

**LA GESTIÓN DE LA CRISIS DEL COVID-19 EN EL SECTOR SALUD EN
BOGOTÁ. SUBRED NORTE(ESE) EN 2020**

Luis Enrique Páez Falla

Iván Esneider González

Maestría en Administración Pública,
Escuela Superior de Administración Pública

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Administración Pública

Tutora: Profesora Elsy Luz Barrera

Bogotá D.C., agosto 2022

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
PREGUNTA PROBLEMA	15
HIPÓTESIS.....	15
OBJETIVOS	16
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
METODOLOGÍA.....	17
ESTRUCTURA DEL TRABAJO.....	18
CAPÍTULO I. LA ORGANIZACIÓN DE LOS MODELOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTA 2010-2020	20
1.1. Marco conceptual.....	22
1.2. Marco normativo.....	29
1.3. Las estrategias de los modelos de salud en el Distrito Capital en el marco general de los Planes de Desarrollo 2010-2020	34
1.4. Conclusiones	52
CAPÍTULO II. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD - NORTE E.S.E.....	54
2.1. Red Integrada de servicios de salud de Bogotá	54
2.2. Organización de la Subred Integrada de Servicios de Salud - Norte E.S.E.....	55
2.3. Principales hallazgos del cambio de modelo del Acuerdo 257 de 2006 al Acuerdo 641 de 2016.....	59
2.4. Conclusiones.....	63

CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD PÚBLICA ANTE LA LLEGADA DEL COVID-19.....	65
3.1. El escenario de crisis frente a la situación sanitaria en Colombia - Bogotá	70
3.2. El manejo de la pandemia del Covid-19 a Nivel Nacional.....	73
3.3. Conclusiones	80
CAPÍTULO IV. EL PROCESO DE DECISIONES EN BOGOTA Y LA SUBRED NORTE (ESE) FRENTE AL COVID-19.	82
4.1. Medidas y decisiones tomadas por el Distrito Capital.....	82
4.1.1. Capacidad De Atención Hospitalaria En Las Unidades UCI Antes y Después de la Llegada del COVID-19 en Bogotá.....	86
4.1.2. Optimización eficiente de los recursos para el normal funcionamiento de los programas en salud pública en Bogotá	91
4.1.3. Manejo de los recursos a través de la contratación directa a nivel Bogotá.....	93
4.1.4. Corferias: ejemplo de las estrategias y mecanismos utilizados de apoyo al sector salud en Bogotá. Un espacio transitorio.....	96
4.2. Las acciones tomadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud - Norte E.S.E.....	100
4.2.1. Reorganización de Servicios Hospitalización por Pandemia Covid-19	102
4.2.2. Manejo de los recursos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E....	104
4.4. Conclusiones	110
CONCLUSIONES GENERALES.....	113
HALLAZGOS.....	114
REFLEXIÓN FINAL.....	117
BIBLIOGRAFÍA	119

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Estructura del Sistema de Salud Colombiano</i>	9
Tabla 2. <i>Normograma de la Salud en Colombia, Bogotá y la Subred Norte ESE hasta el año 2020</i>	29
Tabla 3. <i>Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva" Consolidado de Inversión por sector (cálculos preliminares) millones de \$ 2008</i>	37
Tabla 4. <i>Plan de Desarrollo Bogotá 2016-2020</i>	45
Tabla 5. <i>Metas en el sector Salud 2020-2024</i>	49
Tabla 6. <i>Ventajas de la Subred Norte E.S.E.</i>	58
Tabla 7. <i>Unidades de servicio de la Subred Norte</i>	58
Tabla 8. <i>Acciones tomadas por el gobierno para prevenir el Covid-19</i>	75
Tabla 9. <i>Objetivos específicos del plan de Contingencia</i>	76
Tabla 10. <i>Fundamentos del Acuerdo 761 de 2020</i>	83
Tabla 11. <i>Bienes y servicios – Estrategias</i>	85
Tabla 12. <i>Empleos gestionados 2020</i>	85
Tabla 13. <i>Ingresos y rentas de la Subred Norte ESE 2016-2020</i>	105
Tabla 14. <i>Gastos Subred Norte 2016-2020</i>	106
Tabla 15. <i>Órdenes de Prestación de Servicio Subred Norte ESE 2017-2020</i>	108
Tabla 16. <i>Bienes y Servicios de la Subred Norte 2017-2020</i>	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Programas para dar cumplimiento de las metas - Plan de Desarrollo Bogotá Humana</i>	40
Figura 2. <i>Nuevo modelo de atención en salud para Bogotá</i>	43
Figura 3. <i>Rutas Integrales de Salud en Bogotá</i>	44

Figura 4. <i>Programas del Plan de Desarrollo 2020-2024</i>	49
Figura 5. <i>Metas y logros en el nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política</i>	51
Figura 6. <i>División Subred Norte de Bogotá</i>	56
Figura 7. <i>Subred Integrada De Servicios De Salud - Norte E.S.E.</i>	57
Figura 8. <i>Líneas de acción</i>	77
Figura 9. <i>Programa de rastreo de pruebas</i>	78
Figura 10. <i>Programa del Plan de Desarrollo en Bogotá 2020-2024</i>	84
Figura 11. <i>Capacidad instalada/ Población beneficiaria</i>	101
Figura 12. <i>Medidas para paciente COVID-19</i>	101

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. <i>Estilos gerenciales</i>	24
Ilustración 2. <i>Integración del Sector Salud en el distrito Bogotá – Acuerdo 641 de 2016</i>	25
Ilustración 3. <i>Micro Territorios de Salud a Su Casa</i>	36
Ilustración 4. <i>Histórico de afiliaciones al SISBEN 2004-2011</i>	37
Ilustración 5. <i>Curva de contagios casos Colombia de marzo-diciembre de 2020</i>	72
Ilustración 6. <i>Curva de contagios casos Bogotá de marzo-diciembre de 2020</i>	73
Ilustración 7. <i>Unidades de cuidados intensivos</i>	90

RESUMEN

Dado que la salud pública toma preponderancia en la agenda pública de los gobiernos de acuerdo con las necesidades socioeconómicas que día a día se presentan, como consecuencia del covid-19 no hay duda de que los esquemas de salud pública se deben adaptar o modificar, así como el diario vivir. el COVID-19 lleva a las entidades de salud a desplegar al máximo sus capacidades institucionales para gestionar la crisis. En el caso de la ciudad de Bogotá, esta se encuentra organizada en 4 subredes para atender a los usuarios de salud, como parte del modelo de red integrada de servicios de salud adoptado a partir del año 2016. Este informe de investigación analizó medidas administrativas adoptadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud - Norte E.S.E. en la capital, en concordancia con las directrices del nivel nacional, distrital y el modelo gerencial de salud de la ciudad con el fin de comprender como se realizó la gestión de crisis en este sector ante una situación de incertidumbre y ambigüedad en la ciudad que concentra el mayor número de habitantes del país durante el primer año de la epidemia.

PALABRAS CLAVE

Salud Pública, Administración Pública, Modelos de salud, Subred Norte E.S.E., Bogotá, COVID-2019, Gestión de crisis.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano tiene como fin, entre otros, el mejoramiento de la calidad de vida, comprendiendo aspectos como oportunidades de igualdad, consumo material, derecho a la vida, a la salud¹, las libertades políticas, civiles y la protección al medio ambiente. En consecuencia, desde la administración pública se deben ofrecer diferentes posibilidades y derechos en las áreas políticas, económica y civil a todos los individuos del territorio colombiano, sin distinción de religión, sexo, raza y color.

De tal manera que la Salud Pública se determina como uno de los esfuerzos organizados de una sociedad para prevenir, controlar y atender los problemas de salud, la prevención, control y atención de las complicaciones de salud y promover una vida saludable. El panorama mundial ha venido mostrando que la salud pública es uno de los factores que debe brindar garantías de bienestar a la población en todos los grupos atareos.

En esa misma búsqueda de bienestar y calidad de vida, el Estado busca permanentemente estructurar de la manera más organizada posible el sector salud; para mejorar el cubrimiento, la atención y los servicios que presta a las personas y al medio, al igual que las relaciones entre el servicio de salud y las acciones de bienestar social. La primera intención de la reorganización del sector está en la transformación del estilo gerencial y, según Sotelo (2013)

la capacidad administrativa para procurar una gestión más efectiva y ágil, altamente productiva y de calidad aceptable. Simultáneamente, se requiere iniciar una intensa movilización de recursos, nacionales e internacionales, para lograr la transformación de los Sistemas de Salud de acuerdo a las necesidades de la población (pág. 8).

En el área de salud es necesario conocer el estado de esta y el entorno socioeconómico y político de cada país para identificar si se cuenta con un sistema de servicios de salud de

¹ La salud entendida como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1948).

calidad, accesibilidad, oportunidad y disponibilidad. Hace varias décadas se le planteo a los países en desarrollo trabajar por una “salud para todos”², tomando como base la estrategia de Atención Primaria en Salud apoyada en el fortalecimiento y descentralización de los sistemas de salud a nivel local. Debido al progreso actual, para garantizar el derecho a la salud, es necesaria la definición integral de los diferentes componentes, los cuales logran un papel importante en la mejora del impacto de las acciones ejecutadas, hacia servicios más eficientes y así mismo exigiendo modificaciones estructurales en las diferentes áreas críticas, teniendo en cuenta que existe un sistema plural en donde los objetivos son compartidos y el Estado debe velar por el buen funcionamiento del sistema.

Para Colombia, garantizar el goce efectivo del derecho a la salud se constituye en una prioridad. Por esto, el Plan Nacional de Salud Pública (en adelante PNSP) instituye la orden constitucional respecto del derecho a la salud, desde diferentes conceptos. El Plan Decenal de Salud Pública³, diseñado para los años 2012-2021, buscaba reducir la inequidad en salud bajo los siguientes objetivos estratégicos, entre los cuales se pretende avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; mejorar las condiciones de vida y salud de la población; además de lograr la cero tolerancia a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

² Partiendo de los postulados de la Declaración Alma-Ata 1978, donde se resalta la desigualdad en el estado de salud de las poblaciones, debido al desarrollo de los países, la política, lo social y lo económico; por lo tanto, se plantean objetivos para que los gobiernos cuiden el estado de salud de sus pueblos (World Health Organization, 1978). Por lo anterior, desde la Organización Mundial para la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se han establecido hojas de ruta y planes para que en los países en desarrollo se alcancen los postulados de la Declaración de 1978.

³ Actualmente, se encuentra en construcción en Plan Decenal contemplado para los años entre 2022 y 2031.

A partir de la creación del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS⁴) en Colombia con la ley 100 del año 1993, se definió como objetivo del sistema de salud:

Garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro (Ley 100, 1993).

El sistema de salud colombiano está regulado por el gobierno nacional, es pertinente aclarar que para la Alcaldía de Bogotá este debe cumplir aspectos de eficiencia, universalidad, integralidad, unidad y participación (citado por (Diaz Losada, 2014)), para ello, en Colombia se encuentra presente el modelo tipo modular como lo muestra la tabla 1, el cual se divide en tres secciones las cuales pretenden prestar los servicios en salud bajo los parámetros iniciales.

Tabla 1. Estructura del Sistema de Salud Colombiano

PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO
EL ESTADO: ACTÚA COMO ENTE DE COORDINACIÓN, DIRECCIÓN Y CONTROL.	Los aseguradores: Entidades de carácter privado que aseguran a la población, actuando como intermediarios y administradores de los recursos que provee el Estado mediante las Unidades de Pago por Capitación – UPC-	Los prestadores: Son las entidades que prestan los servicios directos a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para recuperar la salud y la prevención de la enfermedad.
ENTIDADES: MINISTERIO DE SALUD, COMISIÓN REGULADORA EN SALUD, SUPERINTENDENCIA DE SALUD.	Entidades: Entidades promotoras de salud -EPS- y las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-	Entidades: Instituciones Prestadoras de Salud – IPS, Hospitales, clínicas, laboratorios, ambulancias, personal de salud, entre otros.

Nota. Elaboración propia basado en el texto “Habilidades gerenciales en salud” (Diaz Losada, 2014, pág. 3).

⁴ Tiene sus fundamentos en la economía de mercado, según nos cuenta Sandra Barrios (2015), este modelo permitió la participación de agentes privados en la prestación de servicios de salud, creando así un mercado en actividades como el aseguramiento (Empresas promotoras de Salud) y prestación de servicios.

A la par, mediante la Ley 100 de 1993, se establecen los dos principales regímenes⁵ que rigen a los colombianos, uno es el régimen subsidiado, donde se encuentra la población que no cuenta con recursos en el país y que no tiene capacidad de pago, este es prestado en su totalidad por el Estado, la población vulnerable se encuentra en el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales⁶ -SISBEN-. El otro régimen es el contributivo, del cual hace parte la población que se encuentra vinculada laboralmente, o que cuentan con capacidad de pago suficiente, como lo son los trabajadores independientes o los pensionados (Hernández Palma, Muñoz Rojas, & Barrios Parejo, 2017)

A pesar de la importancia que tiene la efectiva prestación de los servicios en salud, afirman Hernández Palma, Muñoz Rojas, & Barrios Parejo (2017) que frecuentemente el sistema se encuentra en crisis por la gestión organizacional, la prestación inadecuada de los servicios, la falta de financiación por parte del Estado.

Para una adecuada prestación del servicio, se cuenta con las instituciones mencionadas en el módulo secundario y en el terciario. Además, en el régimen subsidiado se encuentran las Empresas Sociales del Estado -ESE⁷-, reglamentadas por el Decreto 1876 de 1994, las cuales se constituyen en una categoría especial de entidad pública que tiene por objetivo prestar el servicio de salud a cargo del Estado (Presidencia de la República de Colombia, 1994).

⁵ Existen regímenes especiales.

⁶ Según Hernández Palma, Muñoz Rojas, & Barrios Parejo (2017) es una práctica de focalización del gasto público a las poblaciones más vulnerables.

⁷ De acuerdo con la entrevista realizada al Líder del presupuesto de la Subred Norte de Bogotá, se puede afirmar que las E.S.E. son empresas descentralizadas y autosuficientes que deben vender servicios; realizar los respectivos cobros y con ese ingreso pagar sus obligaciones como cualquier empresa del mercado. En cuanto a los temas presupuestales es importante aclarar que de acuerdo con el manual operativo presupuestal del Distrito Capital (Resolución SHD No 191 de 22 de septiembre de 2022) quien designa el presupuesto para estas entidades es el CONFIS, el cual se aprueba de acuerdo con el comportamiento de la entidad en cuanto a sus ingresos. Sin embargo, para este tipo de entidades el presupuesto asignado normalmente es inferior al de las necesidades que tiene la entidad durante su vigencia.

Según el Departamento Nacional de Planeación [DNP] y en concordancia con lo estipulado por la Ley 1122 de 2007 la salud pública en Colombia se concibe como un conjunto de políticas integrales que persiguen garantizar de forma eficaz la prestación de servicios de salud a la sociedad, mediante acciones implementadas tanto de forma individual como colectiva, puesto que sus resultados se convierten en indicadores de las condiciones de desarrollo, bienestar y vida. Las anteriores acciones son realizadas bajo la vigilancia del Estado promoviendo la participación de todas las áreas sociales.

Luego, se expide la Ley 1751 del 2015, Estatutaria de Salud que consagra la salud como un derecho fundamental, con el fin de frenar algunos de los efectos de la Ley 100 de 1993, que incitó a que la prestación del servicio de salud en el territorio Nacional, fuese vista como un negocio por parte de las entidades privadas, algunas veces sin tener en consideración las necesidades de salud a las que se enfrentan los individuos, razón por la cual la accesibilidad a algunos servicios está supeditado al factor económico de las personas y a los dispositivos del mercado.

Posteriormente con la promulgación de la Resolución 3202 de 2016, se organizan las Rutas Integrales de Atención en Salud implementadas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Para atender el Covid-19, el Ministerio de Salud y Protección Social por medio de la Resolución 536 de 2020 establece “el Plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por SARS-Cov-2 (COVID-19).

Instituciones internacionales como Cepal-OPS (2020) expresan que el COVID-19 llega a las diferentes regiones en el marco de una matriz de desigualdad social teniendo en cuenta ejes estructurales como lo son el estrato social, la raza, el género, la situación de discapacidad y el estatus migratorio, entre otros, forman contextos de exclusión y discriminación diversa y concurrente, que fomentan la vulnerabilidad de la sociedad ante la

pandemia. Esta discriminación se refleja en el área de la salud, tanto en la atención como en la accesibilidad y los resultados de los servicios de salud, como también en las condiciones básicas de salud de los individuos y las comunidades, por lo que resulta clave para el manejo de la pandemia, tener en cuenta la desigualdad social existente en el territorio colombiano.

Dado el modelo de salud pública, implementado a partir de la promulgación de la Ley 100 de 1993, en Colombia el gobierno nacional es quien imparte las directrices referentes al manejo de la salud, con la llegada del COVID, según el análisis de gestión de crisis, las entidades públicas tienden a estar estáticas y no responder ante las crisis nuevas de las cuales no se tiene referencia (Rentería, 2022). Teniendo en cuenta lo anterior, se establece entonces que el COVID-19 es un problema de salud pública global y en consecuencia es un problema que debe atender y coordinar la administración pública y los gobiernos nacionales y subnacionales para contribuir a controlar el problema global.

En el caso particular de Bogotá, dentro de la organización del modelo del sistema de salud se expide el Acuerdo 257 de 2006 *“Por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, Distrito Capital”*, en el capítulo VII se organiza todo el sector salud en Bogotá. Tiempo después es emitido el Acuerdo 641 de 2016 por parte del Concejo de Bogotá modificando el acuerdo 257 de 2006. En esta modificación se encuentra como novedad en el sistema de salud bogotano la fusión de los 22 hospitales de la ciudad distribuidos por ubicación geográfica en 4 empresas nuevas denominadas Subredes Integradas de Servicios de Salud; estas son: norte, sur, centro oriente y sur occidente E.S.E., con el objetivo de que cada una de las cuatro empresas presten servicios de salud de todos los niveles de atención.

Bajo el Acuerdo 641 de 2016, se establece como misión del sector salud en Bogotá: Formular, adoptar, dirigir, planificar, coordinar, ejecutar y evaluar las políticas para el mejoramiento de la situación de salud de la población del Distrito Capital, mediante

acciones en salud pública, prestación de servicios de salud y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Acuerdo 641, 2016).

Desde el punto de vista de la administración pública, son estrategias que ayudan a la organización de la ciudad y la calidad de vida de las personas. En primer lugar, porque organiza por zonas la prestación del servicio a los pacientes facilitando así su acceso dentro su misma localidad a los hospitales y a la vez les evita grandes desplazamientos por la ciudad al poder recibir atención relativamente más cerca de sus hogares.

El presente trabajo es el resultado que se presenta como parte del proceso académico en el marco del último requisito de grado para el programa de posgrado de Maestría en Administración Pública de la Escuela Superior de Administración Pública conducente a las materias y conocimientos adquiridos, el cual pretendía en un principio analizar la organización y funcionamiento de la estrategia de salud pública implementada en Bogotá, emerge la declaración de pandemia mundial por el COVID-19, lo cual hace necesario replantear el análisis a realizar y dado que bajo este contexto, se presenta la oportunidad de realizar un análisis sobre la gestión de la crisis de las organizaciones, para este caso, las de salud.

Por lo anterior, en Bogotá, bajo el modelo de red integrada para la prestación de servicios en salud, acordada desde el año 2016, empieza a gestionar la pandemia desde sus cuatro redes, una de ellas denominada Subred Integrada de Salud Norte E.S.E. mediante la cual se pretende analizar las medidas administrativas tomadas a partir de la crisis identificada en las organizaciones de salud, bajo la premisa de la llegada de un evento no conocido, en un escenario de incertidumbre.

Problema de investigación

En Colombia hay un nivel central que fija las políticas nacionales, que en el caso de salud recae en el Ministerio de Salud y la Protección Social, es la institución que fija las políticas, reglas, parámetros y lineamientos que se deben seguir en su campo de competencia,

y los niveles subnacionales, en nuestro caso, la ciudad de Bogotá como Distrito Capital debe acoger esas normas y lineamientos en salud, y enfocar sus esfuerzos, direccionar y ejecutar los recursos a través de sus proyectos en concordancia con el plan de desarrollo de la ciudad para atender sus problemas y lograr el progreso de la ciudad.

Según los resultados de la investigación realizada por Suárez Rozo, Puerto García, Rodríguez Moreno, y Ramírez Moreno (2017), se determinan las consecuencias de los actores del sistema de salud en los problemas del sector:

Los resultados mostraron que la corrupción, el incumplimiento de normas y los conflictos entre los intereses de diversos actores del sistema debilitan la legitimidad de este último, atomizan la cooperación y cohesión de los actores y fortalecen el interés particular. La polución normativa, la inconsistencia temporal de las normas y la información incompleta generan incertidumbre, confusión y desintegración en el interior del sistema, con lo cual contribuyen al desenvolvimiento de una crisis regulatoria con respecto a la cual se hace urgente recuperar espacios de toma de decisiones colectivas y concertadas que promuevan el diálogo y la superación de los intereses rentistas individualistas

La dinámica organizacional del sector salud en Bogotá se ha enfocado, en los últimos 20 años, en adaptar y gestionar modelos, enfoques y estrategias de salud pública por parte de sus autoridades para atender los problemas de salud en una ciudad que concentra el mayor número de habitantes del país, teniendo como premisa los problemas que tiene el sector salud en Colombia.

Para el año 2016, en Bogotá se hace una reorganización del sector salud, bajo la lógica del modelo de red integrada de servicios de salud, con enfoque de atención geográfico para mejorar el acceso a la salud de los habitantes de la ciudad. Para el año 2020, aparte de la prestación normal de los servicios de salud, se declara en Colombia la emergencia sanitaria por

causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus, teniendo como premisa que ningún sector estaba preparado para la mitigación y reacción de medidas para contrarrestar los efectos, por otra parte, se toman decisiones de manera paulatina, de acuerdo con directrices supranacionales como la Organización Mundial de la Salud.

Por lo anterior, importante analizar el manejo de la toma de decisiones por parte de la Subred Norte E.S.E. como parte de la red integrada de servicios de salud del Distrito Capital, dado que su cobertura geográfica es de seis localidades, que contempla la atención a 3.114.049 personas que habitan las localidades de Suba, Engativá, Usaquén, Chapinero. Barrios Unidos y Teusaquillo.

PREGUNTA PROBLEMA

Tomando en cuenta lo antes expuesto se llega a formular el siguiente interrogante como principal: ¿cuáles fueron las decisiones tomadas como medidas administrativas del gobierno Distrital aplicadas por el sistema de salud pública que se presta en la Subred Norte E.S.E. de Bogotá, para responder a las necesidades de su población con relación a los efectos de pandemia en el año 2020?

En el desarrollo del trabajo se van resolviendo otras dudas como: ¿Cuáles han sido los modelos de salud implementados en Bogotá entre los años 2010 y 2020?, ¿Cómo se manejó la toma de decisiones relacionada con la gestión de la crisis presentada en Colombia, específicamente en Bogotá-Subred Norte E.S.E.?, ¿Qué problemas tuvo que enfrentar la Subred Norte E.S.E. frente a los lineamientos en el manejo de la emergencia sanitaria?, ¿Cómo se relacionó la Subred Norte E.S.E. con el gobierno distrital y el gobierno nacional?

HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta lo anterior, con el desarrollo de esta investigación se pretende indagar si hubo eficacia de las estrategias administrativas implementadas en la Subred Norte

en Bogotá a lo largo de la crisis ocasionada por la emergencia sanitaria del COVID-19, referente a las demandas generadas por los ciudadanos.

De acuerdo con la revisión bibliográfica referente a la gestión administrativa y la gestión de crisis, se establece que las organizaciones públicas en salud no tienen la capacidad de estar preparadas para una catástrofe o para la gestión de eventos que no tengan un histórico o que ya hayan sido gestionados por otros antes⁸, lo cual confirma que estas organizaciones son estáticas y al momento del cambio del entorno, colapsan; aunque se afirma que la administración pública son organizaciones, las que tienen por objetivo satisfacer los intereses generales de la población por esta razón y teniendo en cuenta las circunstancias actuales que se viven a nivel mundial con la pandemia del COVID-19, y atendiendo a la vida como derecho fundamental se deben adaptar para la prestación sus servicios (Ramió, 2016).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la gestión administrativa desarrollada por el sector salud en la Subred Norte de la ciudad de Bogotá durante el año 2020 de la emergencia sanitaria del Covid-19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar los modelos de Salud Pública en las últimas cuatro administraciones en Bogotá (2010-2020).

⁸ En materia de organizaciones públicas de salud, estas han desarrollado sus planes a través de modelos morbicéntricos donde predominan prácticas curativas, más que las preventivas, dejando de lado las prácticas de prevención y promoción de la Salud, haciendo énfasis en los enfermos y partiendo de causalidades biológicas, lo cual promueve que la salud siga siendo orientada por la enfermedad (López Ríos , Molina Berrio, & Peñaranda Correa, 2018); esto se viene implementando en América Latina desde finales del siglo XX, donde se agudizaron problemas de accesibilidad, participación comunitaria, cobertura, promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Gómez Restrepo, 2022).

- b) Describir la creación organizacional de la Subred Norte E.S.E. como entidad prestadora de los servicios de salud en la ciudad de Bogotá.
- c) Mostrar la situación de Salud Pública en Colombia y en Bogotá debido a la pandemia.
- d) Especificar las medidas tomadas por la Subred Norte de Bogotá para la atención relacionada con la pandemia.
- e) Analizar la eficacia de las medidas implementadas por la Subred Norte en Bogotá en el manejo de la pandemia.

METODOLOGÍA

Para la presente investigación se utiliza un método de tipo cualitativo con enfoque mixto, por la observación y descripción, mediante el cual se pretende dar respuesta a las preguntas de investigación relacionada con el análisis de la gestión administrativa de la Subred Norte de Bogotá en el manejo de la pandemia durante el año 2020.

Por lo anterior, se proponen siete etapas de investigación:

- i)** Análisis normativo referente a la Salud Pública.
- ii)** Revisión documental (normas, ensayos, artículos, informes de gestión, etc.)
- iii)** Descripción de los modelos o esquemas de organización de la Salud Pública en Bogotá, haciendo hincapié en la Subred Norte de Bogotá.
- iv)** Indagación o análisis de la gestión de la crisis para un gobierno nacional y local en sus organizaciones públicas frente a situaciones complejas y de incertidumbre.
- v)** Entrevistas semiestructuradas al personal de la Subred Norte de Bogotá – E.S.E.
- vi)** Sistematización y análisis de la información.
- vii)** Conclusiones.

Así mismo, las fuentes primarias serán: documentación oficial de tipo normativo, informes e información oficiales publicada en los portales web, entrevistas a funcionarios de

la Subred Norte; las fuentes secundarias: noticias, entrevistas aparecidas en medios de comunicación; ensayos y artículos académicos.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO

En este orden de ideas, la presente investigación se desarrolla **en** cuatro capítulos:

- i) La organización de los modelos de salud en la ciudad de Bogotá 2010-2020.
- ii) Subred Integrada de Servicios de Salud - Norte E.S.E.
- iii) Situación de salud pública ante la llegada del COVID-19
- iv) El proceso de decisiones en Bogotá y la Subred Norte (ESE) frente al COVID-19.

El trabajo se divide en dos grandes partes, la primera busca realizar una descripción de los diferentes modelos de salud bajo las diferentes administraciones distritales que ha tenido Bogotá entre el 2010-2020 y la emergencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E.-Norte como resultado de la implementación de las redes integradas de prestación de servicios como sistema para el mejoramiento del acceso al derecho a la salud en la capital, para esto se desarrollan los capítulos uno y dos.

La segunda parte, se basa en el análisis de la gestión de la crisis y la toma de decisiones que se ha dado desde el orden nacional, distrital y en la Subred Norte, para el manejo de la emergencia sanitaria hasta diciembre de 2020, para esto se retoman los capítulos tres y cuatro.

En el primer capítulo se describe el marco conceptual, donde se definen los términos más importantes necesarios para la comprensión del presente trabajo de investigación, luego se hace un marco normativo, mediante el cual se rige el sistema de salud a nivel nacional, a nivel distrital, a nivel de la Subred Norte E.S.E. y los reglamentos más relevantes para el manejo de la pandemia por parte del Sector Salud a nivel nacional. Luego, se especifica cada uno de los esquemas de salud ejecutados desde el año 2010 a 2020, a través de los diferentes

gobiernos de la ciudad de Bogotá, dando alcance a los principales cambios, sobre todo a la reorganización implementada por la administración de Enrique Peñalosa. Por último, se hacen unos primeros hallazgos con la información analizada.

En el segundo capítulo, se habla sobre el modelo de red integrada de servicios de salud, como un modelo que beneficia la prestación de los servicios en este campo en el Distrito, luego se describe el desarrollo de la Subred Norte y la operación, esto con el objetivo de describir el modelo de redes prestadoras de servicios, lógica bajo la cual se reorganizó el sistema de salud en la capital, delimitar la institucionalidad encargada del manejo de la emergencia sanitaria en materia de la salud en esta zona de la ciudad y los principales hallazgos en la transición del modelo el cual atiende la emergencia sanitaria..

En el tercer capítulo, se muestra la situación o el contexto de salud pública desarrollado a raíz del estado de emergencia sanitaria COVID-19, decretado por el Presidente de la República, así se determinará la capacidad de Bogotá, por medio de las cifras y la capacidad de la atención hospitalaria de la red y el manejo de la pandemia a nivel distrital.

En el cuarto capítulo, se especifica y analiza las medidas tomadas (ya sean planes, programas o estrategias) por parte de la Subred Norte con respecto al manejo de los servicios de salud en la pandemia durante el año 2020, donde se resaltan aciertos y desaciertos en el proceso de la toma de decisiones.

Por último, se relacionan las principales conclusiones desarrolladas como parte final del presente trabajo; luego se hace una descripción de los hallazgos más relevantes encontrados a lo largo de la investigación, a partir de los datos recopilados y el análisis de estos; por último, se realizan las reflexiones sobre la realización del presente proyecto.

