

FUNDACIÓN PARA LA EDUCACIÓN SUPERIOR Y EL DESARROLLO



**ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE EDUCACIÓN, SALUD Y VIVIENDA DEL
NUEVO PLAN DE DESARROLLO DE BOGOTÁ**

Capítulo Salud¹

Mayo 2006

¹ Capítulo elaborado por Olga Lucía Acosta Navarro. Profesora, investigadora de la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario. Asistente de Investigación: Juan Camilo Rojas. Facultad de Economía Universidad del Rosario

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
1. LAS PROPUESTAS EN MATERIA DE SALUD DE LOS PLANES DE DESARROLLO DE LAS TRES ÚLTIMAS ADMINISTRACIONES.	7
1.1. Propuesta en materia de salud del Plan de Desarrollo 2004-2008 “Bogotá sin Indiferencia”	7
1.1.1. Salud para la Vida Digna.....	9
1.1.2. Salud a Su Hogar	11
1.2. La propuesta en materia de salud del Plan de Desarrollo 2001-2004 “Bogotá para vivir todos del mismo lado”	15
1.3. La propuesta en materia de salud del Plan de Desarrollo 1998-2001 “Por la Bogotá que queremos”	19
1.4. Comparación de los recursos asignados en los planes de desarrollo de las tres últimas administraciones.....	22
2. LOS LOGROS EN MATERIA DE SALUD DE LA ÚLTIMA DÉCADA EN BOGOTÁ	23
2.1. Cobertura	23
2.2. Utilización y Acceso	28
2.3. Evolución de algunas estadísticas vitales	32
3. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA SALUD PARA LA VIDA DIGNA	39
3.1. Afiliación al Régimen subsidiado.....	39
3.2. Vacunación.....	40
3.3. Avances de la aplicación de la estrategia de APS (Salud a su Hogar).....	41
3.4. Percepción de los servicios de salud.....	42
4. INTERSECCIONES Y PARTICULARIDADES DEL PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL “BOGOTÁ SIN INDIFERENCIA” (2004-2008) EN MATERIA DE SALUD	45
4.1. Intersecciones.....	45
4.2. Particularidades.....	46
4.3. Retos.....	47
4.3.1. Aumentar el aseguramiento, profundizar la tendencia descendente de los principales indicadores de mortalidad, y alcanzar las metas en materia de vacunación y otras intervenciones.	47
4.3.2. Evitar duplicidades en las acciones y superar la fragmentación de la atención	48
4.3.3. Demostrar los beneficios en materia de costos y la viabilidad financiera del enfoque de Atención Primaria en Salud.	49
4.3.4. Hacer explícitos los avances del Sistema Integral de Protección Social propuesto.....	50
Bibliografía	52
ANEXOS	54
Anexo 1 Programa Salud Para la Vida Digna. Luis Eduardo Garzón	55
Anexo 2: Programa de Salud: Plan de Desarrollo 2001-2004: Antanas Mockus	56
Anexo 3: Programa de Salud: Plan de Desarrollo 1998-2001: Enrique Peñalosa	57

INDICE DE CUADROS

INDICE DE GRÁFICAS	3
Cuadro 1. Metas Generales y Costo Total del Programa Salud Para la Vida Digna	10
Cuadro 2 Metas e Indicadores de la Estrategia de Salud a su Hogar	14
Cuadro 3 Inversión de Recursos para la Estrategia de Atención Primaria en Salud, en pesos 2004	15
Cuadro 4 Recursos Asignados a los diferentes sectores en los Planes de Desarrollo	22
Cuadro 5. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de la población total	24
Cuadro 6. Afiliación al SGSSS según estrato en Bogotá	24
Cuadro 7. Afiliación al SGSSS, según decil de ingreso, Total Nacional 1993, 1997, 2003	25
Cuadro 8. Afiliados al Régimen Subsidiado en Bogotá D.C. 1995-2003	26
Cuadro 9. Afiliación SGSSS e Indicadores de pobreza por localidad, ECV 2003	28
Cuadro 10. Utilización de los servicios de salud de manera preventiva	29
Cuadro 11. Proporción de las personas hospitalizadas en los últimos 12 meses	30
Cuadro 12. Forma de tratar los problemas de salud de los últimos 30 días, 1997, 2003	31
% de personas según estrato	31
Cuadro 13. Razón por la que no recibió atención Médica, según estrato, % de Personas, 1997, 2003	32
Cuadro 14. Percepción del Estado de Salud	37
Cuadro 15 Estado de Salud de las Personas (%), 2003	38
Cuadro 16. Razones de la calificación baja (1,2,3) del Servicio de Salud	44

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Evolución de la mortalidad materna 1991-2003, meta: 2008.....	33
Gráfica 2. Evolución de la mortalidad infantil por IRA 1991-2003, meta: 2008	34
Gráfica 3. Evolución de la mortalidad infantil por EDA 1991-2003, meta: 2008	35
Gráfica 4. Evolución de la mortalidad en menores de un año 1991-2003, meta: 2008	36
Gráfica 5. Evolución de los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud en Bogotá.....	40
Gráfica 6. Calificación al servicio de salud 2001-2005	42

INTRODUCCIÓN

Los logros y los desafíos pendientes en materia de salud en Bogotá en la última década se encuentran enmarcados por la implementación de la Ley 100 de 1993. Bogotá constituye la ciudad del país con los mayores avances en los objetivos propuestos por la reforma en salud: mayor porcentaje de personas aseguradas, consolidación del régimen subsidiado y organización de la red de prestadores públicos orientada hacia un sistema centrado en la venta de servicios a los aseguradores, entre los más importantes.

A pesar de ser la ciudad con mejor desempeño en las metas que se fijaron con la reforma en salud, existen cuestionamientos al tipo aseguramiento y a la reorganización institucional del sistema, al fortalecimiento del sector privado como agente asegurador y proveedor de servicios. Estos cuestionamientos se basan en evidencia empírica sobre barreras de acceso a los servicios a la población de menores recursos. Estas críticas constituyen un elemento importante de la propuesta del programa de la Administración Garzón para el sector, aunque se reconoce la sobredeterminación de las políticas sociales por la Nación y un escaso margen de maniobra de las administraciones locales (Alcaldía de Bogotá, DAPD, 2005, Tomo 1, CID UN).

Este capítulo se inicia presentando la propuesta que realiza la actual administración con el propósito de identificar sus rasgos característicos frente a aquellos de las dos anteriores administraciones. La propuesta en materia de salud está contenida en el Programa Salud para la Vida Digna en el Eje Social del Plan. Se propone promover el derecho a la salud mediante la universalización progresiva de la atención integral con enfoque familiar y comunitario. Se propone la construcción del Sistema Integrado de Protección Social en Salud, como mecanismo articulador de programas de acceso y permanencia a servicios sociales básicos. Otro de los rasgos característicos de la propuesta de la actual administración es la perspectiva familiar y comunitaria antes que individual. Se ofrece la garantía de un acceso progresivo y de permanencia y calidad en los servicios universales de salud en una perspectiva no individual, sino familiar y de comunidad.

Del mismo modo, el primer capítulo presenta las propuestas de las administraciones Mockus y Peñalosa en materia de salud. Estas se orientaron fundamentalmente a consolidar la reforma contenida en la Ley 100 de 1993. Se registraron avances en materia de aseguramiento, así como distintos programas de ajuste en las entidades y en sus relaciones con las autoridades de salud distritales para adecuarlas al marco institucional de la reforma de en salud de 1993.

Los principales indicadores en materia de salud en Bogotá han venido presentando una tendencia positiva, que es anterior a la reforma. A favor de los cambios que introdujo la Ley 100 es posible señalar que a pesar de la fuerte crisis de finales de la década anterior, los indicadores de salud no se deterioran. En este resultado influyen también los logros en ampliación de coberturas de servicios públicos y de acceso a la educación y de otros programas sociales en Bogotá.

La segunda sección presenta una lectura de los principales indicadores en materia de salud de los últimos años, con el propósito de enmarcar las acciones específicas de las distintas administraciones y en particular para presentar la línea de base de la actual administración. Es necesario advertir sin embargo la debilidad de la asociación de los programas adelantados por las diferentes administraciones con los indicadores de salud, debido a la multicausalidad de estos resultados.

Bogotá es la ciudad con mejores resultados de aseguramiento y de atención mediante la red pública de la población aún no afiliada. Tanto la reforma en salud como un conjunto acertado de políticas específicas para el sector salud de sucesivas administraciones, y también otras políticas sociales con impacto en salud, confluyeron en el logro de reducción en las tasas de mortalidad materna e infantil. Todo ello ha provocado una mejor percepción de los servicios de salud y en un mayor énfasis en la prevención. Persisten dificultades en algunas localidades con mayores índices de pobreza y deficiencias aún en las coberturas en salud, en las cuales se ha enfocado la actual administración con una propuesta de universalización de la atención primaria en salud.

La tercera sección presenta los indicadores disponibles sobre la evolución del sector en los dos últimos años. En materia de aseguramiento la ciudad continúa avanzando, y ha logrado al finalizar el 2005 alcanzar un número de 1.655.999 personas de nivel 1 y 2 del SISBEN afiliadas al régimen subsidiado. De estas más de 100 mil se han beneficiado del subsidio parcial, mecanismo que introdujo el gobierno nacional en los últimos dos años.

La propuesta que viene implementando esta administración en materia de salud es la estrategia de atención primaria en salud (APS), como solución a los problemas de acceso de la población a los servicios. Luego de dos años se ha avanzado a través de encuestas en la caracterización de cerca de 100 mil familias (cerca de la cuarta parte de la meta), de las cuales cerca del 75% están afiliadas al régimen contributivo o subsidiado. A finales del año anterior, las autoridades del sector informaron la reformulación del plan en materia de salud que originalmente promovía esta estrategia para “390 mil familias no aseguradas sin capacidad de pago” por “390 mil familias pobres prioritarias”.

Finalmente, a manera de conclusión la cuarta sección se orienta a encontrar las líneas de continuidad o las particularidades de la administración del Alcalde Garzón, con respecto de las Administraciones de los Alcaldes Mockus y Peñalosa. Así mismo, en esta última sección se señalan los retos de la actual administración y se propone el diseño de algunos indicadores de manera conjunta con las autoridades distritales, para realizar un mejor seguimiento de las políticas propuestas.

1. LAS PROPUESTAS EN MATERIA DE SALUD DE LOS PLANES DE DESARROLLO DE LAS TRES ÚLTIMAS ADMINISTRACIONES.

Este capítulo presenta en primer lugar la propuesta de la Administración actual en materia de salud contenida en el Plan de Desarrollo 2004-2008 “Bogotá sin Indiferencia”, así como en su presentación realizada en diferentes foros. En seguida se presentan las líneas generales de los planes de desarrollo de las Administraciones Mockus y Peñalosa.

1.1.Propuesta en materia de salud del Plan de Desarrollo 2004-2008 “Bogotá sin Indiferencia”

En el Plan de desarrollo 2004 – 2008 para Bogotá D.C, contempla como objetivo general “Construir colectiva y progresivamente una ciudad moderna y humana, incluyente, solidaria y comprometida con el desarrollo del Estado Social de Derecho”. Además, se tiene en cuenta la participación y la integración de Bogotá en un eje local y regional que permita articular a Bogotá con la nación y con el mundo, de tal forma que se logre mejorar las condiciones de sus habitantes y ampliar sus oportunidades.

Para el cumplimiento de este objetivo general, esta administración se ha planteado tres ejes fundamentales: Eje Social, Eje Urbano Regional y Eje de Reconciliación. Al interior del Eje Social, se trabajan una serie de políticas y estrategias que tienen como objetivo el progreso de la ciudad en el tema social, es decir, disminuir la situación de pobreza y vulnerabilidad de la población.

Dentro de las estrategias del Eje Social, las políticas planteadas por la actual administración son: i) protección, promoción y restablecimiento de derechos; ii) alimentación como un derecho fundamental; iii) ejercicio pleno de los derechos de los niños y las niñas; iv) juventud con oportunidades; v) equidad en el acceso de los servicios sociales; vi) vinculación productiva.

Así mismo, se busca trabajar tres aspectos considerados prioritarios por el actual Plan de Desarrollo Distrital, que afectan el tema de salud de forma directa y que a su vez

conforman las estrategias de este gobierno: i) Construcción de un Sistema Integral de Protección y Seguridad Social, con el cual se pretende llegar a la población de mayor pobreza, vulnerabilidad y que está en riesgo de perder los niveles mínimos de bienestar; ii) Garantizar seguridad alimentaria; y, iii) Garantizar el acceso a servicios sociales de calidad. De todas ellas se desprenden una serie de programas que se articulan para alcanzar los objetivos del plan de la Administración.

La propuesta en materia de salud está contenida en el programa “Salud para la Vida Digna” en el Eje Social del Plan de Desarrollo. Se propone promover el derecho a la salud mediante el acceso progresivo y de permanencia, calidad y atención integral con enfoque familiar y comunitario. Asimismo, se propone la construcción del Sistema Integrado de Protección Social en Salud, como mecanismo articulador de programas de acceso y permanencia a servicios sociales básicos.

Más específicamente el programa “Salud para la Vida Digna” plantea: i) garantía del derecho a la salud; ii) universalización progresiva del derecho a la atención integral con enfoque familiar y comunitario; iii) inter-sectorialidad en las intervenciones; iv) fortalecimiento de la salud pública, mediante intervenciones estratégicas que modifiquen los determinantes del proceso salud-enfermedad; v) avanzar en el estudio para la creación de una EPS – ARS pública o mixta; vi) fortalecer la red pública.

Esta propuesta busca dar respuesta a los problemas de inequidad en salud en Bogotá. De acuerdo con el Secretario de Salud (E), Mario Hernández, estos están expresados en las desigualdades injustas y evitables que se presentan entre las diferentes localidades de Bogotá por la fragmentación del sistema. La nueva administración distrital considera que las formas de contratación entre aseguradores y prestadores generan barreras administrativas, geográficas y organizacionales para la atención en salud. Así mismo, el Plan en materia de salud busca dar respuesta a la dificultad de incrementar las personas afiliadas al régimen subsidiado y a los problemas que tiene la población más pobre para realizar copagos, contribuir con cuotas moderadoras, o con gastos adicionales relacionados con la salud. Se persigue también ofrecer una respuesta en materia de salud al 30% de la población que no es suficientemente pobre para ser incluida en el régimen subsidiado ni

cuenta con recursos estables para realizar cotizaciones al régimen contributivo. Finalmente se busca superar el énfasis curativo del sistema por un énfasis en los aspectos preventivos y promocionales (Bogotá Como Vamos, Noviembre 2004).

Con el propósito de garantizar el derecho a la salud, la Política Pública de Salud en Bogotá se plantearon tres objetivos: i) afectar de manera significativa los determinantes de la salud y la enfermedad, lo cual se propone lograr mediante el efecto de políticas en diferentes sectores, entre ellos el específico de salud; ii) fortalecer el ejercicio de la ciudadanía en salud, mediante información y procesos de decisión y participación en salud y iii) ejercer la rectoría del sistema de salud a través de la Secretaría Distrital de Salud. En este último punto se plantea de manera explícita un cambio en el modelo de prestación de servicios a través de una estrategia de atención primaria, llamada Salud a Su Hogar (Bogotá Como Vamos, Noviembre 2004, presentación de Mario Hernández).

1.1.1. Salud para la Vida Digna

El tercer programa del Eje Social del Plan de Desarrollo es “Salud para la Vida Digna”, en el cual el Plan propone invertir en el cuatrienio \$ 4,05 billones de pesos. El cuadro 1 presenta las metas y una valoración de sus costos.

Además de la ampliación del aseguramiento en 300 mil nuevos cupos el principal programa en materia de salud de la Administración Garzón, propone fortalecer las acciones de Salud Pública, las cuales buscan superar aquellas contempladas en el Plan de Atención Básica, PAB. En particular, han propuesto profundizar las competencias definidas en el artículo 46 de la ley 715 de 2001²

² Artículo 46. *Competencias en Salud Pública*. La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.

Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones. Exceptuase de lo anterior, a las Administradoras del Régimen Subsidiado Indígenas y a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas.

