

**Evaluación del Modelo de Reorganización de Atención en Salud en la Ciudad de
Bogotá. D.C.: Un Análisis de los Resultados 2016-2019**

Bleidy Pérez Ballestas

Escuela Superior de Administración Pública ESAP

Facultad de Postgrados

Maestría en Administración Pública

2023

**Evaluación del Modelo de Reorganización de Atención en Salud en la Ciudad de
Bogotá. D.C. Un Análisis de los Resultados 2016-2019**

Bleidy Pérez Ballestas

Trabajo de tesis presentado en cumplimiento de los requisitos para optar al título de
Magíster en Administración Pública

Directora

Jenny Elisa López Rodríguez

Escuela Superior de Administración Pública ESAP

Facultad de Postgrados

Maestría en Administración Pública

2023

Resumen

A partir del Acuerdo 641 de 2016, la ciudad de Bogotá efectuó la reorganización del sector salud de Bogotá, fusionando veintidós Empresas Sociales del Estado en cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud. Seis años después de este proceso de transformación, no se cuenta con un estudio que realice un análisis de los efectos de dicho modelo. Esta investigación evalúa la eficacia del diseño institucional y organizacional a nivel de resultados de la transformación administrativa de atención en salud en la ciudad de Bogotá, D.C., respecto al cumplimiento de sus objetivos en el periodo de 2016 a 2019. Los efectos generados se pueden atribuir a la intervención del diseño institucional y organizacional, toda vez que se dispuso un marco normativo ajustado a las necesidades de la gobernanza, permitiendo interacciones más complejas entre los sectores público, privado y la propia comunidad. La evaluación confirmó la creación de importantes infraestructuras que agilizaron la capacidad administrativa y permitieron una simplificación menos traumática para acceder al servicio. A través de la remodelación o construcción nueva de los Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), se logró poner en operación la totalidad de cuarenta CAPS, permitiendo mejorar la oportunidad del servicio; es así como los centros de atención, remodelados o construidos (hospitales, CAPS, centrales de urgencias, entre otros), posibilitaron promover el acceso a la salud por parte de la comunidad. A pesar de mencionados avances en el modelo de atención en salud, se indican una serie de recomendaciones en diferentes áreas las cuales corresponden a: la movilización de las capacidades administrativas en torno al servicio para los usuarios, la importancia de mejorar la gestión de los recursos limitados como prioridad a corto plazo y el redireccionamiento del enfoque para determinar si los cambios institucionales y organizacionales se efectuaron para lograr los resultados que se buscaban a través de los diferentes proyectos de inversión o para

establecer un modelo de concentración administrativa y política en la prestación del servicio de salud.

Abstract

Bogota district, through Agreement 641 of 2016, effected the reorganization of the Bogota Health Sector, merging 22 State Social Companies into four Integrated Health Services Subnetworks. Six years after this transformation process, there is no study that addresses an analysis of the effects of such model. This research evaluates the effectiveness of the institutional and organizational design at the outcome level of the administrative transformation of health care in the city of Bogotá, D.C. regarding the fulfillment of its objectives at the level of health outcomes in the period from 2016 to 2019. The observed results can be attributed to the intervention of the institutional and organizational design, since a regulatory framework adjusted to the needs of governance was established, allowing more complex interactions between the public and private sectors and the community itself. Under the governance lens, a new managerial process was evidenced in which it was necessary to apply new relationships between government and society. The evaluation of these results confirmed the creation of important infrastructures that expedite the administrative capacity and allowed for a less traumatic simplification of access to care services. Through the makeover or new construction of the Priority Health Care Centers (PHCC), it was possible to put into operation all the forty PHCC, allowing to improve the opportunity from the service; this is how care center, remodeled or built (hospitals, PHCC, emergency centers, etcetera), made it possible to promote accessibility in the community. Despite these advances in the health care model, several recommendations are made in different areas: the mobilization of administrative capacities around service for users, the importance of improving the management of limited resources as a short-term priority and

redirecting the attention to determine whether institutional and organizational changes were made to improve efficiency or to restructure a model in defense of administrative and political centralization.

Tabla de Contenido

Introducción	10
Capítulo 1. El Modelo de Atención en Salud en la Ciudad de Bogotá en los años 2016-2019: Dificultades y Cambios	14
Pregunta de Investigación	18
1.1 Objetivos de la Investigación:	19
Objetivo General	19
Objetivos Específicos	19
Capítulo 2. Marco Teórico: Gobernanza y Evaluación, sus Debates y sus Implicaciones en el Análisis del Sector Salud	20
2.1 Gobernanza, sus Debates y sus Implicaciones en el Análisis del Sector Salud	23
2.2 El Campo de la Capacidad Política y la Capacidad Administrativa Bajo los Escenarios de Gobernanza	25
La Capacidad Política, su Dimensión y Alcance	25
La Capacidad Administrativa y su Rol en la Gobernanza	27
2.3 La Gobernanza: su Papel en el Sector Público y sus Variantes	28
La Gobernanza como Gobierno	30
Gobernanza como Gobierno Suficientemente Bueno	31
Gobernanza como Asociaciones, Colaboración, Redes	32
2.4 El Diseño Institucional y Organizacional Bajo la Lógica de la Gobernanza	34
El Diseño Organizacional Bajo la Óptica de la Gobernanza	36

Reformas Organizacionales e Institucionales en el Sector Salud desde la Óptica de la Gobernanza	39
El Sistema de Salud Bajo el Marco de la Gobernanza	42
2.5 La Evaluación de Políticas Públicas: Capacidad Institucional y Evaluación por Resultados	43
La Evaluación de Políticas Públicas en el Sistema de Salud	46
Guía para la Evaluación de la Capacidad Institucional	49
La Evaluación de Políticas y la Gestión Orientada a los Resultados	50
Capítulo 3. Marco Metodológico	54
1.2 Matriz Metodológica	57
Capítulo 4. Interpretación y Análisis	62
4.1 Análisis y Evaluación de Indicadores Resultantes	62
4.2 Discusión	121
Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones	130
5.1 Conclusiones	130
5.2 Recomendaciones	135
Capítulo 6. Referencias	138
Anexos	162

Listado de Tablas

Tabla 1 Listado de proyectos de inversión.....	55
Tabla 2 Funcionarios del sector salud entrevistados.....	56
Tabla 3 Matriz metodológica para el desarrollo de la investigación.....	58
Tabla 4 Evaluación número de subredes creadas.....	63
Tabla 5 Número de días para la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.....	66
Tabla 6 Porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas.....	71
Tabla 7 Indicador No 5 porcentaje de la puesta en marcha del Plan de Monitoreo y Evaluación.....	74
Tabla 8 Indicador No 12 Avance Creación Instituto de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud.....	76
Tabla 9 Avances esquema de aseguramiento automático histórico afiliaciones de oficio 2016 a septiembre 2019 subsidiado.....	78
Tabla 10 Porcentaje de atención de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud no POSS (Atenciones 2016 a septiembre 2019).....	80
Tabla 11 Número de Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) a 2020 construidos.....	84
Tabla 12 Porcentaje de proyectos de infraestructura para la prestación de servicios de salud que se desarrollen bajo el esquema de Asociación Público-Privada estructurados desde el punto de vista técnico, jurídico y financiero.....	87
Tabla 13 Porcentaje avance plataforma tecnológica virtual.....	91
Tabla 14 Porcentaje en la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020 logrado.....	94
Tabla 15 Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de otras instancias nacionales, distritales y locales, vinculadas con el sector.....	107
Tabla 16 Porcentaje Juntas Asesoras Comunitarias conformadas 2017-2019.....	110
Tabla 17 Porcentaje de aumento en la cobertura de Servicio a la Ciudadanía del sector salud 2019.....	115
Tabla 18 Variación Indicadores Actividades Promoción y Prevención.....	118
Tabla 19 Avance Cumplimiento metas Proyecto 1189.....	123

Tabla 20 Indicadores evaluados y analizados en el Proyecto 1190 Organización y operación de servicios de salud en redes integradas.....	124
Tabla 21 Indicadores evaluados y analizados en los Proyectos No 1184-1185.....	127

Listado de Ilustraciones

Ilustración 1 Gráfico número de subredes creadas.....	63
Ilustración 2 Gráficos avance y porcentaje de avance de reducción del número de días para la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.....	66
Ilustración 4 Organización y Distribución de los CAPS en Bogotá 2019.....	72
Ilustración 5 Gráfico histórico afiliaciones de oficio 2016 a septiembre 2019.....	79
Ilustración 6 Gráfico atenciones 2016 a septiembre 2019.....	81
Ilustración 7 Gráfico porcentaje de avance plataforma tecnológica virtual.....	91
Ilustración 8 Gráfico porcentaje de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020.....	95
Ilustración 9 Gráfico porcentaje de Cumplimiento agentes del Sistema General en Salud.....	108
Ilustración 10 Participación Ciudadana y Comunitaria en el Modelo de Atención Integral en Salud en Bogota.....	109
Ilustración 11 Gráfico porcentaje Juntas Asesoras Comunitarias conformadas 2017-2019.....	111
Ilustración 12 Gráfico Porcentaje de aumento en la cobertura del servicio de salud 2016-2019.....	116

Introducción

Esta investigación tiene como propósito evaluar la eficacia del diseño institucional y organizacional del modelo de atención en salud de Bogotá. Esto a su vez se enmarca en la línea de investigación de Capacidad Administrativa y Política en Administración Pública, en específico, en el campo de Coordinación y Efectos sobre la Gestión Estatal, plan quinquenal de investigaciones 2020-2025.

La transformación institucional y la transformación organizacional son conceptos que han venido trascendiendo con el curso de la historia, acogiendo diferentes contextos económicos, sociales y políticos, los cuales han tenido un catalizador importante: la globalización. Para Aulakh & Kotabe (2008) este fenómeno ha creado mayor participación de las economías en los mercados globales, generando cambios institucionales, que son el resultado de la evolución de los paisajes políticos dentro de los países y las presiones de los organismos supranacionales para liberalizar las economías.

Estos cambios políticos dentro de los Estados han hecho que el sector público se convierta en el instrumento de inversión más importante; concibiendo que para lograr mejores efectos en su gestión, es primordial alcanzar resultados de desarrollo como la prestación de servicios, la protección social y la regulación del sector privado; sin embargo, este ha sido un camino de muchas reformas en este sector, que han implicado paralelamente transformaciones institucionales a lo largo de la historia y cambios en las normas que han regido sus actividades (Joshi y Carter, 2015).

En este sentido, el sector salud también se ha venido acoplado a cambios que “se ocupan de los procesos en las políticas y arreglos institucionales del sector, generalmente guiados por el gobierno” y que buscan atender problemas en un proceso sostenido, cubriendo cuatro funciones

básicas: la gobernanza, la provisión, el financiamiento y la generación de recursos (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2000, p. 1) . Estos cambios dentro de la Administración pública deben ser sujetos a supervisión y control, componentes centrales de la gestión eficaz de los recursos públicos, requiriendo inevitablemente evaluaciones para demostrar el valor de los programas financiados (Davis, 2006).

De este modo, la evaluación es un componente importante en la salud pública y para esto se apoya en instancias normativas, que los Estados reglamentan con base a las directrices que han nacido en organizaciones como las Naciones Unidas o la Organización Mundial de la Salud, y las cuales tienen como finalidad orientar el seguimiento de la gestión pública. Por ejemplo, en el caso colombiano este concepto de evaluación se entiende desde la siguiente definición, propuesta por el Departamento Nacional de Planeación:

Es una investigación sistemática y objetiva aplicada en alguno de los diferentes eslabones de la cadena de valor (procesos, productos, resultados) que tiene como finalidad generar evidencia que sirva como insumo para mejorar el diseño, la implementación, la ejecución y los efectos de políticas, planes, programas o proyectos del Gobierno nacional. (Decreto 1290, 2014, Artículo 22)

La definición anterior implica que desde el orden territorial se adopten medidas en función de la supervisión de los planes de acción, herramienta que se usa desde las dependencias de los Gobiernos para garantizar los recursos destinados a estos y hacerle un rastreo a los objetivos trazados en los proyectos de inversión, los cuales obedecen a diferentes indicadores que servirán de insumo y referencia para el seguimiento y la evaluación de las políticas públicas. Esto se tendrá que reflejar en el informe de resultados de esta investigación.

Para el caso concreto, la ciudad de Bogotá para el año 2016, en medio de estos cambios organizacionales e institucionales, estructuró la transformación del modelo de atención en salud bajo el Acuerdo 641 de 2016 y, para esto, dispuso una serie de planes de inversión en cumplimiento del Plan Territorial de Salud que arrojaron diferentes resultados, los cuales se analizarán y evaluarán desde la dimensión de la gobernanza y bajo la categoría de capacidad política y administrativa. Lo anterior se propone toda vez que seis años después de este proceso de transformación organizacional e institucional no se cuenta con un estudio que plantee un análisis de resultados de este modelo de salud.

El desarrollo de este documento se estructura en cinco partes: la primera describe el contexto, antecedentes, problemática y gestión de la puesta en marcha del modelo de reorganización del sistema de salud que se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá, D.C., con la expedición del Acuerdo 641 de 2016.

La segunda parte aborda el marco teórico de esta investigación bajo la visión de la gobernanza. Se considera un enfoque que se aparta de la individualidad gubernamental y se adentra en un escenario de interacción intersectorial, esto significa que los Gobiernos enmarcados bajo este enfoque orientador no depositan su capacidad política y administrativa en sí mismo; por el contrario, se entiende que es necesario aplicar otras relaciones que van más allá del mismo Gobierno para alcanzar diferentes objetivos en el sector público.

Un tercer capítulo hace referencia al marco metodológico que se implementó para realizar la evaluación y análisis de los resultados. Su enfoque tiene una visión mixta, porque realiza un análisis de indicadores, cruzado con un análisis documental y entrevistas semiestructuradas a un grupo de funcionarios que se desempeñan en el sector salud.

Posteriormente, el capítulo cuarto establece una estructura de evaluación y análisis que permite determinar el logro de los objetivos propuestos a nivel de resultados, con la transformación del diseño institucional y organizacional del modelo de atención en salud después del Acuerdo 641 de 2016, apoyados en el análisis de indicadores seleccionados a partir de la metodología CREMA teniendo en cuenta cinco criterios: claro, relevante, económico, medible, adecuado (Dirección Nacional de Planeación, DNP, 2009, p. 16).

Finalmente, el capítulo cinco refleja las conclusiones y recomendaciones que dan cuenta del proceso de evaluación, se determina que los resultados observados se pueden atribuir a la intervención del diseño institucional y organizacional. Bajo la lente de la gobernanza, se evidenció un nuevo proceso directivo en donde fue necesario aplicar nuevas relaciones entre el Gobierno y la sociedad. La evaluación de estos resultados también confirmó la creación de importantes infraestructuras que agilizaron la capacidad administrativa y permitieron una simplificación menos traumática para acceder al servicio de atención. A pesar de mencionados avances en el modelo de atención en salud, se indican una serie de recomendaciones en diferentes áreas : la movilización de las capacidades administrativas en torno al servicio para los usuarios, la importancia de mejorar la gestión de los recursos limitados como prioridad a corto plazo y el redireccionamiento del enfoque para determinar si los cambios institucionales y organizacionales se efectuaron para lograr los resultados que se buscaban a través de los diferentes proyectos de inversión o para establecer un modelo de concentración administrativa y política en la prestación del servicio de salud.

Capítulo 1. El Modelo de Atención en Salud en la Ciudad de Bogotá en los años 2016-2019:

Dificultades y Cambios

Para el censo del año 2018, el área de Bogotá concentraba un total de 7.181.469 habitantes y en el departamento de Cundinamarca la población sumaba 2.792.877 (Departamento Nacional de Estadística, DANE, 2019). Es decir que entre Bogotá y los demás municipios de Cundinamarca había un total de 9.974.346 personas, lo que significa que el 22% de la población del país se concentraba en estos territorios. Cabe señalar que una proporción de la población de Cundinamarca es atendida en otros municipios por la cercanía con su lugar de residencia; no obstante, un número importante de la población de todo el territorio nacional se traslada hasta la ciudad de Bogotá para ser atendida en los hospitales de la capital, debido a que cuentan con una atención de alta complejidad.

La alta densidad poblacional incrementó la demanda de servicios, situación que evidenció una serie de problemáticas estructurales que impedían o dificultaban el adecuado funcionamiento del sector salud en la ciudad de Bogotá. Como consecuencia, los debates y las propuestas, tanto de origen político como teórico, en torno a la necesidad de reestructurar el sistema de salud se volvieron un lugar común, más aún cuando su demanda de servicios se extendía a nivel nacional.

Una de las iniciativas más ambiciosas para lograr la reestructuración o reorganización del sector salud en el Distrito Capital surgió en el año 2016, cuando desde la Alcaldía Mayor de Bogotá se promovieron ante el Concejo de la ciudad iniciativas que culminaron, en su momento, con la expedición del Acuerdo 641 de 2016, por medio del cual “se efectúa la reorganización del sector salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones” (Acuerdo 641, 2016).

El objeto de este Acuerdo estuvo especialmente enfocado en la definición de las entidades que conforman e integran el sector salud y en la necesidad de fusionar algunas, así como crear otras nuevas. Sin embargo, al leer de manera detallada el Acuerdo, y especialmente el artículo 2º, se hace evidente que la fusión de entidades ocupó el papel central, ya que su propósito era materializar la organización de una Red Integrada de Servicios de Salud, apoyada en cuatro subredes, para prestar servicios integrales en todos los niveles de complejidad.

De conformidad con el artículo 2º del Acuerdo 641 de 2016, se pasó de tener veintidós Empresas Sociales del Estado en toda la ciudad a tener cuatro: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, E.S.E.; Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, E.S.E.; Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente, E.S.E., y Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, E.S.E.

Dentro de las funciones atribuidas a estas subredes se deben destacar las siguientes:

De conformidad con el modelo de atención que establezca la Secretaría Distrital de Salud, les corresponde a las subredes definir el modelo de prestación integral de servicios individuales y colectivos que serán compartidos por todas las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) con el objetivo de generar actividades en materia de promoción y prevención en salud; organizar tanto la oferta como los portafolios de servicios y la capacidad instalada con el objetivo de redirigir la atención en los servicios de salud de baja complejidad, en razón de la congestión que estos suelen generar; estructurar un mecanismo asociativo por medio del cual se lleve adelante la venta y adquisición de servicios; adelantar procesos de contratación; organizar una central única para manejar la oferta de servicios; crear un sistema de información centralizado e integrado; y elaborar

el plan de acción de la subred de forma tal que éste sea acorde con planes de desarrollo y salud, nacionales y distritales. (Acuerdo 641, 2016, Artículo 2)

Al momento de promover la reorganización y concentración del sistema de salud, la Alcaldía Mayor de Bogotá expuso una serie de argumentos que quedaron consignados en las correspondientes exposiciones de motivos y que tuvieron entre sus fundamentos la expedición de la Ley 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud, y en cuyo artículo 2° puede leerse lo siguiente:

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo (Ley 1751, 2015, Artículo 2). Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. (Constitución Política de Colombia, 1991, Artículo 49)

Quiere decir lo anterior que la reorganización del sector salud promovida por la Alcaldía Mayor de Bogotá en el año 2016, que culminó con la expedición del Acuerdo 641 de 2016, no fue caprichosa ni improvisada, sino que obedeció a un cambio en la normatividad constitucional por medio del cual se reconoció a la salud la condición de derecho fundamental, y así quedó consignado en el Proyecto de Acuerdo No 082 de 2016, en el cual puede leerse lo siguiente:

Los retos que impone la puesta en marcha y la adopción del nuevo modelo de salud del país, formulado en la Ley 1751 de 2015 que regula el derecho fundamental a la salud el cual comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Tal cual aparece en el artículo segundo de dicha Ley: “El Estado deberá adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas”. (Proyecto de Acuerdo No 082, 2016)

En el momento en el cual la Ley 1751 de 2015 otorga a la salud el rango de derecho constitucional, se hace necesario entonces reestructurar o reorganizar el funcionamiento de este sector, lo que, se reitera, explica la reforma promovida por la Alcaldía Mayor de Bogotá y, finalmente, aprobada por el Concejo de Bogotá en el año 2016 con el Acuerdo 641.

Adicionalmente, la Alcaldía Mayor de Bogotá expuso ante el Concejo Distrital una serie de argumentos que quedaron recopilados en el capítulo “Exposición de Motivos” del Acuerdo y que, en lo esencial, se sintetizan a continuación:

- La baja legitimidad de la Secretaría de Salud, que no es reconocida como una entidad líder en este sector.
- La inexistencia de un organismo de deliberación y toma de decisiones que involucre a la totalidad de agentes y actores del sector de la salud.
- La falta de articulación entre la Secretaría de Salud y las demás organizaciones que componen el sistema de salud.
- La existencia de funciones paralelas al interior de la Secretaría de Salud.

- La falta de coordinación entre las 22 E.S.E existentes, las cuales en lugar de armonizar y colaborar tienden a la competencia.
- Los servicios que se ofertan no tienen en cuenta las necesidades en materia de salud de la población.
- El alto nivel de congestión en los sistemas de urgencias, donde los pacientes deben esperar hasta cinco días para que se defina su situación.
- Largos tiempos de espera en la solicitud de citas, medicamentos y otros servicios.
- La falta de un sistema de información centralizado y enfocado en los usuarios del servicio.
- No se promueve la participación ciudadana en los procesos de vigilancia, control y rendición de cuentas. (Secretaría Distrital de Salud, 2016b)

Pregunta de Investigación

Frente al escenario anterior, seis años después de este proceso de transformación organizacional e institucional no se cuenta con un estudio que aborde un análisis de resultados de dicho modelo de atención en salud implementado con el Acuerdo 641 de 2016; por ello, se plantea la siguiente pregunta central de investigación: ¿la transformación institucional y organizacional del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá propuesta en el Acuerdo 641 de 2019 ha cumplido los objetivos a nivel de resultados en el período 2016 a 2019?. Para responder la anterior pregunta se plantean los siguientes objetivos.

1.1 Objetivos de la Investigación:

Objetivo General

Evaluar el cumplimiento de los objetivos a nivel de resultados del diseño institucional y organizacional implementado después de la transformación del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá, D.C., en el periodo de 2016 a 2019.

Objetivos Específicos

- Describir el contexto, antecedentes y gestión en la puesta en marcha del modelo de reorganización del sistema de salud que se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá, D.C., con la expedición del Acuerdo 641 de 2016.
- Establecer los referentes conceptuales que soportan el modelo institucional y organizacional del sector salud contenido en el Acuerdo 641 de 2016.
- Establecer una estructura de evaluación que permita determinar el logro de los objetivos propuestos a nivel de resultados, con la transformación del diseño institucional y organizacional del modelo de atención en salud después del Acuerdo 641 de 2016.
- Proponer lineamientos que contribuyan a mejorar el modelo de reorganización del sistema de salud que se llevó a cabo en la ciudad de Bogotá, D.C., en el periodo 2016 a 2019.

Después de señalar dichos objetivos, se ha propuesto apoyar esta investigación sobre el andamiaje teórico de la gobernanza, resaltando aquellas características propias de este modelo de gestión y articulando su concepto con el diseño institucional y organizacional, junto con su aplicación en las transformaciones de los sistemas de salud. Se finaliza con un recorrido teórico

del proceso de evaluación en materia de políticas públicas, enfocando la mirada hacia el sector salud.

Capítulo 2. Marco Teórico: Gobernanza y Evaluación, sus Debates y sus Implicaciones en el Análisis del Sector Salud

La evolución histórica en los modelos de gestión se puede remontar a los presupuestos de Max Weber, en los que se analizó la Administración pública bajo una organización racional, con la eficiencia marcada como referente, pero muy ceñida a un conjunto de reglas como la organización jerárquica y autoridad impersonal; las competencias fijas y formales; la división especializada del trabajo; los procedimientos escritos, y el personal profesional a tiempo completo (Eliassen & Sitter 2008).

Lo anterior no fue del todo productivo para su permanencia como paradigma en la Administración pública, ya que tuvo que enfrentarse a una serie de críticas debido a las barreras para el establecimiento fluido de empresas y la existencia efectiva del sector privado (Scagliola, 2016), junto con otra serie de desventajas como la toma de decisiones lenta y la indiferencia, y la falta de sentido de pertenencia en los empleados (Khan, 2020).

Con base en lo anterior, empezaron a surgir pensamientos en intelectuales como Woodrow Wilson, quien, en su ensayo seminal del año 1887, propuso que las reformas en la Administración pública simbolizaban la preparación moral del futuro con un componente indispensable: separar lo público de lo privado (Wilson, 1887, p. 210). Este planteamiento se considera un punto de inflexión dentro de la Administración pública, porque preparó el camino para que diferentes modelos de gestión se empezaran a generar con el pasar del tiempo y se ajustaran al quehacer cotidiano de los gobernantes, que debían encontrar mejores herramientas para su administración (León y Cruz, 2014).

A pesar de lo anterior, entre los años 1900 y 1926, la mayoría de los Estados europeos modernos adoptaron el modelo propuesto por Weber, ya que ofrecía una explicación a la implementación de los servicios civiles profesionales, jerárquicos, legalistas y más o menos políticamente neutrales en las democracias europeas y de habla inglesa, y en los imperios de la época (Eliassen & Sitter, 2008, p. 2).

Posteriormente, entre los años 1927 y 1937, se empezó a hablar del modelo de Administración pública tradicional, en el que funcionario de carrera neutralmente competente trabaja dentro de una estructura de autoridad jerárquica como el mejor medio, el Gobierno es un actor autosuficiente y existe una especie de rendición de cuentas vertical, es decir, de abajo hacia arriba (Ikeanyibe et al., 2017); además, busca un trato uniforme hacia las personas (equidad), estableciendo un sistema de servicio civil que estandarice diferentes procesos administrativos como pagos, contratación y gestión interna (Walsh, & Stewart, 1992, p. 504).

Pero fue hasta 1970 cuando, según lo describe Ikeanyibe et al. (2017) sucede un evento trascendental para la Administración pública: la burocracia jerárquica se vio obligada a integrarse a los mercados y al sector privado. Esto significó que el modelo tradicional de Administración pública se relegara y se empezara a considerar lo que más adelante se denominó la Nueva Gestión Pública (Hood, 1991, p. 3). Esto produjo que, durante las décadas de 1970 y 1980, se levantara una crítica incisiva desde la política y la academia hacia los sistemas de administración estatistas de la posguerra. La mayoría de las democracias liberales occidentales comenzaron a buscar formas de mejorar la prestación de servicios públicos. Era una voz crítica que se levantaba contra el tamaño excesivo del estado de bienestar, acelerando la necesidad de reducir los costos para mejorar la economía en el sector público (Eliassen & Sitter, 2008).

Lo anterior no quiere decir que los problemas que presentaba la burocracia o la Administración pública tradicional se hayan solucionado con la Nueva Gestión Pública, dándole un mayor interés al sector privado dentro de las soluciones administrativas de los Estados. Lo que se observa es que se mantenían otras dificultades en el rol que debían cumplir las personas dentro de la Administración pública, se planteaba que esta debía confluir en función de servir a los ciudadanos y no verlos como un cliente.

De esta forma surgió, dentro de estas visiones paradigmáticas, el planteamiento presentado por Denhardt y Denhardt (2000), quienes estructuraron una propuesta sobre la importancia de la virtud cívica para recuperar la Administración pública. A esta la denominaron: el Nuevo Servicio Público y en ella expusieron un cambio de rol para el administrador público, indicando que debía trabajar para las personas siendo copartícipe en el proceso de gobierno. Esta visión dentro de la Administración pública en definitiva colocó como referente en su definición el concepto de servicio público, compromiso cívico y gobernabilidad, distinguiéndose como un paradigma distinto frente a la antigua burocracia y la Nueva Gestión Pública (López y Jarias, 2015, p.81).

En este sentido, se puede establecer un panorama preliminar de caracterización histórico respecto a lo que ha sido la evolución de los modelos de gestión. Así se ve que la Administración pública no es solo un concepto homogéneo sino variado, que se ha ido ajustando a los contextos y ha pasado por varias etapas de transformación hasta llegar a su forma actual. Se puede inferir que estas transformaciones han estado marcadas por la dicotomía política-administración, la cual aporta al desarrollo de la Administración pública, proporcionándole, tanto en la teoría como en la práctica, bases conceptuales importantes que le permite determinar los límites que tienen los Gobiernos en el desarrollo e implementación de programas y en el manejo de recursos públicos y

humanos para materializar una política pública. Es decir que, como lo explica Guo (2019), esta dualidad se convierte en una herramienta estratégica de reforma política.

Dichas transformaciones son un conjunto de interacciones entre diferentes actores como la sociedad, el Estado y el Gobierno, que necesariamente deben ser dirigidas y controladas. La gobernanza ofrece una forma de comprender lo anterior, por esto se tomará como andamiaje teórico. A continuación, se hablará de este concepto y se podrá comprender el funcionamiento de todo un sistema que no puede ser realizado de manera efectiva por el Gobierno solo, sino que es necesario involucrar mecanismos y procesos institucionalizados para trabajar en alianzas entre los sectores público, privado y cívico además de llevar a cabo los asuntos del Gobierno en todos los niveles (Ik-Sik Kim, 2000, p.116).