CAPÍTULO I. LA ORGANIZACIÓN DE LOS MODELOS DE SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ 2010-2020

Los problemas en salud que se están manifestando a nivel global, evidencian la necesidad de generar unas nuevas estrategias administrativas desde el Estado para manejar los problemas de salud pública como el COVID-19 y futuras epidemias producto de los problemas ambientales. desde una mirada general a la salud pública, se han establecido lineamientos en los sistemas de salud, que pretenden atender a la comunidad o al individuo. Los expertos en salud pública han identificado varios modelos conceptuales⁹ (2017) a partir de los determinantes que ocasionan las diferentes problemáticas que deben ser atendidas por las autoridades sanitarias. Entre estos modelos se destacan:

El modelo canadiense: Para este modelo se identifican los determinantes de estilo de vida, ambiente, factores biológicos y los servicios de salud.

El modelo de la Organización Mundial de la Salud (OMS): con tres determinantes a saber, el estructural, dada por la posición social de la persona y sus contextos (social, político, económico, cultural, entre otros). El determinante intermedio son las exposiciones y vulnerabilidades de los diferentes grupos poblacionales (familiar, laboral, escolar, o social) donde se especifican las condiciones materiales de las personas; por último, el determinante proximal, basados en enfoque de riesgo individuales como las morbilidades, la edad, la genética, entre otros. A través de estos determinantes se generan políticas y programas que pretenden fomentar la equidad sanitaria.

El modelo histórico-social o de determinación social, según Breilh (2013) citado por Hernández, Ocampo, Ríos y Calderón (2017) donde se hace necesario revelar las raíces

⁹ Según Roth (2002), citado por Hernández, Ocampo, Ríos y Calderón (2017) es la representación simplificada de un proceso, el cual se inscribe en la teoría y esta con otras teorías, las cuales hacen parte de un marco de análisis.

o causas de las desigualdades y no quedarse en la descripción de estas, las cuales afectan la salud.

Teniendo cuenta los tres enfoques anteriores, para Hernández, Ocampo, Ríos y Calderón (2017) se puede establecer que Colombia se puede tipificar con un determinante intermedio dentro del modelo enmarcado por la OMS, dado que se concibe y se explica a través del modelo de desarrollo económico, social y político.

En la actualidad Bogotá cuenta con el modelo que surge del 49° Consejo directivo, 61 sesión del comité internacional de la Organización Panamericana de la Salud celebrado en la ciudad de Washington del 28 de septiembre al 2 de octubre de 2009 en donde se presenta la Resolución CD49.R22, la cual presenta un modelo de atención primaria de salud basado en redes integradas de servicios de salud; el cual se ajustó a las necesidades de los usuarios en la capital, según el Acuerdo 641 de 2016. Teniendo en cuenta entre otras la ubicación geográfica que prestará todos los niveles de atención y adicional evitando la fragmentación de los servicios de salud por su negativa repercusión en el desempeño general del sistema de salud que prevalecía antes de la citada Resolución.

Por ello, en el presente capítulo se abordarán los aspectos conceptuales, normativos y las principales prioridades determinadas en los planes de gobierno en el Distrito Capital, correspondientes a los años 2010 - 2020 en el manejo de la salud pública, enfatizando en el actual modelo de prestación de servicios por redes acordado en el año 2016 que llevo a una transformación administrativa (organizacional) de las Empresas Sociales del Estado ESE (instituciones de salud) que permite, entre otras, la constitución en 4 redes, incluida la Subred Norte y su esquema de operación. Este cambio organizacional se puso a prueba en la atención del COVID-19 en la ciudad. Esto, con el objetivo de identificar los modelos de Salud Pública en las últimas cuatro administraciones en Bogotá y delimitar la reorganización del sector salud

en la capital bajo la teoría de las redes integradas de servicios de salud, para el mejoramiento de la prestación en la materia.

1.1.Marco conceptual

Para conocer mejor el origen del establecimiento de la normatividad en salud, es necesario entender cómo surgió el modelo de la Atención Primaria de Salud (siglas: AP o APS), según la definición dada en la Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La AP forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad (Organización Mundial de la Salud – OMS, pág. 9).

El anterior concepto instituye una serie de acciones en la prestación del servicio de salud, dentro de la cual se encuentra el diagnóstico, prevención, rehabilitación las cuales deben ejecutarse a partir de un grado primario y local en provecho de la sociedad.

En este orden de ideas, se hace pertinente definir la gestión administrativa, y para ello, hay que describir lo que significa cada palabra, se entiende la administración como un conjunto de eventos que completan actividades conjuntas, consecutivas, planificadas y ordenadas para cumplir con objetivos específicos planteados para las organizaciones (Mendoza Fernández & Moreira Chóez, 2021); por otra parte, la gestión se comprende como asumir la responsabilidad de un proceso en acción consecuente de administrar una actividad que sea productiva, la cual

posibilita la realización de un deseo, teniendo como objetivo aumentar los resultados de la organización (Mendoza Fernández & Moreira Chóez, 2021).

Una definición compuesta es dada por Rojas Martínez, Hernández Palma, & Niebles Núñez (2020), la cual establece que la gestión administrativa es como un esquema mediante el cual se contribuye al desarrollo del ser humano y su entorno, para ello se debe proyectar a largo plazo compromisos de todos los actores participantes para tener la mayor participación y obtener los mejores beneficios a la sociedad en general.

Teniendo en cuenta las definiciones anteriores, la gestión administrativa para el presente trabajo se puede entender como una forma de dirección de las organizaciones que consiste en orientar las acciones y actividades que se gestan en la administración de los objetivos de estas, es decir, es el liderazgo de acciones consecutivas que permiten el aumento de los resultados positivos de las organizaciones, por medio de la realización de actividades enfocadas en el proceso administrativo de la entidad.

Como parte del análisis planteado, es necesario analizar los modelos gerenciales en las entidades prestadoras de los servicios de salud y para ello se sugiere, según Díaz Losada (2014) que los líderes o gerentes deben tener tres tipos de habilidades a saber:

1. **Habilidades técnicas:** Las cuales tiene variables como el conocimiento, la experticia en procesos propios del cargo.
2. **Habilidades humanas:** Habilidades para interactuar de manera efectiva con las partes (empleados, clientes, proveedores, aliados, organismos de control, entre otros).
3. **Habilidades conceptuales:** Formular ideas, entender relaciones abstractas, desarrollar conceptos y resolver problemas.

En este orden de ideas, es preciso recalcar lo dicho por Porter (2011), citado por Díaz Losada (2014), donde se afirma que las empresas deben reconectar el éxito del negocio con el

progreso social para lograr empresas eficiente, de acuerdo con lo planteado por el gobierno nacional y distrital sobre la prestación de los servicios de salud.

También, Hernández Palma, Muñoz Rojas, & Barrios Parejo (2017) resaltan seis tipos de estilo gerencial, los cuales dan cuenta de nuevos modelos administrativos que se exigen para un mayor impacto en la gestión de organizaciones prestadoras de servicios de salud, las cuales se exponen en la Ilustración 1.

Ilustración 1. Estilos gerenciales

Gerencia autocrático	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en la disciplina, obediencia y la eficiencia en el cumplimiento de las metas, de manera rápida. • Marcada jerarquía, tiene a ser dominante e impone ideas.
Gerente Consultivo	<ul style="list-style-type: none"> • Define objetivos y metas en conjunto con los subordinados.
Gerente Deliberativo	<ul style="list-style-type: none"> • Comparte la posibilidad de estructurar metas y objetivos organizacionales. • Evalúa , monitorea y contrasta las metas y objetivos, por lo cual en últimas, el gerente es quien toma la decisión.
Gerente Resolutivo	<ul style="list-style-type: none"> • Es quien controla los objetivos y metas de la organización
Gerente Democrático	<ul style="list-style-type: none"> • Fomenta la participación de los empleados, dejando un espacio para que decidan sobre las funciones y la toma de decisiones.
Gerente Participativo	<ul style="list-style-type: none"> • Permite a los empleados compartir con los gerentes la responsabilidad de la toma de decisiones.

Nota. Elaboración propia con base en el texto “Estilos gerenciales y su influencia en la generación de valor de las instituciones prestadoras de salud en la región Caribe” (Hernández Palma, Muñoz Rojas, & Barrios Parejo, 2017).

En el caso específico de Bogotá, mediante el Acuerdo 641 de 2016, el cual desarrolla la reorganización del sector salud para la ciudad, fusionando en 4 Subredes a las diferentes E.S.E. que tenían presencia en el Distrito, cada subred debe contar con los diferentes niveles de complejidad, una central de urgencias, estas a su vez integradas a una sola red denominada “Red Integrada de Servicios de Salud Distrital”, además se crea el Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud. Mediante el Acuerdo 641 de 2016 se establece una nueva integración del Sector Salud en el Distrito, como lo muestra la ilustración 2.

Ilustración 2. Integración del Sector Salud en el distrito Bogotá – Acuerdo 641 de 2016



Nota. Elaboración propia a partir del Artículo 32 del Acuerdo 641 de 2016 (Concejo de Bogotá D. C., 2016)

Estos cambios, si bien no suprimen ninguna entidad prestadora de salud en el Distrito, permite reagrupar servicios de manera geográfica, optimizando los tiempos de respuesta del sector y prestar un servicio de salud eficiente, dado que las personas ya no tendrían que estar recorriendo toda la ciudad buscando alguna especialidad, sino que al reorganizarse el sector permitía que el acceso a los servicios sea equidistante, territorialmente hablando.

Por otro lado, teniendo como premisa la necesidad de la gestión de la crisis en medio de las organizaciones públicas, se asocia con la capacidad de responder a las emergencias con la anticipación, mitigación o resarcido los daños causados por los eventos en el entorno (Rentería, 2022). Para precisar la definición, se entiende que el cambio de entorno¹⁰ son como

¹⁰ Como definición del entorno es tomada de Aldrich (2008) y Hannan y Freeman (1977) citados por Rentería (2022), dónde este se entiende como todas las fuerzas políticas, sociales, económicas y naturales que ocurren fuera de los límites de la organización que interfieren de una u otra forma en las funciones y actividades de esta. El entorno termina siendo determinante para Rentería (2022), bajo los preceptos de Daft el mal. (1988),

una nueva situación en la que las rutinas administrativas conocidas son insuficientes para enfrentar las nuevas circunstancias y genera incertidumbre (Rentería, 2022), según lo planteado por Weick (1993) citado por Rentería (2022), las herramientas organizacionales para reaccionar ante los problemas públicos tienden a estar rebasado por las circunstancias y colapsa la organización.

Los eventos¹¹ por su parte, son incidentes que suceden en el entorno los cuales se clasifican por el ámbito en el que ocurren, los cuales exigen capacidad de reacción por parte de las organizaciones públicas (Rentería, 2022). Estas capacidades, según Rentería (2022), bajo el escenario del COVID-19, son insuficientes y no dan respuesta a un evento externo, sino que solo permiten una adaptación ante los cambios del entorno.

Generalmente, cuando se habla de crisis en las organizaciones públicas, se tiende a establecer un entorno estático y las rutinas de atención a la crisis son rápidas, flexibles y predictibles a las reacciones gubernamentales, lo que sucede con el COVID-19 evidenció los puntos ciegos en la gestión de las crisis con las entidades y su entorno (Rentería, 2022).

En este orden de ideas, la gestión de la crisis de las organizaciones públicas permite evidenciar que estas no están preparadas para eventos externos que sean abruptos y nuevos, esto permite evidenciar que las organizaciones son inflexibles ante los cambios de entorno con eventos que no han sido analizados previamente; por ende, la toma de decisiones ante este tipo de escenarios con alta incertidumbre hace que las organizaciones colapsen.

Este concepto es importante, dada la emergencia sanitaria en Colombia, por lo que se puede considerar un evento nuevo, externo, singular, imprevisible, excepcional e incontrolable,

dado que se entiende como fundamental para determinar la supervivencia de las instituciones, ya que cuenta con factores que crean oportunidades y restricciones sobre sus operaciones y los recursos necesarios para esta.

¹¹ Los eventos pueden tener las siguientes variables: la frecuencia con la que ocurren y las consecuencias, nuevos o conocidos, internos o externos, uniformes o singulares, anticipables o imprevisibles, habituales o excepcionales, controlables e incontrolables, entre otros (Rentería, 2022).

lo cual hace que las organizaciones, en este caso de salud, estén rígidas mientras la gestión administrativa de la entidad va tomando decisiones y medidas para enfrentar estos escenarios de incertidumbre.

Por último, debido a que, en Latinoamérica, según la Organización Panamericana de Salud -OPS- (2010) en Las Américas los sistemas de salud se han caracterizado por ser fragmentados¹² lo cual genera dificultad en el acceso a los servicios, baja calidad técnica, uso ineficiente de los recursos y aumento de los costos de producción, lo cual genera una insatisfacción por parte de la población que recibe el servicio.

Es así como se identifica la existencia de la segmentación institucional de los sistemas de salud, la descentralización que divide los niveles de atención, donde es preponderante los programas de salud focalizados en enfermedades, poblaciones y riesgos (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Lo anterior, según la OPS, se ha logrado que en los países de la región Latina el modelo de atención sea erróneo para la población, dejando así, por un lado, los servicios de salud pública y por otro los servicios de atención a las personas¹³.

Como referencia de buenas prácticas, la OMS (2008) citado por la OPS (2010) las define los servicios de salud integrales como:

La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida (pág. 31).

¹² La cual se identifica por medio de la falta de coordinación entre los diferentes niveles y lugares de atención, duplicidad de servicios, deficiente capacidad instalada (ociosa o mal distribuida generando insuficiencia); dificultando así el acceso a los servicios, la continuación de la atención y la falta de coherencia entre los servicios prestados y las necesidades de las personas (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

¹³ Mostrando la debilidad institucional desde la autoridad sanitaria de cada país y el manejo eficiente de los recursos (calidad, cantidad y distribución).

Con base en lo anterior, emerge la creación de redes integradas de servicios -RISS¹⁴- con el fin de combatir la fragmentación y la prestación de servicios de manera equitativa e integración; por ello, la OPS (2010) define las RISS como:

Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (pág. 11).

Lo cual implica que la integración de la RISS busca la articulación entre las organizaciones ya sean públicas o privadas, para la prestación adecuada de los servicios en salud, ya sea preventiva o correctiva, garantizando la continuidad del tratamiento de las enfermedades, indistintamente del nivel de complejidad o a los servicios que deba acceder para ello; es decir, teniendo como centro de atención a la población y no el poder adquisitivo para el acceso al servicio de salud.

Teniendo como fin el mejoramiento del acceso al sistema por parte de la población, reduciendo la fragmentación, mejorando la eficiencia, mejorando los costos y lo más importante, los estados contarían con un sistema de salud que realmente responda con las necesidades y expectativas de la población atendida. Por ende, siendo los contextos latinoamericanos tan diversos, no se puede establecer una única RISS estandarizada, sino que los estados deben ser capaces de alcanzar el diseño institucional ideal que satisfaga las necesidades organizacionales correspondientes a cada sistema.

¹⁴ Cuyo objetivo es contribuir al desarrollo de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

1.2.Marco normativo

Para el desarrollo de la presente investigación la investigación se consultó el marco normativo y procedimental referente a la salud en Colombia y el manejo de la pandemia, iniciando desde la Constitución Política de 1991, pasando por varias leyes, resoluciones y acuerdos tanto de orden nacional, distrital e internos de la entidad en estudio, dentro de los cuales se encuentran los implementados para la mitigación de la pandemia causada por el COVID-19, con el fin de cumplir con el suministro, abastecimiento y cobertura necesaria para la atención de la población que lo requería, incluidos el personal que labora en la Subred Norte de Bogotá -E.S.E-.

Tabla 2. Normograma de la Salud en Colombia, Bogotá y la Subred Norte ESE hasta el año 2020

NORMA	AÑO	TIPO	ENTIDAD EMISORA	DESCRIPCIÓN
13 de junio de 1991 (Constitución Política de Colombia)	1991		Asamblea Nacional Constituyente	<i>Constitución Política de Colombia</i>
Ley 100 del 23 de diciembre de 1993	1993	Ley	Congreso de la República	<i>“Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”</i>
Decreto 1876 del 03 de agosto de 1994	1994	Decreto	Presidencia de la República	<i>“Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado”.</i>
Acuerdo 17 del 10 de diciembre de 1997	1997	Acuerdo	Concejo Distrital de Santa Fe de Bogotá	<i>“Por el cual se transforman los Establecimientos Públicos Distritales Prestadores de Servicios de Salud como Empresa Social del Estado, se crea la Empresa Social del Estado La Candelaria y se dictan otras disposiciones”</i>
Acuerdo 256 del 30 de noviembre de 2006	2006	Acuerdo	Concejo de Bogotá D. C.	<i>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</i>
Ley 1122 del 9 de enero de 2007	2007	Ley	Congreso de la República	<i>“Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</i>
Ley 1150 del 16 de julio de 2007	2007	Ley	Congreso de la República	<i>“Por medio de la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con Recursos Públicos”.</i>
Ley 1438 del 19 de enero de 2011	2011	Ley	Congreso de la República	<i>“Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”</i>

NORMA	AÑO	TIPO	ENTIDAD EMISORA	DESCRIPCIÓN
Ley 1474 del 12 de julio de 2011 (Ley 1474)	2011	Ley	Congreso de la República	<i>“Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”.</i>
Decreto Ley 019 del 10 de enero de 2012	2012	Decreto	Presidencia de la República	<i>“Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública”.</i>
Ley 1523 del 24 de abril de 2012	2012	Ley	Congreso de la República	<i>“Por la cual se adopta la política nacional de gestión del riesgo de desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones”</i>
Resolución 5185 del 04 de diciembre de 2013	2013	Resolución	Ministerio de Salud y Protección Social	<i>Por medio de la cual se fijan los lineamientos para que las Empresas Sociales del Estado adopten el estatuto de contratación que regirá su actividad contractual</i>
Acuerdo 641 del 07 de abril de 2016	2016	Acuerdo	Concejo de Bogotá D. C.	<i>“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”</i>
Decreto 780 del 06 de mayo de 2016	2016	Decreto	Presidencia de la República	<i>“Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”</i>
Acuerdo 003 del 17 de mayo de 2016- Régimen de Transición	2016	Acuerdo	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	<i>“Por el cual se expide el Estatuto de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE”</i>
Resolución 0371 del 08 de julio de 2016- Régimen de Transición	2016	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	<i>“Por medio del cual se expide el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE”</i>
Acuerdo 008 del 05 de abril de 2017	2017	Acuerdo	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	<i>“Por el cual se establece la Estructura Organizacional de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE”</i>
Acuerdo 010 del 18 de abril de 2018	2018	Acuerdo	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	<i>“Por el cual se expiden los Estatutos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE”</i>
Acuerdo 024 del 20 de septiembre de 2017	2017	Acuerdo	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	<i>“Por medio del cual la Junta Directiva de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, modifica los Acuerdos Nos 03 y 23 de 2016 que adoptan el Estatuto de Contratación”</i>
Resolución 1200 del 07 de diciembre de 2017	2017	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	<i>“Por el cual se adopta el Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE”</i>
Resolución 311 del 18 de mayo de 2018	2018	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	<i>“Por medio del cual se adoptó el Manual de Supervisión e Interventoría aplicable al proceso de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., el cual contiene el procedimiento relacionado con las funciones y actividades del supervisor, sus facultades, responsabilidades, prohibiciones y demás requisitos de ley”</i>

NORMA	AÑO	TIPO	ENTIDAD EMISORA	DESCRIPCIÓN
Resolución 0394 de 2018	2018	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	"Por medio de la cual se modifica la Resolución 1200 de 2017, Manual de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., respecto a la Negociación Conjunta a través de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica EAGAT"
Resolución 163 de 2018	2018	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	"Por el cual se crea el Comité de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE"
Resolución 046 del 01 de febrero de 2019	2019	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	"Por el cual se modifica la Resolución 163 de 2018 del Comité de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE"
Resolución 158 del 05 de abril de 2019	2019	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	"Por la cual se modifica y adiciona el capítulo de otros mecanismos de selección, el procedimiento para la contratación con la EAGAT, relacionada con la prestación de servicios como Apoyo a la Gestión en actividades no misionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E"
Resolución 194 del 22 de abril de 2019	2019	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	"Por la cual se modifica el capítulo relativo de modalidad de contratación especial de obra pública dentro del Manual de Contratación de la Subred Norte E.S.E"
Resolución No. 311 del 16 de septiembre de 2019- VERSIÓN 2	2019	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	"Por medio del cual se adoptó el Manual de Supervisión e Interventoría aplicable al proceso de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., el cual contiene el procedimiento relacionado con las funciones y actividades del supervisor, sus facultades, responsabilidades, prohibiciones y demás requisitos de ley"
Circular 005-2020 del 11 de febrero de 2020	2020	Circular	Ministerio de Salud y Protección Social	"Directrices para la detección temprana, el control y la atención ante la posible introducción del nuevo coronavirus (2019-ncov) y la implementación de los planes de preparación y respuesta ante este riesgo"
Decreto 081-2020 del 11 de marzo de 2020	2020	Decreto	Alcaldía Mayor de Bogotá	Por el cual se adoptan medidas sanitarias y acciones transitorias de policía para la preservación de La vida y mitigación del riesgo con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID-19) en Bogotá, D.C., y se dictan otras disposiciones
Decreto 087-2020 del 16 de marzo de 2020	2020	Decreto	Alcaldía Mayor de Bogotá	"Por el cual se declara la calamidad pública con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID-19) en Bogotá, D.C."
Decreto 537-2020 del 12 de abril de 2020	2020	Decreto	Ministerio de Salud y Protección Social	"Por el cual se adoptan medidas en materia de contratación estatal, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica"

NORMA	AÑO	TIPO	ENTIDAD EMISORA	DESCRIPCIÓN
Decreto 551-2020 del 15 de abril de 2020	2020	Decreto	Ministerio de Hacienda y Crédito Público	Por el cual se adoptan medidas tributarias transitorias en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica
Resolución 269 del 15 de mayo de 2020	2020	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	“Por la cual se efectúa una delegación de funciones en cada uno de los Asesores, Jefes de Oficina Asesora, Jefes de Oficina, Subgerentes y Directores de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE”
Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 Modificada por las Resoluciones: Resolución 844 de 2020 del 26 de mayo de 2020 Resolución 1462 de 2020 del 25 de agosto de 2020 Resolución 2230 de 2020 del 27 de noviembre de 2020	2020	Resolución	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus Por la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID 19, se modifica la Res 385-2020 Por medio de la cual se prorroga la emergencia sanitaria por el nuevo Coronavirus que causa la COVID 19 Por medio de la cual se prorroga la emergencia sanitaria
Resolución 508 del 31 de julio de 2020	2020	Resolución	Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE	“Por el cual se modifica el Comité Asesor de Contratación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE, creado mediante Resolución 046 del 01 de febrero de 2019”

Nota. Elaboración propia basado en el marco normativo hasta el año 2020 publicado en: <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/normativa.aspx> y <https://www.Subrednorte.gov.co/transparencia>

Por medio de esta normativa, se establece parte de las herramientas legales que se implementaron para lograr cubrir las necesidades en materia de salud a las cuales se vio invocado el país, en aras de salvaguardar y proteger la vida de la ciudadanía.

Bajo la normatividad presentada, como entidad responsable está el Ministerio de Salud y Protección Social, pero para el caso de estudio también se encuentra la implementada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. Por lo anterior, en el desarrollo del presente trabajo en una primera parte se hablará de cómo se estructuraron los planes de gobierno en materia de salud desde el año 2010 hasta el 2020 en el Distrito Capital.

Como base principal del presente trabajo, se toma la Ley 100 de 1993, para explicar el modelo de la salud en Colombia, también se hace la transición de los Establecimientos Públicos Distritales prestadores de servicios de salud a Empresas Sociales del Estado, mediante el

Acuerdo 017 de 1997. Para el año 2006, mediante el Acuerdo 256 del Concejo de Bogotá D. C., se modifica la estructura del sector salud para el Distrito Capital, conformado por un (1) Fondo Financiero y veintidós (22) E.S.E. distribuidas en las 20 localidades.

Luego, mediante el Acuerdo 641 del 07 de abril de 2016, se realiza la reorganización del sector salud en Bogotá y se crea la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., en la cual se fusionan las Empresas Sociales del Estado de Usaquén, Chapinero, Suba, Engativá y Simón Bolívar. La integración de la red integrada de salud se coordinará mediante el Comité Directivo de Red integrado por el Secretario de Salud, los gerentes de cada una de las E.S.E., el gerente de Capital Salud EPS y el gerente de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (Concejo de Bogotá D. C., 2016).

Mediante el Acuerdo 008 del 05 de abril de 2017, se crea la estructura orgánica de la entidad; luego, entre el año 2017 y 2018 se expiden para régimen interno diferentes manuales para la operación de la E.S.E., como el estatuto de contratación, supervisión entre otros.

Ya para el manejo de la pandemia, el Ministerio de Salud emite varias circulares en el año 2020 para la atención de todo el sistema de salud nacional, entre ellas se encuentra la Circular externa No. 17 de 2020, mediante la cual se dictan lineamientos como medidas de promoción y prevención ante la detección de casos de enfermedad por coronavirus; mediante la Circular Externa¹⁵ No. 21, se emiten medidas de protección al empleo con ocasión a la fase de contención del COVID-19 y la declaración de la emergencia sanitaria.

Para el Distrito de Bogotá, también se manejó una normativa, que iba en concordancia con el orden nacional, por lo cual se expide el Decreto 081 del 11 de marzo de 2020, el cual da lineamientos sobre las medidas sanitarias y acciones transitorias para la mitigación del riesgo con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus (COVID-19). Luego,

¹⁵ Así como la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 y el Decreto 457 del 22 de marzo de 2022, la cual declara la emergencia sanitaria y sus correspondientes prórrogas.

mediante el Decreto 087 del 16 de marzo de 2020 se declara la calamidad pública con ocasión de la situación epidemiológica causada por el Coronavirus. Por último, se observa que la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., solo emitió en el 2020 normativa que regula los procesos de contratación de la entidad.

1.3. Las estrategias de los modelos de salud en el Distrito Capital en el marco general de los Planes de Desarrollo 2010-2020

Teniendo en perspectiva el marco conceptual y normativo sobre el desarrollo del sector salud en el Distrito Capital, se presentan los modelos de salud contemplados en los Planes de Desarrollo implementados entre los años 2010 y 2020, de los cuales se hace una descripción breve sobre las orientaciones, características y diferencias del sector en cada gobierno, con el fin de hacer un rastreo de la emergencia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. como parte de la red integrada de los servicios de salud en Bogotá, sobre todo, en el manejo y gestión de la crisis en las entidades de salud frente al COVID-19.

1.3.1. Positiva Bogotá: Para vivir mejor 2010-2012

Desde comienzo de la administración de la Bogotá Positiva (2008-2012) iniciada por Samuel Moreno Rojas y finalizada por Clara López Obregón, se puede mencionar que la salud pública estuvo enfocada en “transformar el modelo de salud hacia la Atención Primaria en Salud (APS) y la estrategia promocional de calidad de vida” (Concejo de Bogotá D.C., 2008), por esta razón la administración incluyó intervenciones integrales en promoción y vigilancia pública, con el fin de desarrollar el fortalecimiento y la autonomía del acceso a la salud, el cual fue reglamentado por el Acuerdo 308 de 2008, expedido por el Concejo de Bogotá.

Una de las estrategias utilizadas, se denominó “Salud a su Casa”, para lo cual se dividió la ciudad en 425 micro territorios, de los cuales se lograron cubrir 369 y dentro de estos se atendieron 579.794 familias correspondientes a 1.862.647 personas (Secretaría Distrital de Planeación, 2011). Básicamente se realizaron intervenciones en la población más vulnerable

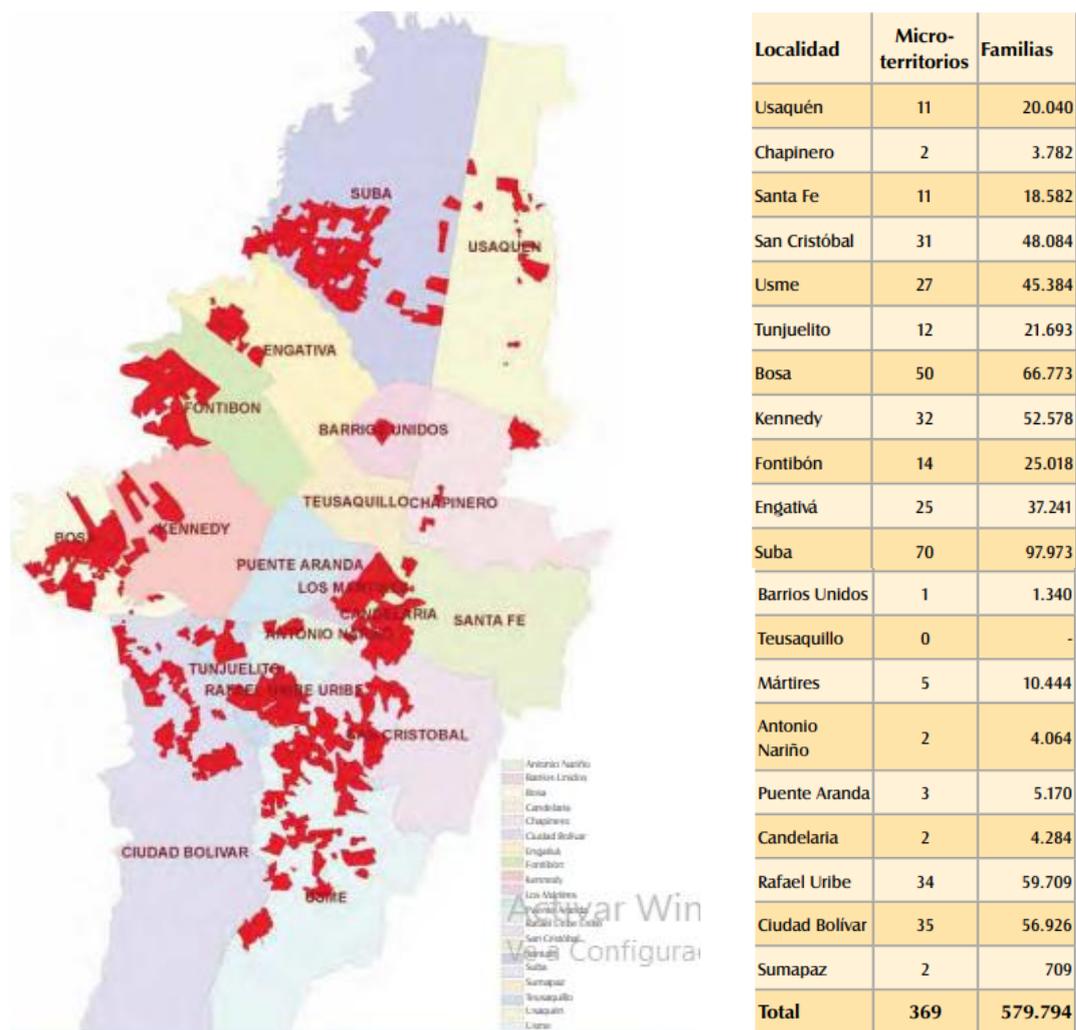
de la ciudad, ubicada en zonas ilegales o en proceso de legalización, en zonas de alto riesgo como riveras de los ríos Juan Amarillo, Fucha y Tunjuelito y cercanía del relleno Doña Juana.