Cuadro 1. Metas Generales y Costo Total del Programa Salud Para la Vida Digna

Objetivo	Metas	Costo Total Millones de \$
Aumento de las coberturas de afiliación al régimen subsidiado, población no asegurada y fortalecimiento de la salud pública	Ampliar la cobertura al régimen subsidiado en 300 mil nuevos cupos y garantizar la continuidad de 1.369.970	1,838,890
	Garantizar el acceso a la atención integral en salud a 399 mil familias no aseguradas sin capacidad de pago	1,385,413
	Garantizar el acceso a medicamentos esenciales	335,000
	Aumentar a 50% la cobertura de citología vaginal en el grupo de mujeres de 25 a 69 años	132,000
	Lograr coberturas útiles de vacunación iguales o superiores al 95% todos los biológicos objeto del PAI	233,000
	1) Reducir la Tasa de suicidio a 3.2 casos por 100 mil habitantes; 2) Reducir las muertes maternas a menos de 55 por 100 mil nacidos vivos; 3) Reducir la mortalidad infantil a menos de 12 x 1000 nacidos vivos; 4) Evitar la expansión del VIH SIDA y mantener la prevalencia en 0,5% o menos en población general	80,000
	5) Aumentar cobertura del sistema de vigilancia en salud pública del D:C: en 40%; 6) Disminuir en 17% la tasa de nacimientos en adolescentes de 15 a 19 años; 7) Disminuir en 50% la prevalencia de caries en una cohorte de escolares de grado 0 y 1.	17,500
	Definir y poner en operación un modelo de atención en salud con enfoque familiar y comunitario para el D.C.	36,000
INVERSIONES TOTALES 2004-2008		4,057,803

Fuente "Salud en el Plan de Desarrollo Bogotá sin Indiferencia" Presentación abril 2004

Bogotá es una ciudad que se ha acercado a la universalización del aseguramiento. Sin embargo, la nueva administración introdujo una nueva estrategia conocida como atención primaria en salud, APS .

Los municipios y distritos deberán elaborar e incorporar al Plan de Atención Básica las acciones señaladas en el presente artículo, el cual deberá ser elaborado con la participación de la comunidad y bajo la dirección del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. A partir del año 2003, sin la existencia de este plan estos recursos se girarán directamente al departamento para su administración. Igual ocurrirá cuando la evaluación de la ejecución del plan no sea satisfactoria.

La prestación de estas acciones se contratará prioritariamente con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas vinculadas a la entidad territorial, de acuerdo con su capacidad técnica y operativa.

El Ministerio de Salud evaluará la ejecución de las disposiciones de este artículo tres años después de su vigencia y en ese plazo presentará un informe al Congreso y propondrá las modificaciones que se consideren necesarias

1.1.2. Salud a Su Hogar

La administración ha aclarado que no se trata de un programa sino de una estrategia. Es el nombre que se le ha dado a la implantación progresiva de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque familiar y comunitario (SDS, 2005a). La estrategia de Salud a su Hogar, busca atender las necesidades de las personas más vulnerables, a través de la atención primaria y la vinculación de diferentes actores, públicos y privados: *“(...) se pretende lograr un cambio en el modelo a través de una estrategia de atención primaria que involucre la red pública, a la red privada y a los aseguradores públicos y privados –eso es Salud a su Hogar- (...) la Atención Primaria en Salud es solo una estrategia dentro de la Política de Salud que apunta a disminuir las barreras de acceso al sistema, que no va en contra del aseguramiento y que facilita las relaciones entre aseguradores y prestadores y de esa manera los acerca a las necesidades de la población”*³. El objetivo más general es consolidar un sistema de salud pública con carácter universal.

Con esta estrategia se pretende transformar el actual modelo de atención prioritariamente basado en lo curativo y lo individual, por uno enfocado en la promoción, prevención y manejo integral de las condiciones individuales, familiares y sociales. (Secretaría de Hacienda Distrital, 2005b).

El modelo de APS, busca resolver la mayoría de los problemas de salud básicos principalmente mediante la promoción y la prevención, lo que aliviaría la red de salud pública de ofrecer soluciones altamente especializadas a problemas simples de salud. La liberación de recursos que se espera lograr, serviría según lo ha planteado la Secretaría de Hacienda Distrital en el cuaderno No. 6 de la Serie Equidad y Bienestar de abril de 2005, para ampliar el objetivo central de universalización.

Según la Directora de Salud a su hogar, María Helena Mora (SDS, 2005c), para su operación, se tienen dos conceptos fundamentales: Necesidades sociales y respuestas sociales. Dentro de las necesidades sociales se encuentra la identificación de la población,

³ Programa Salud a su Hogar, Mesa de Trabajo – Bogotá Cómo Vamos. Noviembre de 2004

sus necesidades y la desigualdad que existe al interior de la población. *“Dichas necesidades se vienen trabajando a través de procesos participativos de problematización –en este sentido hay un proceso de diagnóstico local que se viene haciendo desde hace dos años- y a partir de esto se identifican los problemas, las necesidades y las respuestas integrales que se puedan definir en los territorios”*⁴. Dentro de las respuestas sociales, la organización se hace de acuerdo a las necesidades sociales: *“En este sentido se pretende: Identificar los déficit de respuestas institucionales y sociales por territorios; reordenar estrategias y recursos; (...) desarrollar nuevas respuestas a nivel sectorial y transectorial; (...) fortalecer el trabajo sectorial y las agendas transectoriales”*⁵.

Esta estrategia organiza las UPZ en Zonas de calidad de Vida y Salud, ZCVyS, o en microterritorios que son escogidos con base en los siguientes criterios:

- Estratos 1 y 2: Según estudios de la Alcaldía Mayor de Bogotá, el 43.7% de la población de la capital se encuentra en estos estratos (6.59% en el estrato 1 y 36.11% en el estrato 2).
- Zonas vulnerables
- Territorios priorizados por procesos participativos, tanto institucionales como de la comunidad: La participación comunitaria involucra el apoyo en el diagnóstico, que incluye la territorialización, la caracterización y la cooperación en la elaboración, desarrollo y seguimiento de los planes de acción.

Entre los principales procesos e instrumentos de esta estrategia se destacan los siguientes:

Territorialización de zonas de vida y salud. Conjuntamente con los Hospitales se definen territorios prioritarios, se describen sus características y se emplean los mapas de las localidades para la georeferenciación de sus características. A partir de estas zonas se

⁴ Maria helena Mora, Directora Salud a su Hogar. Programa Salud a su Hogar, Mesa de Trabajo – Bogotá Cómo Vamos. Noviembre de 2004

⁵ Maria helena Mora, Directora Salud a su Hogar. Programa Salud a su Hogar, Mesa de Trabajo – Bogotá Cómo Vamos. Noviembre de 2004

define el territorio-población relacionado con el equipo de atención, compuesto por entre 800 y mil familias.

Conformación y ajuste de equipos de salud familiar y comunitaria: Se parte de los recursos disponibles en los hospitales, que de manera gradual son capacitados (en noviembre de 2004: 341 funcionarios, según el informe de Maria Helena Mora para Bogotá Como Vamos). Los equipos de salud familiar y comunitaria están conformados por un médico general, una enfermera jefe, un auxiliar de enfermería y entre uno y tres promotores de salud.

Responsabilidades de los equipos de Salud Familiar y Comunitaria: (i) los promotores están encargados de realizar la caracterización de los individuos, las familias, y son apoyados por técnicos de saneamiento para la caracterización de los aspectos ambientales; (ii) los hospitales administran la información; (iii) el equipo elabora un Plan integral de las acciones, para cada individuo, familia y entorno a su carga y gestiona con el Coordinador de Atención Primaria en Salud, designado en los hospitales, las acciones necesarias para la atención de las familias. Se clasifica la atención a su cargo directo (no afiliados) y la atención a cargo de otros (afiliados al régimen subsidiado o contributivo; (iv) el equipo realiza atenciones individuales, familiares y domiciliarias.

La Encuesta, o ficha de caracterización. Esta tiene tres componentes básicos: (i) el primer bloque se refiere a las características de la vivienda, e indaga por el estado de la vivienda, la conexión a alcantarillado, la existencia de roedores o plagas, los servicios públicos disponibles, las condiciones de higiene de la vivienda, si existe hacinamiento y la tenencia de la vivienda. (ii) el segundo, referente a la familia, investiga por eventos especiales en salud de la familia, como nacimientos prematuros, embarazos complicados, enfermos de tuberculosis, si tuvieron problemas de alimentación; si se presentaron en el último año intentos de suicidio, etc. (iii) finalmente el tercero se dirige a profundizar sobre las características de salud de cada uno de los individuos. Posteriormente de acuerdo con ciclos vitales se clasifican cada uno de los miembros de la familia, su régimen de seguridad social

en salud y las condiciones de salud específicas: diabetes, incapacidad, embarazos, hipertensos, citologías, vacunas, etc.

Seguimiento y evaluación de resultados: Este seguimiento se hace a través de formatos en los puntos de atención, carnetización de la población adscrita, marcación al momento de la atención e integración con los sistemas de información existentes. Asimismo, el seguimiento se organiza de forma global, con reuniones mensuales de coordinadores locales (a cargo de la secretaría de salud), en el ámbito de la localidad, por medio de reuniones semanales de equipos en los territorios (a cargo de los coordinadores locales) y en el nivel de cada territorio definido, por medio de planeación y evaluación con equipos y con la comunidad.

El cuadro 2 presenta las metas la estrategia de “Salud a su Hogar”, 2004- 2008, según la publicación de Cuadernos de la Ciudad (Secretaría de Hacienda Distrital, 2005)

Cuadro 2 Metas e Indicadores de la Estrategia de Salud a su Hogar

Meta	Indicador	2004	2005	2006	2007	2008
Capacitar y conformar 488 equipos de salud familiar y comunitaria	Equipos Capacitados	64	117	290	488	488
Caracterizar y adscribir de manera progresiva 390,000 familias en salud familiar y comunitaria	Familias caracterizadas y adscritas a salud familiar y comunitaria	5%	50%	80%	100%	100%
Garantizar la operación de 488 equipos de salud familiar y comunitaria, incluida la dotación básica	Equipos de salud familiar y comunitaria en operación	13%	36%	59%	100%	100%
Canalizar y seguir a las personas caracterizadas con necesidades de salud según el vínculo con el SGSSS	Personas con necesidades de salud caracterizadas y con seguimiento	100%	100%	100%	100%	100%
Garantizar el suministro de medicamentos esenciales a la población pobre no asegurada atendida en la red adscrita	Personas no aseguradas atendidas en la red pública	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Secretaría de Hacienda Distrital (2005), con fuente, Secretaría de Salud Distrital, 2004,

Se ha planteado que esta estrategia no implicaría recursos nuevos del distrito, sino el reordenamiento y la reasignación de los recursos existentes. El cuadro 3 presenta los recursos que se asignarían al desarrollo de esta estrategia.

Cuadro 3 Inversión de Recursos para la Estrategia de Atención Primaria en Salud, en millones de pesos 2004

Concepto	2005	2006	2007	2008	Total
Recursos del Régimen Subsidiado (44,01% de la UPC de la población afiliados al R. Subsidiado)	58.216	100.056	132.384	154.448	445.104
Recursos presupuestados para la atención de la población Vinculada	40.011	94.249	138.546	160.555	433.361
PAB (Plan de Atención Básica)	5.500	6.500	7.000	8.000	27.000
Apoyo al modelo infraestructura y dotación	27.461	20.900	14.457	8.134	70.952
Apoyo al modelo, capacitación, asesoría y asistencia tec.	2.500	3.000	3.000	500	9.000
Sistema integrado de información	1.140	1.500	1.600	1.600	5.840
Diseño y ajuste a los mecanismos de pago	58,20	0,00	0,00	0,00	58,20
Diseño costeo por actividades	573,25	173,25	0,00	0,00	746,50
Total	135.459,45	226.378,25	296.987,00	333.237,00	992.061,70

Fuente: Secretaria de Salud Distrital, 2004

Como se analizará en la última sección, esta estrategia es la que presenta mayores retos a la política de salud de esta administración. Como se verá en el capítulo de los logros, Bogotá presenta un importante progreso en los indicadores de salud en la última década, asociados a la estrategia de aseguramiento definida en la Ley 100 de 1993. De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida del 2003 y en las Encuestas de Percepción del programa Bogotá Como Vamos, la calificación a las políticas del sector ha venido mejorando, y se registra una mayor atención de las personas aseguradas y una mayor consulta por prevención. La estrategia Salud a su Hogar, espera consolidarse en los años 2005 y 2006 y sus resultados deberán dar respuesta efectiva a los problemas de acceso que se han detectado, sin generar una demanda adicional de recursos.

1.2. La propuesta en materia de salud del Plan de Desarrollo 2001-2004 “Bogotá para vivir todos del mismo lado”

El Plan de Desarrollo 2001 – 2004, se orientó bajo un objetivo encaminado hacia una ciudad participativa e incluyente, respetuosa de los designios legales, competitiva y productiva, en donde la población es prioritaria con especial interés en los niños y ancianos.

Para el desarrollo del objetivo general, se definieron 7 objetivos específicos, que permitirían desarrollar de manera más concreta el objetivo y responder a cada uno de los intereses allí planteados. Los objetivos específicos fueron: Cultura Ciudadana, Productividad, Justicia Social, Educación, Ambiente, Familia y Niñez, y Gestión Pública.

De estos 7 objetivos específicos, solamente uno de ellos, el de Justicia Social, abordó los temas de salud en la capital, enfocándose, a través de estrategias y programas, en la solución de deficiencias, además, de la atención de otras prioridades que tienen que ver con el tema. El marco sobre el cual se trabajó el objetivo de Justicia Social fue: *“Mejorar el acceso de las personas en situación de alta vulnerabilidad al afecto y a condiciones mínimas de nutrición, salud y educación y habitación con criterios de responsabilidad compartida e imparcialidad”*.

En el objetivo de Justicia Social se definieron tres políticas que direccionaron el cumplimiento del objetivo planteado. Las políticas propuestas fueron: i) crear espacios y mecanismos para promover y consolidar comportamientos solidarios hacia personas en situación de vulnerabilidad; ii) toda intervención y apoyo a personas en situación vulnerable estará orientada a generar condiciones de mayor autonomía y responsabilidad individual y colectiva; y por último, iii) promover la participación de entidades de los sectores público y privado, tanto nacionales como internacionales, para generar condiciones de inclusión social y económica en el Distrito Capital.

Así, la definición de unas políticas complementarias y dirigidas hacia la desmarginalización y protección de la población más vulnerable por medio de la participación de toda la comunidad, aseguraba la creación de las condiciones necesarias para el cumplimiento del objetivo inicialmente planteado.

Dentro del Plan de Desarrollo se plantearon 3 estrategias que estuvieron encaminadas hacia la correcta aplicación y cumplimiento de las políticas planteadas. Estas estrategias fueron: i) la actualización de los sistemas de información que permitan la fácil identificación de la población vulnerable; ii) generar procesos participativos que generen un grado de responsabilidad dentro de la sociedad; y iii) *“generar condiciones mínimas a poblaciones vulnerables en nutrición, salud, educación, habitación e infraestructura urbana”*. El Anexo 2 presenta un esquema con las estrategias y los diferentes programas que permitieron desarrollar en el sector salud los objetivos del Plan de esta administración.

Se buscaba llegar a la población más vulnerable. Así mismo, se enfatizaba la idea de involucrar la participación de la comunidad con el objetivo de crear responsabilidad social, lo que a su vez lograría integrar y crear redes solidarias que ayudaran a la población vulnerable.

Los programas planteados en el objetivo de Justicia Social, se definieron bajo los lineamientos dados por las políticas y estrategias anteriormente descritas. La administración centra su acción en cuatro programas: El primero, “Ubiquémonos para la Solidaridad” tuvo como objetivo principal la identificación de la población vulnerable para permitir una fácil focalización de las políticas y estrategias. Con este fin se extendió el Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN. El segundo, “Bogotá, Ciudad Fraterna”, estuvo encaminado hacia la protección de la población vulnerable y la participación de la comunidad para la generación de redes sociales de atención y ayuda a la población objetivo. El tercero, “Nutrir para el Futuro”, tuvo como objetivo mejorar las condiciones de nutrición de la población vulnerable desde diferentes frentes: por medio de la educación de la población y por medio de la atención directa en diferentes sectores de la ciudad. Finalmente el cuarto, “Salud con Calidad”, tuvo como objetivo la ampliación de la cobertura así como mejoras en calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

Asimismo, dentro de estos programas se identifican proyectos prioritarios. La administración identificó 3, para el programa “Ubiquémonos para la solidaridad”, que fueron: i) SISBEN actualizado y depurado, el cual consiste en la aplicación de encuestas buscando garantizar la cobertura de los estratos 1 y 2; ii) estratificación actualizada, que consiste en actualizar los censos de los nuevos desarrollos urbanos y en los existentes que han sufrido modificaciones, así como concluir los censos de viviendas en zonas rurales dispersas; y, iii) redes sociales y de servicios, que tiene como principal objetivo implementar estrategias y acciones para la prestación de los servicios en red a poblaciones vulnerables y/o en condiciones especiales para el acceso de los servicios, a través de la complementariedad, la especialización, concurrencia y solidaridad de diversos actores.