2.1 Gobernanza, sus Debates y sus Implicaciones en el Análisis del Sector Salud

Para efectos de esta investigación se profundizó sobre el marco de la gobernanza, entendiendo que este modelo de gestión conserva la visión de cambiar la preponderancia del Gobierno, en lo que respecta a la toma de decisiones en el marco de la cooperación institucional y la participación de otros actores en las herramientas de gestión (Lampropoulou & Oikonomou, 2018).

De esta forma, como lo indica Peters (2003), cuando se empezó a dar un gran impulso a las reformas en el sector público a finales de la década de los ochenta con la Nueva Gestión Pública, lo que se buscaba era que la gestión, en lo público, no se diferenciara de manera significativa del sector privado. Este nuevo paradigma buscaba superar los límites de la Nueva Gestión Pública, estimada por sus críticos como demasiado cercana al entorno del sector privado y, de alguna manera, inadecuada en relación con las especificidades de la toma de decisiones y la gestión de la Administración pública (Monteduro, 2005).

La gobernanza nació entonces desde el Estado moderno como respuesta a una serie de cambios y como objeción a una creencia que correlacionaba el buen gobierno y su ineficiencia, como un obstáculo para el desarrollo, en especial, luego de un informe elaborado por el Banco Mundial en el año de 1989, en el que se afirmó categóricamente que “detrás de la letanía de los problemas de desarrollo de África había una crisis de gobernabilidad” (Basheka, 2012, p.58).

A partir de ahí, el término gobernanza se empezó a emplear para referir algunos procesos fundamentales del Gobierno moderno que buscaban darle otro rumbo a la forma en que operaban, proponiendo amplios procesos políticos en los que era vital la participación ciudadana y grupal en la construcción de las políticas y programas gubernamentales (Ikeanyibe, 2016).

Como lo indica Stokers (1998) el creciente trabajo sobre gobernanza redireccionó los Gobiernos para que entraran en una ruta dirigida hacia procesos ordenados y colectivos. En este sentido, la visión de la gobernanza agrupó diferentes aspectos que se pueden abordar desde la capacidad administrativa y la capacidad política. Por ejemplo, para Howlett y Ramesh (2016) la naturaleza general de la capacidad política está fuertemente determinada por los contextos de gobernanza en los que interactúan los actores estatales y no estatales. Mientras que para Nelissen (2002) evaluar los nuevos tipos de gobernanza, debe tener como punto de partida el grado en que contribuyen a mejorar la capacidad administrativa de los Gobiernos. En este punto, vale la pena detenerse para, a grandes rasgos, relacionar ambos conceptos con el de gobernanza, antes de abordar sus demás características.

De acuerdo con esto, la realidad deja ver que la gobernanza dirige sus principios teóricos hacia los procesos colectivos e interinstitucionales, en los que se incorpora la participación de diferentes actores, entre ellos se destacan las comunidades. Lo anterior propone un mejor escenario para desenvolver el ejercicio de gobierno, porque se considera que al incluir procesos

institucionalizados que vinculen las alianzas entre diferentes sectores, se permite encontrar otro rumbo a la forma en que estos operan. De ahí que la capacidad administrativa y política de los sectores se entienda mejor, porque a través de la gobernanza se amplía el espectro político al incorporar otros actores, instituciones y organismos, extendiendo su competencia para responder a la necesidad de las personas, que buscan en principio bienes y servicios ajustados a sus necesidades.

A partir de los elementos expuestos, es necesario hacer una precisión conceptual de los términos capacidad política y capacidad administrativa, bajo la mirada del marco de gobernanza, debido a que el uso de ambos conceptos estuvo presente en esta investigación.

2.2 El Campo de la Capacidad Política y la Capacidad Administrativa Bajo los Escenarios de Gobernanza

La Capacidad Política, su Dimensión y Alcance

Cuando se habla de capacidad política, se considera como “la habilidad de los Estados para tomar en cuenta demandas de la sociedad” (Bertranou, 2001, como citado en Rave, 2020, p.88). Lo anterior contiene un elemento intrínseco que es imposible ignorar: que la capacidad política se convierta en una de las principales preocupaciones de los Gobiernos, debido a la complejidad de los problemas que deben solucionar y la expectativa creciente del público que esto genera (X. Wu, 2015).

Es por esto que surgen dimensiones críticas que comprometen el grado de participación estatal en la gobernabilidad y el grado en que la relación de coordinación entre los actores estatales y no estatales se dan jerárquicamente, lo que significa entonces que el tipo predominante de gobernanza característica de un área de política define los parámetros institucionales claves que se trataron en esta investigación (Ténsensela & Pushkar, 2022). Pero,

incluso, cuando las organizaciones administrativas actúan más como agentes de los líderes políticos, tienen que desempeñar una serie de papeles importantes en la formulación de políticas y en hacer que estas funcionen según lo previsto por los actores que las diseñaron. Lo anterior hace que surjan una variedad de factores que influyen en la capacidad de la Administración pública para dar forma a la política pública (Peters, 2015).

Dentro de estos factores se pueden destacar los relacionados con la rectoría, la cual se entenderá como “la capacidad para ejercer la función de vigilancia y control” (Roth y Molina, 2013); la participación social, que significa “el proceso a través del cual distintos sujetos sociales y colectivos, en función de sus respectivos intereses y de la lectura que hacen de su entorno intervienen en la marcha de los asuntos colectivos con el fin de mantener, reformar o transformar el orden social y político” (Velásquez y González 2004); la deliberación que se entiende como “un componente relevante en los procesos que aspiran a constituirse participativa y democráticamente” (León y Figueroa, 2020), y la capacidad decisoria que define como los Gobiernos establecen “estrategias, propósitos y prioridades, en el marco político que rige la construcción de acuerdos entre los distintos grupos de interés” (Schvarstein, 2022, p.14).

Así pues, este tipo de capacidad ayuda a dimensionar el alcance que desde los Gobiernos se tiene para conseguir una acción pública. A través de la capacidad política, se muestran los diferentes escenarios para que se ejerza el control y se faciliten herramientas como la participación comunitaria y la supervisión. Igualmente, en este concepto se engloba un cúmulo de procesos que dejan ver las acciones dispuestas por los Gobiernos para atender las necesidades de la sociedad. Es por lo anterior, que sin capacidad política un Gobierno no podría configurar la materialización de alguna política pública, ya que no puede responder a las necesidades de la

sociedad y, por lo tanto, se estaría habilitando un escenario de desconfianza por parte de los ciudadanos frente a los Gobiernos.

La Capacidad Administrativa y su Rol en la Gobernanza

La capacidad administrativa es utilizada ampliamente en muchos contextos. En los sistemas políticos y económicos sirve como motor para transformar la voluntad política y colectiva en acciones públicas (Farazmand, 2009). Igualmente se utiliza para identificar el rol individual de los servidores públicos, porque en cierta medida sus capacidades determinan la manera en que se ofrecen los servicios (North, 1992). Esto significa que la capacidad administrativa es la aptitud, la capacidad, el poder o la idoneidad de la burocracia para ser lo que se espera que sea la burocracia y para hacer las cosas que se espera se lleven a cabo, en coherencia con las normas que se establecen (Joaquin y Greitens, 2021).

En el rol de la gobernanza se destacan diferentes conceptos que ayudan a determinar la capacidad administrativa de un Gobierno, entre ellos, el diseño institucional, el diseño organizacional, los flujos de información y la planeación. Más adelante se abordan dos de estos conceptos: el diseño institucional y organizacional, toda vez que son el epicentro de esta investigación y ejes de la evaluación de los resultados estudiados. En este sentido, es posible advertir que la capacidad administrativa es necesaria para lograr el éxito de las políticas y evitar los fiascos en este campo (El-Taliawi y Van Der Wal, 2019). De hecho, la capacidad administrativa fortalece el sector público porque lo faculta para que sea capaz de ajustar de manera óptima los recursos con las metas proyectadas en las diferentes políticas diseñadas; es considerada por un amplio sector como un elemento vital para determinar la calidad del gobierno de cualquier Estado (Farazmand, 2009).

De este modo, se anuncia un dinamismo importante entre lo que significa proyectar una política pública para su cumplimiento y tener la capacidad administrativa para conseguir el resultado deseado. Bajo este prisma, los Gobiernos, al concebir una política pública, deben necesariamente acentuar los lineamientos referidos o, de lo contrario, corren el riesgo de fallar en las metas propuestas, generando detrimentos, incumplimientos y, lo más grave, desconfianza de la sociedad sobre su sistema de gobierno. De ahí que la gobernanza sea fundamental para comprender la aplicación de estos conceptos en escenarios reales de administración pública, que, como se verá más adelante, son adaptables para analizar el modelo de atención de salud de Bogotá, D.C.

2.3 La Gobernanza: su Papel en el Sector Público y sus Variantes

Al definir los anteriores conceptos, resulta conveniente comprender que la gobernanza no es un término que se usa solo para referir una forma de gobierno orientado a cumplir diferentes objetivos que resuelvan problemas en la sociedad, sino que tiene un amplio significado, abarcando interdependencia e interacción intersectorial entre muchas variables. En este sentido, Khan (2018) se refiere a la gobernanza indicando que toma aspectos de la sociedad como el económico, empresarial y público, los cuales interactúan entre sí con múltiples actores, teniendo un impacto significativo en la política. Por lo tanto, la gobernanza ya no es una actividad simple y jerárquica; ahora implica interacciones más complejas entre los sectores público y privado.

Como lo explica Bevir (2009), la gobernanza se puede utilizar como un término específico para describir los cambios en la naturaleza y el papel del Estado tras las reformas del sector público de los años ochenta y noventa, impulsadas por los cambios globales, incluido un aumento en la actividad económica transnacional y el surgimiento de instituciones regionales como la Unión Europea. Así entendida, la gobernanza expresa una creencia generalizada de que

el Estado depende cada vez más de otras organizaciones para asegurar sus intenciones y cumplir sus políticas.

Tal aspecto se considera crucial para entender la visión de la gobernanza y su papel en el sector público, toda vez que emerge un modo de entendimiento en aquella interacción de los distintos actores intervinientes en un Estado, bajo la batuta de marcos institucionales que determinarán cursos normativos para que dichos actores las utilicen y de esta forma alcancen sus propios intereses y objetivos. Por lo anterior es que Stokers (1998) indica que bajo la visión de gobernanza se empiezan a incorporar conceptos como responsabilidad social, acción colectiva, redes de interacción intersectorial. Un enfoque más detallado de lo descrito lo propone Stokers (1998) al identificar la gobernanza en cinco proposiciones que han sido tomadas, en gran medida, como principios del paradigma de la gobernanza. Ellas son:

1. La gobernanza se refiere a un conjunto de instituciones y actores que provienen del Gobierno, pero también más allá.
2. La gobernanza identifica la confusión de los límites y las responsabilidades para abordar los problemas sociales y económicos.
3. La gobernanza identifica la dependencia de poder involucrada en las relaciones entre las instituciones involucradas en la acción colectiva.
4. La gobernanza se trata de redes autónomas de actores que se gobiernan a sí mismas.
5. La gobernanza reconoce la capacidad de hacer las cosas que no descansan en el poder del Gobierno. Ve al Gobierno capaz de usar nuevas herramientas y técnicas para dirigir y guiar (p.18).

En suma, se tiene todo un cuadro de situaciones que identifican la gobernanza como un enfoque que se aparta de la individualidad gubernamental y se adentra en un escenario de interacción intersectorial. Esto significa que los Gobiernos enmarcados bajo este enfoque orientador no depositan su capacidad política y administrativa en sí mismo, por el contrario, se entiende que es necesario aplicar otras relaciones que van más allá del Gobierno para alcanzar diferentes objetivos en el sector público.

De esta manera, se refleja un camino que la investigación ha dado por coherente y meritorio (Milward, 2015). Aunque estos principios reflejan un amplio consenso en las orientaciones analíticas de la gobernanza, de acuerdo con lo explicado por Ikeanyibe et. al (2017) sería una inconsistencia académica asumir un consenso generalizado del término gobernanza, de ahí que se desprendan diferentes variantes de la gobernanza, como la buena gobernanza, la gobernanza en red y la gobernanza colaborativa, que es precisamente lo que se tratará en los siguientes apartes de esta investigación.

La Gobernanza como Gobierno

Bajo este modelo, Frederickson (2007) opina que la gobernanza es la forma en que el Gobierno realiza su trabajo; la forma en cómo se organiza la estructura de las instituciones políticas; los enfoques de gobierno basados en el mercado; el desarrollo del capital social, la sociedad civil y altos niveles de participación ciudadana y el trabajo de empresarios empoderados. Esta definición indica elementos que en la práctica son diferentes, pero también tienen una interdependencia entre sí; el Gobierno, para reflejar un nivel de participación activa, necesita abordar e incorporar el esfuerzo de instituciones y actores que trabajan en diferentes campos, pero buscando que la actividad global en la sociedad sea la adecuada.

Pierre y Peters (2000) manifiestan que la gobernanza tiene que ver con aquellas relaciones versátiles entre el Estado y la sociedad, y con los instrumentos de política menos coercitivos, continuando como epicentro el poder político. En este sentido, Stokers (1998) observa al Gobierno con la capacidad de utilizar nuevas herramientas, ajustarse a los contextos políticos y económicos para dirigir y guiar los procesos. Finalmente, Lynn et al. (2000) definen la gobernanza como un conjunto de regímenes, de leyes, de normas administrativas, de decisiones judiciales y de prácticas que regulan y fijan las actuaciones del Gobierno. Esta actividad produce y entrega bienes y servicios con apoyo público.

En conclusión, el mencionado marco de gobernanza compromete diferentes estructuras organizativas, económicas y financieras ceñidas a las distintas normatividades institucionalizadas. Sin embargo, aunque se comprende el cambio de paradigma en el que la gobernanza no es lo mismo que gobierno (Rhodes, 1996), es inevitable apreciar cómo se utiliza el término gobernanza para medir el funcionamiento de las instituciones gubernamentales y el número de servicios que ofrecen a la sociedad.

Gobernanza como Gobierno Suficientemente Bueno

De acuerdo con lo manifestado por Grindle (2005), con la puesta en marcha del modelo de la buena gobernanza se empiezan a entender una serie de condiciones institucionales como preámbulo para lo que significaría el desarrollo económico, político y la reducción de la pobreza. No obstante, tal paradigma empezó a ser cuestionado por el modelo de gobernanza gobierno suficientemente bueno indicando que su agenda era extremadamente esencialista. De este modo, el autor indica que la gobernanza como gobierno suficientemente bueno aborda el tema de los déficits de los gobiernos, pero atendiendo el factor tiempo y los esfuerzos institucionales, adecuándose a los contextos de cada país. La gobernanza suficientemente buena orienta el

enfoque a las consideraciones mínimas de gobernabilidad necesarias para habilitar el desarrollo político y económico.

De esta forma, de acuerdo con Ikeanyibe et. al (2016), este modelo de gobernanza no solo busca entregar un servicio adecuado desde el Gobierno bajo un marco de cooperación con la sociedad civil (que en todo caso no se aleje del desarrollo económico y político), sino que destaca la necesidad de aterrizar los contextos a los temas de gobernabilidad, planteando desde la política asuntos realistas, por tanto, la relevancia de la política y los valores son elementos vitales para el ejercicio de la Administración pública. A partir de los elementos expuestos, se concluye que esta variante conceptual deja de lado lo que se consideraba esencial para la variante anterior, como la rigidez institucional en los procesos, ignorando consideraciones realistas relacionados con el tiempo, los esfuerzos desde las instituciones y el mismo contexto interno de los países, necesarios para poder encontrar caminos más aplicables al desarrollo político y económico.

Gobernanza como Asociaciones, Colaboración, Redes

Bajo este modelo de gobernanza, Serpa (2022) aclara que la gobernanza en red es una gobernanza colaborativa que se fundamenta en las redes autorreguladas, donde las decisiones no se toman o se cumplen a través de reglas emitidas por el Estado, sino que habilita los escenarios de redes para facilitar los intercambios necesarios y establece (si es el caso) cuándo se necesitan tomar acciones y cuándo es necesario crear nuevas redes, más aún, si las que funcionan no están cumpliendo con su papel.

Cristofoli (2017) indica que este modelo se caracteriza por la colaboración entre actores públicos y privados, diferentes organizaciones sin fines de lucro y empresas sociales. Las condiciones a las que se expone la sociedad últimamente, como crisis económicas, sociales y hasta sanitarias, hace que sea indispensable la administración colaborativa, porque de esta forma

se involucran actores públicos/privados para desarrollar de forma cooperativa los procesos administrativos.

Dada las condiciones anteriores, Bianchi et. al (2021) manifiestan que la gobernanza colaborativa permite que al ejercicio del sector público se integre la comunidad y sus intereses, para llevar a cabo el aprendizaje estratégico que destaca el valor público, dejando claro que mencionado proceso colaborativo no es algo automático de las redes conformadas, sino que obedece mejor a interacciones complejas entre los diferentes actores. Finalmente, bajo la visión de Hysing (2022) la gobernanza colaborativa permite un trato colectivo entre el Gobierno, las agencias públicas y los actores no estatales que buscan un mismo fin: la implementación de políticas públicas.

En términos generales, esta variante conceptual en la gobernanza destaca el trabajo del Gobierno, como un canal mediador que se encarga de habilitar escenarios de colaboración y participación, destacando mucho más las determinaciones que se toman entre los diferentes actores, gracias al papel de la red en la cual el mismo Gobierno no es un actor con una injerencia vertical sobre el carácter decisorio del entorno político, sino más bien permite que sea la misma red autorregulada la que oriente las decisiones internas.

Para efectos de lo que se buscó visibilizar en esta investigación, la gobernanza se abordó desde un diseño institucional y una estructura organizacional de referencia que se pudiera aplicar. Lo anterior significa que sin instituciones sólidas es posible que las iniciativas que se buscan bajo la óptica de la gobernanza, como cooperación, participación, valor público, no se desarrollen de forma eficaz y eficiente (Ikeanyibe et al. 2017). Sin un diseño organizacional, no se puede comprender cómo se implementarán las metas y estrategias para que la atención y los

recursos de la organización se puedan enfocar hacia el cumplimiento de estas, “el diseño organizacional es la administración y ejecución del plan estratégico” (Daft, 2011, p.58).

A continuación, se profundizará en este par de conceptos, porque es clave empezar a identificar, desde la óptica de la gobernanza, cómo el conjunto de normas y procedimientos que se dan bajo el diseño institucional facilitan o dificultan que una política pública funcione o no y cómo el diseño organizacional ayuda o no a que los procedimientos y las formas de coordinación se concreten, para alcanzar objetivos y metas dentro de una política pública.

2.4 El Diseño Institucional y Organizacional Bajo la Lógica de la Gobernanza

El diseño institucional significa diseñar instituciones (Alexander, 2005, p.213). En este se plantea: el diseño y la realización de reglas, procedimientos y estructuras organizativas que permitirán y restringirán el comportamiento y la acción para estar de acuerdo con los valores establecidos, lograr los objetivos deseados o ejecutar determinadas tareas. Según esta definición, el diseño institucional es omnipresente en todos los niveles de deliberación y acción social, incluida la legislación, la formulación de políticas, la planificación y el diseño e implementación de programas (Alexander, 2005, p.213).

Al observar el diseño institucional bajo la óptica de la gobernanza, Peters (2010) muestra las incongruencias de este al buscar crear estructuras más autónomas e informales para elaborar y aplicar las políticas públicas, incorporando las redes autoorganizadas de actores sociales para lograr mayor participación democrática. Para el autor, el diseño institucional bajo la gobernanza representa un formato alternativo para gobernar que aumenta las posibilidades de corrupción, aunque generalmente no para el beneficio personal, sino para el de los miembros de organizaciones que participan en el proceso.

Respecto a lo anterior, Berranes (2004) expresa que, si esta institucionalidad carece de su capacidad para establecer reglas, procedimientos y operaciones con el fin de atender las necesidades de la sociedad, cualquier problema relacionado con el diseño institucional dejará la administración pública carente de aptitudes idóneas para solucionar los problemas. Las fallas en la institucionalidad implican directamente en el desprestigio de la propia Administración pública, creando un ambiente de agitación y desconcierto que reduce el capital político de los Estados que es la gobernabilidad.

Por otro lado, desde una óptica económica, autores como Rodrik et al. (2004) subrayan el carácter prioritario de la calidad institucional manifestando que el hecho de contar con instituciones adecuadas, eficientes y sólidas, que pueden influir en las inversiones en investigación y desarrollo, innovaciones, progreso tecnológico e iniciativas empresariales; aspectos que contribuyen al aumento de la productividad total de los factores e implícitamente, al aumento de los salarios y la remuneración de los capitales. Dichos autores plantean que, en un modelo de desarrollo regional, por ejemplo, que tenga en cuenta el papel de las instituciones, el liderazgo y la calidad de la gobernanza pueden ser consideradas como variables de intervención que pueden estimular o inhibir la acción de los actores económicos y sociales para el desarrollo e influir en la eficiencia total del uso de los factores.

Desde el diseño institucional también se puede comprender la importancia que repercute tener confianza en los compromisos organizacionales que se adquieran. Si el diseño institucional es adecuado, brindará confianza sobre las partes interesadas. En el caso del sector público, se habla de la comunidad, el Gobierno, el sector privado, entre otros, tal elemento está tan relacionado con la gobernanza, que las Naciones Unidas considera que debe existir un enlace irreductible con los procesos y resultados políticos e institucionales imprescindibles para

alcanzar objetivos de desarrollo (United Nations, 2022). De esta forma, las instituciones maniobran bajo un diseño institucional el cual representa también cómo se identifican entre ellas mismas. El diseño institucional, al entregar un significado práctico a las instituciones, optimiza la eficacia entre ellas (Valenzuela, 2017).

Así, desde el diseño institucional, se entiende la importancia de la generación de normas y procedimientos en función de resaltar el valor público y la participación ciudadana. El diseño institucional engloba las reglas de juego con el que los actores en diferentes campos, entre ellos el político, financiero, económico, social, se interrelacionan y se comunican para alcanzar una meta. No obstante, este concepto, aunque funciona como un medio en el que los actores intervinientes utilizan dichas reglas para lograr sus intereses y objetivos, puede generar espacios alternativos de gobernanza que potencian oportunidades de corrupción, entendiendo que, si el diseño se elabora con el fin de beneficiar actores que se desenvuelven en el ejercicio de la Administración pública sin ética moral, generan el desprestigio de la misma y la desconfianza por parte de la ciudadanía.

El Diseño Organizacional Bajo la Óptica de la Gobernanza

De acuerdo con la definición propuesta por Arbaiza (2019) el diseño organizacional:

Es un proceso en el que se definen las tareas o actividades en la organización, el grado de especialización necesarios, los procedimientos y las formas de coordinación para lograr objetivos y metas que se ajusten a la estrategia organizacional y que permitan responder a las demandas del entorno (p. 342).

En el papel de las organizaciones públicas, tal diseño demanda eficiencia, economía de tiempo y una mejora fundamental para que los funcionarios públicos se desempeñen óptimamente, aunque se reconoce su complejidad al requerirse de experiencia y una amplia

visión multidisciplinaria, ya que es necesario considerar las competencias y capacidades con el desempeño, el conocimiento y los desarrollos tecnológicos. De esta forma, se prepara la organización para cumplir funciones generales, aunque también para cumplir funciones especializadas, de acuerdo con las exigencias que demande el contexto (Arbaiza, 2019, p. 343).

Por medio de esta definición se brinda una sugerente descripción del papel de las organizaciones públicas y cómo se han visto profundamente transformadas, justificadas por la necesidad de evolucionar y adaptarse a los contextos sociales, económicos y políticos de nuestra sociedad postindustrial. Esto implica que ahora se enfrentan a numerosas y, en ocasiones, conflictivas ideas, consideraciones, demandas, estructuras y elementos culturales y por estas razones se están volviendo cada vez más complejas e híbridas (Kickert 2001).

En la actualidad no se discute la idea de que la organización es importante en los asuntos político-administrativos (Olsen, 2007, p.104). Al abordar este tema, los responsables de elaborar políticas buscan descubrir la forma de mejorar la consecución de resultados en ellas, pretendiendo una política organizativa que proporcione directrices para diseñar y rediseñar las organizaciones de la forma más adecuada para el cumplimiento de sus misiones (Walkot & Hult, 2005).

De esta forma, la gobernanza ayuda a centrar la visión en la organización como entidad y en las estructuras formales e informales que procesan y delimitan la toma de decisiones políticas. Así pues, la relevancia de centrarse en la gobernanza organizacional aumenta a medida que las organizaciones enfrentan una incertidumbre o controversia crecientes. Cuando la incertidumbre es alta o las demandas son diversas e incompatibles, el modelo de gobierno es particularmente útil para iluminar la dinámica organizacional (Walkot y Hult, 2005).

Por lo anterior, la organización debe ser flexible y adaptativa (Camarena, 2016); es decir, si la organización comprende la dinámica actual, en la que la incertidumbre está presente constantemente y puede generar entornos de inestabilidad, el pensamiento rígido de sistemas mecánicos debe dejarse para abordar sistemas naturales flexibles (Daft, 2011, p.58), siendo esta flexibilidad la forma que ayuda a impulsar estratégicamente el desempeño de la organización (Kumar et al, 2010). Claro está, conservando la autonomía administrativa, que será la que garantice la capacidad en las organizaciones públicas, para determinar sus propias preferencias y traducir dichas preferencias en acciones autorizadas (Maggetti y Verhoest, 2014).

De este modo, las decisiones que se toman desde el ámbito organizacional son estudiadas desde la gobernanza para diferenciar la obtención de resultados públicos eficaces, sin encasillarse en el precepto prohibitivo como pasa en la Nueva Gestión Pública, siendo la gobernanza pertinente para delimitar modelos de toma de decisiones organizacionales notables, tanto en el sentido de la gobernanza como de algún otro (Quintero, 2017), para destacar no solo las decisiones que se toman en el ámbito organizacional desde el interior, sino también para subrayar la manera en que se toman decisiones en una sociedad y cómo desde esta se participa e interactúan para formular políticas públicas (Treviño, 2011).

De esta forma, se entiende que el diseño organizacional es un factor preponderante para comprender el funcionamiento de las entidades públicas, porque en él se involucran los procesos que dan forma a las diferentes estructuras dentro de las organizaciones. Ahora, la visión de la gobernanza obliga a detallar dentro de estas estructuras formales las decisiones políticas, que vendrán acompañadas de diferentes roles y procesos, permitiendo que los objetivos de cualquier entidad se puedan materializar. Claro está, dicho diseño organizacional, e incluso institucional, no es rígido ni está exento a cualquier modificación; por el contrario, como se verá a

continuación, estos procesos están sujetos a reformas, que, para efectos de esta investigación, se concentró en un sector en especial: el sector salud.

Reformas Organizacionales e Institucionales en el Sector Salud desde la Óptica de la Gobernanza

Desde este punto de transformaciones y cambios, la gobernanza observa las formas organizativas bajo dos ámbitos: el primero, buscando la producción de eficacia y eficiencia en los servicios públicos y el segundo, como reflejo de las acciones que necesitan ser legitimadas desde el campo social en la tarea de administración del estado (Salazar y Chica, 2021).

Hernández y Bonivento (2015), desde la óptica de la gobernanza, explican que ahora el nivel organizacional es más operativo, por la forma de interactuar de los agentes en función de la resolución de problemas; mientras que, a nivel institucional, la reglamentación se fundamenta en valores, participación activa y transparencia, siendo entonces una guía fundamental para los agentes que buscan también alcanzar metas comunes para la ciudadanía.

En este sentido, Completa (2017) resume indicando que las políticas públicas, en este compendio de transformaciones y cambios, no resultan solamente de las capacidades estructurales de la organización del Estado comprometido, sino que también necesitan elementos que no son propios de su alcance; en este caso, la representación institucional manifestada en las reglas que hacen funcionar la sociedad o de índole política, en las que la representación del constituyente primario es vital y en otros campos como el socio-cultural, económico o incluso organizativo, que con el papel de sus redes pueden afectar de forma indirecta el desempeño de cualquier organización del Estado.

Estas reformas han impactado sectores que desde el marco de la gobernanza buscan cambios fundamentales. Tal es el caso del sector salud, que fue visto por la Organización

Mundial de la Salud, OMS, como un baluarte necesario en el proceso de la transformación hacia la gobernanza. El documento emitido por la OMS titulado *Reforma del Sector Salud: Problemas y Oportunidades*, del año 2000, se convierte en un promotor para la visión de los sistemas de salud desde el marco de la gobernanza.

