

08

DOI: <https://doi.org/10.14483/2422278X.21298>



UNIVERSIDAD DISTRITAL
FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS



ISSN impreso: 2011-5253
ISSN en línea: 2422-278X



VOCES OTRAS
Artículo de investigación

Estado actual y percepciones ciudadanas sobre las entidades de salud en las localidades de Kennedy y Usme en Bogotá

Current state and citizen perceptions of health entities in the towns of Kennedy and Usme in Bogotá

Luis Ernesto Del Río Reina¹ 
Colombia

Sara Gineth Guzmán Grandas² 
Colombia

Para citar: DelRío-Reina, L. E. y Guzmán-Grandas, S. G. (2023). Estado actual y percepciones ciudadanas sobre las entidades de salud en las localidades de Kennedy y Usme en Bogotá. *Revista Ciudad Paz-ando*, 16(2), 93-113. doi: <https://doi.org/10.14483/2422278X.21298>

¹ Sociólogo, Universidad Nacional de Colombia. Investigador, IPAZUD Correo: luisdelrio991207@gmail.com ORCID <https://orcid.org/0009-0000-4759-2179>

² Especialización en gerencia de proyectos de Ingeniería, Universidad de Lasalle; Trabajo Social, Universidad de Lasalle. Profesional académico-administrativa, IPAZUD. Correo: sguzmangrandas@gmail.com ORCID <https://orcid.org/0000-0003-2323-8241>

RESUMEN

La Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, ha sido considerada una de las raíces de la actual crisis del sistema de salud en Colombia. Por este motivo, se ha insistido en la necesidad de plantear una reforma que responda a los problemas que presenta la normatividad actual. Este documento pretende sintetizar las discusiones públicas sobre la Ley 100 y ofrece un análisis de las causas que conllevaron a la crisis en el sistema de salud. Para identificar los factores que han contribuido a esta situación, se llevó a cabo una investigación en las localidades de Usme y Kennedy en Bogotá, la cual se basó en encuestas y entrevistas realizadas a usuarios y funcionarios del sistema de salud con el fin de indagar sus percepciones en relación con este. La indagación fue desarrollada en el marco de la línea de investigación “Estado, Democracia y Justicia” del Instituto para la Pedagogía, la Paz y el Conflicto Urbano de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas (IPAZUD) durante los años 2022 y 2023, en el contexto de la reforma a la Ley 100 de 1993.

Palabras Clave: acceso, calidad, financiamiento, Kennedy, participación, percepción, salud pública, Usme.

ABSTRACT

Law 100 of 1993, which established the Comprehensive Social Security System, has been cited as one of the primary causes behind the current crisis in Colombia’s health system. Consequently, there is a pressing need to propose a reform that addresses the issues presented by existing regulations. This document aims to synthesize public discussions surrounding Law 100 and presents an analysis of the causes of the health crisis. The components of this crisis were identified through an investigation into citizen perceptions of the health system in Usme and Kennedy, Bogotá, using surveys and interviews applied conducted with users and officials of the system. The research was conducted under the research line “State, Democracy and Justice” of the Institute for Pedagogy, Peace, and Urban Conflict of the Francisco José de Caldas District University (IPAZUD) during the years 2022 and 2023 within the framework of the reform to Law 100 of 1993.

Keywords: access, quality, financing, Kennedy, participation, perception, public health, Usme.

Introducción

La incompatibilidad entre la intervención social estatal a gran escala y el modelo económico neoliberal impidió que se superaran las inequidades sociales del mundo moderno a razón de la disputa permanente entre quienes financian y quienes administran los recursos del Estado. Esta tensión dio lugar a lo que [Hirschman \(2014\)](#) describe como una amplia desconfianza en la capacidad del Estado para afrontar los problemas sociales y garantizar el bienestar de la población, lo que amplió la crisis del Estado benefactor a nivel mundial.

En consecuencia, para conciliar las relaciones entre el mercado y el Estado, se genera un pacto democrático que exige el “respeto de normas sustantivas que garanticen los derechos fundamentales del ciudadano ante el Estado” (Sotelo, 2010, citado en [Saidiza & Carvajal, 2016, p. 27](#)). Con ello, el Estado legitima su existencia por medio de las leyes (legalidad), la separación de poderes (pesos y contrapesos) y la garantía de los derechos individuales ([Saidiza & Carvajal, 2016](#)).

La incapacidad que ha mostrado el Estado colombiano para garantizar los derechos fundamentales ha llevado a que sea necesario introducir cambios estructurales que permitan paliar esta crisis. Este documento se enmarca en una acción política que pretende introducir estos cambios. Nos referimos a la reforma a la Ley 100 de 1993 como apuesta para solucionar los problemas que supone la implementación del actual sistema de salud de Colombia.

Con esta investigación pretendemos dar cuenta de los principales ejes problemáticos que impiden garantizar el servicio de la salud en Bogotá a partir de un análisis del estado actual de la institucionalidad y un acercamiento a la percepción ciudadana de las localidades de Usme y Kennedy sobre el sistema de salud.

Marco teórico

¿Qué tiene que ver el bienestar con la salud?

La definición actual de la salud nos remite a la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1946 en donde se creó y adoptó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En esta constitución, ratificada por el gobierno el 7 de diciembre de 1954, se define la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” ([OMS, 2014, p. 1](#)).

La comprensión de la OMS nos propone una vía para estudiar y medir la salud desde tres ejes: (1) desde el bienestar físico, entendido como la ausencia de lesiones; (2) desde el bienestar mental, subjetivo o psicológico, entendido como la capacidad del paciente de exponer sus necesidades y aquello que le hace sentir

bien; y (3) desde el bienestar social, entendido como un entorno favorable para la gestión de la política pública que promueve el derecho a la salud ([Pardo, 1997](#)).

La intención de este análisis no es proponer una valoración del bienestar físico, ni del bienestar psicológico de ningún grupo o individuo, sino más bien tener un acercamiento al contexto que rodea el ejercicio del servicio público de salud como un diagnóstico del bienestar social de dos localidades de Bogotá que ilustran las dinámicas de la salud en la Capital.

No obstante, las consideraciones conceptuales que acabamos de plantear resultarían equívocas si se pretende abordar la salud como un conjunto de diferentes dimensiones del bienestar autónomas y separadas entre sí. Esto se debe a que tanto el bienestar físico, como el psicológico y el social se relacionan mutuamente y componen una unidad indisoluble, cuyos componentes solo separamos con el fin de definir herramientas metodológicas precisas y adaptadas a cada necesidad.

Por ello, cuando nos referimos al bienestar social lo hacemos en términos de los diversos mecanismos que garantizan el ejercicio del derecho fundamental a la salud, es decir, se trata de la institucionalidad social entendida como el “conjunto de reglas y estructura organizacional sobre [y con] las cuales se gestiona la política social, desde el diagnóstico y la priorización de objetivos hasta la implementación y la evaluación de sus resultados” ([CEPAL, 2023](#)).

Esta definición nos llevó, en este estudio, a examinar la normatividad, la estructura y la operatividad del sistema de salud, a través de las dimensiones de análisis sugeridas por la [CEPAL \(2023\)](#) para estudiar la institucionalidad social: la jurídico-normativa, la organizacional, la técnico-operativa y la de financiamiento.

Metodología

Ley 100 e institucionalidad de la salud

Para ser un proveedor de bienestar social, el Estado adopta políticas que impulsan el máximo desarrollo de las capacidades humanas. La salud, por ser un derecho fundamental que permite el desarrollo humano, se convierte entonces en una política esencial del Estado ([PNUD, 2008](#)). En este orden de ideas, es necesario empezar preguntándonos cómo funciona la política de la salud en Colombia y cuáles son sus retos y alcances.

Con el fin de responder estas preguntas, en primer lugar, proveemos una breve descripción de la Ley 100 de 1993 “por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”, a partir de la cual podemos analizar la forma en que se ha implementado este sistema en la salud a nivel local en Bogotá. Asimismo, este estudio se enfocó

en examinar los casos particulares de las localidades de Usme y Kennedy, haciendo una descripción socio-demográfica del territorio y de la oferta institucional presente en él.

Recogimos algunas percepciones de usuarios de los centros de salud de las localidades para obtener un balance de su grado de satisfacción con los servicios. Para ello, empleamos dos herramientas de recolección de datos: encuestas de percepción ciudadana aplicadas a los usuarios de los servicios de salud de Usme y Kennedy, y entrevistas aplicadas a usuarios y funcionarios de la salud que ejercen sus actividades laborales en estas dos localidades.

La encuesta consistía en un cuestionario de 8 preguntas y contó con la participación de 120 habitantes de las localidades estudiadas (60 de Usme y 60 de Kennedy). Los encuestados reconocieron haber accedido a los servicios prestados por los centros de salud pública en estas dos localidades.

En cuanto a la segunda herramienta, se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas (5 a usuarios y 5 a funcionarios) para entender las interacciones que se establecen entre los actores involucrados con las entidades locales de salud.

Estas encuestas y entrevistas se aplicaron en Usme durante una de las ferias de servicios en la que se reunía la oferta de trámites y servicios públicos del Estado para los habitantes de la localidad. En Kennedy, tanto las encuestas como las entrevistas se realizaron en diversos centros de salud de la localidad, ya que acceder a los usuarios resultaba considerablemente más factible en estos espacios.

