

**Racionalidad y coherencia del componente de salud del plan de desarrollo distrital de Bogotá 2012-2016 con las condiciones de acceso reportadas por los ciudadanos encuestados en la encuesta multipropósito para Bogotá 2011**

**ANDRÉS RICARDO SÁNCHEZ DE LA ROSA**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL  
BOGOTÁ D.C.  
2014**

**RACIONALIDAD Y COHERENCIA DEL COMPONENTE DE SALUD DEL PLAN  
DE DESARROLLO DISTRITAL DE BOGOTÁ 2012-2016 CON LAS  
CONDICIONES DE ACCESO REPORTADAS POR LOS CIUDADANOS  
ENCUESTADOS EN LA ENCUESTA MULTIPROPÓSITO PARA BOGOTÁ 2011**

**ANDRÉS RICARDO SÁNCHEZ DE LA ROSA**

**Trabajo de grado**

**Asesora**

**SANDRA MILENA AGUDELO LONDOÑO, MSc**

**Profesora Asistente de Posgrados en Administración en Salud y Seguridad  
Social de la Pontificia Universidad Javeriana**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES  
MAESTRÍA EN POLÍTICA SOCIAL  
BOGOTÁ D.C.**

**2014**

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
1.1 SITUACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
2. JUSTIFICACIÓN .....	8
3. OBJETIVOS .....	11
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	11
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4. MARCO DE REFERENCIA .....	12
4.1 MARCO TEÓRICO .....	12
4.1.1 Proceso.....	12
4.1.1.1 Bienestar social y Estado .....	13
4.1.1.2 Políticas públicas y políticas sociales.....	14
4.1.1.3 Políticas en salud .....	16
4.1.1.4 Manifestaciones de las políticas en salud .....	17
4.1.1.4.1 Marco jurídico.....	18
4.1.1.4.2 Plan Distrital de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá Humana .....	24
4.1.2 Medio .....	28
4.1.2.1 Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 (EMB 2011).....	28
4.1.2.1.1 Información general.....	29
4.1.2.1.2 Marco Conceptual .....	31
4.1.2.1.3 Diseño .....	33
4.1.2.1.4 Producción estadística .....	34
4.1.2.1.5 Principales resultados reportados .....	35
4.1.2.2 Evaluación conceptual o de diseño .....	35
4.1.2.2.1 Relevancia y pertinencia .....	36
4.1.2.2.2 Coherencia interna y coherencia externa.....	38
4.1.3 Problemática .....	38
4.1.3.1 Salud y Derecho a la Salud.....	39
4.1.3.2 Equidad en salud y el acceso inequitativo a los servicios de Salud en el Distrito Capital .....	40
5. DISEÑO METODOLÓGICO .....	43
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	43
5.1.1 Componente descriptivo .....	44
5.1.1.1 Diseño, fuente, universo, población, muestra y variables.....	44
5.1.1.2 Operacionalización de variables.....	46
5.1.2 Componente evaluativo .....	49

5.1.2.1 Racionalidad y Coherencia.....	49
5.1.2.2 Técnica de investigación, criterios de evaluación, indicadores y fuentes de información.....	50
5.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO .....	52
5.2.1 HIPÓTESIS NULA.....	52
5.2.2 Hipótesis Alternativa .....	52
5.3 PLAN DE ANÁLISIS.....	52
6. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	54
6.1 COMPONENTE DESCRIPTIVO .....	54
6.2 COMPONENTE EVALUATIVO.....	64
6.2.1 Análisis de racionalidad .....	65
6.2.1.1 Análisis de relevancia.....	65
6.2.1.2 Análisis de pertinencia.....	70
6.2.2 Análisis de coherencia interna .....	73
7. CONCLUSIONES.....	77
8. RECOMENDACIONES .....	80
BIBLIOGRAFÍA.....	81

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables, investigación descriptiva .....	47
Tabla 2. Operacionalización de variables, investigación evaluativa .....	50
Tabla 3. Plan de Análisis .....	52

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución porcentual de la población según la afiliación al SGSSS en Bogotá para el 2011 .....	3
Gráfico 2. Flujo de los elementos de la justificación .....	8
Gráfico 3. Elementos del marco teórico .....	12
Gráfico 4. Línea del tiempo de las manifestaciones de las Políticas Públicas .....	18
Gráfico 5. Esquema de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 .....	29
Gráfico 6. Planteamiento metodológico de la investigación .....	44
Gráfico 7. Distribución de la afiliación al SGSSS en Bogotá 2011 .....	54
Gráfico 8. Distribución de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por régimen, Bogotá D.C, 2011 .....	55
Gráfico 9. Estado de salud general de las personas en Bogotá 2011 .....	56
Gráfico 10. Presencia de algún problema de salud durante los 30 días previos a la realización de la Encuesta, Bogotá 2011 .....	57
Gráfico 11. Acciones para tratar el problema de salud .....	58
Gráfico 12. Acceso a la salud según la acción tomada para enfrentar un problema de salud, Bogotá, 2011 .....	60
Gráfico 13. Acceso por tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá 2011 .....	61
Gráfico 14. Acceso de afiliados por acción, Bogotá 2011 .....	62
Gráfico 15. Problemas para acceder a los servicios de salud, Bogotá 2011 .....	62
Gráfico 16. Tiempo promedio recorrido del hogar a la IPS, Bogotá 2011 .....	63
Gráfico 17. Comparación del árbol de problemas y del árbol de objetivos .....	75

## INTRODUCCIÓN

El Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Humana” 2012-2016 es la hoja de ruta de la actual administración de la ciudad. En ella se establecieron las estrategias con las que el gobierno local busca hacer frente a los principales problemas de la ciudad y que fueron agrupados en tres ejes: la lucha contra la segregación social, espacial y cultural; la protección del medio ambiente y la defensa de lo público. El componente de salud del Plan, fue incluido en el primer eje, mediante el programa “Territorios saludables y red de salud para la vida y la diversidad”.

Por la importancia de esta política pública en el desarrollo de la capital Colombiana, con poco más de 8 millones de habitantes, en esta investigación se hace una evaluación conceptual o de diseño de la misma, usando la metodología propuesta por Osuna et al (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000) con el propósito de examinar la racionalidad y la coherencia con las que se formuló el Plan, considerando en este análisis la relación de los objetivos de la Bogotá Humana con las necesidades de acceso a los servicios de salud reportadas en la Encuesta Multipropósito para Bogotá (EMB) del año 2011. Es oportuno señalar que cuando se creó la EMB y se estableció su periodicidad bianual, uno de los propósitos fue que contribuyera en la formulación de los Planes de Desarrollo de las administraciones entrantes, así como en el seguimiento de su implementación en la mitad del período de gobierno.

Para disminuir al máximo la subjetividad en el análisis del ejercicio se aplicaron con rigurosidad los criterios de evaluación establecidos por los autores de la metodología. Estos criterios se caracterizan por ser claros, precisos y realizables, de manera que puedan ser evaluados en el diseño mismo de la política. Una limitación de esta investigación fue la imposibilidad de complementar la evaluación con la opinión de los expertos en el tema, aplicando la metodología Delphi, dado

que no fue posible contactar satisfactoriamente a los involucrados en el proceso de la política.

La evaluación propuesta no es muy usada en el país a pesar de su notable contribución en el rediseño, reformulación, implementación y realización de las políticas públicas, por lo que este trabajo de grado espera aportar como instrumento en el diseño de la política social en el Distrito y especialmente en un tema esencial para los ciudadanos, como lo es el derecho a la salud.



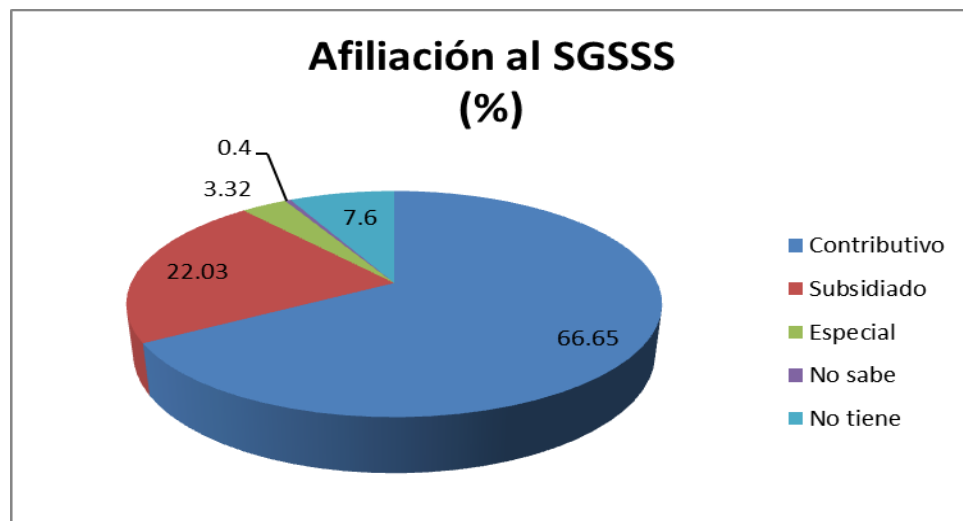
# 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1 SITUACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo con la Primera Encuesta Multipropósito (EMB) para Bogotá 2011 (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Secretaría de Planeación Distrital, 2011), la población de la ciudad era de aproximadamente de 7,5 millones de personas, donde las mujeres representaban el 51,8% de la población y los hombres el 48,2%. En relación con la edad, el 24,3% de la población era menor de 15 años, el 69,2% estaba entre los 15 y los 64 años y el 6,5% era mayor de 65 años.

De acuerdo con la EMB, la distribución porcentual de las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) era la siguiente, el régimen contributivo contaba con un 72,3%, seguido por el régimen subsidiado con un 23,9% y finalmente se encuentran los regímenes especiales con un 3,6%. (Ver Gráfico 1).

**Gráfico 1. Distribución porcentual de la población según la afiliación al SGSSS en Bogotá para el 2011**



Fuente de datos: EMB 2011. Elaboración propia.

La misma encuesta señaló que en materia de salud, el 92% de la población urbana de la ciudad estaba afiliada al SGSSS; el 7,6% no se encontraba afiliado y el 0,4% desconocía si estaba o no afiliado. Es importante señalar que la localidad de Sumapaz, donde habitan gran parte de los habitantes rurales de la ciudad, no fue objeto de la encuesta. En relación con el estrato socioeconómico, se reportó que el estrato cinco era el que mayor reportaba afiliación al Sistema de Salud con un 96,9%, mientras que el grupo con menor porcentaje fue el estrato uno con sólo el 88,4%.

Por localidades, las que presentaban mayores porcentajes de afiliación al régimen contributivo fueron Chapinero con el 88,8% y Teusaquillo con el 88,3%; por su parte, la mayor población afiliada al régimen subsidiado se encontraba en Ciudad Bolívar con el 43,3% y Usme con el 43,9% (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Secretaría de Planeación Distrital, 2011).

Esta información refleja la alta tasa de cobertura de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud para la ciudadanía de la capital del país; sin embargo, el panorama en relación con el acceso a los servicios de salud no es igual de favorable (Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública., 2011).

De acuerdo con la investigación de Martha Lucia Rubio-Mendoza del 2008, sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud y la equidad en el financiamiento de la atención, en la que se hizo una evaluación descriptiva estratificada por sexo, edad y quintil de los ingresos, se encontró que el 9,2% de la población de la ciudad había reportado algún problema de salud en los últimos 30 días; de este conjunto el 73% acudió a los servicios de salud del SGSSS mientras que el restante 27% no lo hizo. Cuando se analizó el acceso a los servicios de salud de

acuerdo con los quintiles de ingreso se encontró que las personas que menos accedieron fueron las de menores ingresos; es así como, en el quintil 1 la proporción de la población que no accedió fue del 39% y en el quintil 2 fue de 31% y el decrecimiento fue constante con el aumento del quintil de ingreso (Rubio-Mendoza, 2008).

En dicho estudio se encontró que las causas principales por las cuáles no se solicitó o no se recibió la atención cuando se reportó un problema de salud fueron: primero, la consideración de que el problema era leve (43,9%), segundo, por la falta de dinero (31,1%) y tercero, el mal servicio o la distancia en tiempo al centro de atención en salud (6,6%). De las personas que señalaron problemas de dinero para no acceder, el 46,8% pertenecían al quintil 1 y sólo el 4,6% pertenecían al quintil 5 (Rubio-Mendoza, 2008).

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Al apropiarse la definición de la palabra *afiliación* (Real Academia Española, 2013) al contexto de la salud, puede afirmarse que ésta es la “inscripción o incorporación de una persona al Sistema de Salud”. En Colombia, de acuerdo con la Ley 100 de 1993, se establece que la seguridad social es un servicio público esencial que garantiza la protección de todas las personas y se determina que la afiliación al sistema de salud es obligatoria, es decir, toda persona que resida en Colombia debe estar incorporada en el sistema.

Por su parte, el término acceso a los servicios de salud puede entenderse como “*el proceso mediante el cual las personas buscan atención y ésta se logra*” (Rodríguez Acosta, 2010). Al hacer esta distinción es claro que el acceso es un concepto más complejo y completo que la afiliación, ya que esta última no es más

que el vínculo formal entre la persona y el Sistema, mientras que la primera es una de las formas en las que se materializa el Derecho a la Salud.

Al conjugar estos conceptos con las cifras señaladas previamente es posible afirmar que en Bogotá a pesar del alto grado de afiliación al SGSSS, el acceso a la salud no es equitativo (Rubio-Mendoza, 2008). En la EMB 2011 se evidenció que las personas más vulnerables, es decir las que menos ingresos poseían, las que más lejos vivían y las más propensas a enfermarse, eran las que más dificultades tenían para acceder a los servicios de salud (Secretaría Distrital de Planeación, 2011). Esta situación puede considerarse regresiva desde la perspectiva de política social, ya que como lo señala Giraldo la política social debe entenderse como la política en la que el Estado es el máximo responsable de la protección social y está obligado a favorecer la provisión de los bienes y servicios que la sociedad requiere para garantizar la armonía social (Giraldo, 2007).

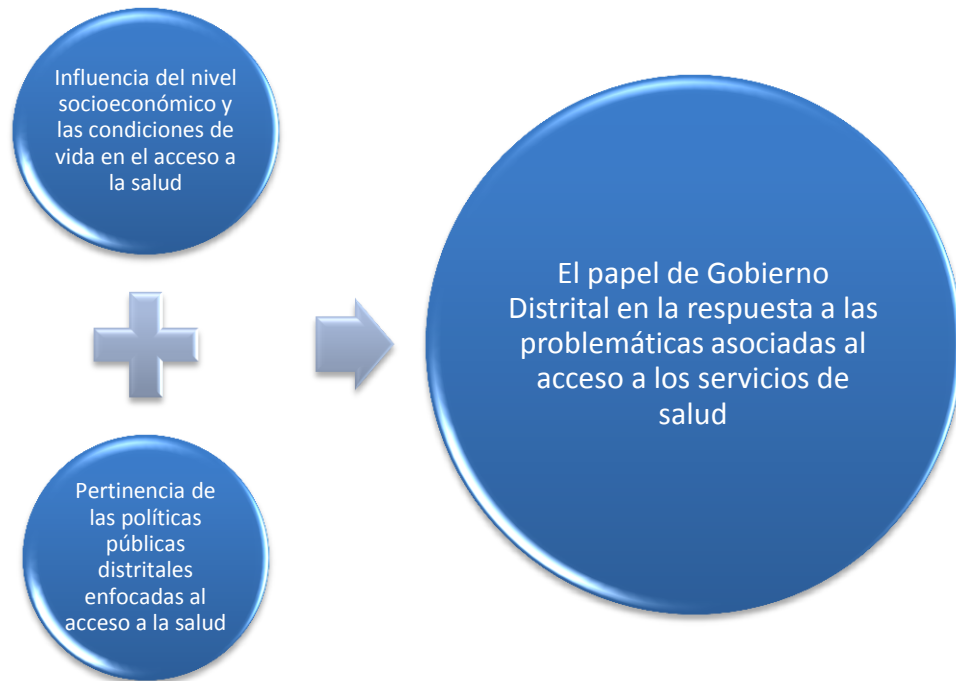
Las barreras para el acceso a los servicios de salud pueden ser en últimas, indicadores de problemas en la formulación, implementación y/o evaluación de las políticas sociales. Este trabajo de investigación busca analizar la pertinencia de las políticas públicas distritales para favorecer el acceso de las personas a los servicios de salud. Para lo cual es pertinente responder las siguientes preguntas orientadoras: ¿Cuáles fueron las condiciones de acceso a los servicios de salud reportadas por la población bogotana en la EMB 2011? ¿Cómo influyó el nivel socioeconómico de la población bogotana, medido por el tipo de afiliación, en el acceso a los servicios de salud durante el 2011? ¿Cuáles son las acciones sanitarias del Plan Programático -Bogotá Humana- que responden a la problemática del acceso en Salud en la ciudad?

Y finalmente, la pregunta principal de este proyecto de investigación es: ¿El componente de salud del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012 -2016, entendido como el marco de acción de la política pública sanitaria distrital,

mantiene relevancia, pertinencia y coherencia con las condiciones de acceso reportadas por los ciudadanos encuestados en la EMB 2011?

## 2. JUSTIFICACIÓN

**Gráfico 2. Flujo de los elementos de la justificación**



Fuente: Elaboración propia

Tal y como lo señala Castellanos (Castellanos, 2011), en un momento, en el que la situación general del sistema de salud colombiano es precaria debido a los problemas estructurales que lo aquejan y que como resultado generó una profunda crisis en el equilibrio social del país; es pertinente analizar la forma en que los gobiernos locales crean condiciones para garantizar, como mínimo, el acceso efectivo de las personas a los servicios de salud. En este caso, el análisis se enfocará en el Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012 -2016, entendida como la guía orientadora de las acciones del actual gobierno de Bogotá.

