

**HACIA UN ESQUEMA DE ANÁLISIS DE LA FORMULACION DE LA POLÍTICA
SOCIAL DE SALUD PÚBLICA DESDE UN ENFOQUE SOCIO-TERRITORIAL
TEMPORAL A PARTIR DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN**

JORGE ENRIQUE MARTÍNEZ CARVAJAL

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRIA EN POLÍTICA SOCIAL
BOGOTÁ, D.C., ENERO 2013**

**HACIA UN ESQUEMA DE ANÁLISIS DE LA FORMULACION DE LA POLÍTICA
SOCIAL DE SALUD PÚBLICA DESDE UN ENFOQUE SOCIO-TERRITORIAL
TEMPORAL A PARTIR DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN**

JORGE ENRIQUE MARTÍNEZ CARVAJAL

Economista

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Política Social

Director del trabajo de grado

JEAN-FRANÇOIS JOLLY

Economista y Doctor en Estudios de las Sociedades Latinoamericanas

Experto en Planeación Urbana y Regional

Director del grupo de investigación Políticas Urbanas de la Pontificia Universidad

Javeriana

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA Y RELACIONES INTERNACIONALES
MAESTRIA EN POLÍTICA SOCIAL
BOGOTÁ, D.C., ENERO 2013**

TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	8
1. BASES CONCEPTUALES PARA LA PROPUESTA DEL ESQUEMA DE ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA DESDE UN ENFOQUE SECTORIAL – TERRITORIAL –TEMPORAL A PARTIR DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN	12
1.1 <i>La política pública y la política social</i>	12
1.2 <i>La salud pública entendida desde las lógicas de regulación sectorial y territorial</i>	17
1.3 <i>El análisis cognitivo de las políticas públicas</i>	27
1.4 <i>El sistema socio territorial para el análisis de las políticas públicas territoriales</i>	34
1.5 <i>Análisis de la dimensión temporal de los instrumentos de salud pública.</i>	36
2. PROPUESTA DE ESQUEMA DE ANÁLISIS DE LA POLÍTICA SOCIAL DE SALUD PÚBLICA DESDE UN ENFOQUE SOCIO-TERRITORIAL Y TEMPORAL	43
2.1 <i>Principios básicos del esquema de análisis</i>	44
2.2 <i>Análisis de los determinantes de salud pública desde un enfoque sectorial – territorial</i>	50
2.3 <i>Análisis de las Lógicas de Regulación Sectorial y Territorial a partir del Referencial de las Políticas Públicas</i>	54
2.4 <i>Análisis de la dimensión temporal de los instrumentos de salud pública</i>	57

2.5	<i>Análisis socio-territorial de la política social de salud pública</i>	60
2.6	<i>Síntesis del esquema de análisis de la política social en salud desde un enfoque socio-territorial temporal</i>	63
3.	ILUSTRACIÓN PARCIAL DEL ESQUEMA DE ANÁLISIS Y REFLEXIONES SOBRE LA EVOLUCIÓN Y ARTICULACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN TERRITORIAL EN REFERENCIA A LA SALUD PÚBLICA EN LAS CIUDADES DE MEDELLÍN Y BOGOTÁ PARA EL PERIODO 2004-2016	66
3.1	<i>Concordancias y desfases de los instrumentos de planificación en la política de salud pública para el año 2009 en relación a la ciudad de Bogotá</i>	67
3.2	<i>Continuidad y rupturas de los instrumentos de planificación en la política de salud pública en la ciudad de Medellín para el periodo 2004-2015</i>	77
3.3	<i>Similitudes y diferencias de los instrumentos de planificación en la evolución de las política de salud pública entre Bogotá y Medellín para el período 2004-2016</i>	87
	CONCLUSIONES	93
	REFERENCIAS	96
	ANEXOS	104

INDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Determinantes Generales en Salud	18
Figura 2. Componentes del Referencial	28
Figura 3. Referenciales y relaciones	29
Figura 4. Modelo de Inter-determinación de Monnet	33
Figura 5. Análisis de Simultaneidad – Secuencial	38
Figura 6. Coordinación Diacrónica	39
Figura 7. Coordinación Sincrónica	41
Figura 8. Relación entre los instrumentos Objeto de Análisis	48
Figura 9. Modelo Dahlgren y Whitehead – Determinantes en Salud	51
Figura 10. Política de Salud Territorial a partir de determinantes en salud	52
Figura 11. Niveles De Percepción Del Referencial En La Política Pública En Relación A La Salud Pública	55
Figura 12. Articulación Secterritorial	57
Figura 13. Análisis Sincrónico de Políticas de Salud Pública	58
Figura 14. Análisis Diacrónico de Políticas de Salud Pública	59
Figura 15. Relación – Territorio	60
Figura 16. Relación territorialidad y atributos sociales	61
Figura 17. Relación – Territorialización	62
Figura 18. Inter – determinación	63
Figura 19. Esquema General de Análisis	64
Figura 20. Primera parte Esquema de Análisis - Coordinación Sincrónica	67
Figura 21. Tercera parte del Esquema de Análisis - Coordinación Diacrónica	77
Figura 22. Tercera parte del Esquema de Análisis - Coordinación Diacrónica	87

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Competencias en salud - Esquema Centralizado y Descentralizado	25
Tabla 2. Competencias por categoría de Determinante en Salud. Definidas en la guía para la construcción de los planes de salud territoriales	53
Tabla 3. Percepción de las imágenes en el PND	70
Tabla 4. Plan de Desarrollo 2008 – 2012 “Bogotá Positiva”	74
Tabla 5. Resumen: Interpretación de la Territorialidad a Partir de los Planes de Desarrollo	80
Tabla 5.1. Resumen: Interpretación de la Territorialidad a Partir de los Planes de Desarrollo	81
Tabla 6. Resumen: Interpretación de la Territorialización a Partir de los Planes de Desarrollo	83
Tabla 6.1. Resumen: Interpretación de la Territorialización a Partir de los Planes de Desarrollo.	84

INDICE DE ANEXOS

	Página
Anexo A. Instrumentos de Planificación Seleccionados	104
Anexo B. Legislación de Referencia.	105
Anexo. C Matrices para la construcción del referencial de las políticas públicas - Coordinación Sincrónica.	106
Anexo. D Matrices para la construcción del referencial de las políticas públicas - Coordinación Diacrónica.	111
Anexo. E Matriz Resume Legislación Salud Bajo Enfoque Sectorial Territorial	123

**A mí mamá Ariela que siempre me dio ánimo
y fuerza para seguir adelante.**

**A mí papá Lucas por su incondicionalidad
en los proyectos de mi vida.**

INTRODUCCIÓN

Garantizar el derecho a la salud constituye uno de los mayores retos para el Estado Colombiano y una de las mayores causas de conflictividad social, si bien se han creado sistemas y mecanismos de protección, no han sido suficientes para satisfacer el acceso a dicho derecho. Sin embargo, con el proceso de descentralización se han delegado competencias a entes territoriales que realizan actividades adicionales a lo estipulado en los requisitos mínimos sectoriales que define el Ministerio de Salud y Protección Social, respondiendo así, a la visión propia de los habitantes de un territorio sobre un problema. Las iniciativas que se han emprendido en algunos casos, son innovadoras porque amplían los servicios o definen nuevos mecanismos de intervención para lograr mayor efectividad en las actividades y proyectos de salud pública.

En Colombia la oferta en salud se encuentra definida por un Sistema General de Seguridad Social (SGSS) que es administrado y regulado por las directrices nacionales y sectoriales del Ministerio de Salud y Protección Social, pero las acciones de prevención, promoción e intervenciones colectivas tienen un mayor rango de acción en las actividades de las entidades territoriales, tales como distritos, departamentos o municipios.

Visibilizar los instrumentos de planificación territoriales y sectoriales en salud es clave para entender la complejidad del sistema, motivo por el cual es necesario contar con un esquema de análisis que permita ampliar la perspectiva de las políticas de salud pública desde un enfoque socio-territorial

temporal, propiciando una mejor comprensión de los objetivos y propósitos de acción en relación al cuidado, prevención y manejo de la salud pública.

Ahora bien, la propuesta de este trabajo se basa en la construcción de dicho esquema de análisis, tomando los instrumentos de planificación como objetos de análisis, siendo éstos los que orientan las acciones tanto territoriales como sectoriales, que definen alcances y propósitos en un marco temporal. De igual manera, la lectura de los instrumentos por medio del análisis cognitivo de las políticas públicas, permite identificar diferentes tipos de referencial: global, sectorial, territorial global y secterritorial.

Esta investigación se soporta en el grupo de investigación inter-facultades de Políticas Urbanas, común a la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales y la Facultad de Arquitectura y Diseño¹, que ha desarrollado y explorado el análisis cognitivo de políticas públicas propuesto por Mulleren temáticas como: servicios públicos, vivienda, educación, políticas de infancia, espacio público y movilidad, profundizando en las políticas públicas urbanas y sociales. Abordar la salud desde esta óptica constituye un avance en el entendimiento de las relaciones y de los procesos propios de un sector y de un territorio, en cuanto a la mirada de la política social de salud pública.

El objetivo de la investigación para optar al título de Magister en Política Social, es proponer un esquema de análisis en la formulación de la en salud pública desde un enfoque socio-territorial temporal a partir de los instrumentos de planificación, el cual se aborda desde el componente de planificación sectorial y territorial, identificando las concordancias, desfases, continuidad y rupturas entre estos, basándose en los determinantes en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

¹Pontificia Universidad Javeriana

Para llevar a cabo esto, se realizó una revisión del sistema normativo en salud y de las competencias propias referidas a los niveles sectorial y territorial - definidos en instrumentos de planificación-, y una extensa revisión bibliográfica de las experiencias nacionales e internacionales en relación a la planificación territorial de salud pública. Partiendo de esto, se llevó a cabo una profunda reflexión sobre el esquema de análisis y su posterior ilustración, el cual debía ser sencillo para la comprensión de cualquier instancia o persona, a partir de un análisis cualitativo, el cual se realiza desde los instrumentos normativos (planes sectoriales y territoriales).

De esta manera, el análisis conceptual de los instrumentos de planificación permite realizar una reflexión sobre la evolución de los alcances territoriales y sectoriales en salud pública, abriendo una discusión, no sólo en relación al sistema de aseguramiento o a la eficacia en la ejecución de recursos, sino sobre los alcances y lógicas que están siendo predominantes en el desarrollo y progresividad del derecho a la salud.

El informe de investigación se encuentra dividido en tres capítulos, a saber:

- El primer capítulo aborda conceptos teóricos y algunos normativos, que son la base de la propuesta del esquema. Se parte de la política pública como una política social, pasando así a la salud pública. En este apartado se hace énfasis en las lógicas de regulación propias de un sector y un territorio. Se abordan los fundamentos del análisis cognitivo de las políticas, definiendo así, el marco de análisis que se utiliza. En relación al territorio se expone el modelo socio-territorial de Monnet, definiendo la inter-determinación que se constituye entre territorio, territorialización y territorialidad. Finalmente se abordan los conceptos de coordinación sincrónica y diacrónica, que permiten articular los diferentes instrumentos de planificación.

- En el segundo capítulo se aborda la propuesta del esquema de análisis, que surge de la revisión bibliográfica, del análisis de contexto, de las discusiones y reflexiones realizadas a la salud pública y de los avances en el análisis de los referenciales en contextos urbanos. El esquema se basa en el análisis cognitivo de las políticas públicas y de los determinantes en salud definidos por la OMS, bajo los cuales se definen las categorías de análisis de los instrumentos de planificación, lo que permite proceder con el análisis de la coordinación sincrónica y diacrónica, identificando la coherencia, correspondencia o concordancia en los instrumentos de planificación.
- En el tercer capítulo se realiza la Ilustración parcial del esquema de análisis y reflexiones sobre la evolución y articulación de los instrumentos de planificación territorial en referencia a la salud pública en las ciudades de Medellín y Bogotá para el período 2004-2016. El primer apartado hace referencia al análisis de la coordinación sincrónica, en la cual se identifican las concordancias y desfases entre los referenciales nacionales y distritales en la política de salud pública. El segundo apartado hace referencia al análisis de la coordinación diacrónica que ilustra la continuidad o la ruptura en la evolución de los instrumentos de planificación en relación a la salud pública para la ciudad de Medellín. Finalmente se evocan algunas similitudes y diferencias en la evolución de las políticas de salud pública para las ciudades de Bogotá y Medellín, generando algunas reflexiones sobre las tendencias y alcances de las mismas, sin que esto constituya una comparación o algún tipo de calificativo al desarrollo de la ciudad. La ilustración parcial del esquema de análisis no corresponde a una investigación detallada de las políticas de salud de Bogotá o Medellín, sino a un ejercicio que proporciona los elementos para la discusión y reflexión alrededor del esquema de análisis.

Finalmente se presentan las conclusiones sobre el ejercicio desarrollado para la *política social de salud pública* y su relación con los procesos de territorialización y coordinación entre los diferentes instrumentos de planificación.

1. BASES CONCEPTUALES PARA LA PROPUESTA DE ESQUEMA DE ANÁLISIS DE LA POLÍTICA DE SALUD PÚBLICA DESDE UN ENFOQUE SECTORIAL – TERRITORIAL –TEMPORAL

En este capítulo se encuentran las bases teóricas y conceptuales que soportan el esquema de análisis, dividido en cinco partes: En la primera se aborda el concepto de políticas públicas y política social, como marco de desarrollo del trabajo, en la segunda parte se desarrolla el concepto de salud pública entendida desde las lógicas de regulación sectorial y territorial, definiendo los límites temáticos y conceptuales para el abordaje de la salud.

En la tercera parte se lleva a cabo el análisis cognitivo de las políticas públicas, describiendo los *referenciales* de política pública y los *niveles de percepción*: valores, normas, algoritmos e imágenes. En la cuarta parte se desarrolla el sistema socio-territorial de análisis de políticas públicas territoriales, propuesto por Monnet y desarrollado por Roa, donde se establece la inter-determinación entre territorio, territorialidad y territorialización.

Por último, se abordan los instrumentos de análisis de la dimensión temporal de salud pública, donde se describen los procesos de análisis de coordinación diacrónica y sincrónica.

1.1 *La política pública y la política social*

El desarrollo del Estado moderno se ha realizado por medio de diferentes mecanismos e instrumentos, estos pueden ser: constitucionales, jurídicos, electorales, de asistencia social, de gobierno y administración. Es así, que a medida que ha cambiado la sociedad el rol del Estado se transforma. Satriano (2006) afirma que el desarrollo del capitalismo obligó al Estado a proveer asistencia y ser el soporte de todo aquel que tuviese necesidades como

consecuencia de las transformaciones económicas. En este aspecto el Estado toma un rol de mediador social para el sostenimiento de la sociedad.

Las políticas públicas se han enfocado en dos áreas claramente identificables, como lo son: la política económica y la política social. La primera tiene como objetivo brindar un marco para el desarrollo de la sociedad capitalista, como la política fiscal, monetaria, laboral o comercial, entre otras. La segunda tiene como objetivo mitigar los efectos negativos de los ajustes económicos y brindar protección a la población que no se vincula de una manera efectiva al sistema productivo. Siguiendo a Ruiz (citado en Satriano, 2006) el Estado debe cumplir ciertas funciones, como incidir en la reproducción de la fuerza de trabajo, prevenir y/o controlar la conflictividad social. Entre las políticas sociales desarrolladas por el Estado se encuentran: educación, vivienda y salud, entre otras.

Ahora bien, la definición de política pública se realiza con el objetivo de establecer límites y características que enfocan este estudio, teniendo como guía de investigación la política social.

1.1.1 Definición de Política Pública

Para enmarcar e iniciar con la interpretación de políticas públicas en relación con la normatividad, se entiende que:

Las normas jurídicas no son la política pública, en la norma encontramos: directrices de política, criterios, procedimientos, definiciones de ámbitos de intervención de la acción de gobierno y responsables estatales o privados (Lozano, 2008, p. 23).

Con esto se entiende que la política pública es un *proceso social de decisión* que está encabezado por el Estado, pero en el cual participan múltiples actores, es

decir, son las acciones que bajo un marco jurídico de estabilidad se emprenden para la solución o modificación de una situación.

Uno de los elementos fundamentales para el funcionamiento de las políticas públicas según Renate Mayntzes:

Los sistemas administrativos asociados a las formas y prácticas de intermediación con la sociedad, esto nos permite asociar las diferentes formas de acción gubernamental con la modificación de una situación o problemática de la sociedad (citado en Lozano, 2008, p.37).

En este punto es preciso mencionar que de acuerdo a Jolly (2011) la estructura política y administrativa de Colombia, establece un sistema descentralizado controlado. Por lo tanto hay jerarquía de gobierno, que va desde un nivel nacional a un nivel local, en este aspecto existen negociaciones donde la sociedad civil es más activa y visible a nivel local, por lo cual, se puede afirmar que en cada territorio se dan formas disimiles de abordaje y solución de problemas. Ahora bien, según la finalidad de las políticas públicas:

Son las acciones de gobierno, es el gobierno en acción, que busca la forma de dar respuestas a las diversas demandas de la sociedad, esto nos permite identificar cómo las acciones de gobierno, están dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, por medio de las solicitudes específicas tanto en tiempo como espacio (Salazar, 2011, 145).

A partir de esta línea, son las políticas públicas las que definen los cursos de acción que afectan significativamente el desarrollo social (política social) y económico (política económica) de un país o territorio, es por esto que no sólo la relación entre las políticas públicas y la sociedad debe ser objeto de análisis, sino la relación entre las diferentes políticas públicas, donde su producción se genera en ámbitos y lógicas de regulación disimiles.

1.1.2. *La Política Social*

La identificación del marco de acción y propósitos de la política social en las acciones del Estado, se pueden definir a partir de las lógicas políticas, sociales y económicas que éstas representan, es así que Amartya Sen (2002) define que el propósito de las políticas sociales es “no solo el acceso a bienes y servicios, sino a una disposición de libertad o capacidad de elección” (p.75).

Bajo este planteamiento la política social no se debe centrar sólo en brindar los bienes o servicios, sino en la posibilidad para la elección. El cual se realiza en el marco de una corriente liberal que prioriza la libertad o posibilidad de elección, sobre cualquier otro principio. Esta corriente ha dominado la orientación de la política social hace veinte años, permitiendo algunos avances en cobertura, acceso y calidad del servicio, delegando a privados las responsabilidades de prestación de servicios y, aun así, persisten limitaciones en el ejercicio de libertad con elección.

Para entender el carácter prestacional de la Política Social, es necesario entender los dos sesgos que esta toma. Siguiendo a Barrantes (citado en Satriano, 2006) identificamos uno reproductivista (incrementa el bienestar social) y redistributivista (redistribución del ingreso). El primero nos indica el mantenimiento y mejoramiento de unas condiciones mínimas donde el Estado es el responsable de las mismas y garantiza el equilibrio social; en el segundo se dan unas garantías para promover el acceso al sistema productivo y la movilidad social, brindando un marco de condiciones para tal efecto.

A partir de la crisis del Estado de bienestar y la expansión del modelo neoliberal se proponen grandes cambios, que de acuerdo a Satriano (2006) se basan en “la transformación de las relaciones sociales entre los principios de organización del sistema de bienestar social que comprenden al Estado, el mercado y la familia” (p 67)

En este aspecto se cuestiona el papel del Estado como único responsable de un equilibrio social, que ahora debe estar regulado por las fuerzas del mercado y la capacidad de las familias en adaptarse y asumir responsabilidades.

Es así como la política social a partir de la implantación del modelo neoliberal, no tiene el propósito de la universalización (esto por pérdidas de eficiencia), sino que se caracteriza por la focalización, restricción a los servicios básicos y a la delegación de funciones de administración y prestación de servicios a agentes privados.

Retomando el concepto de Amrtya Sen (1995), se puede decir que se brinda un marco para la libertad de elección y se presentan grandes restricciones para el acceso a servicios básicos como la educación, la salud y la vivienda. El proceso de transformación del modelo neoliberal, se inicia con un giro respecto a la focalización y a la regulación por parte del mercado de servicios sociales, es así como un enfoque territorial es más amplio y dinámico en la interacción social.

Según Sartriano (2006) la perspectiva ampliada de una política social, debe ser una política de desarrollo social dirigida al conjunto de la sociedad y no sólo a los sectores más vulnerables, articulando esta perspectiva al enfoque territorial, se puede decir que la política de desarrollo territorial es una política social.

La mirada integral de las políticas sociales se encadena claramente a planes de desarrollo territoriales o planes sectoriales. El primero propende por el desarrollo de la población en su conjunto, y es así como un Plan de Desarrollo Municipal tiene componentes de educación, vivienda y salud para toda la población; y el segundo, propende por el bienestar de la población en un componente: el Plan Sectorial integra a toda la población con un objetivo, como es el caso del Plan Nacional de Salud.

Desde esta visión se puede identificar una política social en el marco de una política pública. Meny y Thoening (citado en Salazar 2011) proponen que la política pública debe contener cinco elementos: conjunto de medidas concretas, asignación de recursos, un marco general de acción, individuos o grupo población objeto de la acción y metas u objetivos, en función de normas y valores.

De esta manera se evidencia que no cualquier acción o iniciativa gubernamental es una política pública o social, prestando especial interés en el último elemento que fortalece la acción gubernamental, ya que responde a una lógica concreta y pone en perspectiva el sentido final de la política pública o social.

Ahora bien, para identificar una política social, se parte de la identificación de un aspecto social, para luego identificar el rol y los mecanismos bajo los cuales se desarrolla la misma.

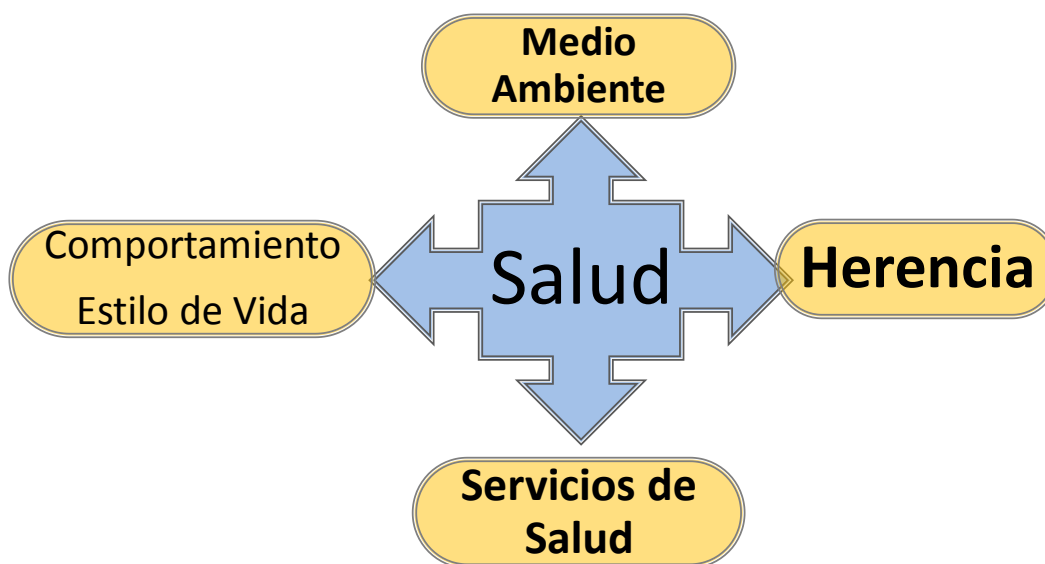
1.2 La salud pública entendida desde las lógicas de regulación sectorial y territorial

Para abordar el concepto de Salud Pública es necesario remitirse a la OMS (2008) donde se define como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la usencia de enfermedad”. Esto permite pensar en salud como algo positivo, como una condición de bienestar y como elemento necesario para el desarrollo humano y social. En este marco la salud pública es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población.

De acuerdo a Molina (tomado en Blanco, 2007), la salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud. En este marco se deben determinar algunos factores que condicionan o son determinantes generales en salud, que según Blanco (2007) son: medio-ambiente, comportamiento, herencia y servicios de salud; cada uno

correlacionado, que desde un ámbito de desarrollo son necesarios y fundamentales para el bienestar social e individual.

Figura 1
Determinantes Generales en Salud



Fuente: Elaboración propia a partir de Blanco (2007)

El marco de análisis se centrará en tres de estos determinantes: *medio-ambiente*, que hace referencia a los físico, socioeconómico, educación, pobreza, vivienda e ingreso; *comportamiento o estilo de vida* que hace referencia al descanso, ejercicio, alimentación, salud sexual, violencia, equidad de género y sustancias psicoactivas; y *servicios de salud* que hace referencia a la red de atención, condiciones sanitarias, programas de prevención y los recursos disponibles para la atención colectiva. Finalmente se excluye la *herencia*, ya que ésta se refiere a condicionamientos genéticos, que en el corto y mediano plazo se escapan de procesos de intervención o análisis desde la ciencia política y pertenece más al campo de la medicina o epidemiología.

En Colombia ha sido consagrado el derecho a la salud y se ha definido de acuerdo a su naturaleza jurídica en dos conceptos, el primero referido al vínculo por

conexidad al derecho a la vida, puesto que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su vida; el segundo elemento definido sitúa el derecho a la salud desde un carácter asistencial, ubicado en las referencias funcionales del denominado estado de derecho, en razón que su reconocimiento impone acciones concretas (Corte Constitucional, Sentencia T-484 de 1992, MP. Simón Rodríguez Rodríguez y Jaime Sanín Greffenstein).

Esta investigación se enfoca en el terreno asistencial/prestacional desde un ámbito colectivo que se denomina salud pública, la Corte Constitucional en la sentencia T489 de 1998, define que los derechos prestacionales o de segunda generación como la salud, no son de cumplimiento inmediato, sino que su eficacia depende fundamentalmente de dos decisiones: una política y otra según la capacidad económica para llevar a cabo esa decisión. Es por esta razón que la progresividad en la ampliación de los servicios y programas de salud pública es una decisión que depende de la capacidad económica y de la voluntad política de emprender unas acciones consecuentes para dicha acción. En el contexto de Colombia, las ciudades que cuentan con mayor disponibilidad de recursos, son las que pueden emprender mayores acciones progresivas para garantizar el derecho.

Es en este aspecto la política social de salud pública, se enmarca en el ámbito colectivo y no individual del aseguramiento, de acuerdo al carácter integral que debe contener dicho aspecto en la sociedad, y bajo este argumento se realiza el análisis a los componentes de salud pública, tanto de orden nacional como distrital o municipal, según sea el caso. Para entender el funcionamiento de la política social de salud es necesario comprender sus lógicas de regulación, que no se suscriben solamente aun sector sino al territorio.

1.2.1 *Lógicas de Regulación en las Políticas Públicas*

La lógica de regulación de acuerdo a Muller (2010) hace referencia al cómo se construye y bajo qué propósitos administrativos u organizativos se define el modo

de acción de una política pública, es así que se identifican dos lógicas de regulación de política pública: una sectorial y otra territorial. Siguiendo a Muller la primera corresponde a una temática o especialidad; y la segunda se relaciona directamente con un espacio físico. Estas dos lógicas no son independientes o excluyentes, sino que permiten especializar su accionar. Para el caso de la Salud Pública existe una *Plan Nacional* que brinda las directrices sectoriales y un *Plan de Desarrollo Territorial* que integra y orienta todas las necesidades de la sociedad en su conjunto, incluida la salud.

1.2.1.1 La Lógica Sectorial

Los procesos de las políticas públicas han establecido lógicas políticas y administrativas para regir el Estado, por ejemplo:

Los procesos de política pública en Francia, identifican la sectorización como un elemento de desarrollo de políticas públicas, desde esta perspectiva, los sectores son estructurados por profesionales que fijan sus límites de acción, definen reglas de acción y lógicas de intervención, sin que dependa de los territorios. En consecuencia este proceso se define desde un nivel nacional o superior (Muller, 2010, p. 115).

Claramente esta estrategia tiene un propósito y es alinear a los estamentos de gobierno regional o local hacia unas metas, indicadores y propósitos de carácter nacional, que se han profesionalizado y especializado en campos como la salud. Este modelo predominó hasta mediados de los años noventa del siglo pasado en Colombia.

Ahora bien, según Muller (2010) la sectorialidad:

Se basa en la división del trabajo y especialización para la eficiencia de la acción de la política pública y a medida que se desarrolla se genera

relaciones globales sectoriales, entendidas como procesos de mediación social, que ajustan los desequilibrios generados y establecen la relación con la sociedad global, concluyendo que las políticas son la gestión de esas relaciones (p.126).

En consecuencia, el propósito de la creación de sectores no es más que la generación de eficiencia por medio de la especialización de las funciones públicas, esta es la principal razón por la cual cada sector adquiere una lógica de acción particular. En el sector de la salud, predominan actualmente los principios de equilibrio fiscal, mercado y responsabilidad del ciudadano, en referencia a la prevención y el cuidado, característica de una visión de desarrollo neo-liberal, pero específicamente de la lógica médica-epidemiológica. Al establecerse estas lógicas Muller (2010) argumenta que “los sectores tienden a considerarse como totalidades sociales y, como consecuencia de este hecho, a transformar sus objetivos de reproducción sectorial en fines últimos” (p. 103).

Para ejemplificar esto, se ve como la política de salud es absolutamente sectorizada y especializada, y desde un orden nacional se busca la eficiencia de los recursos y su correlación con el objetivo final de bienestar, compartiendo unos valores entre todos los niveles de decisión.

Según Muller (citado en Roth, 2010) esta orientación de política entra en crisis y por tal motivo se ha abierto y flexibilizado frente a las relaciones y problemas en el territorio, este proceso se refuerza por políticas de descentralización y por búsqueda de mayor gobernabilidad y eficiencia territorial de los recursos. En relación a esto, el propósito actual es buscar mayor articulación pero sin perder las relaciones jerárquicas de direccionamiento del Ministerio de Salud.

Para orientar estas acciones se han creado varios instrumentos como el Programa Nacional de Salud, el Plan Nacional de Salud Pública y el Plan Decenal de Salud

Pública, que establecen un marco general de acción, de individuos o grupo población objeto de la acción y metas u objetivos, en función de normas y valores. La normatividad relacionada con esta lógica se encuentra en la Ley 715 de 2001, que define el sistema general de participación (SGP), en relación a las competencias y destinación de los recursos transferidos a la nación destinados a inversión social y funcionamiento, entre los sectores, incluido el de salud. Adicionalmente, se define mediante la Resolución 3042 de 2007, donde se organizan Fondos de Salud de la Entidades Territoriales, la operación y el registro de las cuentas maestras, con lo cual se hace un control y seguimiento estricto a los recursos de *salud* en los entes territoriales.