La labor realizada en las familias fue:

- a. Promover los derechos de las familias y personas en situación de discapacidad,
- b. Promover entornos saludables en viviendas compartidas.
- c. Promoción de la salud oral
- d. Promoción en la salud del menor de 5 años
- e. Promoción en la salud de la mujer gestante
- f. Intervención psicosocial con eventos de salud mental, como violencia intrafamiliar, abuso sexual, maltrato infantil entre otros
- g. Orientación para el cuidado de las mascotas; Asesoría a familias para el manejo de vectores y plagas, etc.

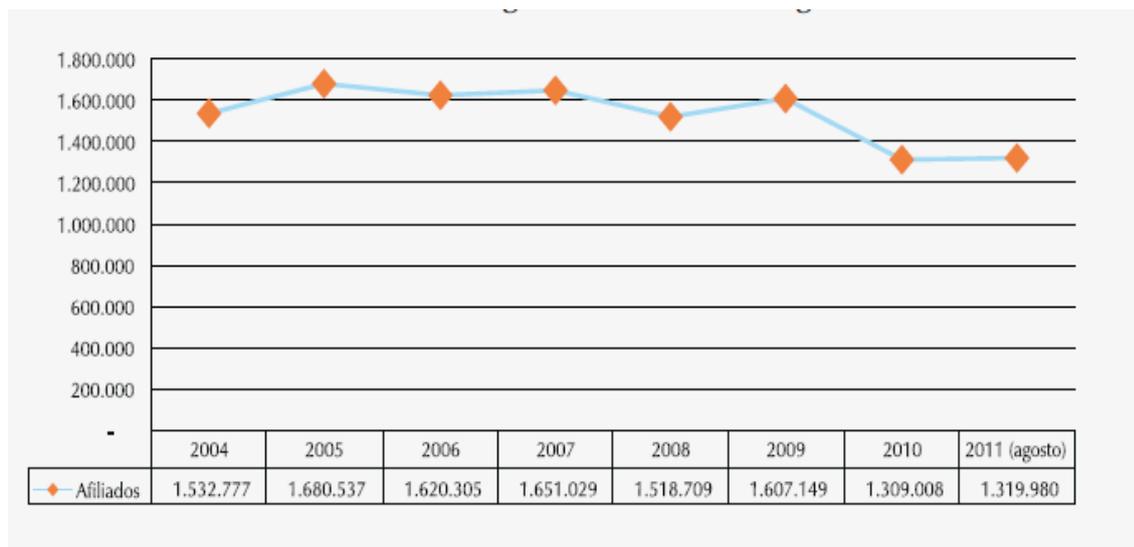
En la ilustración 3, se presenta la Atención Primaria en Salud en la ciudad de Bogotá con la implementación del “Plan Salud a su Casa” para el año 2010.

Ilustración 3. Micro Territorios de Salud a Su Casa



Nota. Tomado del Balance General – Diciembre 2011 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011, pág. 18)

Para la financiación de la prestación de los servicios de salud a la población de los niveles I y II del SISBEN se planteó la gratuidad para las personas discapacitadas, los menores de cinco años y los mayores de sesenta y cinco, esta financiación se reglamentó en el Decreto 345 de 2008 pretendiendo amparar la población más vulnerable de la ciudad, de esta manera para los años 2008 y 2011 se logró afiliar 690.006 personas nuevas al SISBEN, para un total de 1.319.980 residentes ya incluidos los nuevo afiliados , se mantienen afiliados al Régimen Subsidiado en Bogotá, con cierre al 2011 teniendo en cuenta los afiliados antes de 2008 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011), como lo muestra la ilustración 4.

Ilustración 4. *Histórico de afiliaciones al SISBEN 2004-2011*

Nota. Tomado del Balance General – Diciembre 2011 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011, pág. 18)

Otra de las tareas desarrolladas en la Bogotá Positiva, fue la cobertura en vacunación en lo referente a poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola, influenza y paperas, lo que contribuyó a la población menor, madres gestantes y adultos.

Dentro de los análisis realizados por la administración se encuentra que del 100% de la oferta en servicios de salud en Bogotá el 76% se encuentran en la zona norte, mientras que en la zona sur, únicamente el 9%, generando así un desequilibrio, en el sentido que hay 38.7% de prestadores de servicios de salud por cada 100.000 habitantes en la zona norte y 4.1% en la zona sur, y el total para Bogotá corresponde al 18.3% por cada 10.000 habitantes (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011, pág. 25).

El Distrito creó la Empresa Promotora de Salud - Capital Salud, se construyeron los hospitales de Vista Hermosa, Trinidad Galán, Ecoterapia en Nazareth y Guavio.

Tabla 3. *Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva" Consolidado de Inversión por sector (cálculos preliminares) millones de \$ 2008*

Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva" Consolidado de Inversión por sector (cálculos preliminares) Millones de \$ de 2008				
Sector	2008 - 2011		B-A	B/A (%)
	Plan de desarrollo (A)	Ejecutado 2008 - vigente 2011 (C)		
Educación	7.078.679	7.538.278	459.599	106,5
Salud	5.015.004	5.259.817	244.813	104,9
Integración Social	2.124.712	2.126.863	521.972	150,7

Plan de Desarrollo "Bogotá Positiva" Consolidado de Inversión por sector (cálculos preliminares) Millones de \$ de 2008				
Sector	2008 - 2011		B-A	B/A (%)
	Plan de desarrollo (A)	Ejecutado 2008 - vigente 2011 (C)		
Cultura, Recreación y Deporte	723.335	655.245	-68.090	90,6
Ambiente	257.998	245.988	-12.010	95,3
Hábitat	729.419	459.208	-270.211	63
Gestión Pública	154.456	182.845	28.389	118,4
Gobierno, Seguridad y Convivencia	1.206.320	1.087.314	-119.006	90,1
Hacienda	290.673	264.758	-25.915	91,1
Planeación	136.427	106.890	-29.537	78,3
Desarrollo Económico, industria y Turismo	598.514	423.355	-175.159	70,7
Movilidad	5.049.728	3.507.135	-1.542.593	69,5
Otras Entidades	33.171	52.914	19.743	159,5
Total	23.398.436	21.910.610	-1.487.826	93,6

Nota. Tomado del Balance General – Diciembre 2011 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011, pág. 182).

Como se puede observar en la Tabla 3, el porcentaje de destinación de los recursos en el Sector Salud a nivel Distrital corresponde al 21,43 % del total de los recursos programados para la vigencia del plan (2008-2012).

Así mismo dentro de las principales medidas tomadas bajo el programa de gobierno correspondiente a los años entre 2008 y 2012 (Concejo de Bogotá D.C., 2008), estuvieron la creación de la EPS Capital Salud y la puesta en marcha del Banco Público de Órganos y Tejidos, las jornadas de vacunación y la división territorial en microterritorios para atender a las familias vulnerables, las cuales solo se beneficiaron el 29 % de lo proyectado, según el Balance General del Plan de Desarrollo (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011). El esquema de vacunación mejoró la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad en menores de cinco años en el Distrito.

La tendencia en Bogotá para esta línea de tiempo se hace bajo el determinante intermedio de la OMS, donde se evidencian las exposiciones y vulnerabilidades, a partir de las cuales se toman las decisiones del manejo del sector salud para llegar a toda la población.

1.3.2. Bogotá Humana 2012-2016.

En el periodo de la Administración de Gustavo Petro, se prestó especial atención al área de salud con el fin de minimizar la brecha existente entre personas adineradas y personas con menos recursos, se buscó implantar un “modelo de salud humanizado y participativo, basado en la Atención Primaria y las Redes Integradas de Servicio”. El Plan de Desarrollo Bogotá Humana.; que entró en vigor a partir del Acuerdo 489 de 2012 señala en su artículo 8° lo siguiente:

Territorios saludables y red de salud para la vida desde la diversidad: el cual tiene el propósito de asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de la población, para modificar positivamente las condiciones que determinan su calidad de vida por medio del desarrollo de un modelo de salud humanizado y participativo, basado en la Atención Primaria y las redes integradas de servicios con altos niveles de calidad, transparencia, innovación y sostenibilidad (Concejo de Bogotá D. C., 2012).

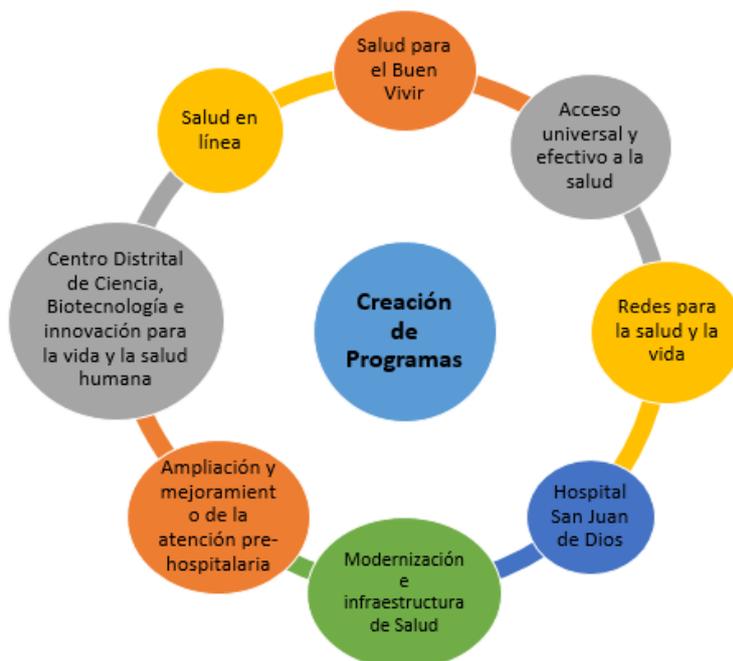
La Administración de Gustavo Petro diseña estrategias que permitan atender en los servicios de salud a todas las personas, especialmente a las más vulnerables. Con ello la Secretaría Distrital de Salud cambia el enfoque de su misión hacia los llamados “Determinantes Sociales de la Salud” modificando el Plan de Intervenciones Colectivas para concentrarse en las personas y sus hábitos de vida cotidiana. Desde ese momento la Secretaria Distrital de Salud -SDS- cambia la perspectiva de la salud hacia un enfoque de derecho, dejando atrás ese concepto de mercado que la hacía ver como un servicio que se vende, un producto negociable o una caridad que se da.

Con programas como salud a la casa, salud al colegio o salud al trabajo entre otros, la SDS inició ese camino de transformación enfocado al derecho del ciudadano a tener y a ejercer su salud, promoviendo la calidad de vida de las personas desde todas las E.S.E., con el desarrollo de los diagnósticos locales de salud se tiene un conocimiento más amplio de las

condiciones de vida de las personas, no solo en salud sino en otros aspectos, con el fin de que esos datos los usen diferentes entidades para los estudios que se requieran, pues es información actualizada y concreta para el servicio de todos.

Todas estas acciones buscan fortalecer la promoción en salud, la detección y la prevención de la enfermedad. El plan tenía como metas garantizar la atención universal en salud, haciendo énfasis en la equidad sanitaria y la salud pública; para lograr estas y sus objetivos se crearon los siguientes programas:

Figura 1. Programas para dar cumplimiento de las metas - Plan de Desarrollo Bogotá Humana



Nota. Elaboración propia, información tomada del Plan de Desarrollo Bogotá Humana (Concejo de Bogotá D. C., 2012).

Adicionalmente en cuanto a la salud pública el plan tenía por objetivo fundamental optimizar el servicio de salud de la sociedad en el Distrito Capital, incentivando el goce pleno del derecho a la salud y minimizando la discriminación, esto mediante la implementación de un esquema de atención en salud fundamentado en la atención primaria, favoreciendo a la persona, familias y todos los miembros de la sociedad sin distinción de raza ni ubicación territorial (Concejo de Bogotá D. C., 2012).

Para lograr esa meta, con el objeto de proteger el derecho fundamental a la salud, el plan cuenta con dos programas (Secretaría Distrital de Planeación, 2012) que consisten en:

- **Bogotá decide en salud:** Involucrar a la ciudadanía en cuanto al control social e incidir en las decisiones públicas, para promover y prevenir el derecho a la salud, reconociendo sus realidades y diversidad territorial y poblacional
- **Fortalecer la gestión y la planeación para la salud.** Mediante la administración en salud y la autonomía del sistema general de seguridad social en salud, con el manejo de políticas públicas elaboradas con los distintos sectores y actores del sistema, esto con el fin de garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos y a accesibilidad de las personas a los servicios de salud, de forma pertinente, basado en la humanización y calidad, sin límites de acceso financieramente sostenible y con plena satisfacción de las necesidades de la sociedad.

De acuerdo con lo anterior, la administración del Alcalde Gustavo Petro pretendió migrar hacia determinantes sociales, los cuales pretenden abordar la raíz de la problemática de la salud pública y no solo ofrecer paliativos en temas de salud, por eso las estrategias estaban enfocadas hacia la diversidad territorial y poblacional.

1.3.3. Bogotá mejor para todos 2016-2020.

Teniendo en cuenta los datos base del plan de desarrollo (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016), se cita el informe de calidad en el programa “*Bogotá Como Vamos*”, para el año 2015, donde se afirma que el 43% de los encuestados indica que en la capital no se les salvaguarda el derecho a la salud, esto debido a los obstáculos de acceso administrativo, financiero, cultural y de ubicación, que se observan en el hacinamiento de los hospitales de tercer nivel, aglomeración del servicio de urgencias y la impertinencia en el agendamiento de citas especialmente cuando se trata de citas con el especialista; este contexto se basa en dos causas:

En primer lugar, la dispersión y desarticulación de la red de prestadores de servicios. En segundo lugar, la poca resolutive clínica en los servicios básicos. En su conjunto tienen efectos en el componente financiero del sector por los elevados costos que se generan y el pobre impacto en salud a causa de la duplicidad de acciones. Además, se reconocen otras situaciones asociadas, tales como la fragmentación de la atención y las deficiencias en la calidad de esta (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016).

En cuanto a la atención integral en salud persigue ejecutar legal, técnica, financiera y operativamente un modelo de promoción y prevención de enfermedades, partiendo de la identificación, clasificación e injerencia del riesgo de salud, fundamentándose en un esquema de salud rural y en una planificación en la atención primaria en salud resolutive, soportada en equipos técnicos especializados que ofrezcan servicios principales y complementarios que brindan la cobertura necesaria a las personas desde su residencia hasta el hospital, llevándolo inicialmente por los centros de atención prioritaria en salud (Concejo de Bogotá D. C., 2016).

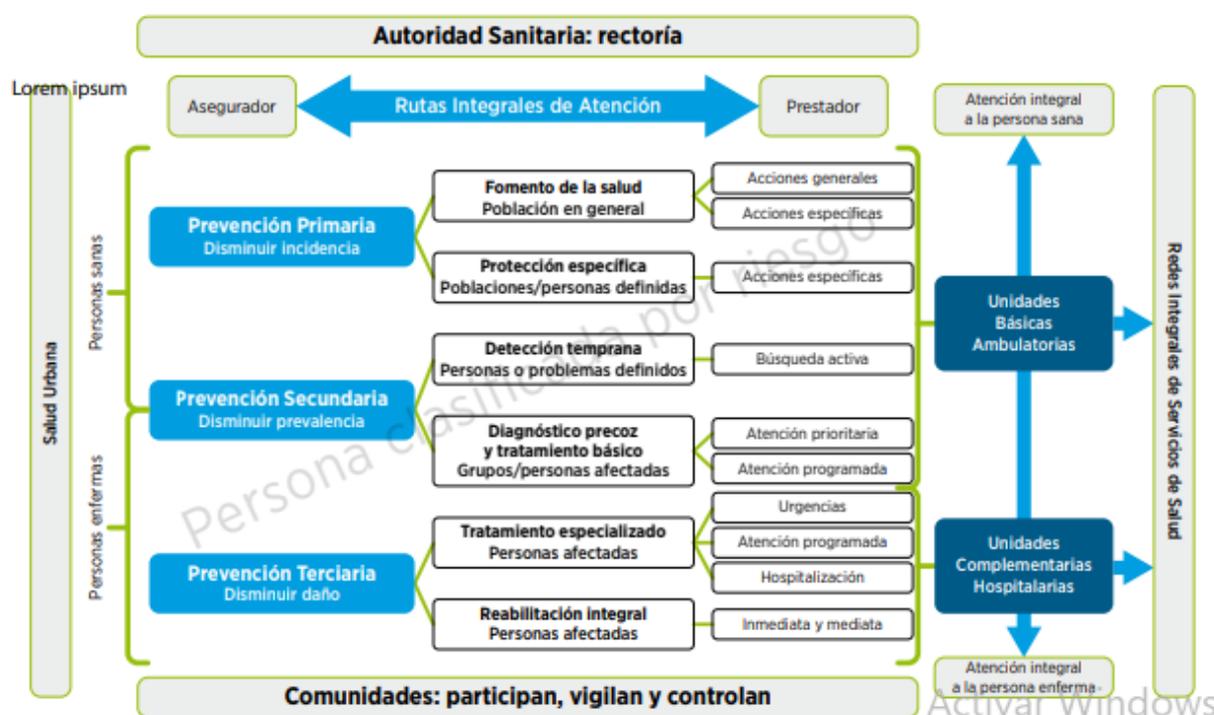
Para el año 2016, se aprueba el Acuerdo 645 de 2016, por medio del cual se adopta el plan de desarrollo *Bogotá Mejor para Todos*, el cual se fundamenta en tres pilares¹⁶: el primero hace referencia a la igualdad de calidad de vida y consiste en propender la equidad y la inclusión social a través de la ejecución de proyectos encaminados principalmente a la población con menos recursos y específicamente a la primera infancia (Concejo de Bogotá D. C., 2016).

Con respecto al sector salud, hubo una transformación administrativa en el modelo, la cual se fundamentó en el modelo de Atención en Salud (ver figura 2), teniendo como objetivo la igualdad en la calidad de vida, para ello la ciudad cuenta con mecanismos para identificar y

¹⁶ Los pilares del plan son: 1. Igualdad de calidad de vida, 2. Democracia urbana; y, 3. Construcción de comunidad y cultura ciudadana.

enfrentar los riesgos de tal manera que se reduzcan los daños que se surten a causa de la mitigación, volviendo a los determinantes intermedios de la OMS.

Figura 2. Nuevo modelo de atención en salud para Bogotá



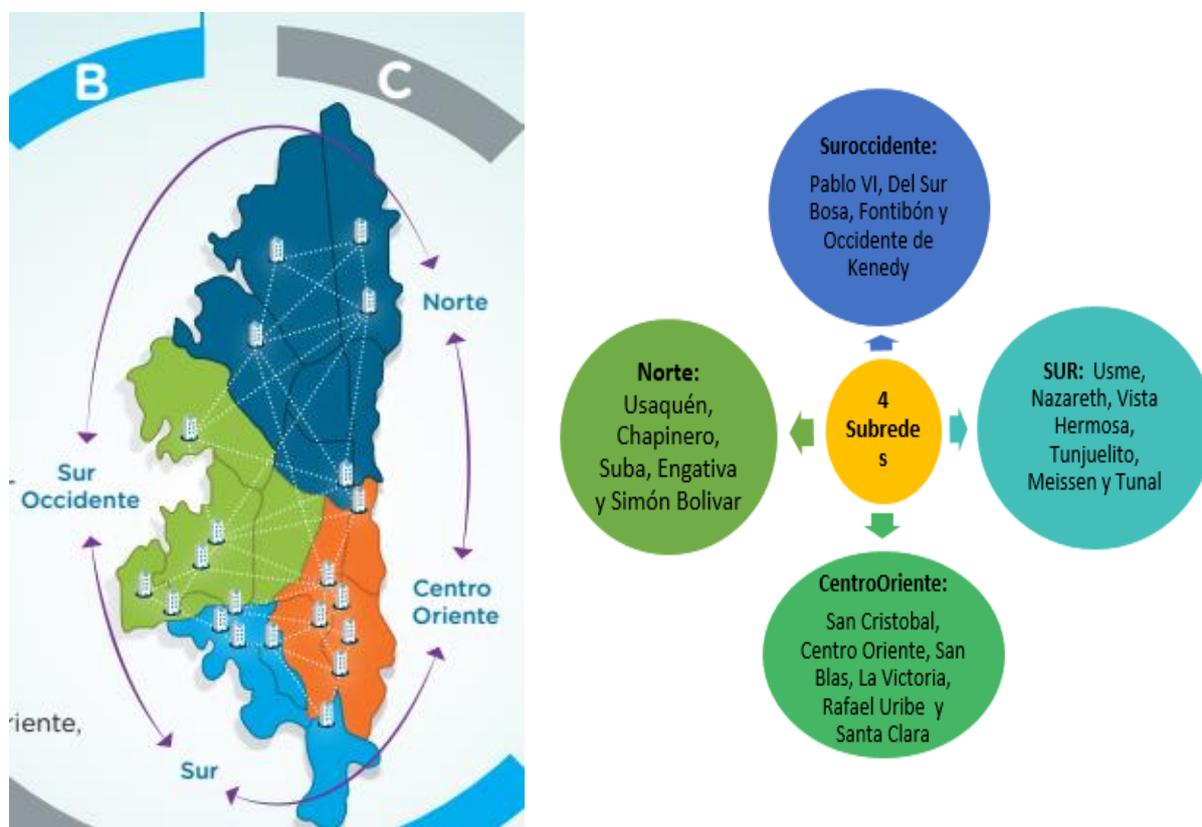
Nota. Tomado del Plan de Desarrollo de Bogotá, Bogotá Mejor para Todos (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016, pág. 133).

El modelo de Atención Integral en Salud - (AIS) maneja los servicios asistenciales con un enfoque que se caracteriza en la atención integral de fácil acceso e intervenciones colectivas, que a través de la coordinación sectorial afectan positivamente los determinantes sociales de la salud. Por lo anterior, se puede afirmar que este plan vuelve a tener como modelo de salud el de la OMS, de tipo intermedio.

La atención en salud se garantiza a través de una Red Integrada de Servicios, y a su vez esta se estructura en cuatro Subredes que prestan desde servicios básicos, ambulatorios, hospitalarios complementarios, con centrales de urgencias, cirugía entre otras. Cada una de ellas se encarga de ofrecer todos los niveles de atención en salud desde el nivel I, hasta el nivel IV.

Para la implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud, se transformaron las veintidós (22) Empresas Sociales del Estado - E.S.E. adscritas a la red pública de hospitales en cuatro (4) Subredes Integradas de Servicios de salud E.S.E. y las cuales se denominan Norte, Sur, Suroccidente y Centro Oriente; las cuales deben prestar todos los niveles de complejidad de atención en salud. Con estas, se busca garantizar la atención oportuna a los ciudadanos en general y que no tengan que hacer largas filas y esperar horas para una cita médica o una atención de urgencias.

Figura 3. *Rutas Integrales de Salud en Bogotá*



Nota. Tomado de la página web de Salud Capital.

http://www.saludcapital.gov.co/Documents/infografia_reorganizacion_salud.pdf

Permitiendo esta fusión la segregación en la prestación de los servicios de salud, es decir que las E.S.E. de una misma zona compitan por la atención de salud de determinados tipos de atención o patologías. Además de facilitar a la población de una misma zona de la ciudad se puede contar con los servicios de salud necesarios sin tener que hacer grandes

desplazamientos para la atención de estos y así contribuir a las metas contempladas dentro del plan, como lo muestra la tabla 4.

Tabla 4. Plan de Desarrollo Bogotá 2016-2020

Proyectos estratégicos	Sectores responsables	Metas	Indicador	Línea base	Fuente	Año
Atención integral en salud	Salud	Reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 60% de los casos de la mortalidad infantil, frente al promedio distrital	Diferencial entre localidades para los casos de mortalidad infantil	990 casos en 2014, siendo más frecuentes en: San Cristóbal (91), Engativá (115), Bosa (139), Ciudad Bolívar (153), Kennedy (184) y Suba (210)	SDS	2014*
		Reducir la tasa de mortalidad en menores de 5 años a 9,52 por 1.000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad en menores de 5 años	11,2	SDS	2014*
	Capital Salud	Reducir en 50% el diferencial que ocurre en las localidades en donde se concentra el 70% de los casos de la mortalidad materna	Diferencial entre las localidades en casos de mortalidad materna	30 casos en 2014, siendo las localidades más afectadas: Suba (7), Bosa (4), Kennedy (4), Engativá (3) y Ciudad Bolívar (3)	SDS	2014*
		Empresas Sociales del Estado	Reducir la tasa de mortalidad asociada a condiciones crónicas a 13,9 por cada 100.000 menores de 70 años	Tasa de mortalidad de condiciones crónicas por 100.000 en menores de 70 años	16,3	SDS
Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)		Disminuir hasta en 15% la insatisfacción con el acceso a la atención en salud de los afiliados a Capital Salud	Porcentaje de satisfacción en el acceso a la atención en el marco del nuevo modelo de atención en salud	18% de insatisfacción	EPS Capital Salud EPS SAS	Diciembre 31 de 2015

Proyectos estratégicos	Sectores responsables	Metas	Indicador	Línea base	Fuente	Año
		Reducir a 5 días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas	Tiempo máximo entre la solicitud de la cita y la atención efectiva en consulta especializada en consulta externa	10 días	SDS	2015
Investigación científica e innovación al servicio de la salud		Contar con un grupo de investigación propio o en asocio con otras entidades en: a. medicina transfusional y biotecnología; b. bienestar animal; c. atención prehospitalaria y domiciliaria; y d. salud pública, categorizado por Colciencias al menos en categoría C	Grupos de investigación por cada campo categorizados por Colciencias.	Cero (0)	Colciencias	2015
		Implementar una línea de producción tecnológica	Líneas de producción tecnológica implementadas	Cero (0)	SDS	2015

Nota. *Datos preliminares. Tomado del Plan de Desarrollo 2016-2020 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016, pág. 137).

Como parte del desarrollo del plan (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2016) se realizaron los siguientes proyectos:

- a. Modificó el acto de creación de la EPS Capital Salud y se autoriza a la administración Distrital para fusionarla o enajenar total o parcialmente su participación.
- b. Se crea el Comité Intersectorial Distrital de Salud, como organismo articulador del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC). Consiste en el conjunto de intervenciones,

procedimientos y actividades grupales y comunitarias; dirigidas a promover la salud, la calidad de vida, la prevención de la enfermedad y el control de riesgos para la salud de la población.

- c. Se incorpora al nuevo Plan de Desarrollo Distrital, el Plan Territorial de Salud para Bogotá D.C. 2016- 2020, el cual, a su turno, está armonizado con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

De una parte con estos proyectos se aprecia la gran transformación a nivel administrativo que tuvo el sector salud para mejorar la prestación de los servicios, mejorando así el acceso y la prestación de los servicios con un enfoque hacia la ciudadanía y de otra parte, también se modifica el modelo de salud, ya que en la anterior administración se había dado prioridad a los determinantes sociales, con el fin de hacer una intervención en las causas reales de las diferentes problemáticas que se presentan en la capital colombiana en salud.

La fusión de estas instituciones desde su creación y pensamiento son positivas, sin embargo, se deben superar las dificultades financieras, administrativas, logísticas de organización. Desde La implantación de la fusión se han cerrado servicios en algunos hospitales, en otros se han trasladado unidades, lo que ha generado prolongación a la hora de la asignación de citas y atención a los usuarios.

Es importante mencionar que cada una de las subredes debe contar con un mismo sistema de información por cada una de las Unidades que la componen, y como esto aún no se ha hecho. Se presentan diferentes inconvenientes por que la integralidad de los software no es compatible con todas las unidades de cada Subred. **Por el manejo que tenía cada hospital de manera independiente, no se ha podido implementar, un solo sistema de información que arroje toda la historia clínica del paciente, sin importar la unidad u hospital que lo atienda. Esta serie de razones conducen a pensar en un cambio profundo en el SGSSS, que elimine por completo a las EPS, un sistema que permita la cobertura para toda la población y que promueva la**

efectividad de todos tratamientos requeridos por los usuarios, dando así libertad a los médicos en las formulaciones médicas y los tratamientos recomendados.

1.3.4. Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI, 2020-2024

Por último, se presenta el plan de desarrollo “*Un nuevo contrato social y ambiental para el siglo XXI*” adoptado mediante el Acuerdo 761 de 2020, de la actual Alcaldesa Claudia López, el cual tiene como objetivo general afianzar un nuevo contrato ambiental, social e intergeneracional que admita progresar hacia la equidad de oportunidades, recobrando la pérdida social y económica derivada de la situación de salud pública originada por la aparición del Covid-19, según los informes de la OMS (emergencia sanitaria).

En Colombia el Presidente de la República declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional, mediante el Decreto 417 de 2020. Para atender la crisis que ocasiona la emergencia sanitaria derivada del COVID-19 la alcaldesa López propone programas para el mejoramiento de la atención en salud, con el enfoque de recuperar los daños y afectaciones económicas y sociales que trajo las medidas tomadas para la mitigación y prevención de la propagación del coronavirus en la ciudad.

En este sentido, existe una necesidad de completar la implementación del modelo de salud pública, dándole un enfoque diferencial-poblacional, participativo y territorial que contribuya al cambio de los determinantes sociales de la salud, interviniendo así las causas reales de la desigualdad y los problemas en salud pública, para ello se plantean los programas enunciados y las metas en la figura 4.

Figura 4. Programas del Plan de Desarrollo 2020-2024

Nota. Elaboración propia a partir de los programas del Plan de Desarrollo 2020-2024 (Concejo de Bogotá D. C., 2020)

En la tabla 5, se enuncian las principales metas trazadas dentro del plan de desarrollo, entre las cuales se resaltan diferentes estrategias para mitigar diferentes problemáticas como el aseguramiento al SGSSS, mejoramiento del intercambio de información entre las diferentes entidades prestadoras de salud, entre otras.