Los resultados que arrojaron las herramientas aplicadas se plantearon, codificaron y discutieron haciendo uso de las categorías que Patiño (1999) expuso para categorizar los problemas centrales del sistema de salud en Colombia: acceso, calidad, financiamiento y control.

Una vez codificados los resultados bajo estas categorías, a modo de conclusión se sintetizó el debate público sobre el SGSSS a la luz de las dimensiones de la CEPAL (2023) para analizar la institucionalidad social (jurídico-normativa, la organizacional, la técnico-operativa y la de financiamiento).

Desarrollo

¿En qué consiste la Ley 100 de 1993?

La Constitución política de 1991 establece que Colombia es un Estado Social de Derecho descentralizado, democrático y participativo, fundamentado en principios de dignidad humana y solidaridad. En su segundo capítulo, consagra los derechos sociales, económicos y culturales, entre los cuales se incluye la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, regulado por el artículo 49, el cual establece que

la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (Constitución Política de Colombia, 1991, Art. 49).

Para dar cumplimiento a este objetivo fundamental del Estado, se expidió la Ley 100 de 1993 “por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”. En ella, se da forma al Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) que comprende el Sistema General de Pensiones (SGP) y el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La Ley 100 establece que el servicio de salud se organiza bajo un sistema mixto en el que participan entidades públicas y privadas en el aseguramiento de la población en dos regímenes:

- Primero, el régimen contributivo que aplica cuando la “vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador” (Minsalud, 2023, p. #). A este régimen se pueden afiliar personas que tienen una vinculación laboral, formal o informal, pues sus afiliados deben tener capacidad de pago para aportar una cuota al sistema.
- Segundo, se adoptó el régimen subsidiado como “el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado” (Minsalud, 2023). A este régimen se deben afiliar las personas que no tienen la capacidad económica de realizar aportes bajo la figura de régimen contributivo.

El recaudo de los aportes al SGSSS está a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía perteneciente al Sistema General de Seguridad Social, encargado de compensar los ingresos en los regímenes para poder otorgar una Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada persona afiliada y beneficiaria. Esto quiere decir que, por cada usuario afiliado a una Entidad Prestadora de Salud (EPS), la EPS recibe un pago fijo para administrarlo en la salud del usuario, actuando como intermediarios entre los recursos y quienes finalmente reciben los giros y brindan la atención, es decir, las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

La instancia superior de discusión y decisión de los asuntos relevantes de la salud es el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que se creó como un organismo de concertación de los diferentes actores del

SGSSS. El Consejo es el encargado de administrar el Fondo de Solidaridad y Garantía, de definir el monto de cotización de los afiliados y el monto asignado a cada UPC, así como el contenido del Plan Obligatorio de Salud (POS).

Ahora bien, entendiendo que el Estado Social de Derecho implica un pacto democrático para promover la integración de los sectores sociales excluidos y garantizar el control y la vigilancia de los recursos públicos, podemos afirmar que la participación ciudadana es un medio fundamental para discutir sobre los arreglos institucionales y ejercer un control sobre los recursos del Estado.

La legislación colombiana, en la Ley 100, define la participación como “la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto” (Congreso de la República, 1993, Art. 2). En consecuencia, cuando en este artículo hablemos de control, hacemos referencia a los mecanismos de participación que permiten ejecutar dicho control al SGSSS.

El Artículo 153 de esta ley establece los fundamentos y los principios generales del sistema de salud, los

cuales sirven para definir los alcances y las reglas de la prestación del servicio. El siguiente cuadro relaciona los nueve fundamentos planteados en dicho artículo con las categorías que hemos adoptado para nuestro análisis: acceso, calidad, financiamiento y control (en términos de participación).

¿Por qué en Usme y Kennedy?

La localidad de Usme cuenta con 21.506,7 hectáreas de territorio, de las cuales 18.500,1 hectáreas son exclusivamente zonas rurales y representan el 87% de su territorio. Esto ubica a Usme como la segunda localidad con mayor extensión de carácter rural en la ciudad, por detrás de Sumapaz. En comparación, su porción de zona urbana es de 2.104,6 hectáreas, que representan tan solo el 4% del territorio de la localidad (Secretaría Distrital de Salud, 2020).

La ubicación periférica de Usme y su vocación rural inciden en la capacidad de acceso a la salud, además del perfil epidemiológico de sus pobladores y las actividades económicas que allí se ejercen. Adicionalmente, en esta localidad se encuentra ubicado el relleno sanitario de Doña Juana que es el principal lugar de disposición de los residuos que se producen en Bogotá.

Tabla 1. Fundamentos de la Ley 100 sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Fundamento (art. 153 de ley 100/93)	Objetivo del fundamento	Componente del sistema de salud
Equidad	El sistema debe proveer servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes, independientemente de su capacidad de pago.	Calidad
Obligatoriedad	Es obligatoria la afiliación de todos los ciudadanos al sistema de salud.	Acceso
Protección integral	Se brindará atención integral en todas sus fases (información, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).	Calidad
Libre escogencia	Participación de diversas entidades que oferten servicios de salud para garantizar el acceso a todos los sectores según sus condiciones y necesidades.	Calidad, Acceso y Financiamiento
Autonomía de instituciones	Las instituciones tendrán personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.	Calidad y Financiamiento
Descentralización administrativa	La organización será descentralizada con direcciones seccionales, distritales y locales, para llegar a todo el territorio nacional.	Acceso
Participación social	El sistema debe estimular la participación de los usuarios en la organización, el control y la vigilancia del sistema garantizando la representación de los usuarios en las juntas directivas.	Participación
Concertación	Por medio de los consejos nacional, departamentales, distritales y municipales de seguridad social en salud, se espera la concertación del sistema entre los actores de la salud.	Participación
Calidad	Se deben elaborar mecanismos de control a los servicios para garantizar la calidad, además de estar acreditadas por los entes de vigilancia.	Calidad

Fuente. Elaboración propia.

Tabla 2. Pobreza monetaria, pobreza multidimensional y coeficiente Gini – Bogotá, Usme y Kennedy 2022

Espacio	Pobreza monetaria	Pobreza multidimensional	Coefficiente gini
Bogotá	35,8%	5,7%	0,53
Usme	33,8%	12,8%	0,44
Kennedy	15,3%	5,3%	0,46

Nota. Cifras tomadas de la Secretaría de Integración Social (2022). Fuente. Elaboración propia

Kennedy, por su parte, es una localidad ubicada en una zona relativamente central de la ciudad y su extensión territorial y densidad demográfica la hacen la segunda localidad más poblada de Bogotá. Por consiguiente, la institucionalidad tiene grandes retos para llegar a cada habitante y no colapsar en el ejercicio de sus obligaciones. En comparación con Usme, la extensión territorial de Kennedy es de 3.859 hectáreas, de las cuales 3.606,4 hectáreas, que representan el 98,1%, son de zona urbana y las 252,6 hectáreas restantes son de zona rural y representan el 1,8% del territorio (SIS, 2022).

Por otra parte, en relación con las condiciones económicas en las localidades, se determinó que la situación económica de las familias de Usme y Kennedy, de acuerdo con los indicadores, es de pobreza monetaria y pobreza multidimensional. La Tabla 2 recoge los porcentajes específicos de pobreza monetaria y multidimensional en ambas localidades para el año 2022.

Los dos escenarios son radicalmente diferentes: en Usme, la población en condición de pobreza monetaria está en línea con el promedio de la ciudad; en cambio, en Kennedy, la proporción de habitantes en esta condición es la mitad en comparación con el promedio de Bogotá. Esta discrepancia es aún más evidente al considerar la pobreza multidimensional, donde Kennedy se sitúa ligeramente por debajo del promedio de la ciudad, mientras Usme está por encima, duplicando ese promedio.

Estos indicadores son coherentes con la estratificación socioeconómica de las dos localidades. Según Planeación Distrital, aunque en Usme predomina la población estrato 1, cerca de la mitad de su territorio es estrato 2; mientras que en Kennedy, si bien cerca de la mitad de su territorio también es estrato 2, el estrato 3 es el predominante.

En lo que respecta a la salud en las localidades, conviene destacar que, desde el inicio de la pandemia por el Covid19, el número de afiliados al régimen subsidiado en la ciudad ha ido en aumento. Esto se le atribuye al “aumento del desempleo y su impacto en la economía del Distrito Capital, generando la movilidad en el aseguramiento de afiliados del régimen contributivo clasificados en el Sisbén Nivel I y II que migran al régimen subsidiado de salud” (Secretaría Distrital de Salud, 2020, P268).

El traspaso de gran parte de la población del régimen contributivo hacia el subsidiado tiene implicaciones tanto en los recursos económicos que ingresan al sistema de salud como en el estado de salud de los usuarios. La Tabla 3 ilustra la distribución del aseguramiento al sistema de salud en las dos localidades:

Como se puede evidenciar, las condiciones socioeconómicas de Usme, en relación con la alta tasa de pobreza monetaria y multidimensional, impiden que el acceso al sistema de salud se realice bajo la figura del régimen contributivo.

Tras haber analizado las cifras que hablan de la dimensión física de la salud en Usme, intuitivamente pensamos en plantear alguna relación entre el tipo de aseguramiento y las condiciones de bienestar físico de las personas afiliadas, pues se observa un detrimento en el bienestar físico de las personas: durante el 2021, la tasa de desnutrición en niños menores de 5 años fue del 5,4% en Bogotá, en Usme el 6,8% y en Kennedy el 5%; la tasa de mortalidad infantil por cada mil nacidos vivos para Bogotá fue del 8,3%, mientras que para Usme del 11,1% y para Kennedy del 6% (SIS, 2022).