Es así que las acciones propuestas como: identificar las principales barreras de acceso, asociarlas con el nivel socioeconómico y las condiciones de vida de la población y contrastarlas con las políticas formuladas por el Distrito, permitirá visualizar la pertinencia de la acción pública enfocada a promover el acceso a la salud, esto contribuirá a mantener y a reforzar o a replantear la forma en la que el gobierno de Bogotá interviene en la accesibilidad sanitaria de acuerdo con las políticas sectoriales de carácter nacional y al marco jurídico asociado con la salud. (Ver Gráfico 2).

Como lo señalan Bnerje y Duflo, una adecuada intervención del gobierno debe entenderse como una “ayuda bien dirigida” que va a contribuir a la superación de la pobreza y a la desigualdad (Bnerje & Duflo, 2012), problemas que son críticos para el país, que van en detrimento de la armonía social y que afectan a los miembros más vulnerables de la sociedad.

Un supuesto básico de esta investigación es que el Estado desempeña un papel trascendental en la protección y promoción del Derecho a la Salud (Corte Constitucional de Colombia, 2008), más aún, en un contexto de competencia regulada como el que funciona en Colombia (Londoño & Frenk, 1997).

Desde un análisis de la economía de mercado, el sector salud presenta, entre otras, las siguientes limitaciones (Stiglitz, 2000):

- Fallo de la competencia, que tiene lugar cuando al menos uno de los actores ejerce un poder significativo que influye en el proceso de mercado y esto hace que la economía opere de manera ineficiente.
- Mercados incompletos, que son aquellos que se caracterizan porque los bienes y servicios públicos no son suministrados adecuadamente, es

decir, cuando los mercados privados no producen un determinado bien o servicio o lo producen en cantidades insuficientes.

- Fallos y asimetrías en la información, que se da cuando los diferentes agentes económicos tienen acceso a diferentes niveles de completitud de la información y no tienen intereses en compartirla.
- Ánimo de lucro, porque la búsqueda de la eficiencia puede generar incentivos negativos para incentivar el ofrecimiento de una asistencia de baja calidad.

Ante estos desafíos, se ha propuesto analizar el segmento del acceso a los servicios de salud en Bogotá por varias razones, la primera es que al ser Bogotá la capital del país, cuenta con una gran diversidad social, cultural, política y económica, que refleja en gran medida las realidades y retos que afronta el país, y las políticas públicas que en ella se desarrollen podrán ser replicadas en otras regiones. Segundo, porque al identificar las dificultades que enfrentan las personas para lograr acceder a los servicios y su relación con las condiciones de vida y el nivel socioeconómico de las personas, se pueden hacer aportes significativos en la formulación, implementación o modificación de políticas sectoriales en salud. Tercero, el análisis de las políticas contenidas en el Plan de Desarrollo Distrital contribuirá a la eficacia de las tareas que adelante el gobierno local a favor de un acceso más equitativo a los servicios de salud.

Los resultados y las conclusiones que arroje esta investigación servirán de referente para la implementación de políticas públicas en salud que sean eficaces y que correspondan con las necesidades actuales de la sociedad.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Analizar la relevancia, la pertinencia y la coherencia del componente de salud del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012-2016 con condiciones de acceso a los servicios de salud que reportaron las personas que participaron en la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011, utilizando la metodología de evaluación conceptual o de diseño (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

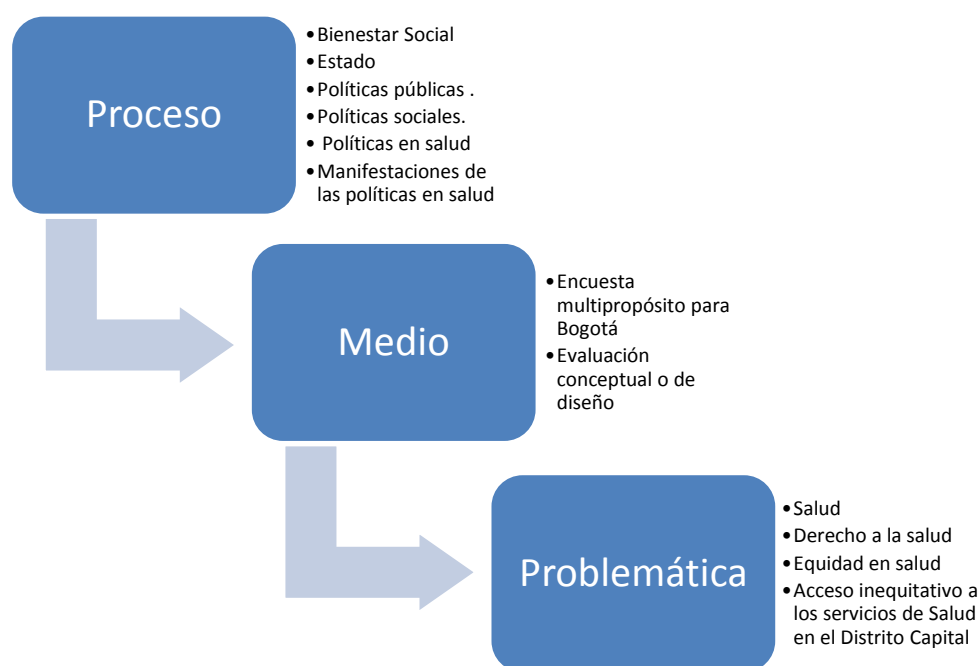
- Caracterizar las condiciones de acceso reportadas por las personas indagadas en la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011, según condiciones socioeconómicas como un *proxy* de las necesidades en salud.
- Identificar los proyectos del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012-2016 que responden a la problemática del acceso en salud en la ciudad.
- Evaluar la racionalidad y la coherencia entre el componente de acceso a la salud en la formulación del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012-2016 y las necesidades relacionadas con el acceso a los servicios de salud en la ciudad reportadas en la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011.

## 4. MARCO DE REFERENCIA

### 4.1 MARCO TEÓRICO

Por la amplitud, la heterogeneidad y la complejidad de los elementos teóricos asociados al problema que se abordó en esta investigación, el marco teórico se dividió en tres grupos temáticos relacionados entre sí: proceso, medio y problemática. Cada grupo se presenta utilizando una metodología deductiva, es decir de lo general a lo particular (Gráfico 3).

**Gráfico 3. Elementos del marco teórico**



Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.1 Proceso

Para poder analizar la relevancia, la pertinencia y la coherencia interna entre el componente de salud del Plan de Desarrollo Distrital y las condiciones de acceso a los servicios de salud que reportaron las personas que participaron en la

Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011, hay que tener claridad en los elementos fundamentales que justifican la intervención del Gobierno Distrital en la sociedad, para ello es importante partir de lo básico y entender qué es el bienestar social, qué papel desempeña el Estado para garantizar dicho bienestar y cuáles herramientas tiene el Estado para alcanzar sus metas y objetivos, que en este caso deben estar orientadas al tema de la Salud en el contexto colombiano.

#### **4.1.1.1 Bienestar social y Estado**

El primer elemento a comprender dentro de este grupo temático es el concepto general del bienestar, ya que sin este último no es posible asimilar con claridad el significado del bienestar social. El bienestar puede entenderse como el conjunto de elementos que son necesarios para vivir bien (Real Academia Española, 2013). También es, tal y como lo señalan Nussbaum y Sen, citados por Actis Di Pasquale, la consecución de las metas personales y la libertad para lograrlas en términos de capacidades, oportunidades y ventajas (Actis Di Pasquale, 2008).

Una vez contextualizado el concepto de bienestar, en general, es posible plantear unas aproximaciones a la definición de bienestar social. De acuerdo con Arrow, el bienestar social es el resultado de la asociación de las alternativas individuales de bienestar a partir de la construcción de escalas de preferencias colectivas (Arrow, 1974). De otro lado, el bienestar social se puede entender también, como el conjunto de sentimientos de satisfacción que tienen las colectividades a partir del desarrollo de las diferentes dimensiones importantes para la existencia humana (Chasco Yrigoyen, Hernández Asencio, & Cano Torres, 2003). Finalmente, otra aproximación a este concepto es la señalada por Musito, y citada por Sánchez et al, que entiende al bienestar social como el estudio y la valoración de las formas de vida de las personas bajo la óptica de las ideas de equidad y de justicia distributiva (Sánchez Ramirez, Esparza, Clark, & López, 2013).

Junto con el bienestar social aparece el concepto del Estado, porque este último debe ser el principal garante y promotor del primero y en esta investigación es oportuno entender esta institución. A continuación se presentan algunas definiciones de Estado que contribuyen a entender mejor el problema a analizar. La primera, es entender al Estado como una colectividad de personas que vive en un territorio, que acepta unas normas y unas autoridades y que tiene como finalidad promover el bien de toda la comunidad (Galvis, 2005). Por su parte, Arboleda señala que el Estado es el agente unificador de la sociedad con la capacidad de usar legítimamente la violencia (Arboleda Vélez, 2008). De otro lado, Roth ha señalado que el Estado es la institución que se encarga de formalizar las reglas de juego en la sociedad (Roth, 2012). Finalmente, para Skinner el concepto del Estado incluye ahora el reconocimiento de una persona a la que se le ha atribuido la voluntad del poder público (Skinner, 2010).

#### **4.1.1.2 Políticas públicas y políticas sociales**

Al entender la relación entre el Estado y el bienestar social, surge un concepto que las articula y es el de la política pública. Las políticas públicas son las acciones del Estado que buscan responder a las situaciones problemáticas de la sociedad (Arboleda Vélez, 2008); otra definición, propuesta por Brooks, la define como el conjunto de ideas y valores a través de las cuáles se toman las decisiones que determinan la acción del gobierno en relación con los problemas sociales (Population and Public Health Branch, 2003). Por su parte, Cochran et al, señalan que las políticas públicas son un curso de acción intencional que sigue una institución gubernamental para poder resolver un asunto de interés público (Cochran, Mayer, Carr, & Cayer, 2009). Finalmente, Roth designa como políticas públicas la existencia de un conjunto de objetivos deseables que por su naturaleza involucran total o parcialmente la acción gubernamental y dichos objetivos buscan cambiar situaciones problemáticas (Roth, 2012).

A partir de las definiciones anteriores se han construido diferentes enfoques de clasificaciones de las políticas públicas, las más comunes son: por propósitos, por tipos y por clase de bienes. La clasificación por tipos, es la orientada a determinar la forma en la que las políticas públicas afectan la actividad política involucrada en su propia construcción, las principales categorías de esta clasificación son distributivas, regulatorias y redistributivas. Por su parte el enfoque de bienes, analiza la forma en la que se proveen y se valoran los bienes, estos pueden ser colectivos, públicos o privados. Finalmente, la clasificación por propósitos, tiene en cuenta los logros que se proponen alcanzar los gobiernos; está compuesta por cuatro grupos: seguridad, ciudadanía, prosperidad y satisfacción de necesidades, en este último grupo se encuentran las políticas sociales (Cochran, Mayer, Carr, & Cayer, 2009).

De acuerdo con las Naciones Unidas, las políticas sociales hacen parte de los diferentes grupos de políticas que componen las políticas públicas y que junto con las económicas, de infraestructura, ambientales, entre otras, buscan responder a los diferentes problemas que aquejan a la sociedad (Escuela Virtual Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2013). De otro lado, Giraldo sostiene que por políticas sociales deben entenderse tanto la provisión de bienes y servicios sociales indispensables para la reproducción de la fuerza de trabajo y para el mantenimiento de la armonía social, como las enfocadas a la regulación de las relaciones sociales (Giraldo, 2007).

Para Teresa Montagut, la política social es aquella política que hace referencia a la acción pública que proporciona la asistencia necesaria para paliar determinados problemas que afectan los derechos sociales (Montagut, 2013). Por su lado, Montoro, la define como el diseño y ejecución de todas las iniciativas que buscan responder a las necesidades básicas de la población, donde el Estado y el sector privado participan activamente (Montoro Romero , 1997). Para las Naciones Unidas, las políticas sociales denotan al conjunto de instrumentos que los

gobiernos usan para regular y complementar las limitaciones de las instituciones del mercado y las estructuras sociales (Organización de las Naciones Unidas ONU, 2007).

Es conveniente considerar que la política social abarca entre otros, los siguientes aspectos sociales de interés general: la protección social (que incluye la salud, las pensiones y las relaciones laborales), la educación, la recreación, la cultura, el deporte, la vivienda y los servicios públicos (Giraldo, 2007). Para las Naciones Unidas, la política social incluye la distribución, la protección y la justicia social, además de la participación activa de los ciudadanos al incorporar sus necesidades y sus opiniones en el núcleo de las políticas públicas (Organización de las Naciones Unidas ONU, 2007).

#### **4.1.1.3 Políticas en salud**

Como se mencionó anteriormente, estas políticas están incluidas en el conjunto de las políticas sociales, por lo tanto se les puede clasificar como una política pública de propósitos, ya que se propone mejorar el bienestar humano (Montagut, 2013).

Las políticas en salud son, según Hernández, el conjunto de acciones del gobierno encaminadas a adaptar, continuar, transformar o generar nuevas realidades en salud, mediante la articulación de los intereses sociales, políticos y económicos de los diferentes actores y organizaciones que interactúan en la sociedad (Hernández F., 2002).

Otra aproximación a este concepto, es entender estas políticas como procesos de construcción colectiva que son legitimados por el Estado, con los que se busca dar respuesta a problemas de salud socialmente reconocidos dentro de un contexto particular (Molina Marín & Cabrera Arana, 2008).

Por su parte, para Navarro, la política en salud es un concepto amplio que abarca la atención médica, el análisis de los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales que explican los niveles de salud y la participación individual y colectiva en la creación de condiciones que garanticen la buena salud de toda la población (Navarro, 2006).

#### **4.1.1.4 Manifestaciones de las políticas en salud**

En la práctica, las políticas en salud tienen múltiples manifestaciones y eso depende de aspectos como el sistema político de cada país y el nivel de gobierno que las formule, las diseñe y/o las implemente.

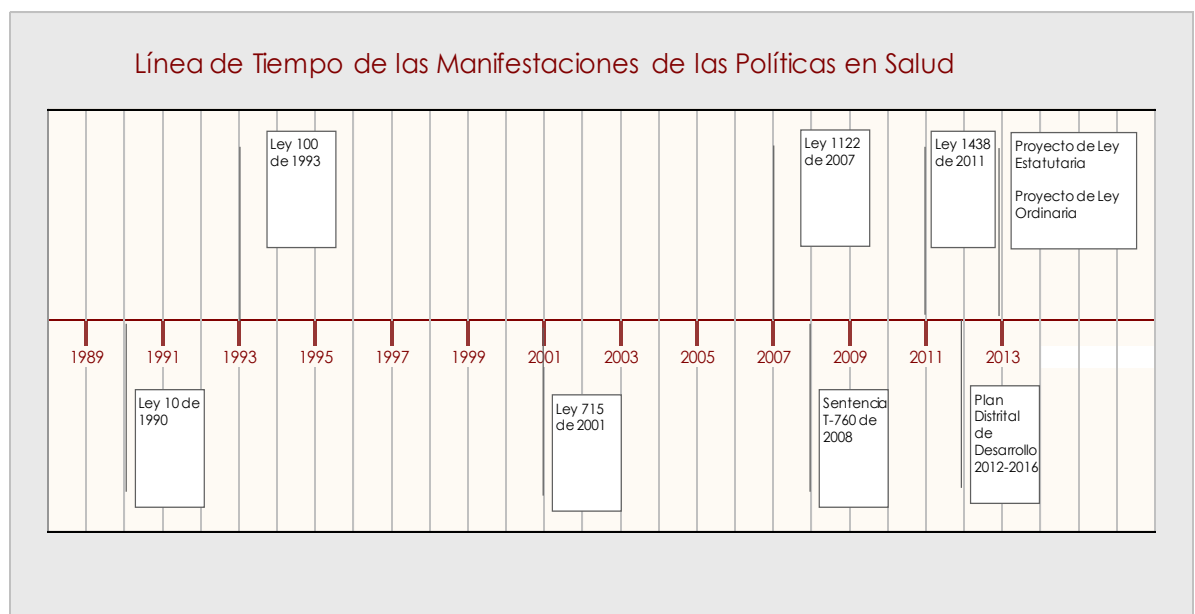
En Colombia, la salud junto con las pensiones y los riesgos laborales conforman el Sistema General de Seguridad Social establecido mediante la Ley 100 de 1993. De acuerdo con esta norma, la seguridad social es un conjunto de instituciones, normas y procedimientos tendientes a garantizar a las personas y a las comunidades el goce de una calidad de vida que sea acorde con la dignidad humana (Congreso de la República de Colombia, 1993). De hecho, la salud ha sido considerada como un derecho fundamental que deber ser garantizado a todas las personas, que comprende entre otros aspectos, el acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios de salud (Corte Constitucional de Colombia, 2008).

Estos principios bajo los cuáles se ha fundamentado la salud en Colombia, le han concedido un papel determinante al Estado en todos sus niveles (nacional, departamental y municipal o distrital), y se han manifestado de diferentes formas, entre ellas, el marco jurídico y los planes de desarrollo territoriales.

Para el contexto de la presente investigación se entenderá como marco jurídico, el conjunto de reglas establecidas por el Estado, que buscan garantizar la armonía

social (Todo el Derecho, 2013). Por su parte, los planes de desarrollo se refieren a los planes de acción de las entidades territoriales (alcaldías y/o gobernaciones) que serán desarrollados durante la vigencia de su administración para alcanzar los resultados de desarrollo propuestos por los mandatarios en sus programas de gobierno (Comités de Seguimiento a la Inversión de Regalías, 2013). (Ver Gráfico 4).

**Gráfico 4. Línea del tiempo de las manifestaciones de las Políticas Públicas**



Fuente: Elaboración propia

#### 4.1.1.4.1 Marco jurídico

De acuerdo con el Ministerio de Salud, en Colombia hay 108 leyes, 630 decretos y cerca de 2000 normas entre resoluciones, sentencias, circulares, conceptos y demás que están asociados con la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). A continuación se hará una breve descripción de las normas más relevantes:



- Ley 10 de 1990 (Congreso de la República de Colombia, 1990): Esta ley, antecedente de la Ley 100 de 1993, reorganizó el Sistema Nacional de Salud y definió la Salud como un servicio público a cargo de la nación, aunque estableció que la administración podría darse en asocio con las entidades territoriales y las personas privadas autorizadas.
  
- Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993): Fue la ley mediante la cual se creó el actual sistema de seguridad social integral. Determinó que la seguridad social es el conjunto de instituciones, normas y acciones que favorecen un adecuado nivel de calidad de vida, en las que el Estado y la sociedad juegan un papel fundamental. Así mismo, esta ley estableció los principios bajo los cuales se debería prestar la seguridad social:
  - Eficiencia: es la mejor utilización de los recursos.
  - Universalidad: es la garantía de la protección de todas las personas.
  - Solidaridad: es la mutua ayuda entre las personas.
  - Integralidad: cobertura de todas las contingencias que afectan la salud.
  - Unidad: es la articulación de las políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones.
  - Participación: intervención de la comunidad en el sistema de salud.

En relación con la seguridad social en salud, esta ley indicó que la salud es un servicio público esencial al que debe acceder toda la población y que está fundamentado en la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libertad de escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad.

Así mismo, esta norma señaló que las principales responsabilidades del Estado en relación con la salud son la dirección, la coordinación, la vigilancia y el control y reafirmó que personas privadas autorizadas, pudieran participar en los niveles de aseguramiento y prestación de los servicios.

Otro elemento importante de esta ley, es la definición de los afiliados al sistema de acuerdo a la capacidad de pago de las personas. Las personas con dicha capacidad son las que conforman el régimen contributivo y las que no la tienen estarán en el régimen subsidiado.

- Ley 715 de 2001 (Congreso de la República de Colombia, 2001): Es una ley que establece normas sobre el manejo de recursos del Sistema General de Participaciones, que es el mecanismo mediante el cual la Nación le transfiere recursos a las entidades territoriales, principalmente para la prestación de servicios de educación y salud.

En relación con la salud, esta norma establece unas competencias tanto para la Nación como para las entidades territoriales. Dentro de las primeras se encuentran, entre otras, la dirección y regulación del sector de la salud, la formulación de las políticas, los planes, los programas y los proyectos de interés nacional, brindar asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios en la implementación de políticas y programas de salud y la promoción de la participación ciudadana en el ejercicio de los deberes y derechos en materia de salud.

Entre las competencias para las entidades territoriales del ámbito departamental se destacan la dirección, la coordinación y la vigilancia de la salud en el territorio de su jurisdicción de acuerdo con las disposiciones de orden nacional y la formulación de planes, programas y proyectos del

sector salud. Mientras que para los distritos y municipios, se encuentran la supervisión del acceso a la salud, la celebración de contratos para el aseguramiento en el Régimen Subsidiado y promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo.

- Ley 1122 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007): Esta es una norma que realiza unas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud orientadas a mejorar la prestación de servicios a los usuarios.

Entre los cambios que promueve esta norma se destacan las modificaciones a los aspectos de dirección y financiamiento del sistema, del aseguramiento del régimen subsidiado, de la regulación en la prestación de servicios y de las actividades de inspección, vigilancia y control. Adicionalmente esta ley estableció límites a la integración vertical patrimonial y a la posición dominante

- Sentencia T-760 de 2008 (Corte Constitucional de Colombia, 2008): Es una providencia de la Corte Constitucional que resolvió veintidós tutelas y que estableció unos lineamientos jurídicos alrededor de la salud. Por su claridad y profundidad se convirtió en un hito de la jurisprudencia.

Entre los aspectos relevantes de esta sentencia se encuentran los siguientes:

- Estableció que la salud es un derecho fundamental, que comprende *“el acceso a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad”*.
- Señaló que cuando están en riesgo la vida, la dignidad y la integridad de la persona, la salud es un derecho tutelable.

- Determinó que este derecho debe ser respetado por las organizaciones encargadas de asegurar y prestar los servicios de salud y debe ser protegido por los órganos de regulación y vigilancia del Sistema de Seguridad Social en Salud.
  - Solicitó que los planes obligatorios de salud de los regímenes subsidiado y contributivo se reformaran, se unificaran y que periódicamente se ajustaran para responder a las necesidades de la población.
- Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011): Con esta norma nuevamente se reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Con ella se buscó el fortalecimiento de la Salud Pública y de la estrategia en Atención Primaria en Salud, mediante la coordinación del Estado, las instituciones y la sociedad con el propósito de mejorar la salud a partir del ofrecimiento de servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos.

Así mismo esta ley señaló unas disposiciones orientadas a establecer, en medio de un marco de sostenibilidad financiera, la unificación y actualización de los Planes de Beneficios, así como la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad. Finalmente, creó las Juntas Técnico-Científicas de pares, destinadas a garantizar el acceso a la provisión de servicios extraordinarios en condiciones particulares.

- Proyecto de Ley Estatutaria Número 209 de 2013 Senado – 267 de 2013 Cámara (Congreso de la República de Colombia, 2013): Esta norma reconoce el Derecho a Salud como un derecho fundamental y se propone regularlo y protegerlo. De acuerdo con este proyecto, la salud es un derecho individual y colectivo que es autónomo e irrenunciable, que está comprendido por el acceso oportuno, eficaz y con calidad a los servicios

que preservan, mejoran y promocionan la salud. Así mismo, se señaló que los siguientes elementos y principios se encuentran incluidos en el Derecho a la Salud: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, universalidad, *pro homine* (adoptar la norma más favorable), equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

Esta norma reitera que el Estado debe ejercer la dirección, la supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. De otro lado, ahora el Estado es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

- Proyecto de Ley Ordinaria de 2013 (Congreso de la República de Colombia, 2013): Mediante este proyecto de Ley se pretende reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para ello se propone entre otras las siguientes acciones:
  - Actualizar los principios bajo los que se rige el sistema
  - Reformular los lineamientos que regulan los beneficios, la operación, gestión y la administración de la prestación de los servicios de salud
  - La unificación del manejo de los recursos a través de una unidad de gestión financiera
  - La creación un plan único de beneficios, que se apoyará también en una sistema de regulación de precios de servicios y de tecnologías
  - La creación de los Gestores de Servicios de Salud, que serán los responsables de operar una red de prestadores de servicios
  - La eliminación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y la creación de un Fondo de Garantías para la Salud

#### **4.1.1.4.2 Plan Distrital de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá Humana**

El Plan Distrital de Desarrollo es la hoja de ruta del gobierno para la presente administración, que inició en enero de 2012 y termina en diciembre de 2015. En esta hoja de ruta se han establecido tres grandes propósitos: reducir la segregación social, enfrentar el cambio climático y defender lo público (Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., 2012).

El objetivo general del Plan Bogotá Humana es el de mejorar el desarrollo humano de la ciudad mediante la aplicación de enfoques diferenciales en todas las políticas que se vayan a realizar en el Distrito. Para alcanzar este objetivo se adoptarán medidas para reducir todas las formas de segregación (social, económica, espacial y cultural) mediante la promoción y la protección de los derechos humanos, el aumento de las capacidades productivas de la población; también se buscará implementar un modelo de ciudad amigable con el medio ambiente que responda a los desafíos del cambio climático; finalmente se fortalecerá lo público mediante el mejoramiento de la Administración Pública y se promoverá el uso transparente y responsable de los recursos que dispone la ciudad (Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., 2012).

Así mismo el Plan incluye una estrategia financiera y un plan de inversiones, así como un programa de ejecución para el presente período de gobierno.

En cuanto a la Salud, el Plan Distrital de Desarrollo 2012 – 2016 Bogotá Humana, contempla lo siguiente (Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., 2012):

- Mejorar las condiciones de acceso de la población a la salud y a la nutrición
- Facilitar el acceso geográfico a la red de salud
- Promover un estilo de vida saludable

- Garantizar una atención integral para la niñez, la mujer, los adultos mayores y las poblaciones vulnerables
- Promover el goce efectivo del derecho a la salud
- Fortalecer la atención primaria en salud mediante la promoción, la detección y la prevención de la enfermedad
- Promover la universalidad, la equidad sanitaria y la salud pública en el Sistema de Salud de la ciudad

Para lograr estos propósitos, la Administración Distrital determinó en el Plan de Desarrollo realizar los siguientes proyectos (Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., 2012):

1. *Salud para el buen vivir*: es la implementación de un modelo de salud humanizado y participativo que busca mejorar la calidad de vida mediante la promoción de la salud y la prevención y detección de la enfermedad.
2. *Acceso universal y efectivo a la salud*: este proyecto busca garantizar el derecho a la salud mediante la reorganización del sector salud y el fortalecimiento de la rectoría territorial del SGSSS.
3. *Redes para la salud y la vida*: consiste en la creación de una red integrada de prestadores públicos y privados de servicios de salud que favorezcan el acceso y la calidad de la prestación.
4. *Hospital San Juan de Dios*: busca reiniciar las operaciones del Hospital San Juan de Dios, para que funcione como un hospital de cuarto nivel de complejidad y como un centro de investigación y docencia.
5. *Modernización e infraestructura en salud*: propende por la actualización de la distribución territorial de la oferta de servicios y la ampliación de los centros que prestan servicios de primero, segundo y tercer nivel de complejidad.

6. *Ampliación y mejoramiento de la atención prehospitalaria*: este proyecto busca ampliar la capacidad para responder a situaciones de emergencia, urgencia y de desastres que se puedan presentar en la ciudad.
7. *Centro Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación para la Vida y la Salud Humana*: es la creación de un centro que provea entre otros los siguientes servicios especializados: células madre, hemocomponentes y tejidos.
8. *Salud en Línea*: Mejorar la disponibilidad y la calidad de la información disponible para la toma de decisiones en relación con la salud en el Distrito Capital.

Entre las metas que la Administración Distrital se ha propuesto alcanzar con estos proyectos se encuentran (Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., 2012):

1. Reducir la tasa de mortalidad infantil a 8 por 1.000 nacidos vivos.
2. Reducir la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años a 1,5 por 100.000.
3. Reducir la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años a 15,7 por 100.000
4. Reducir la prevalencia del bajo peso al nacer al 10%.
5. Reducir la razón de mortalidad materna a 31 por 100.000 nacidos vivos.
6. Reducir la tasa de suicidio a 3.3 por cada 100.000 habitantes.
7. Reducir en un 30% los embarazos en las mujeres entre 15 y 19 años.
8. Disminuir las prevalencias de uso reciente de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas ilícitas en población menor de 25 años.
9. Lograr el 95% de la cobertura en vacunación para cada uno de los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).



10. Aumentar en 50% el número de pruebas de tamizaje para la detección del VIH.
11. Alcanzar una cobertura del 95% en vacunación contra el Virus del Papiloma Humano para niñas menores de 10 años.
12. Favorecer a 800.000 familias con actividades de promoción y prevención en los centros de salud.
13. Cubrir a 1.563.093, niños, niñas y adolescentes del sistema educativo distrital en las acciones de promoción y prevención de la salud y la prevención.
14. Garantizar el acceso a los servicios de salud de los grupos raizales.
15. Afiliación al régimen subsidiado de 387.040 niños, niñas y adolescentes mayores de 5 años y menores de 18.
16. Implementar la estrategia de entornos de trabajo saludable en 50.000 unidades de trabajo en el sector informal de la economía.
17. Garantizar el acceso al Régimen Subsidiado a 1.678.622 habitantes de la ciudad.
18. Conformar hacia 2016 una red integrada de servicios de salud que incluya la red pública y los prestadores privados.
19. Aumentar a 25% los donantes voluntarios habituales de sangre para el 2016.
20. Avanzar en la primera etapa de la puesta en operación del Centro Hospitalario San Juan de Dios.
21. Ejecutar el Plan Maestro de Equipamientos en Salud.
22. Gestionar la construcción de un Hospital Universitario para Bogotá.
23. Poner en marcha 83 Centros de Salud y Desarrollo Humano a 2016.

24. Implantar un Sistema Integrado de Información para la gestión de la salud en los territorios, incorporando las tecnologías de la información y comunicaciones necesarias.

#### **4.1.2 Medio**

El marco de referencia necesario para identificar las condiciones de acceso a los servicios de salud Bogotá en 2011 se obtuvo de la Encuesta Multipropósito para Bogotá del mismo año. Los resultados de esta encuesta permitieron caracterizar las condiciones de acceso según condiciones socioeconómicas y demográficas.

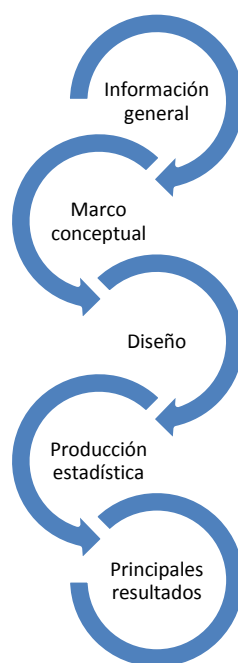
Por su parte el instrumento que permitió examinar la relevancia, pertinencia y coherencia entre la política pública en relación con el acceso a la Salud de la actual Administración Distrital y las necesidades reportadas por las personas fue la evaluación conceptual o de diseño.

##### **4.1.2.1 Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 (EMB 2011)**

La Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011, es un instrumento que permitió obtener la información necesaria para determinar las condiciones de vida y del desarrollo de la población urbana de la ciudad para el año 2011 mediante el análisis de los cambios en los niveles de pobreza y en la capacidad de pago de los hogares. La Encuesta aportó datos importantes sobre la caracterización de los diferentes problemas socioeconómicos, ambientales, culturales y demográficos (Departamento Administrativo Nacional de Estadística ; Secretaria Distrital de Planeación de Bogotá, 2011).

Para facilitar la comprensión de la EMB 2011 se tendrá en cuenta el siguiente esquema:

**Gráfico 5. Esquema de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011**



Fuente: Elaboración propia

#### **4.1.2.1.1 Información general**

La Encuesta Multipropósito para Bogotá surgió como resultado de la necesidad permanente de los Gobiernos Distritales de buscar y analizar información actualizada sobre los problemas de la ciudad que afectan la calidad de vida de sus ciudadanos, para que así las nuevas Administraciones pudieran definir políticas públicas que permitieran una adecuada atención a la población de la ciudad y una distribución eficiente de los recursos disponibles (Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

La Encuesta buscaba ser el punto de encuentro y la continuación de las Encuestas de Calidad de Vida 1991, 1993, 2003 y 2007 y la Encuesta de Capacidad de Pago 2004 para la ciudad y para sus localidades. Para ello unificó los contenidos temáticos haciendo énfasis en la cobertura, calidad y gasto de los

hogares en los servicios públicos domiciliarios, en el mercado laboral y en las condiciones de vida (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ; Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

La idea era adelantar la EMB cada dos años, de manera tal, que coincidiera con la mitad y el final de los períodos de las Administraciones Distritales. En la mitad del período, para realizar un seguimiento permanente a las necesidades de la ciudad y al desarrollo e implementación de las políticas públicas distritales. Al final, para evaluar la efectividad y el impacto de las políticas adoptadas para enfrentar los problemas que fueron priorizados. También se consideró que realizar la evaluación al final del período favorecería la definición de las líneas de base para el plan de desarrollo de la siguiente Administración (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2011).

El objetivo general de la EMB 2011 fue obtener información de carácter estadístico sobre aspectos sociales, económicos y del entorno urbano tanto de los hogares como de los habitantes de Bogotá desagregados por localidades y estratos sociales, que permitiera realizar el seguimiento a las variables necesarias para el diseño y evaluación de las políticas urbanas distritales (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2011). Así mismo, se establecieron como objetivos específicos los siguientes (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2012):

- Generar información para medir la calidad de vida urbana de los habitantes
- Obtener información sobre aspectos que pueden determinar la calidad del entorno del hogar
- Suministrar información sobre el ingreso y la estructura de gasto de los hogares
- Recolectar información estadística para la construcción de indicadores que capturen los problemas urbanos que enfrentan los habitantes de la ciudad

en aspectos como la **salud**, la educación, el empleo, el uso y cobertura de tecnologías de la información, la seguridad, la movilidad, la participación ciudadana, la calidad de vida y el manejo del tiempo

- Caracterizar las tendencias evolucionarias de los fenómenos sociales
- Generar información para la construcción de indicadores sociales y sectoriales, a nivel de localidad y de estrato.