Esto significa que la necesidad de encontrar un modelo de transformación para unificar las medidas universales y aplicar sistemáticamente las reformas al sector salud, conllevó a centrar la atención especialmente en tres campos: el sector financiero, en el que se plantean estrategias de privatización y de reducción de la Gestión pública en estos procesos; el sector de la prestación de los servicios de salud, en el que se entró a desarrollar lo que se denominó el nuevo universalismo, y un enfoque de atención primaria de la salud, en el que cada país, de acuerdo con sus capacidades, debería emitir paquetes de salud pública esenciales, para los diferentes niveles del sistema.

Esta directriz, ha sido vital para reflejar cambios sustanciales en las políticas gubernamentales y mejorar el desempeño, fortaleciendo las funciones de política y planificación, así como también la prestación del servicio de salud. Para que lo anterior fuera posible, de acuerdo con la OMS (2000), fue necesario la implementación de iniciativas como la reorientación y reestructuración del sector salud. En este punto se destacan:

Separar las funciones de prestación de servicios y financiación de servicios para permitir un mejor desempeño a través de medidas competitivas (asignación de recursos y gestión financiera), por ejemplo, expansión de la cobertura de seguro de salud, contratación de servicios, hospitales autónomos, agrupaciones funcionales, integración del presupuesto central de salud, creación de consejos de administración en grandes hospitales públicos, empresas conjuntas, etc. (p.8).

Igualmente, esta reestructuración debe encaminarse al proceso de descentralización, para el que la OMS (2000) destaca tres puntos:

El primero se refiere a la devolución de autoridad y responsabilidad del gobierno central a las agencias del gobierno local en áreas políticas y administrativas. El segundo proceso de descentralización es desconcentrar las funciones de los niveles superiores a los inferiores dentro del aparato administrativo de los países; y el tercero es la delegación de responsabilidad y funciones de las unidades del gobierno central a otros tipos de agencias gubernamentales más autónomas y/o especializadas o agencias funcionales especializadas (p.9).

De acuerdo con la OMS, lo más importante de todo lo anterior es que en dichos programas de transformación el rol protagónico del sector salud siga marcando pautas de gobernanza que beneficien a la sociedad y entreguen en un alto nivel iniciativas que favorezcan el valor público. En una era de globalización y liberalización es importante contar con herramientas institucionales y organizacionales que brinden un soporte para aumentar la capacidad de planificación y gestión del Gobierno. El éxito de este tipo de reformas depende en gran medida de cómo se aplican los procesos más que en cómo se formulan los contenidos de estas; es por eso que la visión de la gobernanza entrega un camino de aplicación para que en los sistemas de salud se desarrollen estos planteamientos.

En todo caso, dichas reformas que se apoyan en una visión de gobernanza sobre el sector salud requieren, cuando sea necesario, transformaciones institucionales que logren cambiar las reglas que dirigen sus actividades y, con esto, promover innovaciones que busquen mejorar el desempeño de los Gobiernos. Lo anterior, en teoría, generaría mayor compromiso, eficacia y capacidad de respuesta para alcanzar objetivos de desarrollo (Joshi y Carter, 2015, p.4),

finalmente estas transformaciones también permiten impulsar la creación de cambios institucionales y organizacionales que impactan la órbita de las políticas públicas.

El Sistema de Salud Bajo el Marco de la Gobernanza

En relación con la salud, la gobernanza se hizo presente en el *Informe sobre la salud en el mundo*, de 2000, en el que la OMS lo enmarca en la administración y sugirió que detrás de este se desplegaran políticas estratégicas acompañadas con supervisión, regulación, incentivos y rendición de cuentas (OMS, 2000b). Para Molina (2017) el uso de la gobernanza para el análisis de los sistemas de salud ayudó a encontrar aquellos factores que influyeran en la aplicación de sus reformas y en la interacción de sus actores, normas y procesos. De acuerdo con Bascolo (2010) la acentuación de estos vínculos entre la gobernanza y el sector salud se notan en los procesos políticos e institucionales que buscan implementar una correcta política de atención primaria de la salud. Para lograr lo anterior, es claro que el sistema de salud debe estar configurado correctamente. Abimbola et al. (2014) proponen diferentes ideas para definir un adecuado análisis en el sistema de salud, entre ellas se pueden destacar las siguientes:

- Se deben implementar las relaciones entre actores del sistema de salud incluyendo actores gubernamentales y no gubernamentales, sobre los estudios que se encaminan a darle solución a los problemas y reformar los sistemas de gobernanza en el sector salud.
- Es necesario adelantar tareas de investigación sobre los contextos que producen variaciones en los arreglos de gobernanza.
- Se debe considerar siempre que las relaciones entre los diferentes niveles de gobernanza y el sistema de salud pueden exponer negativamente la prestación de servicios y los resultados.

Por otro lado, desde el campo de la autoridad y responsabilidad en la formulación de las políticas públicas, estos deben considerar lo siguiente:

- Evitar la concentración excesiva y responsabilidad en un solo nivel; para evitar esto, se debe promover la gobernanza en varios niveles dejando claro la línea de autoridad y rendición de cuentas.
- Se debe mostrar reconocimiento y apoyo a las funciones y potencial de los actores no gubernamentales que trabajan para el sector salud, con el fin de responder a la demanda insatisfecha de servicios en las comunidades (Abimbola et al, 2014).

En conclusión, lo anterior no significa que dicho ideal de gobernanza sea un modelo infalible frente a otros modelos de gestión en los sistemas de salud, lo que se rescata es la capacidad de adaptabilidad a los contextos y entornos económicos, políticos y sociales de un país. Sin embargo, como lo indica Abimbola et al. (2014) el uso de la gobernanza puede mejorar la comprensión, análisis y diseño de los sistemas de salud con un enfoque en las personas y comunidades.

2.5 La Evaluación de Políticas Públicas: Capacidad Institucional y Evaluación por

Resultados

Cardozo (2006) tiene como punto de partida un planteamiento según el cual la evaluación de políticas públicas es relativamente nueva en el contexto latinoamericano, teniendo en cuenta que apenas surge entre las décadas del ochenta y el noventa, en un contexto marcado por la crisis financiera y el desplome de la economía pública, lo que permite explicar el motivo por el cual, en principio, se le dio a la evaluación de políticas públicas un enfoque eminentemente financiero encaminado a determinar lo que lograba hacer la administración con los recursos públicos (p. 10).

Las políticas públicas tienen como principal finalidad la de maximizar el bienestar social. Una buena política pública es, por lo tanto, la que logra un incremento significativo en el bienestar de la ciudadanía y su calidad de vida. En este punto surge entonces la pregunta de ¿cómo resulta posible entrar a determinar si ha logrado o no mejorar el bienestar? La respuesta al anterior interrogante ha de provenir necesariamente de la evaluación de políticas públicas.

La evaluación de las políticas públicas es un proceso integral que exige la observación, la medición y el análisis e interpretación de los datos obtenidos en cada una de sus etapas. Esto es desde el momento en que el Estado decide intervenir en un fenómeno determinado hasta llegar al momento en que dicha intervención termina por generar sus impactos y consecuencias (Pinilla y García-Altés, 2010, p. 114). Por lo tanto, una parte significativa de la finalidad contenida en la evaluación de las políticas públicas radica en entrar a establecer la validez del conjunto de hipótesis que en su momento justificaron la intervención del Estado

Con base en lo anterior, es importante tener en cuenta que la evaluación de políticas públicas es una actividad que, si bien guarda cierta similitud con otros procesos, como, por ejemplo, el control interno, en realidad dicha acción obedece a unas finalidades específicas que la dotan de identidad propia. Al respecto Pinilla y García (2010) señalan lo siguiente:

La evaluación es una actividad específica y con identidad propia, claramente diferenciada de otras como el control interno, la auditoría financiera, la auditoría de gestión o el control presupuestario, pero con las cuales mantiene una estrecha relación de complementariedad. El objetivo último de la evaluación de políticas es obtener información para tomar decisiones. En general, la evaluación puede servir para determinar el grado de consecución de los objetivos propuestos, mejorar la

implementación de las políticas, rendir cuentas ante la ciudadanía, aumentar el apoyo comunitario y contribuir a la base científica de las políticas (p. 114).

De esta forma la evaluación de políticas se puede definir mejor como un proceso mediante el cual se determinan juicios generales sobre la calidad, el logro de metas, la efectividad del programa, el impacto y los costos (Theodoulou y Kofinis, 2004). Lo claro es que dicho proceso contiene una serie de complejidades que es necesario tener en cuenta desde el punto de vista técnico como institucional. Entre estas dificultades se encuentran:

La primera dificultad de evaluación radica en determinar una relación causal entre una política y un resultado. El segundo problema que se encuentra en la evaluación de políticas públicas es el tema de la incidencia: el beneficiario final de la política no es necesariamente el individuo objetivo. La tercera dificultad de evaluación reside en la multiplicidad de efectos de una misma política pública. Los efectos múltiples pueden surgir primero en el mismo campo de la política pública (Conseil d'analyse économique, 2013).

De esta forma, la evaluación no deja de ser un proceso complejo, porque pareciera encerrar una lógica de juzgamiento en un determinado objeto, situación o programa, bajo la implementación de distintos criterios, para determinar su valor o utilidad. Lo cierto es que se constituye en un eje central para las instituciones públicas en su ejercicio de gobernanza, porque determina las consecuencias de una política pública en función de un conjunto de criterios, que al someterse al proceso de evaluación se establece si se logró o no.

Si lo que se busca es que el bienestar social aumente por causa de una política pública, sólo la evaluación de esta determinará que tan efectiva fue su implementación y que tan necesaria era la intervención del estado. Tal es el caso del sector salud, en el cual, las

evaluaciones a sus programas son de constante discusión, por causa de los efectos que se esperan y que están muy relacionados indefectiblemente con la salud y la vida. A continuación, se analizarán diferentes aspectos que la literatura ha tomado en cuenta a la hora de evaluar políticas públicas en los sistemas de salud.

La Evaluación de Políticas Públicas en el Sistema de Salud

La evaluación de la política pública recayó especialmente sobre dos de los sectores en los que más se invierten los recursos: educación y salud. Se trata de dos sectores que tienen una fuerte carga política y electoral, en tanto se ha vuelto un común denominador de las campañas políticas el prometer mejores servicios en materia de educación y salud, lo que ha conducido al incremento del gasto en estos sectores, pero sin que al final se vea una mejoría real o significativa de los mismos (Cardozo Brum, 2006, p 10).

La evaluación de las políticas públicas en materia de salud ha venido cobrando cada vez más fuerza al interior del debate político en razón de su impacto económico. En consecuencia, en la actualidad, resulta un lugar común abordar las políticas públicas en materia de salud desde una perspectiva en la cual se privilegia el enfoque económico. En este campo Pyone et al (2017) realizan una investigación en la que presentan un marco para evaluar la gobernanza del sistema de salud, concluyendo que los marcos existentes (marco multinivel en la teoría de los recursos comunes, marco de rendición de cuentas, marco de responsabilidad social, marco de rendición de cuentas del trabajo en salud) se pueden adaptar para evaluar la gobernabilidad; en general, destacan que una evaluación integral de la gobernanza podría permitir a los formuladores de políticas priorizar soluciones para los problemas identificados, así como replicar y ampliar ejemplos de buenas prácticas.

El informe de la Organización Mundial de la Salud, *Sistemas de Salud: Mejorando el Desempeño*, es un texto que se contempla constantemente en la academia y literatura para identificar métodos y aspectos a tener en cuenta a la hora de evaluar una política pública relacionada con el sistema de salud. De acuerdo con Navarro (2001) ha sido muy visible en los medios profesionales y populares. El informe evalúa los sistemas de salud del mundo de acuerdo con tres características: efectividad, capacidad de respuesta a los usuarios y progresividad de su financiamiento, luego usa estas evaluaciones para clasificar a los países por cada uno de estos rasgos y por un indicador general de desempeño, una combinación entre ellas. No obstante, en este informe Navarro (2001) reconoce que la evaluación de los sistemas de salud no es una ciencia exacta y señala que la ciencia y la ideología con frecuencia se mezclan en las discusiones sobre el desempeño del sistema de salud.

Sobre el aspecto de la gobernanza en salud, el trabajo de Siddiqi et. al (2009) presenta una investigación que relaciona un marco para evaluar la gobernanza del sistema de salud en los países en desarrollo, para ello construyen un marco teniendo en cuenta cuatro líneas existentes: los dominios de administración de la Organización Mundial de la Salud (OMS); las funciones esenciales de salud pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS); los seis aspectos básicos de la gobernanza del Banco Mundial, y los principios de buena gobernanza del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Sus conclusiones sugieren que, usado apropiadamente, es una herramienta analítica útil que permite diagnosticar los males para evaluar la gobernanza del sistema de salud (HSG por su sigla en inglés) a nivel político y operativo y proporciona la base para desarrollar intervenciones.

La Organización Mundial de la Salud emitió un documento titulado *Evaluación del desempeño del sistema de salud*, del año 2022, en el que se presenta un marco innovador que

destaca la importancia de “recopilar información y examinar el desempeño tanto de las funciones del sistema de salud como de sus metas de desempeño” (WHO, 2022, p.57). De este modo, plantea que se deben tomar diferentes funciones del sistema de salud (la gobernanza, financiamiento, la consecución de los recursos y la prestación de servicios) y las subfunciones necesarias para que se pueda cumplir correctamente la evaluación. Como resultado, los responsables de la formulación de políticas podrán determinar y analizar mejor los posibles orígenes o el impacto de un desempeño deficiente en el resultado de un sistema de salud en particular (WHO, 2022).

Finalmente, el Departamento Nacional de Planeación, bajo su texto titulado *Guía Metodológica para el Seguimiento y la Evaluación de Políticas Públicas*, deja ver al comienzo la importancia que tienen estos procesos para la retroalimentación constante en la toma de decisiones. Para desarrollar su modelo de seguimiento y evaluación proponen la estrategia GPOR (Gestión Pública Orientada a Resultados) cuyo “modelo de gestión está dirigido a saber qué se hace, qué se logra y cuál es su efecto en la población; es decir, la creación de valor público” (DNP, 2014). Dicha guía ofrece las bases conceptuales, metodológicas y los procesos que se llevan a cabo para familiarizar al lector con la actividad de evaluación de políticas públicas; es un modelo titulado Sinergia, que puede ser adaptado para procesos similares de evaluación.

A partir de la literatura anterior, se puede apreciar que los sistemas de salud no se sujetan a una definición común de evaluación en la gestión pública. El alcance de la evaluación obedece a pautas tales como las necesidades y el propósito de la evaluación, los métodos tradicionalmente aplicados, el papel que puede desempeñar el evaluador, entre otros. De esta manera, en el caso del sector salud, un proceso de evaluación debería reflejar en principio que los programas hayan

sido correctamente ejecutados y aplicados. Para que esto sea posible debe utilizarse una evaluación, si no se consigue lo anterior, el evaluador no podrá influir en las decisiones futuras que se deban tomar sobre los programas sujetos a este proceso.

Guía para la Evaluación de la Capacidad Institucional

En lo que respecta a la evaluación de la capacidad institucional Hintze (2007), en su documento titulado *Guía para la evaluación de la capacidad institucional*, presenta la siguiente definición: “la capacidad institucional es el potencial de las organizaciones para producir la combinación de valor externo y organizacional necesaria para lograr sus objetivos principales” (p. 3), a lo que se debe sumar que los objetivos principales de toda organización apunten, por lo general, a la producción de valor externo, bien sea en el corto, el mediano o el largo plazo.

En la propuesta de Hintze (2007) se incluyen nueve pasos para este proceso de capacidad institucional: primero, la identificación de la situación a evaluar y el patrón de comparación requerido; segundo, determinar las variables e indicadores que integran el patrón de comparación; tercero, identificar los procesos de gestión que integran la situación a analizar; cuarto, calificar la criticidad de los procesos de gestión; quinto, calificar el déficit de capacidad institucional (DCI) en los procesos de gestión; sexto, elaborar la matriz sobre el déficit de la capacidad institucional; séptimo, calificar el déficit de la capacidad institucional según los diversos factores y variables; octavo, realizar la matriz del déficit de capacidad institucional según los diversos factores y variables, y noveno, elaborar el plan de mejora a partir del déficit de capacidad institucional detectado.

De esta manera, la evaluación de la capacidad institucional es una actividad que reúne un conjunto de herramientas con el que se busca abordar los efectos de una política pública, teniendo en cuenta factores exógenos y endógenos dentro de las organizaciones. Lo anterior

significa que para abordar la evaluación se deben combinar distintos procesos, contemplando variables internas como externas, que hayan impactado de forma negativa o positiva un programa de política pública. Lo que se busca es que mediante la evaluación de la capacidad institucional los resultados que se obtienen sean los esperados. Para analizar mejor lo anterior, el DNP (2012) y DNP (2009) presentan una metodología que ayuda a lograrlo, mediante una selección de indicadores y su respectiva calificación, lo cual servirá, como se verá más adelante, para plantear un curso metodológico a la hora de evaluar la política pública en materia de salud desprendida del Acuerdo 641 de 2016.

La Evaluación de Políticas y la Gestión Orientada a los Resultados

Para el proceso de evaluación, como describe Cardona (2013) se realiza una comparación de resultados obtenidos, con aquellos objetivos previamente establecidos. En dicho sistema, cuando se evalúa, manifiesta el autor, se deben considerar tres aspectos básicamente: la estructura, el proceso y los resultados. Para efectos de esta investigación se hará énfasis en los resultados, que desde el campo de la salud busca impactar el ámbito individual y colectivo (Cardona, 2013, p. 85).

De acuerdo con López y Huffington (2016), quienes toman como base lo argumentado por el Departamento Nacional de Planeación colombiano y partiendo del objetivo de esta investigación, el tipo de evaluación que se aplicará será por resultados. Esta reconoce los cambios dados por un programa sobre sus beneficiarios. Dentro de las acciones que la caracterizan están: a) construcción de indicadores para medir el proceso de planeación, los cuales son: gestión, producto, resultado. b) Construcción de indicadores para medir los resultados: gestión producto y efecto. Finalmente, este tipo de investigación sirve para estudiar los cambios en las condiciones de los que se benefician del producto o servicio entregado.

Asimismo, en la literatura sobre evaluación, según lo manifestado por Foss (2005) el modelo de evaluación por resultados se concentra en las consecuencias de una determinada actuación, programa u organización. Dentro de este modelo de evaluación existen dos subcategorías: el modelo de consecución de objetivos y el modelo de efectos. En el primero se tiene en cuenta el modelo tradicional de evaluación de resultados, en el que se toma como punto de referencia los objetivos predeterminados de la organización. En el segundo modelo, se implica un alcance más amplio y se busca mostrar los efectos encontrados en la organización, programa u objeto a evaluar. Dicho modelo, de acuerdo con el autor, ha sido reprochado por criterios de evaluación débiles; no obstante, indica también que para corregirlo se debe aplicar un modelo de análisis antes/después.

De conformidad con las consideraciones anteriores, Apocada (1999) relaciona la evaluación de resultados con los efectos brutos de un programa, haciendo una diferenciación frente al término evaluación de impacto, el cual representa los efectos netos del mismo. La evaluación de resultados intenta analizar aquellos efectos del programa en la sociedad, mientras que la evaluación de impacto abarca un marco más amplio al incluir no solamente la sociedad beneficiaria, sino también la no beneficiaria y que resulta impactada por dicho programa. En todo caso, el autor expresa que es complejo determinar matices diferenciales porque suelen usarse como términos semejantes.

En suma, la importancia de los resultados se entiende porque a través de ellos se interpreta el cumplimiento de los objetivos en un organismo público o privado. Es claro que dichos resultados deben obedecer a un conjunto de indicadores que nacen de las metas propuestas en un proyecto de inversión. La literatura citada refleja algunos factores que fueron de gran ayuda para ejecutar una correcta evaluación de resultados. La constante en medio de este

análisis es considerar claramente lo que se está evaluando como también tener claro el factor comparativo entre los resultados que se obtuvieron y lo que se planeaba en los objetivos.

En cuanto a la evaluación de resultados en el sistema de salud, se puede decir que la eficacia de este es un área de constante interés para los investigadores y profesionales de dicho campo. El variado enfoque de la propia eficacia ha dado lugar a numerosas propuestas metodológicas relacionadas con su medición. Las limitaciones de los métodos utilizados actualmente conducen a una búsqueda constante de mejores herramientas para la evaluación de los sistemas de salud (Romaniuk et al., 2018).

Como lo explica Noto et. al (2019) gestionar la complejidad que caracteriza a los sistemas de salud requiere información sofisticada de evaluación del desempeño para respaldar los procesos de toma de decisiones de las partes interesadas en el cuidado de la salud en varios niveles. En consecuencia, en las últimas décadas, muchos países han diseñado e implementado programas de evaluación del desempeño del sistema de salud (HSPA). Asimismo, para comprender cuándo puede ser evaluable un sistema de salud, Alvira (2002) describe una serie de requisitos que se deben cumplir así:

¿Está bien definido el programa? ¿Están bien definidos los objetivos y efectos esperados?
¿Existen indicadores de resultados o disponibles o que puedan construirse y sirvan para medir la consecución o no de los objetivos? ¿Se ha implementado el programa adecuadamente? ¿Cuál es el nivel de implementación? (p.47)

De la misma manera, Montero (2004) manifiesta que es muy importante en la evaluación de resultados establecer las evidencias de una relación causal entre aquellos resultados que se observaron y las actividades del programa de salud evaluado. Indica además que en este proceso es obligatorio cumplir con el rigor científico, desarrollando estudios que puedan controlar

aquellas variables exógenas, terceras variables o variables confusoras, que, si bien afectan los resultados en términos de salud, no tienen que ver con las acciones del programa. De acuerdo con lo anterior, la investigación de resultados (*outcomes research*) otorga información empírica que sirve como referencia para tomar decisiones programáticas, políticas y de recursos que contribuyen a dar forma a los servicios sociales y humanos en la sociedad (Depoy y Gitlin, 2016).

Finalmente, el gobierno nacional en el año 2006 con el ánimo de mejorar las acciones del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS) en materia de resultados, propuso tener en cuenta los siguientes puntos que para evaluar la calidad de atención en salud:

1. Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. (Decreto No 1011, Artículo 3)

Esta normatividad entonces, permite que los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, que necesariamente deben estar ajustadas dentro de un modelo de atención en salud, tengan un centro de referencia normativo a la hora de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud en materia de resultados.

De este modo, la literatura y la práctica coinciden en las características clave que debe tener la medición del desempeño en salud, a saber, en la evaluación de resultados. Es claro que este tipo de evaluación debe abarcar múltiples categorías en este sector, también debe tener claro los datos que se recopilan basados obviamente en evidencia y una divulgación transparente de los mismos, para que la relación causal entre aquellos resultados que se observan y las actividades del programa de salud evaluado, sean correctas y objetivas.

Capítulo 3. Marco Metodológico

Para la investigación se utilizó una metodología mixta (cualitativa y cuantitativa) que permitiera realizar un análisis de indicadores, cruzado con un análisis documental y entrevistas semiestructuradas a un grupo de funcionarios que se desempeñan en el sector salud. Para la selección de indicadores (ver Anexo 1) se adoptó el modelo que propone el Departamento Nacional de Planeación en su *Guía Metodológica para la Formulación de Indicadores*. Luego de concentrar todos los indicadores se procede a realizar la calificación y selección de este. De acuerdo con los criterios de la técnica CREMA; se tuvieron dos criterios en cuenta: el indicador

que reunió veinticinco puntos y que se logró encontrar en el periodo de tiempo a analizar; asimismo, cuando algún indicador no reunió el puntaje solicitado, se valoró la relación que dicho indicador tenía con los objetivos propuestos en esta investigación, por lo que se consideraron también indicadores que marcaban una importante relevancia para comprender las metas en materia organizacional e institucional en el marco de la gobernanza. Los lineamientos a tener en cuenta en esta calificación de acuerdo al DNP (2010) fueron los siguientes:

C = ¿Es el indicador suficientemente preciso para garantizar una medición objetiva? R = ¿Es el indicador un reflejo lo más directo posible del objetivo? E = ¿Es el indicador capaz de emplear un medio práctico y asequible para la obtención de datos? M = ¿Están las variables del indicador suficientemente definidas para asegurar que lo que se mide hoy es lo mismo que se va a medir en cualquier tiempo posterior, sin importar quién haga la medición? A = ¿Es el indicador suficientemente representativo del total de los resultados deseados y su comportamiento puede ser observado periódicamente? Se califica de 1 a 5 cada criterio en cada indicador. (p.17)

En el análisis de contenido se consideró documentación emitida por la Alcaldía Distrital como cuadros de seguimiento, cuadros de los cumplimientos de metas en el Plan de Desarrollo Institucional, análisis de motivos para la reorganización del sector salud en el Distrito Capital y los siguientes proyectos de inversión:

Tabla 1 *Listado de proyectos de inversión*

No. Proyecto	Nombre del Proyecto
1184	Aseguramiento y social universal en salud
1189	Organización y operación de servicios de salud en redes integradas
1185	Atención a la población pobre no asegurada, vinculados y no POSS
1190	Investigación Científica e Innovación al Servicio de la Salud
1191	Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud

No. Proyecto	Nombre del Proyecto
1192	Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud

Nota. Fuente tomada de Secretaría Distrital de Planeación, SDP, 2022.

Las preguntas planteadas para las entrevistas semiestructuradas (ver Anexo 3) respondieron a la necesidad de abarcar la categoría de diseño institucional y organizacional, con el fin de obtener información que sirvió más adelante para la evaluación y análisis de los indicadores. Los entrevistados fueron:

Tabla 2 *Funcionarios del sector salud entrevistados*

No	Nombre	Cargo/Rol
E1	Edward Aníbal Arias Rubio	Concejal de Bogotá – Partido Alianza Verde
E2	Jorge Luis Colmenares Escobar	Concejal de Bogotá – Partido Centro Democrático
E3	Armando Gutiérrez González	Concejal de Bogotá – Partido Liberal Colombiano
E4	César Augusto Cortés Amaya	Presidente Juntas Directivas Sur-Norte y Sur Occidente
E5	Por solicitud del entrevistado su nombre y cargo no es reflejado	Miembro Junta Directiva
E6	Daisy Elizabeth Ortiz Huertas	Profesional de la Salud- Bacterióloga
E7	Ruth Camargo	Profesional Medicina-Enfermera jefe
E8	Adriana María Uribe Cabal	Profesional Medicina- Médico
E9	Fabian Enrique Herrera Espinosa	Funcionario EPS, Medico Ortopedista
E10	Consuelo Dimaté	Funcionario -EPS-Odontóloga
E11	Por solicitud del entrevistado su nombre y cargo no es reflejado	Funcionario -EPS
E12	José Vicente Guzmán	Funcionario Secretaría Distrital de Salud

No	Nombre	Cargo/Rol
E13	Diana Carolina Larrañaga Calvache	Funcionaria SDS- Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud
E14	Diana Paola Suárez Santana	Funcionaria SDS- Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud
E15	Liliana Andrea Ortiz	Funcionaria SDS- Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud
E16	Edna Margarita Martínez	Funcionaria SDS- Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud
E17	Mary Luz Páez Díaz	Funcionaria SDS- Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud
E18	Marcela Díaz Ramírez	Funcionaria Secretaría de Salud
E19	Marcela Polanía	Funcionaria Secretaría de Salud- Área Financiera
E20	Diana Vargas	Funcionaria Secretaría de Salud- Área Financiera
E21	Yanet Sandoval	Funcionaria Secretaría de Salud- Área Financiera

Nota. Fuente elaboración propia

1.2 Matriz Metodológica

Finalmente, seleccionados los indicadores producto de la técnica CREMA, se resume en la siguiente matriz metodológica el rumbo de esta investigación. En este orden de ideas, dicha matriz se desarrolló bajo la dimensión de la gobernanza, toda vez que ha sido el sustento teórico que se utilizó para explicar este proceso de transformación en el modelo de atención en salud de la ciudad de Bogotá. Es de aclarar que esta matriz se apoyó en el cumplimiento de cuatro objetivos específicos, que a su vez buscaban dar respuesta al objetivo general.