Dentro del programa “Bogotá fraterna”, se propusieron como proyectos prioritarios i) crear un banco de talentos para la generación de oportunidades de mejoramiento de ingresos para las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad, especialmente en hogares de jefatura única; ii) brindar atención integral para el reintegro a sus familias y grupos sociales de niños que habitan en las calles de la ciudad, personas vinculadas al trabajo sexual y familias en situación de alto riesgo; y, iii) proporcionar atención integral, subsidios y actividades de desarrollo humano para adultos mayores, así como servicios de atención integral a personas con limitaciones físicas, mentales y/o sensoriales.

En el programa “Nutrir para el futuro”, los proyectos prioritarios fueron dos: i) contribuir a mejorar la calidad de vida de la población más vulnerable, a través del suministro de alimentos que aportan un porcentaje de nutrientes de acuerdo a las recomendaciones nutricionales por grupo poblacional; y ii) enmarcar estas acciones dentro de un proceso pedagógico orientado a las familias y los educadores para mejorar sus hábitos alimenticios.

En el último programa propuesto por ésta administración “Salud con Calidad”, los proyectos prioritarios fueron 3: i) garantizar la afiliación a la población potencialmente beneficiaria al régimen subsidiado, disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago y la población afiliada que demande servicios de salud no POS y lograr que los servicios contemplados en el POS y POS S se brinden con oportunidad y calidad a la población del Distrito Capital; ii) mejorar las condiciones de atención en el Distrito mediante la regulación, promoción y fomento, certificación y evaluación de calidad de los diversos prestadores y servicios, de acuerdo con las prioridades definidas para el Distrito Capital; y, iii) impulsar el funcionamiento óptimo de las acciones de salud y otros sectores dirigidas a mantener el estado de salud y/o disminuir el riesgo de enfermar o morir por eventos evitables y controlables para la salud de la población.

El Anexo 2 resume los programas que hacen referencia al objetivo de Justicia Social y responden a las estrategias planteadas.

1.3. La propuesta en materia de salud del Plan de Desarrollo 1998-2001 “Por la Bogotá que queremos”

En la administración comprendida en el periodo 1998 – 2001, el Plan de desarrollo “Por la Bogotá que Queremos”, define un objetivo principal encaminado hacia la construcción de una ciudad mejor para vivir, por medio del progreso en la calidad de vida de sus habitantes. Se definen 7 prioridades en su Plan de Gobierno, que permitan cumplir el objetivo principal: Desmarginalización, Interacción Social, Ciudad a Escala Humana, Movilidad, Urbanismo y Servicios, Seguridad y Convivencia, y Eficiencia Institucional.

Otra de las políticas propuestas fue el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria con especial énfasis en la atención primaria; así como, fortalecer la participación de la juventud en los procesos sociales, comunitarios, políticos y organizativos en las diferentes localidades.

Dentro de estas 7 prioridades, dos de ellas tienen relación de manera más específica con el tema de Salud. Una de ellas es la Desmarginalización, que se enfoca en la mejora en la calidad de vida de la población; además de ésta, la Interacción Social, que se enfocó en la calidad y cobertura de los servicios sociales. *“La inversión en esta administración se concentró principalmente en las prioridades de interacción social y desmarginalización, con el 41.7%. Sectorialmente, cerca del 35% de los recursos se asignaron a educación, salud y bienestar, lo cual significa que la inversión en el mejoramiento de la calidad y cobertura de la prestación de servicios de salud fue aproximadamente de 1.2 billones de pesos”*⁶

En la definición de Desmarginalización se planteó como objetivo principal, elevar la calidad de vida a través del desarrollo de programas que permitieran, a los barrios con deficiencias, contar con una infraestructura adecuada y servicios de calidad que ayudaran a superar esas deficiencias.

⁶ Perfil Social de Bogotá 1999 – 2002: un análisis comparativo con Medellín, Cali y Barranquilla. Cámara de Comercio de Bogotá. Fedesarrollo 2003

Las estrategias para lograrlo se encaminaron hacia la adecuación de la infraestructura física, social cultural y deportiva, a través de la participación de la población en los diferentes programas, lo que permitiría una apropiación y generaría un sentido de responsabilidad dentro de los habitantes de cada localidad y cada barrio. Con éstas estrategias lo que se pretendió fue superar la marginalidad derivada de condiciones de un entorno deteriorado.

Como se visualiza en el Anexo 3, solamente un programa de la Prioridad de Desmarginalización corresponde directamente a salud. Se trata del programa “Ampliación y mejoramiento de la infraestructura del Sector Social”. Este tuvo como objetivo el “(...) *desarrollo de la infraestructura de los servicios sociales y la ampliación de la cobertura de atención a la población más vulnerable, especialmente a la infantil, en materia de salud, educación y bienestar social... Se propuso un programa de atención a niños entre 0 y 6 años... en el que converjan los esfuerzos de las entidades estatales a las que les compete el desarrollo infantil en sus distintas dimensiones: nutrición, recreación, salud, educación, prevención, protección.....* Así mismo se propuso adelantar *acciones tendientes al fortalecimiento de la oferta pública de salud con énfasis en el primer nivel de atención...* (Plan de Desarrollo 1998-2001).

Tal como se resumen en el Anexo 3, las metas específicas más importantes de este programa fueron construir tres hospitales de segundo nivel de atención, tres de primer nivel y dos centros de salud mental. Construir un centro de control de la fecundidad. Aumentar 450 camas, 68 de las cuales corresponden a cuidados intensivos.(Plan de Desarrollo 1998-2001).

La otra prioridad relacionada con el sector salud, la de Interacción Social, propuso no solamente mejorar la calidad de prestación de servicios sociales sino la ampliación de la cobertura para garantizar la mejora en la calidad de vida y el bienestar de los individuos. La estrategia para lograrlo fue la búsqueda del bienestar de los individuos y en general de la sociedad a partir de la interacción de los diferentes entes de la sociedad. Asimismo, “(...) *se propenderá por que haya una mayor igualdad de condiciones para el desarrollo pleno de los seres humanos*”, todo esto con prioridad en la niñez y la juventud. Con esto se pretendió

“(…) elevar la calidad de vida y construir una sociedad mejor y mas productiva”. Finalmente, se propuso que la sociedad participara de manera activa en la gerencia de los programas para responder de manera eficiente y eficaz a los retos de cobertura y calidad.

El programa “Mejoramiento de la calidad y Cobertura en la prestación de los Servicios de salud” buscó “fortalecer la salud pública preventiva, para garantizar a la población en general el acceso a actividades de promoción de la salud, (...), el desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica, la implementación de programas para disminuir la mortalidad materna, perinatal y de niños menores de 5 años (...) En general, se garantizará el acceso al sistema de seguridad social en salud tanto en su afiliación como en la prestación del servicio, principalmente a la población vulnerable y pobre”. Asimismo, se propuso ampliar la infraestructura de servicios públicos para así mejorar la calidad en la prestación de éstos servicios.

Otros objetivos fundamentales en el sector salud de la Administración Peñalosa fueron la consolidación de la autonomía institucional de las Empresas Sociales del Estado Distritales y del sistema de referencia y contra-referencia en la prestación del servicio; el mejoramiento de la oferta pública distrital de servicios de salud y el desarrollo del sistema de garantía de la calidad de las IPS públicas y privadas.

Entre las principales metas del programa se propusieron: “Incorporar la red hospitalaria Pública del Distrito al Sistema único de historias clínicas; acreditar 5.500 IPS; contar con 1.750.000 personas afiliadas al régimen subsidiado de salud al final del mandato” (Plan de Desarrollo 1998-2001).

Se ha reconocido el énfasis en la salud preventiva en la gestión de esta Administración. La meta del Plan de Desarrollo era ampliar la cobertura en programas de vacunación hasta alcanzar el 95% de la población, aumentar la cobertura en prestación de servicios en 4.5% anual para los egresos hospitalarios y 3% anual para las consultas de urgencia”⁷

⁷Perfil Social de Bogotá 1999 – 2002: un análisis comparativo con Medellín, Cali y Barranquilla. Cámara de Comercio de Bogotá. Fedesarrollo 2003.

Según el informe de Fedesarrollo Perfil Social de Bogotá 1999 – 2002: Un análisis comparativo con Medellín, Cali y Barranquilla⁸, la gestión del alcalde Peñalosa en materia de salud, se centró en el mejoramiento de la calidad y cobertura en la prestación de los servicios de salud, haciendo énfasis en el fortalecimiento de la salud pública preventiva, para garantizar el acceso, tanto a la afiliación, como a la prestación del servicio, principalmente de la población vulnerable y pobre.

1.4. Comparación de los recursos asignados en los planes de desarrollo de las tres últimas administraciones.

A pesar de los problemas que presenta la comparación de los recursos asignados a los principales sectores por los últimos planes de desarrollo, el cuadro 4 realiza esta comparación. Se destaca para el sector salud la mayor proporción de recursos asignados por la Administración actual: 2004-2008, que representan el 20% del total, mientras para las administraciones anteriores fueron de 11% (1998-2001) y 12,6% (2001-2004).

Cuadro 4 Recursos Asignados a los diferentes sectores en los Planes de Desarrollo

Sectores	Plan de Desarrollo 1998-2001		Plan de Desarrollo 2001-2004		Plan de Desarrollo 2004-2008	
	Millones de \$ 1998	%	Millones de \$ 2001	%	Millones de \$ 2004	%
Educación	2,698,624	19.9%	3,695,026	28.0%	6,912,523	32.5%
Salud	1,501,905	11.1%	1,662,161	12.6%	4,262,501	20.1%
Vivienda y Desarrollo Urbano 1/	874,558	6.5%	348,619	2.6%	1,064,605	5.0%
Bienestar Social	476,410	3.5%	709,408	5.4%	1,513,542	7.1%
Medio Ambiente	495,523	3.7%	320,605	2.4%		
Cultura Recreación Deporte y Comunicación	531,818	3.9%	413,118	3.1%	509,786	2.4%
Servicios Públicos	2,367,960	17.5%	3,223,426	24.4%	1,474,227	6.9%
Tránsito, Transporte y Obras Viales	3,602,762	26.6%	2,138,834	16.2%	4,177,695	19.7%
Planeación y Recursos Económicos	229,578	1.7%	290,133	2.2%	474,302	2.2%
Gobierno Concejo y Organismos de Control	766,390	5.7%	406,957	3.1%	849,144	4.0%
TOTAL RECURSOS PLAN	13,545,528	100.0%	13,208,287	100.0%	21,238,325	100.0%

Fuente: Departamento Administrativo de Planeación Distrital: Acuerdo No. 06 de junio 8 de 1998; Decreto 440 de 2001 y Acuerdo 119 de 2004.

1/ Los recursos agrupados en el sector Hábitat del Plan de Desarrollo 2004-2001, contemplan tanto programas de vivienda, de desarrollo urbano y de servicios públicos. Para fines de comparación con las anteriores administraciones se separaron.

En la siguiente sección se presentan los avances generales en materia de salud en Bogotá en la última década.

⁸ Cámara de Comercio de Bogotá. Fedesarrollo 2003.

2. LOS LOGROS EN MATERIA DE SALUD DE LA ÚLTIMA DÉCADA EN BOGOTÁ

En la última década, los cambios presentados en salud en la ciudad han sido importantes. No solamente se ha avanzado en cobertura, sino en infraestructura, calidad y eficiencia. Estos cambios contemplan tanto en el cumplimiento de los planes de desarrollo de las recientes administraciones, como en el cambio de percepción que las personas tienen sobre el servicio de salud. Se ha avanzado en diferentes frentes, haciendo que la prestación de los servicios de salud llegue cada vez a más personas y que se facilite progresivamente el acceso. El fortalecimiento de la salud pública, la universalidad en el aseguramiento de la población y la garantía en el acceso a servicios, en un marco de viabilidad financiera de la red pública de servicios de salud, constituirían los principales retos de la ciudad.

Con base en los resultados comparables de las Encuestas de Calidad de Vida 1997 y 2003, así como con estadísticas de la Secretaría Distrital de Salud, se presenta la evolución de los principales indicadores del sector, agrupados en tres dimensiones: i) *cobertura*, en donde se tendrá en cuenta el cambio en el número de afiliados a cada uno de los regímenes en la ciudad, así como por localidades; ii) *utilización y acceso*, en la cual se presentarán algunos indicadores sobre el uso de los servicios de salud, teniendo en cuenta la diferencia entre utilización de los servicios de forma preventiva y la utilización de los servicios para el tratamiento de enfermedades. ii) *indicadores de salud*, los cuales muestran la evolución de algunas de las estadísticas vitales de la ciudad.

2.1. Cobertura

La evolución en la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud para Bogotá, ha tenido una evolución satisfactoria. Pasó de 46.2% de la población en 1993, a cerca de un 78% en 2003 (Cuadro 5), lo que muestra una clara mejoría en cuanto a cobertura se refiere. En cuanto a la distribución de la población entre los diferentes regímenes, se evidencia un aumento tanto del porcentaje de personas que hacen parte del régimen subsidiado como de aquellos del contributivo.

Cuadro 5. Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud de la población total

Indicador	1993	1997	2003
Total Afiliados	46,2	64,9	77,6
Régimen Contributivo	-	52,7	58,8
Régimen Subsidiado	-	8,4	14,3
Régimen Especial	-	3,9	4,5
Vinculados	53,8	35,1	22,4

Fuente: DAPD, Análisis Global, Sectorial y por Localidades de la ECV en Bogotá. Tomo 2

El cuadro 6 presenta los resultados de las dos últimas Encuestas de Calidad de Vida en materia de cobertura en Bogotá, por estratos y según el régimen al que pertenecen. Se registra una satisfactoria evolución del régimen contributivo en todos los estratos socio-económicos entre 1997 y 2003. Por su parte, como se buscaba, los avances en el régimen subsidiado favorecieron a la población más pobre. El porcentaje de personas de los estratos 1 y 2 cubierta pasó de 19,7% en 1997 a 26% en el año 2003 y en el estrato 3, pasó de 4,2% a 7,3% en el mismo periodo. Como consecuencia la población no afiliada –vinculada- pasó de representar el 25% de la población en 1997 a 22% en el 2003.

**Cuadro 6. Afiliación al SGSSS según estrato en Bogotá
1997**

Estrato	Régimen			Total Afiliados	Vinculados
	Contributivo	Especial	Subsidiado		
1 y 2	35,7	2,2	19,7	57,6	42,4
3	57,1	3,6	4,2	64,9	35,1
4	68,3	7,4	0,7	76,4	23,6
5 y 6	75,6	8,4	0	84,1	15,9
Total	52,6	3,9	8,4	64,9	35,1

2003

1 y 2	44,6	2,6	26,0	73,2	26,8
3	64,2	6,2	7,3	77,7	22,3
4	83,4	5,8	0,4	89,6	10,4
5 y 6	87,4	3,4	0,9	91,8	8,2
Total	58,8	4,5	14,3	77,6	22,4

Fuente: DAPD. Análisis Global, Sectorial y por Localidades de la ECV en Bogotá.
Tomo 2

También en el nivel nacional, la cobertura de aseguramiento aumentó en mayor proporción para los más pobres, desde la reforma en salud de 1993. De acuerdo con evaluaciones recientes (Acosta, Ramirez y Cañón, 2004) uno de los mayores logros del esquema

adoptado con la Ley 100 de 1993 es el avance más significativo en el aseguramiento de los dos deciles más pobres de la población. Aun en el período más crítico de la recesión económica, las familias del primer decil de ingreso lograron aumentar su afiliación al sistema, mientras disminuía en todos los demás grupos de ingreso (Cuadro 7). Sin embargo, la principal incertidumbre de la reforma en salud, se refiere a la posibilidad de mantener los logros alcanzados y de avanzar hacia una cobertura total.