Tabla 5. Metas en el sector Salud 2020-2024

No	Metas Trazadoras	Indicador	Línea Base	Fuente y año	Meta 2024
14	A 2024 cero tolerancia con el embarazo de niñas de 10 a 14 años reduciéndola en un 20%, previniendo el delito de violencia sexual contra las niñas y fortaleciendo capacidades de la familia como cuidadores y protectores de niños, niñas adolescentes	Tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años.	207 nacimientos en niñas de 10 a 14 años (dato preliminar)	DANE 2019	Reducción en 20%

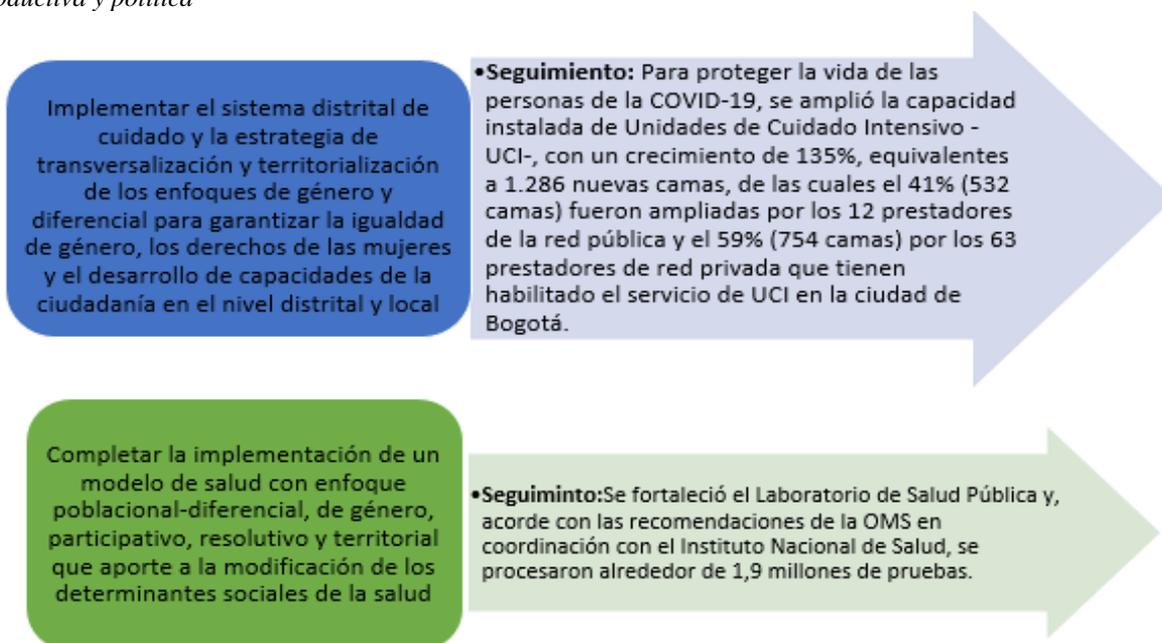
No	Metas Trazadoras	Indicador	Línea Base	Fuente y año	Meta 2024
15	A 2024 conseguir una cobertura del 95% o más el aseguramiento de la población al SGSSS en el Distrito Capital. (Con base en Censo DANE 2018)	Población de Bogotá D.C. asegurada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. % de la Población asegurada al SGSSS en el DC/Población DC según DANE	Régimen Contributivo 6.344.968 (Activos 6.244.592 y Suspendidos 100.376); Régimen Subsidiado 1.216.036 y Regímenes Especiales 194.797. Fuente BDUA-MSYPS y Base de Datos SISBEN - DNP. Año 2019	Población asegurada al SGSSS en el DC según Liquidación Mensual de Afiliados (LMA). Año 2019) /Población D.C. según DANE. Censo DANE realizado en 2018.	95%
17	A 2024 logra el 95% de intercambio recíproco de la información de los procesos (administrativos- asistenciales) en la historia clínica de las 4 subredes de servicios de salud y el 50% de intercambio recíproco de la información de los procesos (administrativos asistenciales) en los sistemas de información de historias clínicas en las IPS privadas que concentran el 80% de la oferta de los servicios de salud de alta complejidad que se encuentran incluidos en el plan de beneficios en salud, interoperen con la HCEU según lo establecido en la Ley 2015 de 2020	Intercambio recíproco Procesos asistenciales y administrativos de historia clínica en las 4 subredes del Distrito. Avance de intercambios recíprocos procesos de historia clínica en la red privada	21% línea base corresponde a HIS actualizados y disponibles en las 4 redes de servicios de salud y a la infraestructura TIC de las 4 subredes dotada y operativa. 0% de avance	SDS, 2020	Llegar al 95% de interoperabilidad de la HCEU, lo que corresponde a un aumento del 79% en la red pública. Llegar al 50% de interoperabilidad de la HCEU con las IPS privadas que concentran el 80% de la oferta de los servicios de salud de alta complejidad que se encuentran incluidos en el plan de beneficios en salud, interoperen con la HCEU según lo establecido en la Ley 2015 de 2020
24	Promover la participación, la transformación cultural, deportiva, recreativa, patrimonial y artística que propicien espacios de encuentro, tejido social y reconocimiento del otro	Aumentar el porcentaje de la población que realiza prácticas culturales	9,5	Encuesta de Consumo Cultural - Dane 2017	10,5
25	Promover la participación, la transformación cultural, deportiva, recreativa, patrimonial y artística que propicien espacios de encuentro, tejido social y reconocimiento del otro	Aumentar el porcentaje de la población que realiza al menos una práctica vinculada con el patrimonio cultural inmaterial	43,7	Encuesta Bienal de Culturas - SCR D 2019	44
26	Promover la participación, la transformación cultural, deportiva, recreativa, patrimonial y artística que propicien espacios de encuentro, tejido social y reconocimiento del otro	Aumentar el porcentaje de personas que han asistido durante los últimos 12 meses a presentaciones de la OFB	13,7	Encuesta Bienal de Culturas - SCR D 2019	14,50%
28	Promover la participación, la transformación cultural, deportiva, recreativa, patrimonial y artística que propicien espacios de encuentro, tejido social y reconocimiento del otro	Porcentaje de personas que realizan actividad física (población de 15 años y más)	47,67	Encuesta Multipropósito 2017	48

No	Metas Trazadoras	Indicador	Línea Base	Fuente y año	Meta 2024
29	Reducir en el 10% como promedio ponderado ciudad, la concentración de material particulado PM10 y PM2.5, mediante la implementación del Plan de Gestión Integral de Calidad de Aire	Porcentaje de reducción en la concentración promedio ponderado de material particulado PM10 y PM2.5 en la ciudad	Promedios anuales año 2019 PM10 promedio ponderado ciudad: 38,3 µg/m3 PM2.5 promedio ponderado ciudad: 19,7 µg/m3	SDA, 2019	10% de reducción en la concentración promedio ponderado de material particulado PM10 y PM2.5 en la ciudad PM10 promedio ponderado ciudad: 33,9 µg/m3 PM2.5 promedio ponderado ciudad: 17,4 µg/m3
63	A 2024 Reducir en 20% el número de víctimas fatales por siniestros viales para cada uno de los actores de la vía	Número de víctimas fatales por siniestros viales para cada uno de los actores de la vía	2019: Peatones (236), Ciclistas (71), Motociclistas (conductor y acompañante; 169), Conductores (10), Pasajeros (19) Total 505	SIGAT, SDM, 2019	Peatones (189), Ciclistas (57), Motociclistas (conductor y acompañante; 135), Conductores (8), Pasajeros (15) Total 404

Nota. Tomado del plan de Desarrollo 2020-2024 (Concejo de Bogotá D. C., 2020, págs. 26-27).

Dentro de las metas pactadas en la actual administración se encuentran dos con referencia a la salud pública:

Figura 5. Metas y logros en el nuevo contrato social con igualdad de oportunidades para la inclusión social, productiva y política



Nota. Tomado de los datos reportados en el portal web Gobierno Abierto de Bogotá, (Secretaría Distrital de Planeación, 2022)

El plan de desarrollo propuesto en su artículo 23, se plantea la estrategia permanente, continua y progresiva en materia de derechos de salud. La prestación del servicio de salud de

forma general y continua como fuente de atención en el margen de la pandemia y fortalecimiento de la atención en urgencias, tiene como finalidad maximizar la capacidad de respuesta permanente y ante el progreso del COVID 19 y su injerencia en el sistema de salud, será ejecutado bajo el esquema de preparación y respuesta que regula la Secretaría Distrital de Salud [SDS].

Este proyecto se ejecuta desde la declaratoria del estado de emergencia a través de actos de preparación y limitación entre los diferentes actores tanto del sector público, privado y las entidades distritales pertenecientes al sistema de comando de incidentes y el modelo de activación de emergencias en la línea 123, que salvaguarde la atención adecuada de las entidades sanitarias en la prevención y minimización de diferentes enfermedades de salud pública sumadas al Covid-19.

Dando continuidad con las propuestas se establece el Plan Territorial de Salud PTS en su articulado 100°, en cumplimiento de lo normado en el art. 45 de la Ley 152 de 1994, el artículo 6 de la Ley 1438 de 2011 y los artículos 25 y 27 de la Resolución 1536 de 2015 expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incorporando como parte fundamental del Plan de Desarrollo Distrital PDD para Bogotá 2020-2024, el PTS, en el contexto de la estrategia de APS, en concordancia con el Plan Decenal de Salud Pública PDSP y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS] (Concejo de Bogotá D. C., 2020).

1.4. Conclusiones

Con base en lo anterior, se puede afirmar que la administración de Samuel Moreno se orientó básicamente en la Atención Primaria en Salud y la estrategia promocional de Calidad de vida; en fortalecer los esquemas de vacunación en la niñez e implementó la gratuidad en los servicios de salud para las personas con discapacidad, menores de 5 años y mayores de 65 años.

Por otra parte, la administración de Gustavo Petro mantuvo la gratuidad, apoyándose en un enfoque a la salud más humanitario y menos mercantilista, es por eso por lo que en esta

administración por primera vez en la SDS se cambia el enfoque hacia las determinantes sociales, modificando el PIC (Plan de Intervenciones Colectivas) para concentrarse en las personas y sus hábitos de vida cotidiana.

Así mismo, en la administración de Enrique Peñalosa se plantea la implementación de las redes integradas para la prestación de servicios en salud, teniendo como beneficio una mayor articulación entre las diferentes E.S.E. en la ciudad, allí nace la organización denominada Subred Norte, para el mejoramiento de la prestación de los servicios señalados.

Durante esta administración, una de las estrategias implementadas de mayor impacto consistió en la fusión de hospitales de manera sectorizada que contaran con todos los niveles de complejidad, esto generó orden, mejor atención y facilidad en el acceso a los servicios.

Ahora, en el gobierno de Claudia López, quien toma la dirección administrativa de la Capital, tratando de expedir un Plan de Desarrollo, en el cual aparece como un evento nuevo y sin antecedentes la pandemia mundial por la propagación del COVID-19, lo cual la impulsa a tomar decisiones sobre la marcha, esperando directrices de orden nacional y supranacional para el manejo adecuado de la crisis producida por la emergencia sanitaria. Se perfila esta como una gerencia autocrática y resolutiva para el manejo de los eventos presentados a lo largo del periodo de tiempo señalado.

Es así como los diferentes planes de gobierno distritales en materia de salud han buscado la ampliación de cobertura, dar un servicio digno, que facilite el acceso a los necesitados y que dignifique al ser humano como usuario de un servicio eficiente y de calidad a través de la prontitud y la facilidad para el acceso.

Algunos de los factores tenidos en cuenta para la reestructuración del sistema de salud de Bogotá, fueron entre otros; características sociales, análisis del Plan de Intervenciones Colectivas, los entornos sociales, los determinantes sociales y la población menos favorecida.

CAPÍTULO II. SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD - NORTE E.S.E.

Mediante la reorganización del sector salud en el Distrito Capital en el año 2016, se fusionan las E.S.E y se dejan cuatro (4) subredes que integran la Red Integrada de servicios de salud de Bogotá; así se crea la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. En este orden de ideas, se pretende describir la creación organizacional de la Subred Norte como entidad prestadora de los servicios de salud.

En este capítulo se analiza el modelo de redes integradas llevado a la práctica en la conformación de la Red Integrada de Servicios de Salud en Bogotá, de la cual hace parte la Subred Norte, como consecuencia de la reorganización presentada en la administración del Alcalde Enrique Peñalosa, además de detallar cuál es su organización administrativa, el territorio de cobertura y los niveles de atención que presenta, además de una descripción de los hallazgos al implementar la Subred en contraposición del anterior modelo. Así mismo, se busca analizar la prestación del servicio desarrolla por la Subred Norte de Bogotá.

2.1. Red Integrada de servicios de salud de Bogotá

De acuerdo con Ocampo Rodríguez, Betancourt Urrutia, Montoya Rojas, & Bautista Botton (2013), afirman que cuando un sistema de salud¹⁷ no le brinda de manera oportuna a sus usuarios una atención continua e integral, puede ser producto de la fragmentación de la prestación efectiva de los servicios y el aseguramiento, por lo anterior, se plantea la implementación de las Redes integrales de los servicios de salud, como una estrategia para superar los retos.

¹⁷ Para la OMS (2012), el sistema de salud es la suma de organizaciones, instituciones y recursos que tienen por objetivo mejorar la salud de la sociedad (Ocampo Rodríguez, Betancourt Urrutia, Montoya Rojas, & Bautista Botton, 2013), para ello se necesita personal, recursos financieros suministros, la información, entre otros.

Las redes integradas¹⁸ nacen como una solución a la fragmentación por los diferentes esquemas de seguridad social que pueden manejar en un país (Ocampo Rodríguez, Betancourt Urrutia, Montoya Rojas, & Bautista Botton, 2013), generando así un limitado acceso al derecho de la salud por parte de los más vulnerables, por ello, durante la administración del alcalde Enrique Peñalosa se sanciona el Acuerdo 641 de 2016, presentándose el plan de modernización de Bogotá como un ejemplo en la ejecución de un sistema de salud enfocado en la calidad e integralidad de la prestación del servicio por afiliación geográfica¹⁹.

La reorganización del sector salud de Bogotá, se realizó con el fin de lograr una disminución en la restricción al acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios, como también en los tramites que debe realizar cada afiliado para acceder a dichos servicios, por tanto, al ser la Red una sola institución que cuenta con hospitales de todos los grados de complejidad y con la capacidad de prestar todos los servicios de salud, da paso a la minimización de trámites administrativos que tenga que hacer el afiliado para recibir el servicio integro. En este sentido, también disminuyen los gastos en tiempo y transporte que tienen que sufragar los usuarios para conseguir una autorización frente al servicio que requiere.

2.2. Organización de la Subred Integrada de Servicios de Salud - Norte E.S.E

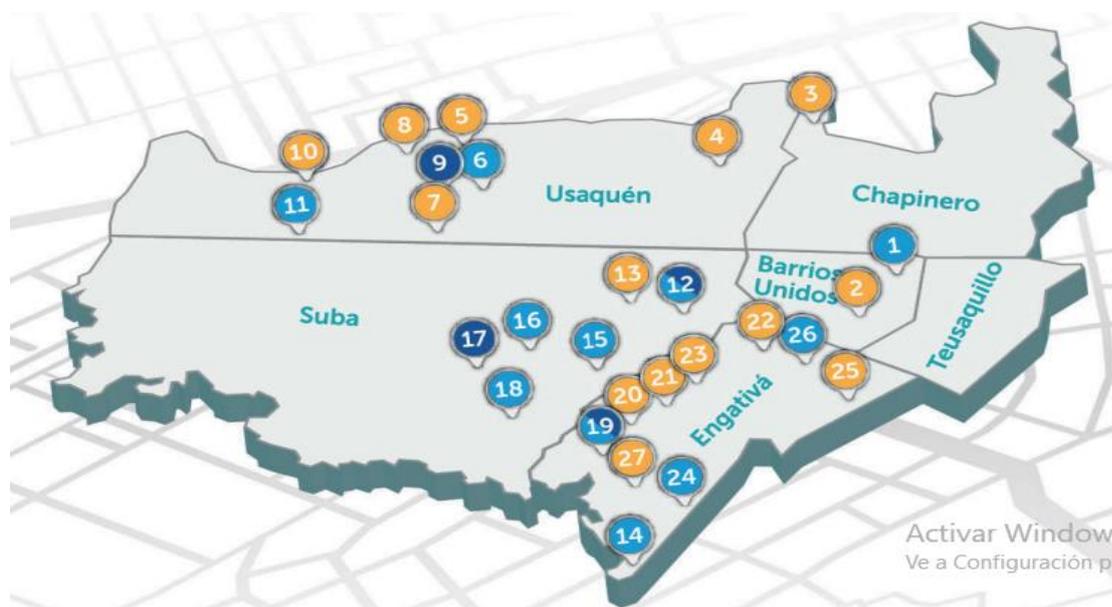
La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., es una entidad pública que presta servicios de salud, dentro de la cual se instituyen servicios como intervención de promoción de la salud y la administración del riesgo, epidemiología, exploración y atención en todos los grados de complejidad. La Subred está encargada de la prestación de los servicios de salud en todos los niveles de complejidad para los habitantes de seis localidades a saber: Suba,

¹⁸ Han (1997) citado por Ocampo Rodríguez, Betancourt Urrutia, Montoya Rojas, & Bautista Botton (2013), determina dos tipos de redes, la primera por afiliación geográfica y la segunda por afiliación voluntaria.

¹⁹ “Se caracteriza, pues, por contar con una población definida geográficamente y, en general, por formar parte de un sistema nacional de salud” (Ocampo Rodríguez, Betancourt Urrutia, Montoya Rojas, & Bautista Botton, 2013, pág. 120)

Engativá, Usaquén, Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo (Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2021).

Figura 6. División Subred Norte de Bogotá



Nota. Tomado del Informe de Rendición de Cuentas 2020 (Secretaría de Salud. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2020, pág. 4)

Es la Empresa Social del Estado – E.S.E. más grande del país, cuenta con una mayor capacidad para la atención integral que los usuarios requieran en los servicios de salud que presta. Esta E.S.E. disponía de 913 camas de hospitalización y cuidado intensivo crítico, reportadas en los seis (6) hospitales que integran esta red (Secretaría de Salud. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2020).

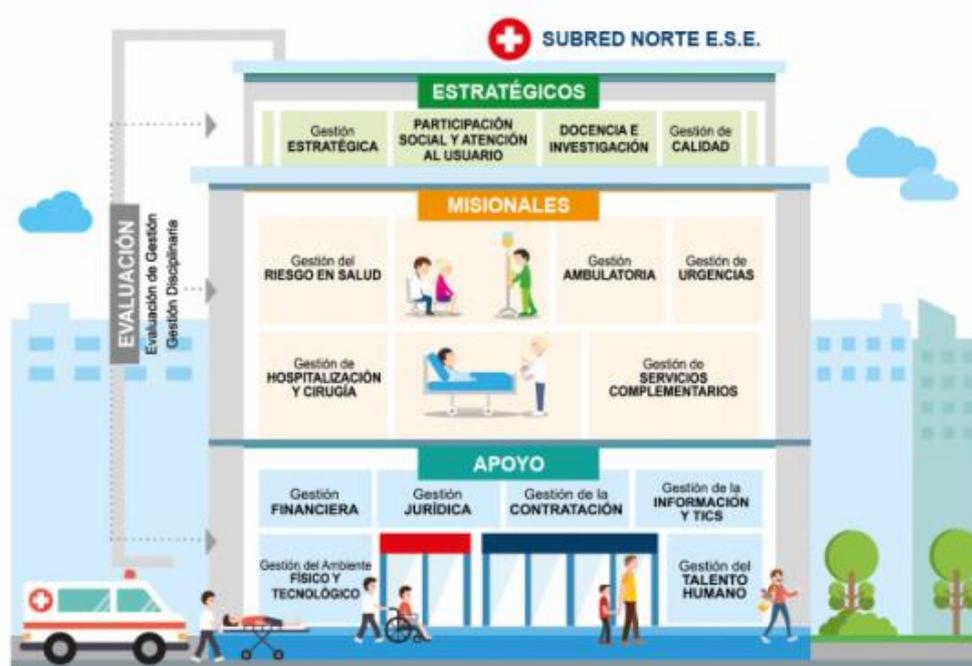
En el análisis organizacional, la Subred Norte, cuenta con una Junta Directiva y un Gerente, 3 oficinas asesoras²⁰ y 6 oficinas²¹, dos (2) subgerentes, de prestación de servicios de

²⁰ Jurídica, Desarrollo Institucional y Comunicaciones.

²¹ Control Interno, Participación Comunitaria y Servicio al ciudadano, Gestión del Conocimiento, Calidad, Control Interno Disciplinario y Sistemas de Información.

salud²² y corporativo²³, estructura mediante la cual presta los servicios necesarios, según el objeto de creación.

Figura 7. Subred Integrada De Servicios De Salud - Norte E.S.E.



Nota. Tomado de Subred Integrada de Servicios de Salud (Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, 2020, pág. 4).

Cuenta con 49 unidades de hemodiálisis, 16 salones de cirugía, 43 aulas de procedimientos, cinco salas para la atención de partos, 134 camillas destinadas para urgencias de adultos y 37 camillas de observación pediátrica. La Consulta Externa incluye 217 consultorios, 114 reservados para servicio especializado, 57 de medicina general y 46 consultorios odontológicos, dotados de la última tecnología para brindar una atención de calidad y comodidad para los usuarios.

Dentro de la organización de la prestación de servicios, responde a la implementación de Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-, el cual, busca dar respuesta a las necesidades

²² Direcciones de servicios ambulatorios, servicios hospitalarios, servicio de urgencias, servicios complementarios, y gestión del riesgo en salud.

²³ Direcciones de gestión del talento humano, financiera, administrativa y contratación.

de la población en general de la ciudad, disminuyendo así las condiciones desfavorables para el acceso a los servicios de salud (Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2021).

Tabla 6. *Ventajas de la Subred Norte E.S.E.*

SERVICIOS	DESARROLLO
<p>* Servicios Integrales Especializados y supra especializados</p> <p>* Servicios de salud pública, promoción de la salud, detección temprana.</p> <p>* Capacidad de expansión de infraestructura física para la atención de pacientes con COVID-19, pasamos de 47 camas de UCI a 271.</p> <p>* Se cuenta con 250 camas de hospitalización para la atención de pacientes COVID-19.</p> <p>* Unidad de quemados, como Centro de Excelencia, referente nacional e internacional, se constituye como centro de formación para varios posgrados de cirugía plástica del país.</p> <p>* Servicios integrales de salud mental, con unidad ambulatoria y hospitalaria.</p> <p>* Equipos de salud pública altamente capacitados para desarrollar acciones en zonas priorizadas, que promocionan la salud y generan impacto en los riesgos individuales y colectivos</p>	<p>* Servicios de salud ocupacional y medicina del trabajo y preventiva, seguridad industrial, programa de formación y capacitación y realiza la evaluación del Certificado de Discapacidad.</p> <p>* Grupo de ACV para la atención rápida y oportuna de los pacientes que sufren accidentes cerebrovasculares, cuyo objetivo es disminuir las consecuencias incapacitantes mortales.</p> <p>* Centro de trauma pediátrico para la atención integral médica de pacientes menores de edad que hayan sufrido una lesión o daño. Especialidades pediátricas en neurocirugía, ortopedia, urología, cirugía plástica, radiología intervencionista, cuidado intensivo hacen parte de la oferta de servicios del centro.</p> <p>* Tenemos vínculos contractuales con 11 EPS del régimen subsidiado, 11 del régimen contributivo y 15 más con otros pagadores.</p> <p>* A la fecha contamos con 48 convenios de docencia servicio, 39 suscritos con instituciones educativas</p>

Nota. Informe de Rendición de Cuentas 2020 (Secretaría de Salud. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2020, pág. 5).

La Subred Integrada de Salud Norte E.S.E. cuenta con 26 unidades de servicios ubicadas en Engativá, Usaqué, Chapinero y Suba, las cuatro localidades de la siguiente manera:

Tabla 7. *Unidades de servicio de la Subred Norte*

<p>* Localidad de Engativá:</p> <p>a. CAPS Engativá - Calle 80</p> <p>b. CAPS Emaús</p> <p>c. CAPS Garcés Navas</p> <p>d. CAPS Boyacá Real</p> <p>e. USS Álamos</p> <p>f. USS La Española</p> <p>g. USS Bachué</p> <p>h. USS Quiriguá</p>	<p>* Localidad de Usaqué:</p> <p>a. UMHES Simón Bolívar</p> <p>b. CAPS Verbenal</p> <p>c. CAPS San Cristóbal</p> <p>d. USS Santa Cecilia</p> <p>e. USS Codito</p> <p>f. USS Buenavista</p> <p>g. USS Orquídeas</p> <p>h. USS Unidades de Salud Ocupacional Usaqué</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>* Localidad de Suba:</p> <p>a. CSE Suba b. CAPS Gaitana c. CAPS Rincón d. CAPS Fray Bartolomé de las Casas e. USS Prado Veraniego</p>	<p>* Localidad de Chapinero:</p> <p>a. CAPS Chapinero b. CAPS San Luis</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

Nota. Tomado del Portafolio de Servicios (Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E, 2020)

Como parte de la oferta de sus servicios, cuenta servicios de baja, media y alta complejidad, para la atención de una población aproximada de 3.114.049 de personas (que comprenden el territorio de las seis localidades) (Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2021).

La Subred de servicios integrados de Salud Norte implementa modelos de atención con el fin de que sus unidades presten servicios de calidad y oportunos a los usuarios, estas instituciones atienden a la población más vulnerable, sin decir que sea exclusivo para ellos, toda vez que se presta atención al usuario que lo requiera; para el año 2020 se espera contar con primero con más instituciones que atiendan las necesidades de los usuario con el fin de no congestionar los diferentes servicios, de otra parte implementar políticas de promoción y detección temprana de la enfermedad lo que permite hacer seguimiento minuciosos a los pacientes presenten enfermedades crónicas que posteriormente son más difíciles y costosas de tratar; la atención oportuna de los usuarios permitirá que las personas se sientan satisfechas; adicional dentro de las nuevas políticas se encuentra la investigación; lo que permitirá que la atención que prestan los especialistas sea realizada con las mejores tecnologías y por los profesionales altamente calificados y aptos para atender cualquier necesidad médica de los usuarios.

2.3. Principales hallazgos del cambio de modelo del Acuerdo 257 de 2006 al Acuerdo 641 de 2016

Cuando se revisa la parte interna de las organizaciones, al generarse la fusión de los hospitales en las cuatro (4) Subredes Integradas de Servicios de Salud se resalta que:

1. Los hospitales contaban cada uno con un (1) gerente, es decir Bogotá contaba con veintidós (22) gerentes de E.S.E. los cuales tenían unos ingresos promedio entre \$6.000.000 y \$8.000.000 dependiendo el nivel de complejidad al que perteneciera la institución, cuando se fusiona solamente quedaron cuatro (4) gerentes para toda la ciudad, cada uno con unos ingresos totales entre los \$18.000.000 es decir, esto afecta positivamente tanto al erario como los ingresos de los gerentes.

2. Lo mismo ocurrió en otros cargos directivos como por ejemplo los que antiguamente se denominaban subgerentes administrativos, financieros y de servicios, en especial en las E.S.E. de III Nivel existían los tres (3) cargos, en las de I y II Nivel existía solamente el subgerente administrativo y financiero y el subgerente de servicios. Los cuales tenían unos ingresos totales en promedio de \$4.000.000 y \$5.000.000, con la fusión se desglosaron cargos de la siguiente manera:

Dos (2) Subgerentes denominados corporativo y de servicios, cada uno con unos ingresos totales de aproximadamente de \$14.000.000 y de ahí se derivan unas direcciones, que en el caso de la subgerencia corporativa son la dirección administrativa, dirección financiera, dirección de contratación y para el caso de la subgerencia de servicios se desprenden las direcciones de hospitalización, dirección de ambulatorios, dirección de apoyo diagnóstico, dirección de urgencias y para cada uno de estos cargos los ingresos totales son alrededor de \$8.500.000. Hasta aquí todo lo que tiene que ver con la fusión de los cargos directivos.

Pasemos a revisar que ocurrió con los cargos de menor rango, como eran los líderes de área, coordinadores o jefes de área según su denominación, todas las E.S.E. tenía su pagador o tesorero, su jefe de suministros, su coordinador de compras, su almacenista entre otros, ellos eran los líderes responsables de cada una de sus áreas en las que se encontraban desempeñando sus funciones para su E.S.E., cuando se da la fusión, en su mayoría uno de ellos (de los cargos anteriormente nombrados) quedo liderando el proceso ya para la Subred, sin percibir ningún

beneficio económico, ni de denominación salarial, toda vez que pasaron de realizar sus labores lo que era para una E.S.E. y ahora lo hacen para una Subred, que contempla el manejo de cuatro (4) o cinco (5) E.S.E.

Considerando que el manejo de la fusión solamente se dio para los cargos directivos y para esos mandos medios no se dio ningún aliciente, algo que va en contra del principio de equidad, ya que las responsabilidades ahora son mayores y su denominación en el cargo ni sus ingresos cambiaron.

En cuanto al personal asistencial, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y camilleros no sufrieron ninguna afectación entre el antes y el después, toda vez que ellos prestan sus servicios en un determinado lugar y sus responsabilidades, metas y labores no se incrementaron, lo único que ocurrió en algunos casos es que se trasladaron de prestar sus servicios en un punto (A) a un punto (B).

Ahora se aborda la segunda parte que hace referencia al usuario y su familia, la idea de la administración es dar mayor cobertura a la población, siguiendo los lineamientos legales y las directrices impartidas por las OMS/OPS. Prestar atención integral en salud desde lo colectivo hasta lo individual de mayor complejidad, teniendo en cuenta la integralidad en la prestación del servicio, es decir cubrir el POS y el NO POS.

Si bien es cierto antes las E.S.E. se caracterizaban por tener niveles de atención o complejidad, en el nuevo modelo esos niveles desaparecen y pasa a ser simplemente una Subred Integrada de Servicios de Salud en los cuales se denominarán servicios básicos y servicios complementarios de salud en cada red. Luego quiere decir que, si en un pasado la persona que vive en el sur de la ciudad y no conseguía cita con algún especialista y debía trasladarse hasta el norte para lograrla, las Subredes le brindan esta posibilidad ya que uno de los objetivos que cada Subred es que garantice la atención en salud de todos los niveles de complejidad.

Adicionalmente se crearon las rutas de salud, que indican los pasos a seguir a cada usuario según su diagnóstico o patología por esta razón y es casi lógico que la población que utiliza estos servicios no entendía muy bien el modelo, sin embargo, al pasar los días, los usuarios se han ido adaptado y les ha parecido optimo, ya que no se volvieron a ver las filas interminables para una cita médica y adicional las citas médicas se encuentran en un promedio de 30 días.