#### **4.1.2.1.2 Marco Conceptual**

El diseño de la Encuesta Multipropósito se fundamentó en los conceptos de bienestar, calidad de vida y capacidad de pago en un contexto de grandes ciudades y aglomeraciones humanas, que se basaron en las perspectivas de diferentes escuelas teóricas (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ; Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

En el transcurso del tiempo, el bienestar ha estado asociado con la riqueza, el progreso tecnológico, la capacidad de producción, entre otros; cada aproximación depende del enfoque teórico bajo el cual se esté estudiado el bienestar. Dos de las perspectivas que se consideran más relevantes son el utilitarismo y la economía del bienestar, en la primera, el bienestar se da por los incrementos en la felicidad que genera el consumo de bienes; en la segunda, es entender el bienestar como el conjunto de capacidades y realizaciones de las que disponen las personas para mejorar su calidad de vida (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ; Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

Para el desarrollo de la EMB 2011, el bienestar se contempló como una variable que surge de la interacción de varios temas asociados a la calidad de vida y a la capacidad de pago, donde los procesos de urbanización y de distribución espacial de la población transforman las relaciones sociales, las condiciones económicas, las circunstancias políticas y la manera como se integra culturalmente la sociedad. Estos procesos también generan nuevos problemas y desafíos sociales, urbanos y

medioambientales, como problemas con la disponibilidad y calidad de las viviendas y los servicios urbanos, la afectación del medio ambiente, el aumento de la inseguridad y por ende de los riesgos de victimización criminal (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ; Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

Los cambios en el bienestar surgen entre otras razones por las transformaciones que genera en la salud el proceso de urbanización, se pueden destacar los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad que se evidencian en un cambio de predominio de la incidencia de las enfermedades que son transmisibles y las que no lo son. Se aumentan los factores de riesgo a la salud por causa de la mayor exposición a la contaminación ambiental y la variación del estilo de vida que es ahora más propensa al sedentarismo, al tabaquismo, al alcoholismo, al aumento de la ingesta de grasa y al bajo consumo de fibra; esto trae como resultado mayores tasas de diabetes, obesidad, cáncer, enfermedades coronarias y enfermedades cardiovasculares. Estas rápidas transformaciones urbanas se han caracterizado por incrementar la informalidad, por generar polarización social y por aumentar la desigualdad social. (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ; Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

El concepto de calidad de vida que mejor se ajustó a los propósitos de la EMB fue el aquel que está enfocado a la consecución de los fines deseables que deben alcanzar los individuos y la sociedad. Esta visión tiene sus bases en los planteamientos del utilitarismo que vinculan al bienestar con el nivel de ingresos y en los planteamientos de la economía del bienestar, principalmente en los postulados de Amartya Sen, sobre el rol de la libertad y de las capacidades de los individuos para obtener logros valiosos que les permitan su realización como seres humanos, esta situación desempeña un papel relevante en la determinación de la calidad de vida (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ; Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

El concepto de capacidad de pago utilizado en la Encuesta está influenciado por tres corrientes teóricas. La primera es la neoclásica, que conceptualiza la capacidad de pago como el poder de compra y como la disponibilidad a pagar para alcanzar determinado nivel de bienestar de acuerdo con una canasta mínima y óptima de bienes y servicios que requieren las personas para vivir bien. La segunda corriente es la teoría post-keynesiana del consumidor, que considera que los hogares ordenan jerárquicamente sus necesidades a partir del principio de subordinación y que para satisfacer dichas necesidades es necesario que los hogares obtengan un ingreso mínimo que le garantice su cubrimiento, es decir, que les permita estar por encima de la línea de pobreza. Finalmente, está la noción de capacidad de pago en el enfoque de capacidades, que es la corriente propuesta por Sen y es la que tiene en cuenta la extensión y la calidad de la canasta básica de bienes y servicios que las personas pueden obtener para maximizar su bienestar de acuerdo con el ingreso disponible, la libertad y las capacidades de agencia del individuo (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ; Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

#### **4.1.2.1.3 Diseño**

La Encuesta Multipropósito para Bogotá fue realizada como un estudio del tipo “Living Standards Measurement Study” (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2012).

Esta fue una encuesta por muestreo estratificado y de conglomerados que fue aplicada en hogares urbanos mediante entrevista e informe directo. El universo de estudio fueron los hogares particulares y la población civil no institucional que en 2011 residían en el sector urbano de la ciudad de Bogotá D.C.; el tamaño de la muestra fue de 1860 segmentos, donde cada segmento correspondía a un conjunto de predios ubicados dentro de la misma manzana o manzanas cercanas y las unidades de análisis fueron los hogares y las personas dentro de una

determinada vivienda. El marco estadístico estuvo conformado por el inventario cartográfico y el listado de viviendas y hogares del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2005 y por el Código Homologado para Información Predial; este marco contaba con 1.307.562 registros de predios urbanos de todos los estratos (del 1 al 6) y con algún uso habitacional, que se encontraban distribuidos en 36.383 manzanas. En total, la Encuesta fue aplicada a 54.614 personas (Departamento Administrativo Nacional de Estadística; Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

Esta encuesta se realizó en las 19 localidades urbanas del Distrito Capital, excluyendo la localidad de Sumapaz y las zonas rurales de Usaquén, Chapinero, Santafé, San Cristóbal, Usme, Suba y Ciudad Bolívar. Tampoco se tuvieron en cuenta las cárceles, los centros de rehabilitación, los orfanatos o albergues infantiles, hogares geriátricos, conventos, seminarios, monasterios, internados de estudio, guarniciones militares y de policía, albergues para desplazados y reinsertados, campamentos de trabajo, unidades económicas ni agropecuarias.

#### **4.1.2.1.4 Producción estadística**

La encuesta fue realizada entre el 7 de febrero de 2011 y el 7 de abril del mismo año. La información estadística que suministraron los informantes directos a los encuestadores fue recogida mediante Dispositivos Móviles de Captura (DMC) por medio de un formulario para recolección de información. Este formulario fue implementado en el aplicativo para la captación de datos SysSurvey, que incorporó las normas de validación y consistencia estipuladas para la EMB (Departamento Administrativo Nacional de Estadística; Secretaría Distrital de Planeación, 2011).



#### **4.1.2.1.5 Principales resultados reportados**

En relación con la estructura de la población, la vivienda y la salud de las personas encuestadas, los principales resultados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 fueron (Departamento Administrativo Nacional de Estadística; Secretaría Distrital de Planeación, 2011):

- Para 2011 la población era de 7.467.804 habitantes y estaba creciendo a una tasa media anual de 1,4%
- La población urbana era de 99,8%
- Las localidades que más estaban creciendo fueron Usme, Bosa, Suba y Fontibón. Mientras que las de menor crecimiento eran Tunjuelito, San Cristóbal, Rafael Uribe Uribe, Puente Aranda y Santa Fe
- Las localidades que tuvieron mayores concentraciones de hogares con cuatro o más miembros fueron Ciudad Bolívar, Usme, San Cristóbal y Bosa. Y las que presentaron mayores proporciones de hogares unipersonales eran Chapinero, La Candelaria y Santa Fe
- Las localidades con mayor porcentaje de hogares con déficit de familia fueron Ciudad Bolívar y Usme
- El 92% de la población estaba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)
- Las localidades con menor afiliación al SGSSS eran Ciudad Bolívar, Los Mártires y Usme. En estas zonas más del 10% de la población no contaba con afiliación

#### **4.1.2.2 Evaluación conceptual o de diseño**

La evaluación conceptual o de diseño de una política pública tiene como su principal objetivo analizar los elementos que motivaron su formulación, así mismo estudia la forma en que las políticas se articulan con el contexto en el que se desarrollan (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).

Este tipo de evaluación de políticas públicas tiene dos grandes componentes:

- La racionalidad: examina las relaciones entre las necesidades y/o problemas detectados en un determinado contexto espacial y los objetivos establecidos para dar solución a dichos problemas y/o necesidades (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).
- La coherencia: evalúa la adecuación de los objetivos de la política pública con la estrategia planteada para lograrlos (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).

En la racionalidad se estudian la relevancia y la pertinencia, la relevancia se refiere a la evaluación de la calidad y veracidad del diagnóstico; la pertinencia evalúa la calidad en la formulación de los objetivos de la política pública. Por su parte, la coherencia está conformada por la coherencia interna y la externa, la coherencia interna evalúa la articulación de los objetivos con los instrumentos de la política pública y su adecuación con las necesidades; mientras que la coherencia externa analiza la compatibilidad de los objetivos y la estrategia con otras políticas (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).

#### **4.1.2.2.1 Relevancia y pertinencia**

La relevancia es el análisis de los factores que justifican el diagnóstico de los problemas o necesidades que busca atender la política pública. Para ello analiza cuatro elementos importantes: los problemas, las causas y efectos, la población objetivo y el contexto socioeconómico (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000). De acuerdo con lo propuesto por Osuna et al, estos elementos se evalúan mediante la revisión de los siguientes criterios:

1. La definición y jerarquización de las necesidades y/o problemas que afectan a la población objetivo
2. El análisis de las condiciones externas del contexto socioeconómico

El primer criterio busca examinar la forma en la que se determinó el tamaño, la distribución y la densidad de los problemas que se consideraron en el diseño de una política pública, también analiza la forma en la que se estableció la población objetivo que la política busca atender. Para ello se evalúa que los problemas que se pretenden resolver sean explícitos, claros, rigurosos, completos y medibles; así mismo que se hayan identificado sus causas y sus efectos. También se examina que la delimitación de la población objetivo sea el resultado de un estudio de necesidades y que se caracterice porque las personas y sectores beneficiarios tengan unas condiciones particulares que justifiquen la implementación y el alcance de las intervenciones derivadas de la política (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).

El segundo criterio inspecciona que en el diseño de la política se hubiesen identificado los elementos externos que afectan su ejecución y sobre los cuáles no se tiene un control directo. Por lo tanto para evaluar la calidad del análisis del contexto se deben considerar la inclusión de estudios de contexto, la definición de las variables externas y la existencia de estudios de proyección (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).

Por su parte, la pertinencia evalúa la calidad de la formulación de los objetivos de una política pública. Una formulación clara y medible de los objetivos aumenta las posibilidades de éxito de una intervención pública, así mismo, permite una mejor evaluación del impacto y los resultados de dicha política (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).

De acuerdo con Osuna et al, en la evaluación de la calidad de los objetivos se pueden aplicar unas reglas prácticas de bastante utilidad:

- Los compromisos adquiridos por el sector público deben estar expresados de una manera medible y observable

- Los objetivos deben responder a un único fin
- Los objetivos deben ser claros y concretos
- Para cada actuación se debe haber definido un único resultado o producto
- Se debe haber previsto un rango de tiempo para la consecución de los objetivos

#### **4.1.2.2.2 Coherencia interna y coherencia externa**

La coherencia interna evalúa la articulación de los objetivos con la estrategia y su adecuación con los problemas. Para eso hace un análisis en dos segmentos, el primero es el de la jerarquía de objetivos y el segundo el de la correspondencia entre problemas y objetivos (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).

El primer segmento evalúa que la formulación de objetivos haya tenido en cuenta una jerarquización de los mismos que le permita la distinción entre los diferentes niveles de la estrategia de intervención, es decir, verifica que no existan conflictos entre los objetivos (Abalos Cerro, 2013).

El segundo segmento examina que exista correspondencia entre los problemas identificados en la población objetivo y los objetivos propuestos en la política pública en los diferentes niveles de intervención que se han contemplado (Abalos Cerro, 2013).

De otro lado la coherencia externa examina la compatibilidad de los objetivos y de la estrategia de una política pública con otros programas y políticas con los que pueda generar sinergias o complementariedad (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).

#### **4.1.3 Problemática**

Este último grupo temático, brinda los elementos principales para entender con claridad el problema que se aborda en esta investigación, la del acceso a los servicios de salud. Este un concepto que se conecta directamente a los de salud, derecho a la salud y la equidad.

#### **4.1.3.1 Salud y Derecho a la Salud**

La salud es un concepto que ha evolucionado a través del tiempo. En 1946 cuando se creó la Organización Mundial de la Salud, ésta la definió como “el estado de completo bienestar, físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolor” (Organización Mundial de la Salud, 1946). En la actualidad, una definición alternativa la entiende como “la capacidad de las personas o de las comunidades para adaptarse, o para autogestionar los desafíos físicos, mentales o sociales que se les presenten en la vida” (Jadad & O'Grady, 2008).

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha señalado que la Salud es “un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Por su parte, el Derecho a la Salud (DAS) es entendido, en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y de la Declaración Universal de Derechos Humanos, como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental que tiene toda persona sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición (Organización de las Naciones Unidas, 1976).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, éste derecho está constituido por cuatro elementos principales que garantizan su cumplimiento (Organización Mundial de la Salud, 2013):

- Disponibilidad: cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención en salud, así como de programas.
- Accesibilidad: los establecimientos, los bienes y los servicios de salud deben ser accesibles a todos, a través del cumplimiento de las cuatro dimensiones siguientes:
  - No discriminación
  - Accesibilidad Física (geográfica)
  - Accesibilidad económica
  - Acceso a la información
- Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios médicos deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
- Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

De acuerdo con el texto conciliado del proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado – 267 de 2013 Cámara, que en la actualidad se encuentra en estudio en la Corte Constitucional, en Colombia, el Derecho a la Salud es un derecho fundamental, que comprende “el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” (Congreso de la República de Colombia, 2013).

#### **4.1.3.2 Equidad en salud y el acceso inequitativo a los servicios de Salud en el Distrito Capital**

La equidad en salud es un elemento esencial para la política social en esta área, porque está asociada con el bienestar y la armonía social. Alrededor de este concepto se han desarrollado diferentes perspectivas. La primera indica que ésta

es la ausencia de diferencias innecesarias, evitables, injustas e inaceptables al interior de la sociedad (Whitehead, 1991). También se ha señalado a este concepto cómo una aproximación a las desigualdades desde una perspectiva de justicia social (Hernández-Alvarez, 2008). Igualmente, la equidad en salud se ha referido a “la ausencia de diferencias sistemáticas entre poblaciones o subgrupos poblacionales definidas socialmente, demográficamente o geográficamente, en uno o más aspectos de la salud” (Starfield, 2001).

Por lo tanto la existencia de la equidad implica que todas las personas deben tener el derecho de lograr a plenitud su potencial en salud, mediante la creación igualitaria de oportunidades que permitan reducir las diferencias en salud al nivel más bajo posible. (Whitehead, 1991).

La equidad en salud es importante porque favorece la atención a las personas más vulnerables, ya que se ha evidenciado que los grupos sociales más desfavorecidos tienen menos posibilidades de supervivencia ante las situaciones problemáticas en Salud, ya que afrontan una carga más pesada de la enfermedad y porque experimentan desde más jóvenes la presencia de enfermedades crónicas y así como de discapacidades (Whitehead, 1991).

Dos de los enfoques más relevantes para estudiar la equidad en salud son el del financiamiento y el de la prestación de servicios en salud. El primero se refiere a la forma en que se financia el gasto en salud mediante los impuestos, los seguros y el gasto de bolsillo y su impacto, regresivo o progresivo, en las personas. El segundo se enfoca en la atención en salud, de acuerdo con la necesidad sin consideración alguna sobre la capacidad de pago. (Castaño, Arbelaez , Giedion, & Molares, 2001).

Para Bogotá se han hecho varios estudios para cada uno de los enfoques mencionados anteriormente. En un estudio sobre la equidad en el acceso a los

servicios de salud y en la financiación publicado en 2008 se encontró que el 18,4% de las personas afiliadas al régimen contributivo y el 26,8% de las afiliadas al subsidiado no pudieron acceder a los servicios de salud principalmente por la falta de dinero (Rubio-Mendoza, 2008).

En otro estudio de 2010 se analizó la inequidad en el acceso a los servicios de salud y entre los hallazgos reportados se encontró que existía una relación directa entre los niveles socioeconómicos y el porcentaje de personas que son atendidas por profesionales de la salud, ya sea por enfermedad o por accidente, ya que los sectores menos favorecidos de la población tuvieron una atención médica en la enfermedad, inferior al 40% de los casos (Fresneda Bautista, 2010).

Finalmente, en un estudio publicado en 2012, nuevamente se evidencia la brecha en el acceso a los servicios de salud en la ciudad, esta vez desde un análisis geográfico. Las personas que habitan las zonas con las posiciones más bajas en la escala social tienen una oferta insuficiente de dichos servicios, mientras que en las zonas con más altas posiciones hay demasiada oferta. Esto se evidencia en la atención en segundo nivel en las localidades con mayor población (Ciudad Bolívar, Engativá, Kennedy y Suba) donde es muy difícil poder acceder a la atención ambulatoria y hospitalaria en las especialidades básicas (Martínez Martín, 2012).



## 5. DISEÑO METODOLÓGICO

### 5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Considerando que el objetivo general de esta investigación fue analizar la relevancia, la pertinencia y la coherencia entre el componente de salud del Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016 y las condiciones de acceso a los servicios de salud que reportaron las personas que participaron en la EMB 2011, ésta investigación tuvo dos grandes componentes metodológicos, el primero orientado a identificar las condiciones de acceso a los servicios de salud y el segundo enfocado a analizar la relevancia, la pertinencia y la coherencia entre los mismos. (Ver Gráfico 6).

Para el primero se utilizó un **tipo de investigación descriptivo**, ya que se buscó identificar las características de los individuos encuestados que accedieron o no a los servicios de salud durante los treinta días previos a la realización de la Encuesta, para ello se realizó un estudio de corte transversal que permitió establecer la frecuencia de reporte de las variables de acceso y sociodemográficas y medir el grado de relación entre las mismas.

Para el segundo componente se implementó un **tipo de investigación evaluativa**, ya que el propósito fue obtener información sistemática y objetiva de la formulación del Plan Distrital de Desarrollo. Para ello se utilizó como herramienta metodológica la evaluación conceptual o de diseño.

**Gráfico 6. Planteamiento metodológico de la investigación**



Fuente: Elaboración propia

### **5.1.1 Componente descriptivo**

El propósito de esta parte de la metodología fue caracterizar las condiciones de acceso a los servicios de salud reportadas por las personas que participaron en la EMB 2011. Para ello se utilizaron los microdatos de la Encuesta que están disponibles en el Catálogo Central de Datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE.

#### **5.1.1.1 Diseño, fuente, universo, población, muestra y variables**

El componente descriptivo de esta investigación se caracteriza por ser un estudio de tipo descriptivo y transversal. Para este, se utilizó como fuente de información secundaria la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Planeación y la Secretaría Distrital de Planeación.

El universo de la EMB estuvo compuesto por los hogares particulares y la población civil no institucional de la ciudad en el año 2011. La población objetivo fueron los hogares particulares y población civil no institucional existente en el año 2011 en la parte urbana de la ciudad, excluyendo entre otras, guarniciones militares, cárceles, conventos, seminarios, hogares geriátricos y campamentos de trabajo. (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ; Secretaría Distrital de Planeación, 2011)

Para la muestra se utilizó un diseño probabilístico, estratificado y de conglomerados. Probabilístico, porque cada unidad tuvo una probabilidad de inclusión conocida y mayor que cero; estratificado, porque el diseño se hizo con respecto al estrato socioeconómico y a la localidad; y de conglomerados, porque se consideraron conjuntos de predios ubicados dentro de la misma manzana o manzanas cercanas y a estos se les asignó la denominación de segmentos; en estos últimos se encuestaron la totalidad de viviendas, hogares y personas que los conformaban. El tamaño de la muestra fue de 1860 segmentos de las 19 localidades urbanas de Bogotá D.C. (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ; Secretaría Distrital de Planeación, 2011).