Tabla 3 Matriz metodológica para el desarrollo de la investigación

Matriz Metodológica Para el Desarrollo de la Investigación					
Estructura del Proyecto					
Pregunta Problema: ¿La transformación institucional y organizacional del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá propuesto en el Acuerdo 641 de 2016 ha cumplido sus objetivos a nivel de resultados en el período 2016 a 2019?					
Objetivo General: Evaluar el cumplimiento de objetivos a nivel de resultados del diseño institucional y organizacional implementado después de la transformación del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá, D.C. en el periodo de 2016 a 2019.					
Dimensión: Gobernanza					
Objetivos específicos impactados	Categorías	Subcategoría	Preguntas	Instrumento	Fuente
	Capacidad Administrativa	N/A	¿Como era la estructura, organización y funcionamiento del sector salud en Bogotá?	Análisis documental	Fuentes Normativas, Paginas Oficiales de la Alcaldía.
Objetivo No 1	Capacidad Política	N/A	¿Cuál fue el conjunto de operaciones que se realizó para poner en marcha el Acuerdo 641 de 2016?	Análisis documental	El plan de gobierno, la exposición de motivos y las actas de discusión en el Concejo de la ciudad, el plan distrital de desarrollo 2016-2020, El Plan territorial de salud 2016-2020.
Objetivo No 1	Capacidad Administrativa	N/A	¿El modelo de organización facilitó la implementación de las cuatro subredes integradas de servicios de salud?	Análisis documental Entrevista	Secretaría Distrital de Planeación, Secretaría Distrital de Salud, Concejo de Bogotá, Proyecto 1189 Organización y operación de servicios en redes integradas Exfuncionario Secretaría de Salud, Miembro Junta directiva RISS, concejal de Bogotá
Objetivo No 2	Capacidad Política, Capacidad Administrativa	Diseño Organizacional e Institucional	¿Qué conceptos relacionados con la Gobernanza y Evaluación en sus debates y sus implicaciones desde el sector salud se pueden utilizar en esta investigación?	Análisis Documental	Bases de Datos Académicas, Informes, Otros Documentos
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Diseño Organizacional	¿Las estrategias administrativas disminuyeron los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas?	Análisis documental Entrevista	Portal "Salud Data", Rendición de Cuentas Sector Salud, funcionario EPS, Exfuncionario, Secretaría de Salud, Profesional de la Medicina, concejal de Bogotá
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Diseño Organizacional	¿El modelo de organización en salud luego del Acuerdo 641 de 2016 facilitó una mejor articulación de los servicios médicos hacia la ciudadanía?	Análisis documental Entrevista	Portal "Salud Data", Rendición de Cuentas Sector Salud Funcionario EPS, Exfuncionario Secretaría de Salud, Profesional de la Medicina, concejal de Bogotá
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Diseño Organizacional	¿Se habilitó una estructura técnica y operativa de acreditación de calidad al finalizar el 2017?	Análisis documental	Cuadro Seguimiento Plan Anual de Gestión
Objetivo No 3	Capacidad administrativa	Evaluación	¿El órgano de gobierno puso en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación del modelo?	Análisis Documental Entrevista	Informes de rendición de cuentas, Informes de gestión 2016-2019 Secretaría de Salud
Objetivo No 3	Capacidad política	Rectoría	¿Cómo fue el cumplimiento del Plan periódico de Monitoreo y Evaluación de las redes integradas de servicios de salud desde el punto de vista asistencial, financiero y administrativo?	Análisis Documental Entrevista	Informes de rendición de cuentas, Informes de gestión 2016-2019 Secretaría de Salud
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Diseño Institucional	¿Las normas o que rigen el funcionamiento de la gobernanza de las RISS cumplen con los trámites legales, administrativos, financieros y técnicos que sean requeridos?	Análisis documental	Secretaría Distrital de Planeación, Secretaría distrital de Salud, Concejo de Bogotá Proyecto 1189 Organización y operación de servicios en redes integradas

Matriz Metodológica Para el Desarrollo de la Investigación					
Estructura del Proyecto					
Pregunta Problema: ¿La transformación institucional y organizacional del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá propuesto en el Acuerdo 641 de 2016 ha cumplido sus objetivos a nivel de resultados en el período 2016 a 2019?					
Objetivo General: Evaluar el cumplimiento de objetivos a nivel de resultados del diseño institucional y organizacional implementado después de la transformación del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá, D.C. en el periodo de 2016 a 2019.					
Dimensión: Gobernanza					
Objetivos específicos impactados	Categorías	Subcategoría	Preguntas	Instrumento	Fuente
Objetivo No 3	Planificación estratégica	Planeación	¿Los planes implementados redujeron 5 días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas?	Análisis documental	-Portal "Salud Data", Informes de rendición de cuentas, Informes de gestión Años 2016-2019
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Diseño organizacional	¿Las empresas sociales del Estado asumieron de manera gradual y ordenada el manejo de las labores que le fueron delegadas luego de la implementación de las Subredes de Salud?	Análisis Documental Entrevista	Proyecto 1189 - Organización y operación de servicios de salud en redes integradas Exfuncionario Secretaría de Salud
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Diseño organizacional	¿El conjunto de métodos y procedimientos puestos en práctica en el modelo de atención en salud aseguró la formación de la empresa asesora de Gestión Administrativa y Técnica al finalizar el tercer año de operación?	Análisis de documental	Proyecto 1189 - Organización y operación de servicios de salud en redes integradas, Informe rendición de Cuentas, Informe de Gestión 2016-2019
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Diseño Institucional	¿El nuevo modelo de atención en salud facilitó la creación del Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud?	Análisis Documental Entrevista	Informe Rendición de cuentas, Secretaría de Planeación Distrital, Secretaría de Salud, Actas de Discusión Consejo de Bogotá, Proyecto inversión 1190 Exfuncionario Secretaría de Salud, Directivo RISS
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Servicio a la ciudadanía	¿El porcentaje de atención de la población pobre no asegurada (vinculados) que demandaba los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POSS aumentó o disminuyó?	Análisis Documental Entrevista	Informe Rendición de cuentas, Secretaría de Planeación Distrital, Secretaría de Salud, Actas de Discusión Consejo de Bogotá, Proyecto inversión 1185 Secretaría educación, concejal de Bogotá, Directivo RISS, Profesional Medicina, Directivo EPS
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Evaluación	¿La capacidad y respuesta ayudó a mejorar el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático?	Análisis de contenido	Informe rendición de cuentas 2016-2019, Proyecto Inversión 1189
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Diseño Organizacional	¿El proceso organizativo favoreció la creación de los Centros Atención Prioritaria en Salud (CAPS) a 2020?	Análisis Documental Entrevista	Informes rendición de cuentas Informes de Gestión, Otros documentos, Proyecto Inversión 1191 Funcionario Secretaría de Salud, Directivo EPS, Directivo RISS
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Diseño Institucional	¿El proceso de reorganización institucional favoreció el aumento de instalaciones hospitalarias incluido Usme?	Análisis Documental Entrevista	Informes rendición de cuentas, Informes de Gestión, Otros documentos, Proyecto Inversión 1191 Funcionario Secretaría de Salud
Objetivo No 3	Capacidad administrativa	Participación y coordinación de actores	¿El desarrollo de funciones y competencias mejoró la coordinación y colaboración para desarrollar proyectos bajo el esquema de asociación Público-Privada estructurados desde el punto de vista técnico, jurídico y financiero?	Análisis Documental Entrevista	Informes rendición de cuentas Informes de Gestión, Otros documentos, Proyecto Inversión 1191 Directivo EPS, Directivos RISS
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Flujo de Información	¿Se habilitaron canales que para garantizar el acceso a la información y la comunicación y contribuir al principio de transparencia y al deber de información?	Análisis Documental Entrevista	Informes rendición de cuentas Informes de Gestión, Otros documentos, Secretaría de Planeación Proyecto 1191 Secretaría de Salud, Profesional Médico, concejal de Bogotá, Directivo RISS, Directivo EPS
Objetivo No 3	Capacidad Administrativa	Flujos de información	¿La transformación institucional en los sistemas de información permitieron que las garantías a los derechos ciudadanos y el acceso a las historias clínicas y citas médicas a 2020 mejorará?	Análisis Documental	Informes rendición de cuentas Informes de Gestión, Otros documentos, Secretaría de Planeación Proyecto 1191 Secretaría de Salud, Directivo EPS, Directivo RISS

Matriz Metodológica Para el Desarrollo de la Investigación					
Estructura del Proyecto					
Pregunta Problema: ¿La transformación institucional y organizacional del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá propuesto en el Acuerdo 641 de 2016 ha cumplido sus objetivos a nivel de resultados en el período 2016 a 2019?					
Objetivo General: Evaluar el cumplimiento de objetivos a nivel de resultados del diseño institucional y organizacional implementado después de la transformación del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá, D.C. en el periodo de 2016 a 2019.					
Dimensión: Gobernanza					
Objetivos específicos impactados	Categorías	Subcategoría	Preguntas	Instrumento	Fuente
				Entrevista	
Objetivo No 3	Capacidad Política	Rectoría	¿En el marco del fortalecimiento institucional, cuáles fueron las iniciativas normativas que puso en marcha la Comisión Distrital Intersectorial de Salud?	Análisis Documental Entrevista	Decreto Distrital 812 de 2017, Acuerdo 002 de 2019 Secretaría de Salud
Objetivo No 3	Diseño Institucional y Organizacional	Participación social y ciudadana	¿En el ejercicio de la Gobernanza y el fortalecimiento institucional qué iniciativas nacieron por parte de la Comisión Distrital Intersectorial para que los ciudadanos evaluaran el servicio y tuvieran acceso a la información?	Análisis Documental Entrevista	Informes rendición de cuentas, Informes de Gestión, Otros documentos, Proyecto inversión 1192 Secretaría de Salud, concejal de Bogotá, Directivo EPS, Directivo RISS
Objetivo No 3	Capacidad Política	Rectoría	¿Los principios de eficacia y eficiencia como manifestación de la gobernanza se han mantenido en la ejecución de las acciones delegadas a la secretaría distrital de salud?	Análisis de documentos Entrevista	Proyecto 1192 Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud, Informes, Otros Documentos -Secretaría de Salud
Objetivo No 3	Diseño Institucional y Organizacional	Rectoría	¿Dentro de las medidas para fortalecer la gobernanza y rectoría, como fue el cumplimiento del Plan periódico de Monitoreo y Evaluación de las redes integradas de servicios de salud desde el punto de vista asistencial, financiero y administrativo?	Análisis de documentos Entrevista	Proyecto 1192 Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud, Informes, Otros Documentos Secretaría de Salud, Directivo RISS, concejal de Bogotá
Objetivo No 3	Capacidad Política	Participación social y ciudadana	¿El proceso de reorganización institucional generó condiciones que favorecieron la participación ciudadana y comunitaria en los espacios de gobernanza y de esta forma generar un mayor control social a la Gestión Pública?	Análisis Documental Entrevista	Proyecto 1192 Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud, Informes, Otros Documentos Secretaría de Salud, concejal de Bogotá, Directivo RISS, Profesional Medicina
Objetivo No 3	Capacidad Política	Participación social y ciudadana y servicio a la ciudadanía	¿Bajo este modelo de reorganización las Juntas Asesoras Comunitarias han tenido un papel efectivo en cada una de las Redes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital?	Análisis Documental Entrevista	Proyecto 1192 Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud, Informes, Otros Documentos Secretaría de Salud, concejal de Bogotá, Directivo RISS
Objetivo No 3	Capacidad Política	Servicio a la ciudadanía	¿El proceso de reorganización institucional mejoró la cobertura de Servicio a la Ciudadanía del sector salud a 2019?	Análisis documental Entrevista	Proyecto 1192 Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud, Informes, Otros Documentos Secretaría de Salud, concejal de Bogotá, Directivo RISS, Directivo EPS
Objetivo No 4	Capacidad administrativa	Diseño Institucional y Organizacional	¿Como se puede mejorar la Capacidad administrativa en el Desarrollo de Políticas Públicas en el Sector Salud?	Análisis de documental Análisis Comparado Otros modelos de Salud	Bases de Datos Académicas, Informes, Otros Documentos

Matriz Metodológica Para el Desarrollo de la Investigación					
Estructura del Proyecto					
Pregunta Problema: ¿La transformación institucional y organizacional del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá propuesto en el Acuerdo 641 de 2016 ha cumplido sus objetivos a nivel de resultados en el período 2016 a 2019?					
Objetivo General: Evaluar el cumplimiento de objetivos a nivel de resultados del diseño institucional y organizacional implementado después de la transformación del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá, D.C. en el periodo de 2016 a 2019.					
Dimensión: Gobernanza					
Objetivos específicos impactados	Categorías	Subcategoría	Preguntas	Instrumento	Fuente
Objetivo No 4	Capacidad Política	Participación social y ciudadana	¿Cómo se puede mejorar el papel de la participación ciudadana en el actual escenario de gobernanza en el sistema de salud?	Análisis Documental Análisis Comparado Entrevista	Bases de Datos Académicas, Informes Otros modelos de atención en salud Secretaría de Salud, concejal de Bogotá, Directivo RISS, Directivo EPS
Objetivo No 4	Capacidad Política	Rectoría y Dirección	¿Cómo la rectoría de las autoridades de salud puede conducir cambios productivos en los procesos de gobernanza en el Sistema de Salud?	Análisis Documental Análisis Comparado	Bases de Datos Académicas, Informes Otros modelos de atención en salud
Objetivo No 4	Capacidad Administrativa	Diseño Organizacional	¿Qué le hace falta a este modelo de atención en salud para actualizar y revitalizar el campo de acción de la salud pública En Bogotá?	Análisis Documental Análisis Comparado	Bases de Datos Académicas, Informes, Otros Sistemas de Salud
Objetivo No 4	Capacidad Administrativa	Flujos de información	¿Qué líneas estratégicas en los sistemas de información se pueden fortalecer o cambiar para mejorar la gestión del sector salud y la gobernanza en Bogotá?	Análisis Documental Análisis Comparado	Bases de Datos Académicas, Informes
Objetivo No 4	Capacidad Política	Participación social y ciudadana	¿Cómo los organismos públicos pueden mejorar el flujo de información respecto a sus decisiones, para ayudar a crear más confianza en la ciudadanía?	Análisis Documental Análisis Comparado	Bases de Datos Académicas, Informes

Nota. Fuente elaboración propia.

Capítulo 4. Interpretación y Análisis

En esta sección se analiza el resultado de la investigación como se describió en la metodología; de esta manera se procedió a evaluar cada indicador, realizando un seguimiento continuo en el periodo entre 2016-2019. Se escogió este periodo excluyendo la vigencia 2020 por ser un año atípico, ya que se declaró la emergencia sanitaria por la pandemia provocada por SARS-CoV-2 y esto podría generar una variación en los resultados de la investigación, aportando datos que no serían confiables.

Se tuvo en cuenta la meta propuesta en cada indicador y su avance en el cumplimiento. Posteriormente, según el avance de cada meta se obtuvo un porcentaje que se plasmó junto con su respectiva fórmula, dependiendo, claro está, de la dirección esperada del indicador. Lo anterior significó que, de acuerdo con cada objetivo y el tipo de acumulación del indicador, la fórmula de este variara. Para efectos de practicidad e identificación, se le dio un número consecutivo para identificar cada indicador (ver Anexo 1). Asimismo, se tuvo en cuenta la opinión de los expertos para que entregaran una visión respecto al cumplimiento de los indicadores, complementando el análisis con la información obtenida de la documentación citada anteriormente.

4.1 Análisis y Evaluación de Indicadores Resultantes

La estructura de la evaluación de los indicadores será la siguiente: se presenta el indicador; luego, la fórmula; a continuación, se complementa con el análisis; todo esto se triangula con la información, y, finalmente, se generan las conclusiones.

Indicador No 1: Desarrollar las Cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud.

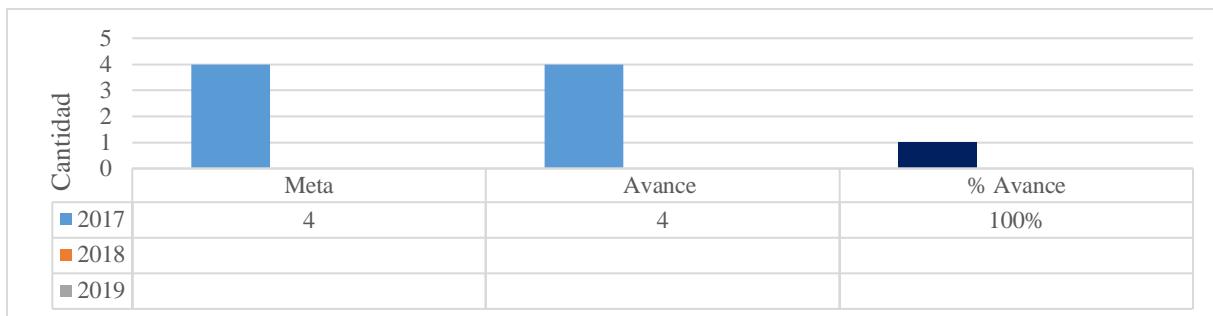
Tabla 4 Evaluación número de subredes creadas

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
Número de subredes integradas de servicios de salud creadas	2016			
	2017	4	4	100%
	2018			
	2019			

Nota. Resultados según rendición de cuentas del sector salud, Plan de Desarrollo Bogotá Mejor para Todos, vigencia 2017.

Fórmula: % Avance año 2017 =

% Avance año 2017 = = 100%

Ilustración 1 Gráfico número de subredes creadas

Nota: Fuente elaboración propia

Análisis del Indicador No 1

La meta trazada en este indicador demuestra que las Redes Integradas de Servicios de Salud, RISS, se implementaron en un 100%. En este sentido, el resultado de este indicador refleja su cumplimiento. Prueba de ello, para el mes de abril de 2017 ya se habían nombrado los cuatro Gerentes de las Empresas Sociales del Estado y se había unificado la estructura organizacional aunada para las ESE, a través del apoyo técnico y acompañamiento de los

componentes estratégicos y operativos de dicha gestión (Rendición de Cuentas Sector Salud, 2017, p.117).

Para el año 2018, desde el orden organizacional y administrativo, se rescató que las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud implementaron los compromisos de cumplimiento respecto al Acuerdo 641 de 2016, ajustándose a planes periódicos de seguimiento en campos como el asistencial, financiero y administrativo. Asimismo, se fortalecieron las subredes realizando convenios interadministrativos (No 1217, 1218, y 1221) para brindar un mejor servicio a la ciudadanía.

Para el año 2019, a partir de la modificación de procedimientos para emisión de conceptos de viabilidad técnica de los proyectos de inversión, se integraron las direcciones (Infraestructura, Planeación Sectorial y Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud –DAEPDSS–) para emitir conceptos técnicos que respaldaran los proyectos de inversión. De este modo, se observa la importancia que la Administración distrital le da a las interrelaciones y a la naturaleza del actuar interinstitucional, reconociendo las posibles sinergias y compensaciones de las diferentes áreas en pro de los objetivos y metas proyectadas.

De esta forma, el principal cambio institucional y organizacional del modelo de atención en salud fue la implementación de las Subredes Integradas del Servicio de Salud que se da con el Acuerdo 641 de 2016. Para algunos expertos lograr sectorizar ordenadamente la salud en Bogotá y centralizar la administración de los recursos fueron los avances más significativos detrás de estos cambios. En este sentido, la comunicación personal E1 indicó:

Los principales cambios institucionales que se impulsaron en el modelo de salud luego del Acuerdo 641 de 2016 son la fusión de las veintidós Empresas Sociales del Estado en

las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud y la creación de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica. (E.D. Arias, comunicación personal E1, 2022)

La comunicación personal E2 indicó algunos efectos en materia de atención después de la fusión de las veintidós Empresas Sociales del Estado en las cuatro subredes:

La modificación del modelo de salud buscaba que los pacientes fueran atendidos de manera respetuosa, oportuna y con los mejores estándares de calidad, integrando cuatro subredes; el cambio institucional y la fusión de las Empresas Sociales del Estado en cuatro grandes ESE de acuerdo con el número de pacientes sectorizados, define la reorganización del sector salud, define entidades y organismos que lo conforma y lo controlan. (J.L. Colmenares, comunicación personal E2, 2022)

Asimismo, tal diseño institucional permitió que se centralizara el manejo de los recursos de forma más ordenada y se crearan economías de escala junto con la creación de nuevos institutos que buscaban fortalecer el modelo de salud. Al respecto la comunicación personal E3 manifestó:

Dentro de los principales cambios institucionales se puede destacar la optimización de cuatro grandes subredes, que hacen al sistema de salud más eficiente; se crearon economías de escala, se optimizó la cuestión administrativa y los papeleos, se optimizó la atención en salud, salud pública y atención asistencial. (A. Gutiérrez, comunicación personal E3, 2022)

En esta pregunta se percibe la concordancia entre el cambio institucional propuesto en la implementación de las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud y los resultados. Los entrevistados destacan que el hecho de integrar los veintidós hospitales en cuatro subredes es un cambio organizacional importante el cual merece la pena resaltar. Asimismo, sobresale que el

modelo de salud anterior propiciaba un ambiente de competencia entre hospitales, debido a la propia condición del modelo, que impedía una óptima utilización de los recursos. Por otro lado, se puede agregar que las economías de escala dispuestas a través del cambio institucional facilitaron la cuestión administrativa y la creación de otros organismos que fortalecieron el servicio.

Indicador No 2: Número de Días para la Atención Ambulatoria en Consultas Médicas de Especialidades Básicas

Tabla 5 *Número de días para la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas*

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
Línea base	2016		6,8	
Número de días para la atención	2017	5	11,2	-244%
	2018	5	7,1	-16,6%
	2019	5	5,4	77,7%

Nota. Se toma como fórmula de cálculo el indicador de reducción en el cual se puede medir el esfuerzo de una entidad por disminuir un valor que se tiene de una fecha determinada. De acuerdo con el DNP (2009) se debe tener una línea base la cual es el último avance (registrado en el segundo periodo del 2016), y las metas deberían disminuir en el transcurso de los años. En este tipo de acumulación, estar por debajo de la meta es mejor.

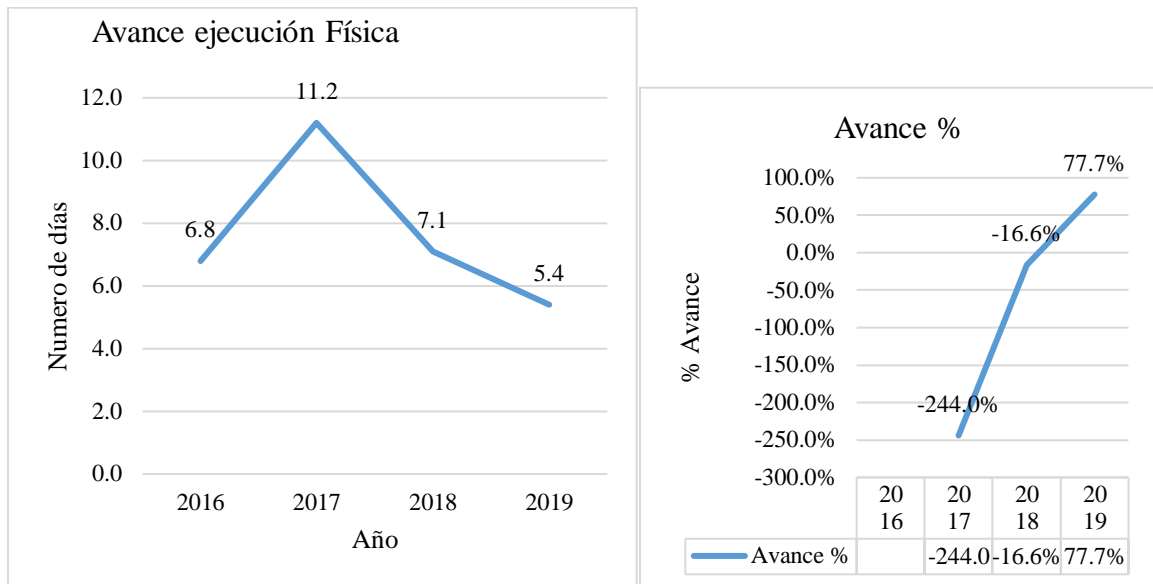
Fórmula: % Avance año =

$$\% \text{ Avance año } 2017 = \frac{5 - 6,8}{6,8} \times 100 = -244\%$$

$$\% \text{ Avance año } 2018 = \frac{5 - 6,8}{6,8} \times 100 = -16,6\%$$

$$\% \text{ Avance año } 2019 = \frac{5 - 6,8}{6,8} \times 100 = 77,7\%$$

Ilustración 2 *Gráficos avance y porcentaje de avance de reducción del número de días para la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas*



Nota: Los datos de este indicador son arrojados por el portal *Salud Data* de la Secretaría de Salud de Bogotá, 2022.

Análisis y Evaluación del Indicador No 2

Reducir a 5 días la Oportunidad de la Atención Ambulatoria en Consultas Médicas de Especialidades Básicas, para el 2020

Para comprender el avance de este indicador, se parte de una línea base comprendida en 6-8 días, tiempo que en promedio tardaban los ciudadanos capitalinos en acceder a una consulta médica en la red pública en el segundo semestre del año 2016. A partir de ese dato, la meta propuesta por la Alcaldía de Enrique Peñalosa era disminuir esta cantidad a 5 días para el año 2020. Como se observa en la Ilustración 4, para el año 2017 el tiempo de espera se elevaba a 11 días, lo que claramente en el porcentaje de avance refleja una caída sustancial; lo anterior, deja ver un periodo de turbulencia administrativa ante el periodo de transición y transformación que sufría el modelo de atención en salud.

Posteriormente, de acuerdo con la Secretaría de Salud se inicia una serie de estrategias de orden administrativo y organizacional. Entre ellas se pueden destacar agendas abiertas,

coordinación con Capital Salud para disminuir los trámites relacionados con autorizaciones y procesos de órdenes de apoyo. Una gestión importante en este proceso fue el Convenio Interadministrativo suscrito entre el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) y las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud (SISS) para poner en funcionamiento el *call center* unificado (Rendición de Cuentas Sector Salud, 2017, p.118).

Para el año 2018, se empieza a notar una reducción de tiempo en la asignación de citas con respecto al año inmediatamente anterior, claro está, sin alcanzar la meta propuesta de los cinco días. Lo que sí se puede ir detallando es el papel que juega la implementación de la Línea Única Distrital para la asignación de citas, *call center*, cuyo fin fue favorecer al usuario respecto al tiempo y los costos para lograr una cita médica de especialidades básicas y, a su vez, ayudar a aumentar la asequibilidad, al brindarles a las personas una plataforma intermediaria de comunicación a través de la cual acceder a los servicios médicos. Finalmente, para el año 2019, se nota un avance importante en el alcance de la meta propuesta.

Como lo muestra la Ilustración 2, el tiempo de espera para acceder a una consulta de especialidades básicas se redujo a 4-5 días, lo que significaba un avance del 77,7% en el cumplimiento de este indicador. Cabe aclarar que los datos arrojados por los indicadores al año 2019 aún no eran concluyentes, toda vez que la meta de acuerdo con el proyecto de inversión *Organización y Operación de Servicios de Salud en Redes Integradas* estaba proyectada para cumplirse en el año 2020.

Esta serie de medidas de orden administrativo funcionaron para facilitar una mejor articulación en esta clase de servicio médicos para la ciudadanía. Al respecto la comunicación personal E3 hace el siguiente análisis:

En el primer año de la implementación de la reorganización del sector salud, la oportunidad de consulta pasó de entre 10-12 días a 5 y la consulta de urgencias es inmediata. Lo que se hizo fue optimizar la atención. El modelo de atención no puede ser basado únicamente en los hospitales, hay que atender la atención primaria, la cual no desapareció en Bogotá. Antes la paciente tenía que remitirse de hospital en hospital buscando atención, ahora se pide la cita por vía telefónica, hay una central de citas, se ha mejorado el acceso. Los indicadores son favorables en oportunidad de consulta general y especializada. (A. Gutiérrez, comunicación personal E3, 2022)

La visión de lo anterior, aunque sigue siendo positiva respecto a la articulación de un mejor servicio para la población, también sostiene importantes deficiencias relacionadas con los presupuestos. Al respecto la comunicación personal E1 dijo lo siguiente:

Con la reorganización del sector salud, establecida en el Acuerdo 641 de 2016, sí se mejoró la articulación de los servicios médicos, ya que con la fusión de las veintidós Empresas Sociales del Estado en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud, se facilitó el acceso a la prestación de servicios de salud; sin embargo, los constantes problemas financieros del sector salud a nivel nacional y a nivel territorial generan que el servicio de salud no se preste de manera adecuada a todos los usuarios. (E.A. Arias, comunicación personal E1, 2022)

En este orden y dirección se puede ir planteando que la prestación de esta clase de servicios de salud responde positivamente a las necesidades de la población en este campo, aunque se debe reconocer que no en su totalidad. Como lo explica la comunicación personal E6:

La implementación de las subredes no da respuesta a los problemas de salud de la población en su totalidad, debido a que algunos programas quedaron sectorizados

para unas subredes, la bolsa cápita se ubica en una subred de acuerdo con la ubicación geográfica de la población, pero la atención se encuentra fraccionada de acuerdo a la asignación de especialidades en otras subredes. Todo esto hace que se genere una brecha en la atención, en algunos casos específicos la atención se da en varias subredes de acuerdo con la especialidad de atención necesitada por el ciudadano. (D.E. Ortiz, comunicación personal E6, 2022).