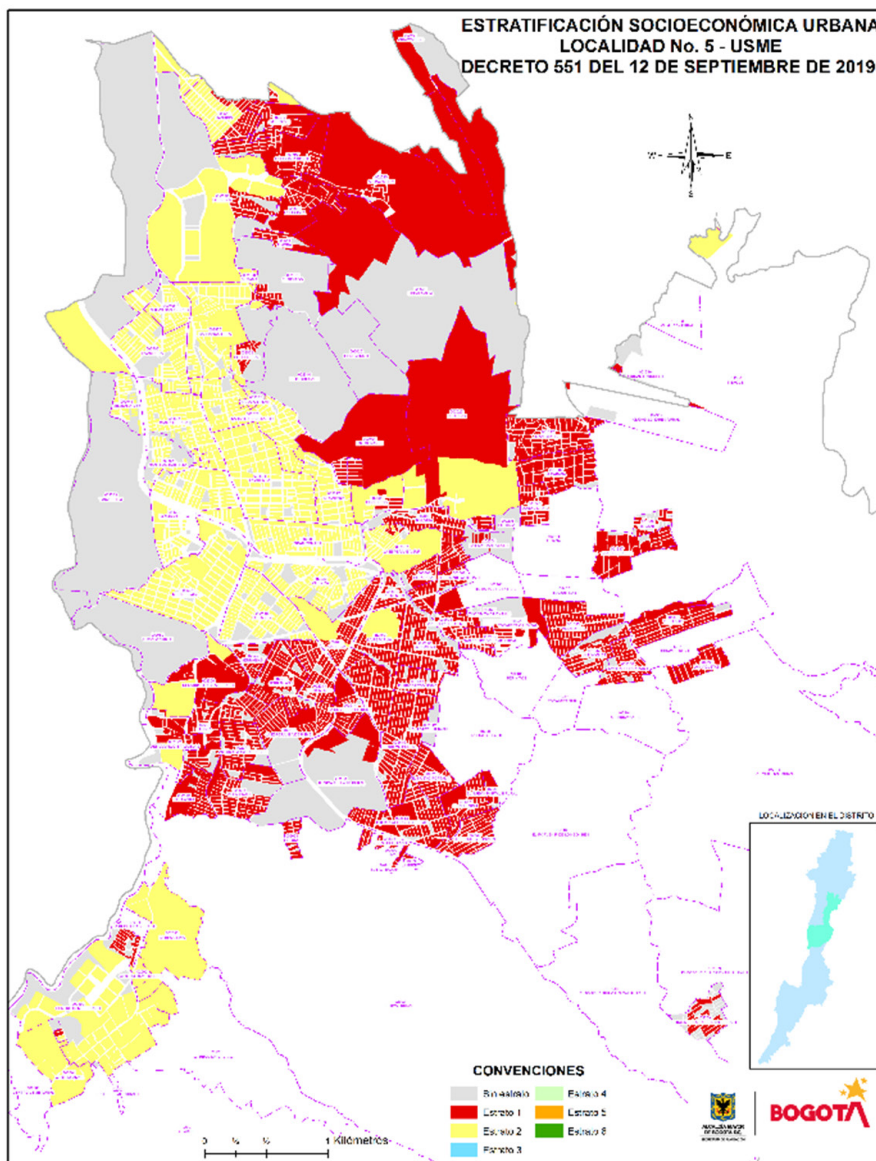
Por otra parte, el conteo del embarazo adolescente entre 10 y 19 años para el año 2021 en Bogotá registró 6.600 casos. En el ámbito local, en Usme se reportaron

Tabla 3. Régimen de afiliación en salud para Bogotá, Usme y Kennedy

	Régimen contributivo	Régimen subsidiado	Régimen de excepción
Bogotá	80,0%	17,5%	2,6%
Usme	63,7%	34,6%	1,7%
Kennedy	84,1%	12,7%	3,2%

Nota. Cifras tomadas de la Secretaría de Integración Social (2022). Fuente. Elaboración propia.

Figura 1. Estratificación Socioeconómica Urbana. Localidad No. 5 – Usme. Decreto 551 del 12 de septiembre de 2019.



Fuente: Secretaría de Planeación, 15 de marzo de 2023.

(<https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estratificacion/estratificacion-por-localidad>).

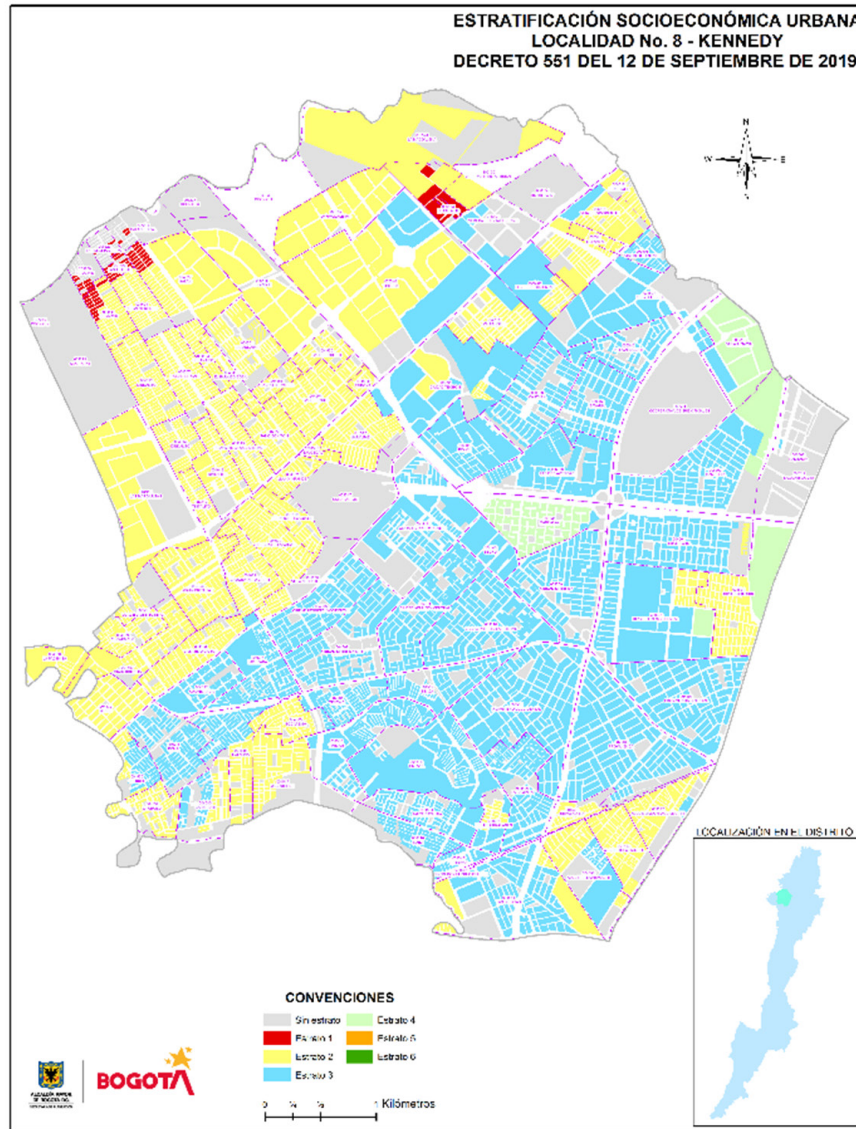
580 casos, es decir, 1,46 por cada 1000 habitantes; mientras que en Kennedy se registraron 817 casos, es decir, 0,78 por cada 1000 (SIS, 2022).

Las disparidades entre las dos localidades nos llevaron preguntarnos: ¿Por qué en Usme las condiciones de salud son peores que en Kennedy? y ¿qué tiene que ver el estado de la salud en Usme con sus condiciones socioeconómicas?

Oferta institucional en Usme y Kennedy

La distribución de la oferta institucional en Kennedy consta de aproximadamente 18 centros de salud, que incluyen 12 Unidades Primarias e Atención (UPA), tres Unidades Básicas de Atención (UBA) y tres Hospitales de los niveles uno, dos y tres. Entre estos, destaca el hospital de Kennedy, clasificado como un hospital de tercer nivel. El sistema de salud en Usme, de otro lado, tan sólo cuenta

Figura 2. Estratificación Socioeconómica Urbana.
 Localidad No. 8 – Kennedy. Decreto 551 del 12 de septiembre de 2019.



Fuente. Secretaría de Planeación, 15 de marzo de 2023.

(<https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estratificacion/estratificacion-por-localidad>).

con nueve Unidades de Servicios de Salud (USS) compuestas principalmente por dos Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), una Unidad Básica de Atención (UBA), una Unidad Primaria de Atención (UPA) y una unidad médica y odontológica. También se encuentra en proceso de construcción un hospital de tercer nivel, pero este proyecto desafortunadamente hoy está paralizado.

¿Para qué medir la percepción?

La encuesta que aplicamos para medir la percepción de los usuarios sobre los servicios de salud tenía como fin abarcar datos y testimonios que dieran cuenta del

bienestar psicológico de los afiliados al sistema. Esto es relevante porque contribuye a comprender el bienestar psicológico de la población, en cuanto se entiende por percepción a “la valoración que un individuo hace de una determinada situación social y de su papel o posibilidades en ella” (Balasch, 1991, p. 12).