Cuadro 7. Afiliación al SGSSS, según decil de ingreso, Total Nacional 1993, 1997, 2003

Decil	1993			1997			ECV 2003		
	Población	# de afiliados	%	Población	# de afiliados	%	Población	# de afiliados	%
1	4.257.672	146.632	3,44	4.523.717	1.762.843	38,97	4.377.712	2.025.221	46,26
2	4.462.465	381.651	8,55	4.813.240	2.289.632	47,57	4.368.275	2.044.750	46,81
3	4.125.619	573.262	13,90	4.578.832	2.157.068	47,11	4.372.152	2.246.316	51,38
4	4.051.211	776.361	19,16	4.236.797	2.139.519	50,50	4.371.098	2.343.097	53,60
5	3.789.346	984.459	25,98	4.058.174	2.367.511	58,34	4.371.662	2.512.628	57,48
6	3.580.074	1.042.110	29,11	4.040.639	2.413.939	59,74	4.383.024	2.580.166	58,87
7	3.523.427	1.151.531	32,68	3.631.204	2.279.979	62,79	4.364.070	2.923.162	66,98
8	3.287.353	1.256.002	38,21	3.421.090	2.354.587	68,83	4.369.770	3.129.500	71,62
9	2.936.708	1.268.984	43,21	3.315.183	2.430.560	73,32	4.370.985	3.428.647	78,44
10	2.767.384	1.191.054	43,04	3.122.730	2.506.181	80,26	4.368.830	3.798.228	86,94
Total	36.781.259	8.772.046	23,85	39.741.606	22.701.819	57,12	43.717.578	27.031.714	61,83

Fuente: "Principales Estudios sobre Sostenibilidad Financiera del Sistema General de Seguridad Social En Salud". Fundación Corona, Facultad de Economía Universidad del Rosario. Octubre de 2004

Para aquellos que pertenecen al régimen subsidiado, el aumento que se da entre 1997 y el año 2003 es bastante importante, ya que la participación de estos dentro del total de afiliados se duplica, pasando de 8.4% en 1997, a 14,3% el año 2003. A pesar de que el número de afiliados al régimen subsidiado es bastante alto, las metas trazadas por los gobiernos anteriores han sido ambiciosas y no se han podido cumplir en todos los casos. Por ejemplo, en el periodo 1998 - 2001, se propuso alcanzar un número de afiliados al régimen subsidiado de 1.750.000 personas; pero solamente se llegó a 1.100.000 afiliados. Es necesario recordar que la crisis económica que atravesó el país a finales de la década anterior generó un impacto negativo en los ingresos y en el empleo de los colombianos, que se reflejaron en las menores posibilidades de incrementar los subsidios.

Por el contrario, en el Plan de desarrollo de la administración comprendida entre 2001 - 2004, la meta planteada para 2004 fue de 1.240.000 personas afiliadas al régimen

subsidiado. La meta se cumplió y el número de afiliados para ese año fue de cerca de 1.400.000 personas. Según el informe Bogotá Piensa a Futuro, esta evolución se da: “(...) como parte de una adecuada cultura de aseguramiento se impulsó la afiliación de grupos especiales de población al Régimen Contributivo, se fomentó el control de la evasión y elusión al sistema y se trabajó en el tema de la devolución de subsidios no merecidos”⁹

De manera mas detallada, el cuadro 8 presenta los resultados para el régimen subsidiado, de acuerdo con los registros oficiales de la Secretaría Distrital de Salud entre 1995 y 2003. Es importante subrayar que el porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado de acuerdo con estos registros, supera al total de población con necesidades básicas insatisfechas, NBI (109.99%), mientras en 1995 sólo se cubría algo más del 56% de la población con NBI.

En el caso del régimen contributivo, los resultados no son menos favorables. En los estratos 1, 2 y 3 el crecimiento del número de afiliados aumentó en promedio cerca del 8%, entre 1997 y 2003. Para los estratos 4, 5 y 6 el crecimiento promedio en el número de afiliados se situó en cerca del 12% para el mismo periodo.

Cuadro 8. Afiliados al Régimen Subsidiado en Bogotá D.C. 1995-2003

POBLACIÓN	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
TOTAL POBLACIÓN BOGOTÁ D.C.	5.678.342	5.815.511	5.956.995	6.112.196	6.276.420	6.437.840	6.573.291	6.712.247	6.865.997
POB. CON NBI EN BOGOTÁ D.C.	988.032	1.011.899	1.036.517	1.063.522	1.092.098	1.120.185	1.143.753	1.167.931	1.194.683
AFILIADOS AL REG. SUBSIDIADO	553.566	577.729	910.474	915.502	994.546	1,046,920	1,216,970	1,292,259	1.314.079
% DE AFILIACIÓN RESPECTO DE TOTAL POBLACIÓN.	9,75%	9,93%	15,28%	14,98%	15,85%	16,26%	18,51%	19,25%	19,14%
% DE AFILIACIÓN RESPECTO A POBLACIÓN NBI	56,03%	57,09%	87,84%	86,08	91,07%	93,46%	106,40%	110,65%	109,99%

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.

⁹ Bogotá Piensa a Futuro. Un marco de gasto de mediano plazo para el sector salud. Secretaría de Hacienda Distrital, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. Octubre de 2003. Página 9

Por su parte, los no asegurados o vinculados pasaron de representar el 53,8% en 1993 a 22,4% de la población en Bogotá en 2003. Según el informe Bogotá Piensa a Futuro¹⁰, para la población no asegurada la política de salud ha buscado garantizar la atención de la población no afiliada a través de la red de hospitales públicos.

Sin embargo, tal como ha sido señalado por las diferentes administraciones y los expertos del sector, existen grandes diferencias entre localidades. Mientras en algunas se observan resultados favorables en términos de aseguramiento de la población, en otras localidades se requieren esfuerzos para mejorar las coberturas, principalmente porque en estas últimas se concentran los peores resultados de los indicadores de pobreza. El cuadro 9 con base la Encuesta de Calidad de Vida, 2003 muestra la distribución de la población afiliada a diferentes regimenes por localidad y el porcentaje de hogares, según línea de pobreza y según Necesidades Básicas Insatisfechas, NBI. Las localidades que tienen porcentaje de población no afiliada –vinculados-, superior al promedio de la ciudad son San Cristóbal (26,8), Usme (28,9); Tunjuelito (27,2) Kennedy (23,8), Mártires (30,3), Antonio Nariño (28,0), Puente Aranda (24,0), Rafael Uribe (32,6) y Ciudad Bolívar (26,4%). En todas ellas se presenta un elevado porcentaje de hogares pobres y un mayor porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas, NBI.

El principal reto en materia de salud del distrito es avanzar hacia una mayor equidad en materia de acceso a servicios de salud de la población de las localidades con mayores necesidades. En la administración actual, se hace especial énfasis en éste tema y se plantea la estrategia de “Salud a su Hogar”, con la que se busca que las personas tengan un acceso a una atención primaria. Los alcances de este programa exigirán el desarrollo de indicadores cuantitativos de su impacto y de los recursos que se comprometan en ello.

¹⁰ Bogotá Piensa a Futuro. Un marco de gasto de mediano plazo para el sector salud. Página 9

Cuadro 9. Afiliación SGSSS e Indicadores de pobreza por localidad, ECV 2003

Localidad	Población Asegurada				Vinculados	Indicadores de Pobreza	
	Régimen Contributivo	Régimen Especial	Régimen Subsidiado	Total Asegurados		Línea de Pobreza	NBI
Usaquén	73.3	6.7	7.6	87.6	12.5	18.2	2.8
Chapinero	80.7	3.7	3.8	88.2	11.8	10.3	0.8
Santafe	47.2	2.1	28.9	78.2	21.7	48.6	7.1
San Cristobal	44.0	1.7	27.6	73.3	26.8	73.3	11.4
Usme	39.1	1.7	30.3	71.1	28.9	80.6	11.2
Tunjuelito	47.7	8.2	16.9	72.8	27.2	56.9	7.2
Bosa	51.8	2.1	23.1	77.0	23.0	66.3	7.8
Kennedy	56.5	6.6	13.2	76.3	23.8	46.7	6.4
Fontibón	65.5	3.8	11.5	80.8	19.3	38.8	5.2
Engativa	67.3	8.2	5.1	80.6	19.3	33.3	2.8
Suba	72.5	3.0	7.4	82.9	17.1	30.8	2.2
Barrios Unidos	70.7	2.8	5.4	78.9	21.2	25.4	2.7
Teusaquillo	78.4	6.1	0.8	85.3	14.6	10.1	0.1
Mártires	57.1	3.6	9.0	69.7	30.3	44.5	3.4
Antonio Nariño	61.1	4.3	6.6	72.0	28.0	40.0	2.2
Puente Aranda	67.6	4.7	3.7	76.0	24.0	32.7	2.4
Candelaria	48.6	3.3	24.4	76.3	23.6	46.1	5.6
Rafael Uribe	49.5	3.1	14.8	67.4	32.6	61.1	6.8
Ciudad Bolívar	40.6	3.1	29.9	73.6	26.4	73.3	12.8
Total	58.8	4.5	14.3	77.6	22.4	45.1	5.6

Fuente: DAPD Análisis Global, Sectorial y por Localidades de la ECV en Bogotá. Tomo 2

2.2.Utilización y Acceso

En los planes de desarrollo de las últimas tres administraciones distritales, queda plasmada la prevención como una de las estrategias a seguir en el desarrollo de los programas de salud que se implementen. Las encuestas de calidad de vida han indagado los comportamientos de salud de las familias enfocando si el uso es de carácter preventivo, o curativo, una vez se sufre alguna enfermedad. En lo que tiene que ver con la utilización de los servicios de salud de forma preventiva, ha habido un aumento de ésta en los últimos años. El cuadro 10 muestra la evolución en la utilización de los servicios de manera preventiva por estrato

Cuadro 10. Utilización de los servicios de salud de manera preventiva

Proporción de personas que asisten al médico o al odontólogo una vez al año sin estar enfermo, según estrato		
Estrato	1997	2003
1 y 2	54.4	68.1
3	61.0	77.3
4	78.4	87.5
5 y 6	77.7	88.6
Total	62.1	74.9

Fuente: Análisis Global, Sectorial y por Localidades de la ECV en Bogotá. Tomo 2

Es claro que la utilización preventiva de los servicios de salud ha aumentado en todos los estratos, con más fuerza en los estratos 3 y 4, donde, en promedio, el aumento ha sido de 16%. En los estratos 5 y 6, aunque ha aumentado, su cambio está por debajo de los demás estratos. Es muy importante notar que en los estratos 1 y 2 el aumento fue de cerca de 14% comportamiento asociado a los progresos obtenidos en cobertura para el mismo periodo.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud para el tratamiento de enfermedades, si bien es claro que la utilización de los servicios de salud puede aumentar por los cambios presentados en cobertura, asimismo, la calidad en los servicios de salud podría reducir la frecuencia de utilización. Esto quiere decir que, se puede aumentar la utilización de los servicios en forma preventiva, pero cada vez será menor el número de personas que hagan uso de los servicios por la presencia de alguna enfermedad, dado los avances que el servicio ha presentado en cuanto a prevención y calidad se refiere.

Durante el periodo 1998 - 2001, el énfasis en salud preventiva fue importante. Es destacable el aumento significativo en la oferta de salud durante su mandato, sobretodo en el año 1999. *“En este año fueron atendidos por la red hospitalaria de la Secretaría de Salud en consulta externa y urgencias 2.731.692 usuarios, 1.2% mas que los atendidos en 1998. Respecto a la consulta de enfermería, odontología y laboratorio clínico, se atendieron 7.088.178 usuarios, 44% más que los atendidos en el año inmediatamente*

anterior. El número de camas se incrementó el 5.3%, mientras la rotación de camas aumentó el 5%”¹¹

En el cuadro 11 se reporta un indicador que muestra la proporción de las personas hospitalizadas en los últimos 12 meses según estrato. Durante el periodo 1997 – 2003, el porcentaje de personas que han sido hospitalizadas en el último año, ha disminuido para todos los estratos. A pesar que los resultados parecen no ser muy significativos en algunos estratos, en el total para la capital, la disminución ha sido de 0.6% con respecto a el porcentaje encontrado en el año 1997. Como se dijo anteriormente, esta disminución en la utilización de los servicios de salud para tratar enfermedades, que podría relacionarse con el aumento de la utilización de los servicios de manera preventiva.

Cuadro 11. Proporción de las personas hospitalizadas en los últimos 12 meses

Proporción de personas hospitalizadas en los últimos 12 meses, según estrato		
Estrato	1997	2003
1 y 2	6.7	6.5
3	7.3	6.9
4	7.0	6.7
5 y 6	9.8	5.9
Total	7.2	6.6

Fuente: Análisis Global, Sectorial y por Localidades de la ECV en Bogotá. Tomo 2

Existen otros indicadores, que nos permiten ver las razones por las cuales ha cambiado la utilización de los servicios. Entre las razones se encuentra la confianza de las personas en el servicio de salud. Esta confianza no hace referencia únicamente a la credibilidad y eficacia del servicio sino también a su eficiencia. Muchas veces problemas de eficiencia en la prestación de los servicios induce a las personas a optar por otras formas de tratar sus enfermedades, desestimulando el uso de los servicios de salud. Así, la confianza unida con factores como el costo de los servicios y la facilidad de acceso al servicio, forman una barrera involuntaria a la utilización de los servicios de salud.

¹¹ Perfil Social de Bogotá 1999 – 2002: un análisis comparativo con Medellín, Cali y Barranquilla. Cámara de Comercio de Bogotá. Fedesarrollo 2003

El cuadro 12 presenta el cambio entre 1997 y 2003 en la forma como las personas tratan sus enfermedades. El porcentaje de personas que hacen uso del servicio de salud, para tratar sus enfermedades, ha disminuido con respecto a 1997 para todos los estratos. Los remedios caseros y la automedicación han ganado participación dentro de las formas de tratar los problemas de salud. Como se dijo anteriormente, esto se puede tener varias razones, entre las cuales están la falta de necesidad por considerarlo algo poco complicado, también las barreras a la utilización que se enunciaron anteriormente y la eficacia de los tratamientos (la confianza que tienen las personas en los médicos), entre otras.

**Cuadro12. Forma de tratar los problemas de salud de los últimos 30 días, 1997, 2003
% de personas según estrato**

Estrato	Profesional o Institución de Salud	Boticario, Farmaceuta, Droguista	Remedios Caseros	Se autorrecetó	Nada	Otros
1997						
1 y 2	71.4	7.2	5.2	5.7	8.4	2.1
3	75.2	2.4	5.2	8.3	4.4	4.6
4	93.6	0.0	0.0	6.4	0.0	0.0
5 y 6	89.8	0.0	0.0	5.6	4.6	0.0
Total	77.3	3.3	4.3	7.1	5.0	3.1
2003						
1 y 2	67.4	5.2	9.5	11.4	5.1	1.4
3	73.5	4.0	8.8	7.3	5.9	0.5
4	85.3	1.2	4.1	5.1	2.8	1.4
5 y 6	90.9	0.0	3.4	4.4	0.8	0.6
Total	72.6	4.1	8.5	8.8	5.1	1.0

Fuente: Análisis Global, Sectorial y por Localidades de la ECV en Bogotá. Tomo 2

En el 2003, un mayor porcentaje de la población señala entre las razones más importantes por las cuales no se recibió atención médica (Cuadro 13) la consideración de la enfermedad como leve y la falta de dinero. Así mismo se registra un notable aumento del porcentaje de personas que consideran malo el servicio, que pasan de 1,6% de las personas en 1997 a 6.6% en el 2003. Por el contrario la excesiva distancia del centro de atención que fue señalada por el 9,4% de las personas en 1997 sólo es mencionada por el 0,9% en el 2003, sugiriendo una mayor disponibilidad de servicios en este último año.

