminuir el grado de mortalidad y la poca capacidad de la red hospitalaria a nivel distrital para pacientes pediátricos que en los picos respiratorios puede generar demoras en la atención, a pesar de que se aumentan las salas ERA en el distrito y se crean planes de contingencia en las ESE e IPS privadas no garantizan el acceso a la salud oportuno, generando inequidad y desigualdad social en la población pobre, analizando la oferta de camas pediátricas el 70.73% son de red privada y el 29.26% corresponden a las ESE lo cual genera un panorama crítico para el distrito.

Componente Formal: La inversión de recursos por parte del SGP y dineros propios del distrito para garantizar el aseguramiento no presento crecimiento adecuado teniendo población sin garantía de derechos y en altos estados de vulnerabilidad, a pesar que se disminuye la población afiliada al RS no aumenta el crecimiento económico ni disminuye el grado de desempleo, lo cual muestra que el sistema no mejora en condiciones de universalización y se encuentra posiblemente subregistro por la modalidad de contratación actual en el país por prestación de servicios.

Frente al manejo de la IRA se presentan barreras de acceso de tipo geográfico por desplazamiento y tener que asumir los costos de desplazamiento a los centros de salud por la población, la no garantía de tener modelos preventivos en lugares alejadas sin oportunidad de APS, la sobreocupación en los puestos de salud y la baja capacidad de la red pública con respecto a la privada lo cual muestra que por los determinantes en salud si generan muertes al comparar poblaciones en estado de pobreza versus con capacidad económica, lo cual hace que la ley 715 no pueda garantizar a nivel territorial su componente de salud pública.

Gratuidad en salud:

Componente Material y Eficiente: La PPNA es financiada por el FOSYGA y si se comprueba que no logra capacidad de pago su atención es gratuita, sin embargo las personas que están afiliadas al régimen subsidiado por medio de la encuesta del SISBEN, categorizadas en el nivel I y nivel II, no se les garantiza gratuidad en la atención ya que la ley establece que deben pagar un copago de atención del 5 y 10% respectivamente, adicionalmente se encuentran muchas veces con la tramitología y demora en la autorización de interconsultas, lo cual es más fácil conseguir acceso por medio del servicio de urgencias y adicionalmente con la creación de capital salud EPS albergo a todo el RS en el distrito.

Componente formal: Capital salud EPS-S no mejoro la atención ni la funcionalidad por la misma concepción de la intermediación, no garantizo instalaciones adecuadas para la atención, también limitación de tratamientos de alto costo por no alianzas publico privada y la red pública muchas veces sin insumos disponibles o medicamentos dentro de los cuales la población tienen que asumir el costo de estos o prefiere consultar a la droguería de barrio ya que se evita costos en el desplazamiento a la ESE, que los asume el usuario y todo lo que esto puede implicar para la PPNA con NBI, como necesidad de pagar copagos en enfermedades graves y de alta estancia que pone en jaque porque afecta la economía y dinámica familiar.

4.6.2. Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud

Componente Material y Eficiente: Durante la presente investigación se ve crecimiento en algunas ESE de primer nivel sin embargo se encuentra que la red nivel II y III no crece en

el distrito, se limitan los medicamentos y la alta rotación de trabajadores hace que la calidad y adherencia a guías integrales de manejo y protocolos se vea limitada afectando la prestación del servicio integral para la población del RS y PPNA; las únicas mejoras en tecnología en UCI se presentan en el gobierno Petro con fortalecimiento en las ESE de tunal, Kennedy, santa clara y la victoria que buscan tener mayor resolución de situaciones críticas pero no aumenta el número de camas a nivel distrital.

Componente Formal: Se encuentra que a pesar de que existen proyectos de ampliaciones de la red pública como la nueva torre del hospital de Kennedy ESE nivel 3, los nichos de corrupción obra retrasada desde sin culminación con sobrecostos y estudios limitados, el hospital del Tintal nivel ESE 2; no creció la red pública y el proyecto en el gobierno Petro de hospital san juan de Dios que costaría aproximadamente un billón de pesos, no son efectivos ni mejorara la situación de la red.

5.6.3. Acciones para reducir la mortalidad evitable

Componente Material y Eficiente: Las acciones que se toman para disminuir la mortalidad en IRA a nivel distrital disminuyen la tasa, sin embargo, si vamos a ver el comportamiento de las localidades de estudio estas presentan la mayor parte de los años una tasa mayor que el distrito, esto se puede analizar que las acciones de APS y PIC no son suficientes a nivel local y posiblemente no son eficientes en la población con limitaciones en la educación comunitaria en AIEPI e identificación de necesidades de la población, barreras de acceso ya que vemos que la población del RS y PPNA disminuyen en las localidades pero esta disminución no significa que la población disminuyera sus necesidades en salud, no garantía de grupos de salud territorial de llegar a barrios ilegales y población en situación de miseria.

Componente Formal: la Inversión de recursos a pesar de que a medida que se avanza en gobiernos de centro izquierda se invierten en programas de SP con el fin de impactar y tener modelos preventivos, se encuentra que los determinantes sociales en salud si generan mortalidad por la desigualdad y vulnerabilidad de la población en un territorio determinado

y también influye de la participación de la población y el lenguaje culturalmente adaptado con educación adecuada en AIEPI.

4.6.4. Intervenciones en ámbitos de la vida cotidiana

Componente Material y Eficiente: Como se mencionó antes estas poblaciones de las localidades pueden tener limitaciones en económicas, educativas, culturales, religiosas que pueden influir en estas intervenciones, para tener resultados adecuados y positivos las intervenciones; como por ejemplo garantizar en la alimentación con nutrientes adecuados para impactar en el desarrollo del niño y disminuir la desnutrición crónica, aguda o malnutrición, durante el gobierno Garzón se buscó combatir el hambre con comedores comunitarios y el SGP garantiza la recursos para la alimentación escolar, sin embargo las intervenciones no garantizan acceso a toda la población, adicionalmente en esta población se encuentra el consumo en muchas oportunidades de psicoactivos legales (alcohol y cigarrillo) o ilegales generando aumento del maltrato, disfuncionalidad familiar por lo cual muchos de estos casos enviados a un grupo multidisciplinario se ven limitados en generar adecuados resultados en salud según lo encontrado en términos de afiliación y mortalidad infantil por IRA.

Componente Formal: Se encuentra que es importante para influir con programas en los ámbitos de vida conocer el territorio y en el contexto cultural para lograr realizar intervenciones en salud adecuadas, se pueden invertir múltiples recursos en intentar mejorar calidad de vida pero para ello se tienen que intervenir multidisciplinariamente en las familias y realizar cambios en los factores de riesgo y con ello disminuir desigualdades sociales ya que también depende impactar positivamente y no realizar intervenciones que no son efectivas por el contexto de la población.

4.6.5. análisis de la situación hospitalaria pediátrica en Bogotá

Componente Material y Eficiente: Por último se realiza un análisis de la red pública y privada de la ciudad encontrando que existe desigualdad geográfica en el distrito y la mayoría de instituciones están ubicadas al centro y norte de la ciudad, donde existe mayor

desarrollo de transporte, con mejores vías de acceso, personas con capacidad de pago y posibilidades de acceso a la educación privada básica, secundaria y acceso a la universidad, para las localidades en estudio si tomamos a Usme la desigualdad geográfica es alta ya que el único hospital público es nivel I y su red depende de UBAS, UPAS y CAMIS estos últimos con servicio de urgencias que redireccionan a la red del distrito casos graves por no posibilidades de manejo en estos lugares.

Componente formal: Se encuentra que la red al sur no está compuesta para disminuir complicaciones de manera individual lo cual puede generar mayores complicaciones en el manejo de la IRA por demoras en el acceso y barreras geográficas lo cual muestra que el modelo de desarrollo de la red pública también ha sido enfocado de manera desigualdad, que hace que las situaciones de vulnerabilidad se mantengan en el tiempo.

4.6.6. determinantes sociales en salud

Componente Material y Eficiente: En este punto entran los determinantes en salud para evaluar sus condiciones en el distrito y como factores sociales influyen en el proceso salud enfermedad *“se las incorpora como parte de las políticas sociales, por lo que tiene que desarrollarse conjuntamente con una perspectiva biológica, médica, psicosocial y ecológica; este enfoque genera una visión sistémica de la salud que ya no es solo asistencial, sin desconocer la importancia que dicho aspecto tiene para la vida de los sujetos; es así como se determinan tres niveles de análisis que interactúan entre ellos y posibilitan entender el proceso de salud enfermedad desde lo que se ha denominado como determinantes sociales en salud y que a continuación se describen:*

- *Dominio general-estructural: Este componente se refiere a los determinantes estructurales amplios como son la situación socio económica, situación geopolítica, situación demográfica e histórica.*
- *Dominio particular-intermedio: Componente que se refiere a la relación entre lo individual familiar y sus condiciones de producción y consumo no estructurales, como el consumo básico y ampliado, condiciones de trabajo, entorno ambiental y condiciones grupales y familiares.*

- *Dominio singular-proximal: Fenómenos relacionados con bienestar, salud, enfermedad y limitación permanente de los individuos.*

De esta manera, los determinantes sociales de la salud apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios”⁹(36)

Componente Formal: Este planteamiento aunque tienen limitaciones estructurales en el disminución de las relaciones de poder, impactar limitar la acumulación de riqueza y debatir en verdad el proceso de salud con estados más igualitarios; si se hablara desde teorías más radicales como la epidemiología crítica latinoamericana se evaluarían condiciones de desigualdad histórica dados por le acumulación de riqueza y propuestas de PP que muchas veces no tienen impacto por no conocer un territorios, tradiciones y con ello se llevaría la construcción social desde las bases para buscar una transformación real de las inequidades propias de un territorio y en este punto es de vital importancia el profesional de la salud para ayudar al desarrollo del territorio basado en su cultura, creencias y lograr crear puentes de saberes entre la comunidad y el sistema de salud, buscando tener mayores resultados en el espacio de trabajo logrando una población con conocimientos en derechos y en lucha por sus intereses para la transformación integral en el proceso de emancipación de desigualdades sociales por relaciones de poder.

Hablando de los territorios se encuentran que durante los procesos diagnósticos sociales de salud por el hospital primer nivel los cuales es un trabajo intersectorial y de diferentes niveles para lograr en generar impactos en el proceso salud-enfermedad, que no garantizan un conocimiento e impacto con líneas como la IRA que sigue impactando a las poblaciones vulnerables, buscando solucionar los determinantes sociales de manera integral y en trabajo conjunto con la comunidad se seguirán presentando territorios sin adecuada transformación independiente de inversión de recursos de PP.(36)

⁹ En este punto se pueden ver cómo es importante no solo ver el proceso salud enfermedad para generar un diagnóstico local y como este puede influir en el comportamiento para mirar desigualdades y las brechas propias de un espacio geográfico que determina que el proceso de acceso económico, educativo e inversión social y como estos planteamientos si influyen en el proceso y desarrollo de la enfermedad y la carga en la sociedad por barreras de acceso, oportunidad, atención por parte del SGSSS y por ello en una persona puede tener peores resultados en salud por la desigualdad social en un territorio

4.7. Justicia y equidad en salud aplicados por la ley 715 de 2001

Se encontró según los resultados obtenidos que la inversión de recursos no solo depende de una adecuada gestión, comportamiento económico, manejo con eficiencia, eficacia y control, si no que se necesita que se tengan tomadores de decisiones capacitados y que entiendan las necesidades del territorio para dar resultados positivos respecto a los lineamientos de la ley.

La construcción de planes y proyectos vienen de leyes verticales de nivel central los cuales se tienen que encajar a nivel medio (distrito) y nivel local, en este proceso de implementación de planes de desarrollo depende de múltiples factores para lograr determinar la participación comunitaria y social, en este punto se explicaran como se construye a nivel local el proceso de destinación y participación comunitaria:

Se aprueba el plan de gobierno distrital, este se encamina en las alcaldías locales y se realizan los lineamientos en materia de desarrollo social donde está inmersa la salud y se construye de la siguiente manera:

“Comunidad líder y participante en las mesas territoriales. Destacándose la convocatoria, participación y liderazgo en el propósito de asumir una visión territorial que reconozca las necesidades, potencialidades y procesos de autogestión, tendientes a fortalecer la respuesta social.

- *Alcaldía Local. Lidera la convocatoria y direccionamiento del Consejo Local de Gobierno y también participa en las mesas territoriales.*
- *Hospital nivel I. Institución líder en el direccionamiento técnico del proceso, acompañamiento en todas las mesas territoriales y sobre todo la fuente de información para los ejercicios de diagnósticos locales.*
- *Subdirección Local de Integración Social. Es la institución junto con salud, que lidera el proceso de planeación y desarrollo de las mesas territoriales, contando con la representación de su gerente y de algunos funcionarios que hacen parte de la gestión en los territorios sociales.*

- *Secretaría Local de Educación. Se destaca la voluntad directiva en la participación del proceso.”(73)*

Esta es la construcción local que va dentro del POA y se realiza dependiendo de las líneas del distrito, se trabaja a nivel territorial, sin embargo también existen lineamientos y leyes de nivel central que se tienen que implementar como el PDSP y PIC liderados por el MPS, pero estos lineamientos al ser de enfoque nacional muchas veces limitan la creación de PP, planes proyectos y programas a nivel local lo cual produce que las implementaciones en salud no sean efectivas como el caso de seguir con desigualdades en afiliación y mortalidad por IRA con altos índices a pesar de estar en la capital del país.

Por otra parte, la economía y desarrollo local con limitaciones de los determinantes sociales en salud no permiten que se salga de la línea de pobreza como se describe a continuación:

“En Colombia más de la mitad de la población ocupada, el 52.29%, recibe ingresos inferiores a un salario mínimo legal, y el 85% reciben ingresos inferiores a dos salarios mínimos legales vigentes. Según cálculos de la Encuesta Nacional de Salud, para acceder al valor de la canasta familiar de ingresos bajos se requieren 2.1 salarios mínimos, es decir, que en una familia se requieren por lo menos dos personas recibiendo los ingresos correspondientes al salario mínimo legal, para al menos tener un ingreso que asegure un cierto nivel de vida digno. Para la mayoría de los hogares esto no es posible: o bien, escasamente cuentan con un miembro de la familia que trabaja recibiendo el tipo de ingresos que hemos señalado, o bien, y en el mejor de los casos, cuando varios miembros de la familia trabajan, el ingreso total apenas les permite cubrir los gastos del hogar”(36)

Estas limitaciones en las dos localidades se pueden explicar primero la falta de oportunidades y bajo proyecto de vida que se ofrece a su población; ya que un número muy reducido de jóvenes puede acceder a la educación superior, las necesidades económicas de los hogares hace que se abandone la básica secundaria y esto genera brechas de desigualdad, violencia, consumo de SPA, embarazos en adolescentes y todo un sinfín de problemas estructurales que permite el estado, hace que se vea limitada la justicia y acceso en salud por la ley 715 de 2001, no es solo destinar dinero si no se realiza inversión consiente y adecuada.

Se pueden identificar indicadores económicos para ver el comportamiento de la localidad y la inversión social se encuentran el Índice de Desarrollo Humano (IDUH) el cual evalúa tres dimensiones en una población (vivir una vida larga y saludable, educación y tener estándar de vida decente)(78) *“Para el caso de Usme, el índice de desarrollo humano se ha calculado en 0.732, correspondiendo al antepenúltimo más bajo de las localidades de Bogotá, antes de Bosa y Ciudad Bolívar que ocupan los últimos lugares; por su parte el promedio distrital es de 0.810”*(73) esto se puede evaluar que las personas a pesar de tener un modelo de política pública no tienen un grado de disminución de inequidades dentro de ellas en la salud sin adecuado aseguramiento y fortalecimiento de un adecuado modelo que disminuya la desigualdad en poder acceder al sistema sin barreras de acceso, en el caso de las localidades con un sistema de red pública sin servicios de alta complejidad hacia el sur de la ciudad.