1.2.1.2 *La Lógica Territorial*

Al abordar la política pública desde una lógica territorial y entendiendo que está se da bajo procesos de descentralización llevados a cabo por el Estado colombiano, el rol que toman los gobiernos regionales o locales, son preponderantes, siendo la política pública la que define su capacidad de acción. De acuerdo a Gerbaux:

El sistema social que debe regularse es un territorio geográfico: intervención dentro del marco de una circunscripción dada (región, departamento...) o dentro de una zona con un estatus particular (por ejemplo la montaña) estos actúan bajo un territorio definido, ya no solamente bajo lógicas sectoriales, sino territoriales (citado en Muller, 2009, p. 79).

Esta lógica busca integrar y potencializar la política pública desde la integralidad de la acción, partiendo de las condiciones de un área geográfica, de los valores - dados por la cultura y la idiosincrasia- y la dotación socioeconómica y ambiental.

Por esta razón las políticas territoriales no sólo buscan cambiar una realidad sino las relaciones sociales del territorio, donde el esfuerzo es coordinado y mediado

por unas tradiciones, valores y dotaciones que determinan las decisiones. En relación, Monnet explica que

la territorialidad a partir del siglo XIX es la capacidad de un actor de ejercer una competencia sobre alguna extensión, mientras en el siglo XX los especialistas de etología animal utilizan el concepto para “designar las relaciones que una especie tiene con un territorio de subsistencia o de reproducción (citado en Jolly, 2012, p. 227).

De acuerdo a esto, los procesos de territorialización han constituido un esfuerzo por acercar el Estado a los ciudadanos, por medio de la descentralización política y fiscal para proporcionar mayor coherencia en su acción. El Estado, según Muller “ha cuestionado la capacidad para hacer admitir un principio de jerarquización y de ordenamiento de las políticas públicas sectoriales, las cuales pueden no necesariamente reconocer una dinámica local” (citado en Jolly, 2011, p. 75).

La principal herramienta para modificar las condiciones de un territorio o sus relaciones, son los *Planes de Desarrollo Territorial*, los cuales tienen competencia en “materia de planeación del desarrollo económico, social y de la gestión ambiental, en el marco de las competencias, recursos y responsabilidades que les han atribuido la Constitución y la Ley 152 de 1994 (Artículo 32).

Retomando el concepto de política social se encuentra que éste se desarrolla en dichos planes, ya que brindan los principios, el marco de acción, las estrategias y la financiación de medio y largo plazo de la política pública. Es así que las entidades territoriales tienen autonomía en materia de planeación del desarrollo económico, social y de la gestión ambiental, en la cual está la salud pública.

1.2.1.3 *La Lógica Secterritorial*

De acuerdo a las lógicas descritas anteriormente, para identificar la relación entre la sectorialidad y la territorialización se retoma la propuesta de Jolly (2011) donde identifica que en Colombia,

asegurar la gobernabilidad obliga al mismo tiempo a regir el territorio con normas centrales aplicadas a una lógica vertical y sectorial (sectorialidad) y a gobernar unos territorios mediante políticas públicas cuya lógica horizontal y territorial (territorialidad) (...) combinando centralización y descentralización, concluyendo en que se práctica una descentralización controlada y vigilada, denominada secterritorialización(p. 155).

Según la división político administrativa dada en el Estado, las políticas sectoriales se deben articular a la lógica territorial y a las condiciones territoriales y generar instrumentos de política pública articulados, generando políticas híbridas o secterritoriales, que se articulan de una manera inconsciente entre las diferentes instituciones y que normalmente comparten algunos principios, pero que en su ejecución utilizan instrumentos diferentes.

La secterritorialidad se explica de acuerdo a Lozano (2008) como las políticas públicas que están circunscritas a ámbitos territoriales específicos como municipios o departamentos, pero su plan funcional se circunscribe a sectores o instituciones que se integran a otros entes de orden superior internacionales, nacionales o regionales. Por esto la influencia y la relación entre los diferentes niveles va más allá de la normatividad y pasa a ámbitos de coordinación y diálogo, que se pueden establecer de manera formal o informal.

1.2.2 Administración de la Salud - Descentralización

Para los esquemas de salud, la administración constituye un elemento fundamental, ya que se establecen las acciones que se pueden acometer, y en este proceso se definen competencias y alcances de las acciones. Identificando dos modelos de administración: centralizado y descentralizado, donde se establece una lógica de relación y una capacidad de adaptación, lo cual es fundamental para la adaptación de la política sectorial en el territorio.

Tabla 1
Competencias en salud - Esquema Centralizado y Descentralizado

Acción Gubernamental	Gobierno Centralizado	Gobierno Descentralizado
Grado de autonomía de los entes territoriales	Mínimo	Máximo regulado
Papel de los organismos centrales	Ejecutor	Regulador y controlador
Papel de los entes territoriales	Ejecutor de acciones	Planificador y ejecutor de las acciones
Mecanismos de control	Ejercidos por el gobierno central	Centralizado y auto-control periférico
Captación y ejecución de recursos	Responsable el gobierno central	Responsable el gobierno territorial
Papel de la comunidad	Participación lejana	Responsable el gobierno territorial
Formas de planeación	Centralizada y normativa	Descentralizada y adaptativa

Fuente: Adaptación a partir de Blanco (2007)

En este esquema se puede identificar que en Colombia se presenta un híbrido entre los dos modelos, lo que se da no sólo en el caso de la salud, sino en vivienda y educación, de acuerdo a Jolly (2010).

Cabe mencionar que el Sistema General de Participación (SGP), transfiere recursos de salud, con destinación específica, a los entes territoriales para que sean administrados. Como se evidencia en la Tabla 1, los entes territoriales se convierten en entes ejecutores, donde la participación y las características territoriales tienen una baja influencia.

Sin embargo, los entes municipales pueden desarrollar acciones en salud con recursos propios. En el marco normativo de Colombia, en el aspecto de descentralización y según las funciones que describe Molina (2007) los municipios deben desarrollar la capacidad institucional que les permita administrar los recursos mejorando la eficiencia, la efectividad, la cobertura y la calidad de los servicios de salud, y se resalta la capacidad institucional como elemento funcional. Sin embargo, según Molina, los pequeños municipios, los entes territoriales y las Direcciones de Salud Municipal no han tenido el personal apropiado ni la capacidad técnica para cumplir sus obligaciones.

En relación, Grindley Thomas (citado en Molina, 2007) explica que los gobiernos municipales no tienen la capacidad de crear vínculos entre los diferentes grupos interesados a fin de promover la cooperación y cumplir los objetivos de la descentralización del sector salud, por lo cual, este punto hace que todo el sistema sea un híbrido entre un modelo centralizado y uno descentralizado.

Los municipios que han desarrollado esa capacidad institucional que menciona Molina, cuentan con flexibilidad frente a los recursos del SGP, gracias a la disponibilidad de recursos propios para el desarrollo de alternativas adecuadas a su entorno y han desarrollado una capacidad institucional adicional a los mínimos que requieren las acciones definidas por el sector central en salud.

1.3 Análisis cognitivo de las políticas públicas

Las instituciones, definen una ruta y unas estrategias para llevar a cabo en el desarrollo de una política pública, que pueden establecer como fin último el bienestar colectivo o satisfacción de las necesidades. En este punto, el Estado para Muller (2010) es el campo de batalla donde se dan los consensos o se imponen las estrategias para lograr un fin. La diversidad de actores con los roles, intereses y posiciones de negociación definen las prioridades y elementos a modificar.

En las sociedades o Estados se definen marcos globales o consensos bajo los cuales se aceptan unos principios y valores, que permiten establecer límites para el desarrollo de las políticas públicas. El análisis cognitivo de las *políticas públicas* según la interpretación de Muller se cuestiona sobre:

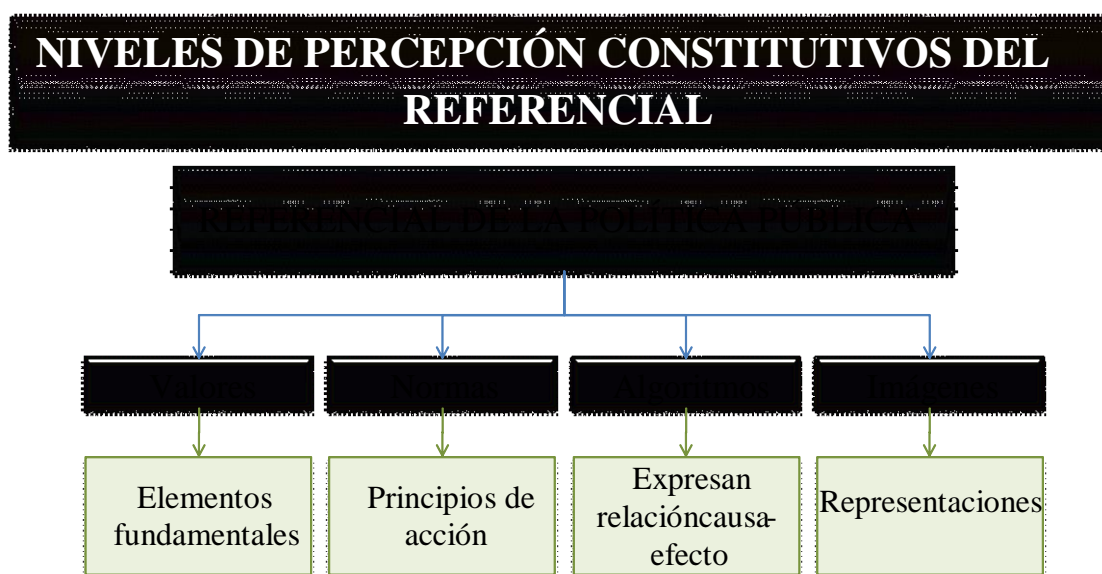
¿Cómo pensar el hecho de que los actores actúan, definen sus estrategias, efectúan elecciones, movilizan recursos (...) en el marco de estructuras de orden global sobre las cuales no tienen sino marginalmente la posibilidad de actuar? (p. 239).

Puesto que son los cambios marginales los que toman relevancia en las dinámicas sociales e institucionales que se realizan de manera paulatina y escalonada. Es así que Muller sugiere centrarse en el elemento marginal, ya que proporciona el cambio en los marcos globales y los consensos, que se consideran estables en el corto plazo, pero en el mediano o largo plazo son dinámicos.

Ahora bien, siendo las *políticas públicas* una representación o una imagen de la realidad, se definen y surgen de marcos referenciales. Muller (2010) argumenta que corresponden a “la imagen cognitiva que los actores van a organizar su percepción del sistema, confrontar sus soluciones y definir sus propuestas de acción” (p. 267).

A partir de esto, se pueden definir niveles, sectores, territorios o poblaciones donde se precisa una visión para el cambio de la realidad y la existencia de un referencial que dé un marco de acción, que según Muller (2010) se encuentra en un conjunto de normas prescriptivas que dan su sentido a un programa político, al definir criterios de selección y modos de designación de los objetivos.

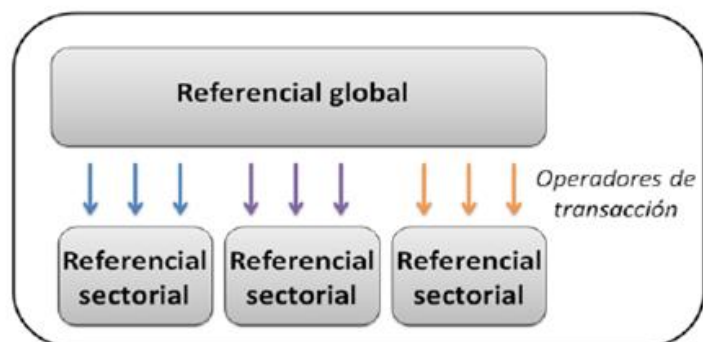
Figura 2
Componentes del Referencial



Fuente: Roa (2011)

Interpretando el *referencial*, Muller (2010) identifica *cuatro niveles de percepción*: *los valores*, que son representaciones fundamentales sobre lo que es bueno y malo; *las normas*, que definen entre lo real percibido y lo real deseado, y que definen unos principios de acción; *los algoritmos*, que son las relaciones causales que se expresan en la teoría de la acción; y *las imágenes* que son unos vectores implícitos de valores, de normas y de algoritmos (Figura 2).

Figura 3
Referenciales y relaciones



Fuente: Bejarano (2012)

En este proceso, Muller descompone en tres elementos las políticas públicas: *referencial global*, *referencial sectorial* y la *relación global-sectorial*, que básicamente son operadores de transacción. En la Figura 3, estos elementos permiten diferenciar, relacionar y articular las políticas públicas en los diferentes niveles y sectores.

Abordando el primero de estos elementos, el *referencial global*, Muller lo identifica como la representación general alrededor de la cual van a ordenarse y jerarquizarse las diferentes representaciones sectoriales, siendo éste un consenso para dirimir los conflictos sociales, sin decir que éste no genere conflictos.

Siendo así, que el *referencial sectorial* es la representación de un sector o disciplina. Entre los sectores se definen claramente fronteras de acción, que según Muller (2010) es la sociedad la que define esas fronteras, donde la agenda política puede generar controversias en sus límites, siendo clave en este proceso la jerarquización que se realiza en el *referencial global* de los sectores prioritarios para la resolución de los conflictos sociales.

Finalmente, la *relación global-sectorial* se da por medio de unos operadores de transacción, según Muller el empotramiento en el *referencial global* es básico en el acto fundador de una política pública. Sirviendo como puente entre lo *global* y *sectorial*, se identifica que se comparten valores y normas como elemento de articulación.

Ahora bien, desde una lógica de intervención territorial que tiene como objetivo la gobernancia de los territorios (Jolly, 2012), y que según Monnet se desarrolla en “un sistema de valores que unos actores sociales le asignan a un territorio determinado” (citado en Jolly, 2012, p. 196), haciendo que la lógica sea particular y única para cada territorio.

Por lo cual se puede deducir un conflicto entre los *referenciales globales, sectoriales y territoriales*, en relación a los valores y principios bajo los cuales se postula la política pública, es así que, Jolly (2012) habla de políticas públicas híbridas en cuanto a su lógica de regulación como a su modo de gobierno, es en este punto donde los mediadores u operadores de transacción juegan un papel fundamental para reducir los conflictos propios generados a partir de lógicas disimiles.

Siguiendo a Jolly en la aproximación a la definición de un “referencial territorial” como el sistema de valores que asignan unos actores a un territorio, y retomando a Muller (citado en Jolly, 2012), para este aspecto se comprende que se trata de

(...) una imagen de la realidad sobre la cual se quiere intervenir. Es en referencia a esta imagen cognitiva que los actores van a organizar su percepción del problema, confrontar sus soluciones y definir sus propuestas de acción: este conjunto de imágenes es “el referencial de la política pública” (p. 213)

De acuerdo a esto, Jolly (2012), desde la perspectiva Mulleriana -lógica de regulación territorial-, habla de Referencial Global Territorial (RGT), Referencial Sectorial Territorial (RST), Referencial Territorial Sectorial (RTS) y unos operadores de transacción. Sin embargo, lo especial de este desarrollo es la particularidad que toma el territorio y los valores que la población le asigna, donde se puede reconocer claramente la heterogeneidad entre diferentes regiones o ciudades de un país.

Desde el análisis cognitivo de las políticas públicas, se establece una clara relación entre espacio, valores y acción, que finalmente es el desarrollo de la sociedad desde múltiples aspectos y diversos dilemas.

1.4 Sistema socio territorial para el análisis de las políticas públicas territoriales

En este apartado se expone el esquema de análisis territorial que toma como referencia el concepto de inter-determinación entre territorio, territorialidad y territorialización desarrollado por Monnet (2003), que de acuerdo a Roa (2011) parte de un sistema de valores que definen las relaciones sociales y la construcción de territorio, visto como la acción humana en un espacio determinado.

Es así como Monnet define el territorio como “constructo social, creado por la acción humana, en la medida en que establecen límites y se modifican condiciones” (tomado en Roa, 2011, p 19), siendo a la vez condicionante de las posibilidades de acción. Estas interacciones se encuentran mediadas por un sistema de valor, que terminan siendo los principios bajo los cuales se desarrolló y se desarrolla la acción humana en un territorio (Roa, 2011).

A partir de estas interacciones de la acción, el sistema de valor es descrito por Monnet (citado por Roa, 2011) como:

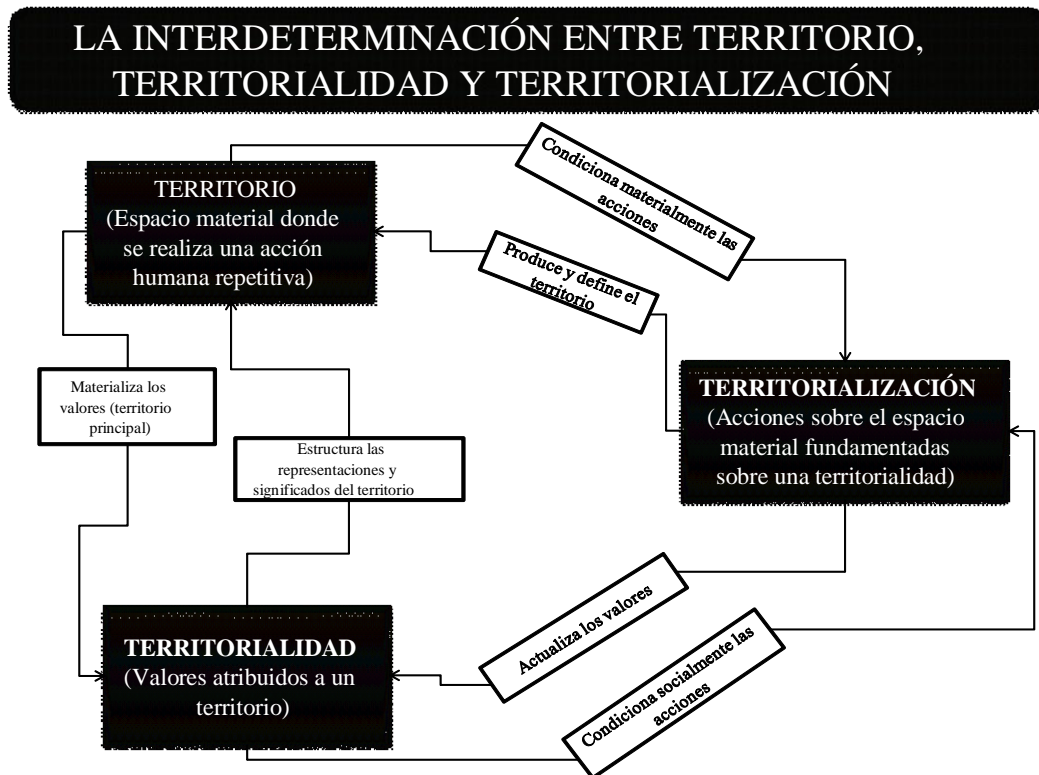
Un círculo de inter-determinación entre conceptualización y producción del espacio” donde, “el territorio es el espacio material y es el producto de la territorialización. La territorialidad [hace referencia al conjunto de] valores atribuidos a un territorio. Y la territorialización [son] las acciones sobre el espacio material fundamentadas sobre una territorialidad (p. 24).

Es una oportunidad para realizar desde una óptica más amplia un análisis particular de la forma cómo se desarrollan las relaciones en el territorio, tomando como base un sistema de valor presente en éste y la acción de la política pública como elemento que se articula con las condiciones del territorio y el sistema de valor atribuido al territorio (idiosincrasia), donde no se establece de forma lineal, sino que se desarrolla bajo el enfoque de una inter-determinación, según Monnet. En la cual la correlación entre los tres aspectos es alta, pero no se puede establecer claramente el inductor de la inter-determinación.

Para simplificar el análisis y comprender el alcance del esquema de Monnet, en la Figura 4 se realiza una interpretación del mismo.

Figura 4

Modelo de Inter-determinación de Monnet



Fuente: Roa (2011)

En este esquema se representa de acuerdo a Monnet, “un ejercicio retrospectivo de análisis, identificando las acciones en relación con la concepción y con los significados que los grupos tienen y atribuyen al territorio que habitan” (citado en Roa, 2011, p. 23)

El elemento central del esquema, es el sistema de valor que se relaciona en el territorio, es decir, el sistema de valor que guía y orienta las acciones en el mismo.

La política en salud pública, se orienta en las conductas y valores sociales frente al cuidado, la prevención y la enfermedad en un territorio.

1.4.1 *La Territorialidad o los valores compartidos en un territorio*

La relación entre territorio y territorialidad se define como una relación, en primera medida, condicionante del territorio sobre la territorialidad, siendo las condiciones físicas determinantes de las acciones humanas y el sistema de valor en el territorio, es así como la geografía condiciona el desarrollo de un territorio. Un claro ejemplo se encuentra en las ciudades de Bogotá y Medellín, la primera se establece en una amplia planicie, que permite un desarrollo rápido, con alta segregación socio-espacial; y la segunda en un espacio escarpado, con el río como elemento articulador al desarrollo de equipamientos que han girado alrededor de éste.

Según Monnet, (citado en Roa, 2011) el paso de territorio a territorialidad, es un paso del espacio como objeto material a un valor, fundado sobre la subjetividad humana. Así que identifica un sistema de valor, que actúa sobre el territorio, lo modifica y acondiciona, en la medida que éste interactúa con el medio, generando modificaciones como los sistemas de transporte. Retomando el ejemplo de las dos ciudades, el sistema de valor parte de condiciones geográficas disimiles, pero opera como elemento diferenciador. Por ejemplo, Medellín basa su sistema de transporte en la eficiencia de movilidad con el Metro-cable, en cambio Bogotá, busca formas más flexibles y económicas de transporte, como es el caso de los buses públicos. El sistema de valor que media, es diferente, pero no sólo por el territorio sino por las condiciones de las relaciones que se constituyen de orden económico, social y cultural.

En el mismo sentido de Monnet, Boiser (citado en Roa) concluye que la acción humana en un territorio organizado “es un conjunto dinámico y en equilibrio permanente, la construcción social transforma todo el tiempo lo que se considera deseable como objetivo y los medios aceptables para alcanzarlo” (2011, p. 31).

Es así como a partir de un territorio dotado y organizado la relación ya no es condicionante sino vinculante, donde el proceso de inter-determinación se refuerza y se particulariza para cada territorio. La dotación y la organización de la política en salud dependen del sistema de valor bajo el cual se concibe la relación global, sectorial y territorial que se desarrolla.

Finalmente Roa (2011) identifica que el desarrollo del territorio es una territorialidad del espacio en el cual se atribuye al territorio un papel como soporte para el desarrollo humano. Siendo ésta una relación que permite el avance hacia condiciones y oportunidades para el desarrollo.

1.4.2 *La Territorialización o producción de la acción gubernamental territorial*

Abordando en primera instancia la relación territorio y territorialización definida por el medio físico bajo el cual se desarrolla, y la acción que busca modificar una situación no deseable o conflictiva, se evidencia que ésta se encuentra mediada por la disponibilidad de la dotación y la organización del territorio, que determina el alcance y las condiciones de la acción. Ahora bien, la relación inversa está definida como la acción que modifica el territorio, esto se da en la dotación y organización del mismo, que de acuerdo a Boiser, es “el territorio socialmente organizado, que constituye la base física y psíquica del desarrollo, es también un sistema adaptativo complejo, dinámico, adaptivo y autopoietico” (citado en Roa, 2011, p. 24).

Ahora bien, la inter-determinación en términos de Monnet es

la territorialización la que transforma el territorio, lo que genera un nuevo ciclo interdependiente o inter-determinado, en el cual las nuevas consideraciones y transformaciones del territorio llevan a una materialización de valores diferentes al anterior, lo que remite a un nuevo nivel de territorialidad y este a uno diferente de territorialización y así sucesivamente. (Citado en Roa, 2011, p. 25)

Siendo un proceso en el que se refuerza y se generan nuevas dinámicas, al entender el territorio de una forma nueva. Esta dinámica se transforma y define según Monnet, en un sistema de valor que media la relación social y la construcción de territorio.

Con esto se cierra la relación entre los tres elementos y se describe la inter-determinación en este modelo, que permite realizar una descripción de la concordancia entre lo físico, social, económico, cultural y las acciones, para identificar un territorio de manera integral y relevante para el desarrollo de una política social.

1.5 *Análisis de la dimensión temporal de los instrumentos de salud pública*

Los instrumentos de acción pública son de acuerdo a Bejarano (2012) herramientas técnicas y sociales para predecir, decidir y actuar sobre un territorio que se desarrollan en conjunto. Al identificar la acción pública como la predicción o decisión, se entiende que la omisión es una acción pública en la medida que se da una exclusión consciente o inconsciente de una situación.

Para poder definir los instrumentos de acción pública Bejarano afirma que “un instrumento de planificación en el sentido de Matus siempre será un instrumento de gobierno y un instrumento de acción pública, aunque es posible que existan instrumentos de gobierno diferentes a la planificación” (p. 35).

A partir de lo cual se identifica la acción pública con los instrumentos de planificación gubernamental, que toman los *referenciales global, sectorial, territorial y sectorial-territorial*, que cuentan con valores compartidos parcialmente con puntos de encuentro y divergencia, siendo los operadores de transacción, un elemento básico para el desarrollo de la acción como tal.

Adicionalmente hay que tener en cuenta las lógicas de regulación sectorial y territorial, que fijan unos criterios orientadores, bajo los cuales los niveles de acción se articulan y se orientan a objetivos específicos. Para la articulación de estos es clave la continuidad o discontinuidad en las acciones, siendo otro elemento de coherencia o conflicto para la modificación de una situación no deseada.

1.5.1 Instrumentos de acción pública y planificación

Al identificar las dos lógicas de regulación: sectorialidad y territorilización, se demuestra que se desarrollan bajo *instrumentos de acción pública* que se entienden como *instrumentos de planeación* que constituyen la carta de navegación y orientación de las acciones desde un plano territorial y desde un plano sectorial. La investigación propone la aproximación de los *referenciales globales, sectoriales y territoriales* a partir de los instrumentos de planificación, para identificar los grados de articulación tanto en niveles como en el tiempo.

Entre algunos elementos de este proceso se pueden identificar, de acuerdo a la definición de Morcillo (2002): el *Plan*, que es conjunto organizado de objetivos y medios destinados a solucionar problemas, previamente identificados de una comunidad u organización; **Planes territoriales** donde su radio de acción cubre la extensión de un territorio y se producen en dos áreas temáticas, a saber: los *planes de desarrollo económico y social*; y *planes de ordenamiento territorial*; y **Planes Sectoriales** que hacen referencia a objetivos o políticas de orden temático, que se formulan o han sido formulados para tratar asuntos específicos

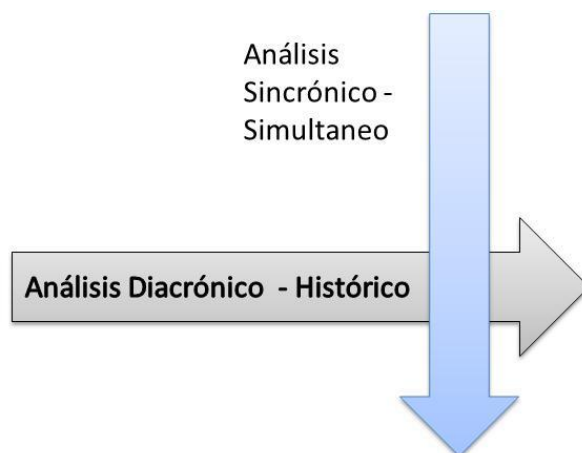
del desarrollo por organismos oficiales o privados, o en forma mixta o concertada, como el *Plan Nacional de Salud*.

1.5.2 Dimensión temporal

El análisis temporal en las políticas públicas define el tiempo de acción, coherencia y continuidad en la modificación de una situación, relacionado a la modificación de *valores, normas, algoritmos e imágenes* en una sociedad ligada a un sector o un espacio físico.

A partir de esto, se desarrolla el análisis propuesto para la Política de Salud Pública y se toma como objeto de análisis los instrumentos de planificación, en los cuales se analizan los *referentes globales, sectoriales y territoriales*, que orientan la política de salud en un territorio, bajo dos esquemas de regulación: *sectorial y territorial*. Para el análisis temporal se seleccionó la propuesta de Bejarano, que consiste en realizar la revisión bajo dos lógicas de análisis: una permite entender las relaciones verticales (sincrónica), y otra permite analizar las relaciones horizontales (diacrónica), como se puede observar en la Figura 5.

Figura 5
Análisis de Simultaneidad – Secuencial



Fuente: Elaboración propia a partir de Bejarano (2012)

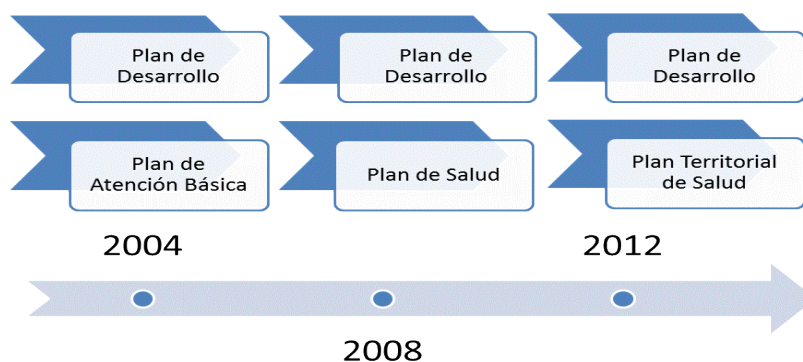
Es así como se propone el análisis de coordinación sincrónica y diacrónica, que consiste en realizar la investigación desde un aspecto de simultaneidad de instrumentos, en un momento específico del tiempo histórico secuencial, que se refiere a modificaciones en un período de tiempo determinado de los instrumentos. Lo que se entrelaza con el análisis sectorial y territorial, de acuerdo a las lógicas de regulación de cada instrumento de planeación.

1.5.2.1 La Coordinación Diacrónica

La coordinación diacrónica hace referencia a la relación o enlace de acciones públicas o de instrumentos de planificación en el tiempo. Bejarano (2012) define la coordinación diacrónica como: “los instrumentos que están coordinados o encadenados, cuando se evidencia en los mismos, la intención de reunir esfuerzos y medios para el logro de un objetivo común” (p. 41).

El desarrollo de éste análisis se enfoca en la escala territorial y se suscribe a los instrumentos de planificación. En este marco se encuentran el *Plan de Desarrollo*, *Planes de Salud*, *Plan de Ordenamiento Territorial* y demás instrumentos que abordan la Salud Pública desde lo territorial.

Figura 6
Coordinación Diacrónica



Fuente: Elaboración propia a partir de Bejarano (2012)

Ahora bien, en el análisis cronológico se identifican desfases en las referenciales de estos instrumentos, ya que una acción propuesta es modificada en un nuevo período, la cual puede estar articulada o puede ser totalmente opuesta. El conflicto entre instrumentos “puede dar a entender que existen desacuerdos entre los actores, que los instrumentos de acción pública no han sido armonizados en sus objetivos o que las políticas públicas en el territorio tienen fines o medios contrarios en el tiempo” (Bejarano, 2012, p. 45).