Un tema que aún es de controversia desde el Concejo de Bogotá es la creación inicialmente de la Entidad Asesora en Gestión Administrativa y Técnica- EAGAT, la cual en el año 2020 le modificaron su nombre y paso a llamarse Entidad de Gestión Administrativa y Técnica – EGAT. El objetivo fundamental de esta entidad es gestionar toda la contratación y las compras de bienes y servicios requeridas por las E.S.E, Salud Capital EPS y todas las entidades distritales del sector salud.

Lo antes señalado genera controversia, a partir del año 2016 en la cual fue creada con un capital de \$5.000.000.000 los resultados no se han visto en forma relevante, toda vez que en lo corrido de su historia solamente ha logrado sacar un proceso de medicamentos, la compra de algunos Elementos de Protección Personal -EPP, la contratación de servicios de aseo, vigilancia y lavandería.

Pero realmente la controversia hoy no se da por los logros alcanzados por la entidad, se está dando por lo que esta a su vez le cobra a las E.S.E. para la asesoría y el acompañamiento en estos procesos. Recursos que se debieran utilizar en otras índoles de carácter primordial, ya que estos bienes y servicios se consiguen desde las direcciones de contratación de cada una de las E.S.E.

En cuanto a la administración de Claudia López, la verdad el modelo de salud no ha variado mucho, dado que, acababa de asumir el cargo de Alcaldesa cuando se declara la Emergencia Sanitaria a causa de la pandemia SARS Covid-19; por lo anterior, tuvo que enfocar

sus esfuerzos a proteger la población desde la parte política y administrativa generando Decretos y Normas para prevenir la expansión del virus en la ciudad y desde lo económico y financiero fortaleciendo las Subredes aumentando la capacidad instalada en especial de UCI, las cuales en el mes de marzo de 2020 se tenían 144 y finalizando diciembre ya Bogotá contaba con 612 camas UCI.

Otro punto en el que se trabajó desde la administración nacional y distrital fue en el fortalecimiento de la capacidad instalada de las diferentes Subredes de Bogotá, enfocado sus esfuerzos a la ampliación de camas de Unidades de Cuidados Intensivos -UCI-, en la contratación de los EPP para el manejo y la atención a los pacientes contagiados.

Otra ardua y dura labor que se adelantó desde cada una de las Subredes fue la contratación de personal, para la atención de pacientes Covid-19 o para la prevención, en cuanto al personal requerido para las muestras o tamizajes requeridos para la población.

2.4. Conclusiones

Teniendo en cuenta el análisis desarrollado en este capítulo, se concluye que a partir de la teoría de las redes integradas en la prestación de servicios de salud principalmente, las cuales muestran un impacto positivo en su implementación por parte de la OMS, el cambio de estructura y lógica para la prestación de servicios en el área, por parte de la Ciudad supuso una transición en la organización de manera geográfica, mejorando la atención al ciudadano y teniendo como centro las necesidades de la población en este aspecto.

Con la estructuración de la Subred Norte, se crea una nueva organización pública, la cual se articula con las otras redes, que, dentro del análisis organizacional para el sector público, hay una austeridad del gasto frente a la contratación de directivos en las diferentes E.S.E., pero los cargos intermedios sufrieron toda la carga de la operatividad con menos personal y precariedad laboral.

Con respecto a la prestación de los servicios, las Subredes cumplen con la lógica de no generar en los ciudadanos una búsqueda masiva de la especialidad que necesitan, sino que, en el sector de su residencia, esta le encontrara el servicio según su necesidad. Una vez analizada la organización que se tenía en Bogotá previo a la emergencia sanitaria, se hace necesario hacer el análisis de la toma de decisiones que se gestaron a partir de la teorización de la gestión de la crisis en las entidades públicas, dadas las implicaciones, impactos y retos que para el sistema de salud colombiano representó el enfrentar un evento imprevisible, nuevo y lleno de mucha incertidumbre.

CAPÍTULO III. SITUACIÓN DE SALUD PÚBLICA ANTE LA LLEGADA DEL COVID-19

Una vez abordada la primera parte del trabajo, la cual da cuenta de los modelos de las administraciones para el manejo de la atención en salud en el Distrito Capital y detallar la Subred Norte como Empresa Social del Estado, la cual unifica puntos de atención en salud a diferentes niveles como parte de la Red Integrada de Servicios de Salud en Bogotá, resaltando los principales cambios presentados en la prestación de los servicios.

En esta segunda parte del trabajo, está dedicado a la gestión desarrollada en el sector salud del COVID-19 en el nivel nacional, distrital y la Subred Norte, donde se describe la situación de salud pública y el proceso de decisiones tomadas en los diferentes niveles del Estado en Colombia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el coronavirus es un conjunto de virus los cuales pueden causar enfermedades tanto en humanos como en animales. En las personas, se sabe que el coronavirus causa infecciones a nivel respiratorio como lo es la gripe hasta enfermedades graves como síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por diferentes virus que se han descubierto, desencadenándose con el brote en Wuhan (China), un mes después, el 30 de enero de 2020, la OMS comunicó de forma global que dicho brote constituía una emergencia de salud pública a nivel internacional. En ese momento, los casos detectados ascendían a 7.818 confirmados, la mayoría evidenciados en China y 82 distribuidos en diferentes países, razón por la cual la OMS decretó que el COVID-19 se catalogaba como pandemia (Enríquez & Sáenz, 2021).

Con la llegada de esta pandemia a los diferentes países el área de la salud tenía uno de los desafíos más significativos a nivel mundial, puesto que se vieron obligados a realizar cambios importantes a nivel del sistema de salud. Al analizar el caso colombiano, se evidencia

que este país no se encontraba preparado para el impacto que ocasiono el Covid-19, por tanto, se pudo observar que países desarrollados han sido impactados fuertemente por esta pandemia, ya que ningún esquema social, político y económico tenían la capacidad de afrontar este reto grande y desconocido para todos los países.

El gobierno colombiano estableció diferentes protocolos adoptados internacionalmente, fue cauteloso al difundir información, tomo medidas gradualmente evitando no instituir medidas extremas porque esto ocasionaba incertidumbre en la sociedad. Así mismo, en materia de salud pública, las entidades prestadoras del servicio de salud EPS fueron líderes al mostrar sus capacidades para afrontar dicha situación. Sin embargo, el sistema de salud colombiano es casi totalmente privado, razón por la cual las pocas entidades públicas existentes en el país no podían enfrentarlo en su totalidad. Aun así, las Secretarías de Salud, el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social lideraron las respuestas a esta pandemia manifestando las buenas capacidades que tenían para afrontar esta situación.

En razón a lo anterior, se declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y ecológica a nivel nacional el 17 de marzo de 2020 debido al brote de COVID-19 que asechaba a la humanidad, impactando de manera significativa el área económica, social y en el área de la salud del país, por consiguiente, el Sistema de Naciones Unidas en Colombia, desarrollo un plan intersectorial²⁴ de respuesta a la COVID-19, en conjunto con el Equipo Humanitario de País (EHP) y el Grupo Inter agencial de Flujos Migratorios Mixtos (GIFMM).

²⁴ El plan intersectorial para Colombia, donde se reconocen los impactos sanitarios , humanitarios y socioeconómicos de la crisis, por eso el Sistema de las Naciones Unidad desagrega en el plan cuatro (4) capítulos a saber: i) Componentes para contener la propagación de la pandemia y reducir la mortalidad y morbilidad de la COVID-19; ii) Componente socioeconómico, cohesión social, seguridad alimentaria y medios de vida por el impacto del COVID-19; iii) Componentes para proteger y asistir a las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, incluidos desplazados internos, comunidades de acogida, así como otros grupos con necesidades específicas ante la pandemia; y iv) Análisis sectorial (Naciones Unidas de Colombia, 2020).

El sistema de Naciones Unidas de la mano del Equipo Humanitario colombiano en su rol de complemento y apoyo al reconocer los esfuerzos y avances en el aspecto social, económico y salud y el fortalecimiento de las de las instituciones del Estado; estableciendo los procedimientos que toma el país para mitigar la afectación a la pandemia, desarrollan en conjunto el *Plan de Respuesta Covid-19 para Colombia*, fundamentado en las necesidades Gobierno de Colombia al Sistema de las Naciones Unidas (SNU), el plan identificaba los diferentes riesgos desencadenados por la crisis sanitaria; articulando las necesidades prioritarias, las cuales se identificaron teniendo en cuenta los ocho²⁵ pilares de intervención propuestos por la OMS a nivel mundial e identificando las actividades críticas en otros sectores mitigando de esta forma el impacto humanitario en las poblaciones afectadas, así como la implementación de actividades apremiantes para apoyar los esfuerzos socio económicos en el país frente a la pandemia en concordancia con la Respuesta Humanitaria Global frente a la COVID-19 expedida por el Secretario General de Naciones Unidas (Naciones Unidas de Colombia, 2020).

A Colombia llega el primer caso de Covid-19 en el mes de marzo de 2020, sin embargo, para el mes de febrero ya la Nación había iniciado a fortalecer el sistema de vigilancia y la red nacional de laboratorios, al igual duplicó la capacidad para brindar un servicio de salud óptimo y así incorporar equipos médicos a los centros hospitalarios, con el suficiente personal de salud calificado para ser atendidas las necesidades de la ciudadanía.

Dando continuidad con el plan de respuesta, se establece una temporalidad de nueve meses, en un lapso de abril-diciembre de 2020, dentro del cual se incluye las necesidades prioritarias moduladas por los Equipos Locales de Coordinación. A su vez, da cuenta del plan

²⁵ Coordinación, planificación y seguimiento en los países; comunicación de riesgos y colaboración comunitaria; vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos; puntos de entrada; laboratorios nacionales; prevención y control de las infecciones; gestión de casos; y apoyo operacional y logística (Organización Mundial de la Salud, 2020).

integrado frente al posible impacto de la pandemia de la COVID-19 en las áreas humanitarias, socioeconómicas y salud en los próximos meses. Así mismo, refleja las acciones prioritarias a desarrollar para la prevención, respuesta y mitigación pertinente a la potencial propagación del virus, las actividades prioritarias necesarias para mitigar el impacto en grupos en condición de vulnerabilidad (Naciones Unidas de Colombia, 2020).

En la Ciudad de Bogotá, en ese mes de marzo, la Alcaldía de Bogotá participa en más de 25 reuniones virtuales para revisar las medidas que se implementaron en otras ciudades del mundo y así mitigar y combatir los problemas al coronavirus. Es así como la alcaldesa participó en diálogos con sus pares de diferentes ciudades a nivel mundial.

A partir de ahí, Bogotá toma cuatro grandes innovaciones en políticas públicas que fueron implementadas (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2020) así:

- **Modelo de medición del Covid-19 abierto a los ciudadanos.** “Bogotá es la primera ciudad en Colombia y de las primeras capitales en el mundo en hacer públicos los datos que determinan la curva de la pandemia, con los cuales se toman las medidas para enfrentar el Covid-19”.
- **Medidas de fortalecimiento del sistema de salud público.** El fin principal de la administración local, en cumplimiento del aislamiento decretado del 20 a 24 de marzo en la ciudad, la cual se extendió debido a la cuarentena decretada por el Gobierno hasta el 11 de mayo, fue ganar tiempo para robustecer la capacidad de respuesta del sector salud. Para ello se organiza un centro hospitalario transitorio en Corferias, con el fin de atender pacientes de baja complejidad para descongestionar la red hospitalaria de la ciudad que estaban siendo atendidos por COVID-19. Por otro lado, se adquieren 200.000 pruebas de diagnóstico.
- **Medidas Frente a la movilidad.** La ciudad trabaja para mitigar los principales riesgos de un potencial contagio en el transporte público, potencializando el uso de la bicicleta y

carros compartidos, para descongestionar el sistema público de transporte el cual operaba al 35 % de su capacidad, evitando así las aglomeraciones. Además, se habilitaron ciclovías temporales y se inició la construcción de nuevas ciclorrutas.

- **Donatón.** “La alcaldesa de Bogotá Claudia López invitó a la ciudadanía, empresarios, y organizaciones internacionales a unirse a una Gran Donatón el 19 de abril del año 2020, evento que permitió sumar fondos para enfrentar el Covid-19” (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2020).

El Centro Hospitalario Transitorio situado en Corferias presto atención a pacientes de mediana y baja complejidad, con lo cual se llevó a cabo la mayor expansión de camas hospitalarias en la Ciudad, que no se encontraran contagiados por el COVID-19, los cuales se encontraban hospitalizados y fueron trasladados de otras instituciones para recibir la atención pertinente. En Corferias se recibieron pacientes con diferentes diagnósticos médicos, la mayoría de ellos obedecían a pacientes de la tercera edad, que padecían infecciones urinarias, prostatitis, hipertensión y diabetes. Es por esto, que el 20 de abril se puso en funcionamiento 200 camas y se previó llegar a las 5.000 camas dependiendo de la evolución del virus.

Así las cosas, las personas fueron remitidas desde las diferentes entidades de la red pública del Distrito y fueron atendidas por médicos y un grupo interdisciplinario de personal de la salud, en el cual se encuentran médicos, especialistas, enfermeras auxiliares entre otros. En este lugar se continuó con el trasladado de personas con enfermedades generales con mínimo grado de complejidad, desde entidades tanto públicas como privadas de la Ciudad (Sur Occidente E.S.E, 2020).

El Ministro de Salud y Protección Social Fernando Ruiz confirma que Bogotá el 29 de abril de 2020, implementó medidas frente al diagnóstico y el manejo del coronavirus el cual mejoró con la adquisición de distintos equipos ampliando la capacidad de atención tanto a nivel de laboratorio como hospitalario; el tema de diagnóstico, se fortaleció específicamente con la

adquisición de reactivos semanales para la extracción de ácidos nucleicos, aparte del funcionamiento de robots que mejoraron el procesamiento de pruebas. En seguida se examina la capacidad de atención hospitalaria de la ciudad, la cuál era deficiente antes del Covid-19.

3.1. El escenario de crisis frente a la situación sanitaria en Colombia - Bogotá

Debido a las alarmas encendidas a nivel mundial dada la propagación del COVID-19, Colombia no estuvo ajena a esta situación, ya que al encontrar los primeros casos positivos de contagio y la propagación exponencial del virus se vio en la necesidad de declarar el Estado de Emergencia Sanitaria y contrarrestar el contexto con las diferentes herramientas políticas que tenía a disposición. Sin embargo, dada la velocidad con que se propago el virus, esos mecanismos fueron insuficientes, razón por la cual se tuvo que acudir a la Carta Política. Fue por esto por lo que se invocó el artículo 215 de la Constitución Política, para declarar el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio nacional, mediante los Decretos 417 y 637 del 2020.

A partir del 6 de marzo de 2020, se confirma el primer caso de COVID-19 en el país, para el 23 de marzo de 2020 se registraron 314 casos y se procedió a cerrar las fronteras; luego, después de la confirmación de la extensa transmisión, el Instituto Nacional de Salud -INS- (2020) declaró la mitigación con el distanciamiento físico (Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2021).

Con la mencionada declaratoria del estado de emergencia, se procedió a adoptar medidas drásticas como lo fue el aislamiento preventivo y distanciamiento social, enfrentando de esta forma la crisis y evitando el desabastecimiento alimentario. Lo anterior se realizó en un estado de perplejidad alterando la realidad de la gestión pública frente a la materia y obligó a la reorientación de los recursos públicos hacia gastos no conocidos inicialmente, que fueron indispensables y se prolongaron a lo largo de la pandemia.

Durante el año 2020, Bogotá el distrito con mayor nivel de casos acumulados, seguido por Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca, entre otros (Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2021). Tras el primer mes de seguimiento de la pandemia, el contexto social en Colombia parecía controlado, donde se evidencio que los contagios se duplicaban cada tercer día. Esto hace pensar a algunos analistas, al referirse a las restricciones sociales decretadas, que, si se hubieran aplicado de forma temprana, habrían funcionado a la perfección. Como se observó a nivel mundial, la falta de pruebas fiables, las dudas existentes sobre el cómputo de las personas fallecidas y la dificultad que hubo para identificar los casos asintomáticos, hicieron que las dimensiones de la crisis no se pudieran conocer a ciencia cierta.

Sumado a lo anterior, también se evidencio deficiencias en los servicios de salud en las condiciones de acceso y calidad, debido a la desigualdad entre las diferentes regiones del país u los usuarios, dado el régimen de salud al cual pertenecían. Si bien la Ley establece que cualquier persona puede acceder a los servicios de salud como a obtener los medicamentos, lo cierto es que dependiendo el municipio en que se encuentre y el prestador de servicios de salud al que se encuentre afiliado, la calidad del servicio varia.

Colombia se considera vulnerable a la situación generada por el Covid-19. Según la Organización World Health (2020), identifica así riesgos a las fases de contingencia y mitigación en un tiempo de estimación de 3 a 9 meses causando el siguiente impacto:

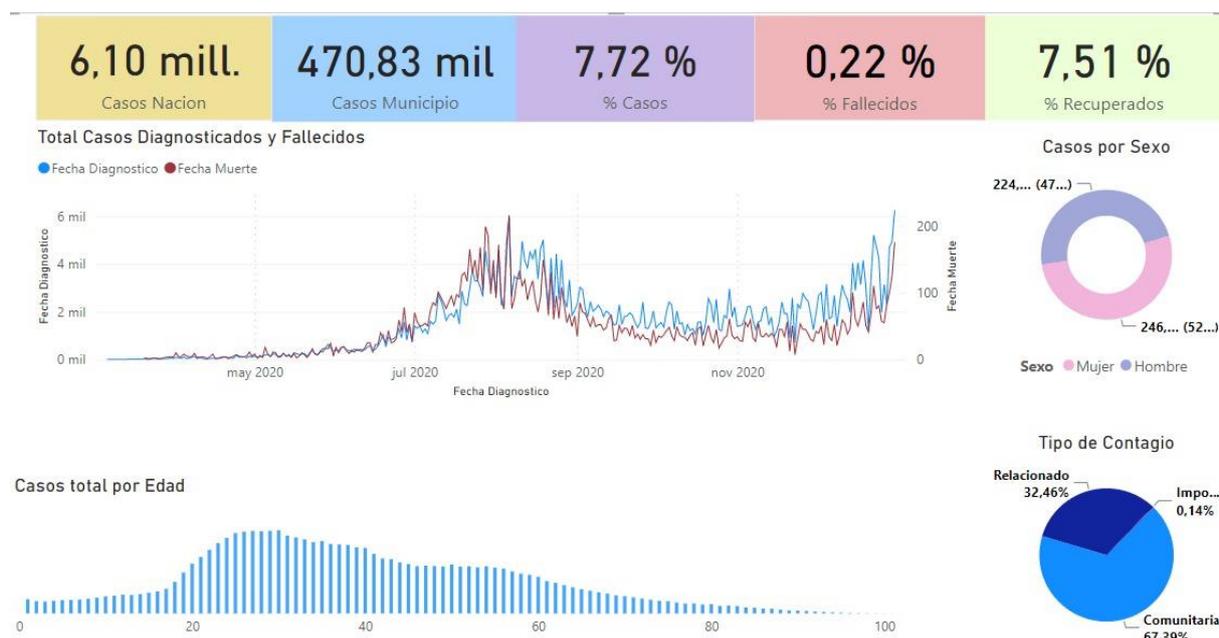
- La capacidad de operación y limitación en los equipos pudieron afectar los esfuerzos de contención del virus, así mismo había escasez de personal de la salud disponible para el manejo adecuado de pacientes con COVID-19.
- Existía riesgo en la salud materna y de nutrición debido a la reducción en el acceso a los servicios de salud esenciales dado que los esfuerzos estaban centrado al manejo de la pandemia. De otro lado, también se vieron afectados los programas de anticoncepción,

atención prenatal, interrupción voluntaria del embarazo y consultas de crecimiento y desarrollo.

- Sumado a lo anterior, se asocia el bajo ingreso económico al cual se vieron expuestos los hogares colombianos, afectando entre otras su calidad de vida, alimentación y el acceso a los servicios de salud.
- Restricción en el funcionamiento de servicios esenciales de salud, protección y medios de justicia para mujeres y niñas sobrevivientes de VBG (Violencia Basada en Género)

Dentro del periodo de tiempo analizado para el presente trabajo, se relaciona la ilustración 5, donde se muestra la curva de contagio en Colombia desde marzo hasta diciembre del 2020, donde el total de contagios fue de 6.1 millones de personas, en la gráfica se muestra el nivel por día de contagiados (azul) y el nivel de fallecidos por día (línea roja).

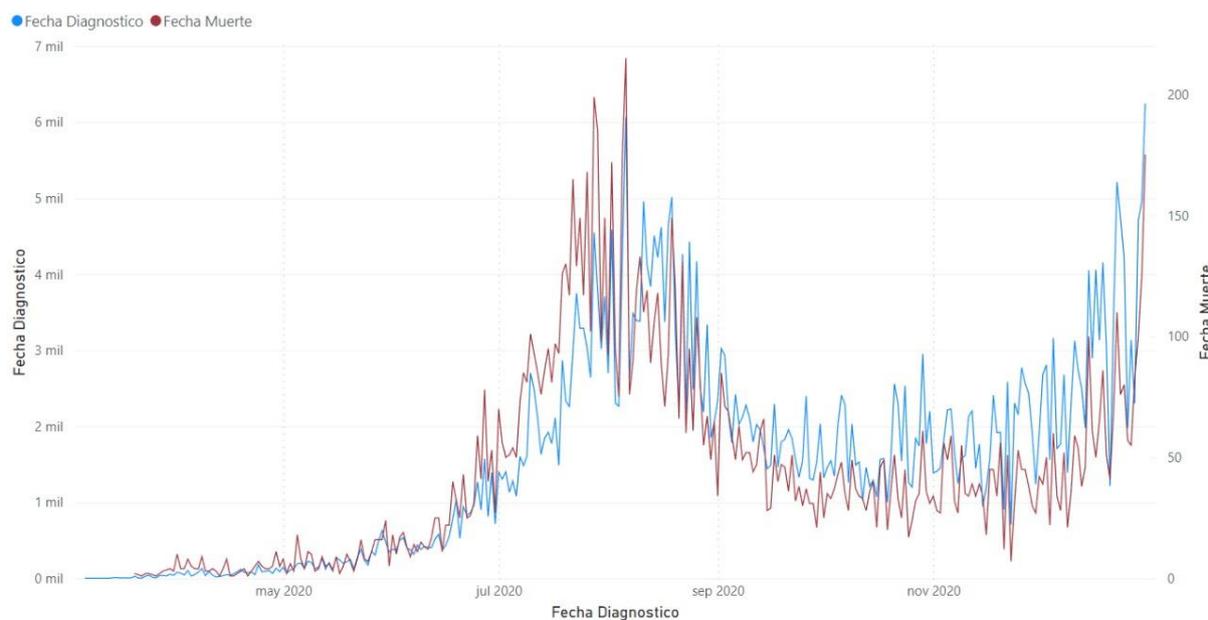
Ilustración 5. Curva de contagios casos Colombia de marzo-diciembre de 2020



Nota. Elaboración propia a partir de la información publicada en el portal del Instituto Nacional de Salud <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/auto-diagnostico.html>

Teniendo en cuenta el impacto que genera la ciudad capital, dado que Colombia tiene un total de 48 millones de habitantes, Bogotá cuenta con el 15 %²⁶ de la población total, y se observa en la ilustración x que la tendencia en Bogotá de contagio es muy parecida a la del nivel nacional.

Ilustración 6. Curva de contagios casos Bogotá de marzo-diciembre de 2020



Nota. Elaboración propia a partir de la información publicada en el portal del Instituto Nacional de Salud <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/auto-diagnostico.html>

3.2. El manejo de la pandemia del Covid-19 a Nivel Nacional.

Colombia toma medidas para afrontar la “emergencia sanitaria”, dando seguimiento a lo que establece la Constitución Política de 1991 señalado en su artículo 215 que a su letra dice: Cuando sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el Presidente, con la firma de todos los ministros, declarar el Estado de Emergencia por períodos hasta

²⁶ En total, según el censo presentado por el DANE en el 2018 el total de habitantes de Bogotá es de 7.181.469 (Departamento Nacional de Estadística, 2022).

de treinta días en cada caso, que sumados no podrán exceder de noventa días en el año calendario. Mediante tal declaración, que deberá ser motivada, podrá el Presidente, con la firma de todos los ministros, dictar decretos con fuerza de ley, destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos (Constitución Política de Colombia, 1991).

En Colombia, la crisis que ha ocasionado la pandemia llegó en medio de un desequilibrio sociopolítico, dado las protestas que hubo contra el Gobierno entre noviembre y diciembre de 2019. Sumado a ello los malos aspectos económicos en el 2020 debido a la baja en el precio del petróleo, la desaceleración en la economía regional y la desigualdad estructural, que produjo un impacto desproporcionado en los sectores sociales.

El manejo de la crisis en Colombia inició con diferencias para afrontarla entre el presidente y los alcaldes, este choque no era muy habitual en un país presidencialista, razón por la cual, hubo alcaldes que decretaron prontamente el toque de queda en diferentes municipios. No obstante, estos quedaron suspendidos cuando el presidente expidió un Decreto donde ordenaba que las acciones de los alcaldes locales debían estar sincronizadas con las instrucciones impartidas por el Presidente Iván Duque.

Como se observa en la tabla 8, se muestran las principales acciones y la población que debía cumplir con esta, como parte de la caja de herramientas implementada por el gobierno nacional para la mitigación y contención de la propagación del COVID-19 en el territorio colombiano.

Tabla 8. Acciones tomadas por el gobierno para prevenir el Covid-19

Acción	Población
Aislamiento preventivo adulto mayor de 70 años	<p>*El gobierno decretó su aislamiento preventivo obligatorio, a partir del viernes 20 de marzo a las 7 de la mañana hasta el día 31 de mayo</p> <p>* Todos los adultos mayores de 70 años deberán permanecer en sus hogares, salvo para abastecerse de bienes de consumo de primera necesidad, utilizar servicios de salud, adquirir medicamentos y acceder a servicios financieros.</p> <p>* En los casos en los que sea factible, empleador y trabajador podrán acordar los mecanismos necesarios para que pueda trabajar desde sus casas.</p>
Reconexión gratuita del servicio de acueducto a las familias que hoy lo tienen suspendido por no pago	A través de la Comisión de Regulación de Agua Potable CRA, se permitirá que los prestadores de servicios de acueducto y alcantarillado de todo el país reconecten de manera inmediata y gratuita a los usuarios que lo tenían suspendido por falta de pago, y así garantizar el servicio a las familias durante la emergencia sanitaria. La medida beneficiaría más de 200 mil familias en todo el territorio nacional.
Congelar el incremento de las tarifas de acueducto	Ningún prestador en el país podrá aplicar incrementos en las tarifas de acueducto y alcantarillado. El marco tarifario de Colombia establece que los operadores pueden incrementar la tarifa que cobran al usuario por dos factores: i. un aumento en el nivel de precios, y, ii) un incremento justificado en los costos operativos. Con esta medida, sin importar los cambios en dichas variables, la tarifa se mantendrá igual.
Suspensión del cobro de aranceles para insumos de potabilización de agua	<p>En promedio, los insumos químicos representan el 5 % de los costos de producción de agua potable y muchos de estos son insumos importados.</p> <p>Durante el tiempo de la emergencia sanitaria, se suspenderá el cobro de aranceles para insumos de tratamiento de agua, lo que permitirá dar continuidad a la operación de los sistemas.</p>
Desinfección de puntos críticos	<p>En las ciudades que tengan más de 9000 suscripciones se realizará la desinfección de puntos críticos, una vez a la semana como mínimo, previo acuerdo entre empresas y municipios, mientras dure la emergencia sanitaria. Las alcaldías, en mutuo acuerdo con los operadores, definirán los puntos a priorizar en los cuales exista una afluencia significativa de personas y que puedan tener una alta exposición de contagio</p> <p>Éstas acciones deberán adoptarse de manera inmediata y hasta el 30 de mayo, por parte de todas las entidades que conforman el sector, las alcaldías municipales y las empresas prestadoras de servicios públicos. Estas últimas a su vez, deben tener activos y actualizados sus Planes de Emergencia y Contingencia.</p> <p>Con estas medidas, enfocadas en los ciudadanos se espera prevenir de manera más efectiva el contagio del COVID-19, garantizando que las personas puedan permanecer en sus hogares con acceso a agua potable.</p>

Nota. Tomado del portal web Coronavirus Colombia (Ministerio de Salud y la Protección Social, s.f.)

Para llegar a la toma de decisiones del Plan de Contingencia y responder a la emergencia sanitaria atribuida por el Covid-19, se tuvo en cuenta el conocimiento disponible y la similitud de SARS-Cov-2 (COVID-19) con los demás virus, la experiencia mundial y del país respecto a la amenaza que representa el virus, además de los diferentes esfuerzos continuos para

robustecer el sistema de salud. Estos, fueron la base para el plan de contingencia implementado, cuyo objetivo fue prevenir y minimizar el daño que la propagación del virus ocasionaba en la sociedad, a través del cual se establecieron diferentes acciones a ejecutar durante las etapas de preparación, contención y mitigación de la epidemia.

En este sentido, el mencionado plan de contingencia correspondió a un plan de acción, que partió de la identificación y priorización de áreas de riesgo formulando medidas adicionales a las que se habían preestablecido ejecutar respecto de la amenaza. Como objetivo principal se estableció la potestad de sistematizar y crear sectorialmente la institución de actividades de acción y promoción en servicios de salud, la implementación de acciones de promoción de la salud, para prevenir y dar respuesta a la propagación del virus en el país dado el potencial pandémico.

Tabla 9. *Objetivos específicos del plan de Contingencia*

Objetivo 1.	Establecer las directrices y líneas de acción para que los actores con competencia en el tema implementen las acciones correspondientes, y con ello se minimice el impacto de acuerdo con la situación actual de COVID-19 en el país, adicionales a las existentes en el sistema de vigilancia respuesta de salud pública.
Objetivo 2.	Coordinar las acciones de los actores frente a la implementación del plan.
Objetivo 3.	Fortalecer y mantener las capacidades nacionales y territoriales existentes para prevenir, atender, contener, mitigar y responder de manera adecuada y proporcional a la situación que se presente en el país frente al COVID-19.
Objetivo 4.	Establecer los mecanismos de seguimiento y evaluación en la implementación del plan

Nota. Tomado del Plan de Contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19. (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020)

Como se observa en la figura 8, se enuncian las principales rutas que se adoptaron desde el nivel nacional para la coordinación, vigilancia, red de laboratorios y la reducción de la transmisión en la comunidad, las cuales contienen las acciones principales en cada una de las líneas para la mitigación del COVID-19.