Otro determinante es el índice de calidad de vida ICV que mide por medio de *“bienes físicos con relación a las características de la vivienda y acceso a los servicios públicos domiciliarios, con variables que miden el capital humano presente y potencial, dada por la educación del jefe del hogar y de los mayores de 12 años, así como el acceso de niños y jóvenes a los servicios escolares; de igual manera se observan las variables de composición del hogar, tales como el hacinamiento y la proporción de niños menores de 6 años en los hogares... El ICV más bajo en Bogotá lo tiene la localidad de Sumapaz con 60.80 puntos, seguido de Ciudad Bolívar con 83.90; luego se encuentra la localidad de Usme con un ICV de 85.10 puntos.”*(73) e esta manera se pudo evidenciar que a pesar de realizar APS donde se evalúan los hogares y reportando a otros sectores distritales para disminuir desigualdades, no son efectivos disminuyendo los problemas estructurales del hogar y esto da la razón que el sur de la ciudad ha tenido subdesarrollo y desigualdad por las mismas condiciones de construcción historia y segregación social que se dieron en estas áreas (38)

Encontramos que a pesar de la implementación de recursos de PP no se mejoran las condiciones de justicia en salud vista desde el acceso, oportunidad y pertenecer al sistema de salud lo cual genera que no se logren disminuir brechas de desigualdad a pesar de inversión de recursos desde una postura neoliberal asistencialista y aunque el enfoque de gobierno distrital es centro izquierda este es limitado primero por la conformación del

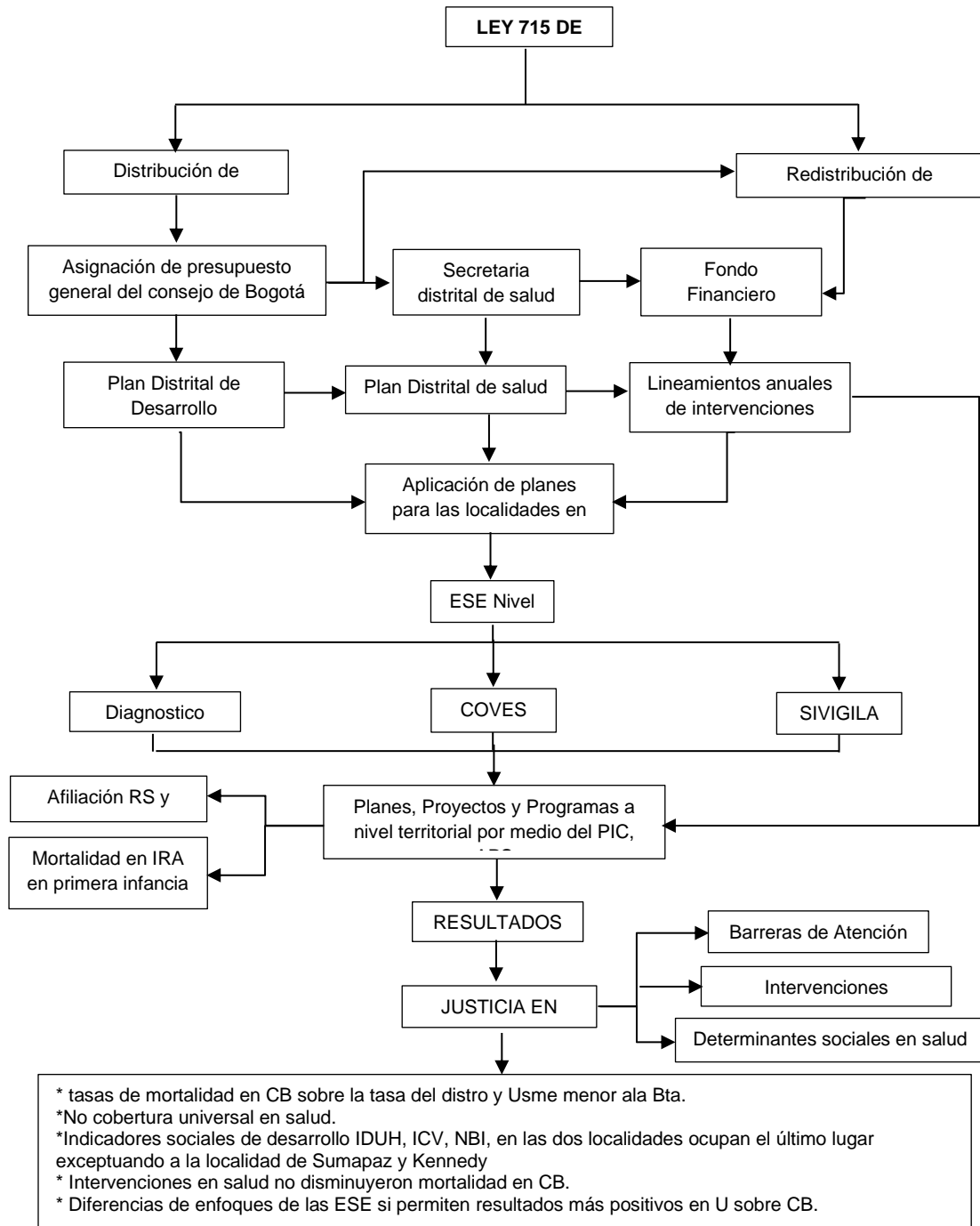
concejo con mayorías de derecha que pueden limitar implementar políticas más efectivas hacia la población.

Se encuentra que la construcción territorial se limita por lineamientos de nivel central de tipo vertical que no entienden el contexto distrital y local, que no evalúa necesidades y también por el mismo distrito que genera lineamientos de salud para el nivel local que termina siendo impositivo.

Por otro lado los profesionales formados en un modelo biologicista y asistencialista, con limitaciones en conocimiento de análisis de política pública y formación crítica que permita implementar acciones de manera más radical, produzcan resultados positivos a nivel territorial, ya que se ven los cargos dados palanca política y no por mérito, lo cual genera cargos sin adecuada formación, permitiendo limitantes en participación y construcción adecuada de intervenciones en salud pública que permitan disminuir la morbimortalidad de enfermedades transmisibles en los objetivos del milenio.

Se realiza el esquema de forma de implementación de la ley 715 de 2001 en el contexto de distrito y si esta genera justicia en salud para lograr entender las dinámicas de los resultados obtenidos con ello garantizar entender los resultados no generan una adecuada justicia en salud porque se siguen presentando inequidades, desigualdad e injusticia en salud desde la inversión de recursos de PP y en su APP no logra tener los resultados esperados en su concepción y se vuelve una política vertical, que no garantiza disminución de vulnerabilidades.

Esquema 11: Resultados de la ley 715 de 2001 en Justicia en salud



Fuente: Elaboración Propia

Por último se muestra en la tabla 8 (32,36,38,42,73) el análisis de las dos localidades con los resultados en el periodo de gobierno de 2004-2015 y como estos influyen desde su comparación, APP y análisis personal de manera crítica y con ello se generó la discusión, conclusiones y recomendaciones de la investigación de manera integral, logrando tener la síntesis de los resultados encontrados a nivel del territorio y como estos se influyen en los tres niveles del estado (Central, distrital y local) en el contexto de manejo de situado fiscal (distribución y redistribución) por la ley 715 y como desde la propuesta vertical se afecta el espacio comunitario generando limitaciones en la implementación por falta de autonomía, construcción social y cultural desde la localidad.

LOCALIDAD TOPICO	CIUDAD BOLÍVAR RESULTADOS	USME RESULTADOS	COMPARACIÓN DE LOCALIDADES	ANÁLISIS DE POLÍTICA PÚBLICA MAJONE	ANÁLISIS PERSONAL
REDISTRIBUCIÓN DE RECURSOS	<p>*Periodo 2005-2008 la inversión de recursos desde el POA local se invierte en el eje social que corresponde al 47%</p> <p>*Periodo 2009-2012: política de calidad de vida de infancia y adolescencia, PP por los derechos de las familias en Bogotá, PP de participación</p> <p>*Periodo 2013-2015: Sector salud y bienestar social y sector de PP</p>	<p>*Periodo 2005-2008 la inversión de recursos desde el POA local se invierte en el eje social que corresponde al 48.2%</p> <p>*Periodo 2009-2012: política de calidad de vida de infancia y adolescencia, PP por los derechos de las familias en Bogotá, PP de participación</p> <p>*Periodo 2013-2015: Sector salud y bienestar social y sector de PP</p>	<p>En la localidad de Usme se tienen una inversión en el periodo 1005-2008 de 1,2% más sin embargo el destino de los recursos de la SDH, SDS y asignados por el presupuesto anual tienen lineamientos desde el distrito y se entrelazan con los POA buscando mejorar las desigualdades y tener desarrollo en salud, sin embargo, la localidad de CB tiene mayor presupuesto por poblaciones más vulnerables por el tamaño y situaciones de salud.</p>	<p>*ACTORES: SDS, Consejo de Bogotá, PDD, alianzas Públicas privadas</p> <p>Respecto a la redistribución se encuentran *limitaciones en la participación territorial y la autonomía de la localidad</p> <p>*Limitaciones de conocimiento territorio y trabajo comunitarios que permitan la construcción social enfocada a disminuir inequidades y desigualdades de las poblaciones en situaciones vulnerables</p>	<p>*Se encuentra que a pesar de que la inversión en los POA en salud pareciera alta por las localidades estas invierten recursos sin muchas veces desde necesidades que no disminuyen vulnerabilidades en salud.</p> <p>*Depende de que las decisiones son verticales del nivel medio y central, el edil y director de la ESE nivel I no puede tomar muchas decisiones autónomas, por esta razón la inversión en la localidad lucha de poderes y dialogo que genera limitación en inversión del presupuesto por intereses individuales que afectan el *Limitaciones de dialogo y construcción social y autónoma de un modelo descentralizados continuando con las desigualdades.</p>
RED PÚBLICA DE SALUD	<p>La red del hospital vista hermosa tienen 4 Unidades Primarias de Atención (UPA), 2 Unidades Básicas de Atención (UBA) y 4 Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), también se encuentra el hospital de Meissen que es ese nivel II.</p>	<p>La Empresa Social del Estado Hospital de Usme es una entidad de I Nivel de atención en salud, cuenta con 14 IPS, divididas en 2 Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), 6 Unidades Primarias de Atención (UPA) y 6 Unidades Básicas de Atención (UBA)</p>	<p>*La red hospitalaria de CB es mayor en nivel individual ya que tiene CAMI y un hospital NIVEL II de complejidad Meissen, adicionalmente el hospital de vista hermosa también presta servicio de urgencias.</p> <p>*Por otro lado la localidad de U tienen una red más enfocada al modelo preventivo ya que la ESE Usme nivel I no tienen red de mayor nivel y teniendo que remitir las urgencias de mediana y alta complejidad al hospital más cercano que ESE Hospital el Tunal Nivel III.</p> <p>*Ninguna de las dos localidades cumple con una red adecuada que permita la atención individual y colectivo ya que no logra tener la cobertura adecuada y no garantiza del total de la población vulnerable.</p>	<p>*Las prioridades de los tres periodos a pesar de que tienen planes de desarrollo enfocados a disminuir desigualdades la red pública no tiene crecimiento esperado.</p> <p>*Con el déficit de estabilidad y solventabilidad económica por la deuda de las EPS a las ESE y estabilidad de estas con adeudamiento de sueldos a trabajadores.</p> <p>*Durante el gobierno de Moreno existen limitantes de estabilidad económica y focos de corrupción en el CRUE y contratación hospitalaria.</p> <p>*En el gobierno Petro, se genera marchas para garantizar recursos a nivel central por la crisis de la salud y se crea la ley estatutaria, adicionalmente se invierten recursos de 1 billón de pesos en recuperar San Juan de Dios y adicionalmente se fortalece en tecnología la red pública de hospitales, como fortalecimiento de APS.</p>	<p>*Respecto a la redistribución de recursos para fortalecimiento de la red pública no es adecuado el crecimiento en las localidades generando impactos en el comportamiento salud-enfermedad a nivel territorial.</p> <p>*Si se estudia el desarrollo de la Red Pública en las dos localidades y en la ciudad tienen barreras geográficas de acceso, perpetuando desigualdades en salud en la población vulnerable.</p> <p>El transporte por medio de ambulancias del distrito por el CRUE no genera impacto y capacidad para atención individual ya que por la congestión del modelo individual la mayoría de ambulancias quedan retenidas en los servicios de urgencias los cuales alcanzan sobreocupación > 250%.</p> <p>*El acceso de médicos especialistas es limitado en el RS y las EPS no garantizan acceso y oportunidad a estos a nivel distrital y local acentuando la desigualdad en la población vulnerable.</p> <p>*El distrito como actor descentralizado y disminuir la deuda del RS por parte de las EPS crea la EPS Capital Salud, sin embargo, esta acoge a toda la población sin adecuada gestión y genera mejora en recobros sin embargo continúa limitando acceso y oportunidad de atención por la gran cantidad de afiliados.</p> <p>Los planes preventivos de las EPS del RS no cumplen intervenciones de SP integral que limiten las incidencias de morbilidad en el RS, lo cual genera impactos por no contar con un modelo que garantice la atención adecuada en las localidades.</p>