De igual manera, existe una correspondencia entre los referenciales de los instrumentos de planificación o acción pública, lo que “permite inferir que los instrumentos de acción pública han sido armonizados en sus objetivos o que las políticas públicas en el territorio, tienen fines y medios complementarios” (p. 42). Es así como esa continuidad o ruptura permite establecer una ruta de acción en el tiempo y ver que los valores bajo los cuales se definieron no se han modificado o alterado.

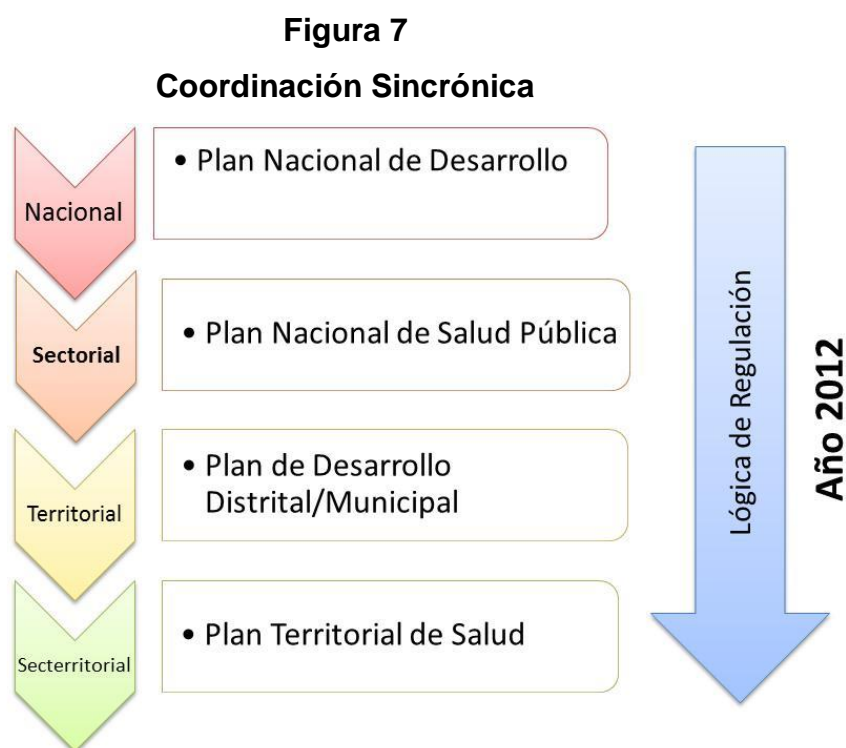
1.5.2.2 *La Coordinación Sincrónica*

Tomando el significado básico de sincronía que se refiere a la física y que según la Fundéu BBVA, lo sincrónico alude a un “proceso que se desarrolla en perfecta correspondencia temporal con otro proceso o causa”, llevándolo al campo de las *políticas públicas* que se refieren a las políticas que se formulan de manera simultánea o que tienen efecto simultáneo. En consecuencia, Bejarano (2012) define las relaciones sincrónicas como “instrumentos de acción pública sugiere la observación de dos o más instrumentos de planificación o de gobierno que coincidan en un tiempo determinado” (p. 31)

De acuerdo a esto, el análisis sectorial se puede remitir a varios instrumentos, como el *Plan Nacional de Desarrollo*, *Plan Nacional de Salud Pública*, *Plan de Desarrollo Municipal* y *Plan Territorial de Salud*. El referencial toma

preponderancia para el análisis de cada uno de estos instrumentos y para el análisis de la coordinación, coherencia y convergencia, que de acuerdo a Bejarano (2012) se deben dar en medios y fines.

Es así como los instrumentos que permiten identificar estas relaciones son los que conciernen a diferentes escalas de decisión, en este caso nacional, regional, local y planes sectoriales que definen acciones e instrumentos.



Fuente: Elaboración propia a partir de Bejarano (2012)

Partiendo del *referencial* se realiza un análisis de la coordinación de principios y la acción en los determinantes: *medio-ambiente, estilo de vida y servicios de salud*, para identificar la coherencia y concordancia de las acciones en salud pública o los desfases desde el abordaje territorial de la salud.

Según Bejarano (2012) el análisis a partir del referencial

“ayuda a entender ciertos desfases o concordancias en las acciones promovidas por los instrumentos con una relación vertical, y dejar entrever conflictos y/o acuerdos entre los actores que construyen y ponen en acción dichos instrumentos en un momento dado” (p. 37).

Con este marco se identifican los mediadores que permiten que las acciones se lleven a cabo y muestra el papel que juegan los planes sectoriales en esa mediación.

A partir de Bejarano se evidencian los desfases que hacen relación a las diferencias o incompatibilidades existentes en la construcción de los referenciales comparados. En el caso de la construcción de *políticas públicas*, se dan por las diferencias en los modelos programáticos políticos, la disponibilidad de recursos o simplemente por los valores en un territorio. Ahora bien, cuando se encuentra una correspondencia o concordancia Bejarano identifica que:

“cuando dos o más instrumentos en un momento dado, se relacionan y actúan bajo los mismos principios y objetivos... el referencial entre dos instrumentos tiene relación, significa que hay una correspondencia de los mismos” (2012, p. 38).

Para que esto ocurra debe haber articulación entre los diferentes niveles de decisión o planificación, o la lógica sectorial de regulación debe ser tan fuerte que oriente las acciones de todo el sector. Este análisis permite establecer las interacciones entre los diferentes niveles de decisión e identificar cómo se articula la política sectorial al territorio o la política territorial al sector.

2. PROPUESTA DE ESQUEMA DE ANÁLISIS DE LA POLÍTICA SOCIAL DE SALUD PÚBLICA DESDE UN ENFOQUE TERRITORIAL Y TEMPORAL

En este capítulo se aborda la propuesta de esquema de análisis de la *política social de salud pública* que se fundamenta en los conceptos teóricos descritos en el capítulo uno de esta investigación, que son la base para examinar la articulación y trayectoria de la *política de salud*. Este capítulo se divide en cinco partes donde se realiza la descripción de los componentes del esquema de análisis. La primera parte se trata de los principios básicos bajo los cuales se desarrolla el esquema de análisis, definiendo así el alcance del mismo.

Para la segunda parte se lleva a cabo la descripción de los determinantes en salud y el modelo que se adopta para el análisis desde un enfoque sectorial-territorial, que servirán de categorías de análisis para los *referenciales*: global, sectorial, territorial y sectorial-territorial.

En la tercera parte se realiza la adaptación del modelo socio-territorial de Monnet para la salud pública, como marco de análisis, desde un abordaje territorial para la inter-determinación entre territorio, territorialidad y territorialización, que permite capturarlas condiciones particulares e irrepetibles de un territorio, área geográfica o ciudad.

Finalmente, con los elementos expuestos se construye el esquema de análisis de la *política social en salud* desde un enfoque socio-territorial temporal. La propuesta es una herramienta de análisis que permite identificar la evolución de la política social de salud pública, en relación al territorio, el tiempo y las dos lógicas de regulación bajo las cuales se define. El propósito de abordar la salud pública desde un enfoque territorial tiene como propósito evidenciar los cambios y las diferencias en el abordaje de las dificultades en salud pública que afronta un territorio y las adaptaciones e interpretaciones que se dan para garantizar el derecho a la salud.

2.1. Principios básicos del esquema de análisis

Para el desarrollo del esquema se parte de unos principios básicos que soportan el desarrollo, la relación y la interpretación de los conceptos abordados, permitiendo definir unos parámetros de acción e interpretación. Para mayor comprensión de los principios, se dividen en tres grupos: uno en relación a las lógicas de regulación sectorial y territorial, el segundo en relación al análisis cognitivo de las políticas públicas y el último en relación a la salud pública. Finalmente se aborda la relación entre los instrumentos de planificación que serán objeto de análisis en la propuesta de esquema de análisis, los cuales son sectoriales y territoriales.

2.1.1. Principios en relación a las Lógicas de Regulación Sectorial y Territorial

- Los instrumentos de planificación de orden sectorial realizan una asignación de metas y resultados para un sector, el cual se define para orientar las acciones de forma global, siendo las entidades territoriales las que llevan a cabo las acciones y la administración de los recursos (SGP y rentas propias).
- La planificación de orden territorial, basa su desarrollo sobre las características físicas, sociales, económicas y culturales, relacionándose de forma intersectorial.
- La Coordinación Sincrónica se da entre diferentes instrumentos de planificación los cuales se encuentran en niveles diferentes del sector salud, por lo que se requiere coordinación en metas y resultados, así hayan sido elaborados en tiempos disimiles. Bajo esta óptica se evidencia la capacidad de los actores a imponer una lógica y las incoherencias o contradicciones propias de un sistema.

- La Coordinación Diacrónica se realiza desde una perspectiva histórica, donde se identifica la continuidad o rupturas en las acciones públicas en el territorio, que se caracteriza por el análisis de instrumentos que se regulan bajo una misma lógica y que se realiza en un período de tiempo definido, permitiendo identificar los cambios en el referencial.
- El análisis sincrónico y diacrónico permite entender de forma más amplia las dos lógicas de regulación sectorial y territorial, entendidas de forma sistemática las relaciones verticales y horizontales del referencial de las políticas sociales de salud pública. Generando así, discontinuidades cronológicas evidentes en el territorio, por las decisiones y acciones sucesivas y paralelas que se llevan a cabo sobre el mismo, concibiendo esto como la territorialización.
- Comprendiendo que las acciones en el territorio se dan de forma secterritorial, lo que implica una combinación de lógicas de regulación y la coordinación sincrónica y diacrónica, que se reflejan en los procesos de territorialización como lo define Monnet, de acuerdo a la orientación pública: de llevar a cabo acciones oportunas y no aisladas.

2.1.2. Principios en relación a las Dimensiones Cognitiva de la Acción Pública

- De acuerdo a Bejarano (2012) el análisis de la acción pública desde la perspectiva de los instrumentos de planificación es un método para identificar y analizar los cambios en la construcción del referencial o de las formas de territorialidad.
- Un instrumento de acción pública se incorpora como un instrumento de gobierno que se desarrolla y esboza en los instrumentos de planificación. Siendo estos últimos los que definen las herramientas técnicas y sociales bajo las cuales se realiza la asignación de acciones, metas, resultados y

presupuesto. Estos instrumentos son de orden territorial toda vez que cuentan las asignaciones descritas.

- En las representaciones que se dan en los instrumentos de planificación se pueden identificar los valores y normas sociales que median en la sociedad, en las cuales se realiza la jerarquización de problemas, que permiten entender la lógica que predomina.
- El referencial en los instrumentos de planificación sectorial y territorial (políticas públicas) se relaciona con los **determinantes en salud**, que para este esquema de análisis son: *estilo de vida, sistema de salud pública, medio ambiente y condiciones socioeconómicas*. Bajo la lógica del análisis cognitivo de las políticas públicas se deben identificar los **niveles de percepción**: *valores, normas, algoritmos e imágenes*.
- El referencial que se identifica y construye para uno de los atributos de la ciudad, como lo es la *salud pública* y su representación en el *referencial territorial global* (RTG), el cual articula y regula dimensiones sociales en un proyecto concertado de territorio.
- El *referencial territorial sectorial*(RTS),se articula con dos lógicas: la sectorial y la territorial, siendo la última la de mayor grado de influencia, realizando avances en áreas que no se han explorado bajo la lógica sectorial, lo que permite identificar atributos urbanos, resultantes de procesos de coordinación y concertación entre el RTG (factor principal) y el RS (factor secundario).
- El *referencial sectorial territorial* (RST) se articula con dos lógicas: la sectorial y la territorial, siendo la primera la que lo define, puesto que ésta se articula con las metas, los propósitos y resultados de la lógica sectorial, lo que impone la especialidad sobre los atributos territoriales y se define en el proceso de

coordinación y concertación entre el RS (factor principal) y el RTG (factor secundario).

- Los conflictos, incoherencias y contradicciones entre los referenciales permiten identificar las tensiones propias de procesos de negociación, transformación e innovación en la política de Salud Pública, ya que se yuxtaponen dos lógicas de regulación: valores y condiciones espaciales, sociales y culturales diversas.

2.1.3. Principios en relación a la Salud Pública

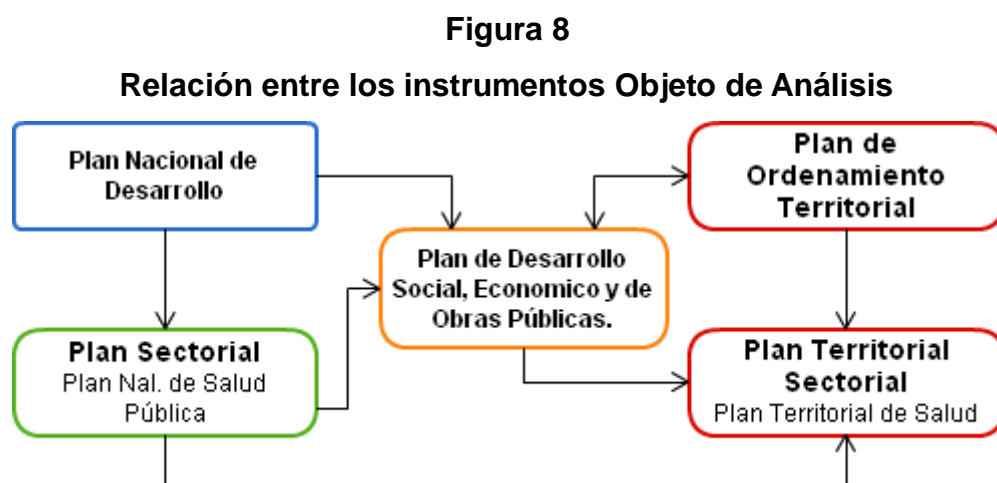
- Los determinantes en salud intermedios son el referente para realizar el análisis de salud pública. Siguiendo el Modelo de Dahlgren y Whitehead se habla de la esfera colectiva de la salud, que se aborda a partir de instrumentos de planificación.
- Se definen cuatro categorías de análisis para los determinantes intermedios en salud, que son de impacto en el corto y mediano plazo: *estilo de vida, sistema de salud pública, medio ambiente y condiciones socioeconómicas*, descritos por la Comisión de Determinantes en Salud de la OMS.
- El análisis para la salud pública se relaciona estrechamente con las acciones y competencias propias en los diferentes niveles de planificación, identificados como nacional, sectorial, territorial y secterritorial, definidos por su escala de acción espacial, temática y regulación ejercida.
- La progresividad en la prestación de los servicios de salud y de garantías de un derecho no se realiza de forma homogénea en un país, la reglamentación que lo define en Colombia es: Ley 152 de 1994, Ley 715 de 2001, Decreto 1151 y 1122 de 2007, Decreto 1414 de 2010, el Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 412 de 2000; las cuales regulan competencias y alcances en la

planificación de la salud pública, puesto que se refieren a responsabilidades presupuestarias, de vigilancia y control de la salud.

- La lógica sectorial establece el desarrollo de instrumentos como: *Plan Nacional de Salud Pública* (Ley 1122 de 2007, Art. 33) y *Plan de Salud Territorial* (Resolución 425 de 2008), que deben estar articulados para el mejoramiento del estado de salud de los ciudadanos, permitiendo la mayor coherencia entre acciones y metas.

2.1.4. Instrumentos Objeto de Análisis

En la Figura 8 se describe la relación y los instrumentos que se tendrán en cuenta para realizar el análisis. Definiendo las jerarquías y articulaciones según la Ley y los procedimientos.



Elaboración propia.

Para entender las relaciones que se constituyen entre los instrumentos de planificación se realiza la siguiente descripción:

- **Plan Nacional de Desarrollo (PND)** tiene como objetivos, de acuerdo con la Ley 152 de 1994, definir los objetivos nacionales y sectoriales de la acción

estatal a mediano y largo plazo según resulte del diagnóstico general de la economía y de sus principales sectores y grupos sociales; establecer las metas nacionales y sectoriales de la acción estatal a mediano y largo plazo y los procedimientos y mecanismo generales para lograrlos.

- **Plan Nacional de Salud Pública(PNS)**,de acuerdo a la Ley 1122 de 2007, tiene como objetivo la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.
- **Plan de Desarrollo, Económico y de Obras Públicas Territorial.** De acuerdo a la Ley 152 de 1994 define que su radio de acción cubre la extensión de un territorio, que se relaciona con los aspectos económicos, sociales y culturales. Estos planes de desarrollo estarán conformados por una parte estratégica y un plan de inversiones. Estos deben tener coherencia y articulación con la planeación nacional y la de las entidades territoriales.
- **Plan de Salud Territorial**, de acuerdo al Decreto 3039 de 2007, tiene como objetivo, identificar opciones de mejora en salud, focalizar necesidades de asistencia técnica, generar planes de mejoramiento, concertar un Plan de Asistencia Técnica a todos los actores del sistema de protección social y entender el plan como un instrumentos para el mejoramiento del estado de salud de la población. Estos están a cargo de las direcciones territoriales de salud, articulando el enfoque poblacional, de determinantes y de gestión social del riesgo.
- **Plan de Ordenamiento Territorial (POT)**, de acuerdo a Morcillo (2002), éste trata los asuntos básicos que se relacionan con la ocupación y uso del suelo, el manejo y aprovechamiento de los recursos naturales, la protección del medio ambiente, la dotación y distribución de los servicios de agua potable,

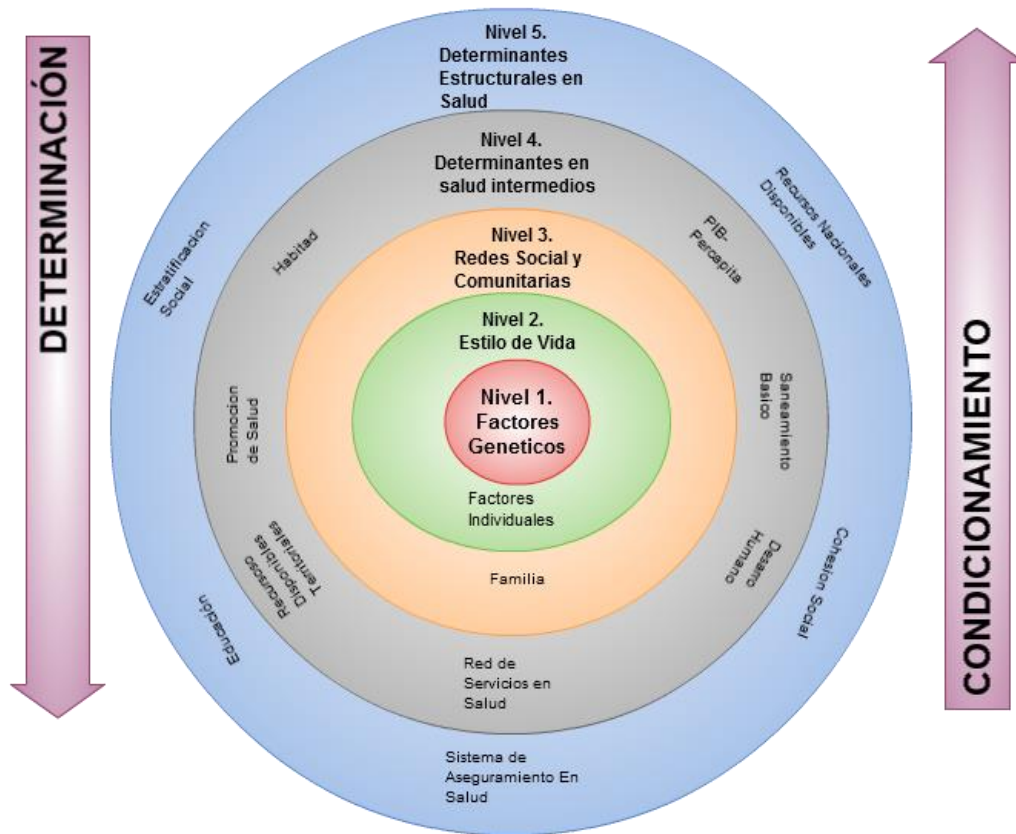
alcantarillado, energía y comunicaciones, el equipamiento y suministro de los servicios de educación, salud, recreación, seguridad, mercados, abastecimientos, entre otros. Finalmente la Ley 388 de 1997 define el objeto del ordenamiento del territorio, que complementa la planificación económica y social con la dimensión territorial, racionaliza las intervenciones sobre el territorio y orienta su desarrollo y aprovechamiento sostenible.

2.2. *Análisis de los determinantes de salud pública desde un enfoque sectorial – territorial*

Para definir un marco de análisis para los determinantes sociales que afectan la salud pública o sus resultados, se toman dos propuestas de análisis de *determinantes en salud*, y como base se toma la propuesta de Dahlgren y Whitehead que desarrolla Omiso (2007) donde las desigualdades sociales en la salud son el resultado de interacciones entre diferentes niveles de condiciones causales, desde el individuo a las comunidades y al nivel de políticas de salud pública. Es así como abordar diferentes niveles permite diferenciar escalas de decisión, cambio y acción de actores en un momento específico.

Complementando el esquema descrito en la propuesta de la Comisión de Determinantes en Salud de la OMS, se definen determinantes estructurales e intermedios en salud, los primeros hacen referencia a la cohesión social, educación, sistema de aseguramiento y estratificación social; para el segundo se define habitad, saneamiento básico, promoción de salud, PIB-percapita, acciones colectivas en salud y desarrollo humano. Estos elementos se incorporan como dos niveles superiores en el modelo propuesto por Dahlgren y Whitehead (2001). La Figura 9 ilustra la complementariedad en los modelos de análisis.

Figura 9
Modelo Dahlgren y Whitehead – Determinantes en Salud



Fuente: Elaboración propia a partir de Moisso (2007) y Dahlgren y Whitehead (2001)

Definiendo así, cinco niveles de interacción para los determinantes en salud, que van desde lo genético hasta lo estructural. Esta investigación se centra en el Nivel 4, el cual permite identificar las acciones que se pueden emprender desde el ámbito territorial, para incidir en los determinantes en salud.

Entendiendo el modelo desde una óptica sectorial y territorial, a partir del Nivel 4 como principal elemento de análisis en la salud pública territorial que se relaciona estrechamente con las acciones y competencias propias a nivel territorial, los determinantes intermedios en salud donde se especifican cuatro categorías: *estilo de vida, sistema de salud pública, medio ambiente y condiciones socioeconómicas.*

Figura 10

Política de Salud Territorial a partir de determinantes en salud



Elaboración propia.

La Figura 10 ilustra claramente los componentes que la integran, realizando una descripción detallada de cada categoría y su relación con la política territorial y sectorial de salud pública. En relación, se definen competencias y responsabilidades para cada categoría, tomando la guía para la construcción de los planes territoriales del Ministerio de la Protección Social en el 2008, se pueden identificar algunas competencias que se señalan en la Tabla 2.

Tabla 2

Competencias por categoría de Determinante en Salud

Definidas en la guía para la construcción de los planes de salud territoriales

Categoría	Política Sectorial	Política Territorial
Comportamiento-estilo de vida	Definir las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.	No define nada.
Sistema de salud pública	Adquirir y distribuir, directamente o a través de terceros, los biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI.	Coordinar el desarrollo y operación de la vigilancia en salud en sus componentes de vigilancia en salud pública, vigilancia sanitaria e inspección, vigilancia y control en la gestión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, en su jurisdicción. Adoptar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras que para la ejecución del Plan de Salud Territorial defina el Ministerio de la Protección Social.
Medio ambiente	Definir y desarrollar en coordinación con los actores intra y extrasectoriales, los componentes que fortalecerán la capacidad nacional para cumplir con el Reglamento Sanitario Internacional.	Ejercer la autoridad sanitaria para garantizar la promoción de la salud y la prevención de los riesgos y la recuperación y superación de los daños en salud en su jurisdicción.

Fuente: Elaboración propia a partir del Ministerio de la Protección Social (2008)

Si bien los determinantes se deberían relacionar con la *política sectorial de salud y territorial*, éstas se limitan a funciones de vigilancia y control, lo que limita la interpretación de estos a partir de los *planes de salud territorial*, si se ciñen a estas competencias. Este elemento se debe explorar con mayor profundidad, ya que las entidades territoriales han ampliado nuevos conceptos y coberturas en salud.

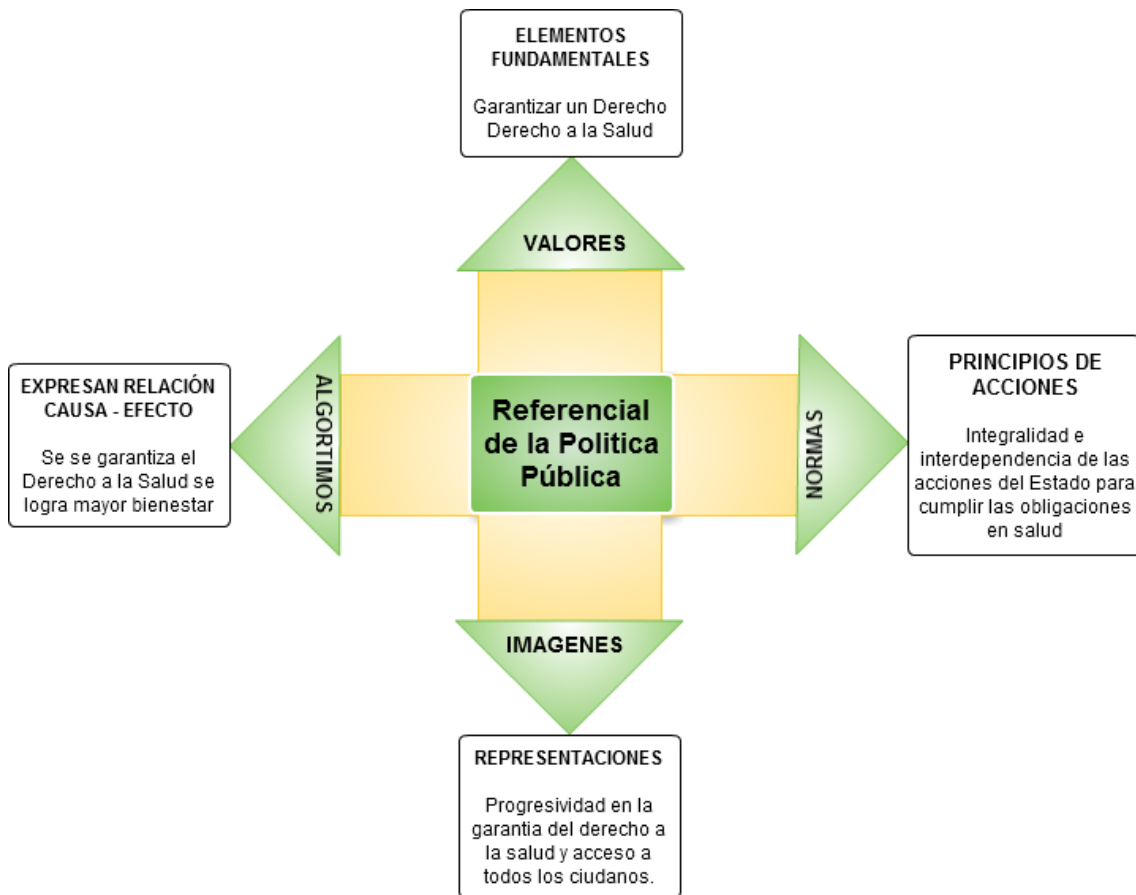
Este es el punto de partida para el *análisis en salud pública* con el cual se brinda el marco y las categorías que se desarrollan en el análisis del *Referencial sectorial, territorial y secterritorial*.

2.3. *Análisis de las lógicas de regulación sectorial y territorial a partir del referencial de las políticas públicas*

Para el análisis de los referenciales en relación a la salud se toman los cinco niveles de percepción constituidos por el *Referencial Global (RG)*, *Sectorial (RS)*, *Global Territorial (RGT)* y *secterritorial* que se componen por el *Referencial Sectorial Territorial (RST)* y el *Referencial Territorial Sectorial (RTS)* referidos en la Política de Salud Pública, en sus diferentes escalas.

Es así que a partir de la propuesta de Muller (2010) descrita en el capítulo uno, se realiza la adaptación para la política de salud de los niveles de percepción. Para ilustrar las relaciones se proponen los siguientes elementos:

Figura 11
Niveles De Percepción Del Referencial En La Política Pública En Relación A
La Salud Pública



Fuente: Adaptación propia a partir de Roa (2011)

Para definir cada nivel de percepción se tiene que tener en cuenta:

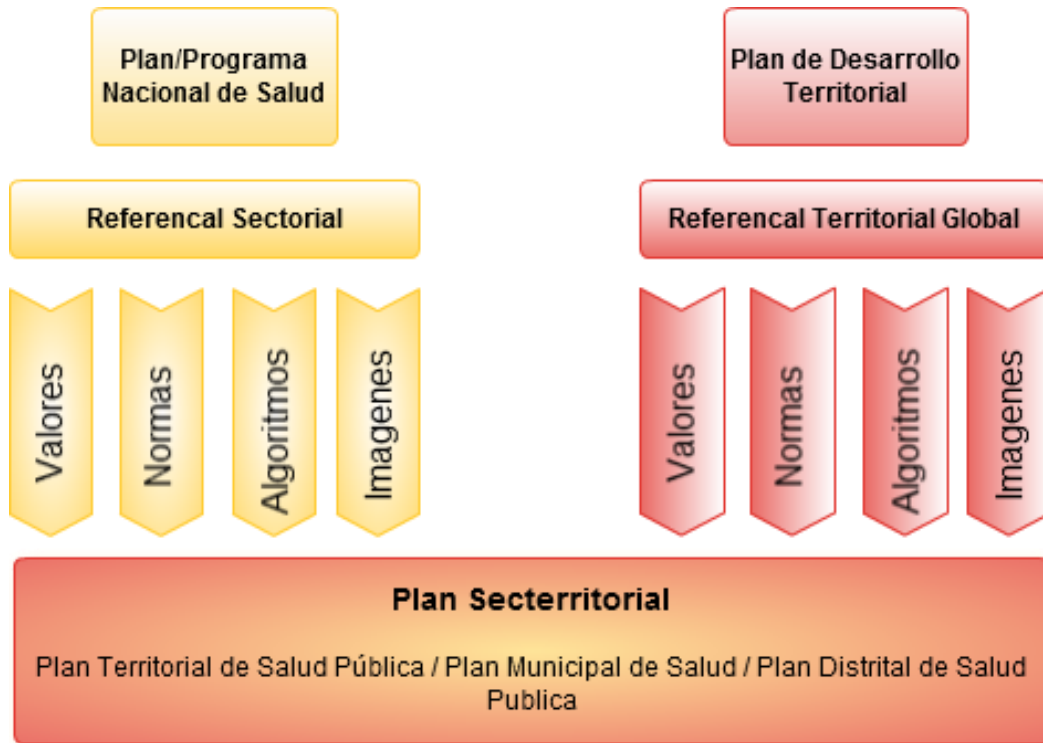
- Valores: es un primer nivel de percepción que según Muller (2010), son “las representaciones fundamentales sobre lo que es bien y lo que es mal, lo deseable o lo que está por descartar” (p. 64). En este caso estarían orientados a definir un estado de salud adecuado para la población para el bienestar general de la misma, garantizando el derecho a la salud y por conexidad el derecho a la vida.