Esta parte de la investigación usó como guías metodológicas los documentos de Martha Rubio sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud (Rubio-Mendoza, 2008) y el de Aurelio Mejía et al sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud en Antioquía (Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur, & Tamayo-Ramírez , 2007). Para poder caracterizar la parte cuantitativa de esta investigación, se estableció que la variable dependiente fuera el acceso a los servicios de salud, que se utilizó como un *proxy* de las necesidades de las personas en relación con la salud. Por su parte, para poder entender el comportamiento del acceso a los servicios de salud se establecieron como variables independientes la afiliación al sistema de salud, el tipo de afiliación al

SGSSS, el estado de salud reportado, los problemas para poder acceder y el tiempo de desplazamiento entre el hogar y la IPS.

En este contexto, el acceso a los servicios de salud debe entenderse como el conjunto de aspectos que “permiten identificar el estado de afiliación, demanda efectiva de servicios y obstáculos frente a la misma” (Rubio-Mendoza, 2008) y para valorarlo, se consideraron las respuestas de la pregunta No. 23 del capítulo de salud de la EMB, sobre las acciones con las que se respondió a algún problema de salud (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Secretaría Distrital de Planeación, 2011), de las personas que respondieron de manera afirmativa a la pregunta No. 20 del capítulo de salud de la EMB de la Encuesta sobre el padecimiento de problemas de salud en los últimos 30 días. Para este ejercicio no se consideraron eventos que hayan requerido hospitalización.

De otro lado, para identificar las condiciones de acceso se realizaron estimaciones estratificadas para el nivel de estudios, estado de salud reportado, el tipo de afiliación al SGSSS, los problemas de acceso y el tiempo de desplazamiento. Los resultados obtenidos posteriormente fueron sometidos a un análisis de racionalidad y coherencia.

#### **5.1.1.2 Operacionalización de variables**

A continuación se presenta la operacionalización de las variables señaladas anteriormente:

**Tabla 1. Operacionalización de variables, investigación descriptiva**

Nombre de la variable	Nombre Corto	Naturaleza de la variable	Nivel de Medición	Categorías o Códigos que tiene la variable en la base de datos	Ubicación en la EMB 2011
Presencia de algún problema de salud en los últimos 30 días	Problema de salud	Cualitativa	Dicotómica, Nominal	1. Si 2. No	Capítulo F. Pregunta 20
Acceso a los servicios de salud para tratar el problema de salud	Acceso a los servicios de salud	Cualitativa	Dicotómica, Nominal	<p><b>Si:</b></p> <p>1. Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS o EPSS (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>2. Utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina prepagada o plan complementario de salud (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>3. Utilizó servicios médicos particulares (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).</p> <p>4. Acudió a una ESE – Empresa Social del Estado– (Hospital o Centro de salud).</p> <p><b>No:</b></p> <p>5. Acudió a un boticario, farmaceuta o droguista.</p> <p>6. Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona.</p> <p>7. Asistió a terapias alternativas practicadas Pase a 26 por personal no</p>	Capítulo F. Pregunta 23

Nombre de la variable	Nombre Corto	Naturaleza de la variable	Nivel de Medición	Categorías o Códigos que tiene la variable en la base de datos	Ubicación en la EMB 2011
				profesional acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.). 8. Usó remedios caseros. 9. Se autorrecetó. 10. Nada.	
Afiliación al SGSSS	Afiliación SGSSS	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No 9. No sabe, no responde	Capítulo F. Pregunta 1
Régimen de seguridad social en salud al que se está afiliado	Tipo Afiliación SGSSS	Cualitativa	Ordinal	1. Contributivo 2. Especial o de excepción 3. Subsidiado 9. No sabe, no responde	Capítulo F. Pregunta 2
Problemas para acceder al servicio de salud	Problemas para acceder	Cualitativa	Nominal	1. a Estar atrasado en los pagos 2. b Doble afiliación 3. c El convenio con la IPS no estaba vigente. 4. d No tenía carné. 5. e Tenía multas pendientes por pagar 6. f Lo remitieron a una IPS que no le correspondía 7. g No estaba registrado como afiliado o beneficiario 8. h No había citas disponibles cuando solicitó el servicio 9. i No pudo pedir cita porque los trámites para hacerlo eran muy demorados o difíciles 10. j No encontró citas que se ajustaran a sus necesidades	Capítulo F. Pregunta 10

Nombre de la variable	Nombre Corto	Naturaleza de la variable	Nivel de Medición	Categorías o Códigos que tiene la variable en la base de datos	Ubicación en la EMB 2011
				11. k Otro	
Tiempo de desplazamiento entre el hogar y la IPS	Tiempo de desplazamiento	Cuantitativa	Razón	Abierto	Capítulo F. Pregunta 11
Estado de salud en el que se encuentra	Estado de salud	Cualitativa	Ordinal	1. Muy bueno 2. Bueno 3. Regular 4. Malo	Capítulo F. Pregunta 15

Fuente: Elaboración propia

### 5.1.2 Componente evaluativo

A través de éste, se evaluó la relevancia, la pertinencia y la coherencia interna entre el componente de salud del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012-2016 y las condiciones de acceso reportadas por los ciudadanos encuestados en la EMB 2011. Para ello, se utilizaron como referencia metodológica, el capítulo sobre evaluación conceptual o de diseño del documento para evaluación de políticas públicas de Osuna et al (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000) y el documento de Martina Abalos sobre la evaluación de un plan del Ministerio de Salud en Argentina (Abalos Cerro, 2013). Esta evaluación tiene un enfoque analítico y descriptivo de la justificación y de la estrategia de la intervención pública distrital en el acceso a los servicios de salud. (Ver Tabla 2).

#### 5.1.2.1 Racionalidad y Coherencia

Este tipo de evaluación se utilizó para examinar las relaciones entre las necesidades de la población con los objetivos de las políticas que buscan atender dichas necesidades (Osuna, Márquez, Cirera, & Vélez, 2000).

### 5.1.2.2 Técnica de investigación, criterios de evaluación, indicadores y fuentes de información

En este proyecto la técnica de investigación utilizada para evaluar la racionalidad y la coherencia ha sido el análisis documental. Esta técnica se utilizó para examinar los siguientes componentes en el Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana.

**Tabla 2. Operacionalización de variables, investigación evaluativa**

Criterio de Evaluación	Preguntas de Evaluación	Indicadores	Método de medición del indicador	Fuentes de información del indicador
Racionalidad - Relevancia	<p>¿Los problemas y/o necesidades están bien identificados? ¿Son explícitos, claros, rigurosos, completos y medibles?</p> <p>¿Qué agentes sociales participaron en la identificación de las necesidades?</p> <p>¿Es clara la relación de las causas y consecuencias de los problemas y/o necesidades a atender?</p> <p>¿Hay estudios sobre las necesidades de la población?</p> <p>¿Las personas que se beneficiaran de las políticas fueron adecuadamente identificadas?</p> <p>¿Hay inclusión de los segmentos minoritarios y/o vulnerables de la población? ¿Tendrán tratamiento diferencial?</p>	<p>Grado de claridad y exhaustividad del problema.</p> <p>Grado de correspondencia entre el problema identificado y sus causas.</p> <p>Tipología de los estudios realizados.</p> <p>Tipología de los agentes participantes.</p>	Análisis cualitativo	Análisis documental de la EMB 2011 y el Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana 2012 - 2016



<b>Criterio de Evaluación</b>	<b>Preguntas de Evaluación</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Método de medición del indicador</b>	<b>Fuentes de información del indicador</b>
	<p>¿Se identifica el alcance físico y geográfico de la política?</p> <p>¿Se identifican posibles barreras de acceso a los programas que se implementen en desarrollo de la política pública?</p>			
Racionalidad - Pertinencia	<p>¿Los objetivos propuestos relacionados con el acceso a los servicios de Salud en el Plan Distrital son claros, concretos, medibles y observables?</p> <p>¿Los objetivos propuestos tienen un único fin?</p> <p>¿Se establecieron rangos de fechas para la consecución de los objetivos propuestos?</p>	<p>Grado de claridad de los objetivos propuestos.</p> <p>Mesurabilidad de los objetivos propuestos.</p> <p>Cosecución de los objetivos propuestos.</p>	Análisis cualitativo	Análisis documental de la EMB 2011 y el Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana 2012 - 2017
Coherencia interna	<p>¿Los objetivos del Plan de Desarrollo están adecuadamente jerarquizados?</p> <p>¿Existe coherencia entre los objetivos del Plan de Desarrollo?</p> <p>¿Los objetivos del Plan responden a las necesidades identificadas en relación a la salud en la población objetivo?</p>	<p>Nivel de correspondencia de los problemas con los objetivos</p> <p>Nivel de correspondencia de la jerarquía de objetivos</p>	Análisis cualitativo	Análisis documental del Plan Distrital de Desarrollo Bogotá Humana 2012 - 2018

Fuente: Elaboración propia

## **5.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

### **5.2.1 Hipótesis Nula**

El componente de salud del Plan de Desarrollo Distrital es independiente de las condiciones de acceso a los servicios de salud reportadas en la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011.

### **5.2.2 Hipótesis Alternativa**

El componente de salud del Plan de Desarrollo Distrital está relacionado con las condiciones de acceso a los servicios de salud reportadas en la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011.

## **5.3 PLAN DE ANÁLISIS**

La especificación de los procedimientos para el procesamiento y análisis de los resultados de la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 para determinar las condiciones de acceso que fueron reportadas por las personas encuestadas, así como los procedimientos para realizar la evaluación de relevancia, pertinencia y coherencia interna del Plan de Desarrollo Distrital se presentan a continuación:

**Tabla 3. Plan de Análisis**

<b>Objetivo</b>	<b>Variables</b>	<b>Procesamientos</b>	<b>Productos</b>
-----------------	------------------	-----------------------	------------------

Objetivo	Variables	Procesamientos	Productos
<p>1. Caracterizar las condiciones de acceso reportadas por las personas indagadas en la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011, según condiciones socioeconómicas y demográficas como un proxy de las necesidades en salud.</p>	<p>Problema de Salud</p> <p>Acceso a los servicios de salud</p> <p>Tiempo de desplazamiento</p> <p>Afiliación al SGSSS</p> <p>Tipo de afiliación</p> <p>Problemas para el acceso</p> <p>Estado de salud</p>	<p>Análisis univariado:</p> <p>- Medidas de frecuencia: Problema de salud, problemas de acceso, afiliación al SGSSS, tipo de afiliación, tiempo de desplazamiento y estado de salud.</p> <p>-Medidas de resumen: Tiempo</p>	<p>Tablas y gráficos de distribución porcentual de la población de acuerdo a nivel educativo, tipo de afiliación, estrato socioeconómico y estado de salud reportado.</p>
<p>6. Identificar los proyectos del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012-2016 que responden a la problemática del acceso en salud en la ciudad</p>	<p>Proyectos del Plan de Desarrollo Distrital que favorezcan el acceso a los servicios de salud</p>	<p>Análisis documental</p>	<p>Tabla de proyectos del Plan de Desarrollo Distrital</p>
<p>3. Evaluar la racionalidad y la coherencia entre el componente de acceso a la salud en la formulación del Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012-2016 y las necesidades relacionadas con el acceso a los servicios de salud en la ciudad reportadas en la Encuesta Multipropósito de Bogotá 2011.</p>	<p>Relevancia</p> <p>Pertinencia</p>	<p>Análisis documental</p>	<p>Evaluación de racionalidad</p>

Fuente: Elaboración propia

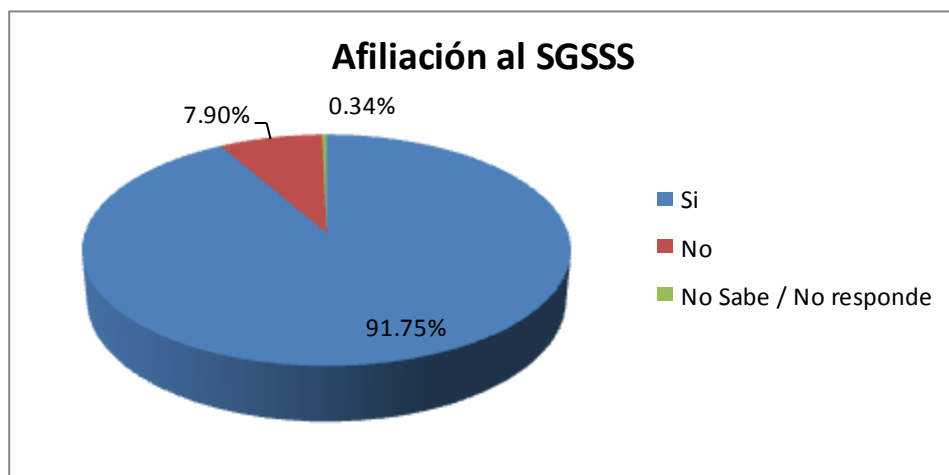
## 6. TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

### 6.1 COMPONENTE DESCRIPTIVO

En esta sección se realizó una caracterización de las condiciones de acceso reportadas por las personas entrevistadas en la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011, según condiciones socioeconómicas y demográficas como un *proxy* de las necesidades en términos de acceso a la salud.

Dentro de los aspectos generales en relación con la salud, se encontró que en la ciudad de Bogotá la tasa de afiliación al Sistema General de salud, ya sea como cotizante o como beneficiario, fue de 91,75%, este valor es ligeramente superior a la tasa de afiliación a nivel nacional que para 2011 fue de 90,1% (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2011). En el caso del porcentaje de personas que no están afiliadas al Sistema se evidenció que en Bogotá esa cifra es del 7,9%, frente al 9,7% del país (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2011) (Ver Gráfico 7).

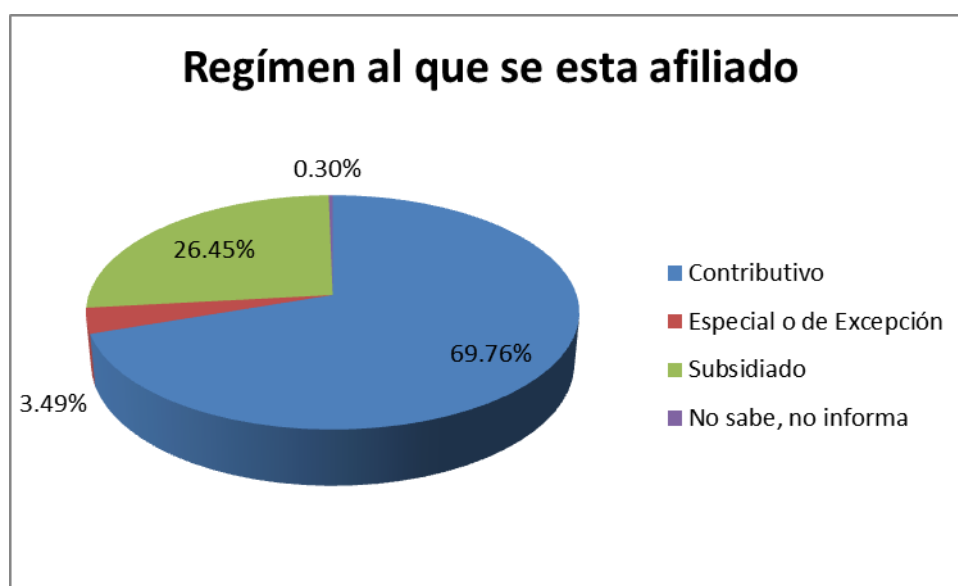
**Gráfico 7. Distribución de la afiliación al SGSSS en Bogotá 2011**



Fuente de los datos: EMB. Elaboración propia

Al analizar la composición por regímenes de las personas afiliadas, se encontró que en Bogotá la afiliación al régimen contributivo para el año 2011 fue del 69,76%, superior al 50,1% del nivel nacional (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2011). En la ciudad, la afiliación al régimen subsidiado fue de 26,45% frente al 49,7% del nivel nacional (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, 2011); finalmente, para ese periodo el porcentaje de personas afiliadas a los regímenes especiales o de excepción en la ciudad fue del 3,49% (Ver Gráfico 8)

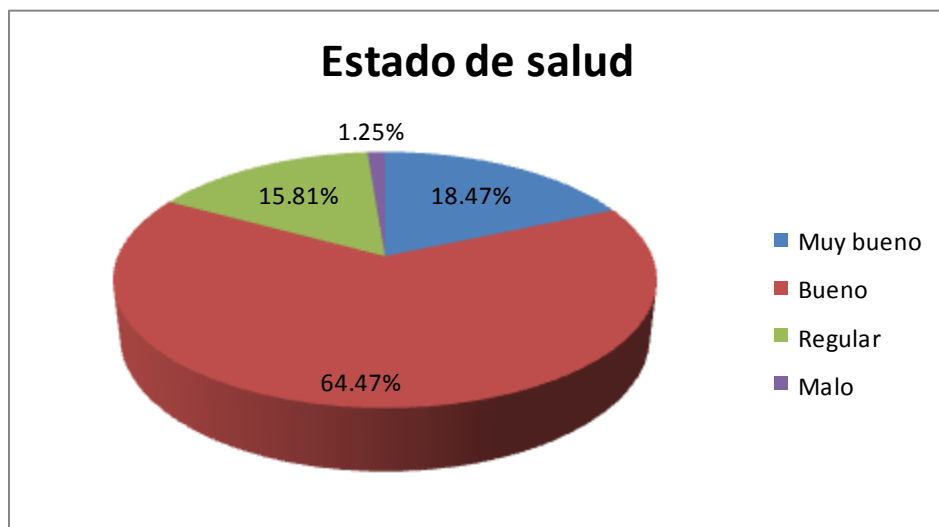
**Gráfico 8. Distribución de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por régimen, Bogotá D.C, 2011**



Fuente de los datos: EMB. Elaboración propia

Al analizar la percepción de las personas encuestadas sobre su estado de salud; en general, los resultados fueron positivos, el 82,93% señaló que tenía un buen o un muy buen estado de la salud frente al 1,25% que reportó un mal estado. (Ver Gráfico 9).