<p>AFILIACIÓN AL RS</p>	<p>2004-2007 se inicia con 200.130 afiliados al RS y se obtiene al final de este un aumento 89147 nuevos afiliados que equivale a 44.59% 2008-2011 se obtiene una disminución en este periodo 3.912 afiliados tomando en base las cifras que empezamos en 2004 20012-2015: se obtiene un aumento de 10.633 afiliados con un aumento total en 12 años del 5.31% de nuevos afiliados al RS en CB</p>	<p>2004-2007 se inicia con 16.668 afiliados al RS y se obtiene al final de este un aumento 26.260 nuevos afiliados que equivale al aumento en un 16.34% 2008-2011 se obtiene una disminución en este periodo 42.773 afiliados tomando en base las cifras que empezamos en 2004 20012-2015: se obtiene una disminución de afiliados con 53.564 que equivalen al -33% afiliados al RS en U</p>	<p>*La afiliación en las dos localidades se disminuye en los 12 años y no se da cobertura universal en las dos localidades, generando que no se cumplan los lineamientos de afiliación y metas de la ley 100 del 93. *Los lineamientos del estado definen la afiliación como oferta a la demanda y caracterización por medio de la encuesta del SISBEN, lo cual no permite lograr cobertura universal en las dos localidades, algunos de los factores a nivel local es el conflicto armado y desplazamiento interno por condiciones de pobreza extrema, educación de la población y efectividad de las intervenciones y redireccionamiento de personal de APS.</p>	<p>*La inversión de recursos de la ley 715 de 2001, no garantiza los lineamientos de esta ley en el planteamiento de garantizar derechos a las comunidades vulnerables. *Las leyes en salud se entrelazan generando vacíos en resolver el derecho a la salud y garantizar la universalización. * la caracterización e informes del distrito contiene vacíos y no garantiza encontrar información adecuada, a medida que aumenta la pobreza y el desempleo no aumentan lo cual muestra que los resultados presentados en disminución de PPNA y afiliados al RS no es fidedigna y esto hace que se genere subregistro y población que no conoce sus derechos</p>	<p>*El estado a nivel central y distrital no garantiza el derecho a la salud de la población pobre y en extrema pobreza, justifica la oferta a la demanda como modelo efectivo de aseguramiento, pero este no permite que se tenga universalización. *El modelo actual de contratación por prestación de servicios y contratos temporales hace que estas personas se muevan entre el RC, RS y vinculados generando barreras de acceso a la salud. *La población no asegurada en las dos localidades hace que se acentúen las enfermedades de intereses en salud pública y el modelo de APS no llegan a estas poblaciones. *EL presupuesto destinado por el gobierno central no es claro la inversión en afiliación y al RS y los recursos propios del distrito y uno de los factores limitantes son las enfermedades de alto costo donde estos pacientes generan inversión más lata de valor per cápita y puede generar que no se garantice el acceso a la atención de todas las poblaciones vulnerables a nivel local.</p>
<p>MORBILIDAD DE IRA</p>	<p>Atención a población por modalidad APS en la localidad de C.B. 851,895 atenciones individuales a la población vulnerable</p>	<p>Atención a población por modalidad APS en la localidad de U 570,959 atenciones individuales a la población vulnerable</p>	<p>*El modelo de APS es un salvavidas para garantizar la atención en salud y permite PIC y con ello buscan mejorar la calidad de vida en las comunidades, en población de primera infancia se fomenta el programa PAI (disminución de enfermedades inmunoprevenibles) y con la introducción de vacuna del neumococo busca disminuir neumonía y meningitis, educación en AIEPI, tamizaje de crecimiento y desarrollo, entre otras intervenciones. *la atención de APS se observa mayor en CB con 280.936 atenciones individuales pero esta diferencia puede ser mayor por la variación demográfica de cada localidad en la cual es mayor en CB sobre U. * Con el modelo de Petro es una propuesta de modelo preventivo que garantiza el derecho a la salud de la población pobre y extrema pobreza, generando mejores resultados en las enfermedades de interés en salud pública y con indicadores a nivel distrital de disminución de tasas de mortalidad encaminada a lograr las metas de los objetivos del milenio. *Ya que las EPS del RC y RS no son auditadas en las intervenciones de salud pública y se centran en modelos individualizados de atención a las ESE de primer nivel de CB y U deben garantizar intervenciones colectivas y de salud pública buscando garantizar los lineamientos de atención y con ello disminuir la morbimortalidad de IRA.</p>	<p>* El enfoque de PIC y PDSP a pesar que son lineamientos externos en un modelo preventivo la ley 715 de 2001 en este momento ingresa aportando los recursos para garantizar estos lineamientos por medios de planes, proyectos y programas con el fin de disminuir los impactos en salud de las poblaciones a nivel territorial. *En estas intervenciones de SP ingresa el modelo de APS que busca garantizar las limitantes en salud por la falta de capacidad del SGSSS el cual a pesar de que busca ser preventivo está enfocado a la atención individual, por esta razón los lineamientos desde la SDS buscan mejorar las acciones colectivas en las localidades. *Desde el gobierno de Garzón se empieza el modelo de APS, posterior en Moreno y tienen su gran impacto en el gobierno de Petro que genera mayor contratación de actores en salud previa capacitación de estos en PIC y buscando garantizar acceso a la población vulnerable disminuyendo las barreras geográficas y de acceso a la atención que presentan las poblaciones en situaciones de pobreza y extrema pobreza en las localidades de CB y U buscando garantizar la salud como derecho de las poblaciones.</p>	<p>*El modelo de APS en el distrito permite tener impacto en educación de la población como caracterización de las NBI y materiales de las casas buscando mejorar la calidad de vida y garantizar la salud como derecho de las poblaciones. *A pesar de este programa genera buenos resultados en la población este se queda corto y aún existen barreras geográficas y de seguridad para los grupos de intervención en salud, lo cual genera que no todas las poblaciones vulnerables en CB y U tengan acceso a estas visitas de diagnóstico, educación e intervención, caracterización y trabajo interdisciplinario en salud. *La ley 715 de 2001 garantiza recursos sin embargo también depende del enfoque que cada alcalde tenga y su concepción de salud lo cual sigue generando limitaciones en el enfoque y recursos destinados desde la aprobación de presupuesto por el consejo y los lineamientos de la SDS. *Las intervenciones de AIEPI y PAI generan resultados positivos con un modelo de atención en salud colapsado y busca lograr disminuir la congestión de los servicios de urgencias en CB y U en los CAMI y Meissen respectivamente. *Los trabajadores en salud si no están formados adecuadamente en SP y en determinantes y/o determinación en salud no generaran adecuadas intervenciones que disminuyan el comportamiento de la morbimortalidad en IRA. *La educación en salud debe estar basada en competencia cultural y con ello garantizar el entendimiento de las poblaciones en un lenguaje culturalmente adaptado y tener mayores impactos sobre todo en signos de alarma y cuando consultar en IRA en población de primera infancia y con ello disminuir las consultas y complicaciones a nivel de las localidades.</p>
	<p>En el periodo 2010-2015 se atienden 20,986 casos de IRA en primera infancia en la localidad de CB</p>	<p>En el periodo 2010-2015 se atienden 9,652 casos de IRA en primera infancia en la localidad de U</p>	<p>*Las salas ERA permiten tener impactos en la disminución de complicaciones de IRA y oportunas acciones de traslado y manejo integral con personal capacitado en la atención de IRA en primera infancia. *En el periodo de 2010-2015 se encuentran en CB 11.334 consultas sobre U, puede entenderse que existe más población de primera infancia en CB, sin embargo, también se presentan mayores casos y mortalidad en esta porque se presentan situaciones de alta desigualdad social. *Esta estrategia de salas ERA desde el gobierno central y adoptada por el distrito y ejecutada por las IPS públicas y privadas permite garantizar el acceso a la salud de la primera infancia en especial en picos epidemiológicos por el invierno ya que la red pública y privada en</p>	<p>*la implementación de salas ERA desde el 2004 tomando el modelo chileno busca disminuir la incidencia de la morbimortalidad de IRA en la población infantil. *con la inversión de recursos y el fortalecimiento de salas ERA en IPS públicas y privadas en el distrito busca garantizar el acceso y oportunidad a salud por la congestión de pacientes en los picos epidemiológicos por el invierno y la transmisión cruzada de la población de diferentes etapas de la vía afectando en especial a población infantil con antecedentes, desnutrición y bajos recursos. * Estas instituciones no solo generan atención individual también educan a los padres y/o acudientes en signos de alarma y manejo en casa con ello evitar congestiones y garantizar el derecho a la salud.</p>	<p>*La inversión de recursos en primera infancia y en planes de SP con dineros de la ley 715 de 2001 permiten tener capacitación desde SDS y las ESE de las localidades a los profesionales en salud en manejo de la IRA aguda, educación a la población y manejo de complejidad en casa. * La educación a las familias en AIEPI y signos de alarma como manejo de IRA en casa permite tener menor incidencia de complicaciones por inadecuados manejos, sin embargo, dependiendo de la capacidad de los profesionales para generar un lenguaje culturalmente adaptado a los padres puede generar impactos positivos o negativos generando en mayor o menor medida complicaciones de los niños de primera infancia con IRA. *La notificación de las UPGD permite tener un condensado en la localidad del comportamiento de la IRA en CB y U dependiendo la semana epidemiológica, con ello desde la SDS y la ESE se toman medidas de intervención para disminuir la transmisión de IRA, determinar expansiones hospitalarias de atención buscando disminuir la carga de morbimortalidad y brotes respiratorios que puedan influir en el comportamiento de la enfermedad en CB y U.</p>

			hospitalización, UCIP y urgencias ya que la red en estos periodos de tiempo tienen sobreocupaciones a pesar de expansiones y planes de contingencia con ello se busca garantizar la atención y atender dependiendo de la complejidad del cuadro de IRA y educación a los padres de los niños que consultan en signos y síntomas de alarma.	*Las complicaciones en salas ERA son manejadas oportunamente y redireccionadas por CRUE dependiendo de la ocupación hospitalaria y de UCIP con ello disminuir las complicaciones y dar la atención oportuna y buscar disminuir los impactos de la enfermedad en la población infantil.	* Las salas ERAS han generado impacto en disminuir la tasa de mortalidad y morbilidad por la IRA en la población de primera infancia generando resultados positivos, pero si se analiza según los resultados encontrados son positivos, sin embargo, la atención se disminuye a medida que pasan los años y puede influirse que otras acciones de salud pública pueden disminuir el impacto de IRA en CB y U.
MORTALIDAD DE IRA	La media de la tasa de mortalidad en primera infancia en la localidad C.B. en el periodo 2007-2015 es 9,28 muy por encima de la media del distrito la cual se encuentra en 5,67	La media de la tasa de mortalidad en primera infancia en la localidad U en el periodo 2007-2015 es 4,91 la cual está bajo la media del distrito la cual se encuentra en 5,67	*La mortalidad en CB se encuentra sobre la tasa distrital durante todos los años lo cual muestra que a pesar de las intervenciones en salud pública estas no han sido efectivas por el proceso de desigualdad social en esta localidad. *Comparando la mortalidad de U se encuentran que las intervenciones generadas por esta localidad han tenido un impacto positivo disminuyendo el comportamiento de mortalidad en primera infancia bajo la tasa del distrito lo cual muestra que las intervenciones en SP, AIEPI, salas ERA, referencia y contrarreferencia han sido efectivas a nivel de la localidad. * Comparando las dos localidades se ve mejor comportamiento en U sobre CB esto puede ser efectuado por diferencias del tamaño poblacional, desarrollo de la localidad, pobreza y pobreza extrema, acceso a la salud y educación de la población	* La inversión de recursos por la ley 715 y aportes distritales, como intervenciones desde la SDS y ESE han disminuido la mortalidad sin embargo la red hospitalaria pediátrica es bastante baja con una relación de UCIP de 0,4 camas x 1000 habitantes y desde 2004-2015 se disminuyen las camas de pediatría en el distrito lo cual puede influir en aumento de la mortalidad y estas se encuentran en las IPS privadas, lo cual genera que la población de primera infancia del RS y PPNA por la desigualdad tengan más posibilidades de morir. *La redistribución de recursos han disminuido la tasa de mortalidad en las localidades en especial en las de estudio, sin embargo, en los picos epidemiológicos por la congestión se tienen mayores posibilidades de que se generen muertes por no disponibilidad de camas en la red público privada de la ciudad. *El comportamiento epidemiológico, la transmisión cruzada y la sobreinfección generan mayor mortalidad en población infantil que a pesar de existir salas ERA por desconocimiento o sobreocupación pueden generar barreras en el acceso y oportunidad de atención desde primer nivel hacia niveles más altos generando el no derecho a la atención oportuna y con ello aumentando el impacto y complicaciones que pueden desencadenar la mortalidad en las localidades de estudio.	*La mortalidad del distrito esta generada en mayor medida por la inequidad y la desigualdad social en especial en las localidades de estudio donde CB se encuentra mayor que la tasa distrital, observando que factores determinantes en salud si influyen en la mortalidad infantil. *Las barreras geográficas de instituciones de salud se evidencia por la configuración de hospitales del distrito con mayor concentración al norte de la ciudad y esto genera que en el sur se puedan tener mayores limitaciones en el acceso a urgencias, hospitalización y UCIP. *Las barreras económicas de las familias por desempleo, desplazamiento por conflicto armado interno, barreras culturales, puede generar problemas para llegar hasta la institución de salud oportunamente generando complicaciones en IRA de primera infancia por demoras en consulta a las IPS. *Los PDD y la SDS a pesar de que realizan intervenciones educación al personal de salud aún existen brechas altas en las poblaciones de primera infancia en especial en las zonas periféricas, barrios de invasión y población en extrema pobreza. *La disminución de capacidad hospitalaria pediátrica generan impactos negativos y la falta de voluntad de las EPS en garantizar adecuados pagos fomenta que se encuentre en riesgo la atención en salud por no tener recursos para materiales, medicamentos en especial los hospitales públicos. *La redistribución de recursos que se invierten en la mortalidad infantil en la localidad de U han sido afectadas, pero en CB no logran cumplir las metas del distrito y lo cual sigue generando impacto negativo en las intervenciones de SP y PIC en CB

4.8. Las EAPB y la protección pediátrica

Se realizan desde la dirección de la SDS capacitación a las IPS (públicas y privadas) por medio de la contratación o prestación propia de servicios de salud de las EAPB por medio del modelo preventivo por medio de las valoraciones:

- Crecimiento y desarrollo
- Tamizaje antropométrico
- Programas de educación en enfermedades infectocontagiosas (IRA, EDA, inmunoprevenibles)
- Realización de campañas de PAI y AIEPI

- Interconsultas a nutrición y orientación a programas de disminuir la desnutrición.
- Aseguramiento por oferta a la demanda a una EAPB (subsidiada) de población menor de 5 años.

Todo ello busca limitar el impacto individual y colectivo del proceso de salud enfermedad y está regulado por la ley 715 en los siguientes artículos

“42.13 Adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial.”(13)

“42.14. Definir, implantar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.”(13)

“43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.”(13)

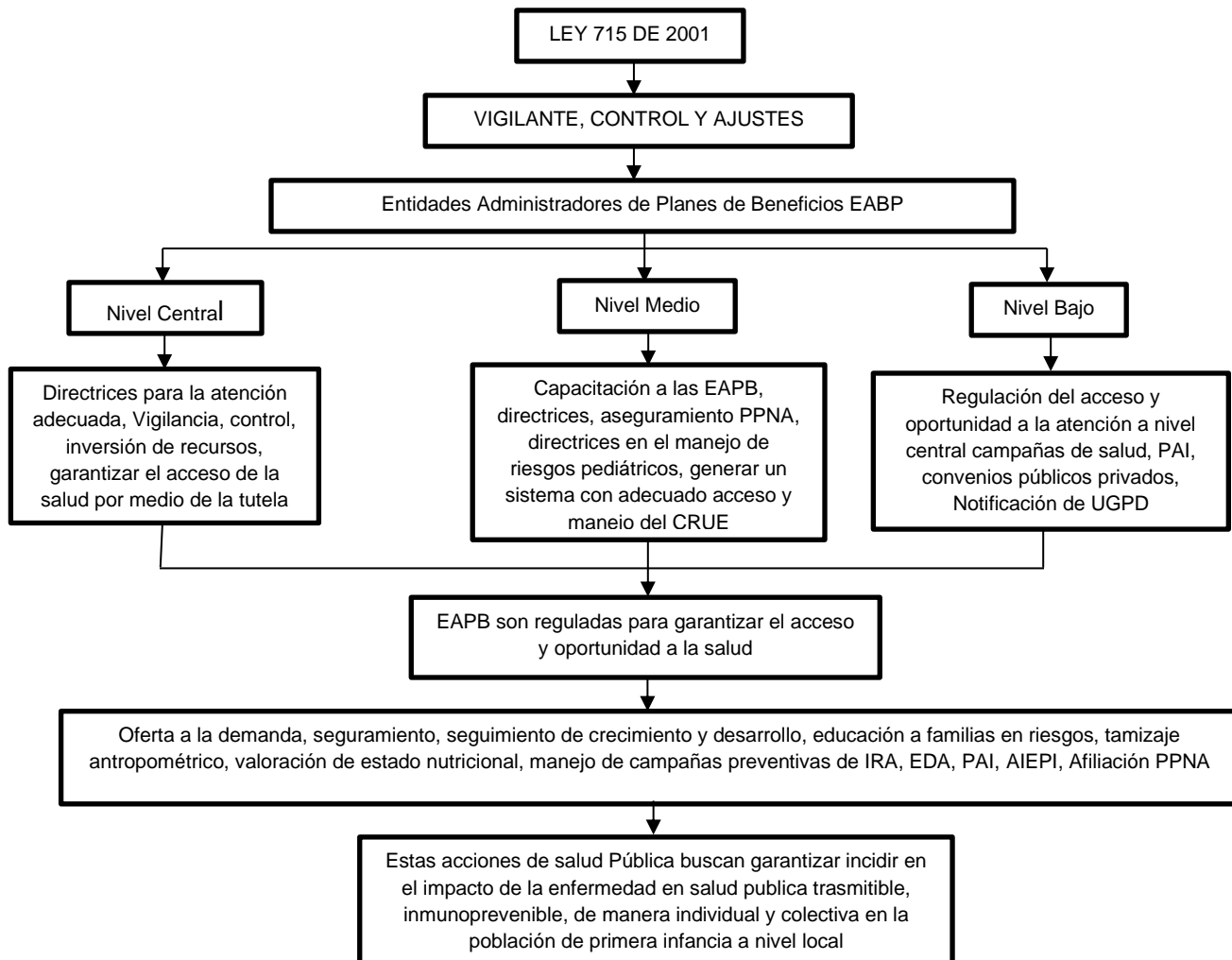
Todo esto regulado a nivel central por medio de la superintendencia de salud quien tiene la rectoría de la supervisión y vigilancia del SGSSS, a nivel medio por la SDS y a nivel territorial por medio de la ESE de la localidad.

Estas acciones se enfocan no solo en la atención individual y colectiva de la población de primera infancia, sino también busca garantizar el aseguramiento y acceso a la salud como derecho de la población colombiana buscando disminuir la mortalidad pediátrica y garantizando los acuerdos internacionales como son los objetivos del milenio.

En el esquema a continuación se muestran las actividades de las EAPB con las directrices y el impacto que pueden tener estas por medio de la ley 715 de 2001 en la regulación y

compromisos de estas con la población pediátrica para garantizar no solo el impacto individual sino colectivo en la población de primera infancia en los territorios en este caso Ciudad Bolívar y Usme.

Esquema 12: del Papel de las EABP con la ley 715



Fuente Elaboración Propia

4.9. Como los recursos de la ley 715 pueden incentivar respuesta a nivel individual y colectiva en aspectos nutricionales en población pediátrica

Los recursos de la ley 715 podrían incentivar por medio del conocimiento territorial los problemas del hambre y desigualdad social como una limitante a estructural de inequidad social por limitación de la población a estados de salud adecuados, visto desde el desconocimiento colectivo e individual de modos de vida, por ello la realización del diagnóstico local, distrital y nacional no solo debe plantearse de una manera descriptiva sino participativa.