- Normas: son un segundo nivel de percepción donde se “definen las diferencias entre lo real percibido y lo real deseado” (Muller, 2010, p. 64), para *salud* se encuentran definidas en leyes, resoluciones del Ministerio de Salud, decretos, documentos COMPES y sentencias de la Corte Constitucional, donde se definen los alcances del servicio de salud pública como un servicio prestacional, progresivo y que depende de la disponibilidad de recursos por parte del Estado.
- Algoritmos: son “relaciones causales que expresan una teoría de la acción” (Muller, 2010), con lo que se constituye el tercer nivel de percepción con la relación causa - efecto, donde se abordan los determinantes en salud, elemento para garantizar el derecho a la salud y el bienestar general de la población.
- Imágenes: el último nivel se refiere a los “‘atajos cognitivos’ que le dan significación inmediata a lo que se hace” (Muller, 2010). La política de salud puede ser pensada como una política social de bienestar social y ayuda social a los más desfavorecidos.

Ahora bien, a partir de éstos elementos se identifica la lógica de regulación y el grado de influencia que tiene sobre la política sectorial, sin embargo, aun así, se reconoce la mixtura entre las lógicas sectorial y territorial.

En este marco el análisis corresponde a la identificación de los grados de sectorialidad o territorialidad, a partir de la coherencia y concordancia entre los niveles de percepción, que indicarían la articulación o subordinación a alguna de las dos lógicas (Figura 12).

Figura 12
Articulación Secterritorial



Elaboración propia.

El análisis cognitivo de las políticas públicas propuesto por Muller en relación a los RG y RS, y el desarrollado por Jolly en relación a los RGT, RST y RTS, permiten articular dos lógicas de regulación con los niveles de decisión y de percepción, definiendo así una metodología de análisis para el complejo intrincado de actores públicos que intervienen en decisiones en materia de la *política social de salud*.

2.4. Análisis de la dimensión temporal de los instrumentos de salud pública

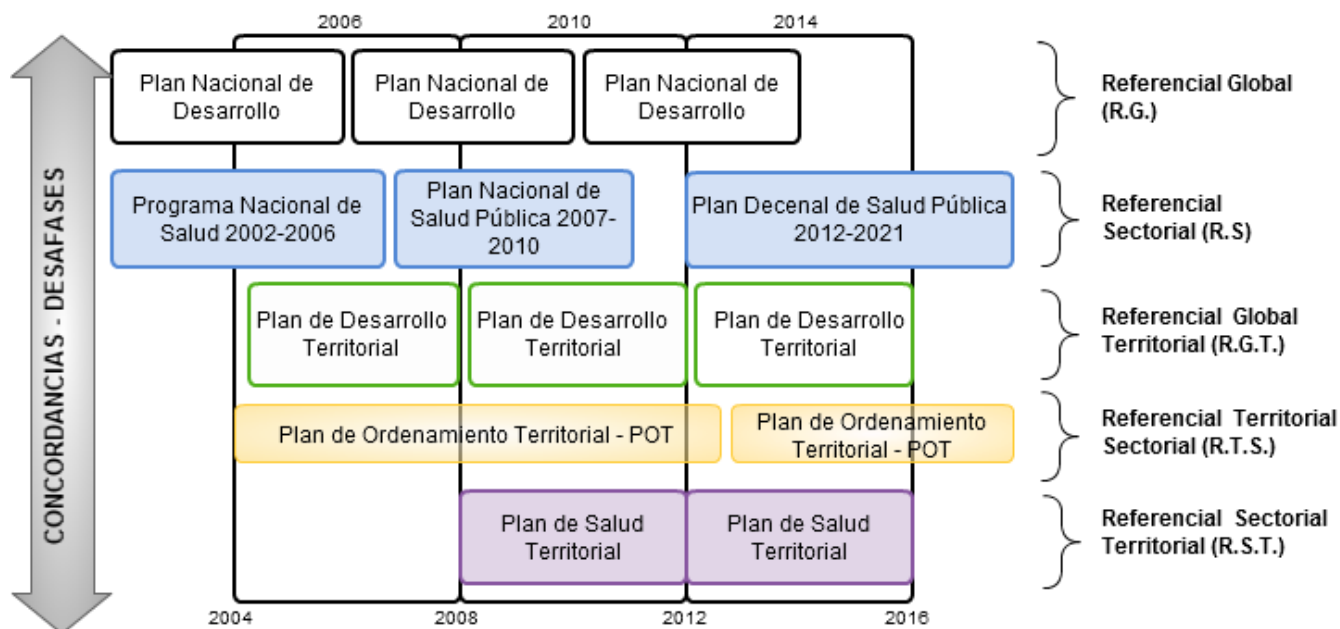
SINCRÓNICO

El análisis sincrónico busca identificar la concordancia o desfase que se da en los diferentes niveles y escalas de decisión en la política de salud pública, para lo cual se propone que a partir del *referencial* y los *niveles de percepción* de cada una de

las políticas seleccionadas en el referente global, sectorial, territorial y sectorial territorial, se realice un análisis de relación y discrepancia (Figura 13).

Figura13

Análisis Sincrónico de Políticas de Salud Pública



Elaboración propia.

De este análisis se identifican a nivel territorial las acciones que se realizan por mayor capacidad económica y administrativa y que inciden en mayor cobertura y garantía a la salud, desde el componente de *salud pública* que implica acciones en prevención, saneamiento básico y prestación del servicio.

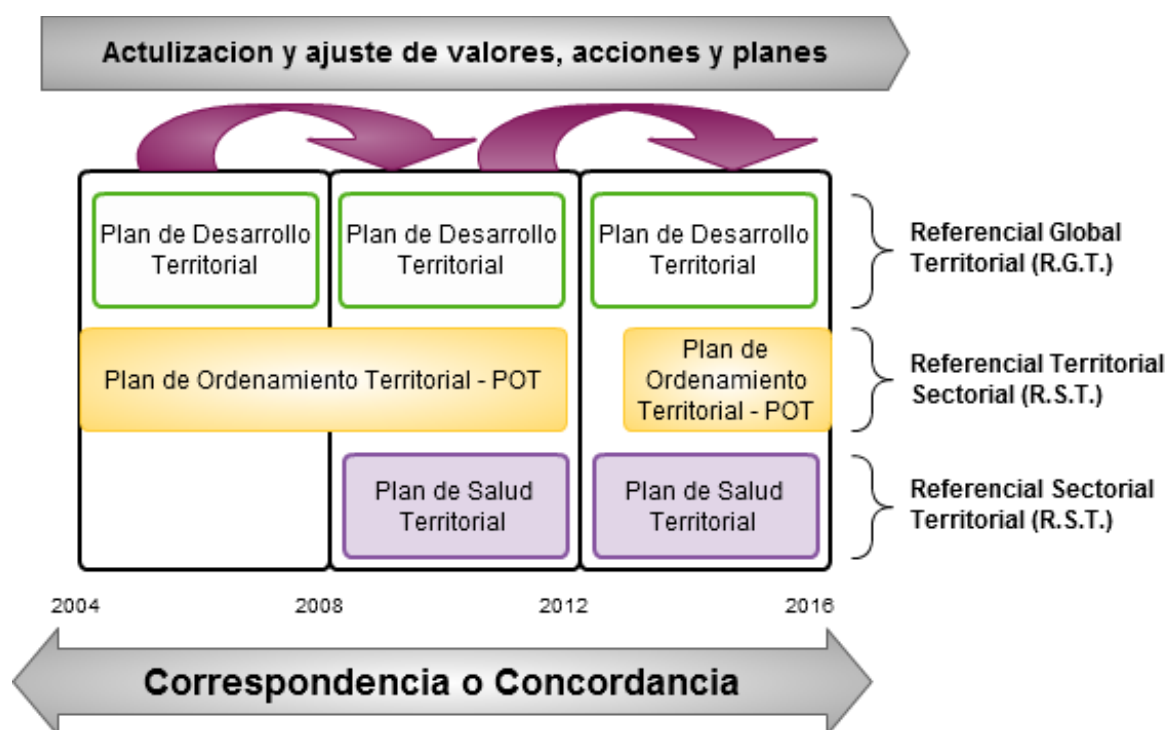
Es posible determinar el grado de territorialidad y de sectorialidad de una política pública en un momento dado y clasificar las políticas públicas según su grado de territorialidad y de sectorialidad, es decir, según la importancia relativa de sus lógicas de regulación (Jolly, 2012, p. 8).

Lo cual es relevante para el análisis territorial en salud y para lograr identificar en qué grado las actuaciones responden a un lógica determinada.

DIACRÓNICO

El análisis diacrónico tiene como objetivo identificar la correspondencia o concordancia en las orientaciones de las políticas de salud pública en un territorio determinado, indicando la transformación de los *valores*, *algoritmos*, *imágenes* y acciones en salud. Para esto se toma el *referente global territorial* y el *sectorial territorial* (Figura 14).

Figura 14
Análisis Diacrónico de Políticas de Salud Pública



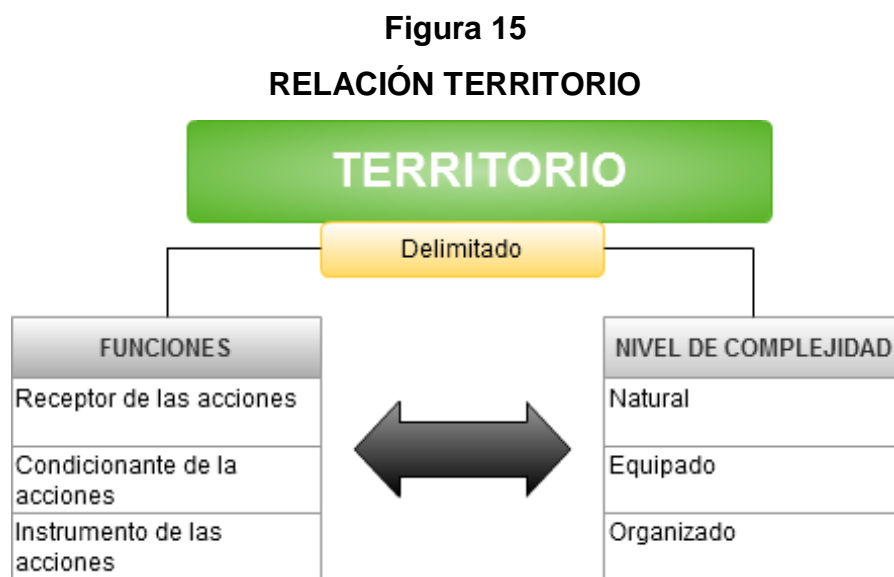
Elaboración propia.

Como se puede observar en las Figuras 13 y 14, el análisis de la coordinación sincrónica y diacrónica se fundamenta sobre los *referenciales*, para poder realizar la revisión de los niveles de percepción de cada uno de ellos y establecer si comparten *valores* como principios orientadores, *algoritmos* como relaciones causales de la situación no deseada o *imágenes* de los alcances y propósitos de los instrumentos de planificación.

2.5. *Análisis socio-territorial de la política social de salud pública*

Entendiendo el territorio según su función y su nivel de complejidad, Roa (2011) determina que se pueden asociar la recepción de la acción y el condicionante de la acción o instrumento de la acción, permitiendo así, la relación estrecha que se constituye con un espacio natural – físico; el nivel de complejidad se asocia a la acción humana, que se puede definir claramente en tres niveles: natural, equipado y organizado, los cuales por circunstancias históricas, económicas, sociales y culturales se transforman, adaptan o destruyen.

Realizando una interpretación amplia y reconociendo condiciones históricas, el territorio supera el concepto de condicionante para convertirse en instrumento de las acciones, es así que su lectura se puede llevar a cabo a partir del principal instrumento de planificación que lo ordena y lo interpreta: *El Plan de Ordenamiento Territorial – POT*.



Fuente: Adaptación propia a partir de Roa (2011)

De acuerdo a lo expuesto en el capítulo uno, el territorio hace parte de un sistema socio-territorial en el cual se incluyen la territorialidad, como los valores atribuidos a un territorio. Los atributos sociales que se relacionan en primera medida con los

valores del *referencial territorial global* (RGT) y los valores atribuidos a un sector en un territorio dado, que se define como los valores en el *referencial sectorial territorial* (RST), los cuales se articulan, adaptan y actualizan a medida que pasa el tiempo.

Figura 16
RELACIÓN TERRITORIALIDAD Y ATRIBUTOS SOCIALES



Fuente: Adaptación propia a partir de Roa (2011)

En el sector salud los *valores* se pueden identificar de dos maneras: valores atribuidos al territorio y valores atribuidos a un sector. En este aspecto, éstos guían las relaciones con el espacio físico y con las condiciones sociales, ya que son compartidos por la mayor parte de la población. Si bien los valores atribuidos a un sector no están relacionados con lo físico, si define la forma y los propósitos que tiene un sector en un territorio, es por esta razón que se argumenta que al territorializar una política sectorial ésta asume particularidades que no podrán ser reproducidas o llevadas a otro territorio sin una adaptación previa.

Figura 17
RELACIÓN TERRITORIALIZACIÓN

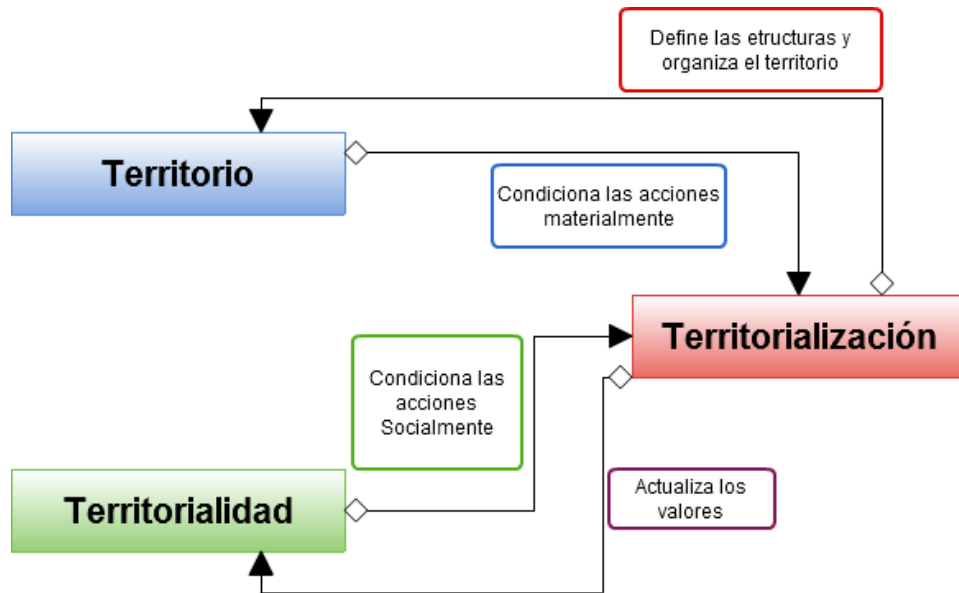


Elaboración propia a partir de Roa (2011)

La territorialización como la acción del Estado, se basa en la territorialidad y en los condicionantes del territorio, entendida a partir de la garantía al derecho de la salud, que se orienta a los ciudadanos y a la comunidad, desde el *Plan de Desarrollo Territorial (RGT)*, el *Plan Territorial de Salud Pública (RST)* y el *Plan de Ordenamiento Territorial (RTS)* como se puede observar el Figura 17. El impacto en el territorio y la territorialidad se entiende por medio de los determinantes en salud, haciendo una interpretación amplia de las acciones encaminadas a mejorar el bienestar.

Descrito así cada uno de los componentes del análisis socio-territorial de la política social de salud pública, se articulan con el último componente: la territorialización, lo cual se puede observar en la Figura 18.

Figura 18
INTERDETERMINACIÓN



Fuente: Elaboración a partir e Monnet.

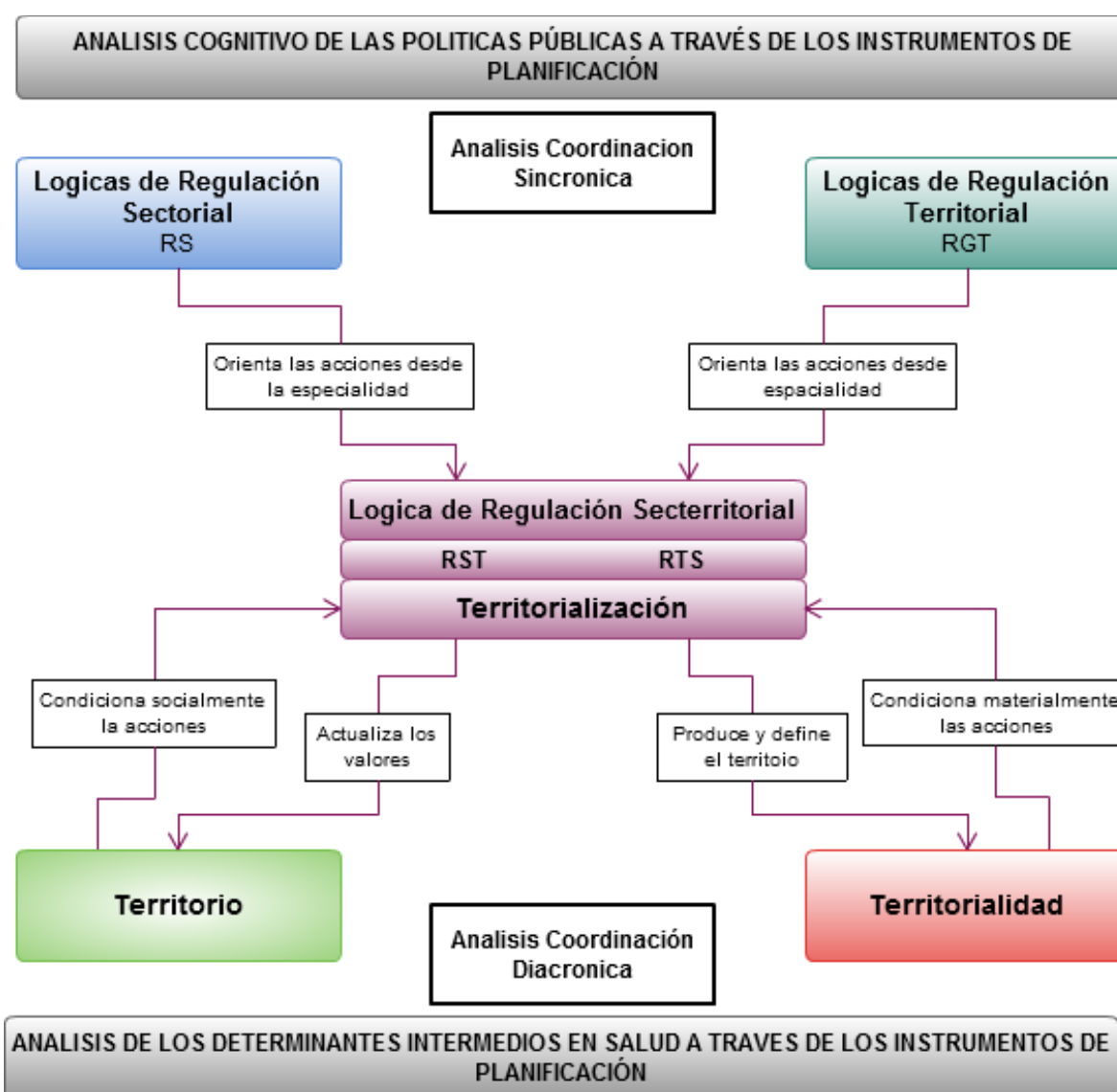
En esta variación de la propuesta de Monnet, se argumenta el elemento inductor se la territorialización, ya que modifica el territorio y actualiza los valores de la territorialidad en el mediano y largo plazo. La Figura 18 describe claramente los condicionantes del territorio y la territorialidad sobre la territorialización, por consiguiente, para realizar las acciones se parte de unos condicionantes que se homologan con las categorías de determinantes intermedios de salud, expuestos en la Figura 9 en el Nivel 4.

2.6. Síntesis del esquema de análisis de la política social en salud desde un enfoque socio-territorial temporal

El esquema de análisis es la síntesis de los conceptos expuestos en este capítulo, que se articulan por medio de dos elementos, el *análisis cognitivo* de las políticas públicas y los *determinantes de salud*, ambos elementos utilizan los instrumentos de planificación como objeto de análisis: El esquema se desarrolla en tres partes, la primera se refiere al análisis de coordinación sincrónica, que permite identificar

la relación entre los instrumentos de planificación de diferentes niveles de decisión y regulación. La segunda parte se refiere a la lógica secterritorial que define los grados de sectorialidad o territorialidad en un instrumento de planificación. La tercera parte analiza la coordinación diacrónica, que permite identificar la relación de los *referenciales* con el territorio y su transformación entre dos o más instrumentos de planificación en el tiempo.

Figura 19
Esquema General de Análisis



Elaboración propia.

La primera parte del esquema de análisis se enfoca en la coordinación sincrónica en un punto específico del tiempo, para lo cual se identifican *valores, algoritmos e imágenes* en los referenciales en relación a las categorías definidas en los determinantes en salud, esto permite identificar las concordancias y desfases entre los instrumentos de planificación en diferentes niveles de decisión y bajo dos lógicas disimiles, una orientada desde la especialidad (RS) y la otra desde el territorio (RGT). El principal resultado se basa en la identificación del grado de articulación y el desfase que se encuentra entre los referenciales y los niveles de percepción en la política social de salud pública.

La segunda parte del análisis se centra en las relación entre las dos lógicas y las acciones sobre el territorio y la territorialidad, en este aspecto se parte de la sectorretorialidad representada por los *Referenciales Sectorial Territorial (RST)* y el *Referenciales Territorial Sectorial (RTS)*, en los cuales se puede determinar según Jolly el grado de sectorialidad o territorialidad de los instrumentos de planificación descritos. Esto constituye el elemento central y articulador entre las lógicas de regulación y la inter-determinación en el territorio propuesta por Monnet.

La tercera parte del análisis utiliza la coordinación diacrónica, para definir los cambios en el *referencial global territorial (RGT)*, el RST y el RTS, los cuales solo se perciben y se pueden identificar al transcurrir las acciones en el tiempo. En este caso se identificará la continuidad o las rupturas en los niveles de percepción, a partir de los cambios marginales y paulatinos que pueden llegar a ser imperceptibles pero determinantes para la transformación social y la ampliación de las garantías al derecho a la salud, en un territorio dado.

El propósito del esquema no es generar un juicio de valor sobre el *sistema de salud pública nacional o territorial*, sino ser un elemento que facilite el análisis de la salud pública en los territorios y permita mayor comprensión de los cambios y de las dinámicas a los cuales se ve sometido.

3. ILUSTRACIÓN PARCIAL DEL ESQUEMA DE ANÁLISIS Y REFLEXIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN Y ARTICULACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE PLANIFICACIÓN TERRITORIAL EN REFERENCIA A LA SALUD PÚBLICA EN LAS CIUDADES DE MEDELLÍN Y BOGOTÁ PARA EL PERÍODO 2004- 2016

Este capítulo muestra la presentación parcial del esquema de análisis propuesto para *salud pública* desde un enfoque sectorial y territorial, el cual se sustenta en el análisis de los instrumentos de planeación como orientadores de acciones y planes que permiten garantizar el derecho a la salud, desde un aspecto colectivo y prestaciones. Se parte partiendo del argumento que las ciudades con menor dependencia al SGP, en el aspecto de salud, realizan acciones adicionales a las contempladas en la normatividad de salud, encontrándose divergencias entre los diferentes niveles territoriales y en el tiempo.

Partiendo de análisis de los instrumentos de planificación del sector salud, vigentes en las ciudades de Medellín y de Bogotá, se evidenciarán los desfases entre propósitos y acciones que se dan en los diferentes niveles territoriales y lógicas de regulación, buscando así entender los procesos de descentralización y cómo estos son necesarios para brindar unas condiciones más equitativas y justas en términos de *salud pública* a los ciudadanos. De igual manera se desarrolla un análisis desde una *coordinación sincrónica*, el cual es fundamental para identificar la eficiencia en la utilización de los recursos y de las competencias propias de cada nivel territorial; y un análisis de *coordinación diacrónico* -que se da en relación a la política territorial de salud pública-, a partir de tres periodos de gobierno, con el objetivo de entender la evolución de los referenciales y propósitos de la salud pública desde un enfoque socio territorial.

Finalmente, se aborda el concepto de secterritorialización y el grado de predominancia de instrumentos sectoriales o territoriales en la política de salud, sin condicionar las circunstancias propias de la descentralización que se da en

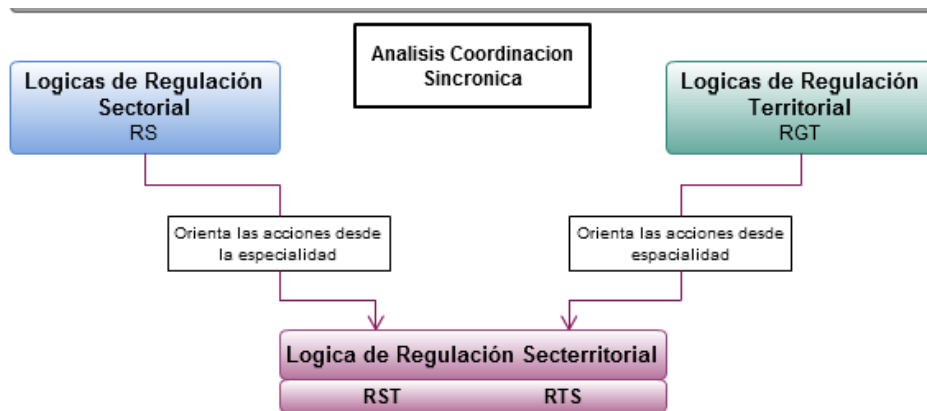
Colombia. Para esto se identifican similitudes y las diferencias en los instrumentos de planificación territorial en las ciudades de Medellín y Bogotá.

3.1 Concordancias y desfases de los instrumentos de planificación en la política de salud pública para el año 2009 en relación a Bogotá

La salud pública en Colombia es un intrincado sistema donde las responsabilidades recaen en el gobierno nacional, departamental, distrital y municipal, donde adicionalmente se encuentran administradores y operadores tanto públicos como privados, requiriendo así, un entramado complejo de leyes, normas y resoluciones que se plasman operativamente en los instrumentos de planificación designados para tal motivo.

Según lo expuesto en el capítulo dos, para realizar el análisis entre diferentes niveles de planificación y de decisión a escala gubernamental, se hace uso del análisis de coordinación sincrónica entre los *referenciales globales, sectoriales, globales territoriales, sectoriales territoriales*, teniendo en cuenta las lógicas de regulación bajo las cuales se formulan, como se puede observar en la Figura 19. Así se puede determinar el grado de sectorialidad o territorialidad, de acuerdo a la concordancia con la lógica que predomina.

Figura 20
Primera parte Esquema de Análisis - Coordinación Sincrónica



Elaboración propia.

Para ejemplificar esto, se toma como referencia el año 2009 donde se encontraban vigentes los siguientes instrumentos de planificación: *Plan Nacional de Desarrollo*: “Estado Comunitario: desarrollo para todos”, *Plan sectorial*: “*Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*”, y a nivel territorial, en Bogotá se encuentran los siguientes instrumentos: *Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Publicas 2008 -2012*, “Bogotá Positiva”, *POT* por el decreto 469 de 2003 y *Compilación del POT* por el decreto 190 de 2004 con el *Plan Maestro De Equipamientos De Salud* y finalmente el “*Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011*”.

3.1.1. El Referencial Global (RG)

El análisis cognitivo del *Plan Nacional de Desarrollo (PND)* “Estado Comunitario: desarrollo para todos”, a partir de los *niveles de percepción* y en relación con los *determinantes en salud* definidos, se identifica el referencial en relación a la *salud pública* y su impacto en relación a los determinantes en salud.

Abordando el primer nivel de percepción: *los valores*, el plan de desarrollo define que en relación al determinante de *salud pública* éste esboza principios neoliberales de eficiencia y focalización para garantizar mínimos aceptables para toda la población; ahora bien, según la referencia el determinante de *condiciones socioeconómicas* se definen dos principios, a saber: compatibilidad de incentivos- para disminuir distorsiones propias de transferencias estatales-, y la ayuda a poblaciones de alta vulnerabilidad. Para los determinantes en relación a *estilo de vida* y *medio ambiente* no se encuentran relaciones directas que busquen mejorar la calidad de vida; siendo priorizado de esta manera el sistema de *salud pública*, puesto que en el momento era crítica la falta de recursos y la crisis del SGSS, esto articulado al incremento de la población vinculada al sistema subsidiado que generó grandes distorsiones en el mercado laboral en relación a su formalización.

Sin embargo, el segundo nivel de percepción, *el normativo*, no se abordará en este análisis, debido a la coyuntura propia que vivía el sistema en el 2009, para el cual se habían dado disposiciones en relación al Sistema general de Participación -Ley 715 de 2001-, y la creación del sistema de cuentas maestras que afianzó el control centralizado sectorializado de la educación y la salud principalmente.

Para el tercer nivel de percepción: los *algoritmos*, entendidos como los condicionantes en relación a los determinantes, estos hacen énfasis en combatir la evasión y elusión al aseguramiento, siendo éste un aspecto que se relaciona únicamente con las finanzas del SGSS, y las acciones o intervenciones colectivas se limitan a establecer la relación causal entre mayor vigilancia y control con el objetivo de mejorar la situación de salud. Las *condiciones socioeconómicas* de la población se refieren a la generación de incentivos para la formalización de la población, de nuevo garantizando los aportes al SGSS, sin realizar una lectura de la salud pública y las intervenciones colectivas que son propias de un instrumento de planificación como este.

En relación al cuarto nivel de percepción, *las imágenes*, la Tabla 3 permite entender la perspectiva de acción del plan.