Figura 8. Líneas de acción



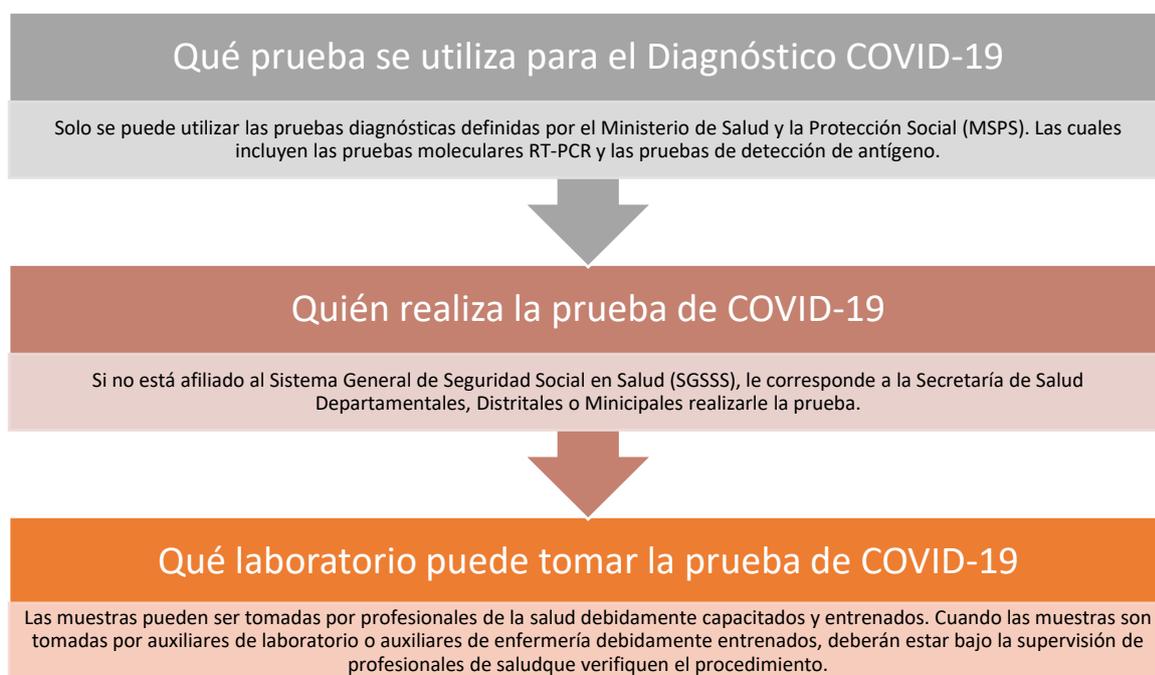
Nota. Tomado del Plan de Contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19. (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020, pág. 9)

El monitoreo del plan de contingencia se adelantó mediante la validación de la ejecución y el cumplimiento de las diferentes actividades instituidas. Teniendo en cuenta que hubo actores por factores del sector de salud, por lo que el seguimiento de dicho plan quedó a cargo de la Comisión de Emergencia mediante la cual se organizó la respuesta nacional.

Seguidamente de establecer el plan de contingencia se desarrolla por medio del Decreto 1109 de 2020 “por el cual se crea en el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, el Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible - PRASS para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus - COVID-19”, con el fin de hacer vigilancia y monitoreo de casos mediante el programa PRASS para frenar el virus, y por último los desafíos que hubo frente a la información, donde se planteó una estrategia comunicativa enfrentándose diariamente a noticias falsas, que tendieron perjudicar los planes.

Bajo este programa PRASS, el objetivo de este fue limitar el contagio por Covid-19 y obstaculizar los puntos de transmisión. Mitigar la propagación del virus para permitir la apertura económico-social del país, pasando de una restricción de movilidad nacional a un aislamiento selectivo, fue reto importante que tuvo que afrontar el gobierno nacional, para de forma paulatina volver a la normalidad. Esto se desarrolló de forma exitosa dadas las tres fuentes de acción instituidas por el gobierno, como lo fue las pruebas, monitoreo y e, aislamiento selectivo. No obstante, es pertinente indicar que, el PRASS se enfocó en el monitoreo y reclusión oportuna de los contactos.

Figura 9. Programa de rastreo de pruebas



Nota. Tomado del documento ABECÉ Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS. (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020, pág. 2)

En el estudio realizado por el Ministerio de Salud (2021), se pudo concluir que la ejecución de un programa de monitorio de contagio por covid-19 permitió salvar vidas y disminuir costos en el sistema de salud, a su vez, destaco las actividades ejecutadas en los distintos municipios para encontrar los puntos de contagio. En este sentido, en los hallazgos iniciales se identificó que dicho programa podía prevenir 84.730 muertes, ahorrando 2.123

millones por los posibles años de vida productivos que se perderían por estas muertes (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2021).

En caso de que no se haya desarrollado ninguna actividad para prevenir el contagio, la estrategia de monitoreo lograba reducir la tasa de mortalidad por COVID-19 en un 67 % y, de otro lado, el programa ahorro un promedio de \$1.045 y \$850 por caso observado desde la perspectiva social y del sistema de salud. Así mismo, se logró estimar el costo de efectividad de la estrategia PRASS, respecto de un contexto comparativo sin intervención en un periodo de un año. Estos hallazgos pudieron proporcionar una base de cara a la priorización del monitoreo de casos, como una intervención de salud contra la pandemia y cualquier otro brote que se haya podido registrar en el futuro en Colombia, así como en otros entornos con recursos limitados (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2021).

De igual forma, se había señalado que las instrucciones y órdenes del presidente en materia de orden público debían ser aplicadas de forma inmediata y predominan sobre las disposiciones departamentales. Bogotá inicia un liderazgo con miras a proteger la ciudadanía; sin embargo, pese a que la coordinación entre presidente y gobernadores era fundamental, el contexto social ameritaba aplicar la medida impuesta a nivel mundial, la cual era el distanciamiento social.

Una de las tensiones que se presenta en los primeros días de incertidumbre fue el intento de frenar la aceleración del contagio, por parte de la alcaldesa Claudia López el 20 de marzo de 2020, cuando decretó un simulacro de cuarentena, lo cual se convirtió en un acto de desobediencia civil ante el presidente Duque. Finalmente, el mencionado simulacro se llevó a cabo de forma consensuada y conector con la cuarentena a nivel nacional que comenzó el 23 de marzo. Otro choque, entre el presidente y autoridades locales estuvo relacionado con el cierre de los aeropuertos internacionales. El presidente lo retrasó hasta el 23 de marzo de 2020.

Luego se presentó conflicto nuevamente entre el presidente y la alcaldesa de Bogotá, frente a la medida de levantamiento de la suspensión para las actividades de construcción e industriales, medida que se decretó a partir del 27 de abril de 2020. Para la ciudad de Bogotá, la alcaldesa decreta mantener la restricción hasta que se informara sobre el progreso del virus, debido al riesgo que implicaba en su momento la aglomeración de personas en la vida cotidiana. A partir de la fecha anterior y hasta diciembre de 2020 no se presentaron más fricciones documentadas entre el gobierno nacional y distrital, sino que se homogenizaron los criterios para el manejo de la pandemia con criterios unificados.

3.3. Conclusiones

El gobierno desde inicios de la pandemia comprendió que el fin principal era bajar la curva de contagio, llevar la afectación de forma prolongada sin tener un alto impacto, con el objetivo de preparar el sistema de salud, mejorar la accesibilidad a la prestación de servicios en salud, específicamente al servicio de cuidado intensivo.

Dentro de las estrategias fue integrado el desarrollo integral, no solo por Minsalud y el Instituto Nacional de Salud, sino también por diferentes instancias instituidas para tomar decisiones a lo largo de la pandemia. Estas decisiones, se basaron en aspectos científicos y epidemiológicos, lo cual estaba soportado en una estructura organizacional sólida que blindó al país y al Ministerio respecto de las decisiones tomadas.

Las medidas adoptadas en el país se fueron desarrollando, de acuerdo con las tendencias mundiales y las estrategias implementadas por otros países en primera medida. Por otra parte, es claro que, para el caso colombiano, el Ministerio de Salud mantuvo el liderazgo de la implementación de medidas, las cuales fueron determinándose paulatinamente por periodos de tiempo cortos.

Por supuesto Bogotá no sería ajena ante un panorama tan complicado, sin embargo, encontró las herramientas para estar a la vanguardia y poder entregar a la sociedad un

diagnóstico real en cuanto a las cifras que el virus iba arrojando en su avance y las tácticas que se estaban creando para controlarlo.

Es evidente que la capacidad hospitalaria de Bogotá no estaba preparada para atender la situación generada por la pandemia. Otro factor importante para resaltar en esta parte es que dentro del paquete de medidas establecidas por la administración distrital se contemplaron medidas que buscaron aumentar la capacidad hospitalaria en atención de urgencias con el fin de atender a los pacientes a medida que se iban presentando los picos y por ende las mayores crisis en capacidad de las camas UCI.

De todos modos, se debe reconocer que la Bogotá con el acompañamiento del gobierno nacional y atendiendo a las indicaciones dadas por la OMS a medida que el virus seguía ganando terreno, se fue “adaptando” y poco a poco encontró herramientas para atender a pacientes, para fortalecer la red de sus centros de atención, y para equiparlos de la manera correcta para atender la situación.

Desde el punto de vista del orden público, Bogotá implementó acciones que permitieron a la sociedad ir entendiendo la gravedad del peligro al que se estaba enfrentando al estar en la calle. Las campañas de sensibilización generadas desde los centros de salud y repicadas en los medios de comunicación hicieron dar cuenta a los ciudadanos de la gravedad del problema. De manera paulatina el sistema fue entendiendo cómo debía actuar ante la situación y la ciudadanía a su vez también comprendió que debía empezar a tomar medidas para vivir en medio del contexto de incertidumbre constante.

Aunque, a nivel Bogotá hubo proactividad frente a las decisiones tomadas por el gobierno nacional al inicio de la pandemia, la tendencia fue a homogenizar las medidas para implementarlas en el territorio nacional. Así mismo, la Subred Norte implementó medidas adicionales impartidas por el gobierno nacional, con el fin de para aumentar su capacidad de respuesta frente al crecimiento exponencial de contagios.

CAPÍTULO IV. EL PROCESO DE DECISIONES EN BOGOTÁ Y LA SUBRED NORTE (ESE) FRENTE AL COVID-19.

Teniendo en perspectiva el capítulo anterior, en el presente se revisa la situación en el Distrito Capital y en la Subred Norte en donde se implementaron una serie de medidas con el fin de potenciar la capacidad administrativa para mitigar el impacto presentado por la pandemia en la atención en salud. En este capítulo se analizan las decisiones tomadas por Bogotá y la Subred Norte frente al manejo de la pandemia en el año 2020. En un primer momento se analizan las decisiones tomadas por parte del gobierno Distrital para el manejo de la crisis sanitaria y en un segundo momento, las medidas implementadas por la Subred Norte, a partir del modelo de redes integradas de servicio y el análisis gerencial autocrático y resolutive.

4.1. Medidas y decisiones tomadas por el Distrito Capital

Las autoridades nacionales y distritales, ante la declaración de la ONU de la aparición de la pandemia generada por el Coronavirus SARS-Cov-2 (COVID-19), tuvieron que tomar medidas que se adaptaran y se ajustaran a las nuevas condiciones que esta situación **sanitaria** exigió, con el fin de garantizar la protección y el cuidado de la salud de todas las personas.

Este plan también persiguió disminuir las consecuencias negativas de la pandemia, como también incrementar de forma eficiente la producción, innovación y la distribución igualitaria de los beneficios colectivos (Concejo de Bogotá D. C., 2020). El Plan Distrital de Desarrollo – Acuerdo 761 de 2020, se constituye en un marco de acción:

- “Lograr la mitigación de los efectos negativos por la pandemia global causada por la enfermedad por coronavirus (COVID–19) en materia económica en Bogotá.
- Procurar por una reactivación de la actividad socioeconómica, en la que se recupere la senda de desarrollo económico del año 2019” (Secretaría de Desarrollo Humano, 2021, pág. 4).

El artículo 27 del Acuerdo 761 de 2020, propone la creación del Sistema Distrital para la Mitigación del Impacto Económico, el Fomento y Reactivación Económica de Bogotá D.C. el cual se concreta en el Decreto 108 del 8 de abril de 2020, y que tiene como fin mantener y fortalecer una política pública del Distrito “con vocación de permanencia” (Concejo de Bogotá D. C., 2020). El modelo fue estimado como una herramienta para guiar las acciones implementadas para contrarrestar los efectos de la pandemia, mitigando de esta forma la crisis y acelerando la reactivación económica de la capital, como lo muestra la tabla 10.

Tabla 10. *Fundamentos del Acuerdo 761 de 2020*

Instrumento asesor para:	Enfocado en:
<ul style="list-style-type: none"> * Orientar las acciones para atender la emergencia * Mitigar las consecuencias de las crisis * Reactivar la economía de la ciudad 	<ul style="list-style-type: none"> * Preservar los empleos y el tejido empresarial (en especial las MIPYME). *Potencializar, alimentos a las nuevas oportunidades de mercado. * Fortalecer los sistemas productivos sólidos locales

Nota. Tomado del Acuerdo 761 de 2020 (Concejo de Bogotá D. C., 2020).

Como base en los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS-, para el programa de gobierno, se toman cinco ejes a saber, la paz (vivir sin miedo), las personas (con oportunidades, empleo y educación somos imparables), la prosperidad (tiempo para la familia y el desarrollo, no para el trancón), el planeta (reverdecir a Bogotá para vivir y respirar), y las alianzas (unidos somos el mejor hogar de los colombianos), como se muestra en la figura 10.

Figura 10. Programa del Plan de Desarrollo en Bogotá 2020-2024



Nota. Tomado del Acuerdo 761 de 2020 (Secretaría Distrital de Planeación, 2021, pág. 2)

Para mitigar con los efectos ocasionado por la pandemia en materia económica y en pro de una reactivación para la Ciudad de Bogotá se toman estrategias para proteger el tejido productivo:

- Bienes o servicios para la ciudadanía: a. Política pública social, b. Gasto contra cíclico keynesiano, c. Obra pública.
- Tejido Productivo: a. Mejoras en la productividad, b. Apoyos en la comercialización, c. Reducción de costos

Tabla 11. Bienes y servicios – Estrategias

BIENES O SERVICIOS		TEJIDO PRODUCTIVO
Inversión obra pública efectiva	Gestión espacial de la productividad Revitalización productiva de las localidades	Transformación productiva digital
Estratégico 1.	Estratégico 2.	Estratégico 3, 4, y 5.
OBRAS PÚBLICAS: Obras públicas, infraestructura social y movilidad, intervenciones: metro, cables aéreos, troncales ciclo-rutas, hospitales nuevos CAP infraestructura educativa y mejoramiento de barrios.	Revitalización productiva de la ciudad y sus localidades; intervenciones: POT y planes parciales, operaciones urbanas integrales y fortalecimiento de aglomeraciones productivas	Transformación productiva y formación de capacidades, apoyo industrias creativas y culturales y, reactivación y reconversión verde; intervenciones: transformación digital, financiación MiPymes, formalización, estrategia reto, mercados campesinos, escenarios artísticos a cielo abierto, transición a economías verdes, entre otras.

Nota. Tomado del Acuerdo 761 de 2020 (Secretaría Distrital de Planeación, 2021, pág. 2)

Dentro de las expectativas, para el año 2020, se gestionaron empleo sobre todo en obras públicas y los empleos colocados, aunque para el apoyo de incentivos y empleos de emergencia creados en las localidades, presentan un avance inferior al 45 %, como lo muestra la tabla 12.

Tabla 12. Empleos gestionados 2020

DICIEMBRE 2020	Resultado	% de avance
Empleos gestionados	106.223	106%
Empleos	2020	% de avance
Obra pública local	10.798	77%
Obra pública distrital	86.496	101%
Apoyo de incentivo monetario	3.185	32%
Empleos de emergencias generados en la localidad	2.911	43%
Empleos colocados	2.833	117%
<i>Cubiertos con PAEF* (último mes)</i>	616.616	N. A

Nota. Tomado del Acuerdo 761 de 2020 (Secretaría Distrital de Planeación, 2021, pág. 12).

La llegada de la pandemia a la ciudad de Bogotá obligó en el año 2020 al Estado a modificar las prioridades del gasto y las inversiones públicas. En este sentido, se empezó a instituir acciones de forma rápida como lo fue el distanciamiento social principalmente; estas acciones, fueron orientadas a brindar apoyo a los hogares en condición de pobreza y vulnerabilidad; por lo que \$1,7 billones, derivados de reposiciones de recursos fijados inicialmente, reorientaros las apropiaciones del Presupuesto Anual 2020, y de los ingresos destinados a los FDL para el año 2020.

Estas apropiaciones fueron destinadas a gastos como: Fondo de Estabilización Tarifaria de Transmilenio, atenuación de la económica en las localidades, beneficios otorgados en los servicios públicos, y otras inversiones anticrisis, entre otras. Sin embargo, al mes de septiembre de 2020, sólo habían sido girados aproximadamente \$508 mil millones es decir un 30%. En el Plan de Desarrollo 2020-2024, para costear el Plan Plurianual de Inversiones se vaticinó \$109 billones, pero, para su aprobación esto es junio de 2020, la Administración ya había proyectado la necesidad obtener recursos adicionales por valor de \$38 billones del gobierno nacional, para poder contrarrestar los retos de la pandemia y lograr la reactivación económica.

A continuación, se presenta el panorama de los programas de salud pública para el manejo de la pandemia en el nivel Distrital a saber: la capacidad hospitalaria,

4.1.1. Capacidad De Atención Hospitalaria En Las Unidades UCI Antes y Después de la Llegada del COVID-19 en Bogotá.

Es importante señalar algunas de las deficiencias a la oportuna atención médica determinadas por características sistémicas y estructurales, donde los servicios médicos de urgencias para el año 2015 en Bogotá se enfrentaban a diferentes desafíos los cuales afectaban su trabajo, numerosos retos que afectan su desempeño, forjando un gran impacto en la eficacia y la calidad de la prestación de servicios de salud debido al aumento de pacientes como la complejidad de las patologías. En el estudio realizado por EUA, para el Centro del Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], se determinó que la atención a los pacientes que asisten a los servicios hospitalarios de urgencias es crítica, más del 10% debe esperar entre una (1) y tres (3) horas para la atención médica (Moros-Portilla & Jimenez Peña, 2017).

Otra dificultad observada fue la escasez de camas; puesto que la OMS recomendaba por cada 1.000 habitantes 8 camas disponibles, sin embargo, en Colombia sumando las camas que había en el sector público como privado, se tenía un promedio de 1,4 camas por 1.000

habitantes. Por tanto, la hospitalización de pacientes se convirtió en un desafío que debían enfrentar día a día los hospitales (Moros-Portilla & Jimenez Peña, 2017).

La oferta de servicios de salud hospitalarios en la ciudad desde la perspectiva de que deberían existir mínimo 2,5 camas por 1000 habitantes es deficitaria en 6.307 camas. Para el año 2015 se contaba con 23,3% (3.119) camas disponibles para la ciudad de Bogotá pertenecientes a la Red pública adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, el 68,2% (9.136) son de la Red privada y el 8,5% (1.135) correspondientes a las camas públicas para los sectores nacionales y departamentales (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., 2015).

En lo referente a la utilización de las Unidades de Cuidados Intensivos en Bogotá, para el año 2015 las (UCI) en la disponibilidad de camas para el “adulto con un 6,6% (169), camas de cuidado intermedio neonatal con un 3,8% (514), camas de cuidado intermedio adulto 6,6% (887), las camas de UCI neonatal 2,3% (304)” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C., 2015, pág. 90).

Por otro lado, en la ciudad de Bogotá, la capacidad hospitalaria en relación a las unidades de cuidados intensivos y su distribución es un tema que continuamente se dialoga, mediante el plan de expansión se entró en la dinámica de preparar constantemente al sistema de salud ante la epidemia de Covid-19, teniendo en cuenta que para inicios del 2020 la capital de Colombia tenía para utilización de servicios (UCI) 55 servicios, (43 en IPS privadas y 12 en IPS públicas) para un total de 967 camas, como lo reporta el REPSS²⁷ (SaludData. Observatorio de Bogotá, 2021). Es de precisar que, el plan de expansión se basó en la utilización de la infraestructura, personal médico y tecnología que había en las diferentes IPS que prestaban servicios de hospitalización, cuidados intermedios e intensivos habilitados en REPS, mejorando su capacidad a través de la reconversión y ampliación de camas para la atención de los casos positivos de COVID-19.

²⁷ Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

En desarrollo del mencionado plan, la Secretaría Distrital de Salud instituyó diferentes acciones tanto colectivas y específicamente con los prestadores de servicios de salud del territorio nacional, con el objetivo de aumentar la disponibilidad de las UCI, sumado a las directrices impartidas en el simulacro de aislamiento preventivo y la cuarentena decretada a nivel nacional. Teniendo en cuenta la evolución epidemiológica del virus observado en los meses de abril y mayo, los resultados de las medidas implementadas fueron favorables, debido a la minimización de la demanda en los servicios de salud, dado que el impacto en el contagio fue menor y, por consiguiente, hubo una contención de la ocupación hospitalaria y menor la necesidad de camas UCI de las que estaban previstas inicialmente.

Es por esto, que en la fase de mitigación con un grado de contagio alrededor de 1.1, y en consideración de las medidas anteriormente mencionadas determinadas por el Decreto 417 de 2020, para la estimación de la exigencia de camas UCI para los pacientes contagiados con el virus en estado crítico y severo, se vaticinó la necesidad de contar con 2000 camas de UCI y conseguir la disponibilidad de 1.000 camas adicionales para paciente en situación severo (SaludData. Observatorio de Bogotá, 2021).

A esta revisión se establece que a fecha del 31 de diciembre de 2020 Bogotá contaba con:

Una aproximación de 75 servicios de UCI habilitados en REPS (63 en IPS privadas y 12 en IPS públicas) y un total de 2.239 camas, es decir, se tuvo un crecimiento en 20 servicios de prestadores de red privada, para un crecimiento del 36.4% frente al dato del 24 de marzo de 2020. No obstante, en términos de capacidad instalada en estos servicios, el crecimiento observado fue del 131.5%, es decir, en 1.272 nuevas camas (SaludData. Observatorio de Bogotá, 2021).

Las estimaciones de camas de UCI presupuestadas para la atención de la emergencia sanitaria fueron objeto de verificación y actualización por parte de la Secretaría, de

conformidad con el monitoreo realizado al aumento de casos COVID-19 en el territorio nacional frente a cada mutación del virus. Al 15 de junio de 2021, de acuerdo con los compromisos y acuerdos adquiridos tanto con la red privada como pública, se consiguió progresar en la capacidad de camas UCI necesaria para limitar y evitar que los casos aumente debido al tercer rebrote ocurrido en el mes de abril, para lo cual se contó con 92 sedes prestadoras de servicios de salud brindando ampliar la capacidad a un total de 2.725 camas de UCI adultos, lo que muestra un aumento del 67.3% en cantidad de servicios y del 181.8% en camas disponibles, frente a la capacidad dispuesta al inicio de la pandemia (SaludData. Observatorio de Bogotá, 2021)

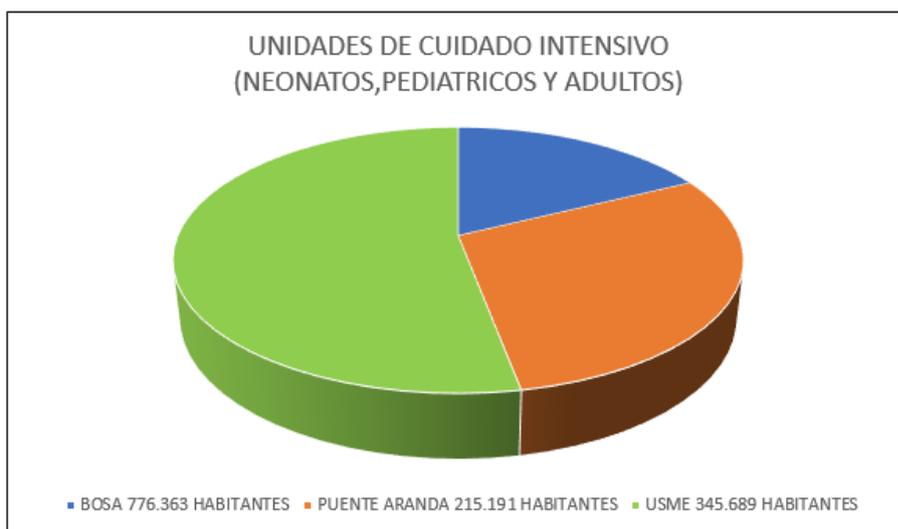
Así las cosas, gracias a todos los esfuerzos de las entidades de salud tanto públicas o privadas y a la adquisición de equipos técnicos en biomédica para garantizar la prestación del servicio de salud de forma eficaz, logrando ocupaciones máximas de 96.9% en las camas totales de UCI y del 98.2% en camas UCI asignadas para la atención de pacientes COVID-19, lo cual amerita la gestión continua para hacer uso de la capacidad de camas en cada instante, resultando pertinente indicar que la ampliación de camas requería igualmente de talento humano como también el suministro de medicamentos, tecnología e insumos para operar de forma adecuada y brindando calidad en los servicios prestados.

De otro lado, se contempló la ampliación de los servicios de salud hospitalarios en sedes alternas como clínicas y hospitales habilitados para dicho fin, las cuales fueron donadas por el Instituto Distrital de Gestión de Riesgo – IDIGER, y las habitaciones fueron donadas por la Agencia de la ONU para los Refugiados – ACNUR, lo anterior fue destinado para la provisión de servicios hospitalarios y de urgencia, que favorecieron de forma eficiente el manejo de las camas UCI y la respuesta a la pandemia (SaludData. Observatorio de Bogotá, 2021).

Considerando así que para la ciudad de Bogotá ha tenido un déficit de cubrimiento de los recursos hospitalarios para el caso concreto a las Unidades de Cuidados Intensivos con una

inequidad existente en la estructura de la red de atención en salud, la limitación y a la capacidad de respuesta frente a contingencias como la que se viene evidenciando con la llegada del COVID-19.

Ilustración 7. Unidades de cuidados intensivos



Nota. Elaboración propia a partir de los datos relacionados en el texto denominado “Estudio revela que la capacidad hospitalaria de Bogotá no es suficiente ante Covid-19” (Ferrin, 2020)

Ante estas situaciones, diferentes investigaciones, afirman que es importante que se tenga acceso a las zonas de bajos recursos en Bogotá donde hay más población. Ante la emergencia y afectación del COVID-19 se tuvo una rápida reacción al entregar e implementar recursos hospitalarios, sin olvidar que existe una crisis que lleva tiempo atrás y que es importante que se den transiciones rápidas y progresos como el que se realizó en la actualidad y no se quede solo en intenciones y desafíos que se llevan a cabo en la marcha de una situación como fue el coronavirus que afectó a la ciudadanía.

De acuerdo con la información presentada, es importante resaltar que la propagación del COVID-19 no permitió en muchas ocasiones acciones preventivas, como el caso de la capacidad en atención hospitalaria, la cual muestra que, a pesar de la creación de centros hospitalarios transitorios como Corferias, fueron medidas que permitieron estar al límite de la

capacidad, dejando de lado el comportamiento promedio de la atención en salud y priorizando las personas que ingresaban por COVID-19.

Otro déficit que hubo en la ciudad fue el personal de salud y los insumos médicos insuficientes para la atención de la emergencia sanitaria, dado el aumento exponencial de las cifras de casos confirmados y activos, no se logró dar una respuesta efectiva por parte de la administración de Bogotá y las correspondientes Subredes.

Otra de las estrategias exitosas en cabeza de la SDS a través de El CRUE (Centro Regulador de Urgencias y Emergencias) fue que tomo el control de todas las camas UCI reportadas en Bogotá independiente si la IPS era pública o privada y de esta manera ellos asignaban las camas UCI para todos los pacientes que requirieron de ese servicio, de no haber sido así muy probablemente esto habría generado dificultades a la hora de que cualquier ciudadano pudiera obtener una UCI.

4.1.2. Optimización eficiente de los recursos para el normal funcionamiento de los programas en salud pública en Bogotá

Haciendo frente al problema de la pandemia a la afectación ocasionada por el Covid-19, al tema de recursos destinados por parte del gobierno el Ministerio de Salud establece que el Estado creó un plan estratégico con cuatro elementos: “aseguramiento, mejoramiento en las capacidades de salud pública, ampliación de la oferta en salud y fortalecimiento dirigido propiamente al Ministerio de Salud y Protección Social” (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020).

El Ministerio de Salud y Protección Social ha recibido por parte de la Administración Nacional recursos anexos a los que aprobó la Ley de Presupuesto para la vigencia 2020 así: “por el orden de \$929.950 mil millones, “de los cuales \$20 mil millones para aseguramiento, \$31 mil millones en fortalecimiento de la salud pública, \$864.950 mil millones para la

ampliación de la oferta de servicios de salud y para el fortalecimiento institucional del Ministerio \$14 mil millones” (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020).

Gerardo Burgos, Secretario General del Ministerio de Salud y la Protección Social frente a la ejecución de recursos establece que se ejecutaron \$481.596 millones en tres de los cuatro elementos como fue el fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, luego, respecto a la noción de vigilancia se destinaron recursos superiores a los \$30 mil millones, más la compra material para la ejecución de pruebas del Instituto Nacional de Salud (INS) por valor de \$7.102 millones. Así mismo, se invirtió en campañas de comunicación, prevención y contención para un total de \$38.101 mil millones (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020).

Consecuentemente, durante la pandemia se destacó la compra de ventiladores por valor de \$230 mil millones equivalentes a 2767 ventiladores adquiridos a través de nueve contratos con entidades nacionales. Otro aspecto para destacar fue la transferencia de recursos a las 504 Empresas Sociales del Estado, para el pago de las obligaciones laborales en el marco de la pandemia por valor de \$13.493 mil millones, a parte de la adquisición de material de protección que hizo parte del primer equipo que entregó el Estado al personal de las EPS que estuvo frente a la situación desde inicios de la pandemia entregando 1.800.000 elementos para la salvaguarda de personal de la salud (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2020).