Colombia es un país desigual que no permite tener una adecuada seguridad alimenticia en diferentes poblaciones sin capacidad de pago, con ello se genera estados de salud enfermedad que pueden causar impactos al sistema de salud por desnutrición crónica, aguda o malnutrición, que generan mayores impactos a nivel individual y limitar el desarrollo colectivo como nación.

Por ello los recursos de la ley 715 de 2001 buscan generar acciones individuales y colectivas en el caso de esta investigación disminuir la incidencia de la mortalidad por IRA en primera infancia en las localidades de Ciudad Bolívar y Usme por medio de la inversión de recursos en salud pública que buscan reducir la carga de enfermedad en la población pediátrica, buscando generar mejores estados de salud.

Dentro de estos planteamientos se realizan acciones individuales (control de crecimiento y desarrollo) y colectivas (tamizaje nutricional a la población en riesgo) esto con el fin de garantizar seguridad alimentaria y responsabilidad por medio de los planes de gobierno de los gobiernos progresistas, que se crean comedores comunitarios y adicionalmente con la garantía del PAE donde entran colegios públicos y adicionalmente los recursos de alimentación en las guarderías del ICBF que busca garantizar el alimento de la población de primera infancia.

La acción de los trabajadores de salud pública de las ESE de Hospital de vista hermosa y Usme, busca garantizar derechos individuales y colectivos con los recursos del SGP por

medio de la caracterización y control de los problemas nutricionales dentro de ellos los factores nutricionales buscando disminuir el impacto de las desigualdades sociales en el proceso salud enfermedad de la IRA en los cuales en población pediátrica en situaciones inequitativas de desarrollo social y garantía de seguridad alimenticia estarán más propensas a estados más críticos de enfermedad y esto generado por estados más altos de vulnerabilidad.

Por estas razones es importante que las acciones de los trabajadores de campo y de las EAPB no solo conocer las limitaciones sino con la tamización de peso y talla, como la de las necesidades sociales por medio de los diagnósticos locales estén encaminadas a disminuir los riesgos nutricionales de la población por medio de la educación, valoración por nutricionistas y enseñanza de una buena alimentación desde las capacidades económicas con un intercambio cultural adecuado y respeto de creencias, con ello fortalecer la presencia e inversión de recursos del estado buscando impactar en la población pediátrica en las localidades de estudio.

5. Discusión, Conclusiones y recomendaciones

5.1 Discusión

Componente final análisis político por niveles de distribución desde el método retórico argumentativo de Majone

Nivel Distribución Central:

El presupuesto de inversión anual depende de varios factores, los cuales implican estrategias por parte de los gobiernos para lograr conseguir los objetivos de la política pública, los cuales son basados por medio del comportamiento económico del PIB y evasión de impuestos, que puede generar limitaciones en lograr los objetivos económicos para el financiamiento de la PP y hace que se soliciten recursos a nivel internacional por medio de préstamos para lograr disminuir la carga social, pero estos están limitados por las coaliciones del gobierno de turno; que restringen o facilitan aprobación de dineros sin la suficiente capacidad técnico científica, lo cual produce impactos en las intervenciones a la población.

La ley 715 de 2001 fue planteada con objetivo orgánico y de implementación vertical, lo cual tiene serias discrepancias por que se desconoce el contexto territorial y de las necesidades específicas de nivel local, lo que genera impactos en el proceso de implementación de PP; ya que desconoce enfoques culturales o sociales, adicionalmente el manejo intersectorial y transectorial de recursos puede producir perdida de la autonomía y la adecuada inversión en el proceso de distribución de parafiscales desde gobierno central.

A pesar de que los recursos son destinados según los lineamientos de la política pública estos dineros son invertidos por medio de otros objetivos de instituciones como el ministerio

de protección social como el Plan Decenal Salud Pública PDSP, el Plan Nacional de Desarrollo entre otros, lo cual genera impactos en el proceso de autonomía de las regiones ya que la descentralización queda mediada por intervenciones de nivel central de carácter de obligatorio cumplimiento.

Se encontró que a pesar de que la población y problemas de salud pública como el desplazamiento, anillos de miseria, pandemia H1N1, estos aumentaron a nivel distrital, los recursos no crecieron constantemente y el distrito debió generar recursos propios para lograr tener resultados adecuados en desarrollo de la SP por medio de la implementación 715 de 2001.

Nivel de Redistribución Distrital:

La redistribución depende de los actores del distrito, en especial los tomadores de decisiones quienes tienen alianzas políticas que determinaron el presupuesto distrital por medio de la aprobación del PDD y endeudamiento distrital, donde se generan los recursos para la implementación de PP en este caso la ley 715 de 2001 y como se observan en los resultados ya que en el proceso de formulación de esta PP necesita tener recursos propios para lograr tener planes, programas y proyectos que disminuyan la brecha de desigualdad, por tal razón se miden las relaciones de poder tanto del concejo de Bogotá, como de las secretarías de Bogotá apoyados en el plan distrital de gobierno y planes operativos de las instituciones públicas.

El desarrollo de la red de salud en Bogotá tanto pública y privada no presentó grandes variaciones, ni crecimiento en el periodo estudiado, lo cual evidenció la falta de exigibilidad y propósito de gobierno de crecimiento para garantizar la demanda adecuada por oferta de servicios y con ello disminuir el impacto de las barreras de acceso y sobreocupación en los picos epidemiológicos.; también demoras en la construcción de proyectos de la red pública con sobrecostos y demoras afectan la salud de la población a nivel territorial y adicionalmente generan pérdidas por corrupción de dineros, que se pueden invertir en mejorar la atención tanto individual como colectiva a nivel local.

La creación de salas ERA no fue solo un proceso de construcción distrital, sino un trabajo adoptando para control de la IRA en el país tomado del modelo de salud chileno, el cual busca disminuir la carga social por la mortalidad en enfermedades transmisibles respiratorias las cuales están inmersas en los objetivos del milenio, con ello fomentar el desarrollo social y disminuir brechas de desigualdad en salud, en estas se ven avances positivos aumentando la oportunidad de población infantil de tener atención salud durante picos respiratorios y implementación del modelo AIEPI para manejo de casos leves en casa, sin embargo, no logro resultados de eliminación en el impacto de las vulnerabilidades de poblaciones de primera infancia de bajos recursos donde está la gran mayoría concentración de la tasas de mortalidad a nivel distrital.

A pesar de que el gobierno es autónomo; la descentralización territorial está limitada desde el gobierno central y estos lineamientos prevalecen sobre las políticas distritales, generando aumento en las inequidades en el proceso salud enfermedad y el gobierno distrital se vuelve netamente operativo en el proceso de implementación de PP a lo cual algunos recursos pueden verse mal invertidos por cumplir las PP transversales, transectoriales e intersectoriales sin conocimiento de las necesidades específicas de Bogotá.

El desarrollo geográfico de la red hospitalaria en la ciudad está concebido de manera desigualdad en las localidades más pobres tienen altas limitaciones de IPS de carácter público o privado, esto se muestra ya que la mayor concentración de estas instituciones se encuentran al norte de la ciudad, lo cual genera barreras de acceso de tipo espacial, produciendo alto impacto en las poblaciones de escasos recursos a nivel periférico del sur de la ciudad, viendo como las relaciones de poder y de centro periferia se convierten en condiciones de vulneración de derechos e inequidad social.

Se encuentran variaciones en los informes de dineros entregados de nivel central por medio de distribución y redistribución del situado fiscal lo cual puede generar nichos de corrupción por no tener reportes iguales e información transparente a toda la población y esto genera limitaciones en la evaluación externa de PP por medio del APP de manera critica para evidenciar si los recursos generan limitaciones de las necesidades de la población.

La mortalidad en IRA no solo se puede generar por la implementación de una PP, es un acumulo de intervenciones y desarrollo en el control de la trasmisión desde las instituciones públicas y privadas esto con un trabajo multisectorial que permita tener impactos en el proceso de salud y con programas a nivel preventivo, educativo, afiliación, acceso, oportunidad de atención, de garantizar seguridad alimenticia en la población hasta de creación de vías y acceso a servicios públicos y trabajo con remuneración digna de las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

A pesar de que se tiene una red pública y privada desarrollada comparada con otras regiones del país, la oferta de camas es limitada ya que para la población de primera infancia en camas de UCI es 0.6 x 1000 habitantes y hospitalización de 1.2 x 1000 habitantes lo cual se encuentra por debajo de las recomendaciones de las recomendaciones de la OMS.

Los análisis de mortalidad de los COVES distritales no generan impactos en buscar disminuir la desigualdad social que genera muertes evitables en primera infancia y se quedan estos análisis para hacer informes, pero no se desarrollan intervenciones que disminuyan la mortalidad evitable por IRA generada por brechas de desigualdad en las poblaciones pobres en la ciudad.

Por último a pesar que se tuvieron tres gobiernos de centro izquierda estos no aumentaron la capacidad hospitalaria, no disminuyeron proceso de vulneración de derechos y aunque estuvieron en formulaciones de política social, se vieron limitadas porque los actores operativos de las instituciones tomadoras de decisiones no están formados en contextos críticos de implementación y se continúan con los procesos de un paradigma positivista nivel distrital.

Nivel Local de la Implementación de Recursos:

La afiliación al RS de la PPNA por medio de la oferta disminuyo, pero no aumento la población afiliada al RS y/o con capacidad de pago, lo cual hizo que no se logre cumplir la universalización en el SGSSS.

También se evaluó el crecimiento económico, este no mejoro y se acentuaron las brechas de desigualdad económica, lo que muestra que las barreras de acceso al sistema de salud siguen estando presente en la población, el estado no garantiza el derecho a la salud y el acceso oportuno a la atención en el proceso salud enfermedad en las localidades de estudio.

Al ser localidades de acogida a comunidades desplazadas se generan espacios de multiculturalidad que pueden tener creencias específicas desde su cosmovisión en salud y esto puede generar demoras en el adecuado diagnóstico, por otra parte, el desplazamiento en la ciudad con un sistema de transporte inequitativo y limitante hace que en muchas oportunidades el centro de salud se convierta la droguería de barrio a lo cual el gobierno no garantiza el derecho a la salud descrito en la CP del 91.

Aunque la atención primaria en salud ha permitido que los equipos de lleguen a comunidades con vulnerabilidades estas no logran tener cobertura en comunidades ilegales y en situación de extrema pobreza por anillos de miseria que en las dos localidades, por tal razón la población no tiene factores protectivos por parte del estado y la primera infancia se ve afectada con mayores casos de IRA que generan demoras en el acceso y poca educación en la comunidad de signos y síntomas lo cual puede influir en mortalidad evitable por desigualdad social, no adecuada intervención con modelo AIEPI.

Los impactos en los planes, programas y proyectos por parte de las ESE rectoras de las localidades en este caso Vista Hermosa y Usme tiene mejores resultados el hospital de Usme sobre Vista hermosa, se podría caracterizar que Ciudad Bolívar tiene mayor concentración demográfica y déficit económico de la población, pero también se puede explicar por el enfoque de operativo y de intervenciones por los profesiones de salud, lo cual genera impactos positivos y negativos en el comportamiento de la morbimortalidad por IRA en estas localidades.

Las evaluaciones de desarrollo local con trabajo intersectorial y transectorial muestra que la inversión de recursos e implementación de planes de desarrollo no lograron disminuir los impactos en los ICV, NBI, IDH, los cuales tienen resultados de inequidad alta y a pesar de ser localidades priorizadas con planes, proyectos y programas desde nivel central y al llevarlos a nivel local por medio de los POA no tienen resultados adecuados en el

comportamiento de estos indicadores y siguen acentuando la desigualdad e inequidad y generan que no exista justicia en salud en la localidades a estudio según los resultados encontrados.

Nivel de Actores:

Tomadores de decisiones a nivel central: presentan desconocimiento de las regiones y de las limitaciones de los territorios, no toman el proceso cultural como importante y solo quieren presentar resultados por medio de resultados medibles, sin entender los procesos dinámicos que afectan la implementación de una PP y que los recursos se pueden estar invirtiendo de manera inadecuada.

Tomadores de decisiones a nivel distrital: No tienen concepción de autonomía política y con ello se basan solo en lineamientos de nivel central y se enfocan a las necesidades medibles y no evalúan los factores que generan desigualdades, no tienen formación en competencia cultural, en determinantes sociales en salud y se vuelven actores operativos de lineamientos de nivel central, sin generar impactos en la población y solo se convierten en buscar contener la transmisión en picos epidemiológicos de la IRA, adicionalmente no garantizan el acceso y la oportunidad a la salud, habilitación de camas, solo evalúan los comportamientos de estadísticas vitales y crean programas, planes y proyectos pero con limitaciones en la implementación porque son propuestas de manera vertical sin construcción comunitaria.

Actores operativos: están limitados por la poca formación en salud pública y la mecanización del trabajo con implementación de planes, programas y proyectos a nivel local educativos pero no reales para tener efectos positivos y disminuir desigualdades sociales sino mostrar metas e implementaciones numéricas que son medibles y generan decisiones pero no disminuyen las brechas de desigualdad social en la población y con ello los problemas de transmisión en IRA se vuelve netamente operativa en picos epidemiológicos y la captación de PPNA se limita en pocos casos captados por APS, el distrito genera capacitaciones en PIC y determinantes sociales en salud sin embargo el personal está formado en un modelo positivista y la alta rotación hace que se pierdan continuidad en

programas y con ello pérdida de recursos y de trabajo continuo con comunidades que presentan poca adherencia posterior por limitación en continuidad del trabajo.

5.2. Conclusiones

Componente Final Análisis

Nivel de Distribución Central:

La asignación de este depende básicamente de las relaciones de poder y del planteamiento de gobierno central, quien en sus mayorías son de derechas, donde toman el comportamiento económico anual y lo destinan a las inversiones que ellos creen convenientes buscando tener impacto en desarrollo nacional.

Los actores que implementan la ley 715 de 2001 son de concepción neoliberal que no buscan disminuir brechas de desigualdad e inequidad en salud sino buscan garantizar las concepciones de la ley 100 y garantizar el bien privado sobre el colectivo, se evidencia que no comprenden la concepción de territorio, que buscan solo garantizar los intereses de mantenimiento de un modelo de salud económico desigual y que no tiene concepción preventiva, se observan que la tasa de mortalidad en IRA disminuye pero no solamente por la implementación de recursos económicos sino un trabajo multisectorial que busca generar desarrollo en salud.

La ley 715 de 2001 es planteada de forma vertical con el compromiso de salvar la descentralización impulsada en la CP del 91, lo cual tiene la asignación de su presupuesto limitando la autonomía de los territorios y regiones sin tener en cuenta las necesidades y no concebir a Colombia como un país diverso con necesidades diferentes a nivel local y por ello se pierde una efectiva implementación de la PP.

Los recursos destinados anualmente tienen lineamientos descritos, sin embargo estos están enlazados al nivel central por planteamientos del ministerio de protección social, PND lo

cual hace que la inversión a nivel local dependa de las directrices de nivel central; haciendo que no exista descentralización y autonomía, impulsando PP sin conocimiento del territorio y sus capacidades culturales, políticas, sociales, educacionales y religiosas lo cual puede hacer que la distribución de recursos sea una mera formalidad, ya que se tienen que cumplir los lineamientos centrales y se basa en las relaciones de poder de los partidos políticos.

Los recursos no aumentan a pesar que las poblaciones tengan altas cargas de desigualdades y esto genera el planteamiento en el APP, no se cumplan los principios de buscar mejorar sus estados de salud y disminución de inequidad, si no por el contrario se tengan que disminuir recursos a nivel distrital y local por no tener dineros propios y de nivel central para intervenir en las necesidades específicas y puntos álgidos dependiendo del trabajo local e intersectorial identificado.

Redistribución a Nivel Distrital:

La redistribución de recursos del SGP depende de la discusión del concejo y las relaciones de poder con la alcaldía, favores políticos y se designan según el PDD aprobado, también del proyecto de endeudamiento que se pueda solventar con la banca internacional, entonces los recursos del SGP necesariamente tienen que tener aportes del distrito para lograr cumplir metas, sin embargo uno de los puntos álgidos es la transición de PDD el cual cambian los enfoques de ciudad, cambios recursos, acaba o limita con planes, proyectos y programas que se desprenden de PP por no ser de la corriente de gobierno de turno.