Tabla 3
Percepción de las imágenes en el PND

Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 "Estado Comunitario: desarrollo para todos"			
Imágenes			
Estilo de Vida	Fortalecer el ejercicio del derecho a la libre elección del afiliado.	Universalización del aseguramiento, en condiciones de sostenibilidad fiscal y financiera, de equidad y eficiencia	Establecer estrategias masivas de comunicación, dirigidas a la población afiliada y no afiliada, a través de las cuales se otorgue información sobre los beneficios a los cuales el usuario tiene derecho y los mecanismos ágiles y oportunos para su exigibilidad.
Sistema de Salud Pública	Desarrollar e implementar el plan estratégico de salud pública que hará énfasis en las regiones y grupos poblacionales más afectados.	Promoción de los factores protectores, la articulación sectorial e intersectorial sobre los determinantes en salud y la generación de información.	Generar mayor eficiencia y la sostenibilidad de las redes públicas, la accesibilidad y la calidad en la atención. En particular, para el caso de la oferta pública se hace necesaria la transformación de las condiciones de gobernabilidad y autonomía que hoy la rigen.
Medio Ambiente	Política Nacional de Salud Ambiental, con base en el Plan Nacional de Salud Ambiental 2006-2010, que promueva la equidad y la protección de los grupos más vulnerables y que haga énfasis en los problemas ambientales que generan los mayores costos para la sociedad Colombiana.		
Condiciones Socioeconómicas	Incrementar el aporte de cotizaciones a cargo del empleador al SGSSS	Aumentar la inversión extranjera para la generalización de empleo.	

Fuente: Elaboración propia a partir de PND 2006-2010.

Las acciones a llevar a cabo corresponden estrechamente con el fortalecimiento del SGSS, de forma poco directa porque se quiere incidir en la libre elección del usuario y en la comunicación efectiva, con el objetivo de aumentar la percepción de calidad del sistema incidiendo en la forma de actuar de la población, pero no en relación al cuidado. Ahora bien, el sistema de salud se enfoca en la búsqueda de eficiencia y de sostenibilidad, dejando de lado la ampliación de servicios o redes, o en la articulación de las redes.

En el aspecto de promoción de la salud, se hace evidente implementar el enfoque de *determinantes* para la prevención de riesgos en la población. Finalmente cabe resaltar la iniciativa de generar un plan sectorial de salud pública, para atender las poblaciones y grupos más vulnerables, bajo el enfoque de focalización de los recursos financieros.

El PND 2006-2010 fortalece los principios del SGSS en detrimento del concepto de intervención colectiva y en especial el concepto de salud pública, debido a que el concepto de intervención en salud está basado en la enfermedad o atención al enfermo. Siendo éste *referencia global* (RG), se interpreta lo limitado de la visión y en lectura de la salud pública se privilegia el SGSS, la acción de los privados y la focalización del gasto social, aunque esto es plausible si nos remitimos al año de formulación 2006, donde los aspectos de direccionamiento y administración de salud no se encontraban en una crisis tan aguda como la actual.

3.1.2. El Referencial Sectorial (RS)

El análisis del referencial sectorial se lleva a cabo por medio del ***Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010***, formulado por el Ministerio de la Protección Social en marco de las directrices del PND y la Ley 1122 de 2007 que tiene como propósito la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales en el ejercicio de sus acciones. En relación a esto el país contó con un Programa Nacional de Salud (2002-2006) que definía su alcance en todo el sistema y puso en marcha el concepto de *protección social* con mayor amplitud que el de salud.

La lectura de *los valores* presentes en el PNS, ésta es más progresivo que el PND, en relación a la prevención de la enfermedad. De acuerdo al sistema de salud, su finalidad es evitar la progresión de desenlaces adversos de la enfermedad y adecuar los sistemas a los retos del envejecimiento de la población, según las *condiciones socioeconómicas* que hacen referencia a la disminución de inequidades en atención a la salud de la población, y bajo estos valores se definen los programas de atención, vacunación y prevención en salud pública.

En cuanto al segundo nivel de percepción, *los algoritmos*, se define como estratégico el abordaje de los determinantes en salud desde una intervención multisectorial, que inicia con la coordinación de acciones. Adicionalmente se enmarca el cumplimiento de las metas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La lectura del instrumento de planificación en la relación con los determinantes definidos para esta investigación es limitada, ya que los propósitos y metas del plan se encaminan a metas de salud pública y no constituyen una ruta de desarrollo para la acción progresiva en la garantía del derecho a la salud desde una visión colectiva.

Finalmente, en relación a las *imágenes* en el instrumento de planificación, se define como prioritaria la intervención en salud desde un enfoque poblacional, modificando así los riesgos acumulados en el ciclo vital, de acuerdo a la prevención que se debe brindar desde los estamentos territoriales para la reducción de los riesgos y costos para en el SGSS. En cuanto a los *estilos de vida*, tiene como propósito desarrollar el enfoque de gestión social del riesgo, empoderar a la población sobre el auto-cuidado y la solución o mitigación autónoma de los riesgos colectivos. Si bien el plan incluye de manera explícita el desarrollo del enfoque de *determinantes en salud*, como un elemento que permite comprender la realidad de los territorios y de las condiciones de salud, pero no desarrolla elementos adicionales para el abordaje de estos elementos, sin embargo, es un avance para atacar las causas de la enfermedad y no sólo a la enfermedad.

3.1.3. El Referencial Global Territorial (RGT)

Iniciando con el análisis territorial de los instrumentos de planificación se toma como objeto de análisis del *referencial global territorial* el **Plan de Desarrollo 2008-2012 “Bogotá Positiva”**, el cual es formulado bajo un enfoque de garantía de derechos, desarrollando el concepto de derecho a la ciudad. Correa (2011) propone orientar dicho quehacer hacia la promoción, respeto, defensa y goce de

los derechos humanos garantizados en los instrumentos internacionales de carácter regional e internacional.

Siendo así, el derecho a la Salud es fundamental en este enfoque y así se plasma en los programas referidos a la ciudad de derechos, *Bogotá sana*, garantía del aseguramiento y atención en salud, fortalecimiento y provisión de los servicios de salud y *Bogotá bien alimentada*. Lo anterior permite identificar un desfase con la política nacional. En este aspecto las orientaciones ideológicas, políticas y sociales son disimiles, con la particularidad del territorio y los valores presentes en este, lo que produce este tipo de rupturas, sin que constituya que la ciudad no cumpla con objetivos plasmados en los planes sectoriales, sino que genera una diferencia y una cobertura más amplia en materia de garantía de derechos.

Los valores, se define a partir de la garantía y efectividad de los derechos, para lo cual se propone que la gestión este orientada a la prestación de servicios sociales en términos de su disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia. En este marco el plan ***Bogotá Positiva*** busca incidir en los *determinantes en salud*, lo cual queda explícito en las acciones que buscan reducir la pobreza, enfocadas en educación, salud, seguridad alimentaria, promoción del emprendimiento y acciones afirmativas a los más vulnerables.

En cuanto a los *algoritmos es posible decir que el plan* realiza una lectura amplia frente al sistema de salud, donde se identifica el aumento en la cobertura, los niveles de satisfacción en el servicio y la oferta institucional en los diferentes niveles de atención. Ahora bien, en términos de *condiciones socioeconómicas* de la población se busca con el desarrollo de acciones integrales, garantizar y restituir los derechos fundamentales de las personas más vulnerables, al igual que reducir las barreras físicas, económicas y culturales. La coherencia del Plan en relación a la orientación de la garantía de derechos es amplia, permitiendo así abordar la salud desde un enfoque de determinantes y de atención primaria en salud.

Tabla 4
Plan de Desarrollo 2008 – 2012 “Bogotá Positiva”

Plan de Desarrollo 2008-2012 "Bogotá Positiva"			
Imágenes			
Estilo de Vida	Adelantar acciones para el reconocimiento y valoración positiva de la población según sus ciclos vitales, concibiéndolos como sujetos integrales de derechos, privilegiando de manera especial el desarrollo de las capacidades de las y los jóvenes y la protección al adulto mayor.		
Sistema de Salud Pública	Garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque promocional de calidad de vida y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas	Garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud y la prestación de servicios de salud a la población vulnerable del Distrito	Generar las condiciones que permitan desarrollar e implementar el modelo de salud para el Distrito organizando la mejor provisión de servicios de salud en respuesta a las necesidades de la población.
Medio Ambiente	Garantizar el derecho a la seguridad alimentaria y nutricional para toda la población, en el marco del proyecto de integración de la Región Capital.	Garantizar el derecho a disfrutar de un ambiente sano a través de la implementación de acciones preventivas.	
Condiciones Socioeconomicas	Garantizar el derecho al trabajo con base en el desarrollo de las capacidades y potencialidades de la población.		

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo C.

3.1.4. Referencial Territorial Sectorial (RTS)

Para analizar este referencial, se toman dos instrumentos de planeación, el *Plan de Ordenamiento Territorial* (Decreto 190 de 2004) que ordena la creación del: *Plan Maestro De Equipamiento De Salud* (Decreto 318 de 2006). El primero tiene como objetivo garantizar la sostenibilidad ambiental, económica y fiscal del Distrito Capital, alcanzando los objetivos generales y sectoriales, desarrollando las políticas y ejecutando los planes y las operaciones prioritarias que orientan el desarrollo económico social y el ordenamiento territorial. El segundo instrumento se enfocara la adecuación de la oferta de equipamientos de salud en relación a la localización de las necesidades sociales, demanda y déficits existentes, y de una mejor distribución en función a una adecuada integración con la región. Estos instrumentos contemplan una orientación absolutamente territorial – espacial, orientada a organizar los sectores en la ciudad.

En relación a esto, cabe mencionar que de los instrumentos analizados éste es el de mayor antigüedad, aunque el período de *POT* y *Plan Maestro* es de diez años de acuerdo al impacto de las acciones llevadas a cabo.

El *Plan Maestro de Equipamientos de salud* provee los siguientes equipamientos de salud para la prestación del servicio: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, elaboración de diagnóstico y pronóstico, y aplicación de tratamientos curativos o de procedimientos rehabilitadores. Teniendo todo el ciclo de atención, el plan se enfoca especialmente en la infraestructura de atención a la enfermedad y en los aspectos de prevención y promoción no se identifica claramente las acciones o desarrollo de infraestructura destinada a esto.

Analizando el nivel de percepción de *algoritmos* se identifica en el sistema de salud la falta de cobertura en servicios, la deficiencia de equipamientos, la concentración de los mismos en un área geográfica en la ciudad y la baja articulación de la oferta en salud con los sistemas de movilidad de la ciudad. Desde este referencial se puede afirmar la baja articulación territorial con las condiciones sectoriales necesarias para brindar un servicio eficiente y de calidad para la población.

En el nivel de percepción de *imágenes* se propone la equidad espacial en la distribución de los equipamientos y racionalizar la inversión sectorial, potencializando la red existente y definiendo centralidades para el desarrollo de nuevos equipamientos. En este referencial se plasma una visión tradicional de la salud y no se realiza un abordaje más integral que contenga claramente una relación estrecha con el sistema de transporte, el sistema ecológico y la vivienda como elementos que soportan el acceso, el medio ambiente y la promoción de la salud.

3.1.5. El Referencial Sectorial Territorial (RST)

Para el análisis del referencial sectorial territorial, se aborda el instrumento de planificación: *Plan Territorial de Salud 2008-2012*, que se orienta bajo un enfoque integral que busca la afectación positiva de los *determinantes en salud*, que no sólo busca mejorar la salud, sino las condiciones de vida de la población, por lo que el plan posee un enfoque transectorial.

El principal instrumento de orientación en salud de la ciudad de Bogotá la *Atención Primaria en Salud (APS)*, que se articula de una forma más directa con la garantía de derechos que formula el *Plan de desarrollo Distrital*. Este instrumento asume los lineamientos del Ministerio de la Protección Social como la base de acciones, esto debido al cumplimiento que se debe dar a la destinación específica de los recursos del SGP.

3.1.6. Concordancias y desfases entre los instrumentos de planificación

Para el año 2009, se da una situación particular por la cantidad de rupturas entre los instrumentos de planificación en relación a la salud, los Planes nacionales se dirigen a una desregulación del sistema de salud, mientras en Bogotá se avanza en la garantía del derecho y se dan estrategias sobre el abordaje en salud más amplias, como la *atención primaria en salud*.

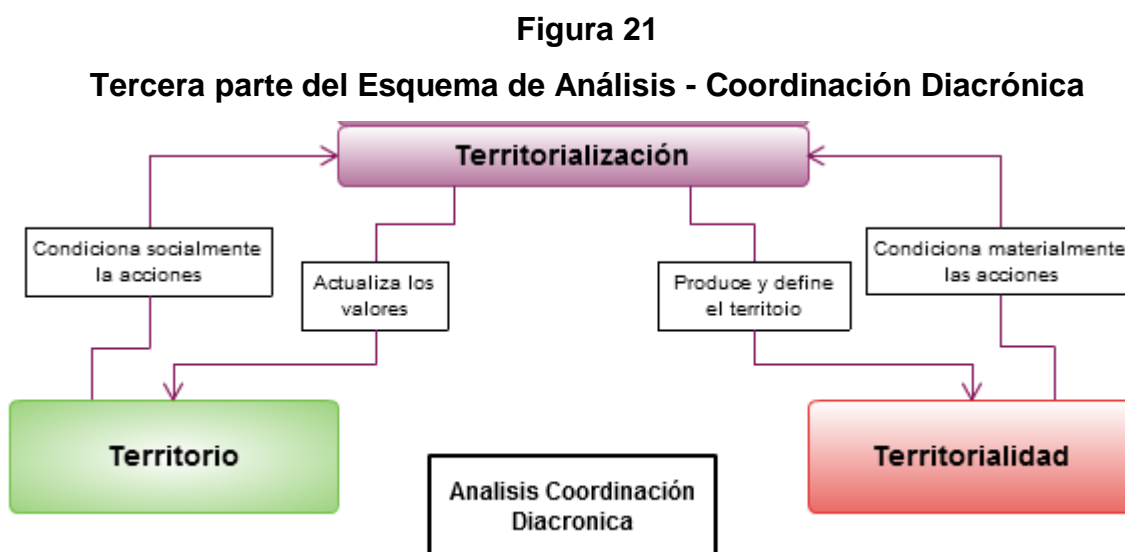
La relación entre el *referencial global* y el *referencial sectorial* es estrecha, debido a que los círculos de toma de decisiones, comparten valores idénticos para cumplir el propósito de ampliar la cobertura y el aseguramiento al SGSS, con lo cual no se pierde la orientación financiera como la predominante. En relación a los *imaginarios*, el *referencial sectorial* desarrolla avances sobre la ampliación del entendimiento de los determinantes de la salud.

Sin embargo, la articulación entre los instrumentos territoriales es estrecha, debido a la orientación de garantía de derechos y a la evidente segregación espacial de los equipamientos en salud, y se puede observar en el Anexo C concordancias entre los instrumentos. El *referencial global territorial* es el articulador de las estrategias, brindando mayores posibilidades a la coordinación sectorial y la acción integral, bajo la cual la Secretaría de Salud toma el liderazgo a nivel territorial, ejemplificado en programas como: *Salud a su Casa*, *Entornos Saludables* y *la Gestión Social Integral*.

3.2. Continuidad y rupturas a partir de los instrumentos de planificación en la política de salud pública en la ciudad de Medellín para el período 2004-2015

En este apartado se realiza el análisis de la coordinación diacrónica en la ciudad de Medellín para el período 2004-2015, en el cual se elaboraron tres planes de desarrollo:

- “Medellín compromiso de toda la ciudadanía” 2004 – 2007
- “Medellín ES Solidaria y Competitiva” 2008 – 201
- "Medellín Un Hogar Para Vida" 2012 – 2015



Elaboración propia.

Como se puede observaren la Figura 21 el análisis de la relación entre la territorialización, el territorio y la territorialidad, se define bajo unos condicionamientos y una relación simbiótica. El análisis en relación a los *determinantes* está implícito y se evidencia en las modificaciones o cambios que se dan a medida que pasan los diferentes *Planes de desarrollo territorial*.

3.2.1 El Territorio

Como bien lo indica Monnet, el territorio como soporte de las representaciones contiene las actividades humanas y condiciona sus acciones. La ciudad de Medellín se encuentra ubicada en el Valle de Aburra, en el Departamento de Antioquia, y constituye un nodo social, económico y cultural. En términos físicos, la ciudad se organiza y desarrolla alrededor del Río Medellín -en una zona escarpada-, con relación estrecha con los municipios que la circundan y que conforman el Área Metropolitana del Valle de Aburra, integrándose por medio de vías regionales, transporte y conservación ambiental.

La ciudad se ha caracterizado desde mediados del siglo XIX por ser un eje comercial y empresarial, donde esto ha sido desarrollado ampliamente por Rodríguez (2009), que impone la idiosincrasia propia de la cultura paisa.

En relación a la distribución espacial de los equipamientos, éstos se articulan al sistema de transporte masivo, siendo una de las prioridades para la disminución de la desigualdad y de la segregación socio-espacial -en relación a la seguridad y gobernabilidad-, que tantas dificultades le han acarreado a la ciudad. Es así que en Medellín han aceptado y dado prioridad al *Desarrollo Humano Integral*, que por más de tres períodos de gobierno ha sido prioridad y principal orientación de política.

En términos de valores relacionados a la salud se identifica en la Encuesta Nacional de Salud (2007) la actividad física como algo regular en la población, debido a las condiciones climáticas y sociales, donde la valoración de lo estético es alta y compartida como un indicador de buena salud.

3.2.2 La Territorialidad

La territorialidad entendida como los valores presentes en un territorio, interpretados a partir de los niveles de percepción de *valores y algoritmos*, y en búsqueda de su definición, se tomaron los *Planes de salud 2008-2011 "Medellín es salud para la vida"* y el *Plan 2012-2015 "Medellín, ciudad saludable"*, que permiten definir con mayor claridad la relación con los determinantes definidos como categorías.

Ahora bien, de acuerdo a la Tabla 5 hay una continuidad en los propósitos de los Planes, que fomentan *el Desarrollo Humano Integral* que, a su vez se basa en los derechos fundamentales de las personas y que tiene como propósito disminuir las desigualdades e integrar a los ciudadanos a partir de la prestación de servicios sociales, abriendo y ampliando el acceso a los sistemas de transporte, educación, salud, cultura y diversión, como fundamento para superar las condiciones de violencia y de limitada gobernabilidad en la ciudad.

Tabla 5

Resumen: Interpretación de la Territorialidad a Partir de los Planes de Desarrollo

Plan de Gobierno	Características de los Planes de Desarrollo en relación a los valores y algoritmos.	
<p>Plan de Desarrollo de Medellín 2004 - 2007 “Medellín compromiso de toda la ciudadanía”</p>	<p>La ciudad se orienta al Desarrollo Humano Integral que se basa en los derechos fundamentales y la atención a una gama de necesidades básicas de las personas dentro de las que se destaca la salud, promoción y potenciación de las capacidades, oportunidades y libertades de las ciudadanas y ciudadanos, la remoción y superación de los obstáculos para impactar problemas como la pobreza, la exclusión, la desigualdad, la violencia y la intolerancia, la falta de crecimiento económico sostenido y sostenible, y la baja gobernabilidad democrática que han estado presentes en la ciudad.</p>	<p>“Medellín Productiva, Competitiva y Solidaria” busca recuperar el espíritu emprendedor y la capacidad de generar riqueza con el trabajo productivo, organización productiva eficiente, dinámica y competitiva</p>
<p>Sergio Fajardo</p>	<p>Medellín Gobernable y Participativa” busca fortalecer las relaciones de solidaridad, vigorizar una cultura de la convivencia, crear más sociedad. Los componentes de esta línea incluyen cultura ciudadana, organización y participación ciudadana, transparencia y desarrollo institucional, seguridad y convivencia.</p>	<p>Acceso a los servicios educativos y a la prevención, atención en salud y vigilancia epidemiológica de la salud pública que consiste en el conocimiento y seguimiento de los diferentes eventos relacionados con el proceso salud - enfermedad, haciendo posible el diseño e implantación de las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad.</p>
<p>Plan de Desarrollo de Medellín 2008 – 2011 Medellín ES Solidaria y Competitiva</p>	<p>Se desarrolla el enfoque de derechos implica un nuevo paradigma de desarrollo participativo, no discriminatorio, incluyente, que potencia a las personas en sus condiciones y capacidades, sujeto a rendición de cuentas, basado en derechos y libertades fundamentales universales e inalienables.</p>	<p>Desarrollar elementos de continuidad que requieren una acción sostenida y persistente en el tiempo para lograr la transformación de Medellín en el marco del Desarrollo Humano Integral, desconcentrando las actividades para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, buscando mejorar la adherencia a los programas, dar oportunidad y calidad en la prestación del servicio</p>
<p>Alonzo Salazar</p>	<p>Medellín es una de las ciudades del país que cuenta con cobertura universal en salud en el régimen subsidiado; el reto para este cuatrienio es garantizar el acceso real a los servicios de salud con la oportunidad y calidad en la atención</p>	<p>Se priorizan de manera especial las poblaciones más vulnerables y participan con sentido de corresponsabilidad los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por medio del desarrollo y prestación de servicios específicos que respondan a las necesidades de las poblaciones priorizadas a partir de su situación de salud y respetando su diversidad cultural y étnica.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo D.

Tabla 5.1

Resumen: Interpretación de la Territorialidad a Partir de los Planes de Desarrollo

Plan de Gobierno	Características de los Planes de Desarrollo en relación a los valores y algoritmos.	
Plan de Desarrollo · 2012 - 2015 "Medellín Un Hogar Para Vida"	<p>Se enfatiza en el Desarrollo Humano Integral de los y las habitantes de Medellín desde la prevalencia del bien general, la justicia y la solidaridad, las condiciones de vida digna y la convivencia social, la promoción del equilibrado desarrollo territorial y la inserción competitiva de Medellín en los ámbitos subregional, regional, departamental, nacional e internacional. La ciudad reconoce a la familia como Agencia diversa y plural de formación de seres humanos, sujetos de derechos y responsabilidades; También como agente promotor de la sociabilidad y del ejercicio ciudadano: de la transformación y participación social, a través de los cuales se promueven valores éticos, sociales, culturales, políticos y ambientales; y corresponsable en la defensa y protección de los derechos, es decir, un actor activo y estratégico de su propio desarrollo y, a su vez, del desarrollo humano, social, material y ambiental.</p>	<p>Una relación simbiótica entre el Estado y la sociedad en todas sus dimensiones es fundamental para la garantía efectiva de los derechos, tendrá en cuenta el enfoque de determinantes ambientales, del comportamiento humano, de herencia y de las respuestas de los servicios de salud, como responsables del estado de salud de los individuos y las comunidades. Este abordaje pretende incidir en aquellos factores de riesgo que sean intervenibles.</p>
Anival Gaviria	<p>Los servicios públicos debe estar en función de los intereses generales de la ciudadanía, y se debe fundamentar en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad.</p>	<p>En relación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y Medellín se presentan deficiencias estructurales que aún no se corrigen y que generan condiciones de inequidad, ineficiencia y desarticulación de los actores para garantizar el derecho a la salud en forma óptima, afectando el desarrollo humano integral de los y las habitantes.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir del Anexo D.

Identificar a los ciudadanos como sujetos activos de desarrollo es fundamental para la apropiación de estrategias de participación ciudadana, reconciliación, respeto, moralidad y solidaridad, que son elementos que afianzan la idiosincrasia de la cultura antioqueña, como medio difusor del cambio cultural y de comportamiento en la ciudad.

En el transcurso de tres períodos de gobierno, han tenido como elemento común la continuidad de políticas y visión de ciudad, que inciden en los valores atribuidos al territorio. A partir de esto, el propósito es modificar las condiciones de cuidado

de madres gestantes y de sus hijos, brindar la información a la ciudadanía frente a las condiciones adecuadas para el consumo de alimentos, el apoyo a la tercera edad y disponer de las condiciones urbanas adecuadas para una vida saludable y asequible a las personas en condición de discapacidad.

Frente al sistema de salud, la ciudad tiene la meta en el periodo 2004-2011 el propósito de lograr la cobertura universal del sistema subsidiado de salud, acogiendo las directrices del Ministerio de la Protección Social, sin embargo, al realizar actividades paralelas de alto impacto en promoción y prevención, permitieron superar la visión sectorial, siendo para el período 2012-2015 la superación de las inequidades en salud y la aplicación de la Atención Primaria en Salud (APS) renovada como elemento articulador para garantizar el derecho a la salud en la ciudad.

3.2.3. La Territorialización

La territorialización se entiende como las acciones que modifican el territorio y actualizan los valores atribuidos al territorio, plasma los propósitos de ciudad y las transformaciones que se llevan a cabo en la actualización de las relaciones entre los ciudadanos con la salud y su cuidado. Es así como Jolly, citando a Muller dice: “No se puede separar el juego político de la acción pública” (Jolly, 2010, p. 68), y esto se evidencia con la estabilidad de la visión de ciudad que se ha definido por medio de la continuidad en la alcaldía municipal del enfoque de *Desarrollo Humano Integral*.

Al igual que para el aspecto de territorialidad, en la territorialización se utilizan los tres planes de gobierno contenidos en el período 2004 – 2015 y los dos planes de salud pública definidos en los períodos 2008-2015, pero en este caso el nivel de percepción que se define como objeto de análisis es en relación a las *imágenes*, que representan los propósitos de cambio en relación a la realidad (Tabla 6).

Tabla 6

Resumen: Interpretación de la Territorialización a Partir de los Planes de Desarrollo

Plan de Gobierno	Características de los Planes de Desarrollo en relación a los imágenes.	
<p>Plan de Desarrollo de Medellín 2004 - 2007 "Medellín compromiso de toda la ciudadanía"</p>	<p>Promoción de la salud y prevención de la enfermedad como proyecto de Salud Pública, y se entiende como las actividades que se realizan en las comunidades para el fomento de los estilos de vida saludable y evitar la aparición de enfermedades. Fortalecimiento de la capacidad institucional de la Secretaría: desarrollo y fortalecimiento de su función rectora en el municipio.</p>	<p>Garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales para los individuos y las colectividades. En este contexto se desarrolla el Plan de Atención Básica. Para esto la vigilancia y control de factores de riesgo afectan la salud pública comprende acciones de inspección, vigilancia y control de aquellos eventos que tienen que ver con el consumo, el medio ambiente y las enfermedades transmitidas de los animales al hombre.</p>
	<p>Iniciar en escuelas y colegios ambientes y actitudes saludables, que responde a una estrategia para atender los niños y las niñas institucionalizados en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad incluyendo salud visual, salud oral, salud auditiva, familia, vacunación, entre otras, para contribuir así a una mejor calidad de vida. Adicional a esto fortalecer la participación social como un mecanismo que facilita que la ciudadanía tenga un papel protagónico en la formulación y evaluación de las políticas públicas en salud, por tal razón la meta es recuperar a partir del 2004 todos los instrumentos y mecanismos de participación social en salud establecidos en el Decreto 1757 de 1994.</p>	<p>Aunar esfuerzos entre el Gobierno Municipal, Departamental y Municipal para buscar la cobertura total en aseguramiento al Régimen Subsidiado (RS), que no es otra cosa que la afiliación de la totalidad de la población de los niveles Sisbén I y II al RS con subsidios plenos y la totalidad del nivel III al RS bajo la modalidad de subsidios parciales, lo que garantiza en forma global el aseguramiento y establece el nuevo reto del acceso.</p>
<p>Plan de Desarrollo de Medellín 2008 – 2011 Medellín ES Solidaria y Competitiva</p>	<p>Mejorar las condiciones de salud de la población a través de las competencias en salud pública del municipio, que debe tener como propósito "garantizar el acceso integral y sostenible de los hogares más vulnerables de la ciudad de Medellín al conjunto de programas municipales y nacionales orientados a alcanzar los mínimos ciudadanos de desarrollo humano integral, con el propósito de asegurar su inclusión social y económica, mejorar su calidad de vida, promover su autonomía y contribuir a mejores formas de convivencia familiar y social.</p>	<p>Contribuir a la remoción de obstáculos y barreras de naturaleza económica, social, cultural, política, institucional y territorial y promover la apropiación de las oportunidades de acceso a los derechos y desarrollo de potencialidades. Contribuir a aumentar la generación de fuentes de trabajo de calidad en Medellín y sus corregimientos a partir de la sensibilización y la promoción de una cultura emprendedora y de desarrollo empresarial</p>
	<p>Busca lograr y mantener el aseguramiento universal de la población objeto del régimen subsidiado y garantizar la prestación de los servicios de salud del primer nivel de complejidad a la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidiado a la demanda, mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, asegurar el desarrollo de la Secretaría de Salud para el cumplimiento de sus competencias, a través de la gestión de los recursos físicos, humanos y financieros. Facilitar el autocontrol y el mejoramiento de la calidad de la atención de los prestadores de servicios de salud: contribuye al mejoramiento de las condiciones de acceso con calidad a los servicios de salud, incluyendo el fortalecimiento de la red pública.</p>	<p>Alcanzar el más alto nivel de salud física, mental y social, a partir de la identificación e intervención de los determinantes que afectan la salud, la promoción de factores protectores, la corresponsabilidad ciudadana y el acceso a servicios integrales de salud con calidad para toda la población de Medellín. Fortaleciendo de la promoción y la prevención: fortalece los programas de atención primaria en salud, zonificado, respetando y considerando la diversidad étnica y cultural de los habitantes de Medellín. Para esto se considerarán programas establecidos como son: Escuelas y colegios saludables, Salud en mi comuna, Salud familiar, Batas blancas, Volver a ver, Unires, Servicios de salud específicos y Buen comienzo.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir del anexo D.

Tabla 6.1

Resumen: Interpretación de la Territorialización a Partir de los Planes de Desarrollo

Plan de Gobierno	Características de los Planes de Desarrollo en relación a los imágenes.	
<p>Plan de Desarrollo · 2012 - 2015 "Medellín Un Hogar Para Vida"</p>	<p>La Salud como dimensión social del Plan de Desarrollo tiene un mayor alcance en el Plan de Salud Municipal "Medellín ciudad saludable para la vida 2012-2015", que en relación a la estrategia del plande desarrollo que fortalece y restablece la convivencia pacífica y el respeto por los derechos de los integrantes de la familia, y el rol de ésta como formadora primaria del ser humano, ediante el otorgamiento de medidas de protección, conciliación, orientación, asesoría y aplicación de sanciones con el fin de disminuir la conflictividad familiar, como eje de la convivencia.</p>	<p>Mejorar y fortalecer la red pública de prestación de servicios de salud, creando alianzas estratégicas entre los actores y sectores involucrados en el proceso salud para potenciar esfuerzos que contribuyan al mejoramiento de la salud de la poblaciónLa promoción de la salud y la calidad de vida. El desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas orientadas a fomentar la conformación de entornos favorables a la salud en las dimensiones físicas y socioculturales, así como en el desarrollo de habilidades y competencias ciudadanas y comunitarias encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud. Esta línea se materializa básicamente en el programa marco del plan "Salud en el Hogar", que no es más que la implementación de la "Atención Primaria en Salud Renovada".</p>
<p>Plan de Salud Municipal 2012-2015 "Medellín, ciudad saludable"</p>	<p>Se promovera la adopción de factores de protección de la salud y fomento de una cultura saludable, en la población del Municipio de Medellín, mediante acciones e intervenciones individuales y colectivas acordes con la normatividad y las competencias delegadas al municipio, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, a la prevención y control de los riesgos; desde la familia y con enfoque de ciclos vitales, según ámbitos de intervención. Adicional a esto gestionar y supervisar el acceso a los servicios de salud, mediante la planeación, la coordinación de actores del sistema general de seguridad social en salud y seguimiento a la prestación de los servicios, con el propósito que las y los ciudadanos obtengan los servicios de salud con calidad y eficiencia.</p>	<p>Continuar con los planes y proyectos, planes urbanos integrales y mejoramiento integral de barrios; acciones coordinadas con el gobierno departamental y nacional y con el sector privado para brindar soluciones de viviendas de interés social y prioritario. Acercar los servicios de salud a los hogares más vulnerables de la ciudad, llevando acciones integrales de cuidado primario ambulatorio, prevención de la enfermedad y promoción de la salud a través de equipos de salud multidisciplinarios, buscando la transformación de un modelo de salud asistencial a uno preventivo, con apoyo en la participación social y comunitaria, la articulación de los actores y acciones intersectoriales a través de la estrategia de atención primaria en salud renovada.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de Anexo D.