Este indicador proponía que las personas accedieran a este servicio en un menor tiempo colocando como línea base los 5 días. Las cifras muestran que para el año 2019 lo más cercano a cumplir esta meta cuantitativamente estuvo en un 5,4%. Lo anterior deja ver que los términos no favorecieron el logro del objetivo¹. Desde un análisis cualitativo los datos son más heterogéneos y se puede destacar la experiencia y dinámica observada que aproximó este indicador a la meta proyectada. En primera medida se adelantaron estrategias para aumentar la capacidad administrativa creando el *call center* unificado; esta estrategia, que buscaba organizar la atención de llamadas y las interacciones con el usuario, habilitó una mejor capacidad administrativa al aumentar el número de canales de comunicación que podían ser utilizados por el usuario para solicitar el servicio.

Por otro lado, en las entrevistas se percibe un insumo significativo para analizar y evaluar este indicador. De acuerdo con sus opiniones, la asignación de citas con especialistas sí se facilitó porque gran parte del proceso administrativo que absorbía el tiempo del usuario y generaba engorrosos trámites, quedó reducido al alcance de un teléfono o de un computador para solicitar la cita, optimizando su atención.

¹ Cabe aclarar que los datos arrojados por los indicadores al año 2019 aún no son concluyentes, toda vez que la meta, de acuerdo con el proyecto de inversión *Organización y Operación de Servicios de Salud en Redes Integradas* estaba proyectada para cumplirse en el año 2020.

Indicador No 3 Disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas

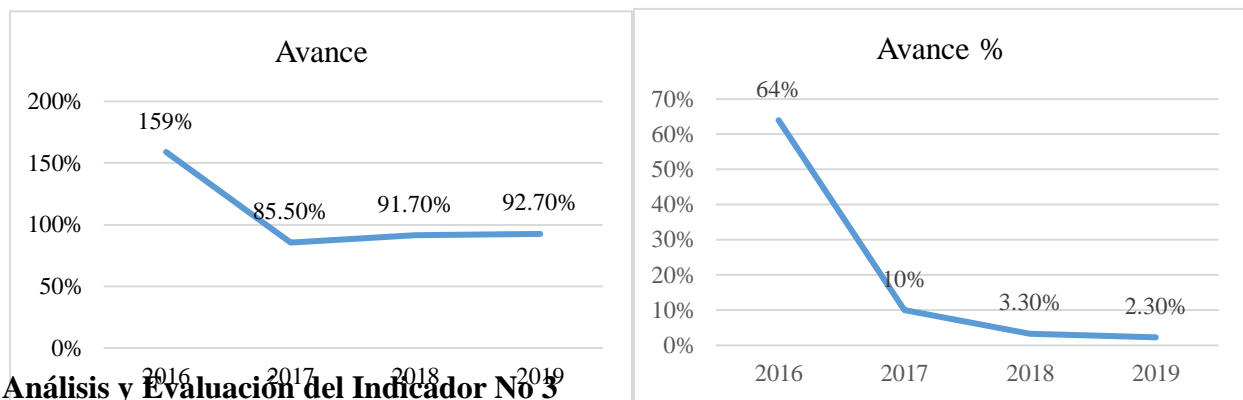
Tabla 6 Porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
Línea Base	2016		159%	64 %
Porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas	2017	95%	85,5%	10%
	2018	95%	91,7%	3,3%
	2019	95%	92,7%	2,3%

Nota. Si la meta correspondía a mantener por debajo del 95% el nivel de ocupación en los servicios de urgencias, la diferencia con el avance logrado representará el porcentaje de avance. Entre más por debajo se encuentre el avance del promedio de ocupación del máximo estipulado en la meta, se considerará un mejor resultado

Fórmula: % Avance año = –

Ilustración 3 Gráfico comportamiento avance y porcentaje de avances en la ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas



Análisis y Evaluación del Indicador No 3

Mencionado indicador refleja resultados operativos del servicio, no obstante, es importante aclarar que lo anterior viene acompañado de acciones administrativas que se desarrollaron para alcanzar dichos valores. De acuerdo con la Secretaría de Salud, para finales del 2017, en este proceso de transformación institucional y organizacional, se implementaron catorce centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) en cada una de las Subredes Integradas

de Servicios de Salud, esto significó una estrategia importante de descongestión de los servicios de urgencias. Lo anterior produjo que se alcanzara un 85,5% de ocupación de las redes respecto al 159% en el año 2016. En el año 2017, se evidenció el valor más alto respecto a la solvencia del servicio de urgencias al alejarse un 10% de la meta máxima del 95%. Para los años 2018 y 2019, aunque estuvieron por debajo de la meta propuesta, sus porcentajes fueron menores, alcanzando solo un 3% y 2% respectivamente. Para el año 2019, según el informe *Rendición de Cuentas* (2019) se habían implementado cuarenta Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS); lo anterior es producto de la gestión administrativa con una distribución prioritaria de acuerdo con las complejidades de cada subred. Ver Ilustración 4.

Ilustración 3 Organización y Distribución de los CAPS en Bogotá 2019



Nota: La imagen fue tomada del *Informe Rendición de Cuentas Sector Salud*, de la Secretaría de Salud, 2019.

En complemento a lo anterior, se recopilaron diferentes testimonios de las comunicaciones personales cuando se les consultó si el diseño institucional permitió nuevas estrategias administrativas para disminuir los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias. Al respecto, la comunicación personal E9 indicó que una de las ventajas que encontró con el nuevo diseño institucional fue la descongestión del servicio de urgencias: “esta

nueva organización mejoró la descongestión de los servicios de urgencias ya que permitió la remisión oportuna según la ocupación de cada servicio” (F.E. Herrera, comunicación personal E9, 2022).

La comunicación personal E12 destacó que bajo el nuevo modelo de atención en salud las estrategias para adherir el manual de *triage* y su optimización en los servicios de urgencias evitando su sobre ocupación:

Uno de los grandes problemas de los servicios de urgencias de alta complejidad era la sobreocupación de los mismos, por lo cual se crean estrategias que impactan positivamente para mejorar y optimizar los tiempos de espera y de atención en urgencias: capacitación al personal que realiza el *triage* (auditoría de autocontrol a la adherencia al manual de *triage*), socialización a personal de urgencias y a usuarios sobre la clasificación del *triage* y los tiempos de atención de acuerdo a la misma, se elaboraron videos informativos que son mostrados a la población en general en las salas de espera; además, se hace fortalecimiento de la gestión del riesgo en salas de espera y priorización de pacientes según su condición clínica, dolor, población priorizada menores de un año y gestantes; lo que contribuye a disminuir la sobreocupación de los servicios de urgencias.

Los indicadores de oportunidad en urgencias se vieron altamente beneficiados con la entrada en funcionamiento de los CAPS a donde se derivaban pacientes clasificados con *triage* IV y V, ayudando a descongestionar los servicios de urgencias. (J.V. Guzmán, comunicación personal E12, 2022)

Complementando lo anterior, la comunicación personal E17 opinó al respecto:

Frente al tema desde los centros de atención prioritaria de salud se estableció la consulta prioritaria (clasificación *triage* IV y V), la cual se definió para la descongestión de los

servicios de urgencias, llevó las especialidades básicas (Pediatría, Ginecobstetricia y Medicina Interna) a la atención primaria, brindando atención integral a los usuarios. (M.L. Páez, comunicación personal E17, 2022).

Las opiniones de los entrevistados reflejan un importante insumo en la evaluación de este indicador. Lo primero que se obtuvo en común acuerdo es la descongestión en los servicios de urgencias. En sus opiniones, varios factores contribuyeron a este resultado, uno de ellos fue la aplicación de los manuales *triage* con el fin de lograr una mejor valoración de los pacientes que llegaban a las centrales de urgencias. Otro factor importante tiene que ver con la creación de los CAPS, los cuales empezaron a suplir espacios de atenciones ambulatorias y consultas que se hacían de manera injustificada por urgencias. Lo anterior sugiere que respecto a este indicador el diseño organizacional del nuevo modelo de atención en salud facilitó la reducción del porcentaje en las centrales de urgencias.

Indicador No 5 Porcentaje de la puesta en marcha del Plan de Monitoreo y Evaluación

Tabla 7 *Indicador No 5 porcentaje de la puesta en marcha del Plan de Monitoreo y Evaluación*

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
			0,00%	
Porcentaje de la puesta en marcha del Plan de Monitoreo y Evaluación del modelo, que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero a 2019.	2016		0,00%	
	2017	100%	25%	25%
	2018	100%	32,62%	32,62%
	2019	100%	27,38	27,38
	Total			85%

Nota. El indicador, aunque se mide individualmente cada año al finalizar el periodo de análisis, se le sumaron los avances anuales dividiendo la suma total sobre la meta proyectada. Fuente: (Ficha EBI-D 1189-2020).

% Avance: = = 85%

Análisis y Evaluación del Indicador No 5

La meta proyectada para cumplir con este indicador se había fijado para el año 2019. En este sentido, se observa que la meta no pudo ser alcanzada, reflejando un avance del 85% y, por lo tanto, un incumplimiento en términos de tiempo. Como medidas adelantadas por parte de la Alcaldía para avanzar en este indicador, se encontró para el año 2017 la puesta en marcha de la propuesta preliminar metodológica de seguimiento y evaluación, la cual estaría a cargo de la Dirección de Análisis de Entidades Públicas del Sector Salud.

En el año 2018, ya se contaba con la metodología de seguimiento con los respectivos indicadores de monitoreo y evaluación. Este aspecto es muy representativo a nivel institucional porque define las características esenciales de los objetivos y el efecto que tendrán sus metas en los proyectos. De acuerdo con la Secretaría de Salud, se elaboró una matriz de seguimiento a la gestión para la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud del D.C (MIAS) y para el año 2019, se elaboró seguimiento a indicadores del Plan de Acción para la implementación del MIAS 2019.

El modelo organizacional propuesto, luego del Acuerdo 641 de 2016, obligaba desarrollar un curso de acción consecuente con la evaluación de resultados. Para ello, como era lógico, se debían proponer diferentes indicadores los cuales fueron desarrollados bajo la *Guía de identificación de indicadores*, en el cual se orientaban “actividades de identificación de indicadores de gestión (proceso) y de resultado esperados de la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) , en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud y de los 10 componentes del mismo” (Informe de Gestión, 2017, p. 104); posteriormente, fueron creando otros mecanismos de análisis como tableros de control para el seguimiento del modelo de salud y la matriz de seguimiento a los avances en la implementación de las RIAS (Informe de Gestión, 2017, p. 104).

Finalmente, respecto a este indicador se puede indicar que tenía como propósito poner en marcha el Plan de Monitoreo y Evaluación en este modelo organizacional, creando los indicadores de proceso, resultado e impacto desde el orden técnico y financiero. Estos representarían a través de variables cuantitativas la forma de comprender el progreso en el cumplimiento de los objetivos, de esta forma se contarían con referencias importantes para mejorar el diseño y observar el desarrollo de la política pública implementada. Este objetivo, para el tiempo proyectado, no fue alcanzado, reflejando un 85% de cumplimiento.

Indicador No 12 Avance Creación Instituto de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud

Tabla 8 *Indicador No 12 Avance Creación Instituto de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud*

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
Numero de Institutos Distritales de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud				
	2017	1	1	100%
	2018			
	2019			

Nota. La creación del Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología de Salud es producto de las medidas tomadas en el marco de la reorganización del modelo de atención en salud de Bogotá.

Fuente: Alcaldía de Bogotá, 2017.

Fórmula: % Avance año 2017 =

% Avance año 2017 = = 100%

Análisis y Evaluación del Indicador No 12

La creación del Instituto Distrital de Ciencia y Biotecnología e Innovación en Salud para Bogotá entra en funcionamiento a principios del año 2017 y nace como alternativa para brindar un mejor servicio a los ciudadanos. De acuerdo con el secretario de salud Luis Gonzalo Morales:

Este nuevo instituto hace parte del conjunto de acciones que venimos haciendo en el marco de la reorganización del sector salud de Bogotá. De esta forma, el Homocentro Distrital se convierte en un centro pionero de investigación en salud que genere alternativas para la prestación del servicio, ahora de manera autónoma y con el apoyo de importantes instituciones del país en este campo. (Alcaldía de Bogotá, 2016)

Este instituto, producto de la reorganización del sector salud en Bogotá, cuenta con el único Banco Público de Sangre de Cordón Umbilical (BPSCU), aspecto que ofrece una alternativa médica para aquellas personas que sufren deficiencias en la sangre con enfermedades como la leucemia y la aplasia medular.

Bajo la opinión de los expertos entrevistados lo anterior significa un gran logro del diseño institucional propuesto por el Acuerdo 641 de 2016, en el cual se proyectaban importantes avances en innovación médica. La comunicación personal E12 afirmó:

La creación del IDICBIS, Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud, impactaron el sector salud con actividades de investigación y es ejemplo a nivel nacional en diferentes temas como la creación de tejido humano (piel) para beneficio de la población. (J.V. Guzmán, comunicación personal E12, 2022).

Asimismo, otros expertos consideran que dicho modelo además de habilitar la creación del Centro de Biotecnología anteriormente expuesto, junto con otras entidades al servicio de la salud, se obtuvieron otras ventajas en cuanto a la producción eficiente y las economías de escala junto con el mejoramiento de la capacidad administrativa:

Dentro de los principales cambios institucionales se puede destacar la optimización de cuatro grandes subredes, que hacen al sistema de salud más eficiente; se crearon economías de escala, se optimizó la cuestión administrativa y los papeleos, optimizó la

atención en salud, salud pública y atención asistencial. (D.C. Larrañaga, comunicación personal E13, 2022).

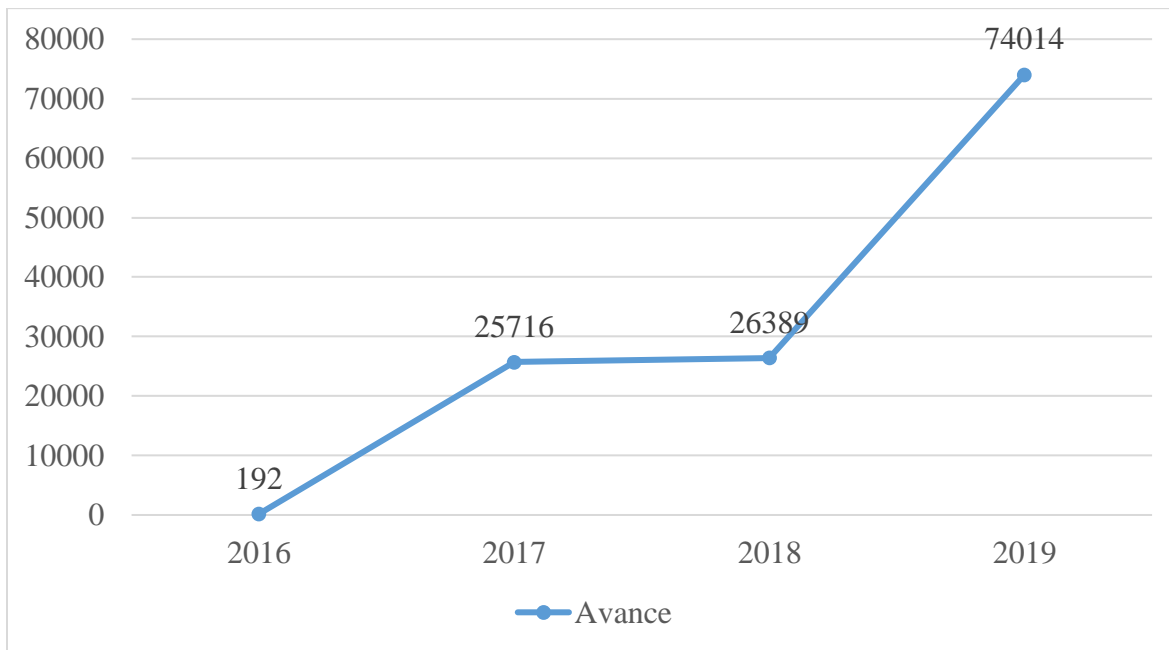
Este indicador concentra un resultado importante del diseño institucional del modelo de atención en salud, porque facilitó la implementación de mecanismos normativos para darle vida a institutos como el nombrado en este objetivo. De esta forma el Acuerdo 641 de 2016 en su artículo 17 lo crea para “actividades de investigación, desarrollo e innovación relacionadas con medicina transfusional, terapia e ingeniería tisular y celular avanzada, medicina regenerativa, medicina de laboratorio y centro de formación del talento humano”. La meta en este indicador se cumple y se pone en marcha como centro pionero de investigación en salud, una alternativa significativa para la prestación del servicio, en tantas personas que requieren transfusiones de sangre o procedimientos complejos relacionados con trasplantes.

Indicador No 19 Contar con el Diseño, la Operación Completa y Consolidada, el Monitoreo y Evaluación del Nuevo Esquema de Aseguramiento Automático

Tabla 9 Avances esquema de aseguramiento automático histórico afiliaciones de oficio 2016 a septiembre 2019 subsidiado

Indicador	Año	Avance
Número personas incorporadas al diseño en la operación completa y consolidada del monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático	2016	192
	2017	25.716
	2018	26.389
	2019	74.014

Nota. Datos extraídos del *Informe Rendición de Cuentas*, Secretaría de Salud 2019, corte anual 2016-2017-2018-2019.

Ilustración 4 Gráfico histórico afiliaciones de oficio 2016 a septiembre 2019

Nota: La anterior gráfica muestra el registro del monitoreo realizado por la Secretaría de Salud al personal asegurado automáticamente.

Análisis y Evaluación del Indicador No 19

Este indicador es el resultado de un proceso de transformación en el cual ahora se puede monitorear la cobertura de aseguramiento en salud, en la población que es apta para recibir los subsidios. De esta forma, este cambio administrativo para atender las necesidades y retos del modelo de atención en salud en el distrito buscaba mejorar las condiciones para acceder a la cobertura universal de salud bajo la consigna de un sistema más pertinente y efectivo.

Este mecanismo de control para la Alcaldía era muy relevante, porque un 5,3% de la población que reunía las condiciones para afiliarse al sistema de salud no lo estaba haciendo, pero, aun así, estaban exigiendo que fueran atendidos. Fue por eso que ajustados a la normativa emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Resolución Número 1268 de 2017, se buscó un mecanismo de monitoreo y evaluación que reflejara los resultados de un esquema de

aseguramiento automático. Como se observa en la Ilustración 5, una vez se empieza a contar con el diseño, el crecimiento respecto al número de afiliados empieza a notarse, pasando de 192 afiliados en el 2016 a incorporar al sistema de salud bajo el aseguramiento automático 74.014 personas.

La Corte Constitucional incluso ha hecho pronunciamientos en este sentido porque a veces resulta la metodología ineficaz para identificar los potenciales beneficiarios de los programas sociales, instando a evaluar la forma en que se valoran y registran las dinámicas de movilidad humana; esto, “buscando que progresivamente se mejore la calidad y oportunidad de la información registrada con relación a este fenómeno” (Sentencia T-192, 2019); así pues, este indicador no responde a una condición aislada, sino, por el contrario, obedece a una preocupación generalizada que se pretendía optimizar por medio de la transformación del modelo de atención en salud.

Indicador No 21 Garantizar la Atención al 100% de la Población Pobre No Asegurada (vinculados) que Demande los Servicios de Salud y la Prestación de los Servicios de Salud No POSS

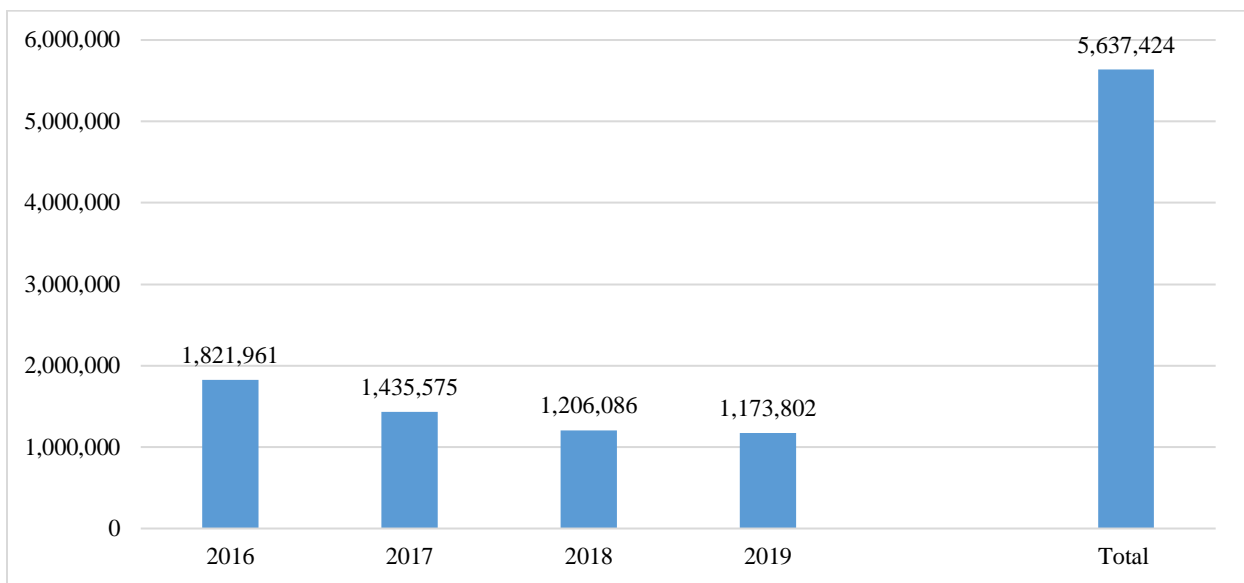
Tabla 10 *Porcentaje de atención de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud no POSS (Atenciones 2016 a septiembre 2019)*

Indicador	Atenciones	Año				Total	% Avance
		2016	2017	2018	2019		
Porcentaje de atención de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POSS	Procedimientos	826.489	577.808	591.281	539.379	2.534.957	45%
	Medicamentos	689.647	634.285	403.883	441.579	2.169.394	38%
	Consultas	191.703	125043	93.590	92.637	502.973	9%
	Urgencias	84.724	72.502	86.687	77.758	321.671	6%
	Hospitalizaciones	29.398	25.937	30.645	22.449	108.429	2%
Total		1.821.961	1.435.575	1.206.086	1.173.802	5.637.424	100%

Nota. Fuente *Informe Rendición de Cuentas Secretaría de Salud, 2019, p. 97.*

En este contexto, la población pobre no asegurada para los años 2016, 2017, 2018 y 2019 correspondió a 49.409, 38.347, 34.531 y 34.100 habitantes del D.C., respectivamente, información reportada en (SaluData, 2023). A esta población se le presto los servicios de conformidad con la demanda tal como lo muestra la tabla 10. Es importante manifestar que de acuerdo con la rendición de cuentas de la Secretaría de Salud en materia de cobertura se evidencia una efectividad del 100 por ciento.

Ilustración 5 *Gráfico atenciones 2016 a septiembre 2019*



Nota: Fuente: *Informe Rendición de Cuentas Secretaría de Salud*, 2019, p. 97.

Análisis y Evaluación Indicador No 21

El porcentaje de atención de la población pobre no asegurada de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social corresponde a:

La población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN que se encuentra en los puntos de corte adoptados en la Resolución 3778 de 2011 y a las poblaciones especiales registradas en los listados censales, que no se encuentran afiliadas a los regímenes

contributivo y subsidiado y que tampoco están cubiertas por los regímenes especiales y de excepción (Ministerio de salud y Protección Social, 2022).

Este tipo de estrategias de afiliación al Sistema General de Seguridad Social buscan fortalecer el aseguramiento universal de la salud, para ello, la Alcaldía de Bogotá, a través de este indicador, intenta corresponder a esta iniciativa que se ha proyectado desde el Gobierno nacional. En este sentido, para el año 2019, se tenía como meta “garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud no POS-S” (Informe Gestión, 2019). Lo que registra la Tabla 10 es que la Alcaldía logró la meta que se propuso.

El diseño institucional en este campo habilitó diferentes mecanismos de atención para que las personas con esta característica pudieran acceder a los servicios de salud. En este contexto fue posible evidenciar que se efectuaron contrataciones con Red Adscrita y Red Complementaria, esto significa que se buscó garantizar los servicios de salud en todos los niveles de complejidad (Informe Gestión, 2017). En cumplimiento de las reglas formales y luego del Acuerdo 641 de 2016, se realiza la contratación con las cuatro Subredes Integradas para compraventa de servicios de salud (Informe Gestión, 2018). Por otro lado, la organización de la Línea Salud Para Todos se fortaleció como estrategia organizacional para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada y de la población pobre no asegurada (PPNA).

Dicha herramienta de comunicación y acceso a la población es un canal de atención dispuesto por la Secretaría de Distrital de Salud, que guarda un componente primordial conocido como línea del Derecho a la Salud; de acuerdo con la Secretaría Distrital de Salud (2022) está orientado a:

Mejorar el acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable. Está basado en el cumplimiento de la normatividad vigente como Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015, el Decreto 4747/07 y la Resolución 3047/08 que obliga a las entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios (EPS-IPS) a realizar los procesos administrativos sin que se traslade al paciente o a su acudiente.

Finalmente, según el Informe de Gestión (2019) para que se completara con el 100% de los requerimientos de la población pobre no asegurada, se organizaron diferentes actividades dentro de las que se pueden destacar:

i) Gestión para la prestación de los servicios a pacientes declarados jurídicamente inimputables con pago a través de Resolución; II) Electivas: Desde la Subdirección de Administración del Aseguramiento se cuenta con un grupo de personas profesionales y técnicos quienes realizan la autorización de los servicios de salud a Población Pobre No Afiliada PPNA – Vinculada que acude a instituciones de salud diferente de la red, realizados por medio del anexo 3 y 4 (servicios electivos). *III) Contratación con el Instituto Nacional De Cancerología.*

Esta serie de iniciativas de orden administrativo se encontraron facilitadas por el marco dado a través del diseño institucional, lo anterior permitió también que se estructurara una interacción operacional que se evidenció en las cifras alcanzadas; 5.637.424 personas atendidas desde diferentes áreas muestran en lo corrido de los años 2017, 2018 y 2019, que se aplicaron reglas estipuladas por dicha política pública, que fortalecieron procesos relacionados con eliminación de barreras de acceso, atención primaria, acceso de medicamentos y la atención inmediata para los casos de urgencia, contribuyendo a alcanzar los objetivos y metas propuestos en este indicador.

Indicador No 22 Construir 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) a 2020**Tabla 11** Número de Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) a 2020 construidos

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
Número de Centros Atención Prioritaria en Salud (CAPS) a 2020 construidos	2017	40		
	2018		0	
	2019		40	100%

Nota. Fuente: Salud Capital, 2019.

Análisis y Evaluación Indicador No 22

Bajo este indicador se ciernen varios aspectos que deben ser analizados. Si bien es cierto, el indicador registra, de acuerdo con la Alcaldía, la construcción de los cuarenta Centros de Atención Prioritarios en Salud (CAPS), según datos del portal Salud Capital. De entrada, es conveniente preguntar si bajo este diseño institucional era correcto afirmar que se construirían² o si la palabra correcta era modernizar la infraestructura presente. Lo anterior se afirma porque, de acuerdo con el secretario de salud Luis Gonzalo Morales lo que se realizó no fue la construcción de cuarenta CAPS, sino el desarrollo de diferentes estrategias sobre edificios viejos, los cuales buscaban entregar una nueva organización con una mayor amplitud de servicios; al respecto el secretario en su momento afirmó:

Los CAPS son una estrategia, no edificios. Buscan tener un 1er nivel de atención resolutivo con especialistas, laboratorio, terapias, medicamentos que antes NO existían en los CAMI. Hoy operan 40 en edificios viejos y han realizado más de 3 millones de consultas (Morales, 2019).

En este sentido, el cumplimiento de este indicador fue altamente criticado por concejales como Juan Carlos Flórez y Manuel Sarmiento, toda vez que afirmaban que la administración del

² Según el banco distrital de programas y proyectos ficha EBI-D Proyecto 1191 dentro de las metas planteadas por la Alcaldía se registra para el año 2020 tener construidos 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud CAPS

alcalde Enrique Peñaloza lo que había hecho era modificar los Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), las Unidades de Pronta Atención (UPA) y la Unidad Básica de Atención (UBA) que ya se encontraban en funcionamiento para montar los CAPS sobre esas mismas infraestructuras. Para los concejales decir que se habían construido no era del todo honesto, ya que al interpretarse la palabra construir se asume que era desde cero (Flórez, 2018; Sarmiento, 2019).