Así pues, empezamos prestando atención a las percepciones de la ciudadanía siempre que estas cobran un sentido transformador sobre la institucionalidad. Según Delamaza y Thanyer (2016), lo percibido se ajusta conforme a los procesos sociales y económicos, que dan pie a que las instituciones se adapten con cierto retraso.

Figura 3. Pregunta 1 de encuesta a usuarios de Usme.

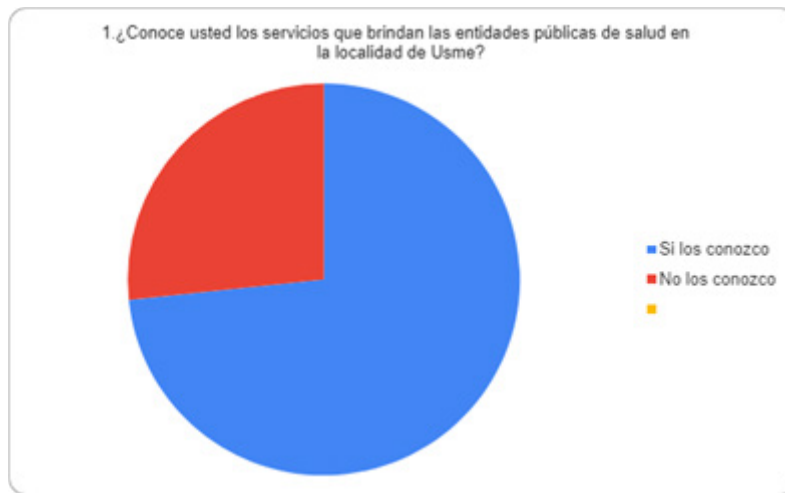


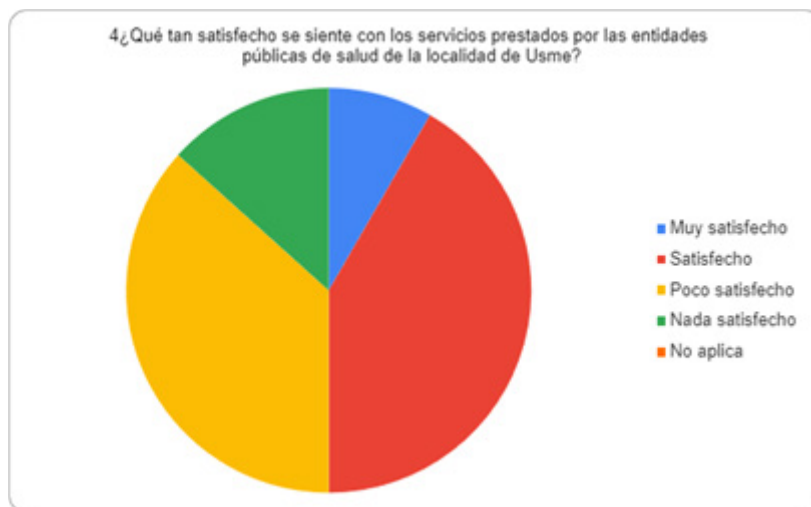
Figura 4. Pregunta 2 de encuesta a usuarios de Usme.



Figura 5. Pregunta 3 de encuesta a usuarios de Usme.

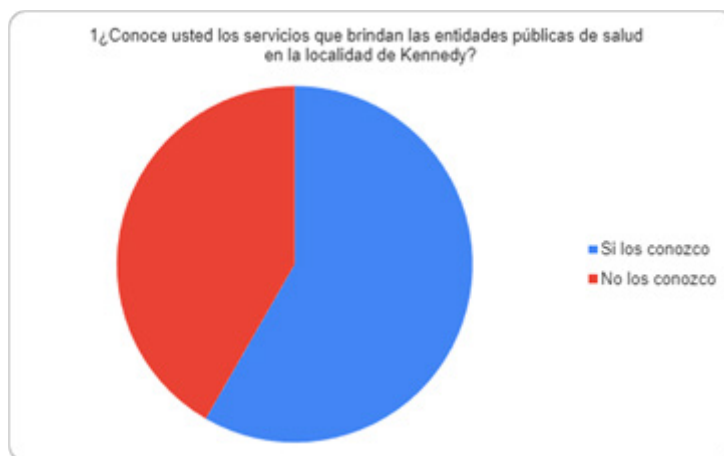


Figura 6. Pregunta 4 de encuesta a usuarios de Usme.



Nota. Preguntas 1, 2, 3 y 4 de la encuesta aplicada a los usuarios de los centros de salud de Usme (2022).
 Fuente. Elaboración propia.

Figura 7. Pregunta 1 de encuesta a usuarios de Kennedy.



En Usme, el 73,3% de la población conoce los servicios ofertados por el sistema de salud local y el 80% afirma que las instituciones que los prestan quedan cerca o muy cerca a sus residencias. El 75% de las personas encuestadas afirma que usa los servicios regularmente. En términos de satisfacción con los servicios prestados, el 50% de la población se siente satisfecha o muy satisfecha.

Contrario al caso de Usme, son los resultados en el contexto de Kennedy, pues tanto el conocimiento como la cercanía de los servicios ofertados se reduce al 58,3% y solo el 41,6% de las personas entrevistadas usan estos servicios regularmente. Sin embargo, la satisfacción de los usuarios aumenta a un 56,6%.

A partir del análisis, pudimos inferir la disposición y el acceso a los servicios de salud no eran las principales

causas del deterioro del estado de la salud física de los habitantes de Usme. En Kennedy, se observó una percepción más negativa sobre la capacidad de acceso a los centros de salud, pero también una mayor conformidad con los servicios prestados comparado con Usme. Esto sugiere y nos hace preguntarnos si es la calidad de los servicios lo que genera un mayor impacto.

La segunda parte de la encuesta nos permitió acercarnos a esta área de interés, pues observamos que las condiciones negativas de salud en Usme estaban asociadas a la calidad de los servicios, así como al hecho de contar con recursos humanos capacitados para brindar una atención que les permitiera a los usuarios estar satisfechos.

Figura 8. Pregunta 2 de encuesta a usuarios de Kennedy.

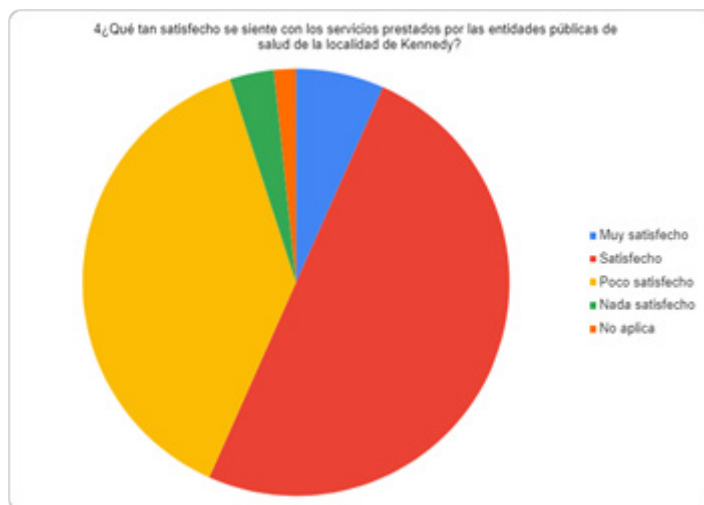


Figura 9. Pregunta 3 de encuesta a usuarios de Kennedy.

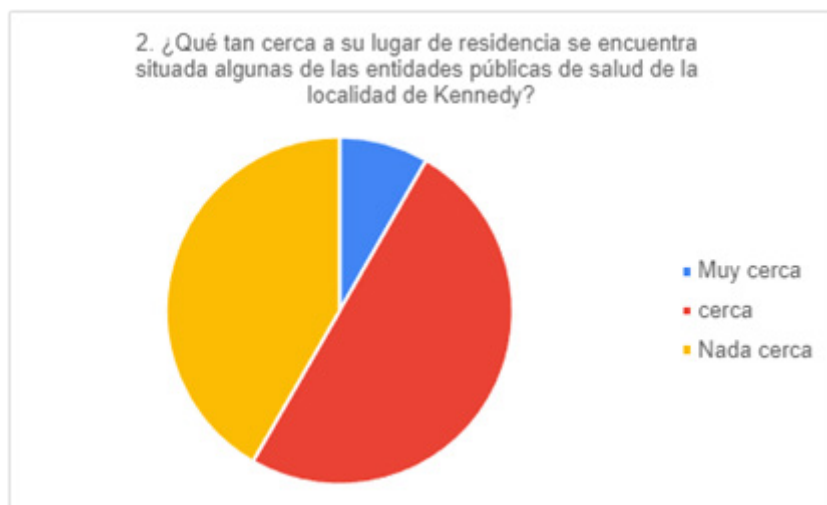


Figura 10. Pregunta 4 de encuesta a usuarios de Kennedy.



Nota. Preguntas 1, 2, 3 y 4 de la encuesta aplicada a los usuarios de los centros de salud de Kennedy (2022).
Fuente. Elaboración propia.

Figura 11. Pregunta 5 de encuesta a usuarios de Usme.