Con la expedición del Decreto 538 de 2020, en busca de fortalecer los servicios de salud presentados para el manejo del COVID-19, incluyendo mecanismos respecto de la habilitación de nuevos espacios hospitalarios, capacidad de unidades de cuidados intensivo e intermedio, promoción de la atención en salud de forma virtual e incentivo económico para el personal de la salud expuestos a un riesgo eminente al contagio. A su vez, el mencionado decreto implementó la regulación de transferencias de recursos por parte del Estado y los organismos territoriales.

Ante esta promulgación por parte de los profesionales de la salud expresaron su inconformidad y quejas por la deficiencia de elementos de protección y falta de garantías laborales o contratos dignos, en razón a la magnitud de la pandemia y el ejercicio de su profesión teniendo en cuenta su exposición frente al virus.

Una de las herramientas que llevó a cabo la ciudad de Bogotá fue la publicación de datos abiertos al comportamiento del Covid-19 fomentando democracia y transparencia. La cultura y el cuidado pedagógico sensibilizando a más de 31.432 ciudadanos, en capacitaciones al gremio de taxistas, estudiantes, líderes y organizaciones sociales etc.; se realizaron campañas en medios de comunicación masiva para la prevención del Covid-19.

Se dio atención integral a personas con sospecha de Covid-19, infecciones leves o moderadas para prevenir las complicaciones y prevenir la congestión en los servicios de salud de la ciudad. Se aumentó la expansión hospitalaria que se propuso en Engativá, se contrató personal en gestión y capacitación de talento humano UCI. El objetivo principal fue priorizar la vacunación y dar cobertura a la población en Bogotá.

El primordial llamado que hizo la Secretaria de Salud a los habitantes de la ciudad de Bogotá, es darle continuidad a la pedagogía al uso correcto del tapabocas, lavado de manos y proponerse a tener un distanciamiento físico, entre otras medidas, para sí contribuir a reducir los contagios y se pueda evitar que colapse la capacidad hospitalaria de la ciudad. En atención a ello y en miras del balance otorgado por la ciudadanía para la atención a la *emergencia sanitaria*, a pesar de todas las actuaciones y avances positivos por parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte toma de decisiones que tomo el gobierno Distrital hay aspectos ocultos que no salen a la luz.

4.1.3. Manejo de los recursos a través de la contratación directa a nivel Bogotá

En vista de las necesidades ocasionadas por parte de la “emergencia sanitaria” con la llegada del Covid-19 se crea la necesidad de contratación pública identificándose 19.882

contratos relacionados a la emergencia por la pandemia por un valor aproximadamente de 2.5 billones de pesos. La máxima inversión de recurso se concentró y sigue siendo el abastecimiento de medicamentos para la población vulnerable, por lo que se registró un aumento en la adquisición de equipos y elementos médicos (Transparencia por Colombia, 2020).

Después del seguimiento ejecutado por el grupo Transparencia por Colombia (2020) respecto a la contratación durante la pandemia se observaron contratos por 2.5 billones de pesos a través de la plataforma SECOP. Por tanto, entre el 16 de marzo y el 17 de julio, se celebraron 19.882 contratos que ascienden a la suma de \$2.459.950.258.316 para brindar atención en plena pandemia. De estos contratos, el 85% fue a través de contratación directa, el 13% contratación especial y 2% bajo otro tipo de contratación.

Dado el predominio de la contratación directa, se contrató teniendo en cuenta lo siguiente:

El 36% se han hecho utilizando la causal de urgencia manifiesta. El valor de estos contratos asciende a 1,5 billones de pesos (\$1.545.219.383.780), esta cifra representa el 63% de los recursos contratados para atender la emergencia. A nivel territorial, Caldas (89%), Atlántico (84%) y Bolívar (83%) son los departamentos, dentro del análisis territorial de la Alianza, que más realizaron contratación directa bajo esta causal (Transparencia por Colombia, 2020).

En contexto de la pandemia, se refleja una alerta por la corrupción en Colombia se generan retos para las diferentes instituciones obligando a implementar medidas especiales. Este escenario favorece para que se haga un mal aprovechamiento de los recursos públicos. En efecto, lo señalado por Teresita Chávez, asesora regional en América Latina para América Latina y de Transparencia Internacional, el estado de emergencia y la debilidad democrática, es una fuente directa para la corrupción.

Así las cosas, durante la declaración del estado de emergencia todos los riesgos aumentaron, en el sentido que los controles disminuyen y el concepto de que todo vale frente a la situación, la Ciudadanía Activa, con la mirada puesta en los dineros del estado de emergencia, identifico riesgos de corrupción en la contratación pública, así como en el manejo destinados para dicho fin. Por consiguiente, en el tercer reporte advirtió que no existía claridad en la información sobre los recursos invertidos y los riesgos de corrupción dado los sobrecostos y la falta de equidad en los contratistas (Transparencia por Colombia, 2020).

Así las cosas, el informe revelo aumento en los reportes de corrupción asesorados por Transparencia por Colombia en 2020. Lo cual genera vacíos presupuestales por el desvío de dineros en el área de la salud pública, como el confinamiento el cual pudo permitir a los ciudadanos contar con tiempo para realizar dicho reporte mediante las herramientas digitales. Concluyendo de esta forma un incremento en las denuncias ciudadanas frente a la corrupción del país (Transparencia por Colombia, 2020).

Para el tema de la corrupción en el área de la salud, en los elementos de salud, elementos sanitarios y equipos biomédicos fueron indispensables en la época de la pandemia, razón por la cual hubo mayor seguimiento sobre estos. Frente a este, se observó que una de las irregularidades más frecuente fue el aumento en los precios en los elementos de protección.

En este sentido la urgencia sanitaria pudo ocultar la necesidad de la transparencia en el empleo de los dineros destinados para tal fin, y convertir esta ayuda humanitaria en una situación de mercado con pésimos resultados como los que se han mencionado. En otras palabras, para algunos individuos la pandemia fue la mejor opción para incrementar su bienestar personal en menoscabo del interés común.

4.1.4. Corferias: ejemplo de las estrategias y mecanismos utilizados de apoyo al sector salud en Bogotá. Un espacio transitorio.

La alcaldía mayor de Bogotá a través de la Secretaría Distrital de Salud, con el propósito de alivianar las cargas del sistema de salud en la ciudad y en la región, instaló el centro hospitalario transitorio de Corferias, lugar que tendría la función de dar los servicios UCI a los pacientes que lo requirieran pero que no fuesen casos Covid-19. Con el fin de hacer frente a la emergencia la primera fase del proyecto que tenía como propósito seguir creciendo en capacidad y dotación de servicios según la demanda, contaba con puntos de red de oxígeno, estaciones de enfermería, computadores con el software para manejar historia clínica electrónica, duchas, baterías sanitarias y lavamanos (Estupiñan, 2020).

A través de esta iniciativa, la ciudad continuó preparando para hacerle frente a la pandemia, se brindaron servicios de medicina interna, pediatría, postoperatorios de cirugía general y ginecoobstetricia, a través de un equipo interdisciplinario de expertos en salud entre los cuales se encontraban especialistas, médicos generales, enfermeros profesionales, auxiliares de enfermería, profesionales de la salud en nutrición, terapia respiratoria, fisioterapia, trabajo social, personal asistencial, administrativo y de servicios generales. Se avanzó en la adecuación de salas de procedimientos, en las cuales se podrían atender partos de bajo riesgo y procedimientos médicos de baja complejidad. La expansión hospitalaria dispuesta en el recinto ferial de Bogotá está dotada con elementos necesarios para la atención de pacientes de mediana y baja complejidad de las especialidades de medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía (Secretaría de Salud, 2020)..

El objetivo de la creación de este centro hospitalario, era que sirviera de respaldo a la reconversión de camas hospitalarias que han venido realizando las Instituciones Prestadoras de Salud de la ciudad, con el fin de aumentar las camas de cuidados intensivos para atender los pacientes críticos de la enfermedad y albergar pacientes con mayor riesgo de padecer la

enfermedad, es decir con hipertensión, obesidad, diabetes u otras patologías crónicas que los ponían en riesgo dentro de las clínicas y hospitales que los atendían, de esta forma se lograría la descongestión de las camas UCI y se otorgaría cuidado especial a los pacientes que estaban fuera de peligro en términos de contagio y propagación del Covid-19.

La operación asistencial del Centro Hospitalario Transitorio estuvo soportada con un apoyo administrativo que brindó servicios de alimentación, lavandería, suministro de frazadas, aseo y desinfección de espacios, almacén, farmacia e incluso seguridad privada para brindar la mejor atención a los pacientes. Según declaraciones de la alcaldesa mayor de Bogotá gracias a la coordinación de la red pública y privada de salud de Bogotá, y al trabajo armónico con la Ciudad Región, el Centro Hospitalario Transitorio atenderá a los pacientes de los hospitales públicos y las clínicas de la Capital. En caso de ser necesario, este centro tiene toda la capacidad de expansión para poder atender a los pacientes de Cundinamarca y la región (Secretaría de Salud, 2020).

En este centro de expansión de la red hospitalaria de Bogotá no se permitieron visitas presenciales, teniendo en cuenta las estrictas medidas de bioseguridad que se debían implementar para la protección de los pacientes y el personal médico. Sin embargo, los familiares de las personas hospitalizadas podrían hacer uso de la sala de atención a la ciudadanía, donde se adecuaron computadores para realizar tele visita y de esta manera pudieran conversar con sus familiares pacientes.

Según información publicada por la alcaldía mayor de Bogotá en su página web, algunos de los factores que se tuvieron en cuenta para instalar el centro hospitalario transitorio en Corferias fueron entre otros: la posibilidad del montaje de áreas de expansión para servicio hospitalario de baja y mediana complejidad en un tiempo mínimo, así como tener la disponibilidad del área acorde a criterios y estándares de habilitación de servicios, también contar con disponibilidad inmediata de servicios públicos, esta estrategia permitía también la

facilidad de adaptación del área de expansión, y adicionalmente un operador logístico que no incluyera el pago de arriendo por las superficies ofrecidas y la posibilidad de atención en el contexto de ciudad región.

Según la administración distrital todo lo anterior se realizó con el fin de responder a situaciones críticas que se estaban presentando como ejemplo en el sistema de salud a nivel nacional que conllevaba al desbordamiento de la ocupación del sistema de salud de la ciudad y sus efectos sobre la vida de los ciudadanos. Sin embargo, la ocupación del centro hospitalario transitorio de Corferias, que nunca llegó al 100%, refleja la pertinencia de las medidas tomadas por la administración distrital, las cuales permitieron que la ciudad superara el primer pico de la pandemia.

Todo el conjunto de medidas tomadas por la Administración Distrital para enfrentar la pandemia fue suspender servicios de salud no urgentes, el aislamiento preventivo y la presencia del Distrito en los diferentes municipios para vigilar a las personas, evitaron que la capacidad hospitalaria colapsara y permitió la atención de todas aquellas personas que requirieron los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2020).

Finalmente, la alcaldía manifestó que el Distrito no pagó arrendamiento por el espacio ferial de las locaciones en las que se instaló el centro hospitalario. Incluyendo todo el procedimiento del montaje y adecuación del hospital, la inversión fue de 5.000 millones de pesos, de los 8000 millones que se destinaron para esta estrategia y el excedente corresponde a gastos de funcionamiento como la operación, el mantenimiento y pago de los servicios públicos de este hospital transitorio, la contratación de personal de la salud, la compra de insumos como equipos biomédicos, alimentación y medicamentos y la operación de las camas autorizadas entre otros.

De otro lado, la administración indico que adquirió elementos para la adecuación de un centro hospitalario temporal, garantizando que la secretaria distrital reubicaría de forma eficaz

todos los insumos comprados para este una vez terminara la pandemia, esto con el fin de ayudar a fortalecer programas sociales de Bogotá que benefician a la ciudadanía en todo lo referente a atención en salud que sea requerida.

En una entrevista realizada a la alcaldesa mayor de Bogotá el 26 de agosto de 2020 ella manifestó textualmente que:

Afortunadamente no colapsó la vida, ni el sistema hospitalario; por lo cual el hospital de campaña de Corferias ha tenido pocos pacientes y puede cerrar. Inicialmente previmos que, si colapsaban los hospitales, Corferias demandaría una inversión de \$200.000 millones para recibir hasta 5.000 pacientes. Solo se requirieron \$18.000 millones. Los \$182.000 que se ahorraron y no se usaron se destinarán a otras inversiones en salud (Rivera, 2021).

A manera de Conclusión, las estrategias implementadas tanto por el gobierno Nacional como el Distrital para que desde el punto de vista económico la pandemia no afectará tanto a las familias siguen siendo insuficientes si comparamos el monto de la ayuda con el costo promedio de la canasta familiar en un hogar sin importar su condición, es decir si viven en arriendo o en casa propia, por supuesto en el primer caso las consecuencias son más notorias.

Existen fallas evidentes en el Sisbén que clasifican de manera incorrecta a las personas y a las familias, por ello las ayudas no debería generalizarse con un monto específico para todas sino actualizar con nuevos criterios las bases del Sisbén para ser más efectivos en la entrega de las ayudas con base en quienes más lo necesitan.

Al afectar el presupuesto distrital en ayudas económicas para las familias, el gobierno debe establecer estrategias que no cambien la destinación de recursos a los programas que se vienen desarrollando, es decir más que recortes es menester la optimización de los recursos. El sistema de salud recibió de forma directa el peso derivado de la pandemia, en el sentido de que se vio vulnerada la integridad de los profesionales de la salud. El 19 de marzo de 2021,

Colombia presento 50.405 contagios en el personal de la salud, según lo reportado por el Instituto Nacional de Salud (2020).

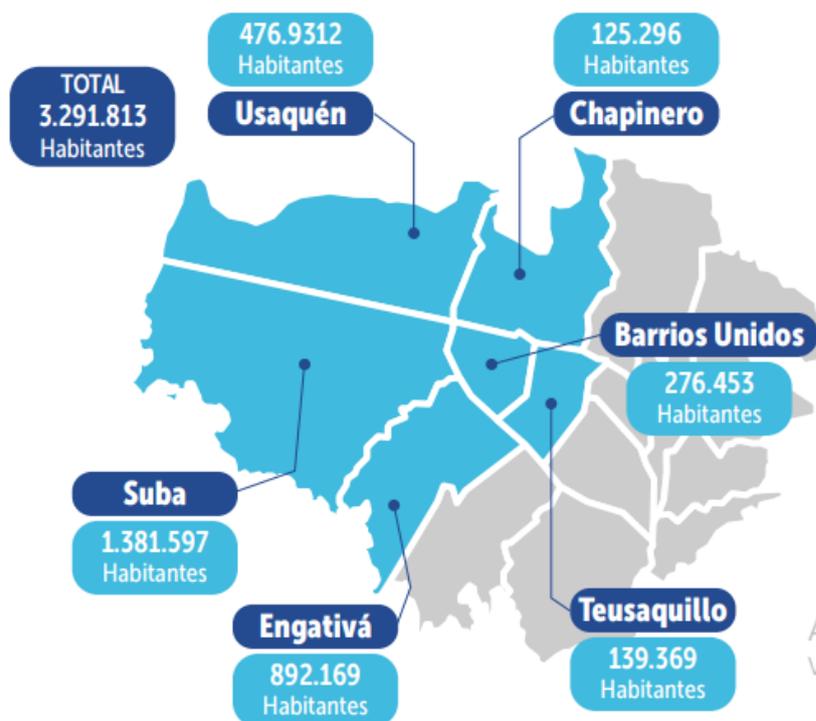
Consecuentemente, los profesionales de la salud debieron enfrentar ajustes a sus cargas laborales, específicamente en la parte emocional frente a la pandemia y deceso de un gran número de individuos, y algunas veces estigma por su profesión, razón por la cual el Ministerio se unió a la investigación 'Héroes por en Colombia.

Así las cosas, los profesionales de la salud trabajaron con las uñas y en condiciones de riesgo altas, por tanto, se convirtieron en los héroes anónimos de los retos que Colombia y el mundo entero enfrentaron a raíz de la pandemia.

4.2. Las acciones tomadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud - Norte E.S.E.

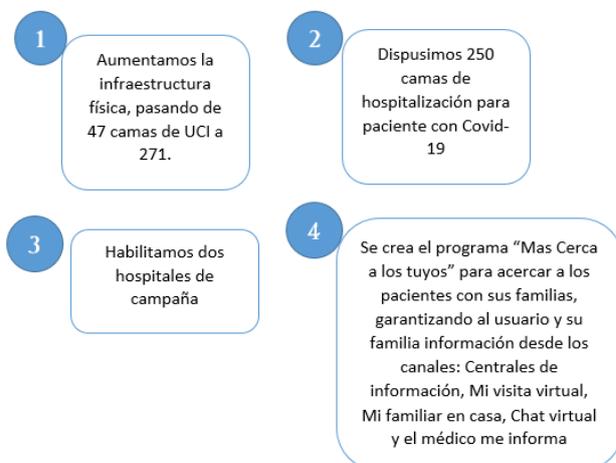
Teniendo en cuenta las tendencias globales en la prestación de servicios de salud y el modelo descrito de las redes integradas de servicios como respuesta a la fragmentación de la prestación de servicios, especialmente de salud, por lo anterior, en Bogotá a partir del 2016 se reorganizó el sector salud de la capital con el fin de mejorar la prestación de los servicios del sector. Una de las partes de la Red Integrada de Servicios en Salud de Bogotá es la Subred Norte – E.S.E., la cual articula diferentes entidades prestadoras de salud para que los habitantes de seis (6) localidades puedan acceder a los servicios de salud, sobre todo, teniendo como atenuante la emergencia sanitaria debido a la pandemia mundial del COVID-19.

Se implementó diferentes acciones colectivas en salud pública para la promoción y sostenimiento de la salud bajo la institución de procesos como el monitoreo epidemiológico, intervención colectiva, Rutas Integrales de Atención en Salud, Proyectos de Inversión Local y otros programas, necesarios para la atención de distintos cursos de vida con oportunidad y mejor calidad.

Figura 11. Capacidad instalada/ Población beneficiaria

Nota. Tomado del portafolio general de servicios Subred Integrada de Servicios de Salud - Norte E.S.E. (Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2020)

Lo que refiere al seguimiento poscovid-19 se llevó a cabo: “Orientación telefónica, medidas de prevención desde casa y supervisión del estado clínico”. A continuación, se presentan las medidas más importantes tomadas por la Subred Norte y el análisis de las variables financieras, Órdenes de Prestación de Servicios, por último, los bienes y servicios.

Figura 12. Medidas para paciente COVID-19

Nota. Informe de Rendición de Cuentas 2020 (Secretaría de Salud. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2020, pág. 5)

En las unidades de cuidados intensivos e intermedios se señalan como fundadores en la ampliación de camas UCI dando respuesta al estado de emergencia ocasionado por el COVID-19. En el desarrollo de la pandemia se aportó un aumento de camas UCI alcanzando un total de 271.

De igual forma la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte lidera la estrategia "Más cerca de los tuyos", utilizando los medios tecnológicos como (llamadas, videochat virtual) y así brindarse la información a los familiares sobre el estado de salud de los pacientes en cuidados intensivos o intermedios del hospital de Engativá, permitiendo comunicarse con facilidad, teniendo en cuenta las restricciones de visitas que exige la pandemia por Covid-19.

En cuanto al manejo emocional del talento humano, de tal manera que continuara prestando sus servicios con compromiso y responsabilidad, cuando las circunstancias externas a las prestación del servicio no eran las más favorables, incluso con una dedicación mayor a la que tenían inicialmente. Trabajando de forma presencial cuando el grueso de la población teletrabajaba, en jornadas más largas que las habituales, y con alta exposición de contagio, que en la mayoría de los casos los hacía alejarse de sus familias para no exponerlos.

Las lecciones están relacionadas el poder mental, las fortalezas y habilidades que nacen de las personas y las organizaciones en los momentos de crisis y es claro que ninguno de estaba preparado para afrontar los retos que traía consigo la pandemia, sin embargo, la resiliencia de los equipos de trabajo y actitud nos permitió afrontar los retos que día a día llegaban a la Dirección, y ante cada reto buscábamos solucionarlo con oportunidad, y no quedarnos en la queja.

4.2.1. Reorganización de Servicios Hospitalización por Pandemia Covid-19

En los meses de enero y febrero de 2020 los servicios de salud brindados por la Subred Norte operaron con normalidad en los cuales se registraron egresos superando las metas

proyectadas respecto de indicadores de producción, porcentaje de capacidad y días de estancia. Así las cosas, este conto con un total de 813 camas para la hospitalización y unidades de cuidado incentivo.

En este sentido, la ampliación de la Subred tuvo en cuenta la redistribución de servicios para la extensión de la capacidad de UCI con reorganización de diferentes servicios y definición de las áreas para la atención de pacientes COVID y No COVID, por tanto, se realizó las adecuaciones pertinentes teniendo en cuenta las condiciones de bioseguridad y aislamiento, para garantizar la prestación de los servicios de salud.

Al estudio propio de la administración frente a la pandemia, se implementaron diferentes mecanismos de acción por parte de la Subred Norte (2020), para lograr brindar una atención oportuna y de calidad a los usuarios que llegaba a la Subred Norte, como son:

1. Traslado de servicios de la UMHES Simón Bolívar a otras unidades de la Subred Norte. Para destinar la UMHES Simón Bolívar para atención COVID se hizo el traslado de los servicios de: UCI Pediátrica, Pediatría hospitalización, Quemados hospitalización, Cirugía Plástica, UCI Neonatal y ginecobstetricia hospitalización y salas de partos a la sede de CES SUBA²⁸.
2. Servicios no trasladables al 100% de la UMHES Simón Bolívar: Neurocirugía, Salud Mental y Nefrología.
3. Balance capacidad instalada máxima para COVID-19: Capacidad instalada Inicial 44 camas Vs capacidad nueva a la fecha de la realización de este informe UCI COVID-19: 271 camas, lo cual razón de un crecimiento del 615%.

²⁸ En entrevista con el líder de presupuesto de la entidad disposición la Unidad de Servicios de Salud Simón Bolívar como referente COVID a nivel Distrital y nacional, lo cual concentró una serie de esfuerzos tanto administrativos como de servicios y financieros que permitiera tener un mayor campo de acción en la administración de los recursos en términos financieros.

Desde la Unidad Funcional de APH – Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. se implementó un área exclusiva para la realización de las desinfecciones terminales posterior al traslado de un paciente con sospecha o diagnóstico confirmado de Covid-19.

“La Subred Integrada de Servicios de Salud Norte a través del laboratorio clínico ubicado en la UMHES Simón Bolívar inicia procesamiento de la prueba Diagnóstica por la metodología de PCR (Multiplex FilmArray) para detección de SARS - Cov2” (Secretaría de Salud. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2020, pág. 228).

En agosto de 2021, el Instituto Nacional de Salud dio el aval al laboratorio para colaborar en el procesamiento de pruebas por PCR para el descubrimiento de 22 patógenos incluyendo SARS-COV-2, como también para determinar cuáles eran los agentes más comunes para las infecciones respiratorias. Los pacientes sospechosos para COVID-19, pudieron acceder a este servicio y obtener la confirmación del resultado en pocas horas.

Con el inicio de la pandemia en el área ambulatoria la consulta de nutrición presentó un descenso significativo, no obstante, se instituyó la consulta virtual como una estrategia para que los afiliados pudieran acceder a este servicio. A nivel hospitalario se aumentó la demanda de Nutriciones de todo tipo para Garantizar el Soporte Nutricional de los pacientes con COVID, lo cual generó un gran impacto en el presupuesto propuesto. El servicio de farmacia se vio enfrentado a dispensar los medicamentos para pacientes mayores de 60 años y crónicos, los cuales se debieron priorizar para la entrega a domicilio (Secretaría de Salud. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2020).

4.2.2. Manejo de los recursos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.

Debido a la limitación de información pública con respecto a las medidas tomadas por parte de la Subred Norte para el año 2020, se establece como primera variable los ingresos y compromisos establecidos para la vigencia, como lo muestra la tabla 13.

Tabla 13. Ingresos y rentas de la Subred Norte ESE 2016-2020

CONCEPTO	2016	2017	2018	2019	2020
<i>DISPONIBILIDAD INICIAL</i>	21.161	23.368	31.224	22.072	55.231
<i>FFDS Vinculados</i>	4.630	14.462	18.110	22.116	11.893
<i>FFDS PIC</i>	49.349	40.554	51.041	51.477	48.612
<i>Otros FFDS</i>	25.733	17.637	0	0	4
<i>EPS- Subsidiado</i>	92.287	63.517	100.526	126.526	130.286
<i>EPS Contributivo</i>	13.222	11.522	17.213	22.727	26.045
<i>Otros Pagadores</i>	11.629	10.398	10.137	12.169	17.941
<i>Cuentas x Cobrar</i>	46.306	87.193	89.771	116.422	94.924
<i>Convenios</i>	82.839	82.838	67.582	67.456	89.860
<i>Transferencias</i>	0	0	0	9.446	5.000
<i>Otros Ing. no tributarios</i>	618	226	488	461	318
<i>Rec. Capital</i>	159	23	100	304	658
Total	347.933	351.736	386.192	451.175	480.772
% Recaudado	86,0%	83,6%	88,0%	100,9%	93,9%
Ppto Definitivo	404.470	420.688	438.841	447.058	512.057

Nota. Elaboración propia con base en la ejecución presupuestal de ingresos y rentas 2020 (Secretaría de Salud. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2020)

En entrevista con el líder de presupuesto de la entidad (Rodríguez Méndez, 2022), se afirma que la Subred para el año 2020 contaba con los recursos suficientes para cubrir la operación normal del primer semestre del año, cuando llega la pandemia se presenta un incremento en precios de los bienes y servicios especialmente en los elementos de protección personal y en los medicamentos, sedantes y anestésicos para el tratamiento y control de los pacientes COVID situación que por razones obvias puso en dificultades el manejo financiero de la entidad. De acuerdo con la información aportada, se evidencia que para el año 2020 no se ejecutó el presupuesto asignado en su totalidad, sino que se ejecutó el 93.9 %.

Además, las decisiones tomadas para la reorganización hospitalaria para el manejo adecuado de la pandemia en la Subred Norte generó un acaparamiento y abuso de los precios del mercado lo cual afectó negativamente el presupuesto y flujo de caja de la entidad, porque se tenían muchas necesidades prioritarias o urgentes en volúmenes importantes y se debían cumplir de manera obligatoria, lo que se empezó a hacer más notable al pasar el tiempo, puesto que empezó a generar mayor necesidad de recursos financieros.

Tabla 14. Gastos Subred Norte 2016-2020

CONCEPTO	2016	2017	2018	2019	2020
NÓMINA+APORT ADM	89.597	94.297	99.126	99.207	99.777
REM. SER. TEC. ADM.	14.819	14.190	15.908	14.283	18.489
CONTRATACION SERV. ASIS.	112.572	105.227	119.357	137.729	172.333
GTOS GENERALES	29.176	29.887	34.632	31.082	34.479
COMPRA DE BIENES Y ADQ.	86.969	86.782	73.267	74.050	82.776
SENTENCIAS JUDICIALES	5.899	905	2.695	1.711	3.385
CUENTAS POR PAGAR	54.839	78.447	79.443	62.978	29.633
INVERSION - INC. CXP	2.704	6.863	6.185	15.929	19.361
DISPONIBILIDAD FINAL	0	0	0	0	0
TOTAL	396.575	416.598	430.613	436.967	460.235
% EJEC	98,0%	99,0%	98,1%	97,7%	89,9%

Nota. Elaboración propia con base en la ejecución presupuestal de ingresos y rentas 2020 (Secretaría de Salud. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., 2020)

En cuanto a la información relacionada en los cuadros anteriores, correspondiente a los ingresos reportados por la entidad para las vigencias 2016-2020, donde se evidencia que para el año 2020 se ejecuta con normalidad los gastos y no presenta un desequilibrio presupuestal, pero según la información reportada, el efecto financiero no se ve reflejado en el periodo analizado, sino en los años 2021 del 3 % y 2022 con corte a junio del 20.5 %.

Adicionalmente genera conflictos a la hora de contratar personal asistencial toda vez que de una u otra forma el mercado empezó a variar, ya que el personal comenzó a escasear y los valores de las horas para los asistenciales sufrieron incrementos importantes.

Según, el líder de presupuesto de la Subred Norte (Rodríguez Méndez, 2022), algunas de las estrategias que se implementaron para minimizar la brecha o poder tener maniobrabilidad presupuestal fue, que para inicio de 2021 como se tenía un daño colateral por el tema de las cuentas por pagar y el presupuesto inicial cubría la operación sólo hasta junio de 2021, la entidad tuvo que crear mecanismos para completar el cupo hasta el cierre de la vigencia y entre ellas se encuentran:

- El compromiso de toda la nómina de personal como si la entidad tuviera provisto el 100% de los cargos con los que cuenta la planta de personal. Sin embargo, cuando

el presupuesto se fue agotando lo que se hace es solicitar al CONFIS en traslado de los recursos de los cargos que se encuentran vacantes para poder operar por el tiempo aproximado de uno a dos meses.

- Firmar convenios de servicios con entidades como la secretaria Distrital de Salud y alcaldías locales.

Por otro lado, las posibles alternativas para mejorar la fluidez de los recursos económicos de las E.S.E., pueden ser:

- Regulación de tarifas, teniendo en cuenta que los gastos y costos se incrementan de manera exponencial, teniendo en cuenta los costos en los que incurren los proveedores como fletes, TRM, SMMLV e IPC o la otra opción es regular los precios de algunos insumos tal y como lo tiene el INVIMA en algunos medicamentos.
- Generar la obligatoriedad del pago por parte de las EPS o aseguradoras a las E.S.E. de un 90% de lo facturado y radicado, con el fin de mejorar el recaudo y de esta manera lograr mejores negociaciones con proveedores y de paso contar desde el inicio de la vigencia con el presupuesto necesario para cubrir las necesidades de esta.

Como segunda variable de comparación, se toman las OPS de las vigencias entre el 2017 y 2020²⁹, como lo muestra la tabla se observa que para el año 2020 aumentó esta forma de contratación en un 33 %, con respecto al año anterior, el persona como asistencial, se mantuvo en un rango de 5.200 colaboradores, excepto para la vigencia 2020, dado que, por el aumento de la demanda en la atención a la salud, presenta una ampliación de camas UCI³⁰ que

²⁹ En el informe de rendición de cuentas no se presenta la descripción de las OPS para el año, pero si el total contratada para la vigencia.