**Gráfico 9. Estado de salud general de las personas en Bogotá 2011**



Fuente de los datos: EMB. Elaboración propia

Los resultados sobre el estado de salud reportados parecen ser corroborados por las respuestas a la pregunta sobre la presencia de problemas de salud durante los últimos 30 días, en esta última, el 85,32% de las personas manifestaron no haber tenido problemas de salud frente al 14,86% que manifestó que sí. (Ver Gráfico 10).

**Gráfico 10. Presencia de algún problema de salud durante los 30 días previos a la realización de la Encuesta, Bogotá 2011**

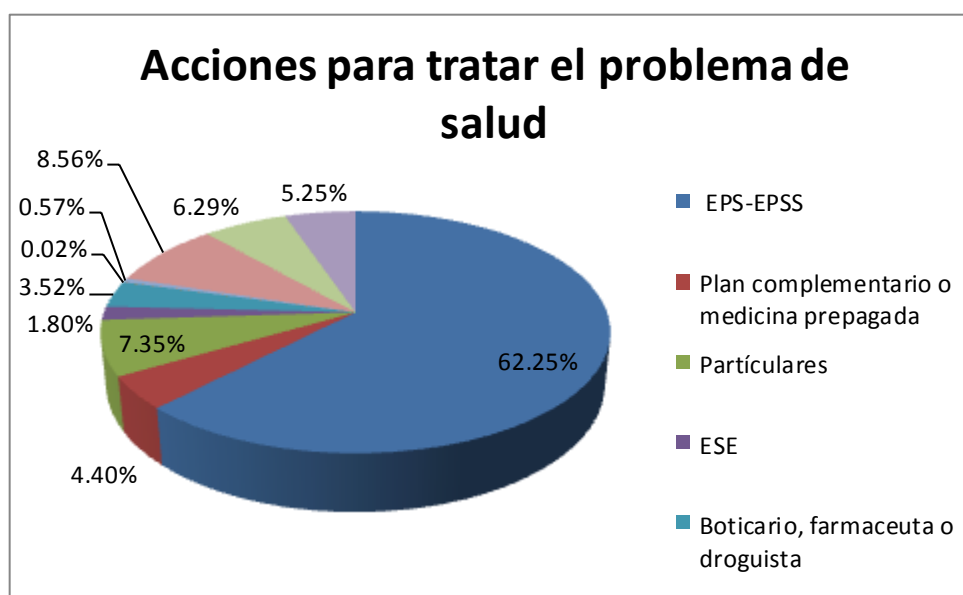


Fuente de los datos: EMB. Elaboración propia

La información sobre las personas que padecieron algún problema de salud durante los 30 días previos a la realización de la Encuesta da cuenta sobre la morbilidad sentida. Este concepto hace referencia a “una categoría de la morbilidad real de la población definida desde lo subjetivo” (Agudelo Londoño, 2009). Es importante señalar que la morbilidad es el número de personas de una población que se enferman en un período dado (Fundación del Español Urgente, 2007).

A partir de este momento la información que se presenta en el resto de la presente sección tuvo como tamaño de la muestra, la población de la morbilidad sentida, que para la EMB 2011 fue de 8.018 personas.

**Gráfico 11. Acciones para tratar el problema de salud**



Fuente de los datos: EMB. Elaboración propia

De lo anterior se puede concluir que el 62,25% de la población que padeció un problema de salud durante los 30 días previos, utilizó los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS o EPSS, una cifra elevada si se tiene en cuenta que el 91,75% de las personas afirmó estar afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir, casi cerca del 30% de las personas afiliadas y que tuvieron un problema de salud optaron por una alternativa diferente aún teniendo el derecho a ser atendido a través del SGSSS.(Ver Gráfico 11).

La información sobre las acciones que realizaron las personas cuando presentaron un problema de salud permitieron inferir si hubo o no acceso a los servicios de salud. Se afirma que las personas que accedieron optaron por alguna de las siguientes alternativas:

- Utilizaron los servicios a los cuales tiene derecho por su EPS o EPSS (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).



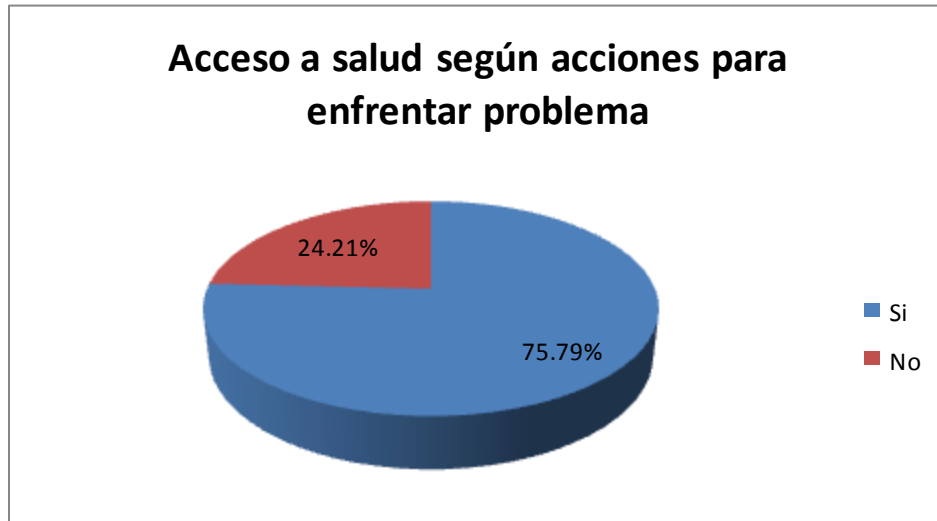
- Utilizaron los servicios a los cuales tiene derecho por su afiliación a medicina prepagada o plan complementario de salud (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).
- Utilizaron servicios médicos particulares (médico general, especialista, odontólogo, terapeuta, enfermera).
- Acudieron a una ESE –Empresa Social del Estado– (Hospital o Centro de salud).

No accedieron quienes se inclinaron por una de las siguientes opciones:

- Acudieron a un boticario, farmaceuta o droguista.
- Consultaron a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona.
- Asistieron a terapias alternativas practicadas por personal no profesional (acupuntura, esencias florales, musicoterapia, etc.).
- Usaron remedios caseros.
- Se autorrecetaron.
- No hicieron nada.

Agrupando las respuestas en los dos grupos, se obtuvo que el 75,79% de la población que tuvo problemas de salud, accedió a los servicios de salud, mientras que el 24,21% no lo hizo. (Ver Gráfico 12).

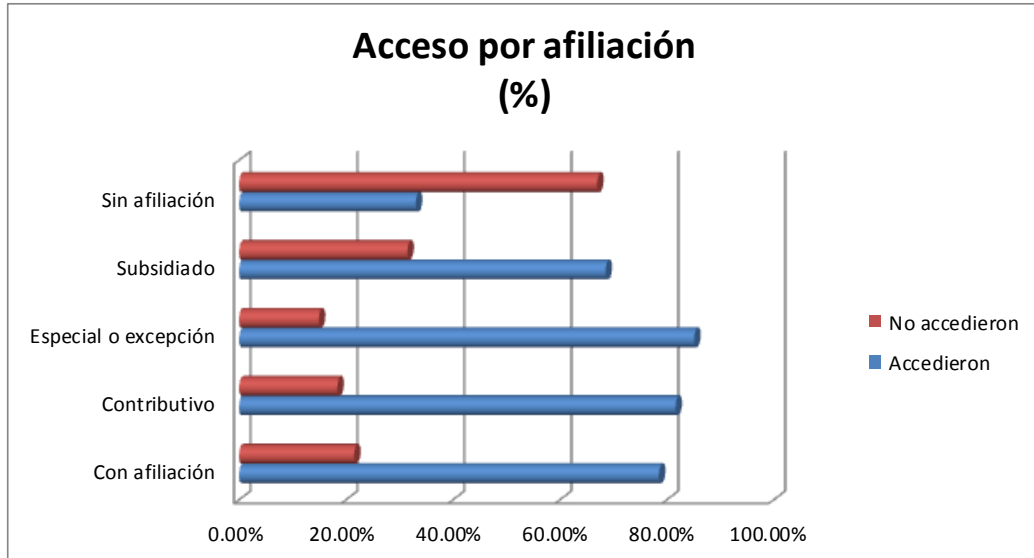
**Gráfico 12. Acceso a la salud según la acción tomada para enfrentar un problema de salud, Bogotá, 2011**



Fuente de los datos: EMB. Elaboración propia

Al analizar este acceso por régimen de afiliación, se encontró que las personas con mayores posibilidades de estar en condiciones con mayor vulnerabilidad son las que más dificultades tienen para acceder a los servicios de salud como es el caso de las personas afiliadas al régimen subsidiado y las personas sin afiliación. Para las personas afiliadas al régimen subsidiado, no accedieron el 31,46% y para las personas no afiliadas no lo hicieron el 66,95%, esta última cifra es elevada y pone en evidencia la crítica situación que viven las personas que están por fuera del sistema. La población afiliada al régimen contributivo con un acceso del 81,63%, y los regímenes especiales y de excepción con el 85,11% son la cara opuesta en esta situación. (Ver Gráfico 13).

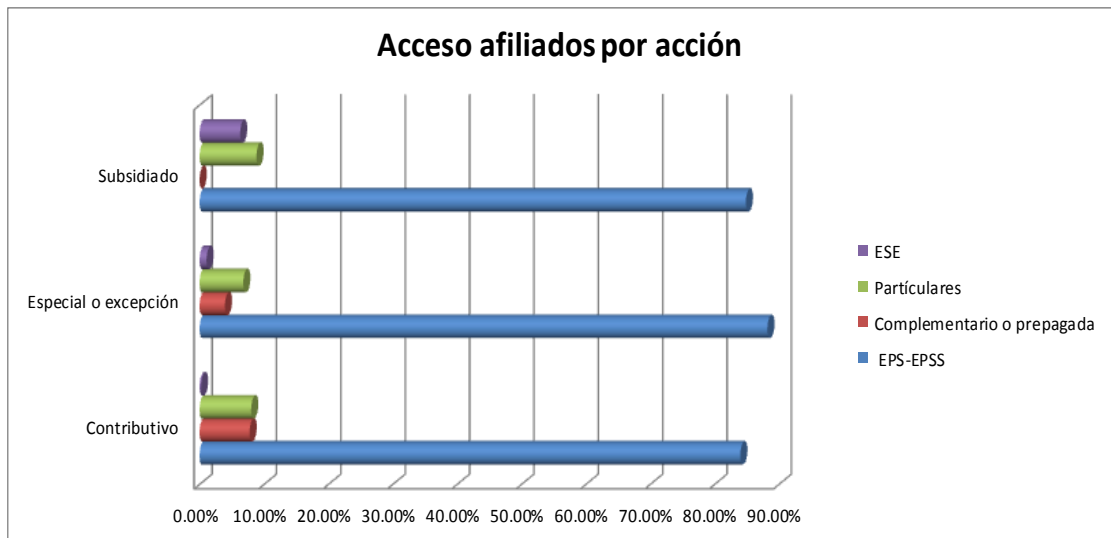
**Gráfico 13. Acceso por tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Bogotá 2011**



Fuente: EMB. Elaboración propia

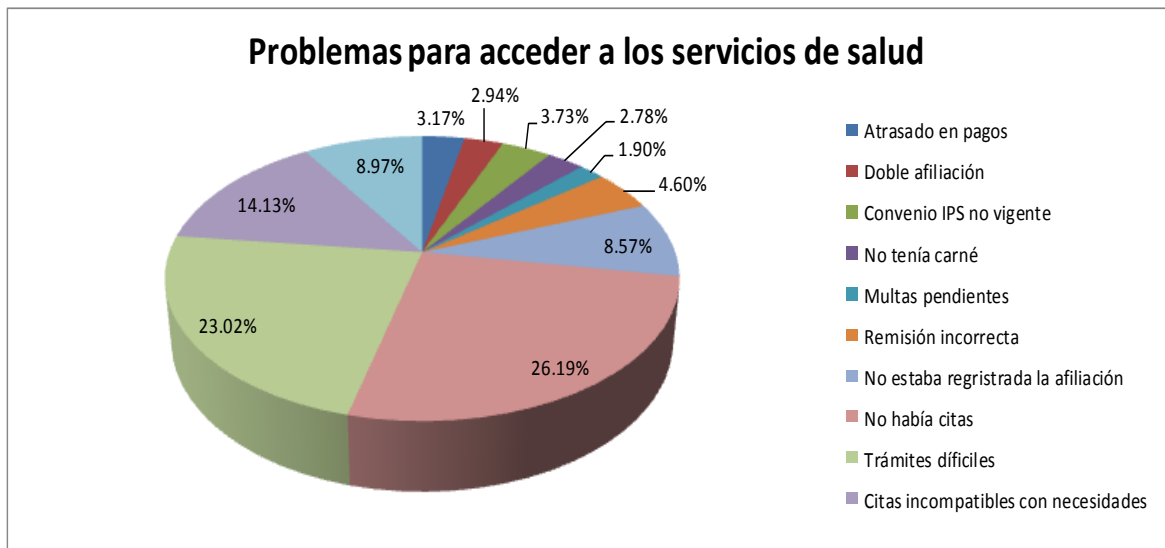
Las personas que accedieron a los servicios de salud, lo hicieron principalmente usando los servicios ofrecidos por su EPS o EPSS, con 84% para el régimen contributivo, 88,21% para los especiales o de excepción y 84,86% para el subsidiado. La segunda opción predominante en el acceso a la salud fue la utilización de los servicios médicos particulares que representó el 8,01% para el contributivo, el 6,79% para los especiales y de excepción y 8,84% para subsidiado. Es relevante señalar que los mayores usuarios de las ESE son las personas del régimen subsidiado, quienes accedieron en un 6,29%. (Ver Gráfico 14).

**Gráfico 14. Acceso de afiliados por acción, Bogotá 2011**



Fuente: EMB. Elaboración propia

**Gráfico 15. Problemas para acceder a los servicios de salud, Bogotá 2011**

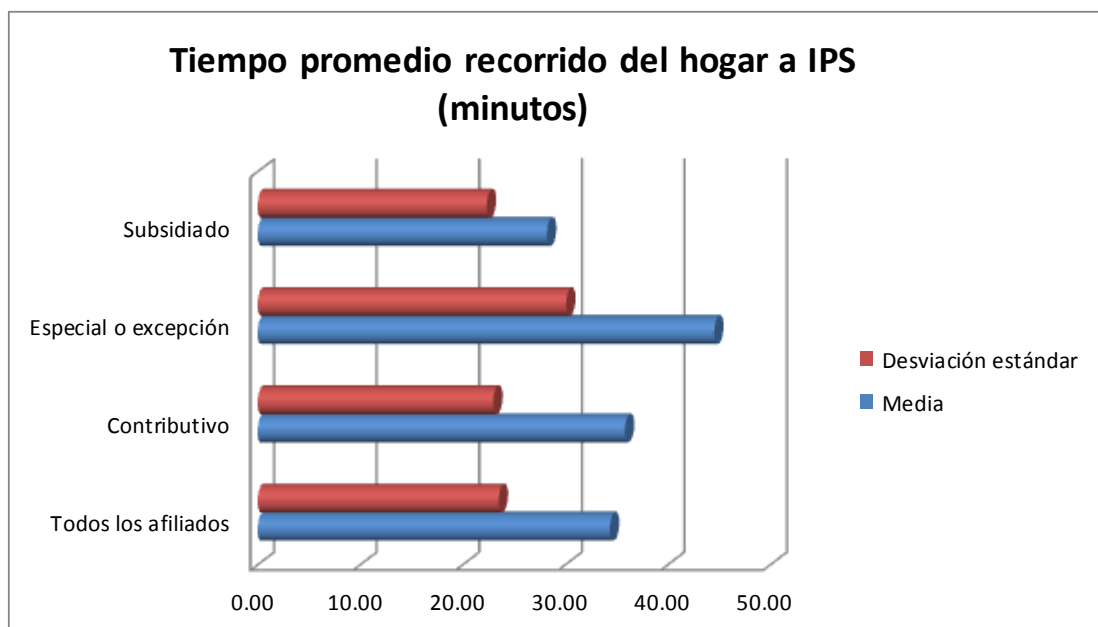


Fuente: EMB. Elaboración propia

A las personas se les preguntó también sobre los problemas que habían tenido para acceder a los servicios de salud en los últimos doce meses y las mayores

dificultades se presentaron en la cantidad de citas disponibles cuando se solicitó el servicio (26,19%), la demora o dificultad de los trámites (23,02%) y que no se encontraron citas que se ajustaran a sus necesidades (14,13%). Es decir, el 63,33% de los problemas estuvieron asociados a la oferta de los servicios, en otras palabras eran cuestiones ajenas al proceder de las personas. (Ver Gráfico 15).

**Gráfico 16. Tiempo promedio recorrido del hogar a la IPS, Bogotá 2011**



Fuente de los datos: EMB. Elaboración propia

Finalmente se analizó el tiempo que las personas utilizaron para desplazarse desde su hogar hasta la Institución Prestadora de Servicios de Salud, como una aproximación a las dificultades de acceso geográficas. Los resultados fueron sorprendentes, las personas del régimen subsidiado fueron las que menos tiempo gastaron en el desplazamiento con un promedio de 28,21 minutos, seguidas por las del contributivo con una media de 35,81 minutos y finalmente los que más tiempo gastaron fueron los de regímenes especiales o de excepción quienes destinaron un promedio de 44,53 minutos, es decir un 57,81% más que las

personas del régimen subsidiado. Esto se puede deber a la poca oferta de IPS para este último régimen, que paradójicamente es el que más accede a los servicios de salud. (Ver Gráfico 16).

En resumen del análisis descriptivo de las condiciones de acceso a los servicios de salud reportadas en la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011, se puede decir lo siguiente:

- La mayor parte de la población está afiliada al SGSSS: 91,75%
- La mayoría de las personas considera que tiene una buena o muy buena salud: 82,93%
- Las personas que más acceden a los servicios de salud son las que pertenecen al régimen especial o de excepción: 85,11%
- Las personas que menos acceden a los servicios de salud son las que no estas afiliadas: 33,05%
- Las mayores dificultades para acceder a los servicios de salud están asociadas con la oferta: 63,33%

## **6.2 COMPONENTE EVALUATIVO**

En esta parte del capítulo se hace la evaluación conceptual o de diseño del componente de salud del eje “Una ciudad que supera la segregación y la discriminación” del Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Humana 2012 – 2016” donde está contenido el acceso a los servicios de salud.