El planteamiento de la red de salud se encuentra de forma inequitativa para las personas del sur de Bogotá en especial las localidades de estudio, donde ciudad Bolívar tienen ESE nivel 2 y Usme solo nivel I lo cual implica desigualdades geográficas en los planteamientos de los POT (planes de ordenamiento territorial), lo que hace que se vuelva el desarrollo del sistema de salud público de manera desigual, también se evidencian que no existen proyectos adecuados el planteamiento de crecimiento hospitalario que busquen limitar las barreras geográficas para la población vulnerable.

No existen datos reportados por el SGP a nivel distrital y central que sean iguales o siquiera parecidos; en los dos existen diferencias de miles de millones de pesos que pudo generar en pérdida de recursos efectivos para la atención en salud, esto hace que se tengan limitaciones al no existir reportes verídicos y el APP no es adecuado por los datos generados por las instituciones que manejan estos recursos de parafiscales.

La mortalidad de IRA no solo se genera por los recursos de SGP, a pesar que maneje los recursos para salud pública, es un trabajo intersectorial en aplicación de estrategias como PAI, AIEPI y trabajo con la comunidad que permite disminución de la tasa de mortalidad en la ciudad, la afiliación al RS-RC, por esto se entiende que la inversión en planes proyectos y programas en SP contribuye, pero no solo produce la disminución de muertes esto, los determinantes sociales en salud influyen y los planes, proyectos y programas que buscan disminuir brechas de desigualdad por trabajo interinstitucional contribuye a tener mejores resultados en atención primera infancia.

Como se mencionó la red hospitalaria de la ciudad es poca y con una relación de 0.6 camas UCIP por 1000 habitantes, genera que se tenga alta desigualdad e inequidad en el acceso a la salud y no se alcancen a lograr ni los mínimos de la OMS que es 4 camas por 1000 habitantes, haciendo que se encuentren barreras de acceso y aseguramiento de la red pública o privada lo cual hace que se tengan limitaciones desde la intermediación de las EPS y del mismo SGSSS.

El análisis de la mortalidad en los COVES no genera cambios esperados en la vulneración de derechos de la primera infancia y la desigualdad social que vive las personas en situación de pobreza y pobreza extrema, lo que hace que ni el estado central, ni el distrital realicen intervenciones efectivas buscando generar justicia en salud en la población de la ciudad.

A pesar de los planteamientos de los planes de desarrollo y la concepción de gobierno de centro izquierda no se tuvieron resultados y políticas que causaran el impacto, esto es medido por las limitantes en la autonomías de gobierno y que las PP de nivel central vienen con lineamientos verticales que afectan a las alcaldías generar cambios, viendo las relaciones

de poder de los partidos de derecha mayoritarios y sus actores positivistas, no generan cambios en desarrollo social y vean el cemento como desarrollo social.

Nivel Local Implementación de los Recursos:

No se logra captar a la población pobre y la política de subsidio a la oferta para la afiliación al RS; es una política que no busca aumentar la población en RS y vulnera los derechos de la PPNA, si se mira en un contexto más crítico, el desconocimiento de sus derechos en las poblaciones genera que estas no luchen por ellos, produciendo corrupción por las EPS, que no aumenta sus afiliados y limita el acceso de los existentes.

El crecimiento económico de las poblaciones no mejoro, sus brechas de desigualdad económicas, lo cual muestra en las localidades de estudio, existan barreras para garantizar la salud como derecho y que se tenga atención en la enfermedad, generando injusticia en salud.

El desplazamiento de personas por el conflicto armado interno ha influido históricamente en estas localidades por ser grandes receptoras, lo que produce alta multiculturalidad, diferentes creencias y cosmovisión, generando sitios de ocupación para vivir legal o ilegal con difícil acceso, los gobiernos locales no tienen PP que disminuyan sus desigualdades y hace que produzcan casos de mortalidad en primera infancia evitable por no presencia de equipos de salud que realicen APS a estas comunidades y captación de casos.

El comportamiento del hospital de Usme tiene mejores resultados respecto a la tasa de mortalidad en IRA en primera infancia sobre Ciudad Bolívar, se puede concluir que los trabajadores de la salud tienen mejores enfoques que permiten que la comunidad tenga mayor calidad de la educación y oportunidad sobre el hospital de vista hermosa el cual se queda corto mayor concentración demográfica en CB, lo cual puede generar mayor trabajo, aún más difícil hacer APS a nivel geográfico y lograr tener cobertura en toda la localidad.

A pesar de que existen POA locales asociados a los PDD, su implementación no aumento el desarrollo social, esto hace que los indicadores de desarrollo muestren a estas dos localidades en los últimos lugares del distrito, se sigue mostrando en el APP de esta investigación que no se cumple la justicia en salud, equidad y disminución de la desigualdad, que la inversión de recursos no generan resultados positivo, a pesar de implementarse programas, planes y proyectos de manera vertical tanto a nivel central como distrital y esto hace que los resultados estén limitados por las necesidades de los gobiernos de turno; mas no de la población a nivel territorial no cumpliendo con los objetivos de la ley 715 de 2001.

Nivel de Actores:

Actores a Nivel Central: Estos desde su planteamiento queriendo salvar el SGSSS y su proceso de recursos en el marco de la descentralización, se basó por medio de las relaciones de poder propuestas desde el estado con modelo económico neoliberal, que solo quiere conservar su economía irrespetando la cultura y las necesidades específicas de la población, generando el no tener autonomía a nivel local y que los lineamientos de carácter central afecten a las comunidades en su construcción de sociedad.

Actores a Nivel Distrital: Estos están limitados en la autonomía desde las concepciones de nivel central, lo cual hace que no se planteen cambios adecuados desde la descentralización y PDD, que son aprobados por el concejo distrital, donde sus mayorías tienen concepciones de modelos económicos de derecha y a veces su formación académica no tienen adecuada concepción en disminuir la desigualdad, si no cumplir los ordenamientos de su partido político poniendo trabas a PP que pueden mejorar la concepción de los territorios, buscar justicia en salud, equidad y desarrollo social.

Actores Operativos: Estos a pesar de que tengan concepciones para buscar cambiar las condiciones de vida, no tienen formación adecuada en salud pública y ven a esta como un modelo preventivo generado por el nivel central y local; que pone las reglas de juego de su implementación, por otro lado la alta rotación de personal de salud por contratos por OPS, o solo realización de rural, produce que no se tengan continuidad en los planes, programas y proyectos, generando que no exista una adecuada construcción de territorio y que las relaciones sean de tipo vertical, con intervenciones no son efectivas generando que la

vulnerabilidad y desigualdad, continuando con las barreras en salud, afiliación y mortalidad en IRA en primera infancia siga siendo un problema de interés en SP.

5.3.Recomendaciones

Componente final- recomendaciones en el análisis de política pública

Nivel de Distribución Central:

La distribución se limita por las relaciones de poder y los partidos de gobierno que hacen que estas PP se planteen no pensando en la comunidad sino en el gobierno de turno, con recursos que pueden ser limitados y disminuir su crecimiento a pesar de que se acentúen vulnerabilidades; por esta razón se deben fomentar PP de nivel horizontal y con ello garantizar de verdad la descentralización del estado.

El planteamiento como ley orgánica del SGP no genera mayor descentralización, ni produce autonomía a nivel medio y local lo cual genera que el planteamiento desde su concepción tenga problemas en su implementación, los resultados esperados en salud en los territorios y por ello la justicia en salud no la produzca la ley 715 de 2001 y es necesario evaluar su pertinencia actual.

Los recursos que se destinan anualmente están entrelazados con lineamientos de instituciones de nivel central como el PDSP y PND, entre otros lo cual genera que los dineros sean supuestos para los territorios, ya que se tienen que invertir en estos planteamientos y produce desconocimiento de las necesidades específicas de salud sin concepción de los diferentes factores que pueden afectar la implementación de los planes, proyectos y programas, generando mayores brechas de desigualdad social en lo local, por tal razón se debe aumentar la autonomías de los distritos y no entrelazar políticas de presupuesto general a otros lineamientos, ya que esto es hace ver a Colombia en un estado centralista que no respeta los planteamientos de Bogotá.

El crecimiento de los recursos no es adecuado relacionados con el aumento demográfico y el comportamiento económico, haciendo que se necesiten recursos propios de los gobiernos medios y esto hace que se genere endeudamiento de la ciudad o disminución de recursos a programas que pueden mostrar resultados positivos, ya que son de construcción autónoma esto hace en el APP que desde el análisis de Majone esta no cumpla con los planteamientos por la cual fue creada, aprobada e implementada.

Redistribución a Nivel Distrital:

Su implementación a nivel medio se ve viciada por las relaciones de poder y los partidos de mayoría en el concejo distrital haciendo que su implementación se limite a lo que dicen los partidos de derecha en su gran mayoría también el presupuesto de recursos propios, las metas de PDD y lineamientos de nivel central, por tal razón es necesario crear educación en votación para mejorar los resultados dependiendo de la corriente política que se elija en un estado democrático.

La red de salud pública está concebida de una manera inequitativa y con barreras geográficas que contribuye en el desplazamiento de las poblaciones vulnerables, ninguno de los tres gobiernos crea planes que aumente la red en las localidades de estudio, por eso desde futuros PDD y POT se debe plantear que cada localidad tenga crecimiento en salud en IPS de mayor complejidad, para disminuir las brechas de desigualdad en acceso, oportunidad, atención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la localidad.

Es necesario invertir en salud para mejorar la relación población infantil vs camas UCIP y hospitalización, buscando aumentar su capacidad a recomendaciones OMS y no cerrar camas en IPS privadas, como se observó en la investigación a final del periodo de Petro, esto sin dudas hace que se plantee que tan bien concebidos son los PDD y su interacción con políticas públicas dentro de ellas la ley 715 de 2001.

Los reportes de la ley 715 de 2001 existen diferencias entre los reportes del gobierno central y distrital; lo cual hace necesario, que se cree un sistema adecuado de reporte y acceso a información que logre tener cuentas claras con ello disminuir la corrupción de recursos, en

especial dineros públicos que se distribuyen y al existir dos reportes no se sabe que pasan con la diferencia de miles de millones de pesos reportados entre el INP y SHD.

La inversión de recursos de la ley 715 2001 no es la única responsable de la disminución de mortalidad de la tasa de IRA en el distrito y las localidades, se contribuye a múltiples planteamientos de trabajo intersectorial que viene generando resultados desde antes de la implementación del SGP. La universalización en salud a pesar que aumenta la desigualdad social esta no aumenta lo que hace evidenciar que los recursos de oferta a la demanda no se inviertan efectivamente y la población no conozca sus derechos de pertenecer al SGSSS.

La inversión en recursos en salud del SGP no mejoro el acceso de la población de primera infancia, ya que la relación población camas de UCIP y hospitalización no alcanza, según las recomendaciones OMS, si presentan disminución de estas por no generar ganancias, evidenciando que la salud se sigue viendo como un negocio para las IPS de carácter privado que cierran servicios de pediatría porque no generan grandes ingresos, por tal razón se debe regular desde la SDS el no cierre y aumento de la oferta a nivel público-privado.

El análisis en los COVES que busca generar líneas de trabajo para disminuir la morbimortalidad de enfermedades de interés en salud pública, no tiene resultados esperados en intervenir en recursos y crear PP con el trabajo intersectorial para disminuir los determinantes sociales en salud y con ello disminuir las inequidades buscando lograr justicia en salud.

Nivel Local Implementación de los Recursos:

En el contexto de implementación de la ley 715 a nivel local se observa que esta no logra universalización de afiliación y a medida que estas localidades disminuyen sus indicadores de desarrollo y aumenta la población vulnerable y pobre, disminuye la afiliación al RS y de PPNA, ósea no se garantizó la salud, por ello es necesario acabar con el lineamiento central de la oferta a la demanda, educar a la población en derechos y garantizar la cobertura en toda la ciudad.

La inversión de recursos no generó crecimiento económico en las poblaciones es decir la implementación de recursos del SGP no mejoró las condiciones de las sociedades vulnerables en las localidades y con esto se evidencia que no existe la justicia en salud a pesar de la inversión de recursos, por tal razón los planes, proyectos y programas no mejoran las condiciones de localización de vida a nivel local y se deben replantear la forma de implementarlos.

El conflicto armado interno en Colombia sigue generando altas cargas de vulnerabilidad en las poblaciones desplazadas que llegaron en masa a las localidades de estudio y acentuó la desigualdad, se siguen creando barrios ilegales, los programas de APS no llegan a estos barrios por barreras de acceso, seguridad y por tal motivo la primera atención es el taita en caso de ser población indígena, la droguería o el manejo de las plantas desde su cosmovisión y tradición cultural, por tal razón se debe generar aumento de la presencia institucional y la relación del estado local y distrital con la población vulnerable.

Los POA locales no generan impactos en salud y están planteado desde el conocimiento del edil y este entrelazado con el PDD; lo cual hace que la autonomía de la localidad se vea afectada, por ello es necesario primero conocer los problemas estructurales en diálogo con la comunidad para tener mejores resultados y que estos no solo se vean limitados a pocas intervenciones que generen resultados positivos y del resto negativos o inconclusos e incluso pérdidas de dineros públicos por corrupción.

Nivel de Actores:

Actores a Nivel Central: Las relaciones de poder influyen desde la formación política, lo cual hace que los recursos impacten directamente en las PP, territorios y al ser la ley 715 de 2001 implementada en un gobierno neoliberal y durante el periodo de investigación 2004-2015 con gobiernos de derecha a nivel central, se evidencia que los tomadores de decisiones no conocen las implicaciones de una ley orgánica territorial y vertical, esta como produce resultados inequitativos a nivel local, por tal razón se hace necesario realizar control político y evaluar desde el estado su legitimidad.

Actores a nivel Distrital: Estos también dependen de las relaciones de poder y pueden favorecer o limitar inversiones en salud lo cual impacta directamente a las poblaciones vulnerables, los partidos políticos tradicionales y de derecha género en la implementación de PDD y políticas continuaran con la desigualdad en su aprobación durante el periodo estudia se hace necesario entender el contexto de los actores para entender los resultados de los gobiernos y mejorar la educación cultura política.

Actores a Nivel Operativo: Se hace necesario en el pregrado y posgrado de profesionales de salud aumentar el enfoque en salud pública y análisis de políticas públicas, para formar en contextos críticos con ello tener mayores resultados positivos a nivel territorial por medio de planes, proyectos y programas propuestos desde el diagnostico local formulado y analizado en determinantes sociales o determinación en salud.

A. Anexo: Documentos político normativos

- Ley 715 de 2001.
- Acto legislativo del 01 del 9 de enero de 1986.
- Ley 10 de 1990
- Constitución Política de Colombia de 1991.
- Ley 60 de 1993.
- Ley 100 de 1993.
- Ley 12 de 1986.
- Decreto 77 de 1987.
- Ley 152 de 1994.
- Ley 111 de 1996.
- Acuerdo 20 de 1990 del Concejo de Bogotá.
- Decreto 3133 de 1968 de la Alcaldía de Bogotá.
- Decreto 1298 de 1994 del Ministerio de Gobierno de la República de Colombia.
- Decreto 1170 de 1994 por el cual se reforman los artículos 14.15 y 16 de la ley 60 de 1993.
- Decreto 1421 de 1993 Presidencia de la República de Colombia.
- Decreto 1171 de 1997 del Ministerio de Protección Social.
- Decreto 1173 de 1993 Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Resolución 425 de 2008 del Ministerio de Protección Social.
- Resolución 3033 de 2007 del Ministerio de Protección Social.