Figura 12. Pregunta 6 de encuesta a usuarios de Usme.



Figura 13. Pregunta 7 de encuesta a usuarios de Usme.



Figura 14. Pregunta 8 de encuesta a usuarios de Usme.



Nota. Preguntas 5, 6, 7 y 8 de la encuesta aplicada a los usuarios de los centros de salud de Usme (2022).
 Fuente. Elaboración propia.

Un 75% de la población en Usme indicó que el personal que opera en los centros de salud de la localidad está preparado, pero solo el 23,3% percibe un interés positivo de este al momento de prestar el servicio y un 50% afirma que existe un interés básico en este aspecto. El 53,3% de los encuestados calificó como oportunas las soluciones que le brindaron los profesionales de la salud. El porcentaje aumenta a 58,3% si nos preguntamos por la percepción de que la calidad de la atención recibida en las entidades de salud local de Usme tuvo los estándares básicos de calidad.

Por otro lado, la percepción de un personal preparado en la localidad de Kennedy alcanza un 78,3% de la población encuestada, indicando incluso un mayor interés del personal en la prestación del servicio, pues la calificación positiva fue del 50%, además del 33,3% que afirmó percibir un interés mínimo del personal.

El 77% de los encuestados en Kennedy señaló que las soluciones ofrecidas en los centros de salud fueron oportunas. El mismo porcentaje de 77% aplica para la cantidad de encuestados que percibió que existía un nivel de calidad básico en la atención recibida en los centros de salud local de Kennedy.

Figura 15. Pregunta 5 de encuesta a usuarios de Kennedy.

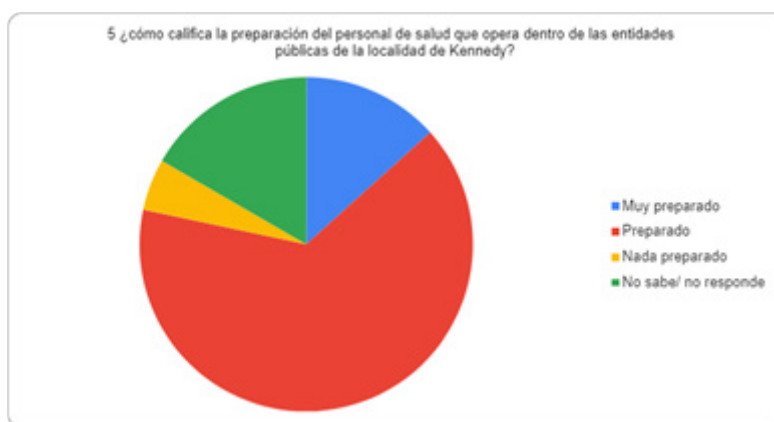
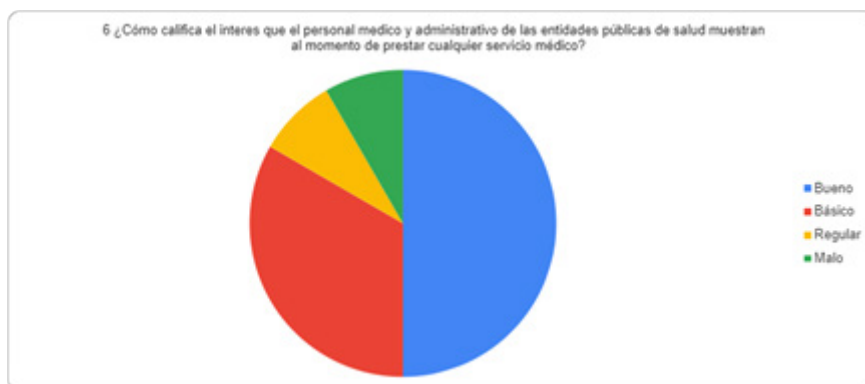


Figura 16. Pregunta 6 de encuesta a usuarios de Kennedy.



Estas encuestas muestran que parte importante de los usuarios gozan de un bienestar psicológico positivo, en tanto perciben que el sistema de salud local les ofrece soluciones oportunas y calidad en la atención. Sin embargo, al momento de recoger opiniones a través de entrevistas los resultados difieren y se hace más evidente el disgusto de los ciudadanos con la calidad de los servicios de salud.

La entrevistas, sin embargo, muestran una inconformidad general de la población respecto a la calidad

de los servicios, pues los profesionales de la salud no transmiten la seguridad de dar un tratamiento completo y los usuarios perciben que no atienden a las particularidades de cada caso.

Este malestar es evidente en algunas de sus expresiones como “ni siquiera me toman la tensión”, “me envían solo acetaminofén”. El usuario 4 de la localidad de Kennedy afirmó al respecto que “solicitando una cita me dijeron que era vía telefónica, yo no le vi ningún problema, pero cuando me llamo la doctora lo único

Figura 17. Pregunta 7 de encuesta a usuarios de Kennedy.

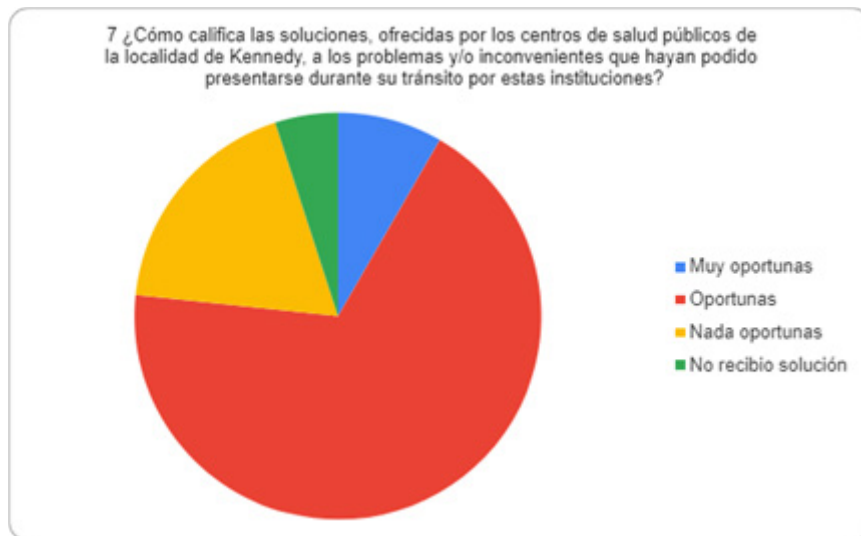
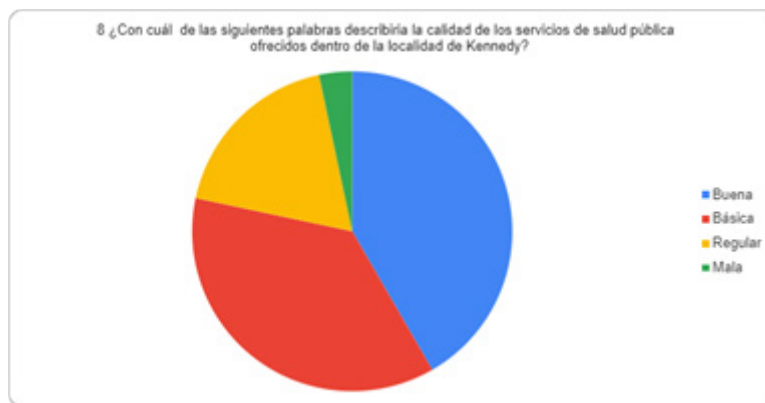


Figura 18. Pregunta 8 de encuesta a usuarios de Kennedy.



Nota. Preguntas 5, 6, 7 y 8 de la encuesta aplicada a los usuarios de los centros de salud de Usme (2022).
 Fuente. Elaboración propia.

que me dijo fue que tenía y ya me formuló el naproxeno, porque desde el Covid, solo recetan naproxeno”.

Las palabras de los usuarios 2 y 5 de la localidad de Usme ratificaron esta inconformidad frente al hecho:

- Usuaría 2 - Usme: “el doctor lo primero que me dijo fue yo no le voy a dar incapacidad; primera la tengo que revisar. Yo le dije no vengo para eso, sino porque estoy enferma”.
- Usuario 5 - Usme: “Es triste que el médico sólo me revise y me dé el medicamento y me diga lo veo en un mes para ver cómo sigue y ya me dejé ir”.

El usuario 5 hizo alusión a la segunda variable de calidad que identificamos: el tiempo de atención recibido durante las citas médicas. En efecto, varias personas

entrevistadas consideran que el tiempo es muy corto e impide que se les brinde un diagnóstico preciso. Así lo corroboran varias de las respuestas recogidas:

- Usuario 1 - Usme: “Uno entra a la cita y solo son minutos, yo solo me concentro en algún dolor que tenga porque eso es rapidito en cada cita”.
- Usuaría 3 - Kennedy: “En veinte minutos que le pueden revisar a usted, nada porque es solo hablar, que lo revisen y el medicamento y ya, entonces uno queda medio atendido y debe pedir citas que duran otros 20 minutos con especialistas”.
- Usuario 2 - Usme: “ellos si pueden hablar todo lo que quieran entre ellos, pero a la hora de la cita es como si estuvieran pelando pollos, todo rápido y uno no se siente bien atendido”.

Estas voces nos dejan ver que la calidad de los servicios prestados se ve afectada por el tiempo que se brinda para atender a la población. No es suficiente el tiempo promedio para un diagnóstico, ni para explicar un tratamiento o procedimiento a los pacientes.