Para ello, se da respuesta a través un análisis documental a las preguntas formuladas en el correspondiente componente del apartado de la operacionalización de las variables.

### **6.2.1 Análisis de racionalidad**

El análisis de racionalidad examina el componente de salud del Plan de Desarrollo desde dos aspectos principales: La relevancia y la pertinencia.

Para ello, en esta sección se examinaron dos elementos del Plan “Bogotá Humana” la relevancia y la pertinencia.

#### **6.2.1.1 Análisis de relevancia**

1. *¿Los problemas y/o necesidades están bien identificados? ¿Son explícitos, claros, rigurosos, completos y medibles?*

El Plan Distrital de Desarrollo identificó tres grandes problemas en la ciudad:

- La segregación económica, social, espacial y cultural que propician la desigualdad y la discriminación
- El cambio climático, resultado entre otras del modelo de depredación del medio ambiente que tiene lugar en la ciudad
- La corrupción y la subordinación del Estado a los intereses particulares, lo que le impide una adecuada gestión de la ciudad y una mejor atención a la ciudadanía

Al analizar el Plan de Desarrollo en su generalidad estos problemas cumplen con la condición de ser explícitos, porque son definidos con claridad y eso permite identificarlos con facilidad. Así mismo, cumplen con la característica de ser conceptualmente claros, porque no dan lugar a ambigüedades en la forma y en modo en el que se exponen.

Sin embargo, al analizarlo desde una perspectiva de la salud, estos objetivos no son rigurosos, completos ni medibles. No son rigurosos, porque no proporcionan una imagen clara de la situación en salud de la población

objetivo, especialmente niños, adultos mayores y otros grupos en condición de vulnerabilidad. Tampoco son completos porque no brinda una caracterización exhaustiva de las realidades en salud, de la población que se quiere intervenir. Finalmente porque no se presenta información que cuantifique los problemas identificados, estos últimos no cumplen con el criterio de ser medibles.

## *2. ¿Qué agentes sociales participaron en la identificación de las necesidades?*

Dentro del Plan Distrital de Desarrollo se agradece la participación de cerca de 230 mil personas que participaron en más de 300 encuentros en los que se establecieron los fundamentos del Plan, así mismo, reconoció el aporte de los 45 concejales de la ciudad.

No obstante, más allá de identificar a los miembros de Concejo de la ciudad, no se hizo precisión alguna sobre los grupos poblacionales que participaron en la formulación del documento, por ejemplo, fue imposible establecer si los afectados por los problemas y posibles beneficiarios de los proyectos de salud del Plan de Desarrollo tuvieron una presencia representativa; tampoco se pudo establecer la participación de diferentes grupos de interés vinculados con la salud, tales como los gremios, la academia, los usuarios, los profesionales de la salud, entre otros; finalmente, no se menciona la participación en la formulación del Plan de entidades públicas de orden nacional que tienen funciones y propósitos que se complementan y coordinan con las tareas en salud a cargo del Distrito como lo es el Ministerio de Salud.

## *3. ¿Es clara la relación de las causas y consecuencias de los problemas y/o necesidades a atender?*

En relación con el primer problema, la segregación económica, social, espacial y cultural, no se establecen explícitamente sus causas y a través de la lectura



del Plan tampoco es posible inferirlas. Eso sí, en relación con las consecuencias de los problemas hay mayor claridad, se indica que la segregación genera desigualdad y discriminación, que limita el acceso a unas buenas condiciones de vida y de bienestar, aspectos que están muy relacionados con la salud.

Al analizar el segundo problema, el cambio climático, sin mucha precisión se señala como responsable el modelo de ciudad depredador, este es un término muy general que puede dar lugar a interpretaciones ambiguas. En relación con las consecuencias, éstas tampoco se expresan de manera explícita y su deducción del documento no es posible.

Finalmente al analizar el problema de la corrupción y la subordinación del Estado a los intereses particulares, se evidencia el mismo problema de formulación explícita y clara de las causas, sin embargo, sí es posible a partir de sus objetivos identificar sus consecuencias, muchas asociadas a la salud, en las que sobresalen la pérdida de la confianza de los ciudadanos, el debilitamiento del sistema democrático y participativo, el aumento de la inseguridad ciudadana y una administración pública ineficiente e ineficaz.

En conclusión, se encontraron notables deficiencias en la identificación de las causas de los problemas. De otro lado, a pesar de no ser muy explícitas, sí hay claridad en la relación que existe entre las necesidades a solucionar y sus consecuencias.

#### *4. ¿Hay estudios sobre las necesidades de la población?*

El Plan “Bogotá Humana” no hace referencia a la realización de estudios sobre las necesidades de la población en aspectos relacionados a la salud.

Sin embargo, en la formulación del Plan Distrital de Salud, que es un documento “concordante” con el Plan de Desarrollo, se evidencia el uso de importantes estudios sobre las necesidades en salud de las personas en la ciudad, dentro de estos estudios se encuentran el Informe de Desarrollo Humano para Bogotá de las Naciones Unidas y la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011 (Secretaría de Salud Distrital, 2013).

*5. ¿Las personas que se beneficiaran de las políticas fueron adecuadamente identificadas?*

En general el Plan de Desarrollo señala que los grupos de población que se beneficiaran principalmente de las políticas distritales de la actual administración serán los niños, los jóvenes, las personas mayores, las familias, las mujeres, los grupos étnicos afrodescendientes, los indígenas, los Rom, las personas LGBTI, las personas con discapacidad, así como los grupos poblacionales discriminados y segregados. En el caso específico de la salud, hace énfasis especial en la atención de víctimas del conflicto armado y en las familias. Este enfoque es consistente con los problemas identificados en las condiciones de acceso reportadas en la EMB 2011, donde las personas en mayor condición de vulnerabilidad eran las que más dificultades tenían para acceder a los servicios de salud.

No obstante lo anterior, el Plan de Desarrollo carece de una adecuada cuantificación de la población objetivo; tampoco determina con exactitud las características de las personas que participaran en los proyectos contemplados en dicho Plan.

*6. ¿Hay inclusión de los segmentos minoritarios y/o vulnerables de la población? ¿Tendrán tratamiento diferencial?*

El Plan “Bogotá Humana”, es reiterativo en señalar que los programas contemplados en el Plan están enfocados en atender a segmentos minoritarios y vulnerables de la población.

Sin embargo, no hay un compromiso claro, explícito y cuantificable de la incorporación de estos grupos poblacionales dentro de los programas asociados a la salud. Por lo tanto no fue posible identificar estrategias que ofrecieran un tratamiento diferencial que se ajustara a las características de estos grupos.

*7. ¿Se identifica el alcance físico y geográfico de la política?*

Los programas del Plan están formulados para ser realizados en toda la ciudad, pero no hay claridad sobre la manera en la que serán implementados en cada una de las localidades de la ciudad, lo que llama la atención porque las necesidades de éstas en relación con temas de salud no siempre coinciden. Tampoco se ponen de manifiesto las restricciones financieras y temporales de cada programa para cada una de las localidades que serían participantes.

*8. ¿Se identifican posibles barreras de acceso a los programas que se implementen en desarrollo de la política pública?*

El Plan de Desarrollo no previó las barreras que se puedan generar para que la población objetivo pueda acceder a los programas propuestos, ni tampoco consideró alternativas para superarlos.

La identificación de las posibles dificultades en la implementación de una política pública es relevante porque este tipo de intervención pública se enfrenta a problemas relacionados con la infraestructura, la accesibilidad física,

la divulgación y la aceptación social y motivacional que pueden tener un efecto desfavorable en la acción gubernamental.

En términos generales, se puede afirmar que los resultados de la evaluación de relevancia indican que:

- La definición de los problemas de acceso a los servicios de salud no son rigurosos, completos, ni medibles.
- No hay evidencia que el Plan de Desarrollo Distrital sea el resultado de la discusión de todos los agentes involucrados.
- No se hace una clara identificación de las causas y efectos de los problemas identificados.
- No se cuantificó ni se caracterizó la población objetivo.
- Se prioriza la intervención a grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad.
- Sin ser explícito, si se puede inferir que para la definición de los problemas se tuvo en cuenta la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011.

#### **6.2.1.2 Análisis de pertinencia**

La pertinencia evalúa la calidad de la formulación de los objetivos del Plan de Desarrollo Distrital, para ese propósito se utilizaron las siguientes preguntas:

1. *¿Los objetivos propuestos relacionados con el acceso a los servicios de Salud en el Plan Distrital son claros, concretos, medibles y observables?  
¿Los objetivos propuestos tienen un único fin?*

Los objetivos que están asociados al acceso a los servicios de salud son 6 de los 9 los que se formularon para responder al problema de la segregación económica, social, espacial y cultural:

- Reducir la desigualdad y la discriminación social, económica y cultural

Este objetivo puede entenderse como el objetivo general, ya que es el que expresa la finalidad de la intervención. Adicionalmente, este objetivo está expresado de una manera que permita su medición al considerar variables cuantificables. Sin embargo, también puede señalarse que el mismo, es claro y concreto porque no da lugar a ambigüedades, además la palabra “reducir” indica claramente un compromiso específico de la administración distrital. El objetivo general se propone dos fines, por un lado reducir la desigualdad y por otro reducir la discriminación, eso dificulta su determinación y su evaluación, porque no se sabe cuál es prioritario.

- Destacar los principios de igualdad, equidad y diversidad

La forma en la que está enunciado este objetivo permite afirmar que es claro y concreto porque es fácil identificarlo con la garantía de derechos independientemente de cuestiones culturales, sociales, económicas, sexuales y de raza. Sin embargo la manera en que se formuló no permite su medición. Otro aspecto en contra es que el verbo “destacar” es susceptible a varias interpretaciones dada la dificultad para valorarlo.

Este objetivo específico se propone un único fin.

- Incrementar la capacidad financiera y económica de los más pobres

Este objetivo apunta indirectamente a mejorar las condiciones de acceso a la salud de las personas. Por la forma en la que se planteó es medible y el verbo “incrementar” refleja con claridad un compromiso adquirido del gobierno distrital.

No hay claridad sobre a qué se refiere por capacidad financiera y a qué por capacidad económica, si son dos indicadores diferentes este objetivo tendría dos fines y eso dificultaría su evaluación.

- Generar trabajo decente y digno como el principal mecanismo para que la población bogotana pueda gozar con autonomía de sus derechos

Las características de *decente* y *digno* no son medibles y pueden llevar a interpretaciones ambiguas, por lo tanto no hay claridad en la formulación de esta objetivo. La generación de trabajo digno y la generación de trabajo decente son fines diferentes, y al estar planteados en el mismo objetivo requerirán diferentes estrategias de actuación que enfrentaran dificultades de jerarquización.

- Reconocer y garantizar el ejercicio, restablecimiento y reparación de los derechos para toda la ciudadanía

Este objetivo parece un complemento del segundo, no es claro, ni concreto y tampoco se puede cuantificar. Reconocer y garantizar son actividades con finalidades diferentes que requieren planes de acción independientes, por lo tanto es posible afirmar que el objetivo tiene dos metas diferentes.

- Construir un territorio donde se garantice el acceso equitativo a la ciudad

Construir es un verbo que señala una acción que refleja un compromiso de la Administración Distrital con todos los ciudadanos, es concreto y claro, pero este se queda corto en su capacidad de ser medible y observable. Este objetivo tiene una única meta y es la de garantizar el acceso equitativo a la infraestructura en salud de la ciudad.

2. *¿Se establecieron rangos de fechas para la consecución de los objetivos propuestos?*

Los objetivos propuestos y los ocho proyectos formulados para el cumplimiento de estos se diseñaron para ser realizados dentro de los cuatro años de gobierno de la actual administración con plazo máximo de consecución el año 2016.

En resumen, los hallazgos de la evaluación de pertinencia del Plan Distrital de Desarrollo son los siguientes:

- Es posible diferenciar el objetivo general de los objetivos específicos, gran parte de estos últimos contribuyen a la consecución del primero.
- En todos los objetivos hay problemas de formulación, al menos uno de los criterios considerados (claros, concretos, medibles, observables y con único fin) no se cumple.
- Se ha establecido el año 2016 como fecha máxima para alcanzar las metas propuestas.

### **6.2.2 Análisis de coherencia interna**

La coherencia interna evalúa la adecuación de las estrategias propuestas en Plan de Desarrollo con las necesidades detectadas en la población objetivo, así como la forma en la que se ha estructurado.

Para evaluar este criterio se tuvieron en cuenta las siguientes preguntas:

1. *¿Los objetivos del Plan de Desarrollo están adecuadamente jerarquizados?  
¿Existe coherencia entre los objetivos del Plan de Desarrollo?*

Sin hacerse una identificación explícita del objetivo general y de los objetivos específicos del eje “Una ciudad que supera la segregación y la discriminación” del Plan Distrital de Desarrollo, es posible inferir que el objetivo general es el primer objetivo formulado:

- Reducir la desigualdad y la discriminación social, económica y cultural

No obstante, no es posible identificar una jerarquía entre los objetivos específicos; sin embargo, estos podrían agruparse por enfoques similares:

- Promoción y protección de derechos:
  - Destacar los principios de igualdad, equidad y diversidad.
  - Reconocer y garantizar el ejercicio, restablecimiento y reparación de los derechos para toda la ciudadanía
- Medidas para superar la pobreza y la inequidad:
  - Incrementar la capacidad financiera y económica de los más pobres.
  - Generar trabajo decente y digno como el principal mecanismo para que la población bogotana pueda gozar con autonomía de sus derechos.
  - Construir un territorio donde se garantice el acceso equitativo a la ciudad

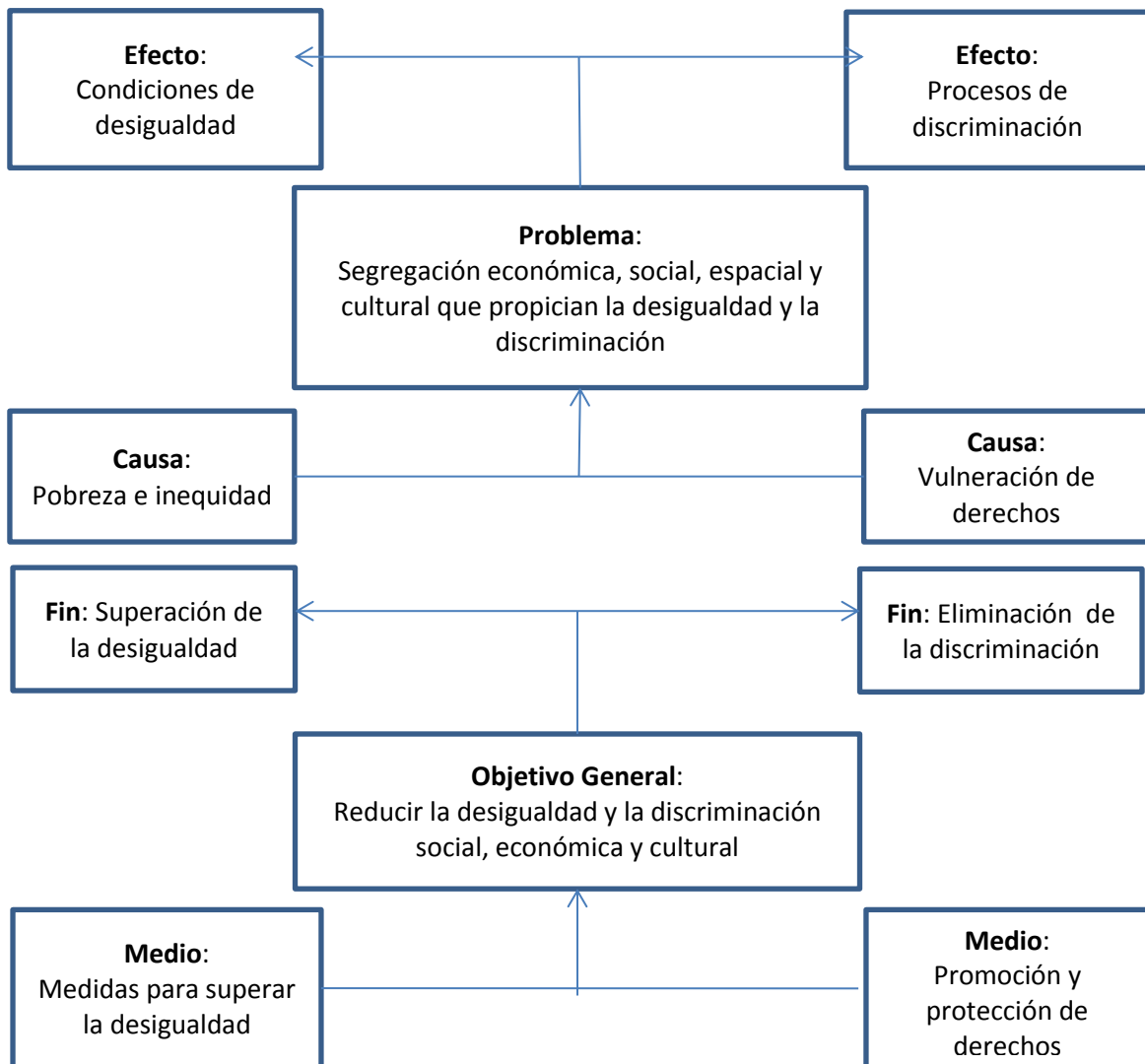
Al hacer la división por enfoques, es posible evidenciar que existe una articulación y una coherencia entre los objetivos específicos que permite que estos contribuyan al desarrollo del objetivo principal.

*2. ¿Los objetivos del Plan responden a las necesidades en relación a la salud identificadas en la población objetivo?*



Para poder verificar la correspondencia de los objetivos del Plan con las necesidades fue pertinente construir un árbol de problemas, que diera una imagen en negativo de la problemática, y un árbol de objetivos, que proporciona una imagen positiva de la solución a la situación adversa.