Al establecer una relación de inter-determinación entre territorio y territorialización en los Planes se puede identificar la búsqueda de la modificación de la segregación espacial, la red de salud y especialmente de los equipamientos, como medida frente a la estructura del territorio. En relación al *medio ambiente* los Planes son consistentes en la búsqueda de la participación comunitaria alrededor del cuidado y del mantenimiento ambiental.

Un elemento que ha sido fundamental en la promoción de una vida saludable ha sido la progresiva modificación de parques y espacios urbanos destinados a la actividad física. En esto cabe resaltar la recuperación de alamedas, parques y espacios marginados, como la parte inferior de puentes vehiculares que son recuperados y apropiados por la comunidad.

En la búsqueda del fortalecimiento del enfoque de APS, se pasó del cuidado del individuo, al cuidado del hogar, para finalizar en el cuidado de la familia, lo que implica no sólo el núcleo sino la familia extendida, que permite tener mayor impacto en el desarrollo de valores compartidos en el territorio, enfocándose directamente en lo que se entiende como la territorialidad en la ciudad. Con eso se propende no sólo a generar hábitos saludables sino integrar el habitat con el concepto de salud.

En el Valle de Aburra y, específicamente en Medellín, se ha logrado integrar el sistema de transporte masivo con la red de servicios de salud, recreación y deporte de forma excepcional, promoviendo así el acceso a estos servicios y superando las dificultades topográficas y sociales que se presentan en la ciudad.

Ahora bien, el mayor reto frente a los condicionantes de las acciones ha sido la violencia y las fronteras invisibles que se han constituido en las comunas de la ciudad, que se encuentran relacionado con las oportunidades económicas y sociales, especialmente de los jóvenes, que se integran a bandas y grupos criminales. Para superar o mitigar este condicionamiento se ha buscado promover empleo y oportunidades de negocio alrededor de la tecnología, la industria y el comercio. La superación de este aspecto es necesaria para reducir muertes por causas violentas, propiciando mayor confianza y equilibrio en el desarrollo de la ciudad.

3.2.4 Continuidades y Rupturas a Partir de los Instrumentos de Planificación para la ciudad de Medellín

Como se ha indicado, Medellín se ha caracterizado por la continuidad de sus políticas y por una orientación progresiva en el *Desarrollo Humano Integral* de la ciudad. Como proceso de evolución y desarrollo en este aspecto, se puede decir que desde el Plan de desarrollo 2004-2007 la ciudad se encaminó a generar mayor gobernabilidad y libertades ciudadanas para el ejercicio de la participación y decisión. En aspectos referidos a la segregación espacial se desarrolla el sistema de transporte integrado, que vincula a las comunidades marginadas por medio de la creación del *metro-cable*, *metro-línea* e integración del transporte urbano.

Una revisión de los documentos, permite considerar que la cobertura universal al régimen subsidiado de la población es una prioridad del 2004 – 2012, y que al cumplirse esta meta, se priorizan otros elementos a partir del 2012, como: el acceso y la calidad de los mismos, ya que la eficiencia sigue siendo un elemento por desarrollar tanto en la Secretaria de Salud, como en las Empresas Sociales del Estado.

La integración entre las políticas municipales, departamentales y nacionales está ligada estrechamente a la lógica del área metropolitana, entendiendo que es una región conurbada en la cual se debe mantener un equilibrio en las políticas de salud, para no sobrecargar al municipio con una carga de afiliados, vinculados y usuarios de los programas y beneficios que se obtienen en el territorio. Es por esta razón que el municipio prioriza una relación armónica entre las competencias de la nación, el municipio y la gobernación.

En relación a las rupturas, la política de la ciudad cada vez tiene más elementos nuevos de protección y hacen un esfuerzo adicional por garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos, Es así como en 2004 se parte de un enfoque de determinantes para abordar la salud, para que en el 2012 el plan incluya un

programa de APS como fundamento para el desarrollo de la salud pública en Medellín.

Se puede concluir que la ciudad se ha visto beneficiada por la continuidad de la orientación política de sus gobernantes y la estrecha relación de colaboración con el departamento de Antioquia, siendo la progresividad en el derecho a la salud una realidad. De igual manera, cabe resaltar la armonización de los planes y objetivos en salud de la ciudad en los últimos nueve años.

3.3. Similitudes y diferencias de los instrumentos de planificación en la evolución de las políticas de salud pública entre Bogotá y Medellín para el período 2004-2015

En este apartado se abordara el elemento central del esquema de análisis propuesto, (ver figura 22), se realizará una reflexión sobre las similitudes y las diferencias de las políticas de salud territoriales para las ciudad de Medellín y Bogotá. Para el efecto se abordara el referencial sectorial territorial (RST) y el referencial territorial sectorial (RTS) y para Medellín, se analizarán dos planes territoriales en salud y el POT y para Bogotá el Plan Maestro de Equipamientos de Salud.

Figura 22

Tercera parte del Esquema de Análisis Coordinación Diacrónica



Fuente: Elaboración propia apartado 2.6

Similitudes

Las ciudades de Bogotá y Medellín tienen varias similitudes frente a la administración y al direccionamiento de la salud pública. La primera es la capacidad de generar programas de promoción y prevención en salud con recursos propios, haber logrado una cobertura al SGSS superior al 93%, promover la salud de sus ciudadanos desde ámbitos educativos. Si bien las ciudades tienen condiciones normativas, económicas y sociales disímiles, se establecerán algunos paralelos entre los objetivos en los instrumentos de planificación.

Las similitudes entre los propósitos y programas de salud en las dos ciudades, permite establecer los elementos sectoriales comunes que define el Ministerio de Salud y Protección Social, aunque para este ítem se resaltara las iniciativas referidas a la promoción y protección de salud.

En las dos ciudades se tiene como propósito lograr la garantizar en el derecho a la salud, como una prioridad para el bienestar de los ciudadanos. Los programas alimenticios y de saneamiento básico han sido un acierto para generar unas condiciones de salud favorables, pero en relación a las condiciones socioeconómicas de los ciudadanos, se podría decir que no se han generado los suficientes incentivos para la vinculación efectiva de la población vulnerable a las cadenas de valor y poder así obtener mayores posibilidades de sostenimiento y reducción del riesgo social.

En Bogotá se inició un proceso en el 2004 al orientar el sistema de salud hacia la APS - renovada, conformando así un sistema de elementos estructurales, financieros, sociales y de gobierno para promover la equidad. Dicho sistema ha permitido la sostenibilidad en el largo plazo del sistema y, la progresión que se ha hecho ha sido estructurada por programas como “Salud a su Hogar”, cobertura universal, “Gestión Social Integral”, coordinación intersectorial y otros programas dirigidos a mejorar la oferta de servicios y la integración de la red distrital.

Estos procesos han permitido actualizar y transformar el sistema de salud, ya no solo a nivel municipal o distrital sino nacional, que sin establecer una relación de coordinación entre las dos ciudades, han logrado avances significativos en la reducción de enfermedades transmisibles y control sobre las no transmisibles.

En cuanto a Medellín que en el 2008 propone en su plan de desarrollo la garantía al derecho en salud, es posible decir que ha confluído con Bogotá en la selección de la APS como alternativa para la reducción de inequidades en salud. Si bien las dos ciudades tienen serias dificultades en relación con la segregación espacial que limita el acceso, el desarrollo de sistemas de transporte integrado ha permitido que Medellín reduzca este aspecto, sin que esto deje de ser una barrera para la ciudad.

La participación ciudadana en las dos ciudades, ha sido un elemento central del proceso de salud, donde se han generado mecanismos de participación y activado el dispuesto en la reglamentación nacional. Además de esto se han enfocado en el ciclo vital y la relación con la enfermedad para generar programas específicos a los grupos poblacionales más vulnerables. Para esto en Bogotá se ha promovido la universalización progresiva de la atención integral en salud, para guardar el equilibrio financiero se ha realizado mediante la incorporación selectiva, que se determinó en el 2004 con la declaratoria de la emergencia social de algunas localidades.

Entre los grandes retos identificados en común por las dos ciudades es la articulación de actores como respuesta a, esto por la fragmentación del servicio, en la cual se interviene desde la dirección de salud. Pero la diversidad de actores públicos y privados hace de este objetivo un medio para impactar en la calidad y en el acceso al servicio.

Las ciudades han priorizado la infancia como prioridad de atención, esto respondiendo a varias lógicas y políticas, tanto nacionales como internacionales,

unos de indicadores más representativos en salud es la mortalidad infantil, que no solo representa un indicador de salud, sino uno de superación de la pobreza y de desarrollo. Es que en Medellín por medio de la formación de los adultos en el cuidado de los niños se reducen los factores de riesgo que inciden en la desnutrición y mortalidad.

Diferencias

Las diferencias de los propósitos y fines responden a dos razones, la primera a las condiciones particulares de cada territorio lo que podría definirse como el “grado de territorialidad” y la segunda al grado de sectorialidad presente en las acciones.

La articulación entre las políticas sectoriales nacionales en relación a Medellín es bastante cercana, esto por las condiciones de gobernabilidad de la ciudad que se articula con la Gobernación de Antioquia y con los otros municipios del Valle de Aburrá, requiriendo así unos mínimos para lograr la articulación efectiva y no producir desequilibrios grandes en los beneficios en salud, frente a los municipios conurbados que tiene la ciudad (Valle de Aburrá).

Por contraste, en Bogotá como bien lo indica el Plan de Salud Territorial 2012-2016 (ver anexo D), se aborda la salud desde los territorios sociales donde transcurre la vida cotidiana de los sujetos, en el que se expresan características y relaciones particulares que lo determinan y son comunes a todos, definiendo así la salud desde un aspecto territorial relacional. En relación a esto el desarrollo de la estrategia de Gestión Social Integral (GSI) ha permitido integrar a la población, actores comunitarios e instituciones, alrededor del territorio, y así entender la salud no solo desde lo sectorial sino desde lo integral.

Una de las grandes diferencias entre las dos ciudades es la cultura ciudadana, esto se debe a las condiciones migratorias y de la idiosincrasia propia de las regiones. Al ser en Bogotá tan diversa y cosmopolita, es muy complejo fomentar valores compartidos entre la población, la estrategia utilizada ha sido la

focalización en ciertos grupos vulnerables para la modificación de conductas, relaciones y valores con el propósito de reducir riesgos. En cambio Medellín al ser una ciudad más cerrada y pequeña, es posible fomentar de una forma más amplia conductas y valores saludables entre la población, bien sea reforzando imaginarios alrededor de la cultura antioqueña o promoviendo campañas masivas de apropiación territorial.

En relación a la participación ciudadana, Bogotá ha fortalecido este proceso por medio de GSI, de los Comités de Participación Comunitaria en Salud (Copacos) y del Sistema Distrital de Participación Ciudadana. Aquello es particular de la ciudad, donde la toma de decisiones en salud se fundamentan en gran medida en consultas con la comunidad y espacios abiertos de participación. Al contrario Medellín no ha superado la barrera de una débil e insuficiente participación ciudadana en los procesos de salud.

Medellín y Bogotá cuentan con la red hospitalaria de mayor complejidad de Colombia, siendo un propósito que se ha desarrollado en las dos ciudades. Para la venta de estos servicios, se han propuesto proyectos como la clusterización de la salud para Medellín y la creación de zonas francas para servicios de salud para Bogotá. Si bien esto es un elemento común, no se ha desarrollado en Bogotá de una forma tan dinámica como en Medellín, donde el sector privado ha impulsado estas iniciativas.

Una de las particularidades en la ciudad de Medellín era la alta flotación de población y movilidad entre los sistemas subsidiado y contributivo, lo que según el Plan de Salud Territorial 2012-2015, ha impuesto una carga a las finanzas y control del sector en el municipio.

Una comparación evidencia bien las diferencias entre los propósitos de las ciudades en relación a la salud, es posible considerar el objetivo estratégico del Plan de Salud Territorial 2012-2016 para cada ciudad.

Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016

Objetivo estratégico: consolidar e implementar un modelo de atención integral humanizado, participativo, intersectorial e incluyente que permita afectar positivamente los determinantes de la calidad de vida y la salud de la población de Bogotá y que garantice el acceso en condiciones de universalidad, equidad, calidad y calidez a los servicios de salud

Plan de Salud Municipal 2012-2015 “Medellín, ciudad saludable”

Objetivo estratégico: dirigir y coordinar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el orden local mediante el aseguramiento, la prestación de servicios de salud y la gestión de la salud pública

Con esto se evidencia el alto grado de sectorialidad con cuenta el plan de salud territorial de Medellín, ya que se ciñe a las competencias que le delega el sector para desarrollar la salud en la ciudad. Ahora bien, Bogotá tiene un propósito más amplio y con unas características asociadas al sistema de valor creado en la ciudad con lo cual se puede decir que el grado de territorialización es mayor.

Finalmente con esta reflexión se evidenciaron, los alcances del esquema de análisis, haciendo operativo y práctico para dos ciudades que cuentan con condiciones territoriales diferentes y sistemas de valor disimiles.

CONCLUSIONES

La diversidad de actores que intervienen en el desarrollo de las políticas de salud, tanto públicas como privadas impone retos de articulación y de regulación, ya que estos actúan con lógicas disimiles, intereses y relaciones de poder asimétricas. En este aspecto los procesos de planeación son claves para lograr superar las barreras de acceso y de cobertura, y así, cumplir con la progresividad en la garantía del derecho a la salud. En Colombia el proceso de descentralización ha delegado funciones a los entes territoriales para incluir los procesos de participación de los ciudadanos en la toma de decisiones, articulando la realidad específica de un territorio con los procesos de salud.

El generar un proceso de reflexión de la salud pública frente a las lógicas de regulación a las cuales se ve influida ha sido enriquecedor para entender cómo los procesos de descentralización llevados en Colombia han permitido diversificar las miradas frente a la salud y el rol de los actores en el sistema, esto sin desconocer que el SGSS restringe la ejecutividad de los resultados. Aun así, los entes territoriales han realizado avances significados, como el desarrollo del enfoque de determinantes, la reducción de inequidades y la Atención Primaria en Salud (APS), avances que han sido una alternativa para algunas ciudades, ya que su coherencia y efectividad, han propiciado cambios en la política de salud a nivel sectorial y nacional.

El esquema de análisis permitió evidenciar las relaciones entre los instrumentos de planificación y su transformación en el tiempo. Es clave entender que el esquema es una primera reflexión que se realiza para entender las interrelaciones entre territorio territorialización y territorialidad, tomando como base las lógicas de regulación sectoriales y territoriales que se han constituido dentro del sistema de gobernabilidad híbrido entre centralismo y descentralización con el que cuenta Colombia. Desde este punto de vista *uno de los mayores atributos y aportes del esquema es poder decodificar en dos sistemas de coordinación la política social de salud pública, uno que tiene en cuenta las escalas de decisión y otro que*

permite identificar la coherencia de las políticas en el tiempo, esto basado en los proyectos de territorio y su relación con los valores propios de una comunidad.

El esquema es una primera mirada a los procesos de planificación territorial en salud pública en un contexto general, esto definido y esquematizado por los instrumentos de planificación en dos lógicas predominantes sectorial y territorial, identificando los componentes RST y RTS, que permitirá esquematizar en otras investigaciones las relaciones de poder y conflictos alrededor de los componentes sociales, políticos y económicos en los procesos de identificación, planificación, implementación y evaluación de las acciones en el modelo de salud pública.

El análisis de los instrumentos de planificación permitió identificar el rol que juega la salud pública en un círculo de decisión política, que bien puede ser nacional o territorial. La aplicación aun somera del esquema a las acciones y resultados desarrollados en las ciudades de Medellín y Bogotá, permite cuestionar las directrices sectoriales que se sustentan en modelos tradicionales de salud. Deja vislumbrar además que la gran dificultad frente a la sostenibilidad en el financiamiento de la salud pública se puede superar, toda vez que se cambie el enfoque de atención a la enfermedad que es difundido por el SGSS.

La identificación de procesos territoriales de salud, que amplían y garantizan el derecho a la salud, en la medida en que las competencias y recursos lo permiten definir líneas de acción más amplias que las definidas en los instrumentos sectoriales o nacionales. Esto a la vez visibiliza que los procesos de salud entre las regiones no son igual, frente al acceso, a la disponibilidad y a la garantía para la salud. Esto lleva a pensar que sería interesante indagar las diferencias en relación con los recursos de libre destinación con los que cuentan las regiones.

El análisis cognitivo esbozado aquí permite avanzar la hipótesis que los mediadores en salud pública entre las lógicas de regulación sectorial y territorial deben ser más efectivos y definir unas competencias que permitan el desarrollo de

la salud en Colombia de una forma más equilibrada y propiciar así avance científico. La reflexión en este aspecto puede propiciar la discusión amplia frente a las responsabilidades territoriales en los sistemas de salud de alta complejidad, investigación y desarrollo, al igual que los compromisos sectoriales en relación a la promoción de la salud y administración de los recursos en el SGSS.

Las tendencias europeas y anglosajonas han dado relevancia a la salud pública abordada desde un enfoque territorial, ya que ésta supera las discusiones relacionadas a la administración de la oferta en salud. Es así como la investigadora canadiense Clavier (2012) relaciona la salud con el fortalecimiento de la gobernanza en las ciudades y al abordaje de la salud como un problema de soluciones integrales. Una visión intersectorial de la salud permite a las regiones y a las ciudades poner la salud como un nodo articulador del desarrollo social, donde las secretarías de salud o direcciones de salud, son participes en propuestas de movilidad, educación, saneamiento básico, vivienda y finanzas, debido a las ventajas que tiene la articulación de necesidades poblacionales a hábitos de vida saludables, como hábitats saludables, sistemas de movilidad -caminatas o recorridos en bicicleta-, promoviendo conductas que respondan al auto- cuidado.

En términos territoriales las acciones en salud pública, deben identificar las relaciones que se dan entre los actores y los micro territorios que habitan, toda vez que los territorios no solo constituyen unidades administrativas, sino son el medio del sostenimiento de la vida humana y en ellos se dan significados a las relaciones sociales y económicas de formas innovadoras y creativas que son propias de ciudades, pueblos y territorios dinámicos.

La salud pública no sólo es un asunto de medios, sino por el contrario es un reto social que involucra a toda la sociedad en su transformación: Enfoques como la APS son bastante progresivos y amplios, permiten definir un propósito social para la salud, que contenga el cuidado del medio ambiente, con el fin de concientizar

las instituciones frente a los procesos en salud, desarrollando mayor equilibrio entre las competencia nacional y territorial en relación a la salud, sin que se esté promoviendo mayor descentralización, sino que al contrario se definan de forma equilibrada las cargas en la administración de la oferta en salud, de la promoción y de la prevención en relación a los recursos destinados para este fin, y finalmente, definir competencias de prestación de servicios en las entidades de carácter privado.

Finalmente los instrumentos en planificación en salud pública hasta ahora han sido mecanismos normativos para ejecución de recursos y fijación de metas, estos se deben considerar más como herramientas para la transformación del sector salud y de los territorios, con esta investigación que aborda la salud pública desde un enfoque innovador por los supuestos de partida, es necesario realizar una revisión amplia de los mediadores (actores en salud) entre las lógicas y los procesos de negociación en el sistema de salud, esto debido que claramente se devela en el trabajo que los planes no solo se articulan a una lógica sectorial o territorial, sino a un referencial de mercado y a unos actores de presión política y económica.

He aquí nuevas perspectivas para futuras investigaciones y estudios que, apoyándose sobre este esquema de análisis, discutiéndolo y complementándolo, abordarán el todavía inexplorado campo de las políticas públicas territoriales de salud, en general, y de salud pública, en particular, componentes esenciales de las políticas sociales.

REFERENCIAS

Agudelo Suárez, L. [et al.] (2000), *Fundamentos de salud pública*, Medellín, s.e.

AmartyaKumar, S. (2002), *Desarrollo y libertad*, Bogotá, Planeta, traducción de María Esther Rabasco y Luis Toharia.

Antioquia, Alcaldía de Medellín, [en línea], disponible en:

<http://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin>

<http://www.medellin.gov.co/irj/portal/ciudadanos?NavigationTarget=navurl://95df34b57f5f0fd3189aa242d8586a05>

Antioquia, Gobernación de Antioquia, [en línea], disponible en:<http://antioquia.gov.co/>

Bejarano Mayorga, C. (2012), *Hacia un esquema para el análisis del referencial de las políticas públicas urbanas, desde la perspectiva de los instrumentos de planificación y de gobierno, como instrumentos de acción pública* [tesis de maestría], Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Maestría en Planeación Urbana y Regional.

Bogotá, Secretaria Distrital de Hacienda (2012), *Presupuesto. Bogotá, Distrito Capital*, Imprenta Distrital.

Bogotá, Secretaria de Integración Social (2009), *Gestión social integral*, Bogotá, Imprenta Distrital.

Bogotá, Secretaria de salud, [en línea], disponible en:

<http://www.saludcapital.gov.co/Style%20Library/default.aspx>

Bogotá, Secretaria Distrital de Planeación, [en línea], disponible

en:<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP>

Chávez B, Sierra O, Lopera M, Montoya P. (2004), *El Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia, 2001-2003. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública*, p.p. 77-99.

Colombia, Corte Constitucional (1992), *Sentencia T-484*, MP. Simón Rodríguez Rodríguez y Jaime Sanín Greffenstein. Bogotá.

- (1998), *Sentencia T489*, MP. Bladimiro Naranjo Mesa, Bogotá.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007-2010), *Plan Nacional de Salud Pública*, Imprenta Nacional.

- *Sistema de la Protección Social. Componente Territorial*, Imprenta Nacional.

Colombia. Congreso de la República. *Constitución Política de Colombia de 1991*.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2004), *Sistema de seguridad social en salud*, Imprenta Nacional.

Colombia, Departamento Nacional de Planeación (DNP), Documento Conpes social 22. *Focalización del gasto social en las entidades territoriales*, Imprenta Nacional.

Colombia, Departamento Nacional de Planeación (DNP), Documento Conpes social 133. *Distribución de los recursos pendientes de las once doceavas del SGP. 2010. Componente: Educación en salud*, Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2010), *Análisis de la situación en salud en Colombia*, Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007), *Encuesta nacional de salud*, Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2008), *Resultados por departamentos: Bogotá*, Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2008), *Resultados por departamentos: Antioquia*, Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2008), *Guía para la construcción de los panes de salud territoriales*, Imprenta Nacional.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2003), *Programa Nacional de Salud: 2002-2006*, Imprenta Nacional.

Comisión sobre determinantes sociales de la salud (2008), *Informe sobre determinantes sociales de la salud. Resumen analítico*, OMS, Ginebra.

Correa Montoya, L. (2011), *Planeación participativa para la garantía del derecho a la ciudad: análisis del proceso de formulación, discusión y elaboración del plan centro de Bogotá (colombia)*, [tesis de maestría], Bogotá, Pontifica Universidad Javeriana, Maestría en Planeación Urbana y Regional.

Departamento Nacional de Planeación (DNP), (1993), *El gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia*, Bogotá, DNP.

Departamento Nacional de Planeación (DNP), (2011), *Planeación para el desarrollo integral en las entidades territoriales: Plan de desarrollo 2012-2015*, Bogotá, DNP.

Dirección general de salud pública. Consejería de salud del principado de Asturias (2009), *Análisis de la situación de la salud en Asturias*, Asturias.

GTZ (2007), *Orientaciones metodológicas para la planificación territorial*, El salvador, s. e.

Guerrero, R. (2006, junio), *El concepto de la protección social*, en Cuadernos de Protección social. Bogotá, Núm. 3. p.p. 2-20.

Graaff, J. de V. (1967), *Teoría de la Economía del Bienestar*, Buenos Aires, Amorrortu editores.

Molina G, Montoya N, Rodríguez C, Spurgeon P. (2006); *Descentralización del sector Salud en Colombia: un análisis de 91 municipios*. Medellín, Rev. Facultad Nacional de Salud Pública, p. p.48-60.

Monnet, J. (2010) *Le territoire réticulaire en Revista Anthopos, huellas del conocimiento*. Número 227. Abril-junio de 2010. Barcelona, España. P. 91-104

Muller, P. (2010), *Las políticas públicas*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, traducción Jean-FrancoisJolly y Carlos Salazar Vargas.

- (2010) *Las Políticas Públicas*. JOLLY, Jean Francois y SALAZAR VARGAS, Carlos (traductores). Universidad Externado de Colombia. Bogotá. 2010. Tercera edición.

- (2009) *Referencial en BOUSSAGUET*, Laurie, JACQUOT, Sophie y RAVINET, Pauline (dirs) Diccionario de Políticas Públicas. Universidad Externado de Colombia. Bogotá. 2009.

Jaramillo, M. (s. a), *La planeación territorial en salud como un componente del Plan de desarrollo municipal*, en Revista Polis, s.d.

Jolly, J. (2010), *Regir el territorio y gobernar los territorios*, Bogotá, Pontificia Universidad javeriana.

- (2003) Pequeños municipios y descentralización, enfoque político vs. enfoque económico en MEYER, H. et. al. Problemática de los pequeños municipios en Colombia ¿supresión o reforma? Universidad Externado de Colombia y Konrad – Adenauer – Stiftung. Bogotá. 2003.
- (2010) Por un plan de movilidad urbana de Bogotá con un enfoque de oferta. Texto sin publicar.
- (2007) Territorialidad y sectorialidad de las políticas públicas. Aspectos analíticos y utilidades normativas de un esquema de análisis de las políticas públicas en el territorio en Cuervo et al. Ensayos sobre políticas públicas. Universidad Externado de Colombia. 2007.
- (2010), “¿Existe un enfoque francés de política pública?”, en Arrubla, D. y Ballesteros, M. (comps.), *Enfoques para el análisis de políticas públicas*, 2010, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.
- (2012), *Gobernanza de los y en los territorios y desarrollo económico local*, Bogotá, el autor.
- (2004), *Regir le territoire et gouverner les territoires la politique publique de décentralisation: en colombie entre 1982 et 2002*, [tesis doctoral], Soutenue, Université de paris iii - la sorbonnenouvelle: institut des hautes études d'amerique latine – iheal, Doctorat Études des sociétés latino-américaines.

Moiso, A. (2007), "Determinantes de la salud", en Barragán, H. *Fundamentos de salud pública*, La plata. Argentina, Universidad Nacional de la Plata.

Molina, G. (2007, enero-junio), *La descentralización del sector salud en Colombia*, en Revista Gestión y Política pública, núm. 1, vol 16, p.p. 171-202.

Molina, G. (2006, enero-junio), *Descentralización del sector salud en Colombia: análisis de 91 municipios*, en Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Núm. 1, Vol. 24, p.p. 48-60.

Morcillo, P. (2002), *Planeación en Colombia*, Bogotá, Universidad Piloto de Colombia.

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2008), *Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria en salud más necesaria que nunca*, Ginebra, Suiza, OMS.

Mosquera Méndez, P. (s. f.), *La estrategia de atención primaria en salud (APS) para Bogotá-Colombia y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud*, Bogotá. s. e. Vega Romero, R. (2010), *Igualdad y diversidad. Un enfoque crítico de la justicia social en la salud*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana.

- (s. f.), *Evaluación rápida del desempeño de la red pública de servicios de salud de Suba en el logro de los atributos de la Atención Primaria de Salud – APS*, s. d.

Navarro, V. (s. a), *Concepto actual de la salud pública*, [en línea], disponible en: <http://uiip.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf>

Ortiz, I. (2007), *Política social*, New York, Naciones Unidas.

Organización mundial de la salud – OMS. 1990. *Principios de Higiene de la vivienda*.

Pasquier, R.; Guigner, S.; Cole, A. (2010), *Dictionnaire des politiques territoriales*, s. l., Centre de recherche sur l'action politique e Europe.

Puello-Socarrás, J. (2007, junio), *La dimensión cognitiva en las políticas públicas*, en Revista Ciencia Política, Núm. 3, p.p. 30-57.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Pnud), (2005), *Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia. Objetivos de Desarrollo del milenio*, Bogotá, Pnud.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD. (2008) *Curso de Análisis de Políticas Públicas bajo la perspectiva del Desarrollo Humano*. Escuela Virtual PNUD.

- (2000) Derechos Humanos y Desarrollo Humano. Informe de desarrollo humano.
- (2000) Desarrollo Humano Colombia 2000. Informe de desarrollo humano de Colombia.
- (1990) Concepto y medición del Desarrollo Humano. Informe de desarrollo humano.

Rico Salas, R. (2011), *Explorando el desarrollo de la atención primaria en salud por parte de las instituciones prestadoras de salud privadas en una Localidad de Bogotá*, [tesis de maestría], Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Maestría en Administración de Salud.

Roa Bernal, P. (2011), *La territorialidad de los Derechos Humanos. La planeación del desarrollo territorial, un instrumento para su territorialización*, [informe de investigación], Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Arquitectura y Diseño.

Rodriguez, P. (2009, Febrero), *Medellín. La ciudad y su gente*, en Revista Credencial Historia, núm. 230. 2009.

RothDeubel, A. (2010), “Las políticas públicas y sus principales enfoques analíticos”, en Arrubla, D. y Ballesteros, M. (comps.), *Enfoques para el análisis de políticas públicas*, 2010, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

- (2007) Enfoques y teorías para el análisis de las políticas públicas, cambio de la acción pública y transformaciones del Estado, en Cuervo et al. Ensayos sobre políticas públicas. Universidad Externado de Colombia. 2007.
- (2006) Discurso sin compromiso. La política pública de derechos humanos en Colombia. Ediciones Aurora. Bogotá. 2006.

Salazar Vargas, C. (2011), *Políticas Públicas*, México, Mariel.