B. Anexo: Documentos técnicos

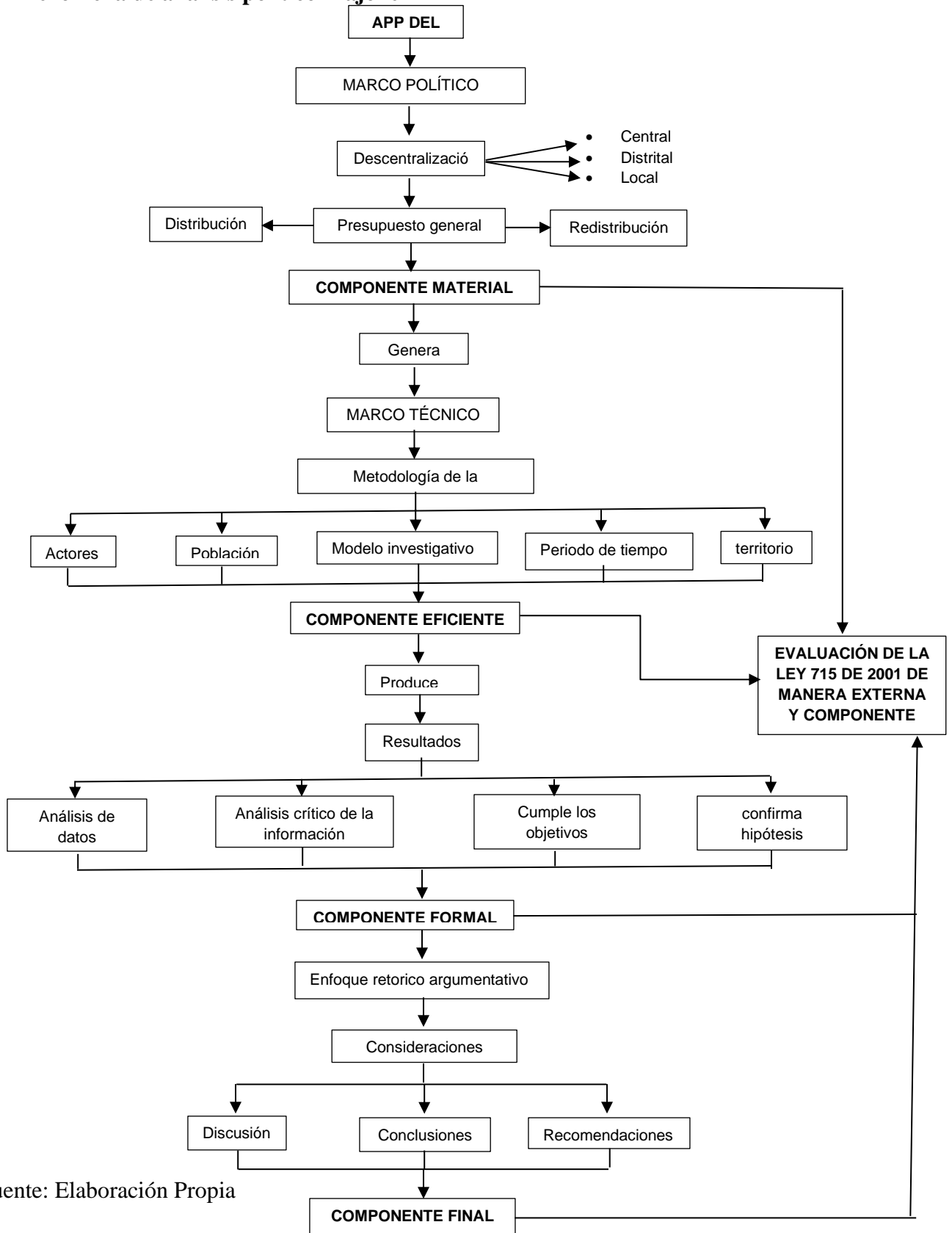
- Acuerdo 119 de 2004 Concejo de Bogotá PDD 2004-2007.
- Acuerdo 308 de 2008 Concejo de Bogotá PDD 2008-2011.
- Acuerdo 498 de 2012 Consejo de Bogotá PDD 2012-2015.
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2004 SGP Bogotá.
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2005 SGP Bogotá
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2006 SGP Bogotá
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2007 SGP Bogotá
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2008 SGP Bogotá
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2009 SGP Bogotá
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2010 SGP Bogotá
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2011 SGP Bogotá
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2012 SGP Bogotá
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2013 SGP Bogotá
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2014 SGP Bogotá
- Departamento de Planeación Nacional. Informe 2015 SGP Bogotá
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2004.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2005.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2006.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2007.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2008.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2009.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2010.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2011.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2012.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2013.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2014.
- Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2015.
- Bogotá Como Vamos. Indicadores Iniciales para una Evaluación de la Calidad de Vida en la Ciudad 2004-2007-
- Bogotá Como Vamos. Indicadores Iniciales para una Evaluación de la Calidad de Vida en la Ciudad 2009.

- Bogotá Como Vamos. Indicadores Iniciales para una Evaluación de la Calidad de Vida en la Ciudad 2010.
- Bogotá Como Vamos. Indicadores Iniciales para una Evaluación de la Calidad de Vida en la Ciudad 2011.
- Bogotá Como Vamos. Indicadores Iniciales para una Evaluación de la Calidad de Vida en la Ciudad 2012.
- Bogotá Como Vamos. Indicadores Iniciales para una Evaluación de la Calidad de Vida en la Ciudad 2013.
- Bogotá Como Vamos. Indicadores Iniciales para una Evaluación de la Calidad de Vida en la Ciudad 2014.
- Bogotá Como Vamos. Indicadores Iniciales para una Evaluación de la Calidad de Vida en la Ciudad 2015.
- Secretaria Distrital de Salud Pirámide Poblacional de Bogotá 2005-2035
- Observatorio de Bogotá, Infecciones respiratorias agudas menores de 5 años.
- Secretaria Distrital de Salud. Hospital Vista Hermosa I Nivel E.S.E. Análisis de Situación en Salud Localidad de Ciudad Bolívar 2010.
- DANE. Evolución de la Población 1985-2005, Bogotá D.C.
- Secretaría Distrital de Salud, Hospital Usme E.S.E. Nivel 1, Diagnóstico local de salud con participación social 2009-2010, localidad de Usme

C.Anexo 3. ficha de extracción de información análisis político

Bases de datos	Se realiza la búsqueda de literatura en buscadores conocidos los cuales son bases de datos revistas indexadas y literatura gris por medio de tesis y en informes de planes de gobierno buscando tener información
Descriptores	Descriptor de búsqueda: Descentralización Ley 715 de 2001 APP y ley 715 de 2001 APP y descentralización en salud Ley 715 y comportamiento de mortalidad por IRA en primera Infancia. Descentralización en salud en Bogotá Afilación al SGSSS Descentralización y equidad en salud Descentralización y justicia en salud Determinantes sociales en salud y comportamiento de la mortalidad en IRA en primera infancia. Desigualdades sociales y descentralización en salud Plan territorial y salud.
Bibliografía	Se cita en normas Vancouver
Fenómeno Aplicado	Fenómeno que interviene en la investigación Descentralización central Descentralización distrital Descentralización local Distribución de recursos Redistribución de recursos Afilación al RS Mortalidad por IRA PND, PDD, POA Salud pública Equidad, desigualdad y justicia en salud
Resumen	Resumen de lo encontrado
Citas Textuales	Citación textual de los comentarios realizados que aporta a la investigación y al cumplimiento de la hipótesis, objetivos.
APP	Como influye la información encontrada en el análisis de política pública desde sus actores, objetivos, implementación, control y evaluación desde el modelo de Majone Ex Post
Componente Majone	Se determina en cuál de los 4 componentes influye la información encontrada Componente material Componente eficiente Componente formal Componente final
Análisis Personal	Se toman el APP desde el paradigma crítico por medio del enfoque retorico argumentativo. Este planteamiento permite que se tengan en el componente final lograr tener un APP desde el enfoque personal del investigador por medio de la crítica a la PP y sus limitaciones desde el análisis de descentralización e implementación vertical.

D. Anexo ficha de análisis político Majone

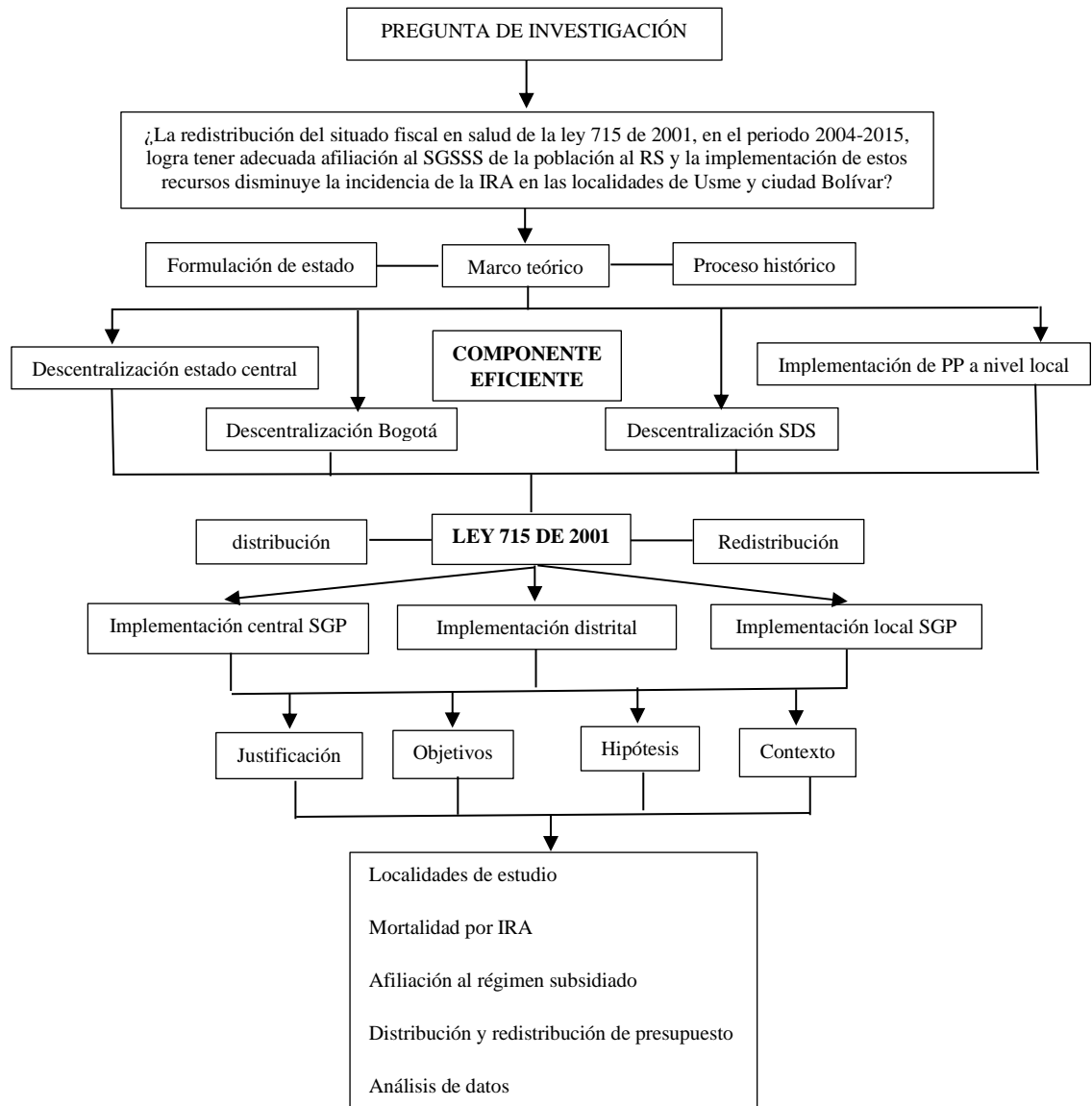


Fuente: Elaboración Propia

E. Anexo E. Componente Material

DATOS	<p>Proceso de descentralización en Colombia centrado en los tres niveles del estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Nivel central. * Nivel medio (departamentos y distritos). * Nivel local (localidades y municipios). <p>Para estos se tomaron los procesos políticos históricos de descentralización del estado, para lograr tener insumos académicos para entender el proceso de planteamiento de PP (Ley 715 de 2001).</p> <p>Se realizó por medio de la construcción conceptual el desarrollo del estado desde el planteamiento cepalino hasta la postura neoliberal de apertura económica, buscando lograr entender la concepción de los actores de la PP en la construcción por medio de las relaciones de poder, por medio de sus formaciones políticas, económicas, sociales y éticas.</p> <p>Con estos insumos se plantea la formulación de la pregunta de investigación, hipótesis, justificación, contexto, marco teórico, que permite desarrollar el planteamiento político en el proceso de descentralización en el estado y en el sistema de salud en los tres niveles.</p> <p>Los datos se realizan con una previa formación personal en economía, derecho, contextos políticos y formulación del estado colombiano para lograr tener insumos adecuados en el proceso conceptual y teórico de la ley 715 de 2001.</p> <p>Se evalúan los conceptos de distribución y redistribución como su implementación en el contexto medio y local, buscando identificar procesos en salud pública, que logren impactar a la población en un territorio determinado, en la formulación de planes, proyectos y programas generados en la implementación recursos de la PP.</p> <p>Los datos se tomaron documentos políticos normativos en el contexto de inversión de recursos del estado para entender el objetivo de la política pública y entender su implementación por parte de un gobierno neoliberal.</p>
INFORMACIÓN	<p>Se realiza decantación de la información basados en los tópicos de estudio del componente material desde Majone los cuales son las concepciones del planteamiento a analizar.</p> <p>Desde el nivel central se determina la transformación del estado centralista en descentralizado e implicaciones de transformaciones desde la CP del 91, reformas al sistema educativo y de salud buscando generar garantizar derechos, observados desde el planteamiento de un gobierno que regula, pero no garantiza derechos en salud.</p> <p>En el nivel distrital entender el proceso de descentralización desde la elección de alcaldes por votación y construcción PDD, como el proceso de descentralización de la SDS, buscando entender los planteamientos de territorios autónomos con determinación desde sus concepciones de construcción social.</p> <p>En el nivel local busca entender cómo se implementan los planes, proyectos y programas los cuales buscan disminuir las enfermedades de interés en salud pública, garantizar la afiliación al SGSSS de la PPNA buscando entender el proceso de construcción territorial desde el estado descentralizado.</p> <p>También se construye la información de cómo se aprueba el presupuesto anual, este como por medio de los partidos de gobierno influyen en relaciones de poder que se plantean desde los PND, recomendaciones de internas y externas del estado para buscar desarrollo social por medio de la inversión de recursos de la PP, según su planteamiento y sus objetivos en su construcción e implementación por medio de la distribución de recursos.</p> <p>Por otra parte, la llegada de dineros al distrito, este como genera recursos por medio de la aprobación de dineros propios y endeudamiento para garantizar los objetivos de las alcaldías; buscando generar desarrollo y justicia social por medio de la redistribución de recursos, en la implementación de la PP por medio de la distribución de presupuesto general a nivel local destinado a la SDS como órgano rector en salud en Bogotá.</p>
CONSTRUCCIÓN CONCEPTUAL	<p>Esta se realizó por medio de la información encontrada del análisis político normativo en el contexto de hacer un marco teórico que permite formular la metodología y la hipótesis en la investigación.</p> <p>Se toman los datos que tienen influencia en la descentralización, distribución y redistribución de dineros del SGP para lograr entender las dinámicas y formulación de la PP.</p> <p>Con estos datos se construye las concepciones del estado colombiano en sus diferentes niveles y como a pesar de que se plantea como un estado descentralizado; este tiene un proceso centralizado que sigue generando lineamientos de nivel central que influyen en el territorio como lo es la Ley 715 de 2001.</p> <p>Por tal razón se necesitó analizar como influyen otras PP, por medio de lineamientos de nivel central como es el plan de salud territorial y PDSP, los cuales influyen en las políticas locales, esto hace que se pierda autonomía a nivel local y de participación de la comunidad en la construcción social según sus necesidades.</p> <p>Con la construcción del marco teórico se genera el marco conceptual que plantea los objetivos de la investigación, su hipótesis y concepto buscando afirmar o contradecirlo encontrado por parte del proceso de APP, por tal razón estos datos que se presentan son el insumo teórico de la investigación y las que producen herramientas al investigador buscando orientar sus planteamientos para realizar una evaluación de política de forma crítica, por medio de la concepción de estado.</p>
ANÁLISIS POLÍTICO	<p>Por medio de los planteamientos encontrados en el proceso de descentralización se realiza la elección del modelo de análisis político en salud.</p> <p>Por tal razón si se evalúa el planteamiento de la ley 715 de 2001 en el periodo de investigación que es de 2004-2015 se encuentra que está ya está en marcha y pueden encontrarse resultados; por tal razón se elige el modelo de Majone Ex Post que permite su evaluación de la PP ya implementada.</p> <p>Por ello desde la construcción conceptual debe tener insumos adecuados que permitan tener un aporte teórico que guíe al investigador de manera acertada en la concepción desde el proceso histórico que llevo a la formulación de la ley 715 de 2001.</p> <p>Con el método de Majone se permite generar un análisis por medio de 4 componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Material, Eficiente, Formal y Final. <p>Los cuales se van entrelazando desde la concepción de la PP, en el proceso de evaluación de esta, por tal razón es indispensable entender el proceso de descentralización y la forma en que se distribuyen y redistribuyen los recursos del SGP, para poder entender la ley 715 de 2001 como una ley de carácter orgánica de tipo vertical.</p> <p>Estos planteamientos antes mencionados permiten entender el proceso de la implementación de la PP en el contexto distrital y local para el desarrollo de los territorios en el contexto histórico y estos planteamientos verticales y sus implicaciones en los planes, proyectos y programas que se generan desde la ley 715 de 2001 según sus lineamientos.</p>