Cuadro 13. Razón por la que no recibió atención Médica, según estrato, % de Personas, 1997, 2003

Estrato	Caso Leve	No Tuvo Tiempo	El Centro de Atención queda lejos	Falta de Dinero	Considera el Servicio Malo	No lo Atendieron	No Confía en Médicos	Había Consultado Antes y no se lo Han Resuelto	Muchos Tramites
1997									
1 y 2	26.3	18.3	21.3	32.0	0.0	-	0.0	2.1	0.0
3	60.0	23.0	3.1	15.7	2.8	-	4.0	6.4	15.0
4	69.3	30.7	0.0	0.0	0.0	-	0.0	0.0	0.0
5 y 6	77.2	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	22.8	0.0
Total	31.9	20.6	9.4	20.3	1.6	-	2.3	5.4	5.6
2003									
1 y 2	34.5	6.4	1.0	35.1	7.3	5.6	2.5	2.2	5.4
3	52.5	4.1	0.4	28.8	5.3	1.3	1.2	2.2	4.3
4	55.4	8.2	0.0	21.5	9.9	0.0	2.8	1.2	1.0
5 y 6	90.4	0.0	0.0	2.9	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Total	43.9	5.4	0.9	31.1	6.6	3.4	1.9	2.1	4.6

Fuente: Análisis Global, Sectorial y por Localidades de la ECV en Bogotá. Tomo 2

Un estudio más específico sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud (Rubio, 2005) muestra que una de cada dos personas no afiliadas al SGSSS no accede a los servicios de salud, tratándose mayoritariamente de personas entre 19 y 45 años. Este problema estaría asociado a la ausencia de vinculación laboral formal, principal forma de acceso a los beneficios de la seguridad social. Así mismo, este estudio destaca como otra de las inequidades en el acceso la no consulta de personas con enfermedades crónicas, a pesar de encontrarse afiliadas al régimen contributivo o subsidiado. El 4,9% de la población afiliada al régimen subsidiado y el 4,5% de la afiliada al régimen contributivo no consultan a pesar de que declaran sufrir de una enfermedad crónica, lo que alerta sobre los problemas para convertir en acceso el aseguramiento.

2.3. Evolución de algunas estadísticas vitales

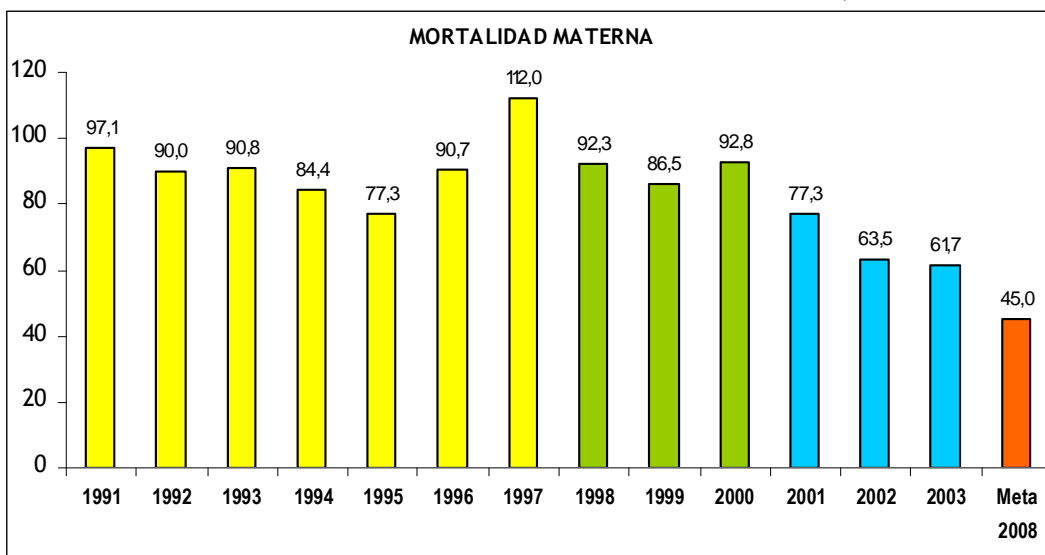
El análisis de la evolución de la calidad de los servicios de salud es aproximado a través del seguimiento de las estadísticas e índices de mortalidad, tanto materna como infantil. Así mismo se presentan algunos indicadores de percepción del estado de salud. En cuanto a la primera, se mirarán los resultados obtenidos y la evolución en la última década en cuanto a tasas de mortalidad se refiere. Las tasas consideradas son la de mortalidad materna,

mortalidad infantil por enfermedades respiratorias, mortalidad infantil por enfermedad diarreica aguda (EDA) y mortalidad de niños menores de un año.

La reducción en tasas de mortalidad materna e infantil ha sido importante durante la década. El informe Bogotá piensa a Futuro, atribuye estos favorables resultados la conjunción de una serie de acciones realizadas desde distintos sectores: desde la vigilancia intensificada de eventos, el mejoramiento en el acceso en la prestación de los servicios de salud, el aumento en las coberturas de aseguramiento en salud, la acciones de educación e información de la comunidad y la políticas de protección a la vida adoptadas en la ciudad, entre las más importantes.

En la gráfica 1, se puede observar el comportamiento que ha tenido la tasa de mortalidad materna. Esta tasa nos muestra el número de madres gestantes que mueren por cada cien mil menores nacidos vivos. Su evolución en el primer lustro de la década de los noventa permaneció constante, con un notable incremento entre 1995 y 1997. A partir de este año se presenta una reducción sostenida de este indicador.

Gráfica 1. Evolución de la mortalidad materna 1991-2003, meta: 2008



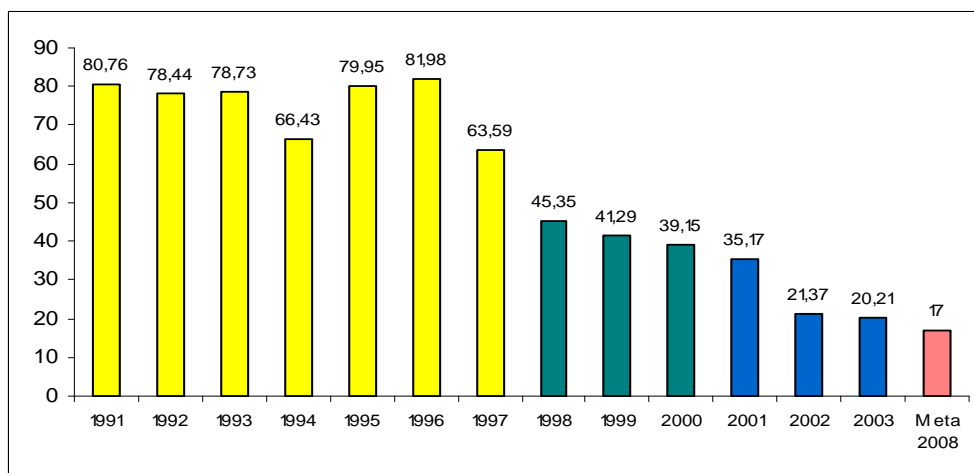
Fuente Encuesta Bogotá Cómo

Para el periodo 2001 - 2004, se fijó como meta la disminución de la tasa de mortalidad materna en un 50%. Para este mismo periodo, la tasa de mortalidad materna pasó de cerca de 93 muertes de madres gestantes por cada cien mil menores nacidos vivos en 2000, a

cerca de 62 muertes en 2003. En el informe Bogotá Piensa a Futuro¹², se plantea como una de las principales causas de la disminución de este indicador, el fortalecimiento de la red materno perinatal e infantil así como un aumento de la cobertura del control prenatal, educación sexual y atención integral a las adolescentes gestantes y lactantes. En la actual administración, la meta fijada para este índice es reducir la tasa de mortalidad materna a menos de 55 por cada cien mil menores nacidos vivos.

La evolución de las tasas de mortalidad infantil ha sido igualmente satisfactoria. La mortalidad infantil por neumonía se reduce sistemáticamente desde 1995, pasando de cerca de 82 menores de cinco años muertos por cada cien mil, a 20 menores muertos en 2003. La meta de la actual administración es reducir esta tasa hasta 17 muertes por cada cien mil menores. Es importante destacar la importante reducción observada en el periodo 2001 – 2003, donde se pasó de 35 a 20 muertes por ésta causa, teniendo una reducción cercana al 43%, cumpliendo las metas trazadas para el periodo 2001 - 2004, donde se planteaba una meta de reducción del 37% en la mortalidad infantil por neumonía.

Gráfica 2. Evolución de la mortalidad infantil por IRA 1991-2003, meta: 2008



Fuente Encuesta Bogotá Cómo Vamos 2005

Asimismo, la tasa de mortalidad infantil por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) ha presentado una disminución notoria. A partir del año 1994 su tendencia ha sido claramente

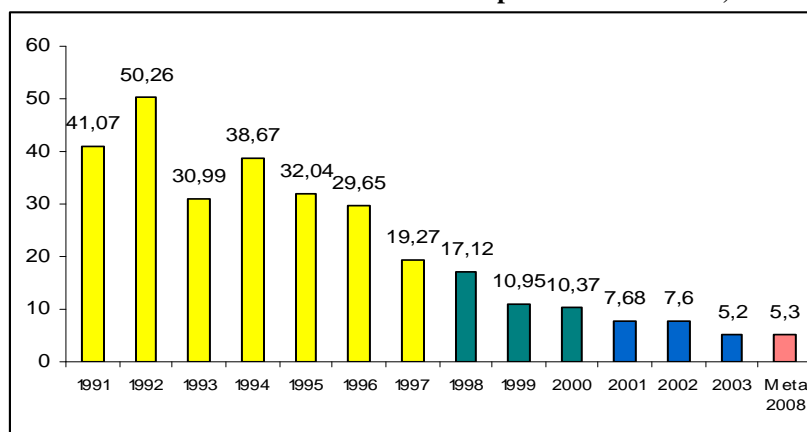
¹² Bogotá Piensa a Futuro. Un marco de gasto de mediano plazo para el sector salud. Página 6

decreciente, pasando de cerca de 39 muertes de menores de cinco años por cada cien mil, a cerca de 5 muertes por la misma causa en el año 2003. A partir de 1997 es donde la tendencia disminuye con más fuerza teniendo una reducción cercana al 50% en el primer año. Esta reducción contundente en esta tasa es resultado al conjunto de políticas antes mencionadas, relacionadas con el fortalecimiento de la red materno perinatal e infantil, mayor educación respecto al tratamiento de la enfermedad y en general el avance hacia una mayor cobertura de salud de los niños menores.

En el periodo 2001 - 2004, se desarrollaron una serie de programas tendientes a la reducción de las tasas de mortalidad infantil. En particular, la meta que se planteó ésta administración fue la de reducir en un 30% la mortalidad de los niños por EDA, meta que fue cumplida al final del periodo.

La actual administración ha enfocado programas con el propósito de profundizar la disminución de la tasa de mortalidad infantil enfermedades respiratorias mediante la puesta en marcha de salas de cuidado especial de esta afección denominadas Salas EDA. La meta que se ha planteado es de llegar a 5.5 menores muertos por cada cien mil. En la gráfica 3 se puede observar la evolución de éste indicador durante la última década.

Gráfica 3. Evolución de la mortalidad infantil por EDA 1991-2003, meta: 2008



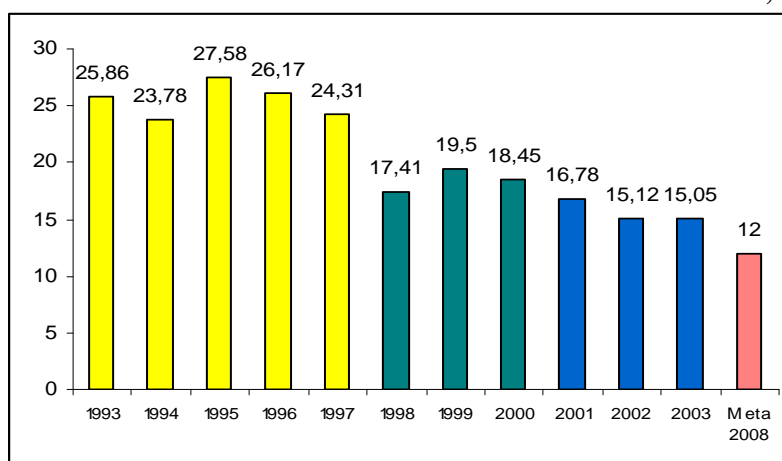
Fuente: Secretaria de Salud Distrital

Según el informe Bogotá Piensa a Futuro: “Los factores favorecedores de la reducción de este evento (mortalidad infantil por EDA) son producto de una mayor accesibilidad a los servicios de salud, al aumento en las coberturas de los programas de promoción y

prevención, el mayor aprendizaje del manejo de la patología por parte de los ciudadanos, la identificación oportuna de los signos de alarma y, en general, las intervenciones realizadas en la población infantil de la ciudad. También es el beneficio de las mayores coberturas en los servicios de acueducto y alcantarillado (...)"¹³

El último indicador, que nos permite aproximarnos a los avances en calidad, hace referencia a la tasa de mortalidad en niños menores de un año. En el año 1993 esta tasa se encontraba en cerca de 26 niños muertos por cada cien mil nacidos vivos, para el año 2003 ésta misma estadística fue de cerca de 15, arrojando como resultado una reducción cercana al 40% en este indicador (gráfica 4). Aunque con un menor logro, es de igualmente destacable la evolución de esta variable en la última década.

Gráfica 4. Evolución de la mortalidad en menores de un año 1991-2003, meta: 2008



Fuente: Secretaría de Salud Distrital

En las últimas tres administraciones, se perciben mejores resultados a los obtenidos a comienzos de la década anterior. En la administración de Enrique Peñalosa, las tasas de mortalidad de los menores de un año se redujeron a un promedio de 18 anual por cada cien mil, mientras en los años anteriores hasta 1997 alcanzaron un promedio superior a 24. En el periodo 2001 – 2004 registró una tendencia levemente descendente de este indicador que se situó en 2003 en cerca de 15 por cien mil, resultado que no fue suficiente para cumplir las metas trazadas. En el Plan de Desarrollo propuesto por la actual administración, se

¹³ Bogotá Piensa a Futuro. Un marco de gasto de mediano plazo para el sector salud. Página 5

espera que esta tasa llegue a un valor de menos de 12 niños menores de un año muertos por cada cien mil nacidos vivos.

Los tres indicadores que se han analizado anteriormente, revelan los avances importantes que permiten afirmar que la calidad en la prestación de los servicios de salud ha aumentado como resultado de las políticas de salud, y también del mejoramiento general de la calidad de vida que se presenta en Bogotá en los últimos años.

La percepción sobre el estado de salud de la población ha cambiado durante los últimos años. El porcentaje de personas que consideran que su estado de salud es muy bueno, disminuyó en 3% para el año 2003 con respecto a los resultados obtenidos en 1997 (Cuadro 14). Más personas consideran que su estado de salud puede calificarse entre regular y bueno, y también hay un crecimiento importante en el porcentaje de personas que consideran que su estado de salud es malo.

Cuadro 14. Percepción del Estado de Salud

Indicador	1997	2003
Muy Bueno	16,1	13,2
Bueno	64,1	65,8
Regular	18	18,6
Malo	1,8	2,3
Total	100	100

Fuente: Análisis Global, Sectorial y por Localidades de la ECV en Bogotá. Tomo 2

La percepción del estado de salud de las personas por localidades muestra claras diferencias (Cuadro 15). De nuevo, en las localidades donde la cobertura es insuficiente, la percepción de las personas sobre el estado de salud es mayor en los indicadores de regular y malo. Entre las localidades con mayores porcentajes de población que reportan estado de salud regular o malo se encuentran Usme (28,1%), San Cristóbal y Tunjuelito (26,2%), Ciudad Bolívar (25,2%), entre otras. Por el contrario, las localidades que presentan una mejor cobertura en salud, coinciden con aquellas donde una menor proporción de personas reportan estado de salud regular o malo: Chapinero (10,4%), Usaquén (13,8%) y Teusaquillo (15,5%).