Satriano, C. (2006, septiembre), *“Pobreza, políticas públicas y políticas sociales”*, en Revista Mad, núm. 15. 2006, pp. 60-74.

Sen, A. La Idea de la Justicia. Taurus. Bogota, 2010.

Sentencia T-60 (2012), [en línea], disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/T-760-08/Autos%20genericos/AutosGenericos.php>

Suarez, E. (2003, diciembre.), *Políticas de la salud colombiana en los modelos de desarrollo*, en Revista Investigación en enfermería, imagen y desarrollo, Vol. 5, p. p. 29-39.

Vega Romero, R. (s. f.), *APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia el caso "Salud a su Hogar" en Bogotá*, Bogotá, s. e.

- (s. f.), *Dilemas éticos contemporáneos en salud el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social*, Bogotá, s. e.

Velez, A. (2009, enero-junio), *El derecho a la salud: políticas públicas y percepción de autores*, en Revista Hacia la promoción de la salud, Vol. 14, Núm 1, p.p. 68-92.

Whitehead, M.; Dahlgren, G.; Gilson, L. (2001), *Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective*. In *Challenging inequities in healthcare: from ethic to action*. New York, Oxford University Press, p.p. 309-322.

Anexo A. Instrumentos de Planificación Seleccionados

Nombre	Gobernador	Nombre del Plan o Programa de Gobierno	Años
Nivel Nacional			
Ley 1151 de 2007	Álvaro Uribe Vélez	Plan Nacional de Desarrollo "Estado comunitario: desarrollo para todos"	2006 - 2010
Decreto N° 3039 de 2007	Álvaro Uribe Vélez	Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010	2007-2010
Nivel Territorial - Bogotá			
Acuerdo 119 de 2004	Luis Eduardo Garzón	Plan de Desarrollo "Bogotá Sin Indiferencia: Un Compromiso Social Contra la Pobreza y la Exclusión"	2004-2008
Acuerdo 308 de 2008	Samuel Moreno Rojas	Plan de Desarrollo "Bogotá positiva, para vivir mejor"	2008-2012
Acuerdo 489 de 2012	Gustavo Petro Urrego	Plan de Desarrollo "Bogotá Humana"	2012 - 2016
	Samuel Moreno Rojas	Plan de Salud del Distrito Capital	2008 - 2012
	Gustavo Petro Urrego	Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016	2012 - 2016
Nivel Territorial - Medellín			
Acuerdo 03 de 2004	Sergio Fajardo	Plan de Desarrollo de "Medellín, compromiso de toda la ciudadanía"	2004 - 2007
Acuerdo 41 de 2008	Alonso Salazar Jaramillo	Plan de Desarrollo "Medellín ES Solidaria y Competitiva"	2008 - 2011
Acuerdo 07 del 2012	Aníbal Gaviria Correa	Plan de Desarrollo de "Medellín, un hogar para la vida"	2012 - 2015
	Alonso Salazar Jaramillo	Plan Municipal de Salud "Medellín es salud para la vida"	2008 - 2011
	Aníbal Gaviria Correa	Plan Municipal de Salud "Medellín ciudad saludable"	2012 - 2015
Planes de Ordenamiento Territorial - POT			
Decreto Municipal 409 de 2007	Reglamentación específica	POT Medellín	
Decreto Distrital 190 de 2004	Por medio del cual se compilan las disposiciones contenidas en los Decretos Distritales 619 de 2000 y 469 de 2003	POT Bogotá	
Decreto 318 DE 2005	Por el cual se adopta el Plan Maestro de Equipamientos de Salud para Bogotá Distrito Capital	Plan Maestro	

Anexo B. Legislación de Referencia.

NOMBRE	PROPOSITO
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
LEY 152 DE 1994	Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
LEY 388 DE 1997	Por el cual se establece la ley de ordenamiento territorial
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones
Resolucion Nº 3042 de 2007	Por la cual se reglamenta la organización de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud y se dictan otras disposiciones
Resolucion Nº 425 de 2008	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales
Decreto Nº 1876 de 1994	Por el cual se reglamentan los artículos 96o, 97o y 98o del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado"
Decreto Nº 4973 de 2009	Por el cual se establecen los requisitos y procedimientos para la certificación de la asunción de la prestación de los servicios de salud y se dictan otras disposiciones

Anexo. C Matrices para la construcción del referencial de las políticas públicas a partir de los instrumentos de planificación seleccionados. - Análisis de Coordinación Sincrónica.

Análisis de algunos niveles de percepción del referencial RG, RS, RGT, RTS y RST (imágenes, algoritmos y valores).

Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 "Estado Comunitario: desarrollo para todos"			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Publica	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconomicas
Valores			
	La focalización para los programas redistributivos deben ser focalizados tanto como sea posible en los beneficiarios deseados		La compatibilidad de incentivos para los programas redistributivos deben minimizar las distorsiones en los incentivos.
	El objetivo fundamental sobre el que se sustenta la oferta de protección social parte del hecho de garantizar unos mínimos aceptables a toda la población.		Atención integral y prioritaria a los grupos poblacionales con peores condiciones de vida debe tener un carácter temporal.
Algoritmos			
	Combatir la evasión y elusión en el aseguramiento, para que aumenten los recursos, se pueda aumentar cobertura garantizando la sostenibilidad financiera del SGSS.		Generar incentivos adecuados para incluir (formalizar) segmentos de población que aún no se encuentran incluidos.
	Mejorar la situación de salud pública a través de la vigilancia y control de los riesgos,		
Imágenes			
Fortalecer el ejercicio del derecho a la libre elección del afiliado al SGSS.	Desarrollar e implementar el plan estratégico de salud pública que hará énfasis en las regiones y grupos poblacionales más afectados.		Incrementar el aporte de cotizaciones a cargo del empleador al SGSS
Establecer estrategias masivas de comunicación, dirigidas a la población afiliada y no afiliada, a través de las cuales se otorgue información sobre los beneficios a los cuales el usuario tiene derecho y los mecanismos ágiles y oportunos para su exigibilidad.	Generar mayor eficiencia y la sostenibilidad de las redes públicas, la accesibilidad y la calidad en la atención. En particular, para el caso de la oferta pública se hace necesaria la transformación de las condiciones de gobernabilidad y autonomía que hoy la rigen.	Política Nacional de Salud Ambiental, con base en el Plan Nacional de Salud Ambiental 2006-2010, que promueva la equidad y la protección de los grupos más vulnerables y que haga énfasis en los problemas ambientales que generan los mayores costos para la sociedad colombiana	Aumentar la inversión extranjera para la generación de empleo.
Universalización del aseguramiento, en condiciones de sostenibilidad fiscal y financiera, de equidad y eficiencia	Promoción de los factores protectores, la articulación sectorial e intersectorial sobre los determinantes en salud y la generación de información.		

Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Publica	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconomicas
Valores			
Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.	Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad		Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana
	Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica		
Algoritmos			
	Iniciativa de Salud de las Américas, que incluye el desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la agenda de acuerdos entre los Ministros de Salud del Área Andina, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Reglamento Sanitario Internacional, así como otros compromisos internacionales en temas específicos		Coordinar acciones específicas con otros sectores, toda vez que muchos de los determinantes de la salud corresponden a las acciones de esos sectores
Imágenes			
El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación.	Enfoque poblacional, las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.	El enfoque de determinantes plantea que los resultados en salud de los individuos, grupos y colectividades, dependen de la interacción de cuatro grupos de factores: ambientales, del comportamiento humano, de la herencia y de las respuestas de los servicios de salud.	

Plan de Desarrollo 2008-2012 "Bogotá Positiva"			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Pública	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconómicas
Valores			
Lograr una sociedad ambientalmente sostenible	Promover la garantía y efectividad de los derechos de las ciudadanas y ciudadanos	Preservación de los recursos naturales y el mejoramiento del ambiente serán prioridad de la administración distrital	Acciones para reducir la pobreza. Para ello impulsará la calidad de la educación, la salud, la seguridad alimentaria, la promoción del emprendimiento y acciones afirmativas para los menos favorecidos.
	Que la gestión y la inversión social estén en función de la prestación de los servicios sociales en términos de su disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia		
Algoritmos			
	Armonizar el aumento de cobertura en la prestación de servicios básicos con la satisfacción de estándares de calidad.	Garantizar la distribución y el acceso equitativo a los servicios, la infraestructura y los equipamientos, en armonía con el ambiente, a fin de que la población cuente con las condiciones necesarias para ejercer el derecho a la ciudad, en el marco de un proceso efectivo de construcción de la Región Capital.	Desarrollar acciones integrales que permitan reconocer, garantizar y restituir los derechos fundamentales de las personas más vulnerables
	Aumentar la población afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud y de la oferta y capacidad institucional de los servicios de salud en todos los niveles de atención		Eliminar de manera progresiva las barreras físicas, económicas y culturales que impiden el acceso oportuno y equitativo a los servicios sociales, ambientales y de vivienda.
Imágenes			
Adelantar acciones para el reconocimiento y valoración positiva de la población según sus ciclos vitales, concibiéndolos como sujetos integrales de derechos, privilegiando de manera especial el desarrollo de las capacidades de las y los jóvenes y la protección al adulto mayor	Garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque promocional de calidad de vida y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas	Garantizar el derecho a la seguridad alimentaria y nutricional para toda la población, en el marco del proyecto de integración de la Región Capital.	Garantizar el derecho al trabajo con base en el desarrollo de las capacidades y potencialidades de la población.
	Garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud y la prestación de servicios de salud a la población vulnerable del Distrito	Garantizar el derecho a disfrutar de un ambiente sano a través de la implementación de acciones preventivas	
	Generar las condiciones que permitan desarrollar e implementar el modelo de salud para el Distrito organizando la mejor provisión de servicios de salud en respuesta a las necesidades de la población.		

POT - Plan Maestro de Equipamientos en Salud			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Pública	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconómicas
Valores			
Recreación activa y pasiva. Garantizar la equidad de la atención en salud a la población del distrito. Universalización de la atención	El ordenamiento de cada tipo de equipamiento, que será establecido en el respectivo plan maestro, deberá corresponder con el objetivo general de garantizar el equilibrio entre áreas residenciales y servicios asociados a las mismas en todo el D. C. y será concordante con la estructura socio económica y espacial conformada por la red de centralidades.	Calidad ambiental para el desarrollo humano integral. Es propósito central de la gestión urbana mejorar equitativamente la calidad de vida de las generaciones presentes y futuras, partiendo de crear un medio seguro, saludable, propicio, estimulante, diverso y participativo para el desarrollo integral del ser humano, a nivel individual y colectivo, en lo físico, lo social y lo económico.	
	Red de servicios Equipamientos destinados a la administración y a la prestación de servicios de salud de promoción, protección específica, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Está compuesto por las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, de todos los niveles de complejidad y categorías, así como las públicas (Empresas Sociales del Estado) de orden Distrital, Departamental o Nacional, con sus respectivos puntos de atención: Unidades Básicas de Atención en Salud (UBAS), Unidades Primarias de Atención en Salud (UPAS), Centros de atención Médica Inmediata (CAMI), clínicas y hospitales de I, II y III nivel de atención.	Recuperación ambiental: Es la restauración de las condiciones ambientales de un área para su uso seguro, saludable y sostenible.	
Algoritmos			
	Falta cobertura de servicios asistenciales para los estratos más bajos de la población.	Precaria conectividad del sistema de equipamiento de Salud de Bogotá con todos los sistemas.	Distribución desigual de los servicios de salud en la ciudad, donde las mayores deficiencias se presentan en los sectores de mayor vulnerabilidad demográfica, social, económica y cultural.
	Deficientes condiciones de los equipamientos de salud existentes.		
Imágenes			
Promover la inclusión social en los instrumentos y procesos de planificación de modo que se favorezcan la identidad, apropiación pertenencia, participación y solidaridad de la población en un territorio común, las competencias y corresponsabilidades respecto al entorno, las condiciones de hábitat, asentamiento y conciencia de lo ambiental, entendido como todo factor exterior determinante hacia el individuo	Desarrollar y regular un sistema de equipamientos en salud como respuesta a las necesidades de la población actual y futura en los territorios donde habita	Generar una intervención dinámica y equilibrada desde el Distrito Capital con el territorio físico, social y económico, consecuente con el modelo ciudad región	Propender por una equidad espacial en la distribución de los servicios de salud en el Distrito Capital, que asegure un adecuado acceso y cobertura de la población
	Propender por una equidad espacial en la distribución de los servicios de salud en el Distrito Capital, que asegure un adecuado acceso y cobertura de la población.	Desarrollar procedimientos adecuados de salud ocupacional y de control de los riesgos tecnológicos y optimizar los procedimientos de seguridad industrial	
	Racionalizar la inversión sectorial pública y privada en el Distrito Capital para optimizar la red existente y definir la localización y uso de los equipamientos futuros, que potencialicen los nodos y centralidades propuestos para el territorio	Departamento Administrativo del Medio Ambiente (DAMA), el Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD) y la Secretaría de Salud establecerán los mecanismos para relocalización de industrias ubicadas por fuera de las zonas industriales y que por su crecimiento o cambios tecnológicos aumenten los impactos sobre su entorno.	

Plan de Salud del Distrito Capital 2008 - 2012			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Pública	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconómicas
	Valores		
En lo individual, calidad de vida es interpretada desde la autonomía, es decir, como la capacidad de cada uno de tomar decisiones sobre sí y por sí mismo, desde el punto de vista funcional, social, económico y político.	Integralidad se puede entender como el cubrimiento de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general todas las condiciones de vida de toda la población, para éste efecto cada quien debe contribuir según sus capacidad, posibilidades y competencias.		Igualdad de oportunidades", las inequidades son aquellas diferencias injustas y evitables, para que los sujetos desarrollen sus capacidades, la equidad debe reconocer que para necesidades diferentes se requieren respuestas diferentes y para necesidades iguales respuestas iguales
	Para la intervención de los determinantes sociales de la salud, el sector salud debe realizar coordinación con otras instancias del gobierno distrital, distritales y locales, lo que implica un trabajo con todas ellas para coordinar acciones a desarrollar en los territorios.		
	Transectorialidad exige una interpretación de la realidad desde la complejidad: exige una mirada transdisciplinar y una acción conjunta cuyo centro sea la calidad de vida de la población en los territorios sociales, con el objetivo de construir conjuntamente escenarios de desarrollo que se materialicen a partir de la construcción de respuestas integrales concertadas entre actores institucionales (públicos y privados) y comunitarios, que se orienten por el enfoque de derechos		
Algoritmos			
Falta de reconocimiento de la familia como un entorno natural donde se establece por primera vez el comportamiento y se originan condiciones, cultura, valores y normas que permiten a sus integrantes la toma de decisiones saludables	Lograr el acceso de la población a la atención integral en salud con calidad		Desarrollar un modelo de salud integral e incluyente que reconozca la diversidad étnica y cultural, y que responda a las necesidades de la población del Distrito Capital
Debilitamiento de los diferentes procesos de salud pública en algunas ESE	Poco posicionamiento de las acciones que deben desarrollarse para el abordaje de los determinantes de la salud en los espacios políticos de análisis y toma de decisiones locale y frágil ejercicio de la rectoría de la SDS y debilidades en las competencias del talento humano para la salud pública		Baja demanda de empleo formal, nuevas formas de trabajo, déficit de redes sociales y ausencia de políticas que aseguren la retribución salarial acorde a las necesidades de los individuos y no garantiza el acceso equitativo de los y las trabajadoras a los beneficios de seguridad social del Estado
Imágenes			
Operación en ámbitos de vida cotidiana: familiar, escolar, comunitario, laboral, Institucional, Ámbito IPS: Instituciones amigas de la salud	Garantizar el ejercicio de la Rectoría en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con visión integral		
Promover la construcción de ciudadanía para el ejercicio del derecho a la salud y la calidad de vida	Fortalecer el desarrollo Institucional y Sectorial que favorezca la gestión social integral efectiva para la transformación de condiciones de calidad de vida de la población de Bogotá		
Componente de ámbitos de vida cotidiana es un desarrollo conceptual de la Secretaría Distrital de Salud desde la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Este concepto se basa en la comprensión teórica de territorios sociales como una construcción social que trasciende el espacio físico	Gestión de la salud pública en territorios sociales se define como un proceso dinámico que planea, articula, coordina, genera conocimiento y movilización social para posicionar la política distrital de salud en el nivel local a través de propuestas transectoriales y participativas que afecten positivamente los determinantes de la salud		
El ámbito familiar se identifica como una representación de un territorio social, el cual se define como un espacio social donde transcurre la vida cotidiana de personas de diferente o del mismo sexo, con hijos o sin ellos, unidas por una relación de consanguinidad, parentesco, adopción o afecto	Vigilancia en Salud Pública parte de una evolución intencionada de la vigilancia Epidemiológica y de la epidemiología en general, pero no solo de ellas		

Anexo. D Matrices para la construcción del referencial de las políticas públicas a partir de los instrumentos de planificación seleccionados. - Análisis de Coordinación Diacrónica.

Análisis de algunos niveles de percepción del referencial RGT, RTS y RST para las ciudades de Medellín y Bogotá

Plan de Desarrollo Bogotá Sin Indiferencia "Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión"			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Pública	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconómicas
Valores			
Gestión pública estimulará la integración social de la ciudad y el desarrollo de las capacidades de los ciudadanos y las ciudadanas, la autogestión	Promoción, protección y restablecimiento de los derechos y prevención de las causas asociadas a su vulneración	Perspectiva sostenible, a partir de la descentralización y la desconcentración en lo local, la integración urbano-rural y regional	Acción pública se orientará a la intervención social articulada e integral para atender en forma simultánea las carencias de los grupos humanos y las necesidades de las comunidades
Promover la reflexión y la acción colectivas en torno al comportamiento y actitudes de las personas para afianzar el ejercicio de la ciudadanía, la democracia y la solidaridad	Se avanzará hacia la garantía del acceso equitativo a los servicios sociales, culturales y recreativos mediante la ampliación, esconcentración y fortalecimiento de la oferta pública y su armonización con la privada y del tercer sector.	Garantía a las personas y al colectivo social del derecho fundamental al alimento	desarrollo económico permitirá avanzar progresivamente hacia una sociedad más equitativa, con más y mejores oportunidades para todos y todas, a partir del crecimiento, calificación y reorientación de las actividades productivas. Se generarán oportunidades para la potenciación del talento humano, la formación para el trabajo, la generación de empleo e ingresos y la creación riqueza colectiva
Imágenes			
Se promoverá y consolidará un Sistema Distrital de Participación efectiva que propicie su ejercicio y el control social a la gestión pública.	Promoverá la universalización progresiva de la atención integral en salud, mediante la incorporación selectiva, con énfasis en poblaciones pobres y vulnerables. Realizará intervenciones y acciones intersectoriales que contribuyan a mejorar las condiciones de vida, las capacidades y las opciones de las personas y familias para lograr comunidades y hábitats saludables. Fortalecerá la salud pública en la dimensión urbano-regional.	La protección y preservación del ambiente será una construcción colectiva para asegurar la distribución equitativa de los beneficios ambientales, procurar la calidad ambiental necesaria para la salud, el bienestar y la productividad y asegurar las áreas de sustento para la sostenibilidad de la ciudad y la región.	Brindará oportunidades efectivas de formación integral y de generación de empleo e ingresos mediante la inversión pública y compromisos con el sector privado, que posibiliten el desarrollo pleno de los talentos y capacidades de las personas, así como la generación de condiciones para la inclusión económica, productiva y social de las poblaciones en mayor condición de vulnerabilidad, y la formalización del trabajo y las actividades económicas.

Plan de Desarrollo Bogotá Positiva			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Publica	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconomicas
Valores			
Preservación de los recursos naturales y el mejoramiento del ambiente serán prioridad de la administración distrital	Garantía y efectividad de los derechos de las ciudadanas y ciudadanos	Lograr una sociedad ambientalmente sostenible	Acciones para reducir la pobreza. Para ello impulsará la calidad de la educación, la salud, la seguridad alimentaria, la promoción del emprendimiento y acciones afirmativas para los menos favorecidos.
	Que la gestión y la inversión social estén en función de la prestación de los servicios sociales en términos de su disponibilidad, acceso, permanencia, calidad y pertinencia		
Algoritmos			
	Armonizar el aumento de cobertura en la prestación de servicios básicos con la satisfacción de estándares de calidad.		Desarrollar acciones integrales que permitan reconocer, garantizar y restituir los derechos fundamentales de las personas más vulnerables
	Aumentar la población afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud		Eliminar de manera progresiva las barreras físicas, económicas y culturales que impiden el acceso oportuno y equitativo a los servicios sociales, ambientales y de vivienda.
	Aumento de la oferta y capacidad institucional de los servicios de salud en todos los niveles de atención		
Imágenes			
Adelantar acciones para el reconocimiento y valoración positiva de la población según sus ciclos vitales, concibiéndolos como sujetos integrales de derechos, privilegiando de manera especial el desarrollo de las capacidades de las y los jóvenes y la protección al adulto mayor	Garantizar el derecho a la salud, a través de un enfoque promocional de calidad de vida y atención primaria en salud, con el fin de satisfacer las necesidades individuales y colectivas	Garantizar el derecho a la seguridad alimentaria y nutricional para toda la población, en el marco del proyecto de integración de la Región Capital.	Garantizar el derecho al trabajo con base en el desarrollo de las capacidades y potencialidades de la población.
	Garantizar el acceso universal al aseguramiento en salud y la prestación de servicios de salud a la población vulnerable del Distrito	Garantizar el derecho a disfrutar de un ambiente sano a través de la implementación de acciones preventivas	
	Generar las condiciones que permitan desarrollar e implementar el modelo de salud para el Distrito organizando la mejor provisión de servicios de salud en respuesta a las necesidades de la población.		

Plan de Desarrollo Bogotá Humana			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Pública	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconómicas
Valores			
Las personas ganan en libertad si amplían el espacio de sus capacidades para ser y hacer. En este complejo ejercicio de ser agentes de su propia vida, participan conjuntamente el individuo y los gobiernos local y nacional.	A través de las acciones contempladas en el Plan Bogotá Humana se brindará atención universal en salud haciendo énfasis en la equidad sanitaria, la salud pública y en los programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud, velando porque el financiamiento del sistema sanitario sea equitativo. En salud y seguridad social cada vez es más necesario recurrir a las finanzas públicas (locales y nacionales) porque el régimen contributivo ha ido perdiendo relevancia frente al subsidiado	Para que la densificación verde y no segregada sea una realidad, es necesario que la renovación urbana se conciba como revitalización, que modifique los criterios convencionales de renovación funcional a proyectos inmobiliarios, asociada a especulación y a desplazamiento de la población de las zonas centrales.	la segregación socio-espacial, que se presenta cuando los ricos y los pobres no están mezclados en el espacio. La medición de la segregación combina dos variables. La espacial, que es la localidad; y la social, que es el ingreso. La segregación se manifiesta en formas desiguales de distribución de la infraestructura y la oferta de servicios como educación, vivienda, servicios de salud, cultura y de protección, acceso a espacios públicos, al trabajo y la movilidad, a las condiciones ambientales y a la libre expresión cultural y deportiva. La segregación obstaculiza el disfrute pleno de los derechos sociales, económicos y culturales.
Algoritmos			
	En la ciudad no existen hospitales públicos de cuarto nivel y sería importante evolucionar a desarrollarlos en el marco de la red pública, en la cual se podría articular un nuevo Hospital San Juan de Dios	La dinámica de la aglomeración tiene que partir del reconocimiento, comprensión y fortalecimiento de la estructura ecológica principal (Van der Hammen 2000), entendida como la estructura básica sin la cual la degradación de los ecosistemas sería un hecho y de las dinámicas del agua y de la vida se harían imposibles.	
Si la acción conjunta de los gobiernos nacional y distrital efectivamente garantiza los derechos, las personas pobres tendrán acceso a la educación, la salud, la cultura, el deporte, la vivienda digna, la alimentación, el transporte, los servicios públicos.	Se aumentarán los equipos de salud a su hogar y se fortalecerán como redes de atención comunitaria integral para la prevención de la enfermedad. Estas redes se articulan desde los barrios a su vez para generar atención de segundo, tercer y cuarto nivel	La lectura insuficiente de las dinámicas naturales ha dado como resultado la inadaptación de la ciudad ante las condiciones climáticas actuales, evidente en el colapso y gran afectación durante las temporadas invernales de masas importantes de población y dinámicas de producción.	De acuerdo con la Encuesta Multipropósito del 2011, el 19.1% de los hogares no tiene la capacidad de pago para adquirir bienes distintos a los básicos. Estas familias no cuentan con los recursos necesarios para adquirir bienes y titularidades que consideran valiosas. Los ingresos apenas les alcanza para responden a las necesidades inmediatas de todos los días.
	En consecuencia, los criterios orientadores deben ser: i) Acabar con el régimen de los "vinculados" y fortalecer el aseguramiento del régimen subsidiado (EPS Capital Salud). ii) Cualificar y profundizar el enfoque de salud preventiva (programas salud a su hogar, salud al colegio y similares), iii) Garantizar eficiencia y transparencia en la gestión de la red hospitalaria del distrito.	El riesgo es una función creciente de la vulnerabilidad y de la amenaza. La política pública debe incidir tanto en la reducción de la vulnerabilidad como en la disminución de la amenaza. El Banco Mundial y los estudios sobre redes de seguridad social muestran que los activos (monetarios, físicos, financieros, humanos) fortalecen la familia y disminuyen la vulnerabilidad. Todos somos más o menos vulnerables	
Imágenes			
El nivel de bien-estar de las personas se reduce con la discriminación motivada por razones del ciclo vital, la pertenencia étnico-racial, la condición socio-económica, la discapacidad, la identidad de género, la orientación sexual, las prácticas culturales, la condición urbano-rural, la situación de las víctimas del conflicto armado y del desplazamiento forzado.	Territorios Saludables. Se aumentarán los equipos de salud a su hogar y se fortalecerán como redes de atención comunitaria integral para la prevención de la enfermedad. Estas redes se articulan desde los barrios a su vez para generar atención de segundo, tercer y cuarto nivel.	El acceso igualitario a los servicios y a los equipamientos contribuye a reducir la segregación. En virtud del derecho a la ciudad, deben crearse condiciones espaciales que favorezcan el acceso a los equipamientos (vías, centros culturales, deportivos, escuelas, hospitales).	Desde el punto de vista de la calidad de vida, el PDD propone políticas que se reflejan en una ampliación del ingreso disponible (YD) de las familias. Cada uno de los componentes de la canasta de consumo de las familias (alimentos, vivienda, salud, educación, transporte, servicios públicos, cultura, entre otros.), se puede expresar como un derecho.
	Red Pública para la vida. Se desarrollarán cuatro hospitales públicos de cuarto nivel. En la ciudad no existen hospitales públicos de cuarto nivel y sería importante evolucionar a desarrollarlos en el marco de la red pública, en la cual se podría articular un nuevo Hospital San Juan de Dios. Masificar la actividad física. Si todos los ciudadanos pudiéramos acceder a actividad física por lo menos 30 minutos cada día, podríamos evitar las enfermedades causadas por el sedentarismo. La actividad física nos provee además de energía, productividad y felicidad.	identificar y comprender los escenarios de riesgo climático, y a partir de allí, realizar la gestión diferencial en el territorio, mediante mecanismos urbanos de planificación y gestión, la incorporación de determinantes a los procedimientos urbanos y procesos constructivos, el monitoreo y seguimiento de los procesos naturales en tiempo real	

Plan de Salud del Distrito Capital 2008 - 2012			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Publica	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconomicas
Valores			
Fase de acercamiento y creación de lazos de trabajo colectivo con las personas que habitan o pasan parte de su vida cotidiana en el ámbito sujeto de la intervención; durante esta fase también se toma nota de las experiencias, saberes y prácticas existentes en el lugar, así como de las expectativas y dudas que se puedan tener frente al proceso.	Procesos de salud - enfermedad constituye la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que se producen en diferentes zonas socio-espaciales y en los grupos que las habitan, la aparición de riesgos y potencialidades características” y que la situación de salud obedece a las determinaciones dadas por las formas de reproducción social como alimentación, reposo, protección frente al ambiente, recreación, comunicación social e interpersonal, actividades educativas, religiosas, culturales, rituales y el acceso a los servicios de salud entre otras	Salud se explica como el resultado de la interacción compleja de un número de condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales. Estos determinantes de la calidad de vida y salud hacen parte del contexto y de las formas por las cuales estas condiciones se traducen en efectos en la calidad de vida y salud	
		En este punto se observa el territorio tratando de hacer visibles las complejas condiciones que determinan la aparición de problemáticas negativas y las iniquidades para la calidad de vida de la población; es importante la participación de todos los implicados en el proceso para que la lectura sea más completa y dé cuenta de la complejidad de la realidad que se pretende interpretar e intervenir.	
Algoritmos			
Ciclo Vital explica el tránsito de la vida como un continuo desarrollo y propone que es producto de la satisfacción de necesidades y el despliegue de capacidades y potencialidades en los dominios social, histórico, biológico y psicológico. Se relaciona con la autogestión de las personas y las oportunidades que garantizan a los individuos y las colectividades un entorno óptimo.	comprensión de la salud, incluya a los sectores públicos, privados y sin fines de lucro en su organización y operatividad, para favorecer respuestas integrales, integradas y apropiadas a lo largo del tiempo, con énfasis en la prevención y en la promoción, garantizan el primer contacto del usuario con el Sistema.	Atención Primaria como estrategia en salud se entiende y aplica en el mundo de diversas maneras y ha evolucionado a través del tiempo ampliando progresivamente su enfoque al reconocimiento de la incidencia de los determinantes sociales y políticos en la salud y las necesidades de otros actores y sectores para dar respuesta a las responsabilidades que trascienden del sector de la salud .	
	Redefinición y reasignación de funciones como de los cambios en las formas de financiación y contratación de servicios establecidas en la Ley 100 de 1993, la Secretaría Distrital de Salud asume progresivamente las funciones de Dirección y Control Administrativo, desligándose paulatinamente de la prestación directa de servicios. En este sentido y dado que la reforma al Sistema implica que los servicios asistenciales son contratados por aseguradores públicos o privados, los Hospitales actúan como Empresas Sociales del Estado.	Frente a las condiciones del entorno y sus efectos en salud, al año 2006 las enfermedades crónicas de las vías respiratorias y la neumonía ocuparon respectivamente el cuarto y quinto lugar de mortalidad en la ciudad en consecuencia, preocupa sobremanera la calidad del aire en Bogotá.	