F. Anexo componente eficiente



Fuente: Elaboración Propia

G. Anexo componente formal

COMPONENTE EFICIENTE	COMPONENTE FORMAL	ANÁLISIS POLÍTICO
<p>La información generada del marco eficiente permite tener las herramientas para mostrar los resultados en la investigación y se realiza de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Distribución de recursos. * Redistribución de recursos * Inversión de recursos por periodos de gobiernos. * POA en localidades de estudio. * Afiliación al RS en localidades de estudio. * Mortalidad por IRA en localidades a estudio * Planes, programas y proyectos para disminuir la IRA en localidades de estudio. * Oferta hospitalaria en Bogotá. * Salas ERA. * Programa de APS. * Equidad y justicia en salud. * Justicia y Equidad aplicados por la ley 715 de 2001. <p>Los resultados de la investigación se reúnen en estos puntos que gracias al marco político normativo y documentos técnicos logran generar resultados para interpretar de manera crítica en el APP</p>	<p>El componente formal se produce por medio de la interpretación de información encontrada en el proceso de investigación y esta genera los resultados que son el insumo de la investigación, para lograr entender si la implementación de la ley 715 de 2001, en los puntos mencionados en el componente eficiente tuvieron adecuada respuesta, la hipótesis y objetivos se cumplen dependiendo de lo encontrado y reportado.</p> <p>Distribución y redistribución del SGP: se encuentran diferencias en los reportes distrital y central.</p> <p>La inversión de recursos por periodos de gobierno no permite continuidad de programas y/o limitación de recursos para estos.</p> <p>Los POA a nivel local están limitados por los lineamientos de nivel distrital y central, no se tienen autonomía en el territorio.</p> <p>La afiliación al régimen subsidiado caracterizado por oferta y demanda no cumple con su objetivo y no aumenta la cobertura del RS.</p> <p>La mortalidad por IRA en primera infancia su tasa de mortalidad esta sobre la del distrito y U bajo la tasa del distrito lo cual muestra que a pesar de ser localidades similares no tienen los mismos resultados desde el trabajo de su ESE.</p> <p>Los planes, proyectos y programas que buscan disminuir la morbimortalidad por IRA en primera infancia no tienen continuidad y sus resultados no generan altos impactos.</p> <p>La oferta hospitalaria pediátrica en la ciudad tiene barreras geográficas y de acceso por tipo de aseguramiento lo cual puede hacer que se sigan presentada mortalidad por demoras en la atención y oportunidad de afiliación.</p> <p>Salas ERA desde su implementación en la ciudad ha disminuido la mortalidad por IRA ya que se identifican más fácilmente las situaciones de los casos en primera infancia y se educa a la familia en el modelo AIEPI que permite identificar signos de alarma y con ello mejorar la oportunidad de acceso a la salud, sin embargo, estas no son suficientes en las localidades de estudio y han disminuido la consulta a medida que pasan los años.</p> <p>Programa de APS, permite tener un modelo de salud que tenga acceso la población vulnerable ya que llega a territorios donde la presencia del estado es limitada, sin embargo, esta tiene limitantes por barreras geográficas y que la PPNA en situación de pobreza y pobreza extrema no tenga acceso a estas valoraciones por limitantes de acceso a las comunidades, violencia o barrios ilegales.</p> <p>La equidad y justicia en salud por los planes, programas y proyectos en salud del distrito no han aumentado la justicia en salud y se siguen teniendo brechas de desigualdad social a nivel local.</p> <p>Justicia y equidad en salud generados por la ley 715 de 2001; esta política es tipo vertical que se aplica sin conocer el territorio por eso sus planteamientos no son efectivos para disminuir índices sociales de desigualdad y vulneración a los derechos desde el acceso a la salud y afiliación al RS, continuando que por los determinantes sociales se sigan presentando mortalidad por IRA en primera infancia.</p>	<p>desde el modelo de APP Ex Post propuesto por Majone permite tener una comprensión del fenómeno político estudiado, lo cual genera que en el componente formal se realice un análisis más profundo y critico que contribuirá al componente final.</p> <p>La ley 715 de 2001 tiene un planteamiento vertical lo cual sin dudas se evidencia limitaciones en el proceso de inversión de recursos, ya que se encuentra que se deben seguir sus directrices sin importar si estas tendrán impacto adecuado en el distrito y en la localidad.</p> <p>La descentralización esta propuesta en papel, pero el estado central sigue manejando y generando líneas de acción de nivel transversal que no permite la construcción de territorio desde lo local buscando autonomía y trabajo intersectorial con construcción mediada por la comunidad.</p> <p>La mortalidad en IRA se sigue presentando y pesar que las poblaciones crecen, se evidencia que la consulta y ofertas de camas en pediatría se limitan haciendo que los niños de primera infancia con altas limitaciones económicas se puedan complicar más, por la desigual social que hace que sean más vulnerables en situaciones críticas de salud.</p> <p>Las salas ERA han mostrado resultados efectivos para la atención de población pediátrica, sin embargo, al pasar de los años están han disminuido su atención y hace que en se puedan presentar mayores complicaciones; la no oferta no adecuada educación a las familias en AIEPI, puede generar consulta de casos más graves por desconocimiento de signos y síntomas de alarma en población pediátrica.</p> <p>No se generó justicia en salud en la población ya que sus afiliación no alcanzo universalidad y los indicadores sociales de desarrollo hace que Ciudad Bolívar y Usme en los últimos lugares de Bogotá de ICV, NBI, IDHU, lo cual hace ver que a pesar de que se destinan recursos para mejorar las condiciones de vida, las intervenciones no son efectivas en el trabajo de implementación de planes, programas y proyectos por ser de carácter vertical que no permiten la construcción social de la comunidad buscando mejorar sus necesidades o actividades por parte de los trabajadores de salud, que solo generan reportes de cobertura pero no adherencia a estas.</p>

H. Anexo componente final

TÓPICO	COMPRESIONES DESDE EL ENFOQUE RETORICO ARGUMENTATIVO
DESCENTRALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * La descentralización no genera los impactos vistos desde su planteamiento, la ley 715 de carácter vertical limita la autonomía de los territorios. * El planteamiento de PP con lineamientos de nivel central no genera participación comunitaria, ni concepción de territorios haciendo que estos queden limitados a los planteamientos de nivel central. * La necesidad de aplicar lineamientos que influyen en la PP genera pérdida de autonomía y se ven las relaciones de poder marcadas en el trabajo de implementación de PP. * A nivel distrital a pesar de que se tiene autonomía en la construcción de su PDD, este no es de construcción libre y tiene que entrelazarse con los lineamientos centrales, mediado por relaciones de poder de los partidos políticos. * A nivel local la descentralización queda en el papel y las localidades no pueden construir desde sus necesidades porque tienen que basarse en los lineamientos de gobierno central y medio.
DISTRIBUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * La distribución de recursos no es constante y esta no genera impactos adecuados en las poblaciones; a pesar de que tienen recursos establecidos no se cumplen los lineamientos de PP y esto hace que se necesiten recursos propios para lograr alcanzar metas. * La distribución no aumenta dependiendo de las concepciones de necesidades y comportamientos de crecimiento económico local, lo cual genera que las necesidades propias no sean concebidas por el estado central.
REDISTRIBUCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * La redistribución en el distrito se hace por medio del PDD y el debate en concejo del presupuesto, el cual tiene grandes implicaciones ya que se ven las relaciones de poder, intereses propios y lineamientos de partidos políticos los cuales generan ineffectividad de los objetivos de la PP e influyen directamente en la bolsa de presupuesto anual. * La redistribución del distrito a las localidades; se genera por medio de los órganos rectores que dependen de los lineamientos y planteamientos de construcción política, esto se hace que se tengan o no continuidad en programas, planes y proyectos que buscan disminuir la inequidad y permitan el acceso a la salud visto como eje de la ley 715 de 2001.
AFILIACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> * La afiliación al sistema de salud de PPNA en estados de desigualdad y vulneración de derechos no genera efectividad por la oferta a la demanda, produciendo inequidad por no garantizar por el estado la salud como derecho de todas las personas miembros del estado. * No se logran los lineamientos del SGSSS en el planteamiento de cobertura del 100% y universalización de la salud, por medio formas ineffectivas de captación de la población y educación en derechos por parte profesionales de la salud en construcción de modelos de participación y lucha por condiciones de vida digna desde los territorios marginados de la ciudad. * Se deben garantizar los principios de la salud como derechos y disminuir la tramitología, realizando evaluación de los afiliados al RS, eliminando de este régimen a personas que tienen capacidad de pago. * No determinar PP por los informes del gobierno (DANE) de ingreso económico y dependiendo de una cantidad de dinero no se es pobre en Colombia, lo cual sigue generando brechas de desigualdad y no garantía de derechos de acceso a la atención preventiva e individual generando impactos negativos en el estado salud enfermedad de las poblaciones de un territorio, ya que son sacadas del RS.
MORTALIDAD EN IRA	<ul style="list-style-type: none"> * La mortalidad en IRA en primera infancia en el distrito se logró disminuir, pero es un proceso mancomunado de intervenciones directas e indirectas en salud para garantizar atención oportuna y de calidad. * Sin embargo se evidencia que, desde los determinantes sociales en salud, continúa produciendo impacto en la atención desde las diferencias de recursos de los RS y RC, inmersos en una red de salud, lo cual limita en la población vulnerable oportunidad de atención y factores que pueden generar en mortalidad de primera infancia por IRA. * El desarrollo social y los índices de desigualdad influyen notablemente en que la tasa de mortalidad en CB está tiene la tasa por encima del distrito, lo cual evidencia que las localidades pobres es más probable morir por IRA que en una localidad con mayor desarrollo económico y social, determinando que la inversión de recursos no debe ser lineal, sino esta debe estar enfocada a la construcción desde las necesidades de la población e impactar en estilos de vida, por medio del dialogo y construcción desde lo cultural, social, y sus creencias para tener resultados adecuados. * El profesional en salud se debe convertir en un educador de concepciones de derechos y con ello construir desde las vivencias cotidianas intervenciones para disminuir las condiciones de desigualdad que aumenta la mortalidad en Ira en primera infancia en las localidades de estudio.
PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS EN SP,	<ul style="list-style-type: none"> * Desde la inversión de recursos en planes, programas y proyectos la descentralización no permite una adecuada inversión desde las ESE primer nivel, las cuales son reguladas por la directriz de la SDS; que limita su construcción y recursos dependiendo de los enfoques del gobierno de turno y sus objetivos en salud. * La SP se concibe muchas veces por los actores como actividades preventivas de salud, lo cual desde la concepción de los profesionales está limitada, por no tener una adecuada formación

161 Efectos de los recursos de redistribución de la ley 715, en los sistemas locales de salud de las localidades de Ciudad Bolívar y Usme, 2004-2015

	académica que permita generar participación con la población en búsqueda de derechos y crecimiento en salud por medio de la construcción horizontal de planes, programas y proyectos con comunidades específicas.
RED HOSPITALARIA	<p>* La red hospitalaria de Bogotá a pesar de ser la capital del país, no está desarrollada adecuadamente y se evidencia que su concepción por los tomadores de decisiones ha estado enfocados a ofertar salud a poblaciones que han tenido mejores ingresos económicos y su crecimiento al sur de la ciudad en especial en las localidades de estudio muestra serias desigualdades en su red de salud que hace se perpetúen inequidades.</p> <p>* Se necesita crear un sistema de salud y una red que permita el acceso sin discriminación de población sin capacidad de pago, para garantizar el acceso a la salud como derecho y no vulnerar a la población que no tiene capacidad de pago o sus concepciones sociales generen que se limite el acceso, es necesario que se busquen crear rutas adecuadas de salud que garantice no tener barreras en la salud como derecho individual y colectivo en Colombia.</p>
JUSTICIA EN SALUD, EQUIDAD Y DISMINUCIÓN DE LA DESIGUALDAD SOCIAL	<p>* La ley 715 de 2001 no genera mejora en las condiciones de salud en los tópicos de la investigación, se evidencia que la inversión de recursos es limitada por el nivel central y el distrito no permite desarrollo de la localidad, ni crecimiento en índices de desarrollo social y genere disminución de la vulnerabilidad en la población.</p> <p>* Los planteamientos en salud desde de justicia en salud, no garantizo disminución de las desigualdades de las poblaciones vulnerables, ni evidencia que la inversión de recursos fue efectiva, por la falta de conocimiento del territorio y construcción con las poblaciones genere impactos positivos, lo cual hace que se tengan poca adherencia a programas por no respetar la autonomía de las comunidades desde su concepción del proceso salud-enfermedad.</p> <p>* Las localidades de estudio aumentaron la desigualdad social según los indicadores sociales de desarrollo y esto hace ver que no existe trabajo intersectorial que buscara disminuir las cargas sociales de la población vulnerable, lo cual aumento la inequidad desde el territorio, permitiendo mayores brechas de desigualdad por ingreso y disminución de derechos que no garantiza la PP en su concepción e implementación mejorar la justicia en salud.</p> <p>* La inversión de recursos de manera vertical no genera impacto positivo en el territorio y por esto se siguen teniendo desigualdades en salud pública, porque los profesionales no construyen con los territorios sus estados de salud y con ello contribuir a disminuir la inequidad en salud y fomentar la justicia en salud, buscando garantizar derechos en las poblaciones vulnerables,</p>
EFFECTIVIDAD DE LA LEY 715 DE 2001	<p>* La ley 715 de 2001 es una ley de carácter vertical, que se plantea como salvavidas para el proceso descentralizador del país, sin embargo, su concepción es centralista que no genera participación territorial, sino a los recursos de inversión a sus lineamientos del SGP.</p> <p>* Su distribución y redistribución de recursos depende de relaciones de poder que influyen en la asignación de estos, por tal razón los partidos tradicionales manejan la formulación de PP desde su concepción de estado, vulnerando las necesidades de las poblaciones en territorios específicos.</p> <p>* Al esta entrelazarse en salud con otros lineamientos de nivel central, limitan aún más la autonomía a nivel local implicando que el actor operativo tenga que seguir lineamientos en su implementación sin poder trascender e invertir los recursos según las necesidades propias de su territorio.</p> <p>*La ley 715 se debe replantar, ya que no está siendo efectiva en las intervenciones en salud pública y sus resultados enfermedades de interés en SP con perpetuidad de la incidencia l largo de los años lo cual sigue generando que se pierdan recursos por no efectividad de políticas verticales desde la construcción de territorio.</p> <p>* El estado debe garantizar la autonomía y construcción territorial si quiere disminuir las condiciones de desigualdad social en el país y con ello disminuir vulnerabilidades en salud pensando en justicia social, equidad y desarrollo social.</p> <p>* Por último se debe plantear una concepción de estado descentralizado que permita mejorar las condiciones de salud y desarrollo poblacional y generar PP de tipo horizontal que busque incidir en resultados positivos en el desarrollo de poblaciones con alta carga de desigualdad y vulnerabilidad, con ello mejorar la percepción de gobernanza e intervenciones adecuadas den los territorios mediante el diálogo social, buscando siempre mejores resultados en la inversión de dineros públicos.</p>