En cuanto al acceso a los servicios, encontramos que la cercanía entre los centros de salud y los lugares de residencia de la población juega un papel muy importante si se trata de poder acudir a los servicios de salud. En Usme, se evidenció una situación más compleja, debido a la magnitud de la población que habita en zonas rurales dispersas.

- Usuario 2 – Usme: “Cuando yo me enfermo voy a donde me atiendan más rápido y que quede más cerca de donde yo vivo, porque a donde me asignan las citas queda retirado de mi casa y tocaría gastar más plata que ir acá a dos cuadras”.

Esta situación contrasta con el contexto de la localidad de Kennedy. Allí hay mayor facilidad para escoger dónde recibir la atención, debido a que hay mayor oferta de centros de salud y se pueden asignar las citas en los centros más cercanos a los domicilios de los usuarios.

- Usuario 3 – Kennedy: “Cuando yo llamo a pedir un examen siempre me dicen que hay dos lugares donde hacérmelo y las horas y por cercanía o al trabajo o a la casa escojo; pero a veces si solo hay en un sitio, pues uno va allá”.
- Usuario 4 – Kennedy: “Pues que uno escoja el lugar donde lo atienden.. muy pocas veces, pero para los exámenes en donde yo veo que puedo escoger el lugar, es cuando tengo que ver el especialista”.

En cuanto al financiamiento se refiere, los funcionarios de las dos localidades afirmaron que los recursos se asignan de forma transparente, en permanente control y vigilancia y en consonancia con los lineamientos establecidos por las autoridades competentes.

- Funcionario 2 - Usme: “Desde la alcaldía mayor y en las manos de la secretaria de salud distribuyen los recursos para las localidades y nosotros los organizamos para los programas, planes y acciones que se tengan”.
- Funcionario 5 - Usme: “El alcalde realiza un plan de acción para todos los ámbitos y partiendo de este se le asignan los recursos para atender la salud y se remite el informe para el seguimiento de los recursos asignados”.
- Funcionario 4 - Kennedy: “Nosotros vigilamos que todas las entidades de salud que presentan

servicios en la localidad tengan todos los documentos en reglas, para poder vigilar como se utiliza el dinero en estas y así realizar auditorías”

Estas respuestas permite observar que los funcionarios realizan diversas acciones para vigilar que la documentación esté en regla y que los recursos financieros se manejen adecuadamente, según las acciones estipuladas en el plan de acción para la salud. No obstante, no se hicieron explícitas las controversias que se debaten públicamente sobre los recursos financieros del sistema de salud, por lo que tendremos que ahondar posteriormente en esta discusión.

Los funcionarios de los centros de salud de las dos localidades mencionaron algunas acciones que realizan para evaluar la calidad de la prestación de servicios. Se destaca el uso de encuestas periódicas para retroalimentar a los funcionarios con base en las percepciones de los usuarios.

- Funcionario 1 – Usme: “Acá en la localidad mensualmente realizamos visitas a las entidades prestadoras de salud para ver los protocolos”.
- Funcionario 5 – Usme: “A los usuarios se les envía encuestas para conocer la percepción de ellos y partiendo de esto se les hace recomendaciones a las entidades prestadoras de salud para que realicen programas para mejorar las deficiencias”
- Funcionario 3 – Kennedy: “En el Hospital de Kennedy y en otras entidades de la subred, se realizan encuestas para ver que piensan los usuarios de la atención”.

Para hacer seguimiento a los recursos, los espacios de diálogo y participación ciudadana fueron esenciales en Usme, porque permiten dar a conocer públicamente la oferta de los servicios y hacer llegar las inquietudes de la población a los funcionarios de los centros de salud.

- Usuario 2 - Usme: “Yo siempre vengo a estas ferias porque me gusta estar enterado de los programas que tienen en la localidad; porque yo participo en varios por la edad; y pues puedo hablar con los funcionarios de lo que me ha molestado algo en algún servicio que he asistido, y siento que me escuchan”.

En Kennedy, por otra parte, los usuarios no perciben que los espacios de participación sean efectivos. Si bien los funcionarios y usuarios afirman que se hace una evaluación del servicio, las sugerencias no tienen efectos reales en los servicios a los que acceden.

- Funcionario 4 - Kennedy: "Nosotros realizamos encuestas de satisfacción a los usuarios del Hospital de Kennedy; dado que este es el principal de la localidad y el que atiende la mayoría de los casos graves de la localidad".
- Usuario 3 - Kennedy: "Yo no sé cómo evaluaran la calidad del servicio en la salud acá en la ciudad, pero cuando me ha tocado ir al hospital de Kennedy me ponen a evaluar el servicio prestado.. pero nunca veo cambios de las sugerencias que yo realizo".

La intermediación entre los usuarios y los actores políticos que asisten a las ferias de Usme surgió como un fenómeno clave para entender las dinámicas de participación.

- Usuario 5 - Usme: "Yo no participo mucho porque la verdad acá viene es mi líder de comunidad y con él si nos reunimos más seguido, porque él es el que asistente a esto".
- Funcionario 2 - Usme: "Para nosotros son importantísimos las ferias de servicio, ya que ahí conocemos las opiniones de los ciudadanos, no solo en el aspecto de la salud, sino en todos los aspectos. Y las reuniones con los ediles que son los que conocen las necesidades de sus comunidades".
- Funcionario 3 - Kennedy: "Nosotros como funcionarios participamos en las ferias de servicios en la localidad, pero no llega mucha gente; por eso nos toca realizar reuniones con los ediles y representantes de las juntas de acción para que nos ayuden a visibilizar las necesidades de la localidad".

Que estas experiencias difieran con los resultados de las encuestas nos impulsa a entender los problemas del sistema de salud más allá de lo que los usuarios puedan percibir. La forma entonces de ampliar esta comprensión es entender los problemas estructurales que afectan la experiencia de los usuarios de forma

diferencial, según su tipo de aseguramiento o las condiciones sociales en las que viven.

Conclusiones

Institucionalidad y el bienestar social

El estudio y la exposición de los problemas fundamentales que tiene la Ley 100 se sintetiza en términos de las dimensiones jurídico-normativa, organizacional, técnico-operativa y de financiamiento, de acuerdo con los estudios de la institucionalidad social de la CEPAL.

Para poder exponer las formas en que estas dimensiones tienen lugar en la prestación de los servicios de salud, llevamos a cabo este análisis informado por un diálogo con dos expertas en salud en Colombia: Claudia Patricia Vaca González y Deisy Arrubla Sánchez.

Marco Jurídico-normativo: Inequidades sociales

Esta dimensión contiene los compromisos del Estado con la garantía de los derechos del ciudadano. Estos compromisos se traducen en políticas públicas que tienen un respaldo jurídico. Se incluye entre estas, por supuesto, la Ley 100 de 1993, cuyo espíritu era generar un entorno de igualdad en los servicios de salud para extender el acceso y mejorar la calidad del sistema en las regiones donde no existen condiciones para la inclusión social. Desafortunadamente, las condiciones sociales externas al sistema de salud han generado desigualdades entre el régimen contributivo y el subsidiado en cuanto al acceso y la atención que se brinda.

La cantidad de ingresos de una persona es determinante para determinar a qué régimen de salud se suscribe. Así, las personas que pueden destinar una parte de sus ingresos al rubro de salud tienen la posibilidad de acceder al régimen contributivo y son conscientes de que este les permitirá hacer uso de todos los beneficios y coberturas que ofrece el SGSSS.

Son diversos los motivos que causan este problema en el acceso. No obstante, los principales están asociados a la presencia o ausencia de recursos e infraestructura en el territorio en el que habitan los usuarios.

Tabla 4. Institucionalidad social de la salud: dimensiones y fenómenos

Eje analítico (Dimensión de la institucionalidad)	Unidad de análisis (Fenómeno manifestado)
Jurídico-normativa	Inequidades sociales
Organizacional	Gobernanza y organización de servicios
Técnico-operativa	Recursos físicos, humanos y financieros
Financiamiento	Financiero y recursos

Nota. Dimensiones de la institucionalidad social según la CEPAL (2023) y unidades de análisis propuestas en los diálogos con expertas.

Fuente. Elaboración propia.

Esta situación conlleva a un aumento del estrés psicosocial y una disminución del bienestar individual, lo que a su vez provoca un deterioro en la salud psicológica de los usuarios (Laverde, 2021).

En la práctica, la existencia de regímenes separados ha implicado que crezca la brecha entre las personas que pueden acceder a los servicios. Así, también se ha evidenciado la falta de atención a patologías que pueden ser prevenibles en el régimen subsidiado (Sánchez, 2017).

A pesar de que se haya unificado el POS para ambos regímenes, es evidente que se brinda una atención diferencial entre ambos. Castañeda *et al.* (2015) han denominado a este fenómeno “barrera organizativa” y han señalado que ha sido un factor que obstaculiza el acceso a los servicios y el derecho a obtener una atención pronta y oportuna tras haber ingresado al centro de salud.