La Alcaldía según se entiende, de acuerdo con el Proyecto 1191 denominado: *Actualización y Modernización de la Infraestructura, Física, Tecnológica y de Comunicaciones en Salud*, adelantó un proceso de construcción de los CAPS de forma progresiva según indican los informes de gestión de los años 2017, 2018, 2019. Dicho proceso administrativo ha quedado reflejado bajo los informes de gestión de la siguiente manera: para el año 2017 se trazaba la meta de “construir cuarenta Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS)” en donde se dejaba para dicha vigencia los diferentes proyectos de construcción, adecuación y ampliación³ (Informe Gestión, 2017, p. 126), para el año 2018 se adelantaron estudios previos, análisis de los sectores para el proceso de contratación y se dejaron estipulados diferentes convenios, entre ellos:

Convenios 1018, 1147, 1148, 1149, 1153, 1171, 1206, 1210, 1214, 1223, 1224, 1225 de 2017: se adelantaron las convocatorias públicas e invitaciones a cotizar para la elaboración o actualización de los estudios y diseños y las respectivas interventorías, para la construcción, adecuación o reordenamiento de los CAPS Diana Turbay, Pablo VI

³ Construcción y dotación CAPS Diana Turbay, Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Manuela Beltrán, Ampliación y reordenamiento del Centro de Atención Prioritaria en Salud Pablo VI, Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud San Bernardino, Construcción y dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Danubio, Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Mexicana, Ampliación y reordenamiento del Centro de Atención Prioritaria en Salud Pablo VI, Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud San Bernardino, Construcción y Dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Mexicana, Construcción y dotación Centro de Atención Prioritaria en Salud Danubio.

Bosa, San Bernardino, Mexicana, Danubio, Manuela Beltrán, Altamira, Candelaria la Nueva, Tintal, Tunal, Trinidad Galán y Villa Javier, suscribiendo contratos de consultoría e interventoría los cuales iniciaron en el mes de septiembre de 2018. En la actualidad, se adelantan procesos precontractuales para el concurso de méritos para la elaboración de los estudios y diseños para los CAPS Bravo Páez, Suba y Verbenal. Por otra parte, se adelanta etapa precontractual para suscribir convenios para la adquisición de dotación de control especial de la USS Tintal, CAPS Zona Franca. (Informe Gestión, 2018)

Para el año 2019, lo que se confirma a través del *Informe de Rendición de Cuentas* de esa época, es que la Alcaldía registra una vez más confirmaciones de convenios interadministrativos los mismos que en el 2018, añadiendo el convenio No 1226 para la elaboración de los estudios técnicos y diseños arquitectónicos de 12 CAPS. Por otro lado, se adelantaron los procesos de contratación FFDS-CMA-006-2018 y FFDS-CMA-007-2018 para realizar estudios técnicos y diseños arquitectónicos de los CAPS Bravo Páez, Suba y Verbenal, los cuales fueron adjudicados en diciembre de 2018. En la vigencia 2019, de acuerdo con el *Informe de Rendición de Cuentas* (2019):

Se suscribieron los convenios 0805-2019 para la terminación del proyecto del Centro de Atención Prioritaria en Salud 29, el convenio 0809-2019 para la Adecuación, terminación y puesta en funcionamiento del CAPS Antonio Nariño y el convenio 0810-2019 para la Adecuación, terminación y puesta en funcionamiento del CAPS Libertadores. De estos dos últimos CAPS se tramita la obtención de la licencia de construcción.

Como se puede evidenciar el indicador explícitamente expresa que se debían construir cuarenta CAPS, pero dicha acción no se desarrolló literalmente, lo que aconteció obedece más al cumplimiento contractual y administrativo de estas iniciativas, pero que se hayan entregado

cuarenta estructuras totalmente terminadas no sucedió. Aun así, esta modernización de infraestructura, la cual obedecía al cambio organizacional del modelo de atención en salud, de acuerdo con las diferentes comunicaciones personales mejoró el rendimiento y el servicio del modelo de atención en especial sobre el área de urgencias, la cual bajo porque estaba saturada por cuenta de atenciones que no obedecían fielmente a esta necesidad.

Indicador No 28 Porcentaje de Proyectos de Infraestructura para la Prestación de Servicios de Salud que se Desarrollen Bajo el Esquema de Asociación Público-Privada Estructurados

Desde el Punto de Vista técnico, Jurídico y Financiero

Tabla 12 *Porcentaje de proyectos de infraestructura para la prestación de servicios de salud que se desarrollen bajo el esquema de Asociación Público-Privada estructurados desde el punto de vista técnico, jurídico y financiero*

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
Porcentaje de proyectos de infraestructura para la prestación de servicios de salud que se desarrollen bajo el esquema de Asociación Público-Privada estructurados desde el punto de vista técnico, jurídico y financiero		100%		
	2016		0%	
	2017		85 %	
	2018		14,75%	
	2019		0,25 %	
Total		70.87%		100%

Nota. Fuente: Ficha EBI 1191, 2020

$$\% \text{ Avance: } = = 100 \%$$

Análisis y Evaluación del Indicador No 28

El diseño e implementación de este esquema público privado, amparado bajo la Ley 1508 de 2012, de acuerdo con la Secretaría de Salud permitiría disponer de los recursos suficientes para llevar a cabo el proceso de actualización y modernización de la infraestructura física y tecnológica, para garantizar un servicio de salud de calidad. En este sentido, de acuerdo con la

Secretaría de Salud, dada las limitaciones financieras para alcanzar este tipo de proyectos, las asociaciones público-privadas eran adecuadas para compensar la brecha entre la disponibilidad de los recursos y las necesidades prioritarias en la infraestructura física y tecnológica de la ciudad (Ficha EBI-D Proyecto 1191, 2020).

El indicador buscaba “estructurar desde el punto de vista técnico, jurídico y financiero al menos cinco proyectos de infraestructura para la prestación de servicios de salud que se desarrollen bajo el esquema de Asociación Público-Privada” (Ficha EBI Proyecto 1191, 2020, p. 6). En este sentido lo que se entrará a evaluar y analizar es si el diseño institucional facilitó tal condición. La medición se realiza en la ficha EBI del Proyecto 1191 detalle de la meta en la cual registra los datos obtenidos entre las celdas 2016 ejecutado y 2019 ejecutado. Al analizar tal situación a través del porcentaje arrojado por la secretaría Distrital de Salud se observa que se cumplió al 100% este indicador.

Lo que también es conveniente dilucidar en este resultado son los proyectos que se estructuraron para dar cumplimiento con este indicador. De acuerdo con el *Informe de Gestión* (2019) para dicho indicador destacaba lo siguiente:

Mediante contrato 1796 de 2016 con la Financiera de Desarrollo Nacional como parte de la fase de reinversión, se adelantó el proceso de dimensionamiento, debida diligencia y priorización para gestión y financiación de 6 Hospitales. Igualmente se desarrolló la identificación y consecución de predios de los 6 hospitales (Usme, Bosa, Santa Clara, Materno Infantil, Simón Bolívar, La Felicidad) predios de más 130 mil m² en conjunto; y finalmente la estructuración técnica, legal y financiera de 5 proyectos en fase de factibilidad (Usme, Bosa, Santa Clara, Materno Infantil, Simón Bolívar) y un sexto

pre -dimensionado, con debida diligencia y prefactibilidad, (La Felicidad, por iniciativa privada) los cuales en el agregado poseen un área a construir inicial de más de 260 mil m². Todos los proyectos corresponden a construcciones nuevas en lotes nuevos, de escala dotacional urbano-metropolitana pertenecientes a las cuatro subredes públicas del distrito en su componente complementario de alta complejidad en servicios de especialidades médicas y quirúrgicas del modelo de atención MIAS-PAIS desarrollado en el Acuerdo 641.

Bajo la lógica anterior, la evaluación de este indicador buscaba identificar si el cumplimiento del objetivo es coherente con la meta proyectada. En este sentido tal indicador no considera la construcción de tales infraestructuras, sino la estructuración técnica, legal y financiera para desarrollarlos. Se considera que el contrato 1796 de 2016 con la Financiera de Desarrollo Nacional (FDN), entidad privada y especializada en financiación y estructuración de proyectos, ajustó las condiciones contractuales iniciales, consecuentes con lo que se estaba buscando. Si más adelante tales proyectos tuvieron limitantes financieras de largo plazo⁴, no le compete a esta investigación encontrar los pormenores, toda vez que el diseño institucional del momento habilitó los caminos precontractuales para el cumplimiento de dicho objetivo.

Bajo otra visión, el personal de expertos entrevistados, manifestaron que esta reorganización institucional, en el Acuerdo 641 de 2016 también buscó que se modernizara la infraestructura física y tecnológica en salud y que algunas IPS fueran reorganizadas también. La comunicación personal E12 manifestó que:

⁴ Esta estructuración de acuerdo con el resultado de la evaluación por prueba selectiva, prueba verificación y seguimiento que se llevó a cabo en los contratos No 1796 de 2016 y 475 de 2019 arrojó que una de las limitantes que surgió durante su estructuración fue la no disponibilidad de recursos de fuentes de largo plazo razón por la cual, se cambió la modalidad de contratación de APP por un contrato de obra pública llave en mano suscrito por la Subred Centro Oriente en el marco del Convenio No 1201 de 2018 (Zabala, 2021).

Las IPS fueron reorganizadas y con especialización en algunos servicios asistenciales (pediatría, cirugía, gineco obstetricia), lo que administrativamente optimizó algunas infraestructuras, pero hizo obsoletas otras (algunas IPS de primer nivel). Para los usuarios esto generó desplazamientos mayores y se constituye en una barrera de acceso para la población. (J.V. Guzmán, comunicación personal E12, 2022).

Asimismo, desde esta reorganización institucional se permitió que desde sedes propias se proyectaran futuras infraestructuras⁵, por lo que este proceso favoreció el aumento de infraestructuras hospitalarias. Lo anterior es confirmado por la comunicación personal E17 al manifestar que:

Desde mi punto de vista se planteó la reorganización en sedes propias, proyectando las nuevas infraestructuras que hoy se están entregando, para concentrar los servicios en espacios más amplios y amigables, para tener una oferta mayor en estas instalaciones. Por lo anterior se planteó la entrega de infraestructuras en arriendo y que tenían dificultades estructurales y que no cumplían con la normatividad de habilitación. (M.L. Páez, comunicación personal E12, 2022)

El aporte de la opinión de expertos sugiere que el modelo de atención en salud funcionó para que nuevas instalaciones hospitalarias se transformaran en infraestructuras más avanzadas; lo anterior, con el fin de mejorar administrativamente el servicio; no obstante, a pesar de verse una mejora en este sentido también hizo que IPS de primer nivel en cuanto a su infraestructura quedaran más obsoletas aún, según la visión de algunos expertos.

Indicador No 30 Crear una Plataforma Tecnológica Virtual

⁵ De acuerdo con la Secretaría de Salud de Bogotá “la construcción de los tres nuevos hospitales que tendrá la ciudad: Usme, Bosa y Santa Clara, este último se levantará en predios del San Juan de Dios” (Centro Oriente ESE, 2019).

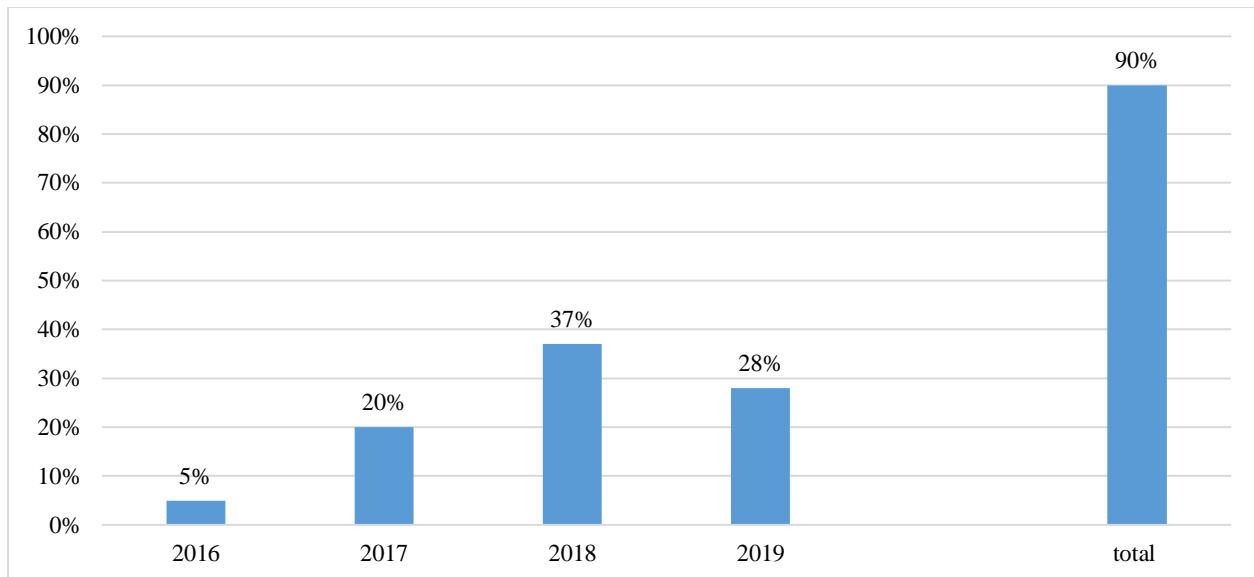
De acuerdo con la Ficha EBI-D 1191 (2020) la meta propuesta en este objetivo se trasladó en la vigencia 2017 al Proyecto 7522 *Tecnologías de la información y comunicaciones en salud*; solo se mantuvieron en el Proyecto 1191 aquellos metas que alcanzaron a tener una ejecución física o financiera en el año 2016. En este sentido de acuerdo con la Ficha EBI-D 7522 (2019) la cuantificación de las metas físicas de mencionado indicador se puede analizar a través de la siguiente tabla:

Tabla 13 *Porcentaje avance plataforma tecnológica virtual*

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
Crear una plataforma tecnológica virtual		100%		
	2016		5 %	
	2017		20%	
	2018		37%	
	2019		28%	
Total				90%

Nota. Fuente: Ficha EBI-D, 2019, p. 4

Ilustración 6 *Gráfico porcentaje de avance plataforma tecnológica virtual*



Nota: Fuente: Ficha EBI-D, 2019, p. 4.

Análisis y Evaluación del Indicador No 30

El mencionado indicador refleja unos datos cuantitativos que muestran el avance hacia el cumplimiento del objetivo. De acuerdo con la Ficha EBI-D 7522 (2019) se observa que el total del cumplimiento para el año 2019 registraba el 90%. En el año 2017 se empiezan a registrar de acuerdo con el *Informe de Gestión* (2017) las siguientes iniciativas que empezaban a dar forma a mencionado indicador:

A) Nuevo diseño con criterios de usabilidad y accesibilidad de acuerdo con lineamientos de gobierno en línea del servicio en línea de consulta del talento humano en salud autorizado, B) nuevas funcionalidades del Sistema de Información PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones): estadísticas y reportes en tiempo real para el seguimiento y toma de decisiones oportunas, C) nuevas funcionalidades del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia SIRC: autorización y/o negación de los servicios de salud a nivel nacional. Activación de rutas gestionando los sectores sociales más vulnerables para el control y prevención de enfermedades, D) aplicativo *cuídate y se feliz*: Se incluyeron tableros de control para la toma de decisiones y nuevos indicadores al ciudadano en riesgos de salud y hábitos saludables, E) nuevas funcionalidades del sistema de información de salud urbana y gestión de riesgo: se realizó la versión offline de la aplicación la cual tiene sincronización a versión en línea. (*Informe de Gestión*, 2017, p.225)

Lo que se observa en este año, sin entrar en un debate semántico, es que no se creó una plataforma, sino que se robustecieron las que existían agregando nuevas funcionalidades e interfaces que le permitían al ciudadano un servicio en línea más intuitivo, en palabras de la Secretaría de Salud de Bogotá, se permitió

Implementar la estrategia de innovación tecnológica que permitiera contribuir en el sector salud con la planificación, operación, seguimiento y evaluación del modelo de atención en salud para la gestión de la información y la toma de decisiones asertivas que permitiera prestar mejores servicios en línea al ciudadano y a los colaboradores de la SDS, lograr la excelencia a la gestión y empoderar y generar confianza (Informe de Gestión, 2017, p.225).

Para el año 2019 se desarrollaban los siguientes sistemas de información de acuerdo con el informe de gestión de este año:

Cuídate y sé feliz, Sistema de Información de Prescripciones – SIP, Sistema de Información de Encuesta de Satisfacción "Servicio a la Ciudadanía" SIME, Sistema de Información para la gestión de Capacidad Académica Instalada en las Unidades de Servicios de Salud – SICAI, Sistema de Publicaciones SDS, Sistema de Información Financiero y Administrativo ERP, Sistema de información gestión de actos administrativos del Talento Humano (SIAATH), Servicio de Mensajería SMS, Ventanilla Única Digital de Trámites y Servicios Agilinea, Se implementó para el portal del Observatorio de Salud de Bogotá (SaluData, 2023; Informe de Gestión, 2019, p. 134)

Lo anterior es consecuente con la opinión de algunos expertos, quienes manifiestan que a través del nuevo modelo institucional propuesto en el Acuerdo 641 de 2016, el acceso a la información y la interacción con el ciudadano se fortaleció. La comunicación personal E4 en este sentido expresó lo siguiente:

En general para tres subredes lo fortaleció pues la participación de la Secretaría de Salud en rediseñar, financiar y acompañar la migración a plataformas ERO más robustas y

funcionales les permitió agregar y organizar 6 o 7 hospitales bajo un mismo sistema de operación. (C.A. Cortés, comunicación personal E4, 2022).

Otros expertos consideraron que los sistemas de información facilitaron el monitoreo de la población en su cobertura y se fortalecieron diferentes aspectos de la plataforma tecnológica: se pueden apreciar los siguientes comentarios: “A través del fortalecimiento del sistema de información, se logró el monitoreo mensual a la población permitiendo observar el avance en la cobertura de servicios” (R. Camargo, comunicación personal E7, 2022). “Se habilitó el *centro de atención telefónica* distrital para atender solicitudes de citas, el sistema distrital de quejas y soluciones ‘Bogotá te escucha’ integrado con entre la SDS y las subredes” (C.A. Cortés, comunicación personal E4, 2022). “El nuevo modelo obviamente facilitó el acceso de la información, hoy las cuatro subredes cuentan con sistemas de información consolidados e integrados no solo en los componentes administrativo y asistencial, de las operaciones de las subredes” (Comunicación personal E5, 2022). “Se fortaleció el proceso del observatorio de salud SALUDATA en el distrito” (D.C. Larrañaga, comunicación personal E13, 2022).

Este indicador deja ver que, si bien su cumplimiento no fue del 100%, por cuanto alcanzó solo el 90% y la meta estaba proyectada para el 2020, es conveniente referir que, con base a la opinión de los expertos y los reportes emitidos en los informes de gestión, se fortalecieron y reestructuraron diferentes canales de información que lograron incorporar un elemento innovador desde las diferentes plataformas tecnológicas, permitiéndoles a los usuarios un mejor servicio.

Indicador No 31: Porcentaje en la Red Pública Distrital Adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, de Interoperabilidad en Historia Clínica y Citas Médicas A 2020, logrado

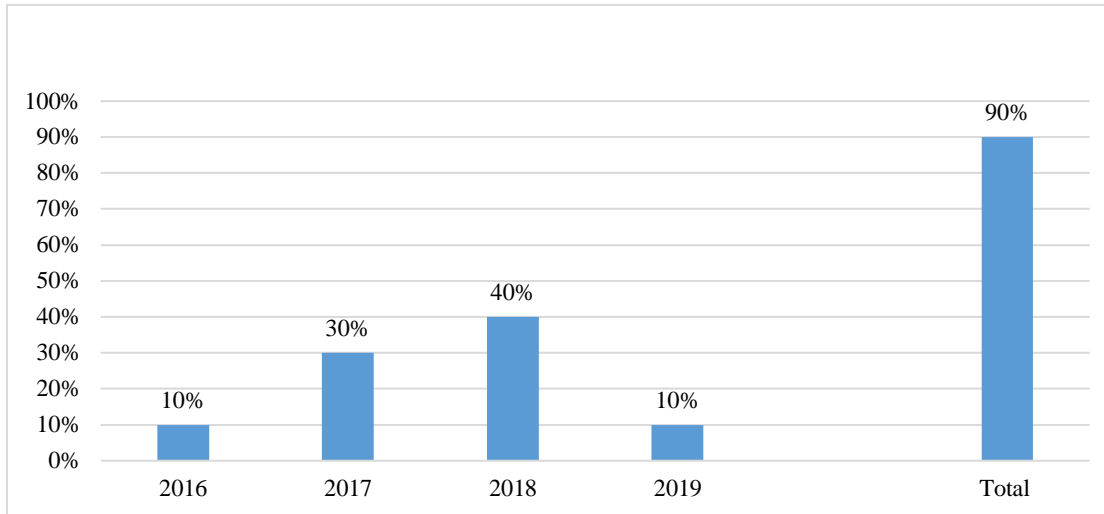
Tabla 14 *Porcentaje en la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020 logrado*

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
-----------	-----	------	--------	----------

Lograr para la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, el 100% de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020		100%		
	2016		10 %	
	2017		30%	
	2018		40 %	
	2019		10 %	
Total				90%

Nota. Fuente: Ficha EBI-D, 2019, p.5.

Ilustración 7 *Gráfico porcentaje de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020*



Nota: Fuente: Ficha EBI-D, 1, 2019.

Análisis y Evaluación Indicador No 31

De acuerdo con su meta proyectada, este indicador buscaba: “lograr para la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, el 100% de interoperabilidad en historia clínica y citas médicas a 2020” (Ficha EBI-D, 2019, p. 5); lo anterior significaba, que se pondría en marcha la producción de la historia clínica electrónica unificada, junto con agendamiento de citas y otros recursos relacionados con la gestión de fórmula médica. Tal indicador, de acuerdo con las cifras registró, de acuerdo con el consolidado en la Ilustración 8, un avance del 90%; cabe resaltar que el porcentaje de cumplimiento se encontraba para el 2020 según lo indica la ficha EBI-D 7522, 2019.

Con base a lo anterior, se registra un avance importante en su cumplimiento, producto de diferentes acciones que la Secretaría de Salud deja ver en sus informes de rendición de cuentas. Para el año 2017, de acuerdo con el informe de rendición de cuentas, se solicitaron \$24.875.000.000 para las vigencias futuras y con esto:

Avanzar en la interoperabilidad y garantizar hacia futuro la implementación de la historia clínica virtual, facilitar el acceso, a través de cualquier plataforma y también a través de la telesalud, a atenciones resolutivas, atención eficiente en la prestación de los servicios información pertinente, suficiente y clara, individualizada y diferenciada, con alcance para la red pública distrital adscrita a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (Informe Gestión, 2017, p. 132).

Para el año 2018, el proyecto de interoperabilidad de Historia Clínica Electrónica Unificada, agendamiento de citas y gestión de fórmula médica se hallaba en un período de implementación. (Informe de Gestión, 2018, p. 136). La Secretaría de Salud en este sentido firmó un contrato con la compañía global de tecnología y consultoría Indra para implantar *Mymed Health Data*, una plataforma que planteaba la solución de interoperabilidad en el sistema de salud concrecionando la información clínica de los pacientes orgánicos de las redes integradas de salud, mejorando y agilizando los procesos en una población de aproximadamente ocho millones de personas (Indra Company, 2018).

En el año 2019, se ven materializadas algunas plataformas que dan forma a la interoperabilidad entre la historia clínica, las citas y las fórmulas médicas. En el *Informe de Gestión* (2019) se registra la implementación de la plataforma Bogotá Salud Digital integral, que incluye la interoperabilidad de la historia clínica, agendamiento de citas centralizada y gestión de fórmula de la Red Integrada de Servicios de Salud. Como lo explica la misma plataforma “es la nueva plataforma que revoluciona el acceso a los servicios de salud en Bogotá. Aquí, de forma

ágil y sencilla, usted tiene acceso a su historia clínica, agendamiento de citas y gestión de fórmulas médicas” (Bogotá Salud Digital, 2019).

Este sistema de información ayudaría a integrar en una única base de datos, la información recopilada por los profesionales de la salud en actividades médicas, para colocarla al alcance del interesado a tan solo un clic de distancia a través de un usuario y contraseña. También se implementó para fortalecer la interoperabilidad “el Sistema de Información Hospitalario HIS único por subred; que incluye lo clínico asistencial y administrativo y financiero” (Informe de Gestión, 2019, p. 135).

Todo lo anterior describe un periodo de implementación con importantes avances en este campo, pero sin materializar una plataforma digital sólida y constituida. Como expresaron algunos expertos entrevistados refiriéndose al avance en la red pública de salud en el tema de historias clínicas y citas médicas: la comunicación personal E12 indica que:

Se está en ese proceso y se espera el impacto para finales de este año y principios del 2023 con la implementación de la historia clínica digital que conecte inter operativamente todos los sistemas y se pueda consultar en cualquier IPS de la red pública. (J.V. Guzmán, comunicación personal E12, 2022).

En este sentido la comunicación personal E13 confirma lo anterior manifestando que “se tienen avances en sistemas de información en las subredes con registros de información en historias clínicas digitales, está pendiente mejorar la conectividad entre las subredes que mejore el flujo de información” (D.C. Larrañaga, comunicación personal E13, 2022). La comunicación personal E15 reconoce avances en este campo, aunque siguen algunas limitantes relacionadas con la asignación de citas desde el campo de los especialistas:

Podría hablarse de fortalecer porque aún existen brechas que no se han podido superar como las agendas de algunas especialidades escasas y la ubicación de las unidades de salud para la ubicación de los profesionales sobre todo los especialistas. (L.A. Ortiz, comunicación personal E15, 2022)

Dicha interoperabilidad debía trasladarse hacia escenarios administrativos donde los servicios de salud como la asignación de citas entrega de medicamentos, autorizaciones, entre otros, luego del Acuerdo 641 de 2016 mejoraron. En este propósito se promovieron algunos cambios importantes como la creación del *centro de atención telefónica* distrital, pero también se siguieron viendo necesidades en cuanto a tiempo de espera de los usuarios, falta de personal y dificultades en la calidad de los sistemas de información. Respecto a lo anterior, la comunicación personal E17 describe como ventajas y desventajas el proceso de interoperabilidad después de implementado el diseño institucional del modelo de atención en salud:

Ventajas: se planteó un *centro de Atención Telefónica* para facilitar el agendamiento de las citas y se amplió la oferta de servicios ambulatorios especializados de acuerdo con necesidad. Desventajas: No hay continuidad en la gestión de listas de espera de los usuarios, falta de oferta de talento humano especializado. (M.L. Páez, comunicación personal E17, 2022)

En este sentido y dirección, la interoperabilidad para que las citas se desarrollaron de manera más ágil recogen algunas expresiones en favor del diseño organizacional e institucional.

La comunicación personal E3 manifestó:

El informe de resultados de la veeduría indica que los tiempos de espera en la asignación de citas han disminuido en promedio para todas las subredes, lo que da cuenta de mayor efectividad en la asignación de citas, sin embargo, ello puede variar

según la especialidad. Además, entre 2017 y 2018 las subredes presentaron un aumento en la satisfacción de los usuarios pasando de 94,9% en 2017 a 96,2% en 2018.

(A. Gutiérrez, comunicación personal E3, 2022)

La comunicación personal E1 expresó:

Desde mi percepción la asignación de citas, la entrega de medicamentos y las autorizaciones han mejorado con la expedición del Acuerdo 641, ya que con la fusión se centralizó la atención en las cuatro Subredes Integradas de Servicios de Salud mejorando la cobertura y la accesibilidad de los habitantes de la ciudad. (E.A. Arias, comunicación personal E1, 2022)

En atención a lo anterior, se puede inferir con el indicador No 31, que el diseño institucional dispuso una serie de actividades de orden normativo y administrativo que habilitaron un camino tecnológico e informático propicio para mejorar el acceso a la información y agilizar la gestión de los datos en los usuarios, un proceso que, de acuerdo con la meta trazada buscaba concrecionar la interoperabilidad de Historia Clínica Electrónica Unificada, el agendamiento de citas y la gestión de fórmula médica. Respecto a estos dos últimos temas, algunas expresiones de expertos se refirieron en un sentido positivo aduciendo que el efecto producido por la fusión de las subredes produjo una centralización en las citas; cifras confirmadas por la veeduría según los expertos entre los años 2017 y 2018.

Indicador No 33 Diseñar, Poner en Marcha y Evaluar la Comisión Distrital Intersectorial de Salud

Análisis y Evaluación Indicador No 33

Para entrar a analizar este indicador es importante abordar el marco normativo que dio origen a mencionada comisión. En este sentido el Acuerdo 645 de 2016 mediante el cual “se

adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas y Plan Plurianual de Inversiones de Bogotá D.C. para el periodo 2016 – 2020, Bogotá Mejor Para Todos”, en el artículo 69 indica que:

Con el fin de alcanzar las metas y objetivos de salud pública, definidos en el “Plan Decenal de Salud Pública”, créase el Comité Intersectorial Distrital de Salud el cual funcionará bajo el liderazgo del alcalde mayor o su delegado, como organismo articulador del “Plan de Intervenciones Colectivas ” (PIC) que a nivel distrital involucran tanto al sector salud como a otros sectores. La Administración Distrital reglamentará el funcionamiento del comité. (Acuerdo 645, Art. 69, 2016)

De esta forma se da cumplimiento a dicho indicador el cual queda reglamentado a través del Decreto 812 de 2017: “Por el cual se incorporan funciones al Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud y se reglamenta la integración y funciones del Comité Intersectorial Distrital de Salud y se dictan otras disposiciones”. Más allá de encontrar la creación de una norma para dar cumplimiento de un indicador, lo relevante en esta acción es poder encontrar un “organismo articulador del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) que a nivel distrital involucra tanto al sector salud como a otros sectores comprometidos en adelantar acciones sobre los determinantes de salud” (Decreto 812, Art. 3, 2017).