Cuadro 15 Estado de Salud de las Personas (%), 2003

Localidad	Muy Bueno/ Bueno	Regular / Malo
Usaquén	86,2	13,8
Chapinero	89,6	10,4
Santa fe	76,9	23,1
San Cristóbal	73,8	26,2
Usme	71,9	28,1
Tunjuelito	73,8	26,2
Bosa	76,2	23,8
Kennedy	79,0	21,0
Fontibon	77,4	22,6
Engativa	80,8	19,2
Suba	84,3	15,7
Barrios Unidos	81,5	18,5
Teusaquillo	84,5	15,5
Los Mártires	79,7	20,3
Antonio Nariño	79,9	20,1
Puente Aranda	79,7	20,3
Candelaria	79,3	20,7
Rafael Uribe	75,2	24,8
Ciudad Bolívar	74,8	25,2
Total	79,0	21,0

Fuente: Análisis Global, Sectorial y por Localidades de la ECV en Bogotá. Tomo 2

En síntesis y en palabras del Secretario de Salud, “(...) Hay logros en materia de salud que se deben reconocer, ya que en los últimos 10 años han mejorado los indicadores relacionados con aspectos como la mortalidad evitable, la mortalidad materna, infantil, por grupos de edad y por enfermedades como la diarrea y la neumonía, lo cual se relaciona con un mayor acceso al agua potable y al alcantarillado, entre otros factores, que ha producido un mejoramiento de las condiciones de vida de los bogotanos”¹⁴

¹⁴ Mario Esteban Hernández. Mesa de trabajo sobre el programa Salud a su Hogar. Bogotá Cómo Vamos. Noviembre de 2004

3. RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA SALUD PARA LA VIDA DIGNA

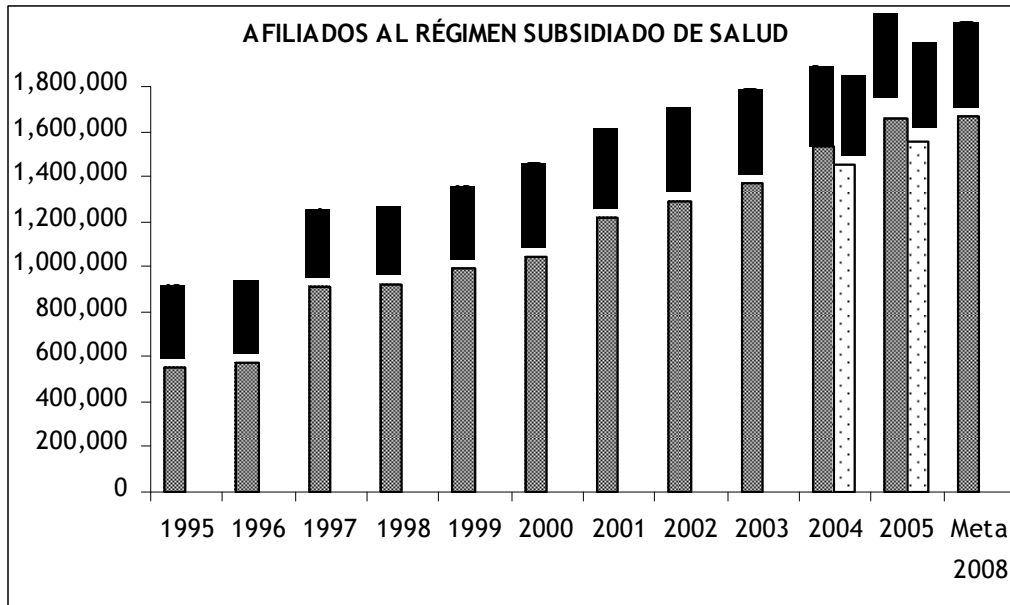
Luego de transcurridos dos años de la actual administración de Bogotá, los indicadores disponibles registran un aumento del aseguramiento al régimen subsidiado superior a la meta fijada por la administración. Así mismo, luego del descenso en coberturas de vacunación en el 2004, éstas se recuperan en el 2005. Por otra parte, se muestran a continuación los avances en materia de desarrollo de la Estrategia de Atención Primaria y los resultados de percepción de los servicios de salud, de acuerdo con los resultados de la Encuesta Bogotá Como Vamos 2005.

3.1. Afiliación al Régimen subsidiado

La meta que se ha trazado la actual administración, tal como lo indica su Plan de Desarrollo, es crear 300.000 nuevos cupos en el régimen subsidiado durante el periodo 2004 – 2008. En los dos años transcurridos se han creado 285.729 cupos, representando un cumplimiento superior al 95% de la meta. En 2005, Bogotá cuenta con 1.655.999 personas de nivel 1 y 2 afiliadas al régimen subsidiado. Sin embargo, es necesario advertir que más de 100 mil de estos nuevos cupos¹⁵ corresponde al nuevo sistema de subsidios parciales, con coberturas en materia de servicios inferiores a los del Plan Obligatorio de Salud subsidiado. La política de subsidios parciales, creada por el gobierno nacional el año anterior, aunque aumenta el número de personas afiliadas al sistema, genera inequidades en el acceso a los servicios, pues lo que ofrece este subsidio parcial es un plan de beneficios aún más limitado que el del régimen subsidiado. La gráfica 5 muestra en el 2004 y en el 2005 los resultados en aseguramiento total (régimen subsidiado y subsidios parciales) en la primera columna y sólo régimen subsidiado en la segunda columna de cada uno de estos años.

¹⁵ 81705 cupos en el 2004 y 21.000 en el 2005 corresponden a subsidios parciales

Gráfica 5. Evolución de los afiliados al Régimen Subsidiado en Salud en Bogotá



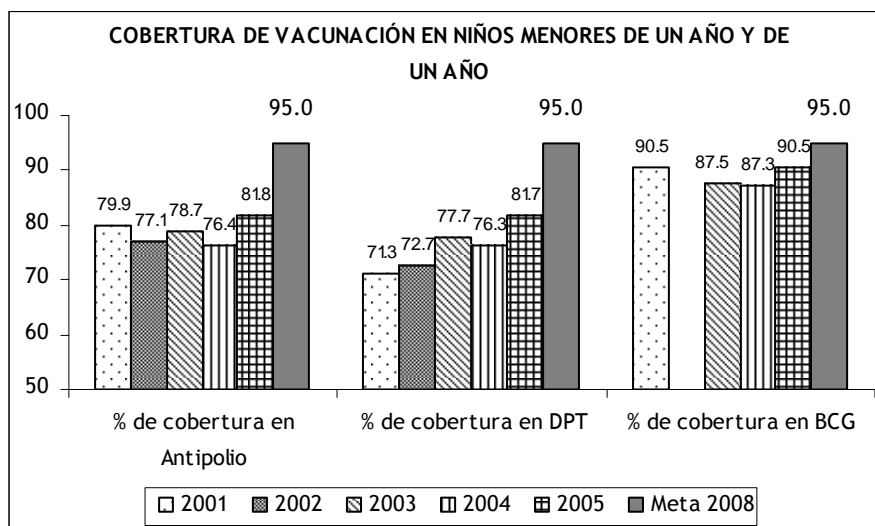
Fuente. Bogotá Como Vamos

3.2. Vacunación

En el 2004 se registró una disminución de la cobertura en vacunación que se recupera en el 2005, en los casos de Polio, tuberculosis (DPT), y tosferina, tétanos y difteria (BGC). (Gráfica 6), de acuerdo con información de la Secretaría de Salud de Bogotá, reportados a Bogotá Cómo Vamos. Así mismo, la triple viral que presentó una cobertura de 78,5% en el 2004, se recupera y alcanza el 86,4% en el 2005. Igualmente la cobertura en Haemophilus Influenzae pasa de 76,4% en 2004 a 81,7% en 2005. Los recientes resultados de la Encuesta de Demografía y Salud, de Profamilia, ENDS 2005, confirman estas coberturas y además reportan para Bogotá un 69,5% de los niños entre 12 y 23 meses con vacunación completa¹⁶ (Profamilia, 2005). La meta al finalizar el cuatrienio de la actual administración es alcanzar el 95% de cobertura en todas estas vacunas. Por otra parte, en su informe de gestión 2005, la SDS informa la vacunación de 2.594.135 personas entre 14 y 39 años contra sarampión y rubéola. Por otra parte se implementó tanto en menores de 24 meses como en mayores de 60 años, la vacunación contra la influenza para combatir enfermedades respiratorias agudas

¹⁶ Aquellos que han recibido BCG, tres dosis de DPT, tres de Polio y la vacuna contra el sarampión.

Gráfica 6. Evolución de la cobertura de vacunación 2001-2005



3.3. Avances de la aplicación de la estrategia de APS (Salud a su Hogar)

De acuerdo con la mesa de trabajo realizada por Bogotá Como Vamos en noviembre del 2005, se han caracterizado 74.417 familias, (267.018) personas de estratos 1 y 2 a octubre de 2005. De estas personas: el 43.31% pertenece al régimen subsidiado en salud, el 32,22% al régimen contributivo, el 23,75% corresponde con la definición de vinculado en el SGSSS.

Entre los resultados de la caracterización de familias se han encontrado: 5790 niños menores de un año (55,7%) sin control de crecimiento y desarrollo, en igual situación 29.452 niños menores de 5 años (54,7%). Así mismo se detectaron 63.346 mujeres (52,7%) sin citología en el último año y 2954 mujeres gestantes (25,5) sin control prenatal, entre otros.

Con el propósito de reordenar las respuestas de los servicios de salud han sido capacitados 310 funcionarios de las Empresas Sociales del Estado, 14 hospitales de primer nivel están participando en el desarrollo de la estrategia y se están diseñando contratos con las ARS y con los hospitales para la atención de estas personas. A junio de 2005 se cuenta con

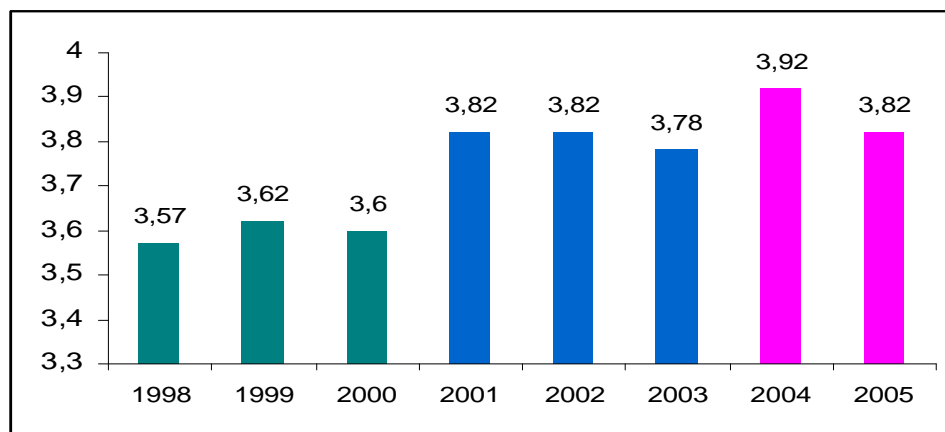
estadísticas de las respuestas ofrecidas en desarrollo del programa. Se destacan en desarrollo de esta estrategia acciones para articular políticas de salud pública. Entre otras, 170 escuelas promotoras de calidad de vida y salud en el distrito y el desarrollo de 60 salas de atención de enfermedad respiratoria aguda (ERA)

En la mesa de trabajo sobre esta estrategia realizada por Bogotá Como Vamos en noviembre de 2005 se enfatizaron sus acciones tendientes a mejorar los resultados en materia de prevención en salud, por lo que su fuente de financiación son los recursos del Plan de Atención Básica PAB. Se anunció así mismo la reformulación de la meta trazada en el Plan Distrital de Desarrollo en materia de salud para orientarla a “Garantizar el acceso y la atención integral en salud a 390 mil familias pobres prioritarias” en lugar de la meta original que se refería a “390 mil familias no aseguradas sin capacidad de pago”.

3.4. Percepción de los servicios de salud

Resulta aún prematura la evaluación del programa en salud de la actual administración. Se dispone de alguna aproximación a través de la percepción de los usuarios. En la Encuesta de Bogotá Cómo Vamos, se califican los servicios de salud, en una escala de 1 a 5 puntos, donde 1 es la calificación más baja y 5 la calificación más alta que las personas pueden dar a los servicios de salud. En la gráfica 7 se muestran sus resultados, donde se aprecia un deterioro de la calificación obtenida en el 2004 la cual pasa de 3,92 en ese año (una de las más altas calificaciones) a 3,82 en el 2005.

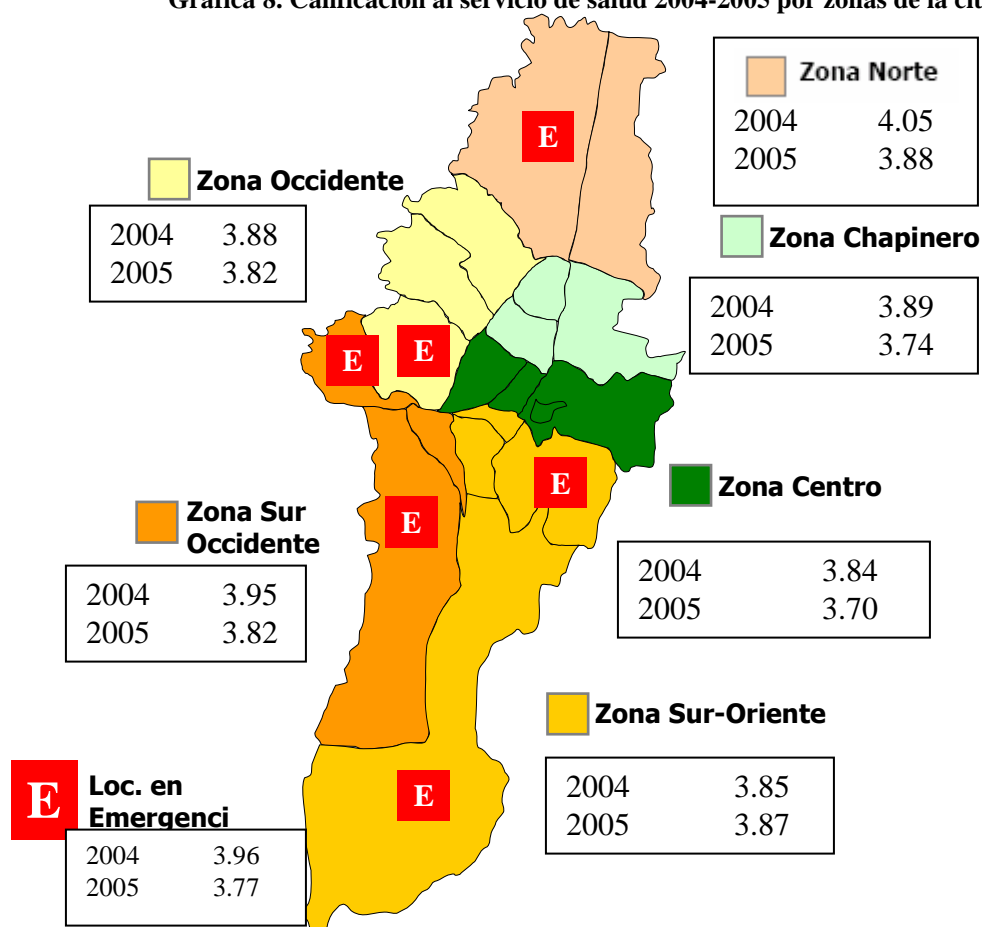
Gráfica 6. Calificación al servicio de salud 2001-2005



Fuente: Encuesta Programa Bogotá Cómo Vamos. 2005

La calificación por zonas de la ciudad es diferente. La calificación más alta se observa en la zona norte, donde el promedio de calificación de los servicios de salud estuvo alrededor de 4 puntos en el 2004, con un leve deterioro en el 2005. En las zonas ubicadas más cerca del sur de la ciudad, las calificaciones a los servicios de salud bajan levemente, y también con excepción de la zona suroriente, la calificación desciende en el 2005. Aún en las localidades en emergencia, la calificación pasa de 3,96 en 2004 a 3,77 en 2005. (Gráfica 8).

Gráfica 8. Calificación al servicio de salud 2004-2005 por zonas de la ciudad



Fuente. Encuesta Programa Bogotá Cómo Vamos 2005

Dentro de las causas que motivaron a las personas para indicar que el servicio era a lo sumo regular, es decir, calificaciones al servicio entre 1 y 3, sobresalen la demora en la atención, la falta de medicamentos y la exagerada tramitología. Se destaca en el 2005 la demora en atender, que es indicada por el 53% de quienes calificaron entre 1 y 3 el servicio. Así

mismo la falta de medicinas pierde importancia entre los motivos de mala o regular calificación. El cuadro 16 presenta éstos resultados.