La entrevista con los usuarios de la localidad de Usme reafirmó el planteamiento anterior, pues todos pertenecen al régimen subsidiado y mencionaron lo siguiente:

- Usuario 1 – Usme: “Yo pertenezco a nivel 2 del SISBEN por lo tanto cuento con salud subsidiada, y déjeme decirle que esa salud es muy mala; a parte de eso las citas son muy demoradas a veces me ha tocado esperar una cita con medicina general 2 meses”
- Usuario 2 - Usme “Yo tengo salud subsidiada y me ha ido súper mal casi no me gusta utilizarla porque las citas son largas y nunca me las dan, siempre dicen que no hay agenda y no hay agenda”
- Usuario 5 - Usme “Para acceder una cita de medicina general en la subsidiada es un parto, no hay citas y cuando las hay se las colocan donde ellos quieran”

Contrario es el caso de la localidad de Kennedy en donde los usuarios entrevistados, vinculados al régimen contributivo, confirmaron los beneficios que el régimen contributivo ofrece en condiciones desiguales con relación a los usuarios de Usme.

- Usuario 3 – Kennedy: “Cuando necesito una cita con medicina general puede ser que no se demore más de 15 días, pero si me toca con un especialista la demora puede ser de un mes”
- Usuario 4 – Kennedy: “Lo único que se demora es que le contesten para solicitar las citas; pero uno ya sabe a qué hora llamar entre más temprano mucho mejor y las citas se las dan hasta para el mismo día”.

Organizacional: Gobernanza y organización de los servicios

Cuando nos referimos al apartado organizacional, hablamos de la estructura formal y los organismos que

componen el sistema. Esta estructura no se reduce sólo a los funcionarios de los centros de salud, también comprende el sector administrativo y la sociedad civil como parte integral del ejercicio de vigilancia y control de los recursos y la operatividad. Esta última cuestión es central para nuestro análisis, puesto que sostenemos que la participación ciudadana es el medio más propicio para gestionar el control del SGSSS.

Así pues, si bien la Ley 100 estableció mecanismos que garantizan esta participación, el problema radica en que no se han aplicado de forma permanente y tampoco se le ha dado el peso a las decisiones que se toman y las cuestiones que se debaten en estos espacios. Se hace entonces necesario que se fortalezcan espacios de participación como el Consejo Nacional de Salud, el cual hoy tiene un manejo burocrático y muy formal que impide un funcionamiento óptimo. Debería ejercerse una participación directa y efectiva, así como establecer organismos para detectar y determinar prioridades y acciones que se deben implementar para mejorar la salud.

Técnico-operativa: Recursos físicos, humanos y financieros

Los elementos técnico-operativos del sistema de salud son las herramientas de gestión que permiten el desarrollo de las labores de salud, es decir, los recursos con los que se cuenta para el ejercicio de la salud.

En *Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud* editado por José Félix Patiño Restrepo y la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina de Colombia se afirma que “el acto médico es un ejercicio en humanismo, lógica deductiva y manejo intelectual de la información, fundamentado en la relación médico-paciente” (Patiño, 1999). La tesis de Patiño explica la necesidad de mantener la integridad de los recursos humanos disponibles para garantizar una prestación de los servicios en condiciones óptimas y con un personal dispuesto a enfrentar las situaciones de tensión y estrés que implica la labor profesional de la salud.

Sin embargo, la Ley 100 no ha tenido aciertos en su propósito de proveer bienestar al personal de la salud. En términos salariales, los funcionarios no han gozado de una remuneración adecuada ni antes ni después de 1993. Si bien se reguló y se estabilizó la remuneración que reciben los trabajadores, esto se hizo en detrimento de sus condiciones laborales, pues su carga laboral aumentó debido a la ampliación en la jornada de trabajo, el aumento en el número de pacientes atendidos por hora y la asignación de labores extras que no pertenecen al ejercicio de la profesión de la salud (Acosta, 2008).

Otra contribución importante en este sentido es realizar un plan de inversión en infraestructura para balancear la oferta de salud existente en las diferentes localidades. No puede seguir habiendo dificultades

para el acceso a los servicios de salud en un territorio que es central y que tiene las condiciones y los recursos para garantizar la disponibilidad de oferta institucional.

Financiamiento: Financiero y recursos

El mayor dilema para la Ley 10 de 1993 viene de cuenta del régimen de financiamiento que se estableció. A inicios de la década de los 2000, se presentaron importantes avances en la cobertura y el acceso a la salud en diversos sectores. El aumento en el aseguramiento de la población fue muy significativo durante este periodo, pasando de un 56,5% de población asegurada en el año 2000 a un 99% en el año 2021. Empero, este aumento se debió al crecimiento desmedido del régimen subsidiado que pasó del 24% de aseguramiento en el 2000 al 47% en el 2021. (*Así Vamos en Salud*, 2023).

Desafortunadamente, se esperaba que al año 2000 el 70% de las personas aseguradas pertenecieran al régimen contributivo y el 30% restante al subsidiado, por lo que este esquema representó un retroceso en el componente financiero porque se hizo insostenible que los contribuyentes siendo el 53% de los usuarios garantizaran los recursos financieros para el 47% de los subsidiados.

Otra razón de la insostenibilidad del modelo de régimen mixto se debe a que los recursos de los cotizantes están sostenidos por sus vinculaciones laborales, de modo que, si disminuye el empleo, disminuyen los aportes a la salud. Por ende, se requiere que el sistema laboral esté en consonancia con el de la salud para garantizar el ingreso de recursos financieros al sistema y evitar que la inestabilidad laboral impacte en la salud, así lo evidencia el PNUD en su informe sobre el Desarrollo Humano para Bogotá.

En Colombia se ha caído en el error de pretender financiar gran parte de la seguridad social con recursos provenientes de la nómina. Puesto que el salario depende del empleo, y este del ciclo económico, cuando llegan las fases recesivas, el empleo cae y los ingresos de la seguridad social disminuyen. Debería ser todo lo contrario. (PNUD, 2008, p. 139).

Otro gran problema es que el POS a lo largo del tiempo aumentó la brecha entre el régimen contributivo y el subsidiado porque había uno para cada tipo de afiliación y no fue sino hasta el 2012 que, en vía a lograr equidad completa en la atención a los usuarios independientemente de su capacidad de aporte y condición socioeconómica, se unificaron los POS para mejorar la atención y ampliar la cobertura de medicamentos, procedimientos y servicios a los que antes no tenían acceso los afiliados al régimen subsidiado (*Minsalud*, 2012).

La falta de recursos llevó a una austeridad en los gastos y esto a su vez una disminución en la calidad. En

efecto, si los recursos son menores, también disminuye el gasto en medicamentos y procedimientos, por lo que los usuarios reciben tratamientos de peor calidad y en varias ocasiones se les niega el acceso a los medicamentos y los procedimientos que necesitan.

El manejo financiero de los recursos ha sido el epicentro de la crisis del sistema de salud colombiano, en gran parte por los fenómenos que acabamos de mencionar. La intermediación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ha sido un elemento clave para esta discusión. En términos simples, el Estado se encarga de darle recursos financieros a las EPS de acuerdo con la medición de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para que los administren y garanticen la prestación de los servicios a los usuarios asegurados en los dos regímenes.

Sin embargo, la inexistencia de contrapesos y una vigilancia inadecuada ha permitido la cooptación de estos recursos mediante la disminución de la calidad. Si se pagan menos procedimientos, si se entregan menos medicamentos, si se paga menos personal, si se atienden más rápido los usuarios, en últimas, se produce un ahorro que significa un evidente detrimento en la calidad de los servicios.

En su libro, *Patiño (1999)* también se refiere a esto, mencionando que

La responsabilidad social del Estado ha sido transferida a entidades comercializadoras, con lo cual las empresas suplantando la gobernación política, y el concepto del rendimiento industrial aplasta la milenaria moral hipocrática. La ética médica, cuyo objetivo inefable es el bien social, es reemplazada por una todavía no bien definida "ética corporativa", donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal. (*Patiño, 1999*).

Si no existe voluntad política para producir los cambios necesarios para acabar con las dinámicas rentistas de la salud, no se podrá superar la crisis que la Ley 100 ha traído a discusión. No podemos seguir privilegiando el interés económico de los particulares a costa de la salud de la población.

La Academia Nacional de Medicina declara que la protección de los mejores intereses de la sociedad no puede residir en la legitimación, a toda costa, del intermediario, cuya actividad económica no siempre persigue beneficio comunitario; por el contrario, debe buscar el fortalecimiento del aparato gubernamental de normatización y control. Y, sobre todo, la salvaguardia de la medicina como profesión y como ciencia, con su fundamental estructura humanística, ética y deontológica, que constituye la única garantía para asegurar la salud del individuo y la comunidad" (*Patiño, 1999*).