Como lo explica McQueen et al. (2012) muchas de las políticas y programas que afectan la salud se originan fuera del sector salud. Por lo tanto, los Gobiernos deben abordar la salud de la población utilizando una estrategia o un principio de política que fomente la acción intersectorial, esto significa que se empiezan a incorporar mecanismos de coordinación, que buscan reducir los problemas de salud en la sociedad, ajustando una agenda de acción pública de colaboración. No obstante, tal situación como se menciona en varias de las entrevistas no ha

logrado encontrar el efecto que se estaba buscando, debido a la acción pública de los Gobiernos.

De acuerdo con la comunicación E3:

Aún el sistema de salud de Bogotá está lejos de cumplir con el precepto de intersectorialidad y afectar los determinantes de la salud, particularmente los estructurales que generan pobreza, inequidad y desigualdad, y que hace que persistan algunos problemas de salud. (A. Gutiérrez, comunicación personal E3, 2022).

Desde otra visión, la comunicación personal E15 destaca la importancia de la articulación sectorial e intersectorial, para la supervisión del bienestar de los usuarios:

Pienso que lo facilita y permite abrir una puerta a la articulación sectorial e intersectorial que son valiosos para el ejercicio de rehabilitación y seguimiento de los usuarios frente al sistema de salud, ya que se cataloga que solo es salud el sistema valido para entrar en la vida de la población y se descarta a los demás actores que siguen siendo valiosos y complementarios en el abordaje de individuo. (L.A. Ortiz, comunicación personal E15, 2022)

En conclusión, desde el escenario de la gobernanza al implementar este Comité Intersectorial Distrital de Salud se habilitaron mecanismos de participación y coordinación ya propuestos en el Acuerdo 641 de 2016 en su capítulo 5 (Participación Comunitaria), dejando ver acciones públicas que buscan articular la acción participativa entre sectores diferentes a la salud. No obstante, desde la visión de los beneficiarios los cuales se consideran los máximos responsables de la intersectorialidad, porque son los que se benefician de ella, bajo el enfoque de los entrevistados no corresponde con las necesidades que deben demandar las acciones de dicha comisión.

Indicador No 37 Mantener con Criterios de Eficiencia y Eficacia la Ejecución de las Acciones delegadas a la Secretaría Distrital de Salud

Análisis y Evaluación Indicador No 37

Este indicador se destaca en esta investigación porque una vez se empieza emplear el nuevo diseño institucional del modelo de atención en salud, surge la necesidad de plantear nuevas exigencias que permitan el fortalecimiento institucional y organizacional; para ello es necesario mantener criterios de eficiencia y eficacia en cada una de las tareas que se le encomienden a la Secretaría de Salud. Para dar cumplimiento a este indicador la Alcaldía de Bogotá propuso el Proyecto No 7524 *Fortalecimiento y Desarrollo Institucional* en el cual traza el siguiente objetivo general:

Fortalecer los procesos institucionales, Modernizar la estructura y Fomentar la Cultura Organizacional, que promuevan una mejora continua para cumplir con eficiencia y eficacia las competencias otorgadas a la Secretaría Distrital de Salud, en asuntos de Planeación, Talento Humano, Administrativos, Financieros, Contratación, Comunicaciones, Jurídicos y evaluación y control a la Gestión institucional. (Ficha EBI 7522, 2020)

Analizar bajo los parámetros de eficiencia y eficacia cada una de las misiones encomendadas a la Secretaría de Salud de Bogotá sería una tarea interminable. Lo que sí se puede realizar es una interpretación global de la eficiencia y eficacia, relacionada con los principales logros e iniciativas que le han permitido mostrarse como una institución ajustada a las exigencias del nuevo modelo de atención en salud de Bogotá en un escenario de gobernanza. Entre estos se pueden enunciar:

De acuerdo con los resultados comunicados por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP la Secretaría Distrital de Salud ocupó el segundo lugar a nivel Distrital en el índice de desempeño institucional 2018 el cual fue medido a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG.

Se adelantó en el índice de transparencia a nivel distrital ubicando a la entidad en el segundo lugar y a la vanguardia en la publicidad y oportunidad en la entrega de información pública.

Se elaboró el Sistema Integrado de Conservación - SIC y se adoptó mediante resolución No. 209 del 6 de febrero de 2019, actualmente se está Implementando el Programa Monitoreo y Control de las condiciones Ambientales y el Programa Saneamiento Ambiental y Documental.

Implementación de la ERP Si Capital, que incluye los módulos LIMAY (proceso contable), Cuentas por Pagar y Órdenes de pago, OPGET (Tesorería) y PREDIS (Presupuesto), los cuales registran un porcentaje de implementación del 80%.

Estructuración de un repositorio en el cual se almacena los seguimientos físico-financieros mensuales a los proyectos de inversión FFDS y sus correspondientes modificaciones presupuestales durante la vigencia, los pueden ser consultados en el siguiente link. <https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/bancodeproyectosinversion>.

Nuevo aplicativo de validación automática de validación y almacenamiento de RIPS de todos los prestadores particulares de servicios de salud habilitados en el Distrito, con el fin de eliminar el proceso manual de validación y mejorar la oportunidad de la disponibilidad de la información. (Informe de Gestión, 2019, p. 156)

En virtud de lo anterior, luego de la implementación del modelo institucional dispuesto por el Acuerdo 641 de 2016, la Secretaría Distrital de Salud se muestra como una de las instituciones públicas con mejor desempeño en el país. Es importante destacar que el índice de desempeño institucional revela la capacidad de las entidades públicas para cumplir con los procesos relacionados con la gestión institucional y de esta forma entregar un buen servicio a la ciudadanía bajo los principios de legalidad, transparencia y eficiencia.

Indicador No 38 Plan periódico de Monitoreo y Evaluación de las Redes Integradas de Servicios de Salud desde el Punto de Vista Asistencial, Financiero y Administrativo, y Mantener el Monitoreo y Evaluación a 2019 diseñado

Análisis y Evaluación Indicador No 38

Este indicador hace parte de un conjunto de metas para “Fortalecer los mecanismos e instrumentos de coordinación, seguimiento y monitoreo a la reorganización y nuevo modelo de salud, con el fin de lograr un mayor liderazgo y gobernanza de este sector en Bogotá” (Ficha EBI-D, 1192, p.5). De acuerdo con lo anterior, bajo un escenario de gobernanza, obtener información que ayude a “determinar la relación entre las actividades y recursos de los programas y las metas que estos se han propuesto lograr” (Ministerio de Salud, 2016, p.7) es un paso fundamental para la revisión de los procesos y la transparencia.

Frente a lo anterior el Proyecto 1192 propone en este indicador “realizar el monitoreo y seguimiento a la implementación de la reorganización del sector salud para coordinar y mejorar la oferta de servicios de salud, la sostenibilidad financiera de la Red Integrada de Servicios de Salud y el mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud para la población” (p.6). Para llevar a cabo ello se creó el Comité Directivo de Red, mediante el Decreto Distrital 809 del 28 de diciembre de 2017, el cual dentro de una de sus funciones “analiza el cumplimiento de

metas e indicadores en la prestación de los servicios de salud, de todos los programas y acciones en salud que se desarrollen” (Decreto 809, Art.5, 2019). Dicho Comité estaría conformado por: secretario de Salud, los gerentes de las subredes, el gerente de Capital Salud, el gerente de la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica (EAGAT).

Como lo indica el *Informe de Gestión del año 2019*, la gobernanza al permitir la participación ciudadana en los espacios públicos habilita también la creación de herramientas para ejercer el monitoreo y evaluación; por ejemplo, se creó el portal web de información abierta, con indicadores técnicos respecto a la situación en salud de Bogotá D.C. que le permite a la ciudadanía interactuar y conocer de forma simple alrededor de 102 indicadores. No obstante, lo anterior también fue objeto de debilidades en especial desde el proceso de cultura organizacional en la transición del proceso de evaluación y monitoreo. Como lo explica la comunicación personal E15:

Aun se presentan debilidades por que viene el tema importante de cultura organizacional, cada hospital tenía una cultura organizacional, al unificar la cultura se vuelve complejo el monitoreo y evaluación lo cual ha permitido seguir realizando ajustes a los procesos. (L.A. Ortiz, comunicación personal E15, 2022).

Asimismo, el proceso de cumplimiento del Plan Periódico de Monitoreo y Evaluación en razón a la transición que significaba pasar de un diseño institucional a otro no fue del todo fluido; la comunicación personal E12 (2022) mencionaba:

Para todas las áreas descritas, el seguimiento, monitoreo y evaluación se hizo más fácil. Sin embargo, al comienzo las labores de implementación del modelo también generaron choques, demoras y exceso de directrices frente a lo que se pretendía desarrollar. (J.V. Guzmán, comunicación personal E12, 2022).

En este mismo orden y dirección este Plan periódico de Evaluación y Monitoreo se supervisaba bajo comités institucionales y juntas directivas. De acuerdo con el plan de trabajo.

Al respecto la comunicación personal E18 refirió lo siguiente:

En las instancias de comités institucionales, juntas directivas y espacios intrasectoriales entre las subredes y la Secretaría Distrital de Salud se realiza el Monitoreo y Evaluación de las redes integradas de servicios de salud, de acuerdo al plan de trabajo de cada vigencia. (M. Díaz, comunicación personal E18, 2022).

Bajo una visión integral de este proceso de evaluación y monitoreo la comunicación personal E4 explica las bondades, pero también las falencias que el mismo diseño institucional permitió:

La rectoría de la Secretaría Distrital de Salud permitió una buena articulación al Plan Decenal de Salud, una acertada interpretación de las prioridades de salud como ciudad y un ejemplo en cómo intervenir las principales causas de mortalidad. En lo financiero se quedó corto...el esquema de indicadores, evaluación del riesgo financiero y más aún el de calificación de gerentes continúa mayoritariamente anacrónico, midiendo forma y no el fondo...en lo administrativo dejó abierto el boquete para que los hospitales fueran un tipo de establecimientos públicos, en los cuales el sistema de carrera y la poca renovación de la planta no les premia por vincular y retirar a los mejores candidatos, sino a mantener la inercia y malas prácticas de cualquier despacho público en el que no nos centramos en el cliente ni nos califican por el servicio que brindamos. (C.A. Cortés, comunicación personal E4, 2022).

De esta forma, al evaluar este indicador se puede inferir que al crear el Comité Directivo de Red se planteó un elemento institucional que se encargaría de supervisar el cumplimiento de

los indicadores propuestos en el Plan de Acción del Sector Salud. Esto se alineaba con los fundamentos propios del nuevo modelo de atención en salud, el cual buscaba implementar instrumentos de coordinación, seguimiento y monitoreo en un escenario de gobernanza, y de esta forma promover escenarios de transparencia pública. De acuerdo con la opinión de algunos expertos, este proceso al principio fue traumático y deficiente, porque tenía que chocar con la cultura organizacional y la renuencia al cambio, pero progresivamente se fue ajustando a los diferentes procesos para cumplir con dicho fin. Desde otra visión, en el campo financiero los indicadores propuestos para la evaluación siguen siendo superficiales en el sentido que evalúan la forma y no el fondo, lo que permite que se mantengan los problemas financieros de siempre (limitaciones en la autosostenibilidad); por otro lado, desde el campo administrativo los indicadores procuran mantener la inercia de las malas prácticas de cualquier despacho público.

Indicador No 42: A 2020 Ciento Dos Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de Otras Instancias Nacionales, Distritales y Locales, Vinculadas con el Sector, Interactuaran, según su Competencia, en las Actividades y en el Control Social en Salud.

Tabla 15 Agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de otras instancias nacionales, distritales y locales, vinculadas con el sector

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
A 2020 Ciento dos (102) agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otras instancias distritales y locales participaran activamente en procesos del sector salud y en control social en salud.		102		
	2017		102	
	2018		101	
	2019		102	
Total				100%

Nota. El indicador estaba proyectado para que en el 2020 se contara con 102 agentes en la participación de los procesos de control social, a fecha 2019 el indicador cumplía con la meta.

Fuente: Ficha EBI 7525, 2020.

Fórmula:

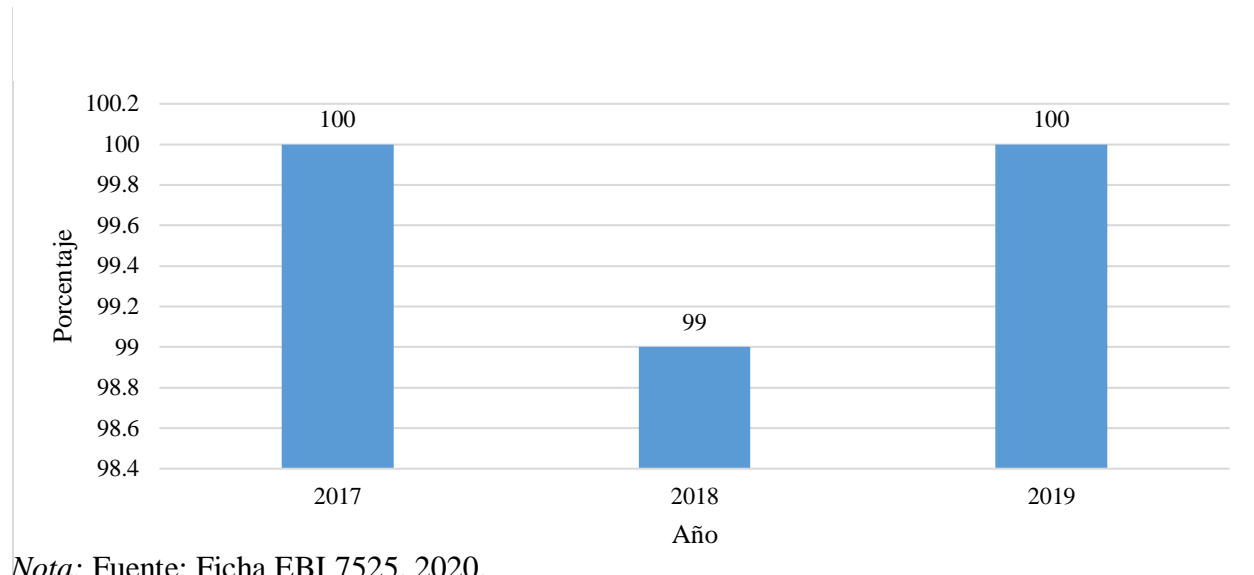
% Avance año 2017 =

% Avance año 2017 = = 100%

% Avance año 2018 = = 99%

% Avance año 2019 = = 100%

Ilustración 8 *Gráfico porcentaje de Cumplimiento agentes del Sistema General en Salud*



Nota: Fuente: Ficha EBI 7525, 2020.

Análisis y Evaluación Indicador No 42

Según lo indica la Alcaldía de Bogotá en el Plan Territorial de Salud se estableció la Corresponsabilidad en Salud, que significa la participación ciudadana y las responsabilidades, que se comparten entre agentes y beneficiarios para lograr un mejoramiento en el servicio. A partir de esta línea de acción, se propuso el indicador en mención (Documento Técnico Secretaría de Salud, 2018, p. 77). Bajo los valores anteriores, dicho indicador obtuvo un avance del 100% para el año 2019, de este modo el indicador registra los resultados esperados de acuerdo con la meta proyectada.

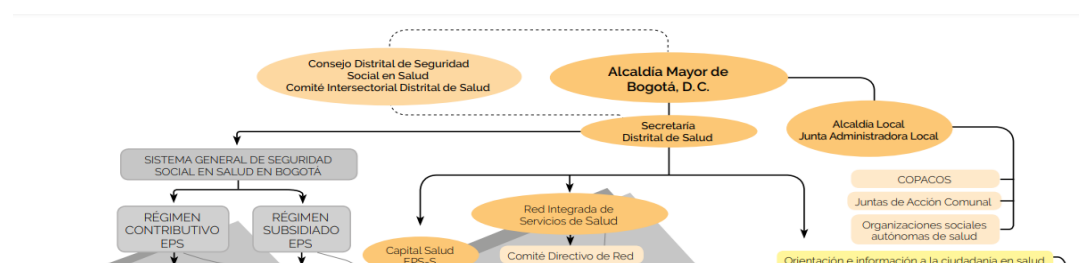
Ahora, lo que se debe entrar a analizar es cómo el nuevo modelo de atención en salud habilitó un mejor escenario, para que dichos espacios de participación se habilitaran con el fin de ejercer la corresponsabilidad en salud. En este sentido, la reorganización del sector salud en

Bogotá bajo el Acuerdo 641 de 2016 facilitó un escenario de interrelaciones entre diferentes actores (Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud, la Comisión Intersectorial Distrital de Salud, Comité Directivo de Red) con la ciudadanía, a lo anterior se sumaron las cuatro subdirecciones territoriales que se ajustan a la división geográfica de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y que también incluyen otros actores sectoriales e intersectoriales en cada una de sus áreas. De acuerdo con la Alcaldía:

Estas acciones articulan en el ámbito local con las RISS, las autoridades administrativas y políticas de orden local y otros sectores de la administración distrital que tienen su accionar también en lo local. Además, participa como sector y en representación de él en espacios de coordinación interinstitucional, distritales y locales, creados con el propósito de articular la implementación de políticas públicas transversales en el Distrito Capital (Documento Técnico Secretaría de Salud, 2018, p. 60).

En atención a lo anterior, lo que se buscaba con este indicador era que la comunidad tuviera más participación en los intereses diversos que comprometían el bienestar común en materia de salud, a través de diferentes mecanismos articuladores que la propia Alcaldía estableció, institucionalizados bajo el Acuerdo 641 de 2016 y materializados en el Proyecto 7525 denominado “Fortalecimiento de la participación social y servicio a la ciudadanía”; en otras palabras, se buscaba que el modelo de atención en salud tuviera más capacidad política para atender las peticiones de la comunidad y que paralelamente se creara en esta, corresponsabilidad social. La siguiente ilustración aclara gráficamente como la Alcaldía después del Acuerdo 641 de 2016 organizó los espacios de participación ciudadana y comunitaria.

Ilustración 9 *Participación Ciudadana y Comunitaria en el Modelo de Atención Integral en Salud en Bogotá*



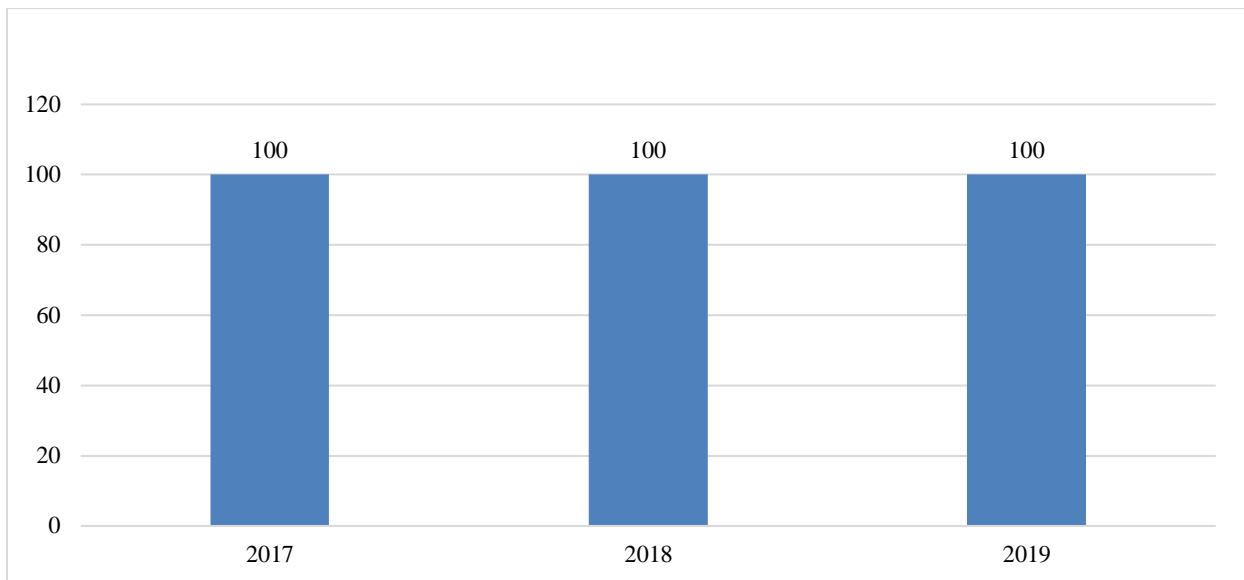
Nota: Fuente: Documento Técnico Secretaría de Salud, 2018, p. 29

Indicador No 43: A 2019 el 100% de las Juntas Asesoras Comunitarias Estarán Conformadas y Operando por Cada Una de las Redes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital

Tabla 16 *Porcentaje Juntas Asesoras Comunitarias conformadas 2017-2019*

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance
A 2019 el 100% de las Juntas Asesoras Comunitarias estarán conformadas y operando por cada una de las Redes Integradas de Servicios de Salud del Distrito Capital.		100		
	2017		100%	
	2018		100%	
	2019		100%	
Total				100%

Nota. Fuente: Ficha EBI, No 7525, 2020

Ilustración 10 Gráfico porcentaje Juntas Asesoras Comunitarias conformadas 2017-2019

Nota: Fuente: Ficha EBI-7525, 2019.

Análisis y Evaluación del Indicador No 43

La Tabla 16 registra que el cumplimiento de este indicador fue del 100% en el lapso evaluado. De acuerdo con el *Informe de Gestión (2017)* el cumplimiento de este indicador se llevó a cabo, con el fin de fortalecer el desarrollo institucional relacionado con la participación y servicio de la comunidad en el modelo de atención en salud de Bogotá, siendo lo anterior un principio invaluable en el sostenimiento de cualquier sistema de salud.

El diseño organizacional del modelo de atención en salud, luego del Acuerdo 641 de 2016, configuraba un capítulo exclusivo a la participación comunitaria ⁶, lo destacable en este sentido tiene que ver con el artículo No 30 del Acuerdo el cual indica: “para fortalecer los espacios de participación comunitaria se conformará una junta asesora comunitaria⁷ por cada

⁶ Capítulo. V Participación Comunitaria Acuerdo 641 de 2016

⁷ “Cada junta asesora comunitaria estará conformada por siete (7) integrantes de los cuales dos (2) corresponderán a las asociaciones de usuarios de las unidades de prestación de servicios de salud, dos (2) a los COPACOS, dos (2) a las Asociaciones de Usuarios de las EPS y uno (1) como delegado de la Alcaldía local del área de influencia de la unidad de prestación de servicios de salud. La elección de los seis (6) integrantes de la comunidad, se realizará

unidad de prestación de servicios de salud, regida por un director Científico”. Dicho indicador representa la ampliación de las instancias de participación ciudadana en el Distrito. De acuerdo con la Secretaría Distrital de Salud, este evento es un hito importante en la organización del modelo porque anteriormente las juntas asesoras en los niveles seccionales se limitaban simplemente a la “intervención en la ejecución de programas y proyectos sin ninguna injerencia en planeación control social o toma de decisiones” (Documento Técnico Secretaría de Salud, 2018, p. 21).

Algunos logros destacables de mencionada organización en este periodo analizado son los siguientes: En el año 2017, de acuerdo con el *Informe de Rendición de Cuentas* se refleja:

Veintidós unidades de Servicios de Salud (USS) cuentan con delegados de las Asociaciones de Usuarios de las Unidades de Servicios de Salud (USS) y Comité de Participación Comunitaria en Salud (COPACOS) respectivos ante la Junta Asesora Comunitaria. Dieciséis USS cuentan con uno o dos delegados de las Asociaciones de Usuarios de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) ante la Junta Asesora Comunitaria (JAC). (p. 149)

Para el año 2018 se registraban los siguientes avances y resultados, de acuerdo con el *Informe de Rendición de Cuentas* así:

Veintidós Oficinas de Participación Social asistidas técnicamente para la formulación del Plan de Acción de las Juntas Asesoras Comunitarias de las Unidades de Servicios de Salud. Una Oficina de Participación Social de la USS Fontibón asistida técnicamente en la operación y funcionamiento de las JAC, junto con dos secretarías técnicas de las JAC de Fontibón y Puente Aranda. (Informe Rendición de Cuentas, 2018, p.154)

mediante un proceso democrático. El director científico de la unidad de prestación de servicios de salud será el responsable de la secretaría técnica de la Junta Asesora Comunitaria” (Acuerdo 641 de 2016, Art. 30).

Finalmente, para el año 2019 se emitían 66 informes de gestión trimestrales de las JAC, lo que significaba una ampliación de las instancias y un papel relevante de participación comunitaria en las Subredes Integradas de Servicios de Salud, realizando actividades con un “énfasis en corresponsabilidad entre la subred, la USS y la comunidad que reside en su área de influencia” (Documento Técnico Secretaría de Salud, 2018, p. 12). Lo que se aprecia en este indicador es que la nueva organización del modelo de salud procuró que la comunidad tuviera una voz que canalizara las peticiones, quejas, sugerencias respecto a la calidad del servicio en cada una de las subredes, sumado a esto dichas JAC abandonan su papel observador en los procesos de planeación que tenían en el pasado, y pasan a formar parte a través de una asesoría responsable en la consecución de estos.

Las opiniones de los expertos en este sentido difieren y complementan las acciones anteriores. Por ejemplo, la comunicación personal E4 indica que en el proceso de reorganización institucional existieron importantes avances en la participación ciudadana pero también se vieron efectos contrarios, al respecto refiere lo siguiente:

Específicamente sirvió para articular la comunidad a las decisiones de su entorno, con el rol activo de los COPACOS y de las asociaciones de usuarios que dejaron de ser un tema de las juntas de acción comunal, para tomar la relevancia de una comunidad empoderada. Por el contrario, no se siente el efecto tan cercano y directo de dos instituciones: las juntas asesoras comunitarias, ni de las cuatro Subdirecciones de participación comunitaria (una por cada subred) en la Subsecretaría de participación social de la Secretaría de Salud. (C.A. Cortés, comunicación personal E4, 2022)

La comunicación personal E3 deja ver que dichas Juntas Asesoras fueron un importante mecanismo para mejorar la participación, sumado a que sería una participación de calidad en razón a la capacitación que reciben:

La creación de las Juntas y la constante capacitación de los líderes comunitarios son un enorme beneficio para fortalecer la participación ciudadana (...) La conformación y operación de las Juntas Asesoras Comunitarias permitió el reforzamiento del desarrollo institucional de la participación y servicio a la ciudadanía. (A. Gutiérrez, comunicación personal E3, 2022)

La comunicación personal E2 presenta las JAC como canales de información de primera mano frente a los problemas de salud de la comunidad, aunque reconoce que son poco escuchadas:

La participación de las Juntas Asesoras Comunitarias frente al sistema ha sido positiva, en la medida que permite la canalización y presentación de temas relevantes frente a la prestación del servicio, la realización de propuestas, como canal de comunicación entre el sector y a comunidad; pero se ha quedado corto en la atención que prestan los directores frente a las necesidades presentadas por la Junta Asesora. (J.L. Colmenares, comunicación personal E2, 2022)

De esta forma, las Juntas Asesoras Comunitarias reflejan un gran paso hacia los escenarios de gobernanza, los cuales destacan la participación ciudadana, pero no desde un papel pasivo sino activo, liderando temas de interés para la comunidad en general, con un enfoque especial en el acceso a la atención médica de alta calidad. Su papel desde los expertos pasa por ser un mecanismo de participación eficiente hasta invisible y poco escuchado. No obstante, en la mayoría de los casos se coincide en que su actuación fortalece las instancias de participación

comunitaria, como canal de comunicación entre el sector salud y la sociedad. Finalmente, se indica que el diseño institucional fortaleció la participación ciudadana al establecerla en el Acuerdo 641 de 2016 y reglamentarla en el decreto 475 de 2016, marcando su actuación en el ámbito de las Unidades de Servicio de Salud derivando de este modo, un componente importante de gobernanza.

Indicador No 44 A 2019 se Habrá Aumentado la Cobertura de Servicio a la Ciudadanía del Sector Salud en 10 %

Tabla 17 *Porcentaje de aumento en la cobertura de Servicio a la Ciudadanía del sector salud 2019*

Indicador	Año	Meta	Avance	% Avance	Personas atendidas
A 2019 se habrá aumentado la cobertura de Servicio a la Ciudadanía del sector salud en 10 %.		10%			
	2016		1,96%	19,6%	
	2017		3.42%	34,2%	427.586
	2018		5.41%	54,1%	617.369
	2019		7,25%	72,5%	915.998
Total					

Nota. En el año 2019 registra un avance del 7,25% faltando 2,75% para alcanzar la meta del indicador. Datos extraídos de Informe de Gestión 2017, 2018, 2019, Ficha EBI 1192.