³⁰ Es importante mencionar también que en lo referente a la contratación de personal especialmente para las UCI, se requería cada vez más personal con la experiencia para ese tipo de servicio. Como era de esperarse empezó a escasear este personal y su consecución se empezó a hacer más difícil, tanto por la demanda que se presentó por ellos y adicionalmente porque gran parte de ese personal se contagió por el virus y obviamente no podía prestar sus servicios. Como la Subred era la referente tuvo que implementar la estrategia de pagar un valor

se realizó durante la pandemia causada por el COVID-19, la cual muestra un balance inicial, es decir marzo de 2020 con 44 camas y al cierre de la vigencia ya contaba con 271 camas y este aumento representa de manera directamente proporcional un aumento en el personal que debe atender las unidades médicas.

Tabla 15. Órdenes de Prestación de Servicio Subred Norte ESE 2017-2020

<i>Rubro</i>	<i>Orden de Prestación de Servicios</i>			
	2.017	2.018	2.019	2.020
<i>Administrativo</i>	910	802	890	
<i>Asistencial</i>	4.136	4.723	4.305	
<i>Total</i>	5.046	5.525	5.195	6.948

Nota. Elaboración propia con base en las bases de datos de la Entidad.

En entrevista con la Directora de Contratación, el reto institucional en materia de contratación estuvo asociado en la articulación con los diferentes procesos de la organización, para obtener los resultados esperados con la oportunidad requerida, teniendo en cuenta que era la primera vez en la historia de Colombia que se estaba mitigando los efectos de la pandemia, no se tenía planes de contingencia, procesos o procedimientos que dieran los lineamientos de cómo se debía obrar.

Por lo que la organización debió flexibilizar muchos de sus procesos, y la toma de decisiones era muy rápida, para responder con oportunidad los retos que traía consigo la pandemia, que en materia de contratación estaban relacionadas con:

- Que vehículo legal debíamos adoptar para contratar con oportunidad los medicamentos, insumos y elementos de protección personal requeridos, y que no fueran objetados por los diferentes entes de control en posteriores auditorias.

adicional al personal que atendía pacientes COVID con el fin de hacer más atractiva la contratación y que los que estaban trabajando en la entidad permanecieran a la vez que estratégicamente se hacía fuera atractivo económicamente para el nuevo personal que se requiera integrar.

- Como contratar por medio de urgencia manifiesta, cuando esta modalidad no se había realizado en la contratación de la Subred, y que la misma estuviera conforme a derecho y no fuera objetada por los entes de control.
- Como negociar los cambios de precios con los diferentes proveedores, frente al aumento de lo pactado contractualmente para garantizar el abastecimiento, siendo clientes poco atractivos para el mercado debido al pago inoportuno de la cartera.
- Como convencer a los diferentes profesionales de la salud a que presten sus servicios, exponiéndose a ser contagiados.

Estas dificultades se lograron sortear dado que hubo un esfuerzo concentrado a mantener la operación de la dirección, asociado al trabajo en equipo, identificando fortalezas para luego potenciarlas y ponerlas al servicio de la operación, trabajando de la mano fue que se logró seguir adelante a pesar de las condiciones del entorno.

La tercera variable es la adquisición de bienes y servicios, como lo muestra la tabla, los cuales encontramos que es relativa la variación toda vez que de un solo proceso precontractual se pueden llegar a desprender múltiples contratos. Otro factor determinante para estos resultados es el presupuesto, toda vez que como pudimos evidenciar normalmente el presupuesto es deficitario para la entidad en contrapartida del gasto y compromiso real.

Tabla 16. Bienes y Servicios de la Subred Norte 2017-2020

Año	Bienes y Servicios			
	2017	2018	2019	2020
# de Contratos	281	335	371	335

Nota. Elaboración propia con base en las bases de datos de la Entidad.

En cuanto a temas de transparencia, lo que manifiesta la entidad en los informes de gestión es que a partir de mediados del año 2019 se inició la implementación y uso de la plataforma de compra pública de Colombia Compra Eficiente - SECOP II.

Como cuarta variable, se presentan las estrategias realizadas para facilitar la comunicación entre familiares, pacientes y médicos tales como:

- “Mi visita virtual” El familiar se comunicaba con el paciente mediante unas cabinas con pantallas para lograr el encuentro.
- “El medico informa” Se dotaron de celulares a los médicos para que ellos se comunicaran con los familiares de los pacientes para generar el reporte casi que a diario.
- “Acompañamiento al buen morir” Es la compañía que genera la entidad para los familiares a los cuales les fallece un familiar, esta compañía es guiada desde las áreas de trabajo social, psicólogas entre otros.
- “Más cerca de los tuyos” Mi familiar en casa – video llamada entre familiares y pacientes.

4.4. Conclusiones

De acuerdo con las medidas tomadas a nivel distrital, se evidencia que la gerencia autocrática en un inicio da las primeras líneas sobre el proceso de toma de decisiones que debía definirse luego hay una transición hacia la gerencia resolutive, llegando a consensos y articulándose con las medidas planteadas a nivel supranacional y nacional, teniendo en cuenta que la gestión de la crisis se presenta por el colapso de las entidades de salud y las decisiones se fueron tomando de acuerdo a casos exitosos evidenciados principalmente por la OMS.

Dentro de las decisiones tomadas por el distrito, se toma la estrategia de implementación del centro hospitalario de Corferias, que fue en inicio una idea apropiada que permitió brindar atención rápida y oportuna a todos los pacientes UCI de la ciudad (no COVID). Sin embargo, es una estrategia que debió habersele dado continuidad hasta el fin de la pandemia, teniendo en cuenta que los picos han sido variables y las necesidades que conllevan pueden diferir de manera importante.

En realidad, aunque la estrategia fue pensada para alivianar las cargas en la red hospitalaria de la ciudad, no tuvo la mayor solvencia teniendo en cuenta que aún no se presentaban los mayores picos de la pandemia que se pronosticaban desde el inicio.

El centro hospitalario de Corferias pudo haberse proyectado con mayor precisión, pues desde diferentes puntos de vista fue una estrategia que inició muy pronto y de la misma manera terminó. Aunque el costo no fue el mayor, sí se pudo haber realizado una mayor optimización de los recursos que a ello fueron destinados y conservando el mismo propósito.

Con referencia al servicio de nutrición que desempeñó la Subred Norte, invitando a las madres lactantes para la utilización de las salas de extracción de leche materna, este servicio se adecuó en el transcurso de la pandemia y así continuar con el suministro del alimento a los bebés que están hospitalizados en los centros hospitalarios del norte de la ciudad; para así mitigar el impacto negativo en la nutrición infantil intrahospitalaria en el transcurso de la pandemia por el COVID-19.

De acuerdo con las entrevistas semiestructuradas realizadas como parte de la investigación académica, en materia financiera se abrió una brecha que se ha hecho más evidente en la actualidad, puesto que se están viendo reflejados los estragos causados por la pandemia, toda vez que la Subred Norte tuvo que cerrar varios servicios referentes a lo ambulatorio, cirugía, odontología, urología, otorrinolaringología, gastroenterología, cardiología entre otras, y por ende la producción se redujo. Mientras el gasto aumentaba ya sea por la compra de insumos, medicamentos, equipos biomédicos, también aumentó el precio de la hora del personal designado como colaboradores COVID.

En materia de salud se gastaron cerca de 565.000 millones de pesos, las UCI pasaron de 935 en el primer pico (2020) a 2727 en 2021, esto permitió que el sistema de salud no sufriera un colapso y se pudieran atender a las personas que resultaron contagiadas y que acudieron a las entidades de salud para su atención.

A estos resultados que muestra el gobierno distrital con cifras positivas y alentadoras, cabe la pena analizar si esa es la realidad que vivió la población desde el inicio de esta emergencia sanitaria y si los problemas que se vienen evidenciando con la salud pública aumentaron, poniendo a prueba el sistema de salud del país. La situación que inició a comienzos de año 2020 y frente a la propagación del virus que fue acelerada, modificó por completo el panorama económico, político y social, en vista de las necesidades que aqueja un sistema de salud pública con miras a unas acciones que abarquen los requerimientos de los Bogotanos.

Aunado a lo dicho, analizando la red hospitalaria pública y su desempeño en la conducción de la crisis con respecto a la ejecución del programa desarrollado por el gobierno en el Plan Distrital de Desarrollo “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del siglo XXI”, el cual constituye el área de acción de las políticas, programas, estrategias y proyectos de la Dirección Distrital, poniendo en funcionamiento el Plan Territorial de Salud 2020-2024 que, en el área de la salud y calidad de vida, por lo que se implementaron estrategias sociales con el fin de garantizar el acceso, prestación y goce de los servicios de salud a la población de la capital de Colombia.

Sumado a lo anterior, al ejercicio de monitorear, realizar un seguimiento evaluativo y de desempeño, desarrollado el Modelo de Atención Integral en Salud en la Subred Norte, para contribuir a la construcción de una ciudad sostenible y una mejor calidad de vida a todos los individuos, tomando la Gestión Integral del Riesgo como una táctica principal en la tipificación de las condiciones de salud, previniendo de esta manera la detección de las enfermedades de forma temprana para reducir sus consecuencias, teniendo en cuenta las características sociales, económicas y culturales de las diferentes localidades de la Subred Norte.

CONCLUSIONES GENERALES

Es importante resaltar que a nivel mundial ningún país se encontraba preparado para los efectos ocasionados con la llegada del Covid-19, por lo que en la mayoría de los países se presentaron crisis sociales, de índole económico y adicionalmente de salud pública. La crisis evidenciada por el Covid-19 sacó a flote la desigualdad social existente en el país, en donde se notó mayormente el incremento de la pobreza, el desempleo y afectación a la salud mental en las personas, por lo que la reactivación económica debió promover el equilibrio del bienestar social.

En este contexto el desarrollo de este documento investigativo, con miras a hacer un análisis riguroso de la eficacia en las medidas adoptadas por la Alcaldía Mayor de Bogotá, y en especial a la atención prestada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E., en relación con el Covid-19, una de las reflexiones a las que se llegó es que en términos generales el manejo del Covid-19, en la ciudad de Bogotá fue positivo.

En estos términos, las decisiones tomadas por la Alcaldía de Bogotá primeramente se basaron en una atención logística y de apoyo para atender la pandemia, mediante convenios con las cuatro (4) Subredes para que fuera garantizado el servicio de salud. Adquirió equipos Biomédicos y aumentó los insumos para los laboratorios de pruebas Covid-19, también se establecieron convenios con las Subredes en atención domiciliaria, para así atender con mayor calidad a la ciudadanía, y se estableció el convenio con la Subred Norte para enfrentar de manera eficaz la situación Epidemiológica en atención al escenario por el cual se atravesaba.

El análisis de la red pública hospitalaria y su desempeño en el manejo de la crisis social con respecto a la ejecución del programa desarrollado por el gobierno en el Plan Distrital de Desarrollo, permitió entender que se constituyó en el área de acción de las políticas, programas, estrategias y proyectos de la Dirección Distrital, en el área de la salud y calidad de vida, la implementación estrategias sociales con el fin de garantizar el acceso, prestación y

goce de los servicios de salud a la población de la capital de Colombia. Lo anterior, pone en evidencia que es importante las acciones tempranas desde las organizaciones públicas, para que el resto de las personas que componen la sociedad cumplan con los roles designados por la administración pública.

Por otra parte, bajo la teoría de la gestión de crisis de las organizaciones públicas desde el nivel nacional hasta el nivel local, aterrizando en la Subred Norte E.S.E., se cumplen las reglas que se contemplan, donde se muestra que las organizaciones están al borde del colapso, pero al gestionar la crisis, se genera en la organización una flexibilidad bajo la toma de decisiones que se genera dentro de esta.

HALLAZGOS

Frente a la capacidad hospitalaria con la que cuenta el país, no se debe continuar con hospitales públicos pequeños que no se integran en red con los demás. Es hora de que se puedan generar redes integrales que cuenten con hospitales de todos los niveles de complejidad y que compartan la información de manera confiable y eficaz entre ellos sobre el estado de salud de los pacientes.

Con miras a la preparación frente al Covid-19 el sistema salud colombiano y de Bogotá dejaron en evidencia las principales falencias presentadas en el sector salud del país, dentro de las cuales están la falta de integración territorial del esquema de aseguramiento y el modelo de salud pública, por lo que de forma rápida se consolidó un mecanismo para forjar sistemas de información como lo fueron el SEGCOVID, SISMUESTRAS y CORONAPP para realizar esa integración frente al aseguramiento con la salud pública. Esto, a pesar de que Bogotá está organizada bajo los RISS, modelos impulsados desde la OMS y la OPS, los cuales suponen superar esta fragmentación planteada.

En este sentido, Colombia debe progresar en una visión territorial donde las entidades de salud trabajen en conjunto con las secretarías de salud. Por lo cual, en la pandemia se

proyectó tener un sistema más preventivo, mostrado en el progreso del estado de emergencia. Así las cosas, es necesario indicar que todas las redes deben tener hospitales de todos los niveles de complejidad, donde cada persona conozca la red integrada que lo atenderá, por lo que se debe mantener un sistema de salud público integrado.

Al igual en lo que se refiere a las EPS se debe fortalecer las estrategias de prevención al contagio, sondeo, contactos y seguimiento a las personas que puedan ser positivas o un posible sospechoso y así disminuir y controlar el número de personas hospitalizadas.

Son varias las inquietudes que se generaron por parte de los usuarios de los servicios de la Subred Integral de Servicios de Salud Norte, varias de las actuaciones tomadas por parte del gobierno fueron eficaces, pero al igual se dejaron muchos puntos por fuera y sin atender, demostrado así una vez más la falta de manejo de unas políticas públicas bien definidas. Se debe continuar con las estrategias de desarticulación de los malos manejos que se dan al interior de algunas entidades gubernamentales que causan déficit de recursos para la óptima prestación de los servicios, mejorar el accionar de la Secretaría Distrital de Salud, con el fin de proteger los sectores más vulnerables, sin embargo se aplaude la estrategia implementada por esta entidad, al optar por tomar el control de las UCI para la atención de la pandemia en todo el Distrito, independiente que la IPS perteneciera a la red pública o privada, lo que permitió asignar las camas UCI a los pacientes que en realidad las requerían sin importar su condición social o económica.

Por otra parte, se evidencia que no existió una buena comunicación entre las secretarías en Bogotá, ya que en el área de la salud y económica estuvieron desarticuladas, lo cual fue muy criticado en los barrios y los integrantes de estos, puesto que no se realizó el seguimiento asistencial requerido a los pacientes confirmados con COVID-19, no llegó la asistencia médica solicitada, permitiendo de esta manera que aparezcan afectaciones a la comunidad en general, en especial al entorno familiar del paciente diagnosticado con el virus.

De otra parte, se pudo observar que las herramientas permitidas por la declaratoria de la emergencia sanitaria en cuanto a la contratación tanto de personal como de bienes y servicios fueron una puerta abierta para tema de malos manejos administrativos por lo que permitió invocar procesos contractuales del normal funcionamiento de cualquier entidad de salud en contratación directa.

También es preciso mencionar que no todo lo ocurrido resultó en malos manejos, puesto que, a la hora de la compra de equipos, insumos y medicamentos para la atención de los pacientes Covid-19, se presentó un incremento exagerado de precios especialmente por la falta de materias primas en los países productores fue superior al 100% para los elementos tales como: cubre bocas, guantes de manejo, batas desechables y caretas entre otros. Adicionalmente por el temor que se vivía en ese momento, algunos países productores de los insumos necesarios para atender la crisis cerraron sus fronteras y mantuvieron stock de esos insumos de protección personal para la atención del Covid-19

REFLEXIÓN FINAL

Además de las evidentes dificultades que ha presentado el sistema de salud no solo en Bogotá sino en Colombia, pasando por problemas estructurales hasta problemas de administración, se suma una pandemia. No se debe desconocer que ni la nación ni Bogotá estaban preparados para una catástrofe de esta magnitud, que no solo se representa en cifras de personas muertas, sino que cada vez hace más visibles los problemas de fondo que hemos tenido con el sistema de salud, que pueden notarse en la falta de organización de un sistema robusto que atienda prontamente y con calidad no únicamente a las personas víctimas del virus, sino que cuente con todos los mecanismos y herramientas para satisfacer las necesidades de todos los ciudadanos.

El estado de emergencia forzó a los diferentes países a instituir medidas de confinamiento. Esta medida redujo en alto grado la movilización de las personas en un porcentaje del 50% en abril del año 2020. Todo esto, generó un impacto significativo en la operación empresarial, la comercialización de productos, la provisión de bienes y servicios para suplir las necesidades básicas de cada familia, por consiguiente, los colombianos enfrentamos una doble crisis, dada la situación económica y social que hubo en el país.

Dentro de los aspectos positivos podemos relacionar que la entidad logró ampliar el cupo presupuestal para poder comprometer recursos en la compra de bienes y servicios. No obstante, también se transformó en una dificultad, porque al comprometer recursos presupuestales, no se cuenta con la suficiente liquidez para cubrir sus obligaciones, lo cual agudiza la situación, ya que vuelve y se incrementan precios para cubrir el gasto financiero en las demoras por los pagos a proveedores, lo cual se resume en la ampliación de la brecha entre el ingreso y el gasto, generando así mayor déficit presupuestal.

Adicional a lo anterior, y teniendo en cuenta la red del sistema de salud mixto público-privado integrado, este debe contar con una capacidad de aseguramiento cubriendo de esta

manera un 95%; no obstante, debe precisarse que Colombia necesita ajustes profundos en la administración del sistema de salud. Por esto es necesario conocer cómo se está adquiriendo productos como los medicamentos, puesto que a raíz de la poca demanda afectó el sistema de salud de forma drástica y organizacional durante estos últimos años.

Como estudiantes de maestría en Administración Pública nos deja una enseñanza particularmente en el sentido de pertenencia y empatía que desde la administración pública de la salud en Colombia y en Bogotá, se debe tener con la ciudadanía y aunar esfuerzos que busquen prestar servicios con estándares altos de calidad y con miras al óptimo servicio que requiere siempre a la ciudadanía. Además, que frente a las crisis o situaciones que requieran pronta intervención del sistema de salud, se debe pensar siempre en trabajar mancomunadamente desde todas las entidades públicas y privadas (como las EPS) brindando información real, veraz y en corto tiempo en aras de lograr una respuesta eficaz y coherente a la calidad del servicio de salud que deben recibir los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2011). *Plan de desarrollo: “Bogotá positiva: para vivir mejor”* – Balance General 2008-2011. Bogotá. Obtenido de https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/2008_2012_bogotapositiva_c_informefinal_a_balancegeneral.pdf
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2016). *Plan Distrital de Desarrollo 2016 - 2020 Bogotá mejor para todos*. Bogotá. Obtenido de <https://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/planes-de-desarrollo-y-fortalecimiento-local/planes-de-desarrollo-local/bogota-mejor-todos#:~:text=El%20objetivo%20del%20Plan%20Distrital,familia%20y%20de%20la%20sociedad.>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (26 de abril de 2020). *Bogotá, referente internacional por medidas innovadoras frente al coronavirus*. Obtenido de <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/gestion-publica/bogota-medidas-innovadoras-frente-al-coronavirus>
- Barrios Pulido, S. M. (2015). Sistema de protección social en salud en América Latina: ilustraciones a partir del caso Brasil, Colombia y Costa Rica. 103-104. Tesis de maestría.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *Panorama Social de América Latina*. Obtenido de https://www.cepal.org/sites/default/files/presentation/files/version_final_panorama_social_para_sala_prebisch-403-2021.pdf
- Concejo de Bogotá D. C. (2012). *Acuerdo 489. Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D. C. 2012-2016 Bogotá Humana*. Bogotá D. C. Obtenido de

https://concejodebogota.gov.co/cbogota/site/artic/20160803/asocfile/20160803160947/acuerdo_489_12.pdf

Concejo de Bogotá D. C. (2016). *Acuerdo 641. 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.* Bogotá.

Concejo de Bogotá D. C. (2016). *Acuerdo 645. Por el cual se adopta El Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá D. C. 2016-2020 "Bogotá mejor para todos".* Bogotá. Obtenido de <http://www.bogotajuridica.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=66271>

Concejo de Bogotá D. C. (2020). *Acuerdo 761. Por medio del Cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 "Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI.* Bogotá. Obtenido de <https://bogota.gov.co/sites/default/files/acuerdo-761-de-2020-pdd.pdf>

Concejo de Bogotá D.C. (2008). *Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012 "BOGOTÁ POSITIVA: PARA VIVIR MEJOR".* Bogotá. Obtenido de <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=30681>

Constitución Política de Colombia. (1991). Legis.

Departamento Nacional de Estadística. (31 de 07 de 2022). *Censo nacional de población y vivienda 2018. Colombia.* Obtenido de Sitios Dane: <https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#/>

Díaz Losada, E. S. (2014). *Las habilidades gerenciales que necesita un líder dentro del sistema de salud en Colombia.*

- Díaz Pinzón, J. E. (2020). *Análisis de los resultados del contagio del COVID-19 respecto a la distribución geográfica de Colombia*. Obtenido de <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/1082/1255>
- Enríquez, A., & Sáenz, C. (2021). Primeras lecciones y desafíos de la pandemia de COVID-19 para los países del SICA. *Estudios y perspectivas. Sede Subregional de la CEPAL en México*(189). Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46802/1/S2100201_es.pdf
- Estupiñán, K. (2020). *Bogotá abre las puertas del Centro Hospitalario Transitorio de Corferias*. Bogotá. Obtenido de <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/salud/hospital-de-corferias-todo-lo-que-debes-saber>
- Ferrin, L. (7 de mayo de 2020). *Estudio revela que la capacidad hospitalaria de Bogotá no es suficiente ante Covid-19*. Obtenido de <https://www.javerianacali.edu.co/noticias/estudio-revela-que-la-capacidad-hospitalaria-de-bogota-no-es-suficiente-ante-covid-19>
- Gómez Restrepo, N. (2022). *Modelo de atención anticipatorio en salud: características, ventajas, desventajas y sus posibilidades de aplicación en el Sistema General de Seguridad Social Colombiano*. Medellín: Universidad de Antioquia. Obtenido de <https://hdl.handle.net/10495/29010>
- Hernández Palma, H., Muñoz Rojas, D., & Barrios Parejo, I. (2017). Estilos gerenciales y su influencia en la generación de valor de. *Económicas CUC*, 133-146.
doi:<http://dx.doi.org/10.17981/econcuc.38.1.06>
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador. *Revista Salud Pública*, 393-395. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n3/393-395/es>

INS. (14 de Febrero de 2021). *Instituto Nacional de Salud*. Obtenido de COVID-19 en Colombia: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/coronavirus-casos.aspx>

López Ríos , J. M., Molina Berrio, D. P., & Peñaranda Correa, F. (2018). Visibilidad y tendencias teóricas de la educación para la salud en cuatro países de América Latina, 2003-2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35).
doi:<https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-35.vtte>

Mendoza Fernández, V. M., & Moreira Chóez, J. S. (2021). Procesos de Gestión Administrativa, un recorrido desde su origen. *Revista Científica FIPCAEC (Fomento De La investigación Y publicación En Ciencias Administrativas, Económicas Y Contables)*, 608-620. doi:<https://doi.org/10.23857/fipcaec.v6i3.414>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2020). *ABECÉ Programa de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible – PRASS*. Obtenido de Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/VSP/abecce-prass.pdf>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (1 de diciembre de 2020). *Minsalud detalló las acciones y decisiones frente al covid-19*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-detalle-las-acciones-y-decisiones-frente-al-covid-19-.aspx>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2020). *Plan de Contingencia para responder ante la emergencia por COVID-19*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Documents/PLAN%20DE%20CONTINGENCIA%20PARA%20RESPONDER%20ANTE%20LA%20EMERGENCIA%20POR%20COVID-19.pdf>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (17 de noviembre de 2021). *Seguimiento de casos y rastreo de contactos, claves para salvar vidas y reducir costos*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Seguimiento-de-casos-y-rastreo-de-contactos-claves-para-salvar-vidas-y-reducir-costos.aspx>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (2021). *Colombia avanza en abastecimiento de medicamentos*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-avanza-en-abastecimiento-de-medicamentos-.aspx>

Ministerio de Salud y la Protección Social. (s.f.). *Coronavirus Colombia*. Obtenido de <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/index.html>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021. La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá. Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf>

Moros-Portilla, S., & Jimenez Peña, O. M. (2017). *Deficiencias en la oportunidad de la atención a pacientes en los servicios de urgencias*. Obtenido de <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13715>

Naciones Unidas de Colombia. (2020). *Plan de respuesta Covid-19. Colombia*. Obtenido de <https://www.humanitarianresponse.info/es/op%C3%A9rations/colombia/document/covid-19-response-plan-summary>

Ocampo Rodríguez, M. V., Betancourt Urrutia, V. F., Montoya Rojas, J. P., & Bautista Botton, D. C. (2013). Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Revista Gerencia y Política de Salud*, 114-129. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000100008

Organización Mundial de la Salud – OMS. (s.f.). *APS - Atención primaria en Salud. Ciudadado integral de la salud por todos y para todos*.

- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Conferencia Sanitaria Internacional*. Nueva York. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20la,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
- Organización Mundial de la Salud. (29 de junio de 2020). *Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 4. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Washington, D.C. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Presidencia de la República de Colombia. (1994). *Decreto 1876. Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado*. Bogotá.
- Ramió, C. (2016). *Teoría de la Organización y Administración Pública*. Obtenido de <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/12817/Teoria%20de%20la%20organizaci%C3%B3n.pdf?sequence=1>
- Rentería, C. (2022). Organizaciones públicas frente a cambios en su entorno: implicaciones de las capacidades de respuesta y de adaptación. *Opera*, 231-249.
doi:<https://doi.org/10.18601/16578651.n30.13>

- Rivera, M. (14 de enero de 2021). ¿Reabrir el hospital de Corferias es una opción? *El Espectador*. Obtenido de <https://www.elespectador.com/bogota/reabrir-el-hospital-de-corferias-es-una-opcion-article/>
- Rodríguez Méndez, N. J. (30 de 07 de 2022). Entrevista balance manejo financiero por parte de la Subred Norte ESE durante el manejo del COVID-19, año 2020. (L. E. Páez Falla, Entrevistador)
- Rojas Martínez, C. P., Hernández Palma, H. G., & Niebles Núñez, W. A. (2020). Gestión administrativa sustentable de los sistemas integrados de gestión en los servicios de salud. *Revista Espacios*, 6-2. Obtenido de <http://www.revistaespacios.com/a20v41n01/20410106.html>
- SaludData. Observatorio de Bogotá. (28 de junio de 2021). *Datos de Salud. Enfermedades transmisibles. Ocupación UCIS*. Obtenido de <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/enfermedades-transmisibles/ocupacion-ucis/>
- Secretaria de Desarrollo Humano. (2021). *Estrategia de mitigación y reactivación económica: Estrategias y soluciones para la reactivación económica de Bogotá*. Alcaldía Mayor de Bogotá. Obtenido de <file:///C:/Users/HPELITE8460P/Downloads/EMRE-%20Invest%20in%20Bogot%C3%A1%20v.1%20-%20SDDE.pdf>
- Secretaría de Salud. (2020). *Medidas de prevención y gestión del riesgo de Bogotá han protegido al sistema de salud de ser desbordado por la pandemia*. Obtenido de http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Noticia_Portal_Detalle.aspx?IP=1263
- Secretaría de Salud. Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. (2020). *Rendición de Cuentas Sector Salud. Informe de Gestión 2020*. Obtenido de

http://www.saludcapital.gov.co/Rendicin%20de%20Cuentas/Rendicion_cuentas_2020/Informe_RdC_Norte_2020.pdf

Secretaría Distrital de Planeación. (2011). *Balance de gestión consolidado. A partir de los indicadores del Acuerdo 067 de 2002. Vigencia 2008-2011*. Bogotá. Obtenido de <https://www.sdp.gov.co/system/tdf/repositorio-dice/dice157-informebalancegestion-2008a2011.pdf?file=1&type=node&id=18726&force=1>

Secretaría Distrital de Planeación. (2012). *Plan de Desarrollo 2012-2016. Bogotá Humana*. Bogotá. Obtenido de https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/documentos/2012_2016_Bogota_Humana_Plan_Acuerdo489_2012.pdf?width=800&height=800&iframe=true

Secretaría Distrital de Planeación. (2021). *Plan de desarrollo distrital 2020-2024: Un nuevo contrato social y ambiental para la Bogotá del Siglo XXI*. Bogotá. Obtenido de <https://www.catastrobogota.gov.co/sites/default/files/archivos/PDDSDP.pdf>

Secretaría Distrital de Planeación. (15 de febrero de 2022). *Así va el plan*. Obtenido de <https://asivaelplan.sdp.gov.co/sectores.php?007>

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D. C. (2015). *Diagnostico sectorial de salud*. Bogotá.

Sotelo, J. M. (2013). La salud pública en el mundo actual. *Revista Medica Herediana*. Obtenido de <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/350>

Suárez Rozo, L. F., Puerto García, S., Rodríguez Moreno, L. M., & Ramírez Moreno, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 34-50. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272017000100034

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. (2020). *Portafolio general de servicios*. Obtenido de

https://www.subrednorte.gov.co/sites/default/files/documentos/portafolio/portafolio_general_subred_norte.pdf

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. (2021). *Modelo de gestión para el manejo de la pandemia COVID-19 en la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.* Bogotá.

Sur Occidente E.S.E. (2020). *Centro Hospitalario Transitorio ubicado en Corferias ya atiende pacientes de mediana y baja complejidad.* Obtenido de Subred Integrada de Servicios de Salud. Sur Occidente E.S.E.:

<https://www.subredsuroccidente.gov.co/noticias/centro-hospitalario-transitorio-ubicado-corferias-atiende-pacientes-mediana-y-baja>

Transparencia por Colombia. (2020). *Alertas de corrupción en tiempos de pandemia.*

Denuncias ciudadanas de corrupción COVID-19 atendidas por el Centro de Asesoría Legla Anticorrupción (ALAC). Obtenido de <https://transparenciacolombia.org.co/wp-content/uploads/informe-alertas-de-corrupcion-en-tiempos-de-pandemia.pdf>

Transparencia por Colombia. (2020). *Persisten riesgos de corrupción en contratos para atender Covid-19.* Obtenido de

<https://transparenciacolombia.org.co/2020/08/18/persisten-riesgos-contratos-covid19/>

World Health Organization. (1978). *Declaración de Alma-Ata.* URSS. Obtenido de

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

World Health Organization. (2020). *Actualización de la estrategia frente a la COVID-19.*

Obtenido de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/strategies-plans-and-operations>