Cuadro 16. Razones de la calificación baja (1,2,3) del Servicio de Salud

	2001	2002	2003	2004	2005
Mucha demora en atender	39%	60%	42%	43%	53%
No tienen medicinas	29%	23%	25%	34%	17%
Tramitología excesiva	35%	28%	25%	26%	25%
Mala atención del personal médico	14%	20%	16%	16%	19%
Malos médicos	11%	13%	15%	11%	17%
Mala atención del personal administrativo	16%	12%	22%	9%	16%
Mala atención de enfermeros	7%	7%	12%	7%	10%
No hay control de calidad	15%	10%	9%	5%	5%
Mala ubicación de la entidad	14%	10%	4%	5%	3%
No hay suficiente información	16%	13%	9%	4%	9%
Malos equipos y dotación médica	9%	6%	6%	4%	5%
Las citas son demoradas	2%	6%	5%	3%	2%
Es muy costoso	26%	13%	9%	3%	5%
Mal servicio en general	-	2%	2%	3%	2%
No se preocupan por el paciente	-	2%	0%	2%	-
Falta de higiene en la entidad	3%	2%	1%	0,20%	1%
Otros	4%	3%	7%	13%	8%

Fuente: Informe Final: Bogotá Como Vamos. Diciembre de 2005

4. INTERSECCIONES Y PARTICULARIDADES DEL PLAN DE DESARROLLO DISTRITAL “BOGOTÁ SIN INDIFERENCIA” (2004-2008) EN MATERIA DE SALUD

Los resultados de Bogotá en materia de salud son altamente satisfactorios. En el contexto de la reforma en salud de 1993 (Ley 100) la ciudad logró avanzar en el aseguramiento y en la adaptación de la red pública para ofrecer servicios a las aseguradoras del régimen subsidiado y para brindar atención a la población no asegurada. La organización de sus servicios y un conjunto consistente de políticas en materia de salud le ha permitido registrar favorables resultados principalmente en la reducción de la mortalidad materna e infantil. La población, de manera creciente, viene utilizando el sistema de manera preventiva y califica de manera satisfactoria sus servicios.

A continuación se señalan las principales intersecciones de las últimas tres administraciones, con el propósito de precisar la propuesta de la administración Garzón en materia de salud y sus retos en este sector.

4.1. Intersecciones

La implementación de la Ley 100 de 1993 avanzó hacia un alcance familiar de las coberturas de aseguramiento en salud y las propuestas de las últimas administraciones se encuentran inscritas en los objetivos y principios esenciales de esta reforma.

Las administraciones de los periodos 1998 – 2001 y 2001 – 2004 trabajaron en la implementación de la Ley 100 de 1993 y en la consolidación de la reforma institucional que conllevó esta reforma. Los resultados han sido satisfactorios. Bogotá ha obtenido el mayor porcentaje de la población asegurada en todo el país y una atención costo eficiente de la población que aún depende de la red hospitalaria pública. Los principales indicadores de mortalidad materna e infantil muestran una sensible mejoría.

Las dos administraciones anteriores (1998 – 2004) enfocaron los recursos del sistema hacia el aseguramiento y la atención de los más pobres con resultados favorables. Se avanzó en el sistema de identificación de beneficiarios y se propusieron alternativas de atención a los

sectores de la población que no califican para la obtención de subsidios plenos. El programa de la administración actual propone una estrategia de atención primaria, que busca disminuir las barreras de acceso en el sistema, que en palabras del Secretario de Salud, Mario Esteban Hernández “*no va en contra del aseguramiento y(...) facilita las relaciones entre aseguradores y prestadores y (...) de ese manera los acerca a las necesidades de la población*” (Bogotá Como Vamos, 2004). Así mismo se propone avanzar en los resultados de aseguramiento, los cuales efectivamente han venido incrementándose en los dos años transcurridos de esta administración, aunque la mitad de los cupos corresponden al nuevo sistema de subsidios parciales, creando un reto adicional de gestión de un plan de beneficios diferente.

La percepción general sobre los servicios de salud ha mejorado, y se evidencia un aumento en la consulta con fines de prevención, con mayor incidencia en la población asegurada. Sin embargo, persisten situaciones de inequidad en materia de salud en las localidades más pobres, cuya reducción constituye un objetivo de la actual administración.

4.2. Particularidades

Tal como lo ha planteado la Secretaría Distrital de Salud (2005) la atención primaria en salud que orienta la estrategia en salud del plan de desarrollo “Bogotá sin Indiferencia” está basada en la idea de integralidad de la atención de las personas, por lo que implica un cambio en el modo de atención y en el modo de gestión que lo acompaña. Se pretende lograr una organización diferente para garantizar universalidad en la atención primaria en salud. Se busca materializar la garantía del derecho a la salud mediante dos ejes estratégicos: urgencias y atención primaria.

Aunque ya se contaba con el alcance familiar de las coberturas de aseguramiento tanto en el régimen contributivo como subsidiado, el programa “Salud para la vida digna” complementa este enfoque con una dimensión comunitaria, que pretende lograr una mejor identificación de las necesidades de la población. Una de las estrategias propuestas por la actual administración es la construcción de un Sistema Integral de Protección y Seguridad Social orientado hacia los más pobres.

Otra de las propuestas de la actual administración en materia de salud es incrementar la capacidad de respuesta en el campo de la salud pública, la cual tiene que ver tanto con la rectoría del sistema de salud como con su capacidad de gestión en áreas que no son de exclusiva competencia de las autoridades del sector, como es el caso de los problemas ambientales (Rio Tunjuelito, Relleno Sanitario de Doña Juana).

La actual administración propone el fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado (hospitales) y prevé la creación de una ARS o EPS pública o mixta. Así mismo ha hecho explícito el objetivo de fortalecer su capacidad rectora, para velar por el cumplimiento de las obligaciones de todos los agentes del sistema.

4.3. Retos

La evolución de los indicadores de salud en los últimos diez años permite apreciar el progreso logrado en Bogotá en este sector. Bogotá es la ciudad con mayores avances en el aseguramiento de su población. Así mismo, Bogotá presenta reducciones sostenidas en tasas de mortalidad de diferentes poblaciones, mayores tasas de consulta médica y odontológica por prevención en todos los estratos, además de una satisfactoria calificación de los servicios. La actual administración tiene como reto principal mejorar estos resultados, al tiempo que consolida un enfoque de atención primaria en la población no asegurada.

- 4.3.1 Aumentar el aseguramiento, profundizar la tendencia descendente de los principales indicadores de mortalidad, y alcanzar las metas en materia de vacunación y otras intervenciones.

Al igual que las administraciones anteriores, la administración Garzón se ha propuesto aumentar la cobertura del régimen subsidiado, (300 mil cupos) y profundizar la tendencia descendente en los indicadores de mortalidad evitable, la mortalidad materna, infantil por enfermedades como la diarrea y la neumonía. Así mismo se ha propuesto coberturas útiles de vacunación superiores al 95%, garantizar el acceso a medicamentos esenciales y aumentar a 50% la cobertura de citología. En estos aspectos los indicadores están definidos y siguen un proceso habitual de seguimiento.

A pesar de los avances en materia de aseguramiento, que constituyen una política definida por el Gobierno Central, existe preocupación por las dificultades de articular un modelo basado en el aseguramiento, con el propuesto por la actual administración cuyo eje central es la territorialidad¹⁷. La interacción con todos los agentes supone una labor de rectoría de la Secretaría de Salud, que enfrenta problemas de diseño institucional en la medida en que los agentes aseguradores del régimen contributivo que operan en Bogotá, responden a los organismos rectores y supervisores nacionales (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y Superintendencia de Salud).

4.3.2. Evitar duplicidades en las acciones y superar la fragmentación de la atención

Cómo se comentó atrás, la actual administración propuso como meta en el Plan de Desarrollo, garantizar el acceso a la atención integral en salud a 399 mil familias *no aseguradas*, sin capacidad de pago. Sin embargo, como resultado de los ejercicios de caracterización de las familias se encontró que alrededor del 75% de ellas están afiliadas, bien al régimen contributivo o subsidiado, es decir tienen cobertura en salud, aunque falencias en su acceso a servicios. A finales del año anterior las autoridades distritales del sector anunciaron una reformulación de esta meta que se orientaría a familias pobres prioritarias (así cuenten con cobertura de aseguramiento en salud).

Estos resultados han inquietado a los analistas del sector¹⁸ quienes han alertado sobre la necesidad de evitar las duplicidades en materia de gasto que podrían presentarse si se brindan servicios de salud por la red pública del distrito, que luego no son pagados con los recursos del tipo de seguro que cubra a esta población.

La actual administración ha hecho explícito su objetivo de superar la fragmentación del sistema en materia de atención. El cambio en el modo de atención y en el modo de gestión exigirá el desarrollo de indicadores precisos, que permitan su comparación y la medición de

¹⁷ Ramón Abel Castaño, Mesa de Trabajo No 13, de Bogotá Cómo Vamos, Noviembre 2005

¹⁸ Juan Pablo Uribe, Beatriz Londoño y Elsa Victoria Henao en la Mesa de Trabajo No. 4 de “Bogotá Cómo Vamos”, 2004

sus impactos. Es conveniente revisar la forma cómo se van a articular los distintos planes de beneficios, POSs, PAB, POSc, regímenes especiales en una perspectiva de atención primaria basada en micro-territorios. Es importante que este ejercicio de rectoría del SGSSS por la SDS, provea indicadores de la efectividad de sus intervenciones, en el cumplimiento de las obligaciones de los diferentes agentes (EPS, ARS, IPS públicas y privadas) con los asegurados. Por esta razón el fortalecimiento del sistema de información en salud en el distrito es prioritario y el seguimiento de sus avances es una tarea esencial.

La actual administración ha planteado que en primera instancia se busca avanzar en la población más pobre, tanto la vinculada como la afiliada al régimen subsidiado a través de esquemas de atención primaria. Así mismo ha propuesto una segunda fase en la que se resuelvan con el sector privado problemas de atención a la población afiliada al régimen contributivo. Hoy se conocen los resultados de los ejercicios iniciales de caracterización, pero se requiere avanzar en el diseño de indicadores que capten los resultados de la atención de personas más pobres (vinculadas y afiliadas al régimen subsidiado) así como, aquellos que muestren el impacto de las intervenciones de la SDS para mejorar la atención de la población afiliada al régimen contributivo. Otra área que vale la pena revisar son los cambios en materia de contratos con las ARS que han sido anunciados.

Constituye un reto importante la discusión y adopción de una línea de base e indicadores que muestren los efectos del control de la fragmentación de la atención en diferentes patologías y que se presenten los mecanismos de gestión necesarios para enfrentar la alta movilidad que tienen las familias de los estratos uno y dos de Bogotá.

4.3.3. Demostrar los beneficios en materia de costos y la viabilidad financiera del enfoque de Atención Primaria en Salud.

Las autoridades distritales han justificado el enfoque de Atención Primaria en Salud por la disminución de los gastos y los mejores resultados en salud logrados en países que han

puesto en marcha sistemas similares¹⁹. Las proyecciones de los recursos que absorberían la implementación de los programas orientados por esta estrategia (Secretaría de Hacienda Distrital 2005), muestran que no se requerirían nuevos recursos, sino una reasignación de los existentes.

Se considera necesario adelantar una evaluación del papel de los hospitales a la estrategia de Salud a su hogar, de su reorganización y de las necesidades de recursos o de reorientación de los mismos para adecuarse al nuevo modelo propuesto. Se han expresado inquietudes sobre la sostenibilidad del programa Salud a su hogar, en particular porque no es clara la forma de pago y contratación de los equipos de salud a su hogar. En una segunda etapa, luego de revisar los costos que podría tener la aplicación del nuevo modelo, es necesario evaluar la posibilidad de financiarlo. En particular es conveniente realizar un seguimiento a las posibilidades de inducir demanda y de trasladar a la red pública, costos que deberían cubrir las aseguradoras. El principal motivo de la reducción en la calificación a los servicios de salud en el 2005 es precisamente la “demora en atender” que es indicada por el 53% de las personas que otorgaron una calificación de los servicios de salud de 1 a 3, tal como se presentó en el punto anterior sobre resultados preliminares.

El montaje y desarrollo del programa salud a su hogar para la red de hospitales del distrito exige también un seguimiento continuo. Se requiere diseñar un sistema de alertas para evitar que el equilibrio financiero de los hospitales, logrado luego de profundas reformas, se deteriore. Así mismo es necesario aclarar cuantos recursos del PAB atienden el costo de Salud a su hogar (Acciones colectivas, vigilancia en salud pública). Los organismos de control del distrito han intervenido solicitando la revisión de la estrategia.

4.3.4. Hacer explícitos los avances del Sistema Integral de Protección Social propuesto.

El logro de las metas en materia social exige siempre de la coordinación entre distintas políticas y especialmente en el área de salud. Esta exigencia es mayor en el caso de la

¹⁹ Mario Hernández, Secretario de Salud (E) en Mesa de Trabajo No 4 de “Bogotá Cómo Vamos”, 2004 y Hector Zambrano, Secretario de Salud en Mesa de Trabajo No. 7 de “Bogotá Cómo Vamos”, Noviembre 2005.

propuesta de la administración distrital actual por su propuesta de desarrollar un alcance comunitario en sus políticas objetivos en materia de salud.

Se precisa la pronta definición de indicadores que den cuenta de los avances en la construcción del sistema integrado de protección social propuesto. Se considera necesario revisar con la administración los proyectos locales integrales definidos y las acciones realizadas que den cuenta de la gestión intersectorial, intrasectorial e interinstitucional propuestas. Se buscaría precisar el déficit de respuestas institucionales por los micro-territorios definidos y el reordenamiento de las estrategias y los recursos para su atención.

En síntesis, Salud a su Hogar ha sido planteado como una estrategia transversal de atención primaria, que tiene el objetivo de reordenar los servicios de salud. Por la transformación estructural que se busca, se hace imperativo definir con la administración los indicadores que darían cuenta de sus resultados parciales con el propósito de realizar su seguimiento y verificar su capacidad de fortalecer el sistema de seguridad social en salud de la ciudad.

Bibliografía

Acosta O.L. Ramirez M y Cañón C.I. (2004) “Principales estudios sobre la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. Fundación Corona, Facultad de Economía Universidad del Rosario. Diciembre, en proceso de edición.

Alcaldía Mayor de Bogotá, DAPD, 2004, “Línea de Base para Bogotá, últimas encuestas de Calidad de Vida”,). en Colección Estudios y Políticas Sociales, Tomo 1, CID Universidad Nacional. Bogotá, D.C.

Alcaldía Mayor de Bogotá, DAPD, 2004. “Análisis global sectorial y por localidades de la Encuesta de Calidad de Vida en Bogotá, en Colección Estudios y Políticas Sociales, Tomo 2, Econometría Consultores, Bogotá, D.C.

Bogotá como Vamos. “Bogotá sin Indiferencia. Un compromiso social contra la Pobreza y la Exclusión. Estudio del Plan de Desarrollo”, no 1, mayo de 2004

Bogotá como vamos. “Informe de Evaluación: Primer Año de la Administración Distrital 2004 – 2008”, 2005

Cámara de Comercio de Bogotá; Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (FEDESARROLLO). “Perfil Social de Bogotá 1999 – 2002: Un análisis comparativo con Medellín, Cali y Barranquilla”. 2003

Informe de Evaluación. Primer año de la Administración Distrital 2004 – 2008.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (2004). “Cobertura, Equidad, Utilización y Calidad de los servicios de salud en Bogotá D.C y sus localidades. ECV 2003”.

Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para de Bogotá D.C. 2004-2008 “Bogotá sin Indiferencias: Un compromiso Social contra la pobreza y la Exclusión”.

Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Bogotá D.C. 2001-2004
“Bogotá Para Vivir todos del mismo lado”.

Plan de Desarrollo Económico, Social y de Obras Públicas para Santa Fe de Bogotá D.C.
1998-2001 “Por la Bogotá Que Queremos”.

PROFAMILIA (2005) Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá Colombia

Rubio. Martha Lucía (2005) “Equidad en el acceso a los servicios de salud y financiación
de la atención. Bogotá D.C. y 19 Localidades. Universidad Nacional de Colombia. Facultad
de Medicina, Maestría en Salud Pública. Febrero. Mimeo

Secretaría de Hacienda Distrital (2005).”Hacia la Garantía del Derecho a la Salud en
Bogotá” Diagnóstico y políticas de salud en el Distrito Capital. En Cuadernos de la Ciudad
SERIE EQUIDAD Y BIENESTAR No. 6, Bogotá, D.C., abril. ISSN 1692-8814

Secretaría de Hacienda Distrital, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. 2003.
“Bogotá Piensa a Futuro. Un marco de gasto de mediano plazo para el sector salud”
Octubre, Mimeo.

Secretaría Distrital de Salud, 2005a, Presentación: “Balance de Salud a su Hogar” Mesa de
Trabajo Bogotá Como Vamos y Así vamos en Salud. Noviembre 15.