Referencias

- Acosta, J., Atehortúa, S. y Arenas, A. (2009). Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 8(16), 107-131. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16ao7.pdf>
- Acuerdos 257 de 2006. [Concejo de Bogotá D.C.]. Por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, Distrito Capital, y se expiden otras disposiciones. 30 de noviembre de 2006. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?dt=5&i=22307#0>
- Acuerdos 641 de 2016. [Concejo de Bogotá D.C.]. Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones. 06 de abril de 2016. <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65686&dt=5>
- Agudelo, C., Cardona, J., Ortega, J. y Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
- Así Vamos en Salud. (2023, 13 de marzo). Indicadores de salud. Aseguramiento Georreferenciado. *Así Vamos en Salud*. <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/aseguramiento/aseguramiento-georeferenciado>
- Balash, R. J. (1991). Percepción: Usos y Teorías. *Apunts: Educació Física i Esports*, 25, 9-14. <https://raco.cat/index.php/ApuntsEFD/article/view/381012/474161>
- Castiblanco, C. (01 de mayo de 2022). *Así avanza la construcción del Hospital de Usme ¿Cuándo estará listo?* Recuperado de: <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/asi-avanza-construccion-de-hospital-de-usme-cuando-lo-entregaran>
- CEPAL. (2023). *Institucionalidad social. Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/subtemas/institucionalidad-social#>
- Chaves, A. (2017). La utilización de una metodología mixta en la investigación social. En Santa, et al. (coord.), *Rompiendo barreras en la investigación* (pp. 164-184). Universidad Técnica de Machala. http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/15178/La_utilizacion_de_una_metodologia_mixta.pdf?sequence=2
- Congreso de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. [Ley 100 de 1993]. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Constitución Política de Colombia [Const.]. 7 de julio de 1991 (Colombia). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125>
- CNN. (14 de febrero de 2023). Los puntos clave de la reforma a la salud de Petro en Colombia y sus críticas. *CNN Español*. <https://cnnespanol.cnn.com/2023/02/14/reforma-salud-petro-colombia-principales-puntos-explainer-orix/>
- Decreto No. 507 de 2013. [Alcaldía Mayor de Bogotá DC]. Por el cual se modifica la Estructura Organizacional de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, DC. 16 de noviembre de 2013. http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/Normas%20Poblacin%20Vulnerable/Decreto_507_2013_Bta.pdf
- Decreto 930 de 2008. [Presidencia de la República de Colombia]. Por medio del cual se promulgan las "Enmiendas a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud OMS", "Enmiendas al artículo 7º", adoptada por la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, el 20 de mayo de 1965; "Modificación de los artículos 24 y 25", adoptada por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, el 16 de mayo de 1998, y la "Adopción del texto en árabe y de la reforma del artículo 74", adoptados por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud, el 18 de mayo de 1978. Marzo 31 de 2008. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/Decreto-930-de-2008.pdf>
- Delamaza, G., & Thayer, L. (2016). Percepciones políticas y prácticas de participación como instrumento para la gobernanza de los territorios. Un análisis comparado de escalas territoriales en la macrorregión sur de Chile. *EURE*, 42(127), 137-158. <https://www.scielo.cl/pdf/eure/v42n127/arto6.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2023). Pobreza y desigualdad. DANE. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-monetaria>
- Eslava, J. (1999). Seguridad Social en Salud: Reforma a la Reforma. *Revista de la Salud Pública*, 1(2), 105-116. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v1n2/0124-0064-rsap-1-02-00105.pdf>
- Franco, R. y Székely, M. (2010). *Institucionalidad social en América Latina*. CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3767/LCw312_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, A. (2016). *El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993): entre modelo de sostenimiento económico y la defensa constitucional del derecho fundamental a la salud*. [Tesis, Universidad Católica de Colombia]. Repositorio Institucional Universidad Católica de Colombia – RIUCaC. <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/ocfa9614-b3e8-47ae-867c-fdca6a9abaz4/content>

- Ley 1113 de 2006. Por medio de la cual se aprueban las "Enmiendas a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS: 'Enmiendas al artículo 70', adoptada por la 18ª Asamblea Mundial de la Salud, el 20 de mayo de 1965; "Modificación de los artículos 24 y 25", adoptada por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, el 16 de mayo de 1998, y la "Adopción del texto en árabe y de la reforma del artículo 74", adoptados por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud, el 18 de mayo de 1978. 27 de diciembre de 2006. D.O. No. 46.494. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=38046>
- Localidad de Usme. (s.f.). Salud. Recuperado de: <https://www.usme.com.co/cat/salud/?=&count=20&orderby=date&order=ASC>
- Martínez, R. (2019). *Institucionalidad social en América Latina y el Caribe*. Libros de la CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42061/7/S1900424_es.pdf
- Medina, I. (1998). Estado benefactor y reforma del Estado. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 4(11). 23-45. <http://www.espiral.cucsh.udg.mx/index.php/EEES/article/view/1547/1348>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS. Plan de capacitación sectorial. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Régimen Subsidiado. Colombiapotenciadelavida. <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud). (2012, 16 de julio). ABC de la Unificación del POS. Colombia potencia de la vida. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ABC%20de%20la%20Unificaci%C3%B3n%20del%20POS.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013, abril). Exposición de motivos del Proyecto de Ley por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-%20Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud%20pdf.pdf>
- Morales, L. y García, J. (2017). Gestión de la crisis del sistema de salud en Bogotá. *Revista salud pública*, 19(1), 129-133. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.64102>
- Offe, C. (1994). *Contradicciones en el Estado de bienestar*. Alianza Universidad. <https://laelectrodomestica.files.wordpress.com/2014/07/offe-contradicciones-del-moderno-estado-del-bienestar.pdf>
- OMS (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En OMS (Ed.). *Documentos Básicos*. (Ed. 48). <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7> (documento original publicado en 1946).
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Colombia. OPS. <https://www.paho.org/es/colombia>
- Pardo, A. (1997). ¿Qué es la salud?. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 4-9. <https://revistas.unav.edu/index.php/revista-de-medicina/article/download/6870/6026>
- Patiño, J. (1999). Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud. *Revista Medicina*, 21(49). <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/49-1>
- Picó, J. (1981). *Teorías sobre el Welfare State*. Península. <http://herzog.economia.unam.mx/lecturas/in4e4/u1l3.pdf>
- PNUD. (2008). Bogotá, una apuesta por Colombia. Informe de Desarrollo Humano para Bogotá. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/co/undp-co-idh-bogota2008-2014.pdf>
- Resolución 3751 de 2019. [Secretaría Distrital de Salud] Por la cual se deroga la Resolución 166 del 30 de enero de 2019 y se adopta el Plan de Acción de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá DC para la vigencia fiscal de 2020, en concordancia con el Acuerdo 645 del 09 de junio de 2016. Recuperado de http://www.saludcapital.gov.co/Planes_Estrateg_Inst/2020/Institucionales/Plan_de_Accion_2020.pdf
- Reyes, S. (2016). La paz: de la Séptima Papeleta al Estado constitucional y al reconocimiento como derecho fundamental. *IUSTA*, 2(45), 215-233. <https://doi.org/10.15332/s1900-0448.2016.0045.09>
- Rodríguez, D. P. (2023, 09 de febrero). Gustavo Petro confirmó que la reforma a la salud se radicará el lunes y no este viernes. *La República*. Recuperado de: <https://www.larepublica.co/economia/gustavo-petro-confirmo-que-la-reforma-a-la-salud-se-radicara-el-lunes-y-no-este-viernes-3541558>
- Roth, A. (2002). *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación*. Aurora. https://polpublicas.files.wordpress.com/2016/08/roth_andre-politicas-publicas-libro-completo.pdf
- Saavedra, A. (2022, 03 de diciembre). Petro: "La Ley 100 no mejoró, desde el punto pensional, nada". *El Tiempo*. Recuperado de: <https://www.eltiempo.com/politica/gobierno/petro-sobre-la-reforma-pensional-dice-que-la-ley-100-no-funciono-722774>

- Saidiza, V. (2016). Crisis del Estado de derecho en Colombia. Un análisis desde la perspectiva de la legislación penal. *IUSTA*, 1(44), 17-39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6685109>
- Salud Capital. (2022). Todo lo que debe saber sobre la Reorganización del Sector Salud en Bogotá. Salud Capital. http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Reorg_Acuerdo_641_de_2016.aspx
- Sarmiento, A. (2004). La institucionalidad social en Colombia: la búsqueda de una descentralización con centro. *CEPAL – SERIE Políticas sociales*. (86). https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6076/1/So44317_es.pdf
- Secretaría Distrital de Integración Social. (2022). Diagnóstico Local Kennedy. Secretaría de Integración Social. https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/entidad/8_Diagnostico_local_Kennedy_2021_VF.pdf
- Secretaría Distrital de Integración Social. (2022). Diagnóstico Local Usme. Secretaría de Integración Social. https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/entidad/5_Diagnostico_local_Usme_2021_VF.pdf
- Secretaría Distrital de Integración Social. (2022). Documento diagnóstico e identificación de factores estratégicos política pública de primera infancia, infancia y adolescencia 2023-2033. Secretaría de Integración Social. https://www.integracionsocial.gov.co/images/_docs/2022/politicas_publicas/Documento_Diagnostico_y_Factores_Estrategicos_Politica_PIIA-SDIS.pdf
- Secretaría Distrital de Planeación. (s.f.). Estratificación Socioeconómica. Recuperado de <https://www.sdp.gov.co/gestion-estudios-estrategicos/estratificacion/estratificacion-por-localidad>
- Secretaría Distrital de Salud. (2022). Diálogos Ciudadanos. Subred Integrada de Servicios Públicos Sur Occidente E.S.E. <https://subredsuoccidente.gov.co/participa/Presencio%CC%81n%20Dialogos%20Ciudadano%202022.pdf>
- Secretaria Distrital de Salud. (2020). Documento de Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud para el Distrito Capital. https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/wp-content/uploads/2021/06/ASIS-2020_compressed.pdf
- Urrego, M. (2005). La crisis del Estado nacional en Colombia. La perspectiva del Estado y sus funciones. *Diálogos de saberes*, (22), 155-168. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/dialogos/article/view/4287>
- Vargas Melgarejo, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4(8), 47-53. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711353004.pdf>