**Gráfico 17. Comparación del árbol de problemas y del árbol de objetivos**



Fuente: Elaboración propia

Al comparar los dos cuadros, se identifica una simetría, por lo tanto es posible afirmar que en el Plan de Desarrollo hay correspondencia entre los problemas y sus causas con los objetivos y sus medios.

En resumen, la evaluación de coherencia interna del Plan de Desarrollo Distrital arroja los siguientes resultados:

- Los objetivos específicos no se encuentran jerarquizados
- Hay coherencia entre los objetivos específicos y estos contribuyen a la consecución del objetivo general
- Los objetivos si responden a los problemas identificados
- Es importante anotar que el acceso a los servicios de salud no se estableció como objetivo en Plan de Desarrollo, sin embargo, varias de las estrategias (*Construir condiciones para el desarrollo saludable de las personas en su ciclo de vida y Defender, proteger y promover los derechos humanos*) están orientadas a su consecución.

## 7. CONCLUSIONES

- El Estado, que para esta investigación es el Gobierno Distrital de Bogotá D.C., desempeña un rol fundamental en la promoción y protección de la armonía social, en especial, porque es el llamado a compensar las desigualdades y desequilibrios que se generan en los procesos económicos, políticos, culturales y sociales que tienen lugar en la ciudad. Para ello cuenta con una variedad de herramientas que facilitan su intervención, entre las que se encuentran las políticas sociales en salud, que son aquellas políticas orientadas a mejorar el bienestar humano y el bienestar social a través de la solución de los problemas y necesidades en salud identificados en la sociedad.
- Para aumentar las posibilidades de éxito de una intervención pública, hay dos acciones fundamentales que hay que llevar a cabo: primero, realizar un acertado diagnóstico de los problemas a solucionar y de la población a atender; segundo, diseñar adecuadamente las políticas públicas con las que se pretende responder a las situaciones críticas identificadas en el diagnóstico.
- En Bogotá las mayores dificultades para acceder a los servicios de salud las tienen las personas que se encuentran en una mayor condición de vulnerabilidad: las personas que no están afiliadas al Sistema General de Seguridad Social (66,95%) y los beneficiarios del régimen subsidiado (31,46%).
- Los principales problemas de acceso a los servicios de salud están asociados a la oferta de los servicios de salud: en la cantidad de citas disponibles cuando se solicitó el servicio (26,19%), la demora o dificultad de

los trámites (23,02%) y que no se encontraron citas que se ajustaran a sus necesidades (14,13%).

- El análisis de relevancia del Plan de Desarrollo Distrital “Bogotá Humana 2012-2016” evidenció varios problemas en su formulación, entre los que se encuentran: una deficiente participación de los grupos de interés, una inadecuada formulación y presentación de los problemas a resolver y una identificación imprecisa de la población objetivo.
- En el análisis de pertinencia del Plan de Desarrollo, se encontró que sin ser explícito el objetivo general es identificable y que todos los objetivos específicos contribuyen a su realización, sin embargo se descubrió que en todos los objetivos propuestos se incumplió con al menos uno de los criterios de evaluación (que sean claros, concretos, medibles, observables y con único fin).
- En el análisis de coherencia interna se evidenció que a pesar de no existir una jerarquización de los objetivos estos eran coherentes entre sí. También se determinó que en el Plan de Desarrollo hay correspondencia entre los problemas y sus causas con los objetivos y sus medios.
- En el Plan de Desarrollo algunos de los objetivos y de los proyectos propuestos intentan ser muy ambiciosos pero están formulados de una manera muy general e imprecisa que su realización es muy difícil de lograr.
- Al analizar el Plan de Desarrollo Distrital, se evidencia que en lo que a acceso a los servicios de salud se refiere, la mayoría de sus objetivos y estrategias están dirigidas a dos grandes propósitos: aumentar el acceso de los grupos vulnerables de la población e incrementar la oferta de servicios de salud. Estos propósitos coinciden con los principales problemas identificados en el análisis de las condiciones de acceso

reportadas por las personas indagadas en la Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. Por lo tanto, se puede señalar que se ha demostrado el cumplimiento de la hipótesis alternativa planteada para esta investigación.

- A pesar de su indiscutible utilidad, la Encuesta Multipropósito es insuficiente, por si misma, para el diseño y formulación de políticas públicas para la ciudad de Bogotá. Por lo tanto, es necesario que en estudios posteriores se complemente con otras fuentes de información que permitan mapear y evaluar el panorama de la política de una manera mas comprensiva.

## 8. RECOMENDACIONES

- El diseño y formulación de las políticas públicas distritales debe ser el resultado del consenso y de la participación activa de todos los agentes involucrados en la situación problemática en la que se quiere intervenir.
- Se debe procurar la realización bianual de la Encuesta Multipropósito de Bogotá por su importancia en la planeación de las políticas y programas de las nuevas administraciones, así como por su contribución al seguimiento de estas.
- Dada la diversidad de la ciudad, en la aplicación de la EMB debería considerarse la inclusión de variables que permitan identificar con mayor precisión grupos vulnerables, tales como edad, sexo, grupo étnico, entre otros; eso sí, procurando siempre respetar la integridad de las personas.
- Las políticas públicas deben ser el resultado de un riguroso ejercicio técnico y no de la retórica discursiva de las campañas políticas.
- Para aumentar las posibilidades de éxito de las intervenciones estatales en los procesos sociales, económicos, políticos y culturales de la ciudad y del país, debe promoverse el uso de las evaluaciones de diseño.

## BIBLIOGRAFÍA

Abalos Cerro, M. M. (2013). *Evaluación del diseño del Plan Nacer del Ministerio de Salud de la República Argentina*. Obtenido de Universidad Internacional de Andalucía:

[http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2594/0510\\_Abalos.pdf;jsessionid=9A26B463AC6EA8088C4C24A65172F9AD?sequence=1](http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2594/0510_Abalos.pdf;jsessionid=9A26B463AC6EA8088C4C24A65172F9AD?sequence=1)

Actis Di Pasquale, E. (2008). *Asociación Argentina de Historia Económica*. Obtenido de XXI Jornadas de Historia Económica: [http://xxijhe.fahce.unlp.edu.ar/programa/descargables/actis\\_di\\_pasquale.pdf](http://xxijhe.fahce.unlp.edu.ar/programa/descargables/actis_di_pasquale.pdf)

Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. (2012). *Acuerdo número 489 del 12 de junio de 2012*. Obtenido de Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental, y de Obras Públicas para Bogotá D.C., 2012-2016: [http://www.sedbogota.edu.co/archivos/SECTOR\\_EDUCATIVO/proyectos%20de%20inversion/2013/junio/PLAN-DESARROLLO2012-2016.pdf](http://www.sedbogota.edu.co/archivos/SECTOR_EDUCATIVO/proyectos%20de%20inversion/2013/junio/PLAN-DESARROLLO2012-2016.pdf)

Arboleda Vélez, G. (2008). *Evaluación de políticas públicas*. Cali: AC Editores.

Arrow, K. (1974). Una dificultad en el concepto de bienestar. En K. Arrow, & T. Scitovsky, *Ensayos sobre economía del bienestar* (págs. 188-214). México: Fondo de Cultura Económica.

Bnerje, A. V., & Duflo, E. (2012). *Repensar la pobreza*. Bogotá D.C.: Prisa Ediciones.

Castaño, R., Arbelaez, J., Giedion, U., & Molares, L. (2001). *Evaluación de la equidad en el sistema colombiano de salud*. Santiago de Chile: CEPAL ECLAC.

Castellanos, J. C. (2011). La salud en Colombia. ¿Crisis económica o problema estructural? *Revista Javeriana*, 4-5.

Chasco Yrigoyen, C., Hernández Asencio, I., & Cano Torres, T. (2003). *Asociación Internacional de Economía Aplicada*. Obtenido de Medición del bienestar: <http://www.asepelt.org/ficheros/File/Anales/2003%20-%20Almeria/asepeltPDF/111.PDF>

Cochran, C. E., Mayer, L. C., Carr, T., & Cayer, J. (2009). *American Public Policy*. Boston: Wadsworth Cengage Learning.

Comités de Seguimiento a la Inversión de Regalías. (2013). *Qué es el plan de desarrollo y cómo analizarlo*. Obtenido de <http://www.csircolombia.org/publicacionescsir.shtml?apc=b---;1;-;-;&c=0102>

Congreso de la República de Colombia. (1990). *Ley 10 de 1990*. Obtenido de Sistema Jurídico Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421>

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Obtenido de Sistema Jurídico Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Obtenido de Sistema Jurídico Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Congreso de la República de Colombia. (2001). *Ley 715 de 2001*. Obtenido de Sistema Jurídico Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4452>

Congreso de la República de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007*. Obtenido de Sistema Jurídico Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>



Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011*. Obtenido de Sistema Jurídico Alcaldía de Bogotá: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

Congreso de la República de Colombia. (2013). *Proyecto de Ley Ordinaria de 2013*. Obtenido de Ministerio de Salud - Normatividad: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Proyecto%20de%20Ley%20Ordinaria%20Salud.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2013). *Texto conciliado al proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado – 267 de 2013 Cámara*. Obtenido de Consultor Salud: [http://www.consultorsalud.com/docs/Ley\\_Estatutaria\\_de\\_Salud\\_junio2013.pdf](http://www.consultorsalud.com/docs/Ley_Estatutaria_de_Salud_junio2013.pdf)

Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-760*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2008). *Sentencia T-760 de 2008*. Obtenido de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística ; Secretaría Distrital de Planeación. (2011). *Ficha metodológica* . Obtenido de Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011: [http://www.sdp.gov.co/imagenes\\_portal/animaciones/temas/documentos/ficha.pdf](http://www.sdp.gov.co/imagenes_portal/animaciones/temas/documentos/ficha.pdf)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística ; Secretaria Distrital de Planeación de Bogotá. (2011). *Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá*. Obtenido de Secretaría Distrital de Planeación: [http://www.sdp.gov.co/imagenes\\_portal/animaciones/emb.swf](http://www.sdp.gov.co/imagenes_portal/animaciones/emb.swf)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística; Secretaría Distrital de Planeación. (Octubre de 2011). *Resultados*. Obtenido de Primera Encuesta

Multipropósito para Bogotá 2011:  
[http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Home/Noticias/HistoricoNoticias/Se%20firma%20acta%20de%20concertaci%20F3n%20del%20POT%20entre%20la%20CAR%20y%20el%20Dist/Presentacion\\_DEM\\_261011.pdf](http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/Home/Noticias/HistoricoNoticias/Se%20firma%20acta%20de%20concertaci%20F3n%20del%20POT%20entre%20la%20CAR%20y%20el%20Dist/Presentacion_DEM_261011.pdf)

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas ; Secretaría Distrital de Planeación. (2011). *Metodología Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011*. Obtenido de Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011:  
<http://200.69.105.197/redatam/SDPDOC/EMBDIOC/Metodologia.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2012). *Encuesta Multipropósito para Bogotá Distrito Capital - EMB - 2011*. Obtenido de Archivo Nacional de Datos: <http://formularios.dane.gov.co/pad/index.php/catalog/160>

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2011). *Manual de Recolección y Conceptos Básicos Encuesta Multipropósito para Bogotá Distrito Capital*. Bogotá D.C.: DANE. Obtenido de Encuesta Multipropósito para Bogotá Distrito Capital.

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Secretaría de Planeación Distrital. (19 de 09 de 2011). *Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá*. Obtenido de Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá:  
[http://www.sdp.gov.co/imagenes\\_portal/animaciones/temas/principales/1\\_calidad\\_de\\_vida.pdf](http://www.sdp.gov.co/imagenes_portal/animaciones/temas/principales/1_calidad_de_vida.pdf)

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, Secretaría Distrital de Planeación. (2011). *Formulario Encuesta Multipropósito para Bogotá Distrito Capital 2011*. Obtenido de Departamento Nacional de Estadísticas:  
<http://formularios.dane.gov.co/pad/index.php/catalog/160/download/3219>

Escuela Virtual Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2013). *¿Qué son las políticas públicas?* Obtenido de [http://escuelapnud.org/biblioteca/pmb/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=390](http://escuelapnud.org/biblioteca/pmb/opac_css/doc_num.php?explnum_id=390)

Fresneda Bautista, O. (2010). Inequidades a lo largo del ciclo de vida en Bogotá. En D. Restrepo, *Inequidad social en Salud. El caso de Bogotá* (págs. 183-260). Bogotá: Secretaría Distrital de Salud.

Galvis, F. (2005). *Manual de Ciencia Política*. Bogotá DC: Editorial Temis S.A.

Giraldo, C. (2007). *¿Protección o desprotección social?* Bogotá DC: Ediciones desde abajo.

Hernández F., L. J. (2002). Aproximaciones a la Política Pública en Salud en Bogotá, Distrito Capital. *Revista Salud Pública*, 120-127.

Hernández-Alvarez, M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Revista Salud Pública*, 72-82.

Jadad, A., & O'Grady, L. (Diciembre de 2008). *How should health be defined?* Obtenido de British Medical Journal: <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2900>

Lerma González, H. D. (2011). *Métodología de la investigación*. Bogotá DC: ECOE Ediciones.

Londoño, J.-L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Martínez Martín, F. (2012). Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital. En D. Restrepo B., & M. Hernández, *Inequidad en Salud en Bogotá. Convocatoria: para la acción colectiva* (págs. 239-290). Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Salud.

Mejía-Mejía, A., Sánchez-Gandur, A., & Tamayo-Ramírez, J. (2007). Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 26-38.

Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. (2011). *ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007*. Bogotá DC: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (12 de Noviembre de 2013). *Normativa*. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Normatividad.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Noviembre de 2013). *Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>

Molina Marín, G., & Cabrera Arana, G. A. (2008). *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Montagut, T. (2013). *Caritas*. Obtenido de Repensando la política social: <http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/1046/02%20-%20REPENSANDO%20LA%20POL%C3%8DTICA%20SOCIAL.pdf>

Montoro Romero, R. (1997). *Fundamentos teóricos de la política social*. Obtenido de Universidad Autónoma de Madrid: [http://www.uam.es/personal\\_pdi/economicas/rmontoro/Mis%20articulos/politicasocial.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/rmontoro/Mis%20articulos/politicasocial.pdf)

Navarro, V. (2006). *¿Qué es una Política Nacional de Salud?* Obtenido de <http://www.vnavarro.org/?p=514>

Organización de las Naciones Unidas. (Enero de 1976). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de Oficina del Alto

Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos:  
<http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

Organización de las Naciones Unidas ONU. (2007). *Política social*. Nueva York: Naciones Unidas DAES.

Organización Mundial de la Salud. (1946). *¿Cómo define la OMS la salud?*  
Obtenido de Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud:  
<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2013). *Derecho a la Salud*.  
Obtenido de Organización Mundial de la Salud:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

Osuna, J. L., Márquez, A., Cirera, A., & Vélez, C. (2000). *Guía para la Evaluación de Políticas Públicas*. Sevilla: Instituto de Desarrollo Regional, Fundación Universitaria.

Population and Public Health Branch. (Septiembre de 2003). *Public Policy and Public Participation Engaging Citizens and Community in the Development of Public Policy*. Obtenido de Health Canada: [http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/atlantic/pdf/pub\\_policy\\_partic\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/canada/regions/atlantic/pdf/pub_policy_partic_e.pdf)

Real Academia Española. (09 de 10 de 2013). *Real Academia Española*. Obtenido de Diccionarios de la Lengua Española: <http://lema.rae.es/drae/>

Rodríguez Acosta, S. (06 de 2010). *Universitat Autònoma de Barcelona*. Obtenido de Departament d'Economia Aplicada: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf>

Roth, A.-N. (2012). *Políticas Públicas: Formulación, implementación y evaluación*. Bogotá DC: Ediciones Aurora.

Rubio-Mendoza, M. L. (31 de 10 de 2008). *Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá*. Obtenido de SCIELO: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a04>

Sánchez Ramirez, C., Esparza, I., Clark, Y., & López, M. (2013). *Definición e interpretación de indicadores de bienestar social para un proyecto de desarrollo regional*. Obtenido de Instituto Tecnológico de Sonora: [http://www.itson.mx/publicaciones/pacioli/Documents/no72/54b.-\\_definicion\\_e\\_interpretacion\\_de\\_indicadores\\_de\\_binestar\\_social\\_pra\\_proyecto\\_d\\_e\\_desarrollo\\_regionalx.pdf](http://www.itson.mx/publicaciones/pacioli/Documents/no72/54b.-_definicion_e_interpretacion_de_indicadores_de_binestar_social_pra_proyecto_d_e_desarrollo_regionalx.pdf)

Secretaría de Salud Distrital. (Diciembre de 2013). *Plan Territorial de Salud*. Obtenido de Bogotá Distrito Capital 2012-2016: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan%20Territorial%20de%20Salud%202013.pdf>

Secretaría Distrital de Planeación. (2011). Bogotá Ciudad de Estadísticas. *Principales resultados de la primera encuesta multipropósito para Bogotá*. Bogotá DC, Bogotá DC, Colombia: Secretaría Distrital de Planeación.

Secretaría Distrital de Planeación. (2011). Principales Resultados de la Primera Encuesta Multipropósito para Bogotá 2011. *Bogotá Ciudad de Estadísticas. Boletín No. 32*. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Planeación.

Skinner, Q. (2010). *Una genealogía del Estado moderno*. Obtenido de Dialnet: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3280968>

Starfield, B. (2001). Equidad en salud y atención primaria: Una meta para todos. *Revista Gerencia y Políticas en Salud*, 7-16.

Stiglitz, J. (2000). *La economía del sector público*. Barcelona: Antoni Bosch.

Todo el Derecho. (2013). *Conceptos Jurídicos Generales*. Obtenido de <http://www.todoelderecho.com/Apuntes/Varios/Apuntes/CONCEPTOS%20JUR%20DICCOS%20GENERALES.htm>

Whitehead, M. (1991). *Conceptos y principios de la equidad en la salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.