Secretaría Distrital de Salud, SDS, 2005b. Salud Pública en Bogotá.: Metas en Indicadores
Básicos. Martha Lucía Rubio. Presentación Power Point en la Veeduría Distrital. Marzo 29

Secretaría Distrital de Salud, SDS, 2005c. Salud Pública en Bogotá.:Salud a su Hogar,
Maria Helena Mora. Presentación Power Point en la Veeduría Distrital. Marzo 29

Secretaría Distrital de Salud, 2005d, Presentación: “Atención Primaria en salud con
enfoque familiar y comunitario. Salud a Su Hogar.

ANEXOS

Anexo 1 Programa Salud Para la Vida Digna. Luis Eduardo Garzón

Eje Social. Recursos					
<p>Crear condiciones sostenibles para el ejercicio efectivo de los derechos económicos, sociales y culturales, con el propósito de mejorar la calidad de vida, reducir la pobreza y la inequidad, potenciar el desarrollo autónomo, solidario y corresponsable de todos y todas, con prioridad para las personas, grupos y comunidades en situación de pobreza y vulnerabilidad, propiciando su inclusión social mediante la igualdad de oportunidades y el desarrollo de sus capacidades, la generación de empleo e ingresos y la producción y apropiación colectiva de la riqueza.</p>					
Estrategia	<p>Construcción paulatina del Sistema Integral de Protección y Seguridad Social – SIPSS – como el conjunto de políticas, programas, arreglos institucionales y acciones públicas, privadas y comunitarias que prevengan y habiliten a aquellas personas, hogares y comunidades que, por su situación de pobreza, vulnerabilidad o exclusión, no tienen o están en riesgo de perder niveles básicos de bienestar. El SIPSS, bajo la orientación del Consejo Distrital de Política Social – CDPSO-, articulará los programas de acceso y permanencia a servicios sociales básicos, los programas de atención inmediata a población en situación de crisis.</p>			<p>Garantía a las personas y al colectivo social del derecho fundamental al alimento, con prioridad en niños, niñas, los y las jóvenes, mujeres gestantes o lactantes, población adulta mayor y población con discapacidad.</p>	
	<p>Garantía de acceso progresivo, permanencia y calidad en los servicios sociales. Las acciones públicas le darán prioridad universalización de la salud y la ecuación en la perspectiva no sólo individual sino familiar y de comunidad, con un enfoque de equidad de género, intergeneracional e intercultural, que ofrezca oportunidades para todas y todos y en especial para erradicar la indigencia, el trabajo infantil, la explotación sexual y violencia intrafamiliar</p>				
PROGRAMAS	METAS, LOGROS Y RECURSOS				
1. Bogotá sin Hambre	<p>Alcanzar una cobertura de 625.000 personas con apoyo alimentario y nutricional diario con preferencia en los niños, niñas, los adultos y adultas mayores y las personas con discapacidad; disminuir en 30% el índice de desnutrición de los beneficiarios y las beneficiarias del programa</p>			<p>Orientar, formar y capacitar en nutrición y en hábitos de vida saludable a 125.000 personas. Línea de base 3.600</p>	
	Indicador 242.933 personas atendidas	Red de Banco de alimentos creada y funcionando	Índice de desnutrición en menores escolarizados 1.1%	<p>Promover una Red de Bancos de Alimentos a partir de la alianza con el Banco Arquidiocesano.</p>	
2. Salud para la Vida Digna	Incrementar 300.000 cupos en régimen subsidiado para alcanzar 1.670.000 cupos. Actualmente se cuenta con 1.369.970 cupos	Garantizar el acceso y la atención integral en salud a 390.000 familias no aseguradas sin capacidad de pago.	Ampliar, adecuar y mejorar el servicio de la Red de Hospitales del Distrito - ESE, incluida la atención integral de urgencias	<p>Promover la implementación de un Sistema Distrital de Promoción y Prevención en Salud como complemento a las acciones de asistencia y rehabilitación de la Secretaría Distrital de Salud. Capacitar líderes sociales multiplicadores del conocimiento en esta materia.</p>	
	<p>Reducir las muertes maternas a menos de 55 por cien mil nacidos vivos;</p> <p>Reducir el número de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años en 17%</p> <p>Reducir la mortalidad infantil a menos de 12 por mil nacidos vivos.</p>		Evitar la expansión del VIH-SIDA manteniendo la prevalencia en 0.5% o menos y fortaleciendo los programas para su prevención.	Aumentar al 50 % la cobertura de citología vaginal.	<p>Lograr coberturas útiles de vacunación que, como lo mandan las normas y estándares internacionales garanticen la protección efectiva de la población contra enfermedades inmunoprevenibles: polio, sarampión, difteria, tétanos, tos ferina, haemophylus influenzae, hepatitis B, rubéola, y tuberculosis.</p> <p>La línea base de la cual se parte es : Antipolio 78.7%, DAPT 77.7%, Hepatitis B 78.2%, Triple Viral 80.2%</p>

Anexo 2: Programa de Salud: Plan de Desarrollo 2001-2004: Antanas Mockus

Objetivo: Justicia Social. Recursos 2.668.182 Millones

Mejorar el acceso de las personas en situación de alta vulnerabilidad al afecto y a condiciones mínimas de nutrición, salud, educación y habitación con criterios de responsabilidad compartida e imparcialidad

Estrategias:	1. Actualizar y fortalecer los sistemas que contribuyan a identificar mejor las poblaciones más vulnerables y desarrollar las redes como mecanismo de coordinación de intervención de organizaciones, instituciones y recursos. Recursos 80.732 Millones	2. Generar procesos sostenibles de aprendizaje y autoayuda de los beneficiarios y de su entorno inmediato e identificar y establecer formas de responsabilidad compartida. Recursos 217.276 Millones	3. Desarrollar programas que contribuyan a generar condiciones mínimas a poblaciones vulnerables en nutrición, salud, educación, habitación e infraestructura. Recursos 2.260.174 Millones	
PROGRAMAS		METAS Y LOGROS		
Estrategia 1	1. Ubiquémonos para la solidaridad. Recursos 80.732 Millones	100.000 encuestas anuales SISBEN y desarrollo de estrategias de identificación de vulnerabilidad por sector, programa o población <i>Se realizaron un promedio anual de 158.241 encuestas: el nivel de cumplimiento es de 158,24% frente a la meta</i>	Conformar las siguientes redes: de buen trato, comunales, urgencias, emergencias y desastres. Redes para personas con limitaciones físicas y mentales y sensoriales y red de la prevención de la urbanización ilegal. <i>Se mantienen en funcionamiento las cuatro [4] redes conformadas en el 2002. Para finales del 2003, se espera contar con dos nuevas redes conformadas y operando, la Red Materna y Perinatal [90%] y la Red Comunal y, se espera contar con un 80% de desarrollo para la red de Urgencias y de Suministro de Sangre y Hemoderivados.</i>	
Estrategia 2	2. Programa Bogotá ciudad fraterna. Recursos 217.276 Millones	Apoyar la generación de ingreso a 40.000 personas que se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad, especialmente en hogares de jefatura única, particularmente mujeres. <i>64.997 personas, entre ellas habitantes de la calle, vendedores estacionarios y jefas de hogar, fueron apoyadas a través de acciones de formación y vinculación a alternativas productivas, para un cumplimiento de la meta de 162%</i>	Mantener en 28.700 el número de cupos año y ampliar en 450 los cupos de protección para el reintegro a sus familias y grupos sociales en niños y niñas, jóvenes, adultos y adultas mayores, ciudadanos y ciudadanas de la calle. <i>Se mantienen los 28.700 cupos de protección integral, de la línea de base del actual Plan de Desarrollo, y se incremento en 2.865 con lo cual se alcanza un total de 31.565 cupos. El nivel de cumplimiento del compromiso, para los cuatro años es de 108,28%.</i>	
Estrategia 3	3. Nutrir para el futuro. Recursos 161.546 Millones	Mantener y / o mejorar la situación nutricional de 171.000 niños, niñas, mujeres en gestación, adultos y adultas mayores, ciudadanos y ciudadanas de la calle, a través de programas de asistencia y ayuda alimentaria <i>Se cubrieron con complemento y asistencia alimentaria 410.955 personas en el 2001; 468.527 en el 2002 y 477.058 en el 2003, sobrepasando ampliamente la meta.</i>	Fortalecer los aspectos pedagógicos tendientes a mejorar los hábitos alimenticios de las diferentes poblaciones.	
	4. Salud con calidad. Recursos 1.662.171 Millones	Realizar 8.302.731 atenciones ambulatorias, 1.989.013 atenciones de urgencias, 773.579 hospitalizaciones y 1.072.160 tratamientos odontológicos para personas pobres y vulnerables. <i>Se realizaron a Junio 30 de 2003 5.221.651 consultas ambulatorias, (cumplimiento frente a lo programado de 100,63% 2.069.443 atenciones de urgencias meta se cumple en 166,47%, 739.775 tratamientos orales .</i>	Garantizar la continuidad de 1.040.000 cupos e incrementar en 200.000 nuevos cupos la afiliación al Régimen Subsidiado [1.240.000 personas]. <i>1.369.970 afiliados al régimen subsidiado, Se dio continuidad a 1046.920 y se aumentaron en 323.050 los afiliados. Hubo un nivel de cumplimiento de 161,536% frente a la meta.</i>	Disminución del 50% de las muertes evitables de la madre, el 40% de la mortalidad del bebé durante la gestación, parto y posparto, el 37% de la mortalidad por neumonía y 30% de mortalidad por diarrea en menores de 5 años.

Anexo 3: Programa de Salud: Plan de Desarrollo 1998-2001: Enrique Peñaloza

Prioridad 1. Desmarginalización. Recursos 357.670 millones							
Elevar la calidad de vida de la población residente en barrios con deficiencias en servicios sociales a través de la intervención sobre aquellos aspectos que permitan superar dichas deficiencias y dinamizar la apropiación de la construcción de su destino.							
Estrategia	Intervención sobre el entorno público que combina el esfuerzo de la Administración Distrital y las localidades y prevé la vinculación de la comunidad y el sector privado, de forma tal que los habitantes de dichos barrios se conviertan en gestores, aportantes y garantes de permanencia de la acción realizada. Esta estrategia tiene un carácter masivo porque involucra grandes áreas de la ciudad y porque intervendrá de escala y mayor impacto.						
PROGRAMAS	METAS						
Ampliación y mejoramiento de la infraestructura del sector social. Recursos 739.790 millones	La construcción de tres hospitales de segundo nivel, tres de primer nivel y dos centros de salud mental. Construir un centro de control de la fecundidad	Aumentar 450 camas, 68 de las cuales corresponden a unidades de cuidados intensivos	Mejorar 110 establecimientos de salud (97 de primer nivel de atención, 8 de segundo nivel y 5 de tercer nivel)	Estudiar, crear y dotar una central de trauma, preferiblemente en el sur de la ciudad	En las instalaciones de la Clínica Fray Bartolomé de las Casas se prestará preferiblemente el servicio de un hospital geriátrico.		
Prioridad 2. Interacción Social. Recursos 1.513.689 millones							
Mejorar significativamente los niveles de calidad y cobertura en la oferta de los servicios sociales							
Estrategia	Contempla la conformación del Comité Distrital de Política Social, la creación del Sistema Distrital de Bienestar Familiar y el diseño de una política social, como un instrumento poderoso para incidir sobre las condiciones de equidad y bienestar de la población. ... Conscientes del reto que impone el crecimiento de la población, concentrado especialmente en los sectores más pobres, se implantará un esquema de gerencia social integral que permita responder de manera eficiente, eficaz y con calidad a la creciente presión sobre la oferta de servicios sociales, a través, principalmente, de la transformación de subsidios de oferta a demanda. Se generalizará la aplicación del SISBEN como instrumento de focalización de la inversión social, teniendo en cuenta que el SISBEN presenta deficiencias en su aplicación en el Distrito						
PROGRAMAS	METAS						
Mejoramiento de la calidad y cobertura en la prestación de los servicios de salud. Recursos 1.208.408 millones	Incorporara la red hospitalaria pública del Distrito al sistema único de historias clínicas	Acreditar 5500 instituciones prestadoras de servicios de salud en el cumplimiento de requisitos esenciales	Contar con 1.750.000 personas afiliadas al régimen subsidiado de salud en el 2001.	Ampliar la cobertura de los programas de vacunación hasta alcanzar el 95% de la población	Establecer sistemas de vigilancia epidemiológica y epidemiológica ambiental para toda la ciudad; aumentar la cobertura en prestación de servicios en 4.5% anual para los egresados hospitalarios y 3% anual para las consultas de urgencia.	Crear el centro de traumatología preferiblemente en el sur de la ciudad	Atender personas en condiciones de pobreza crítica y de exclusión social, mediante programas de prevención y protección. Se construirán y dotarán centros de asistencia integral para niños de y en la calle y habitantes de la calle.

Anexo 4: Comparativos Planes de Desarrollo Distrital en materia de Salud: Peñalosa, Mockus, Garzón

PROGRAMA		METAS Y ALGUNOS RESULTADOS			PROGRAMA	METAS	
PEÑALOSA	Mejoramiento de la calidad y cobertura en la prestación de los servicios de salud. Recursos 1.208.408 millones	Contar con 1.750.000 personas afiliadas al régimen subsidiado de salud en el 2001. <i>Se llegó a 1.046.920 afiliados (60% de la meta)</i>		Ampliar la cobertura de los programas de vacunación hasta alcanzar el 95% de la población			
MOCKUS	4. Salud con calidad. Recursos 1.662.171 Millones	Garantizar la continuidad de 1.040.000 cupos e incrementar en 200.000 nuevos cupos la afiliación al Régimen Subsidiado [1.240.000 personas]. <i>Se alcanzaron 1.369.970 afiliados se sobrepasó en 10% la meta fijada</i>	Disminución del 50% de las muertes evitables de la madre, el 40% de la mortalidad del bebé durante la gestación, parto y posparto, el 37% de la mortalidad por neumonía y 30% de mortalidad por diarrea (EDA) en menores de 5 años. <i>La mortalidad materna cayó un 34%, porcentaje inferior a la meta. La mortalidad infantil se redujo 43% sobrepasando la meta. Se cumplió la meta de reducción de 30% de la mortalidad por EDA en niños</i>	Lograr coberturas útiles de vacunación [95% para polio y sarampión y 85% para difteria, tétanos, tos ferina, Haemophylus Influenzae, hepatitis B, rubéola y tuberculosis] <i>A octubre de 2003 se obtuvieron las siguientes coberturas: para Antipolio 66%, DPT 65.1% BCG 73.63%,; Hepatitis B 65.6% ; Haemophilus Influenzae tipo B 67% y Triple Viral 67%, con un incremento,</i>	3. Nutrir para el futuro. Recursos 161.546 Millones	Mantener y / o mejorar la situación nutricional de 171.000 niños, niñas, mujeres en gestación, adultos y adultas mayores, ciudadanos y ciudadanas de la calle, a través de programas de asistencia y ayuda alimentaria <i>Se cubrieron con complemento y asistencia alimentaria 410.955 personas en el 2001; 468.527 en el 2002 y 477.058 en el 2003, sobrepasando ampliamente la meta.</i>	Fortalecer los aspectos pedagógicos tendientes a mejorar los hábitos alimenticios de las diferentes poblaciones.
GARZON	2. Salud para la Vida Digna	Incrementar 300.000 cupos en régimen subsidiado para alcanzar 1.670.000 cupos. Actualmente se cuenta con 1.369.970 cupos	Reducir las muertes maternas a menos de 55 por cien mil nacidos vivos. Reducir el número de nacimientos en mujeres adolescentes de 15 a 19 años en 17% . Reducir la mortalidad infantil a menos de 12 por mil nacidos vivos.	Lograr coberturas útiles de vacunación que, como lo mandan las normas y estándares internacionales garanticen la protección efectiva de la población contra enfermedades inmunoprevenibles: polio, sarampión, difteria, tétanos, tos ferina, haemophylus influenzae, hepatitis B, rubéola, y tuberculosis. La línea base de la cual se parte es : Antipolio 78.7%, DAPT 77.7%, Hepatitis B 78.2%, Triple Viral 80.2%	1. Bogotá sin Hambre	Alcanzar una cobertura de 625.000 personas con apoyo alimentario y nutricional diario con preferencia en los niños, niñas, los adultos y adultas mayores y las personas con discapacidad; disminuir en 30% el índice de desnutrición de los beneficiarios y las beneficiarias del programa	Orientar, formar y capacitar en nutrición y en hábitos de vida saludable a 125.000 personas. Línea de base 3.600