Plan de Salud del Distrito Capital 2008 - 2012			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Publica	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconomicas
Imágenes			
<p>el territorio social donde transcurre la vida cotidiana de los sujetos, en el que se expresan características y relaciones particulares que lo determinan y son comunes a todos los actores que lo habitan. El territorio es producto histórico y social en donde se dan intercambios simbólicos y culturales, prácticas de producción y de consumo que determinan la formación de subjetividades; existen formas de ser niño, joven, adulto o persona mayor, acorde con las condiciones en que transcurre su vida</p>	<p>el enfoque renovado es visto como una condición esencial para la promoción de la equidad en salud y el desarrollo humano, en la medida en que concibe la salud como un derecho humano y se centra en las causas fundamentales de la misma; este enfoque, con carácter más social y político que el de Alma Ata, se considera estratégico para afrontar los nuevos desafíos epidemiológicos, fortalecer las capacidades de la sociedad en la reducción de las inequidades en salud y para el abordaje de los determinantes sociales que afectan negativamente la salud y la desigualdad social.</p>	<p>Para llevar a cabo esta labor se establecieron apuestas estructurales que viabilizan la política a partir del reconocimiento de las necesidades sociales; éstos son : La Población: Las personas que habitan y visitan la ciudad con sus características de género, etnia, grupo etáreo, capacidades y situación socioeconómica para dar cuenta del ciclo vital. El Territorio: Se refiere a los espacios sociales de las personas, donde la calidad de vida tiene su poder expresivo en los espacios cotidianos. Las necesidades se configuran en los territorios sociales con poblaciones y problemáticas definidas siendo éstos son los espacios donde operan las acciones intersectoriales y transectoriales con sus capacidades políticas, técnicas y económicas para hacer frente a las necesidades.</p>	<p>Fortalecer el desarrollo institucional y sectorial que favorezca la gestión social integral efectiva, para la transformación de condiciones de calidad de vida de la población de Bogota.</p>
<p>▣ Ámbito Comunitario: Comunidades Saludables : Se refiere a los espacios de relaciones conformados en la comunidad (grupos, organizaciones y redes), a los saberes y las experiencias comunitarias. El ámbito comunitario es un escenario en el que se expresan las condiciones que determinan la calidad de vida y a las que se les atribuye por lo tanto una vinculación estrecha (salud – enfermedad colectiva). Esta relación es determinante para la población que habita una comunidad, sobre sus condiciones de vida y salud.</p>	<p>Garantizar el ejercicio de la rectoría en salud y del sistema general de seguridad social en salud, con visión integral</p>		<p>Lograr la sostenibilidad y continuidad de las prácticas sociales para el mantenimiento de la calidad de vida de las poblaciones, individuos y de sus organizaciones sociales.</p>
<p>Desarrollar un modelo de atención en salud integral e incluyente que reconozca la diversidad étnica, cultural y de género, que responda a las necesidades de la población del distrito capital</p>	<p>Desarrollar e implementar la gestión social integral intra, inter y transectorial, a nivel distrital y local, para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población del Distrito Capital.</p>		
<p>Impactar en las condiciones de calidad y salud de la población del Distrito Capital con el desarrollo de las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad definidas en el plan de Salud del Distrito Capital.</p>	<p>Lograr el acceso de la población a la atención integral en salud con calidad</p>		
<p>Potenciar las capacidades de las personas y sus formas organizativas, reconociendo que todas tienen habilidades e intereses que los particularizan dentro de un entorno social en función la construcción de lo público.</p>			

Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Publica	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconomicas
Valores			
	Modificar positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida a través del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en Atención Primaria, la Gestión Social Integral y las redes integradas de servicios, el fortalecimiento de las red pública hospitalaria, con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad	Comprensión de la salud como un proceso pluridimensional, que genera situaciones específicas en las poblaciones en sus territorios, que están determinados por una serie de factores que van desde los estructurales de la sociedad y el modelo de desarrollo, hasta los que se explican por la biología y la genética	
Algoritmos			
La ciudad recuperará el sentido de orgullo y una concepción ética de lo público fortalecida por la participación ciudadana	La vulneración de la garantía del derecho a la salud, también viene afectando el cumplimiento de políticas públicas sectoriales, impidiendo incidir en uno de los determinantes de la calidad de vida como lo es el del acceso a los servicios de salud	Ordenará su territorio alrededor del agua, para enfrentar el cambio climático, lo que requiere transformaciones profundas en la concepción del desarrollo, la visión del territorio y la organización socio-espacial de la ciudad.	
	Segregación en la oferta de prestación de servicios en salud En diferentes estudios adelantados se ha demostrado cómo en la zona norte del Distrito Capital, se localizan más de las tres cuartas partes del total de la oferta de servicios de salud	Necesidad urgente que tiene el Distrito de superar el modelo de ciudad depredador del ambiente, para reducir su vulnerabilidad física, asegurar el equilibrio de cargas sobre los ecosistemas y proveer a la ciudad de corredores ecológicos para la conectividad del agua y las dinámicas ecosistémicas que minimicen el consumo de recursos (suelo, agua, energía y materiales) mediante políticas de ordenamiento del territorio, gestión ambiental y prevención de desastres, articuladas para enfrentar el cambio climático.	Reducir la segregación económica, social, espacial y cultural de la ciudadanía bogotana, modificando las condiciones que dan lugar a procesos de discriminación, favoreciendo el acceso a las dotaciones y capacidades que les permitan gozar de condiciones de vida que superen ampliamente los niveles de subsistencia básica, independientemente de su identidad de género, orientación sexual, condición étnica, preferencias políticas, religiosas, culturales o estéticas
	Índice de accesibilidad espacial, desarrollado para el Plan Maestro de Equipamientos en Salud, refleja las necesidades de oferta/demanda de servicios de salud, recogiendo la dinámica en los servicios trazadores	La contaminación del aire en Bogotá, está asociado a la polución producida por diferentes fuentes como la industria, minería, quemas ilegales, infraestructura vial y los vehículos automotores, siendo esta última la que más impacto genera.	
	Intersectorialidad es una estrategia de gran importancia para poder abordar de manera integral la transformación de las determinaciones estructurales de la salud y calidad de vida en varios temas de la agenda pública, pero en particular para prioridades como la salud ambiental, la seguridad alimentaria y nutricional, la violencia y el maltrato intrafamiliar y de género, y la respuesta social para grupos poblacionales en situación de mayor vulnerabilidad por inequidades o desigualdades sociales		El trabajo digno y seguro es eliminar la intermediación laboral y la contratación precaria de funcionarios que ejercen actividades permanentes en salud, garantizando su continuidad mediante la vinculación formal y transparente del talento humano que, según estudios técnicos se requiera. La vinculación formal del personal de salud será el terreno propicio para la implementación de programas de salud ocupacional y de protección de riesgos laborales.

Plan Territorial de Salud Bogotá Distrito Capital 2012 - 2016			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Publica	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconomicas
Imágenes			
<p>Considera que la promoción del potencial del ser humano comienza desde el principio de la vida, por lo cual la sociedad y el Estado garantizarán la atención en salud, nutrición y educación a toda la población, con especial énfasis en los niños y niñas de 0 a 5 años.</p>	<p>Consolidar e implementar un modelo de atención integral humanizado, participativo, intersectorial e incluyente que permita afectar positivamente los determinantes de la calidad de vida y la salud de la población de Bogotá y que garantice el acceso en condiciones de universalidad, equidad, calidad y calidez a los servicios de salud</p>	<p>Recuperación de la estructura ecológica principal y de los espacios del agua, revitalización, movilidad urbana, gestión integral de riesgos, basuras cero, cultura ambiental integral.</p>	<p>Es necesario implementar de políticas económicas y sociales tendientes a modificar el consumo ampliado y la cultura del consumo individual y familiar, de tal forma que se pueda mejorar en el corto plazo la calidad de vida poblacional con efectos directos que ello tiene sobre los indicadores de salud.</p>
<p>Fortalecer la promoción de la salud, la detección y la prevención de la enfermedad, favoreciendo la información y educación familiar y comunitaria en los territorios, e incorporando enfoques diferenciales para la atención integral de víctimas del conflicto armado, reconociendo las prácticas de los grupos étnicos</p>	<p>Programa Territorios Saludables y Red Pública de Salud para la Vida, con el que se propone asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, modificando positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida, a través del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la Atención Primaria en Salud, la gestión social y las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad.</p>		

Plan de Desarrollo de Medellín 2004 - 2007 "Medellín compromiso de toda la ciudadanía"			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Pública	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconómicas
Valores			
promoción y potenciación de las capacidades, oportunidades y libertades de las ciudadanas y ciudadanos, la remoción y superación de los obstáculos para impactar problemas como la pobreza, la exclusión, la desigualdad, la violencia y la intolerancia, la falta de crecimiento económico sostenido y sostenible, y la baja gobernabilidad democrática que han estado presentes en la ciudad.	Desarrollo Humano Integral se encuentran los derechos fundamentales y la atención a una gama de necesidades básicas de las personas dentro de las que se destaca la salud		"Medellín Productiva, Competitiva y Solidaria" busca recuperar el espíritu emprendedor y la capacidad de generar riqueza con el trabajo productivo, organización productiva eficiente, dinámica y competitiva
Medellín Gobernable y Participativa" busca fortalecer las relaciones de solidaridad, vigorizar una cultura de la convivencia, crear más sociedad. Los componentes de esta línea incluyen cultura ciudadana, organización y participación ciudadana, transparencia y desarrollo institucional, seguridad y convivencia.	Medellín Social e Incluyente" se encamina a crear las condiciones para que todos los habitantes de la Ciudad puedan acceder a los servicios educativos y a la prevención y atención en salud. Los componentes de esta línea son educación, salud, solidaridad, equidad social, deporte y recreación		
Algoritmos			
	Vigilancia epidemiológica de la salud pública que consiste en el conocimiento y seguimiento de los diferentes eventos relacionados con el proceso salud - enfermedad, haciendo posible el diseño e implantación de las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad		
	Mantener y aumentar la cobertura en un 50 % (118 651) frente a los 237 302 afiliados al Régimen Subsidiado en diciembre de 2003.		
Imágenes			
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad es el tercer proyecto de Salud Pública, y se entiende como las actividades que se realizan en las comunidades para el fomento de los estilos de vida saludable y evitar la aparición de enfermedades	objeto de garantizar, más allá de la ausencia de la enfermedad, mejores condiciones de salud físicas, síquicas y sociales para los individuos y las colectividades. En este contexto se desarrolla el Plan de Atención Básica, con cuatro proyectos:		
escuelas y colegios saludables, que responde a una estrategia para atender los niños y las niñas institucionalizados en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad incluyendo salud visual, salud oral, salud auditiva, familia, vacunación, entre otras, para contribuir así a una mejor calidad de vida.	La vigilancia y control de factores de riesgo que afectan la salud pública comprende acciones de inspección, vigilancia y control de aquellos eventos que tienen que ver con el consumo, el medio ambiente y las enfermedades transmitidas de los animales al hombre		
Fortalecimiento de la participación social es un mecanismo que facilita que la ciudadanía tenga un papel protagónico en la formulación y evaluación de las políticas públicas en salud, por tal razón la meta es recuperar a partir del 2004 todos los instrumentos y mecanismos de participación social en salud establecidos en el Decreto 1757 de 1994.	Este proyecto pasa a tener una importancia fundamental con la decisión del Gobierno Municipal de sumar esfuerzos al nacional y departamental buscando la cobertura total en aseguramiento al Régimen Subsidiado (RS), que no es otra cosa que la afiliación de la totalidad de la población de los niveles Sisbén I y II al RS con subsidios plenos y la totalidad del nivel III al RS bajo la modalidad de subsidios parciales, lo que garantiza en forma global el aseguramiento y establece el nuevo reto del acceso.		

Plan de Desarrollo de Medellín 2008 – 2011 Medellín ES Solidaria y Competitiva			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Pública	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconómicas
Valores			
Enfoque de derechos implica un nuevo paradigma de desarrollo participativo, no discriminatorio, incluyente, que potencia a las personas en sus condiciones y capacidades, sujeto a rendición de cuentas, basado en derechos y libertades fundamentales universales e inalienables.	Establecer los elementos de continuidad que requieren una acción sostenida y persistente en el tiempo para lograr la transformación de Medellín en el marco del Desarrollo Humano Integral.		fortalecer y ampliar el alcance de este nuevo estilo de Gestión Pública por Resultados, a través del uso de instrumentos técnicos y tecnológicos para la identificación de necesidades sociales y la adecuada asignación del gasto público
Algoritmos			
Pobreza extrema, ya que ésta, afecta la calidad de vida, recorta las posibilidades en salud, empleo, educación, crédito, vivienda y activos para llevar una vida digna.	Medellín es una de las ciudades del país que cuenta con cobertura universal en salud en el régimen subsidiado; el reto para este cuatrienio es garantizar el acceso real a los servicios de salud con la oportunidad y calidad en la atención	Consolidación y mejoramiento de la habitabilidad de los asentamientos en condiciones de desarrollo incompleto e inadecuado como una estrategia de gestión urbana dirigida a atender de forma integral los desequilibrios territoriales, ambientales, socioculturales y socioeconómicos	menos personas vivan en condiciones de pobreza, exclusión y vulnerabilidad. Las políticas económicas son incapaces por sí mismas de producir resultados positivos en términos de bienestar para el conjunto de la población, por ello, se debe armonizar lo macro económico y lo social, para que logren conjuntamente los objetivos integrales del desarrollo humano
		Manejo integral del sistema natural y cultural que permite el suministro de agua potable y saneamiento básico a la población urbana y sub – urbana del Municipio	
Imágenes			
Garantizar el acceso integral y sostenible de los hogares más vulnerables de la ciudad de Medellín al conjunto de programas municipales y nacionales orientados a alcanzar los mínimos ciudadanos de desarrollo humano integral, con el propósito de asegurar su inclusión social y económica, mejorar su calidad de vida, promover su autonomía y contribuir a mejores formas de convivencia familiar y social	Mejorar las condiciones de salud de la población a través de las competencias en salud pública e Intervenciones, procedimientos y actividades individuales y colectivas a cargo de las entidades territoriales, dirigidas a promover la salud y calidad de vida, la prevención y control de los riesgos y daños en salud de alta externalidad para alcanzar las metas prioritarias de salud definidas en los Planes Nacional y territoriales de Salud Pública	Hacer de Medellín una ciudad con equidad territorial, con equipamientos de alta calidad para toda la población y generosa en espacio público, con equilibrio funcional del territorio, con un modelo que atienda y mitigue los problemas de congestión, accidentalidad e impactos ambientales y con servicios públicos accesibles para todos; fundamentado en un proceso de ordenamiento territorial que contribuya a mejorar la calidad de vida de la población.	Contribuir a la remoción de obstáculos y barreras de naturaleza económica, social, cultural, política, institucional y territorial y promover la apropiación de las oportunidades de acceso a los derechos y desarrollo de potencialidades.
	Busca lograr y mantener el aseguramiento universal de la población objeto del régimen subsidiado y garantizar la prestación de los servicios de salud del primer nivel de complejidad a la población pobre y vulnerable no cubierta con subsidiado a la demanda, mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud		Contribuir a aumentar la generación de fuentes de trabajo de calidad en Medellín y sus corregimientos a partir de la sensibilización y la promoción de una cultura emprendedora y de desarrollo empresarial
	asegurar el desarrollo de la Secretaría de Salud para el cumplimiento de sus competencias, a través de la gestión de los recursos físicos, humanos y financieros.		

Plan de Desarrollo - 2012 - 2015 "Medellín Un Hogar Para Vida"			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Pública	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconómicas
Valores			
Una relación simbiótica entre el Estado y la sociedad en todas sus dimensiones es fundamental para la garantía efectiva de los derechos	El servicio público debe estar en función de los intereses generales de la ciudadanía, y se debe fundamentar en los principios de igualdad, moralidad, eficiencia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad	Desarrollo Humano Integral de los y las habitantes de Medellín desde la prevalencia del bien general, la justicia y la solidaridad, las condiciones de vida digna y la convivencia social, la promoción del equilibrado desarrollo territorial y la inserción competitiva de Medellín en los ámbitos subregional, regional, departamental, nacional e internacional. La ciudad reconoce a la familia como 1) Agencia diversa y plural de formación	
Algoritmos			
Fortalecer y restablecer la convivencia pacífica y el respeto por los derechos de los integrantes de la familia, y el rol de ésta como formadora primaria del ser humano, mediante el otorgamiento de medidas de protección, conciliación, orientación, asesoría y aplicación de sanciones con el fin de disminuir la conflictividad familiar	Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y Medellín se presentan deficiencias estructurales que aún no se corrigen y que generan condiciones de inequidad, ineficiencia y desarticulación de los actores para garantizar el derecho a la salud en forma óptima, afectando el desarrollo humano integral de los y las habitantes.	En cuanto al derecho a una vivienda digna, éste se enmarca en la necesidad de trabajar sobre una concepción integral de construcción social del hábitat: saludable, digna, sostenible y equitativa, a través de la intervención integral, para garantizar el goce efectivo de los derechos. Será	La Alianza parte de una realidad política que es importante resaltar a las nuevas generaciones de demócratas: toda agrupación política, y toda acción de gobierno son resultado de alianzas y coaliciones.
	desarrollando programas, proyectos y estrategias para la promoción y educación en salud, prevención de la enfermedad y control de factores de riesgo, que le han permitido a la ciudad un cumplimiento global en el logro de las metas nacionales planteadas en el CONPES 140 del año 2011, para cumplir los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; sin embargo, es importante destacar que en algunas comunas aún no se han logrado las metas establecidas, como reflejo de que en la ciudad persisten condiciones de inequidad y bajo desarrollo en algunas comunas y corregimientos, y condiciones de ineficiencia, desarticulación y desconocimiento del sistema de seguridad social en salud		favorezca también el crecimiento de una clase media robusta y la disminución de la pobreza. Es menester del gobierno local diseñar estrategias de intervención que además de mejorar los resultados económicos, tengan un impacto incluyente
	Medellín las primeras causas de muerte están relacionadas con enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de 147,57 por cien mil habitantes (Lista tabular 6/67 OPS).		
Imágenes			
Promover la adopción de factores de protección de la salud y fomento de una cultura saludable, en la población del Municipio de Medellín, mediante acciones e intervenciones individuales y colectivas acordes con la normatividad y las competencias delegadas al municipio, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, a la prevención y control de los riesgos; desde la familia y con enfoque de ciclos vitales, según ámbitos de intervención	Desarrollar la Salud como dimensión social del Plan de Desarrollo tiene mayor alcance en el Plan de Salud Municipal "Medellín ciudad saludable para la vida 2012-2015", construido según lineamientos del decreto 3039 de 2007 y que de acuerdo con el artículo 2º de la resolución 425 de 2008 del Ministerio de la Protección Social hace parte integral del mismo y son aprobados de manera conjunta cada cuatro años	Continuar con los planes y proyectos, planes urbanos integrales y mejoramiento integral de barrios; acciones coordinadas con el gobierno departamental y nacional y con el sector privado para brindar soluciones de viviendas de interés social y prioritario.	Fortalecer la estructura económica de la ciudad-región con el propósito de generar riqueza, ingreso y trabajo decente como mecanismo de distribución equitativa. Esto, mediante alianzas público privadas, corresponsabilidad de las empresas y con un énfasis particular en la innovación.
Acercar los servicios de salud a los hogares más vulnerables de la ciudad, llevando acciones integrales de cuidado primario ambulatorio, prevención de la enfermedad y promoción de la salud a través de equipos de salud multidisciplinarios, usando la transformación de un modelo de salud asistencial a uno preventivo, con apoyo en la participación social y comunitaria, la articulación de los actores y acciones intersectoriales a través de la estrategia de atención primaria en salud renovada.	Mejorar las condiciones de salud como contribución al desarrollo humano integral y la calidad de vida de la población, a través de la promoción y educación en salud, prevención de la enfermedad y control de factores de riesgo. Todo esto, en el marco de un trabajo intersectorial e interinstitucional con los actores del Sistema de Protección Social, promoviendo el derecho a la salud y abordar los determinantes de la salud, desde la familia, con enfoque de ciclos vitales y territorio.	Mejorar y fortalecer la red pública de prestación de servicios de salud, de acuerdo con los requerimientos del Sistema Obligatorio de la Calidad y condiciones de sismoresistencia, mediante la construcción, reconstrucción y dotación de sedes y unidades hospitalarias de la red pública, acordes con las necesidades de atención reflejadas en las dinámicas oblaconales, buscando mejorar los estándares de calidad en la atención.	Apoyar integralmente las iniciativas de emprendimiento empresarial y de innovación social productiva pertenecientes a la economía social y solidaria de Medellín. Mediante la creación e implementación de instrumentos que contribuyan al fortalecimiento de la estructura productiva de la ciudad en sus zonas urbanas
	Gestionar y supervisar el acceso a los servicios de salud, mediante la planeación, la coordinación de actores del sistema general de seguridad social en salud y seguimiento a la prestación de los servicios, con el propósito que las y los ciudadanos obtengan los servicios de salud con calidad y eficiencia.		

Plan Municipal de Salud 2008-2011 "Medellín es salud para la vida"			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Pública	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconómicas
Valores			
Desconcentración de actividades para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, propuestas en el Plan, buscan mejorar la adherencia a los programas, dar oportunidad y calidad en la prestación del servicio	se priorizan de manera especial las poblaciones más vulnerables y participan con sentido de corresponsabilidad los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por medio del desarrollo y prestación de servicios específicos que respondan a las necesidades de las poblaciones priorizadas a partir de su situación de salud y respetando su diversidad cultural y étnica.		
Algoritmos			
Bajo conocimiento en los adultos responsables del cuidado de los niños de los factores de riesgo que inciden en la desnutrición.	Barreras en el acceso: horarios restringidos, problemas en el aseguramiento, pérdida de la historia de vacunación, barreras geográficas y económicas	Entre los principales causantes de contaminación del aire se encuentran las emisiones de las grandes industrias y del parque automotor. La ciudad, por ser centro de desarrollo del Área Metropolitana, acoge un gran número de estos generadores, los cuales contribuyen a los altos índices de contaminación ambiental	Barreras en el acceso a la seguridad social por factores culturales, administrativos, económicos y sociales.
Deficiente conocimiento de la madre sobre los factores de riesgo que inciden en el bajo peso al nacer y que están relacionados con el embarazo.	Problemas relacionados con el acceso a los programas.		Población flotante en la ciudad la cual proviene de diversos lugares del país en donde el riesgo de contraer el virus de la rabia es mayor, dado que éste puede estar en circulación en algunas zonas del territorio nacional.
Prácticas de salud sexual indebidamente e inseguras, que hacen posible la transmisión indiscriminada de ITS.			
Imágenes			
Consolidación de la participación social en salud, en todos los niveles: aceptación y corresponsabilidad de los ciudadanos en el cuidado de la salud y el ejercicio adecuado de los deberes y derechos en salud.	Alcanzar el más alto nivel de salud física, mental y social, a partir de la identificación e intervención de los determinantes que afectan la salud, la promoción de factores protectores, la corresponsabilidad ciudadana y el acceso a servicios integrales de salud con calidad para toda la población de Medellín.		
Fortalecimiento de la promoción y la prevención: fortalece los programas de atención primaria en salud, zonificado, respetando y considerando la diversidad étnica y cultural de los habitantes de Medellín. Para esto se considerarán programas establecidos como son: Escuelas y colegios saludables, Salud en mi comuna, Salud familiar, Batas blancas, Volver a ver, Unires, Servicios de salud específicos, Buen comienzo, entre otros.	Acción interinstitucional e intersectorial por la salud: busca la interacción y unión de esfuerzos con los diferentes estamentos de la Administración, los actores de la salud y las redes sociales, para la búsqueda de acuerdos, alianzas y pactos que favorezcan el trabajo conjunto en pro de la comunidad.	Fortalecimiento de la capacidad institucional de la Secretaría: desarrollo y fortalecimiento de su función rectora en el municipio, haciendo énfasis en la gestión sistemática de la información, análisis, vigilancia y control de factores de riesgos y eventos que afectan la salud pública, conduciendo a una gestión integral de la secretaría de Salud	
	Facilitar el autocontrol y el mejoramiento de la calidad de la atención de los prestadores de servicios de salud: contribuye al mejoramiento de las condiciones de acceso con calidad a los servicios de salud, incluyendo el fortalecimiento de la red pública.		

Plan de Salud Municipal 2012-2015 "Medellín, ciudad saludable"			
Estilo de Vida	Sistema de Salud Pública	Medio Ambiente	Condiciones Socioeconómicas
Valores			
Avance del desarrollo humano integral de la población, como orientador de la promoción, garantía y protección de los derechos. Su propósito es abordar las desigualdades sociales y problemáticas del desarrollo, corrigiendo aquellas prácticas que obstaculizan la equidad y el progreso de las personas y el territorio.	El enfoque de determinantes ambientales, del comportamiento humano, de herencia y de las respuestas de los servicios de salud, como responsables del estado de salud de los individuos y las comunidades. Este abordaje pretende incidir en aquellos factores de riesgo que sean intervenibles.	Análisis de la situación de salud con enfoque de equidad (metodología Urban Heart) da cuenta de las inequidades existentes en las comunas y corregimientos de la ciudad.	
Algoritmos			
Conocimientos insuficientes por parte de adultos o cuidadores de los niños sobre las enfermedades y sus factores de riesgo, factores protectores e identificación oportuna de signos de alarma.	Formulación del Plan se tuvieron en cuenta las líneas priorizadas en el Decreto 3039 de 2007 y otras de interés de la Administración y el sector y se utilizó la metodología de marco lógico	Barreras de acceso (geográficas, culturales, administrativas, de orden público), disponibilidad y uso de los servicios de vacunación.	
Barreras y comportamientos de tipo cultural (mitos, tabúes, prácticas indebidamente inseguras, inequidad de género) que limitan el abordaje de la SSR en la población	aumento en la cobertura de afiliación de los ciudadanos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, esta afiliación no se refleja en la calidad de la atención que deben garantizar las EAPB		
	Falta articulación de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud entre ellos y con otros sectores que permita impactar los indicadores de salud		
	Vigilancia epidemiológica a través de la asistencia técnica y monitoreo para la implementación de las guías y normas en la ciudad de Medellín para las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgo asociados.		
	las cantidades de camas hospitalarias no responden a la demanda de servicios. Algunas edificaciones de la red pública hospitalaria no cumplen con los requerimientos legales para sismorresistencia. Las edificaciones requieren dotación para su funcionamiento.		
Imágenes			
Crear alianzas estratégicas entre los actores y sectores involucrados en el proceso salud para potenciar esfuerzos que contribuyan al mejoramiento de la salud de la población	El direccionamiento como eje articulador del sector salud en la búsqueda del bienestar comunitario.		
La promoción de la salud y la calidad de vida Para el desarrollo de esta línea de política se formulan estrategias operativas orientadas a fomentar la conformación de entornos favorables a la salud en las dimensiones físicas y socioculturales, así como en el desarrollo de habilidades y competencias ciudadanas y comunitarias encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud. Esta línea se materializa básicamente en el programa marco del plan "Salud en el Hogar", que no es más que la implementación de la "Atención Primaria en Salud Renovada".	En esta línea se propondrán acciones dirigidas a garantizar el acceso de la población a servicios de salud de calidad, acciones de protección específica, la detección temprana y la atención integral de los eventos de interés para la salud.		

Anexo. E Matriz Resume Legislación Salud Bajo Enfoque Sectorial Territorial

Ley	Ley 10 de 1990	Ley 60 de 1993	Ley 100 de 1993	Decreto 1876 de 1996	Resolucion 425 de 2008
<i>Proposito de la Ley</i>	Se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones	Sistema de seguridad social integral	"Por el cual se reglamentan los artículos 96o, 97o y 98o del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado"	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
<i>Observaciones</i>	Es derogada parcialmente por la Ley 100 de 1993	Establece el situado fiscal de la nación frente a departamentos, municipios y distritos especiales (Derogada por la Ley 715 de 2001)	El estado le confiere a las personas y la comunidad la responsabilidad en el cuidado de la salud (manejo del riesgo)	Se crean las ESE	La elaboración y aprobación del Plan de salud Territorial esta a cargo de los gobernadores y alcaldes.
<i>Enfoque Sectorial</i>	La organización y cobertura del servicio son fundamentales, propinando así la articulación entre los entres de prestación de salud pública y privada.	Da a los ministerios la potestad de desarrollar la política pública y establecer el situado fiscal para su respectivo sector. Centraliza el accionar del estado.	El enfoque de reorganización del sistema desde un ámbito Nal. Es totalmente sectorizado, enfocado en el aspecto financiero y de prestación del servicio con condiciones de afiliación y sostenibilidad del sistema	Los gastos generados por las ESE tendrán cargo al Sistema General de Salud.	El plan territorial en salud tiene un enfoque netamente sectorial ya que este debe estar articulado al Plan Nacional en Salud, desarrollado para el 2007-2010
<i>Enfoque Territorial</i>	Se crean las Direcciones seccionales y locales del sistema de salud, transfiriendo así responsabilidades en la organización y planeación de la salud a los entes territoriales, en referencia a Bogotá le la autonomía para que realicen el diagnóstico el estado de salud-enfermedad, establecer los factores determinantes y elaborar el plan local de salud, efectuando su seguimiento y evaluación con la participación comunitaria, siendo esta última la mayor innovación de esa ley, ya que se tiene en cuenta los factores locales.	Le confiere a los departamentos y municipios la ejecución de los recursos desde un enfoque netamente sectorial, donde los recursos tienen una destinación específica para desarrollar los programas desarrollados en la política pública sectorial.	Los entes territoriales pasan a ser entidades consultoras, que no tienen una incidencia directa en la formulación o ejecución de la política pública en salud. Administra los subsidios a salud de la población más pobre por medio de las transferencias a salud. Se crean las ESE, como establecimiento de salud pública descentralizada y con autonomía presupuestaria y financiera.	Serán dirigidas por el min. de Salud o las oficinas de orden territorial en las cuales tenga jurisdicción.	Se crean los Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud que tiene a cargo de ser asesores para la formulación de Planes de Salud Territorial, este plan tiene un enfoque epidemiológico
<i>Concepción de planificación</i>	El concepto de planificación incluida tiene un alto componente territorial, esto por medio de la designación a las entidades locales el diagnóstico en salud, organización de fondos locales, la articulación del sistema e incluir la participación comunitaria efectivamente en las decisiones en salud.	La planificación tiene un enfoque sectorial toda vez que reglamenta y condiciona el gasto en las entidades territoriales.	El enfoque de planificación es absolutamente sectorial, ya que este establece las funciones de planificación y articulación en la entidad de orden nacional, delegando a las entidades territoriales funciones de seguimiento y control a los procedimientos llevados por instituciones públicas y privadas.	No se establece. Aunque se mesiona que estarán orientadas a cumplir los propósitos de los planes del Min. de salud.	La planificación debe distribuir de mejor manera los recursos específicos destinados a la salud desde los niveles nacional, departamental y municipal. Plan de Salud Territorial y su articulación con la dimensión social del Plan de Desarrollo departamental, distrital y municipal se regirán por lo establecido en los Capítulos VIII, IX y X de la Ley 152 de 1994.