Bibliografía

1. Martínez MP. Equidad en salud: Estudio de caso en el Distrito Capital Bogotá [Internet]. [Bogotá D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2006 [cited 2022 Jun 25]. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/2409/596483.2006.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. MOLINA G, SPURGEON P. La descentralización del sector salud en Colombia Una perspectiva desde múltiples ámbitos [Internet]. Gestión Política y Pública volumen XVI número 1. 2007 [cited 2022 Feb 7]. p. 171–202. Available from: http://gestionypoliticapublica.cide.edu/num_anteriores/Vol.XVI_No.I_1ersem/Gloria_Molina_y_Peter_Spurgeon.pdf
3. Bejarano DF. análisis de la política pública en salud para la población en situación de desplazamiento víctima del conflicto armado asentada en Bogotá, DC 2011 – 2015. Un acercamiento desde los discursos del enfoque diferencial [Internet]. [Bogotá D.C.]: Universidad Nacional de Colombia; 2017 [cited 2022 Jun 25]. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/64084/An%C3%A1lisis%20de%20la%20Pol%C3%ADtica%20P%C3%BAblica%20en%20Salud%20para%20la%20poblaci%C3%B3n%20en%20situaci%C3%B3n%20de%20desplazamiento%20v%C3%ADctima%20del%20conflicto%20armado%20asentada%20en%20Bogot%C3%A1.%20Diego%20Bejarano..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Congreso de la República de Colombia. ley 12 de 1986 [Internet]. Bogotá; 1986. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3455>
5. Asamblea Nacional Constituyente. CONSTITUCIÓN POLÍTICA [Internet]. Bogotá; 1991. Available from: <http://www.secretariassenado.gov.co/constitucion-politica>
6. Villamizar J. La influencia de la CEPAL en Colombia 1948-1970 [Internet]. [Bogotá]: Universidad nacional de Colombia; 2012 [cited 2022 Jun 26]. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/10907>

7. Orozco AJ. Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos [Internet]. Cartagena; 2015 May [cited 2022 Jun 25]. Report No.: 220. Available from: https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_220.pdf
8. Estrada J. Orden neoliberal y reformas estructurales en la década de 1990: un balance desde la experiencia colombiana. *Ciencia Política* [Internet]. 2006 [cited 2022 Jun 26];141–78. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/40416>
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 10 de 1990 [Internet]. Bogotá; Jan 10, 1990. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf
10. Guerrero R, Gallego A, Becerril V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública Mexico* [Internet]. 2011 [cited 2022 Jun 26];53(2 de 2011):144–55. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>
11. Escobar F. EDITORIAL FINANCIAMIENTO Y GASTO EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO. *Boletín del Observatorio en Salud* [Internet]. 2009 [cited 2022 Jun 26];2(1). Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/24048/9581-16559-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Orozco A. Un análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos. In: Bonet J, Guzmán K, Hahn L, editors. *La salud en Colombia: una perspectiva regional* [Internet]. 1st ed. Bogotá: Banco de la Republica de Colombia; 2017 [cited 2022 Jun 26]. p. 315–64. Available from: <https://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/9360>
13. Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2001 [Internet]. Bogota ; 2001. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html
14. Fresneda Ó. La Focalización en el Régimen Subsidiado de Salud: Elementos para un Balance. *Rev salud pública*. 2003;5(3):209–45.
15. Pulgarin M. Historia de la Secretaría de Salud de Bogotá [Internet]. 1st ed. Giraldo G, editor. Vol. 1, Historia Institucional Secretaria Distrital de salud 1910-2007. Bogotá: Unidad De Imprenta Distrital; 2007 [cited 2022 Jun 28]. 9–106 p. Available from: https://issuu.com/archivodebogota/docs/hi_secretaria_salud
16. Baron J, Meisel A. La Descentralización y las Disparidades Económicas Regionales en Colombia en la Década de 1990 [Internet]. *La Descentralización y las Disparidades Económicas Regionales en Colombia en la década de 1990*. 2003 [cited 2022 Jun 28]. Available from:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5z5xNWencsIJ:https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/regiones-descentralizacion.ppt+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=co>

17. ministerio de protección social. Prestación de servicios de salud a la población pobre no asegurada y actividades no financiadas con recursos de la UPC-S y Subsidio a la Oferta [Internet]. [cited 2022 Jul 11]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/Sistema-General-de-Participaciones---Prestacion-de-servicios.aspx>
18. Alcaldía Local Usme. Conociendo Mi Localidad [Internet]. [cited 2022 Jun 28]. Available from: <http://www.usme.gov.co/mi-localidad/conociendo-mi-localidad>
19. Secretaria Distrital de Salud. La salud y la calidad de vida en la localidad 5 - Usme [Internet]. Bogotá D.C.; 2009 [cited 2022 Jun 25]. Available from: <https://www.gobiernobogota.gov.co/transparencia/control/informes-gestion-evaluacion-auditoria-sdg>
20. Alcaldía de Ciudad Bolívar. Conociendo Mi Localidad [Internet]. [cited 2022 Jun 28]. Available from: <http://www.ciudadbolivar.gov.co/mi-localidad/conociendo-mi-localidad>
21. Dirección de Promoción y Prevención, Subdirección de Enfermedades Transmisibles, Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia [Internet]. Bogotá; 2014 [cited 2022 Jun 25]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/PREVENCIÓN-MANEJO-CONTROL-IRA-MENORES-5-ANOS-2015.pdf>
22. Bogotá Cómo Vamos. Informe de Calidad de Vida 2015 [Internet]. Bogotá; 2015 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://bogotacomovamos.org/informe-de-calidad-de-vida-2015-documento-completo/>
23. Bogotá Cómo Vamos. Informe de Calidad de Vida 2014 [Internet]. Bogotá; 2014 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://bogotacomovamos.org/informe-de-calidad-de-vida-2014/>
24. Bogotá Cómo Vamos. Informe de Calidad de Vida 2013 [Internet]. Bogotá Cómo Vamos. Bogotá; [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://bogotacomovamos.org/informe-de-calidad-de-vida-2013/>

25. Bogotá Cómo Vamos. Informe de Calidad de Vida en Bogotá 2012 [Internet]. Bogotá; 2012 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://bogotacomovamos.org/informe-de-calidad-de-vida-en-bogota-2012/>
26. Bogotá Como Vamos. Indicadores Iniciales para una Evaluación de la Calidad de Vida en la Ciudad 2011 [Internet]. Bogotá; 2011 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://bogotacomovamos.org/indicadores-iniciales-para-una-evaluacion-de-la-calidad-de-vida-en-la-ciudad-2011/>
27. Secretaria Distrital de Salud. Pirámide poblacional en Bogota | SALUDATA [Internet]. Población Bogotá 2005-2035. [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/demografia/piramidepoblacional/>
28. Bogotá Como Vamos. INFORME DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN BOGOTÁ D.C. 2010 [Internet]. Bogotá; 2010 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <http://s3.documentcloud.org/documents/1308416/evaluacion-de-los-cambios-en-la-calidad-de-vida.pdf>
29. Infecciones respiratorias agudas menor 5 años | SALUDATA [Internet]. SALUDATA, Observatorio de Bogotá, SDS. [cited 2022 Jun 25]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/mortalidad-ira/>
30. Ministerio de la Protección Social. Resolución 425 de 2008 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%200425%20DE%202008.pdf
31. Congreso de la República de Colombia. Ley 152 de 1994 Ley Orgánica del Plan de desarrollo [Internet]. Bogotá; 1994. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=327>
32. Roth A. Políticas Públicas Formulación, implementación y Evaluación. 11th ed. Solano Juan, editor. Vol. 1, Enfoques para el análisis de políticas públicas. Bogotá: Ediciones Aurora; 2015. 11–292 p.
33. Bautista J. Aplicaciones del Modelo del Artesano, de Giandomenico Majone, para el Análisis de Políticas Públicas [Internet]. Primera Edición. Departamento de Comunicación y Publicaciones, editor. Vol. 1. Bogotá: Universidad Central Departamento de Economía; 2012 [cited 2022 Jun 28]. 1–32 p. Available from:

<https://www.ucentral.edu.co/sites/default/files/inline-files/2012-04-memorando-politica-publica-004.pdf>

34. Fundación Nuevo Periodismo Iberoamericano. Información General Sobre Bogotá [Internet]. [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://sites.google.com/a/mediosmilenium.com/evento-google-futuro-del-periodismo-en-internet/informacion-general-sobre-bogota>
35. Secretaria de Gobierno. Plan Ambiental Local 2020 [Internet]. Bogotá; 2020 [cited 2022 Jun 28]. Available from: http://www.ciudadbolivar.gov.co/sites/ciudadbolivar.gov.co/files/archivos-adjuntos/plan_ambiental_local_2020_compressed_1.pdf
36. Hospital Vista Hermosa I Nivel Empresa Social del Estado. Análisis de Situación en Salud Localidad de Ciudad Bolívar 2010 [Internet]. Bogotá D.C.; 2010 Nov [cited 2022 Jun 25]. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20IIH/Diagnostico%20Local%20Ciudad%20Bolivar.pdf>
37. DANE. Evolución de la Población 1985-2005, Bogotá D.C. [Internet]. 2005 [cited 2022 Jun 28]. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/ecvb/1.xls
38. Torres J, López A, Roa A, Fuentes E, Gutiérrez G. Análisis de Condiciones, Calidad Vida, Salud y Enfermedad 2017 [Internet]. Bogotá; 2017 [cited 2022 Jun 28]. Available from: https://www.subredsur.gov.co/sites/default/files/instrumentos_gestion_informacion/An%C3%A1lisis%20de%20condiciones%20de%20calidad%20de%20vida%20y%20enfermedad.%20Ciudad%20Bolivar%202017.pdf
39. Gómez E, Castaño L, Amado S, Rodríguez N, Otálora A, Vargas J, et al. Atlas de Salud Pública [Internet]. Bogotá; 2014 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Documentos%20Vigilancia%20en%20Salud%20Pblica%20Geografica/An%C3%A1lisis%20espacial%20por%20localidad/Atlas%20de%20Salud%20P%C3%BAblica/2014/Atlas%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.%20Localidad%20Usme%202014.pdf>
40. Secretaria de Integración Social. Localidad de Ciudad Bolívar [Internet]. Bogotá; 2017 [cited 2022 Jul 17]. Available from: https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2018documentos/12092018_Ciudad%20Bolivar%20diagn%C3%B3stico%202017%20-%20SDIS.pdf

41. Secretaria de Integración Social. Localidad de Usme [Internet]. Bogotá; 2017 [cited 2022 Jul 17]. Available from:
https://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2018documentos/12092018_Usme%20diagn%C3%B3stico%202017%20-%20SDIS.pdf
42. Roth A. Las políticas públicas y sus principales enfoques analíticos. 2nd ed. Roth Deubel AN, editor. Vol. 1, Enfoques para el análisis de políticas públicas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. 13–372 p.
43. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2004 SGP Bogotá [Internet]. Informe de Distribución de Transferencias. 2004 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
44. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2005 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2005 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
45. Departamento de Planeación Nacional. Informe 2006 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2006 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
46. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2007 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2007 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
47. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2008 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2008 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
48. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2009 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2009 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
49. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2010 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2010 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
50. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2011 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2011 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>

51. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2012 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2012 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
52. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2013 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2013 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
53. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2014 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2014 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
54. Departamento Nacional de Planeación. Informe 2015 SGP Bogotá [Internet]. SICODIS. 2015 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
<https://sicodis.dnp.gov.co/AspxSGP/DistribucionesSGP.aspx>
55. Secretaria Distrital de Hacienda. PRESUPUESTO ANUAL DEL DISTRITO CAPITAL VIGENCIA FISCAL 2004-ANEXO 1 Sistema General de Participaciones [Internet]. Bogotá; 2004 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/sgp_ppto_2004.pdf
56. Secretaria Distrital de Hacienda. Sistema General de Participaciones 2005 [Internet]. Bogotá; 2005 [cited 2022 Jun 28]. Available from:
https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/sgp_ppto2005.pdf
57. Secretaria Distrital de Hacienda. 138-Fondo Financiero Distrital de Salud [Internet]. Bogotá; 2004 [cited 2022 Jun 29]. Available from:
https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/138FFDS_ppto_2004.pdf
58. Secretaria Distrital de Hacienda. 138-Fondo Financiero Distrital 2005 [Internet]. Bogotá; 2005 [cited 2022 Jun 29]. Available from:
https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/138FFDS_ppto2005.pdf
59. Secretaria Distrital de Hacienda. Administración Central Secretaría Distrital de Salud SDS [Internet]. Bogotá; 2006 [cited 2022 Jun 29]. Available from:
https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/114Sec_salud_ppto_2006.pdf
60. Secretaria Distrital de Hacienda. Fondo Financiero Distrital [Internet]. Bogotá; 2006 [cited 2022 Jun 29]. Available from:

https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/138FFDS_ppto2005.pdf

61. Secretaria Distrital de Hacienda. Entidades Sector Salud Presupuesto 2007 Bogotá, Distrito Capital [Internet]. Bogotá; 2007 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/sec_salud_ppto2007.pdf
62. secretaria Distrital de Hacienda. Entidades Sector Salud [Internet]. Bogotá; 2008 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/sector_salud_ppto2008.pdf
63. Secretaria Distrital de Salud. Sector Salud [Internet]. Bogotá; 2009 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/sec_salud_ppto2009.pdf
64. Secretaria Distrital de Salud. Sector Salud [Internet]. Bogotá; 2010 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/sector_salud_ppto2010.pdf
65. Secretaria Distrital de Hacienda. Sector Salud [Internet]. Bogotá; 2011 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/sec_salud_proy2011_0.pdf
66. Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2012 Anexo 2 [Internet]. Bogotá; 2012 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/Anexo%202_1.pdf
67. Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2013 Bogotá, Distrito Capital Anexo 2 [Internet]. Bogotá; 2013 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/ANEXO_2.pdf
68. Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2014 Bogotá, Anexo 2 [Internet]. Bogotá; 2014 [cited 2022 Jun 29]. Available from: https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/Anexo_2.pdf
69. Secretaria Distrital de Hacienda. Presupuesto 2015 Bogotá Anexo 2 [Internet]. Bogotá; 2015 [cited 2022 Jun 29]. Available from:

<https://www.haciendabogota.gov.co/shd/sites/default/files/documentos/Anexo%20%20DEFINITIVO%2010-02-2015.pdf>

70. Concejo de Bogotá. Acuerdo 119 de 2004 Concejo de Bogotá D.C. [Internet]. Bogotá: Plan Distrital de Desarrollo; 2004. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=13607>
71. Concejo de Bogotá. Acuerdo 308 de 2008 Concejo de Bogotá D.C. [Internet]. Bogotá: Plan de Desarrollo Distrital; 2008. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30681>
72. Concejo de Bogotá. Acuerdo 489 de 2012 Concejo de Bogotá D.C. [Internet]. Bogotá: Plan Distrital de Desarrollo; 2012. Available from: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=47766>
73. Secretaría Distrital de Salud, Hospital Usme E.S.E. Diagnóstico local de salud con participación social 2009-2010, localidad de Usme [Internet]. Bogotá D.C.; 2010 [cited 2022 Jun 25]. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Todo%20IIH/DX%20USME.pdf>
74. Bogotá como Vamos. Análisis de la Evolución de la Calidad de Vida en Bogotá 2004-2007 - Bogotá Cómo Vamos [Internet]. Bogotá; 2007 [cited 2022 Jun 28]. Available from: <https://bogotacomovamos.org/analisis-de-la-evolucion-de-la-calidad-de-vida-en-bogota-2004-2007/>
75. Salud Pública - Bogotá Cómo Vamos [Internet]. Salud Pública Bogotá en Cifras. [cited 2022 Jun 25]. Available from: <https://bogotacomovamos.org/datos/salud-publica/>
76. SALUDATA Observatorio de Bogotá. Infecciones respiratorias agudas menor 5 años [Internet]. Bogotá; [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-trasmisibles/mortalidad-ira/>
77. Torrado M, Sepulveda L, Bejarano D. PRIMERA INFANCIA EN BOGOTÁ: Balance de la última década [Internet]. Bogotá Como Vamos. Bogotá; 2019 [cited 2022 Jun 25]. Available from: <https://www.fundacionexito.org/>
78. Rosales M. El Desarrollo Como Problema ¿Igualdad de qué? Aldea Mundo [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 29];22(43):65–75. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/543/54353312007/html/>

79. Registraduría Nacional de Colombia. Cronología del voto en Colombia - Registraduría Nacional del Estado Civil [Internet]. [cited 2022 Jun 26]. Available from: <https://registraduria.gov.co/-Cronologia-del-voto-en-Colombia-.html>
80. Departamento Nacional de Planeación. El Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES [Internet]. El Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES. [cited 2022 Jun 27]. Available from: <https://www.dnp.gov.co/CONPES/Paginas/conpes.aspx>