Fórmula:

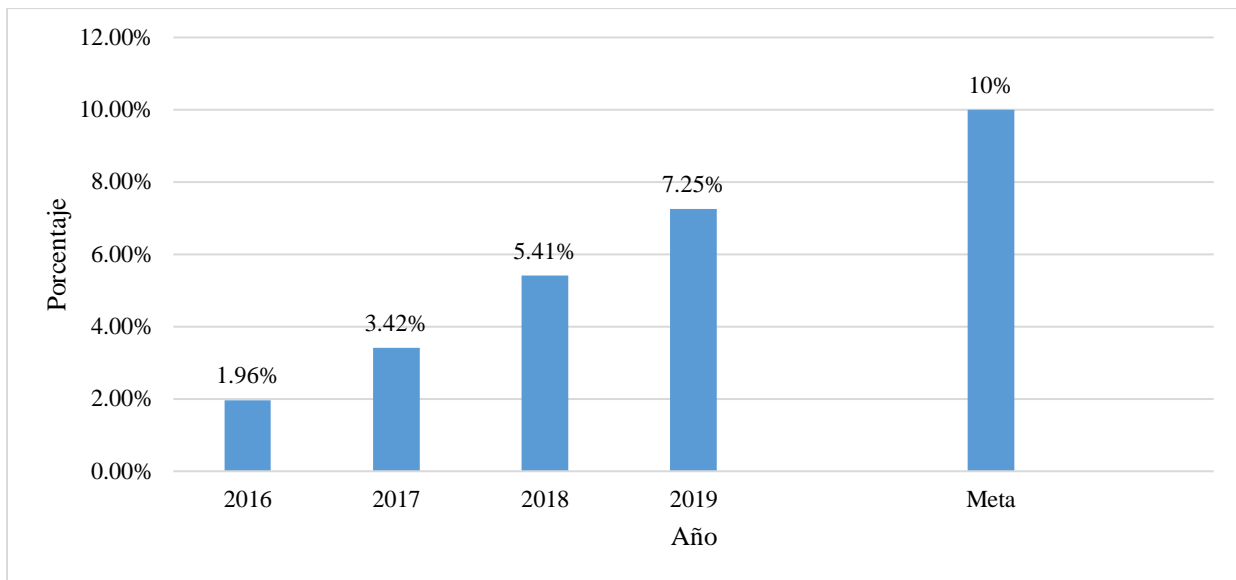
% Avance =

% Avance año 2016 = = 19,6%

% Avance año 2017 = = 34,2%

% Avance año 2018 = = 54,1%

% Avance año 2018 = = 72,5%

Ilustración 11 *Gráfico Porcentaje de aumento en la cobertura del servicio de salud 2016-2019*

Nota: Fuente: Informes de Gestión 2017,2018,2019 Ficha EBI 1192.

Análisis y Evaluación del Indicador No 44:

Este indicador proyectaba como meta aumentar en un 10% la cobertura del servicio a la ciudadanía, para ello el diseño organizacional en Subredes Integradas buscaba darle solución a un problema que tenía que ver con la deficiencia en las herramientas administrativas, para que las personas accedieran al servicio. En otras palabras, desde el mejoramiento del nivel institucional se buscaba superar desde la parte técnica y humana la atención a los ciudadanos llevando a cabo “el desarrollo de nuevas tecnologías para el proceso de interoperabilidad de trámites y promoviendo la simplificación, racionalización o eliminación de trámites en la Entidad” (Informe de Gestión, 2017, p. 150).

Respecto a lo anterior, se indica que la meta para el año 2019 alcanzó un 7,25% de efectividad frente al 10% que se tenía proyectado. En este orden, dicho objetivo no se cumplió. Como indican los informes de gestión para el año 2016 se incrementó un 1,96%, para el año 2017 un 3,42%, 2018 5,41% y finalmente el año 2019 terminaba a fecha de septiembre con un

7,25%⁸; se podría inferir que desde el orden cuantitativo las cifras no respaldan el cumplimiento del indicador, así se indique que existió un aumento en los servicios de atención en el Distrito durante el tiempo previsto.

A pesar de lo anterior es importante referir la opinión de los expertos en este indicador.

En el caso de las comunicaciones personales E3 y E1 indicaron que:

El informe de gestión de la Secretaría Distrital de Salud para la vigencia de 2019 nos permite hacernos una idea clara sobre cobertura de servicios de salud. En una de sus metas se tenía estimado garantizar la atención y mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá D.C. con el nuevo modelo de atención integral. Al finalizar la vigencia, se obtuvo un total de 2.637.504 personas atendidas, lo cual nos permite inferir que efectivamente, el proceso de reorganización mejoró sustancialmente la cobertura del sector en la vigencia 2019. (A. Gutiérrez, comunicación personal E3, 2022).

Con la reorganización del sector salud mejoró la cobertura de la prestación del servicio de salud en la ciudad, teniendo en cuenta que a través de las Subredes Integradas de Servicios de Salud se centralizaron las zonas de influencia Norte, Sur, Suroccidente y Centro Oriente, que contienen las 8 zonas (territorios de la ciudad), en las cuales se han reagrupado las 20 localidades del D.C., para una mejor cobertura y accesibilidad de los habitantes de la ciudad (E.A. Arias, comunicación personal E1, 2022).

Bajo la opinión de la comunicación personal E2: la cobertura en el servicio a la ciudadanía mejoró y amplió la atención a la comunidad, pero se ha quedado corto frente a las actuales necesidades del sistema.

⁸ La ficha EBI 7525 registra que finalizando el año el porcentaje alcanzó el 8.66%, los datos anteriores en los informes de gestión se entregan en los meses de septiembre de cada año. Dicha se logró en el año 2020

Finalmente, la comunicación personal E3 afirmó que:

El informe de gestión de la Secretaría Distrital de Salud para la vigencia de 2019 nos permite hacernos una idea clara sobre cobertura de servicios de salud. En una de sus metas se tenía estimado garantizar la atención y mejorar el acceso a los servicios a más de 1.500.000 habitantes de Bogotá D.C. con el nuevo modelo de atención integral. Al finalizar la vigencia, se obtuvo un total de 2.637.504 personas atendidas, lo cual nos permite inferir que efectivamente, el proceso de reorganización mejoró sustancialmente la cobertura del sector en la vigencia 2019. (A. Gutiérrez, comunicación personal E3, 2022).

Los entrevistados coinciden en que la cobertura mejoró. Para justificar sus respuestas se apoyan en el diseño institucional y organizacional que adquirió el modelo de atención en salud al centralizar lo que denominan zonas de influencia. Estos conceptos en particular se ven distorsionados ya que para la comunicación personal E2 existen deficiencias en cuanto a su capacidad administrativa o, en otras palabras, a la capacidad de solventar la demanda de bienes y servicios que exige la población capitalina. Aun así, las cifras de acuerdo con la comunicación personal E3 al finalizar la vigencia de la Alcaldía de Enrique Peñalosa reflejan un mejoramiento en la cobertura sustancialmente.

En la tabla 18 se puede observar la variación de los principales indicadores de salud en el Distrito, tomando como base el año 2015, es decir, el año anterior a la reforma que estructuró las Subredes, hasta el año 2019, para no considerar el efecto de la pandemia sobre el comportamiento de los indicadores.

Tabla 18 *Variación Indicadores Actividades Promoción y Prevención*

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	Var % 2015-2019*
Razón de mortalidad materna x 100.000 nacidos vivos	34,1	27,4	28,2	25,2	24,7	-27,6

Indicador	2015	2016	2017	2018	2019	Var % 2015-2019*
Tasa de mortalidad neonatal temprana x 1.000 nacidos vivos	3,9	3,9	4,0	4,1	3,8	-2,6
Tasa de mortalidad en menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos	10,6	10,8	11,2	10,8	11,4	7,5
Tasa de notificación VIH/SIDA x 100.000 habitantes	29,5	38,1	31,6	45,8	52,1	76,6
Tasa de detección de tuberculosis x 100.000 habitantes	13,8	15,5	14,4	13,9	14,9	8,0
Tasa de cáncer en menores de 18 años x 100.000 menores	16,4	16,5	12,8	15,0	16,8	2,4
Tasa de morbilidad de cáncer de mama x 100.000 mujeres	nd	10,4	17,3	19,7	29,1	179,8
Tasa de morbilidad por cáncer de cuello uterino x 100.000 mujeres	nd	11,0	18,7	33,4	36,4	230,9
Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años x 100.000	4	5	4	4	5	25,0
Cobertura de vacunación en pentavalente	90,7	95,6	88,7	86,0	89,3	-1,5
Cobertura de vacunación en triple viral (niños de 1 año)	98,0	95,3	92,5	89,9	92,6	-5,5

Nota: Secretaría Distrital de Salud. SALUDATA Observatorio de Salud de Bogotá. Elaboración Propia.

<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>. En el dominio público.

Como aspecto positivo se puede señalar la disminución en el indicador de mortalidad materna x 100.000 nacidos vivos, el cual bajó en un 27,6% entre 2015 y 2019. La Tasa de mortalidad neonatal temprana x 1.000 nacidos vivos también bajó, pero apenas en 2,6% en este periodo, sin embargo, se puede observar que en los años 2017 y 2018 la tasa fue mayor a la de 2015 y sólo se logró una disminución en 2019.

Por el contrario, se vieron incrementos en la Tasa de notificación VIH/SIDA x 100.000 habitantes en 76,6% entre 2015 y 2016, en la Tasa de detección de tuberculosis x 100.000 habitantes en 8%, en la Tasa de mortalidad en menores de 5 años x 1.000 nacidos vivos en 7,5%, en la Tasa de cáncer en menores de 18 años x 100.000 menores en 2,4%, en este caso, se habían registrado disminuciones en 2017 y 2018, pero volvió a incrementarse en 2019, y respecto de la

Tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años x 100.000 creció en 25%, en este caso ha fluctuado, pero sin lograr avances.

En las tasas de morbilidad por cáncer de mama y de cuello uterino no se tienen datos para 2015, pero en el periodo 2016 a 2019 se presentan incrementos muy significativos del 179,8% y 230,9% respectivamente.

Finalmente, en las tasas de coberturas de vacunación se notan decrecimientos entre 2015 y 2019, en pentavalente del 1,5% y en triple viral de 5,5%.

En conjunto, la evaluación del periodo antes de la pandemia muestra que solamente se tenía como logro importante la reducción en la mortalidad materna, pero en mortalidad neonatal y de menores de 5 años no se había avanzado lo suficiente y, además, es muy preocupante la situación de enfermedades como VIH, tuberculosis y cáncer en el Distrito en donde se notan incrementos.

Así las cosas, la finalidad de la reorganización en Subredes Integradas de Servicios de Salud en cuanto a el fortalecimiento de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tal como se evidencia en los resultados de los indicadores no se está cumpliendo.

4.2 Discusión

Los resultados anteriormente presentados resaltan desde la capacidad administrativa y política en un escenario de gobernanza, las actividades desarrolladas para empezar a cumplir los objetivos a nivel de resultados en el periodo de 2016 a 2019 del modelo de atención en salud de Bogotá, tomando como punto de referencia diferentes proyectos de inversión extraídos del Banco Distrital de Programas y Proyectos que se encuentran relacionados en la Tabla 1.

Dentro del Proyecto de Inversión No 1189 titulado: *Organización y operación de servicios de salud en redes integradas* se destaca el indicador No 1 el cual buscaba la organización de las subredes, eje medular del Acuerdo 641 de 2016, donde se plateaba el abordaje de algunos problemas administrativos relacionados con la reducción de tiempos en la adquisición de servicios especializados, la sobreocupación en los servicios de urgencias, y la elaboración del plan de monitoreo y evaluación de dicha política pública, lo anterior daba inicio a la unidad operacional de la planeación vinculando recursos públicos para darle solución a las dificultades de desempeño general en el modelo de atención en salud de Bogotá (DNP, 2013, p. 12).

La discusión en este punto surge respecto a la evaluación de eficacia del diseño institucional y organizacional a nivel de resultados después de la transformación del modelo de atención en salud en la ciudad de Bogotá, D.C. en el periodo de 2016 a 2019, en otras palabras, si este nuevo modelo de atención en salud bajo la categoría: capacidad administrativa, facilitó o no el cumplimiento de las metas propuestas por la Alcaldía Distrital en los indicadores extraídos para esta investigación después del Acuerdo 641 de 2016.

Lo que se observa teniendo en cuenta los datos y las opiniones de los expertos en los indicadores No 1, 2,3 y 5⁹ es que la capacidad administrativa permitió desarrollar estos programas, gestionar recursos, evaluar actividades y aplicar lecciones para actividades futuras (ver Tabla 18). Los resultados observados se pueden atribuir a la intervención del diseño institucional y organizacional, toda vez que bajo el primero se dispuso un marco normativo ajustado a las necesidades de la gobernanza, ocupando aspectos imperativos en el modelo de salud desde el orden económico, empresarial, político y participativo, permitiendo interacciones más complejas entre los sectores público, privado y la propia comunidad. No obstante, desde el lado organizacional la simplificación del modelo de atención en cuatro subredes mejoró parcialmente la calidad del servicio por permitir la cercanía geográfica entre el paciente y la ESE, la reestructuración integral por niveles de atención, la eliminación de remisiones a localidades lejanas para los pacientes, y la centralidad administrativa bajo la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica. En tal virtud, la organización y operación del servicio por parte de las Redes Integradas de Salud planeadas en el Proyecto 1189 responden a una necesidad sentida que se deterioraba progresivamente en virtud de la dispersión administrativa entre las veintidós ESE y la deficiente resolución clínica en los servicios más básicos.

⁹ Con el fin de extrapolar los indicadores se adaptó el modelo que propone el Departamento Nacional de Planeación en su Guía Metodológica para la Formulación de Indicadores (Ver Anexo 1); luego de concentrar todos los indicadores se procede a realizar la calificación De acuerdo con los criterios de la herramienta metodológica según la técnica “C-R-E-M-A”; se tuvieron dos criterios en cuenta: el indicador que reunió 25 puntos y que se pudo encontrar consecutivamente en el periodo de tiempo a analizar, fue tomado para la evaluación de resultados, así mismo, cuando algún indicador no reunió el puntaje solicitado se valoró la relación que dicho indicador tenía con los objetivos propuestos en esta investigación, por lo que se consideraron también indicadores que marcaban una importante relevancia para comprender las metas en capacidad administrativa y capacidad política en el marco de la Gobernanza del Modelo de Atención en Salud de la ciudad de Bogotá.

Tabla 19 Avance Cumplimiento metas Proyecto 1189

Indicador (Ver Anexo 1)	Meta	Categoría /Subcategoría	Avance
1	Desarrollar las cuatro subredes integradas de servicios de salud	Capacidad Administrativa /Diseño Institucional y Organizacional	100%
2	Reducir para 2020 a 5 días la oportunidad de la atención ambulatoria en consultas médicas de especialidades básicas.	Capacidad Administrativa /Diseño Institucional y Organizacional	5,4 días a 2019
3	Disminuir a menos del 95% los porcentajes promedio de ocupación de los servicios de urgencias en las instituciones adscritas	Capacidad Administrativa /Diseño Institucional y Organizacional	92,7%
5	Puesta en marcha del Plan de Monitoreo y Evaluación del modelo, que incluya como mínimo la línea de base, los indicadores de proceso, resultado e impacto de carácter técnico y financiero a 2019.	Capacidad Administrativa /Diseño Institucional y Organizacional	85%

Nota: Fuente: Ficha EBI 1189, Informe de Gestión años 2017, 2018,2019.

En el Proyecto de Inversión No 1190 titulado *Investigación Científica e Innovación al Servicio de la Salud* se consideró el indicador No 12 que tenía como meta crear un Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud. Este indicador es muy pertinente para reflejar la capacidad administrativa del modelo de atención en salud bajo la subcategoría de planeación, toda vez que se ve el esfuerzo por aplicar la previsión científica, en un marco organizacional que buscaría el mejoramiento del servicio bajo la bandera de la innovación biomédica. Según explica Salter & Faulkner (2011) lo anterior se entiende en escenarios impulsados por la demanda anticipada de futuras poblaciones que buscan una atención médica mejorada y más eficiente, el futuro mercado del conocimiento generado por esta demanda y los beneficios económicos que corresponderá a quienes puedan configurar el acceso a ese mercado en su beneficio.

Asimismo, la capacidad administrativa en el campo de la innovación biomédica representa la creación de otros roles institucionales en el sistema de salud distrital, encaminados

a fortalecer la educación e investigación en salud y los grupos de investigación científicos enfocados en medicina transfusional, atención prehospitalaria entre otros. Lo anterior para el modelo de atención en salud significaba atender un sector de la población que antes no tenía los recursos para acceder a tratamientos rigurosos y costosos. De esta forma también, el diseño institucional propuesto después del Acuerdo 641 de 2016 complementa su capacidad administrativa, al dejar un marco normativo que bajo la gobernanza se vale de la dirección política y la legislación necesaria para que se puedan lograr proyectos de esta envergadura.

Tabla 20 *Indicadores evaluados y analizados en el Proyecto 1190 Organización y operación de servicios de salud en redes integradas*

Indicador	Meta	Categoría /Subcategoría	Avance
12	Creación Instituto de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud	Capacidad administrativa/ planeación/diseño institucional	100%

Nota. Fuente: Ficha EBI, 1190, 2019

Posteriormente, dentro del cumplimiento de los objetivos se presentaban las iniciativas que buscaban atender las deficiencias en infraestructura física y tecnológica; bajo esta premisa resulta primordial destacar el Proyecto 1191 titulado *Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud*. Cuando se evalúan y analizan los indicadores extraídos de este proyecto (28,29,30 y 31) se encuentra un acento especial en el papel de la capacidad administrativa desde la subcategoría del diseño organizacional, porque funciona como una importante válvula de escape para mitigar las deficiencias que se presentaban¹⁰ desde el orden tecnológico y de infraestructura física, definiendo una serie de metas ajustadas a la estrategia organizacional macro del Acuerdo 641 de 2016.

¹⁰ “Deficiencias en la infraestructura y dotación hospitalaria en Bogotá que conllevan a limitaciones para la prestación del servicio de salud de la red pública distrital en los atributos de calidad, oportunidad, accesibilidad,

La discusión en estos indicadores en especial en el indicador No 22 *Construir cuarenta Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) a 2020* indica una acción administrativa que se distorsionó por causa de la interpretación semántica que desde el mismo objetivo se trazó. Si se habla de construir los CAPS proyectados de acuerdo con la investigación, muchos de estos no se construyeron, sino que por el contrario se reestructuraron, en todo caso, se dejó cimentada la base contractual para que se pusieran en marcha, aspecto que dejó importantes logros de acuerdo con la opinión de los expertos desde las capacidades administrativas para la ciudad.

Con base a lo anterior, es conveniente referir que la capacidad administrativa con la implementación de este proyecto, buscó actualizar la estructura de su organización en un escenario globalizador con el fin de aumentar el bienestar de los ciudadanos, es decir, aumentar el nivel máximo sostenible de producción pública a través de los recursos administrativos y entregar el máximo rendimiento (servicios) de acuerdo con una demanda sentida (Ellis, 2010, p.3) en palabras de la Administración distrital:

En particular, se propone el desarrollo de 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), ubicados en 14 localidades de la ciudad, cerca de los ciudadanos, que presten servicios con horarios extendidos, de tal manera que puedan atender las personas por medio de consultas prioritarias y programadas, que incluyan servicios generales y especializados, así como la complementación resolutive necesaria por medio de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico (Ficha EBI, 1191, p. 4).

Este proceso buscaba aliviar la confusión y reducir la percepción de complejidad que a menudo acompaña cambios a gran escala como el que se estaba implementando, lo cierto es que

satisfacción y confort del usuario del servicio y dificultades en la adherencia a los protocolos, a pesar de garantizar el acceso vía aseguramiento social por el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS". (Ficha EBI, 1191, p. 2)

este tipo de diseño organizacional impulsó la creación de estrategias por parte de la Alcaldía y los ayudó a determinar si la implementación de esas estrategias era factible. Contar con un sector público que sea capaz de alinear de manera óptima los recursos con las acciones y de implementar las políticas diseñadas, es ampliamente considerado como un factor crucial en la calidad del gobierno de cualquier Estado y el éxito de sus esfuerzos de desarrollo (El-Taliawi & Van Der Wal, 2019)

Siguiendo con esta discusión, se entiende entonces que cualquier cambio institucional y organizacional de las magnitudes propuestas en el Acuerdo 641 de 2016 era una iniciativa compleja de adaptar, pero que de acuerdo con la Alcaldía debía darse por la realidad que se vivía en el distrito en materia de salud. En este camino era necesario también “garantizar el aseguramiento universal de la población de régimen subsidiado al Sistema de Seguridad Social en Salud”(Ficha EBI Proyecto 1184, 2020, p. 5), desplegando el Proyecto 1184 Aseguramiento y social universal en salud y así garantizar las condiciones necesarias para la atención de la población pobre no asegurada con el Proyecto 1185 Atención a la población pobre no asegurada, vinculados y no POSS que en términos de gobernanza eran metas que desde el sistema de salud se llevaban a cabo con el objetivo de proteger y promover el bienestar de las personas bajo escenarios de participación, transparencia, orientación de consenso, calidad regulatoria, equidad y estabilidad política (WHO, 2014, p. 9).

Los indicadores extraídos para esta discusión son los número 19 y 21 que buscaban “contar con el diseño, la operación completa y consolidada, el monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático” y “garantizar la atención al 100% de la población pobre no asegurada (vinculados)” (Ficha EBI Proyecto 1185, 2020, p.6), lo que se puede inferir es que con base en estos indicadores se buscó aplicar la norma existente, la cual ya brindaba los

mecanismos legales para las afiliaciones de oficio. No se comparte la idea de la implementación de un nuevo esquema cuando lo que se observa es una estrategia de promoción del aseguramiento en salud, soportado en la norma vigente establecida por el Ministerio de Salud y Protección social a través de la resolución 1268 de 2017.

Tabla 21 *Indicadores evaluados y analizados en los Proyectos No 1184-1185*

Indicador (Ver Anexo 1)	Meta	Subcategoría	Avance
No. 19	Contar un diseño en la operación completa y consolidada del monitoreo y evaluación del nuevo esquema de aseguramiento automático	Diseño Institucional y Organizacional	100%
No. 21	Porcentaje de atención de la población pobre no asegurada (vinculados) que demande los servicios de salud y la prestación de los servicios de salud No POSS	Planeación - evaluación	100%

Nota. Fuente elaboración propia.

Aun así, esta investigación se ha centrado en determinar si bajo este nuevo modelo de atención en salud, la capacidad administrativa mejoró. Cuando se integran resultados de tipo operacional relacionados con el histórico de afiliaciones sugieren que el diseño institucional, (entendido como el intento deliberado de cambiar el conjunto de reglas que estructuran las interacciones dentro de las redes de políticas) facilitó estos resultados porque se logró distinguir una de las formas más importantes en las que se implementan las estrategias de diseño institucional: la intervención directa en las normas (Hans & Koppenjan, 2006, p.11); por ello, no se le puede quitar peso a los resultados estudiados anteriormente los cuales dejan ver cifras positivas en este campo que dan cuenta de la efectividad del programa.

Finalmente se discute un último proyecto el cual tenía como objetivo:

Consolidar el desarrollo de las funciones de regulación, de liderazgo y gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Salud en la ciudad, a través del ejercicio de las competencias otorgadas a la Secretaría Distrital de Salud (autoridad

sanitaria del Distrito Capital) por la constitución, la ley y la normatividad vigente, el fortalecimiento integral institucional y la protección y promoción de la participación ciudadana y comunitaria en salud, que en el marco de la salud urbana implementa un nuevo modelo de atención integral de salud (urbano y rural), redes integradas e integrales de salud y la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva. (Ficha EBI Proyecto 1192, 2020, p.13)

Lo anterior se buscaba materializar bajo el Proyecto 1192 titulado: *Proyecto 1192 Fortalecimiento de la institucionalidad, gobernanza y rectoría en salud* los indicadores seleccionados fueron los números 33, 37, 38, 42, 43, 44 de acuerdo con la metodología aplicada para su extracción. La discusión en este segmento de la investigación circunda alrededor de la evaluación y análisis de la capacidad política y sus subcategorías (deliberación, participación, rectoría y capacidad decisoria) y como esta ayudó o no al cumplimiento de cada uno de los objetivos trazados en los distintos indicadores.

Se considera que el modelo de atención en salud propuesto por el Acuerdo 641 de 2016 buscó atender esta preocupación y darle una alternativa de solución, fortaleciendo algunos capítulos participativos propios de la gobernanza como la creación de las Juntas Asesoras Comunitarias, pero también dejando vacíos que siguieron sin encontrar la forma de llenarlos desde la administración pública, como la materialización de las peticiones que desde los escenarios de participación y con el conducto de las JAC se generaban, dejando una sensación de bajo empoderamiento en el rol protagónico que la misma rectoría les había entregado.¹¹

¹¹ La participación significa que las partes afectadas tienen acceso a la toma de decisiones y al poder para que adquieran un interés significativo en el trabajo de una institución (Woods, 1999)

Otro tema en cuestión respecto a la capacidad política se relaciona con el ejercicio de rectoría refinado a través del cumplimiento de algunos indicadores en instancias anteriormente mencionadas. La discusión que surge frente al anterior concepto es ¿la evaluación y análisis del proyecto en mención permite observar un fortalecimiento de la rectoría luego de la implementación del nuevo modelo de atención en salud? La respuesta en este punto es positiva. Lo que se evidenció es cómo un actor gubernamental como la Alcaldía de Bogotá asume la responsabilidad del cambio institucional y el bienestar de la población en aras de asegurar una mayor equidad en el servicio y una mayor interacción entre el distrito y la sociedad, a través de una serie de decisiones que trascendieron en la materialización de distintas políticas públicas, entre ellas: la puesta en marcha de la Comisión Distrital Intersectorial en Salud que funciona como organismo articulador del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), fortaleciendo las relaciones intersectoriales en el distrito; el Plan periódico de Monitoreo y Evaluación de las redes integradas de servicios de salud que permite contrastar y supervisar las actividades propuestas en los programas con las metas proyectadas; la “Corresponsabilidad en Salud” que significa la participación ciudadana y las responsabilidades que se comparten entre agentes y beneficiarios para lograr un mejoramiento en el servicio de salud; la creación de las “Juntas Asesoras Comunitarias” (JAC) las cuales permiten una Participación Comunitaria en Salud Activa y no pasiva en las Unidades de Prestación de Servicios de Salud; y el acceso y desarrollo de nuevas tecnologías que configuraron la interoperabilidad y tramitología de forma más asequible e intuitiva para el usuario.

De esta forma, la rectoría entendida como la capacidad del Gobierno distrital para dirigir, formular, planear y regular políticas públicas buscando un bienestar común en la sociedad en materia de salud, se fortaleció al consolidar una dimensión normativa explícita (Acuerdo 641 de

2016) que armonizó la reorganización de la red de atención con tres problemáticas sentidas: “acceso y calidad, (fragmentación, exceso de trámites y bajos niveles de integralidad y resolutivez) transparencia y sostenibilidad y gobernanza” (Morales y García, 2017).

Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

La evaluación de la eficacia en el diseño institucional y organizacional del modelo de atención en salud en el Distrito Capital, producto de la expedición del Acuerdo 641 de 2016, deja ver algunos efectos que en general se consideran positivos, pero no uniformes.

A través del examen de la documentación, el análisis de los indicadores y las entrevistas con funcionarios del sector salud, el proceso metodológico de esta investigación permitió obtener una mayor confianza y claridad a la hora de juzgar los resultados de los indicadores seleccionados y con esto ampliar los escenarios interpretativos. A partir de ello, se evidenciaron algunos aspectos en los que, pese a los esfuerzos, no se logró alcanzar las metas establecidas para mejorar la oportunidad en la prestación del servicio de salud.

La implementación de la reorganización administrativa habilitó cambios institucionales y organizacionales con la fusión de veintidós Empresas Sociales del Estado en cuatro Subredes Integradas, facilitando la sectorización de la prestación del servicio y descongestionando las unidades de atención con mayor complejidad. Adicionalmente, se aumentaron los canales de comunicación a través del *call center* unificado y plataformas de atención tecnológicas como *Bogotá Salud Digital*, lo cual en conjunto mejoró la oportunidad del servicio.

Específicamente, los resultados dan cuenta de una mayor capacidad administrativa, al permitir la cercanía geográfica entre el paciente y la ESE; la reestructuración integral por

niveles de atención; la eliminación de remisiones a localidades lejanas para los pacientes, y la centralidad administrativa bajo la Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica. El hecho de que los hospitales ya no tienen toda la responsabilidad administrativa permite que concentren sus esfuerzos en la operación del servicio.

De igual manera, hay que destacar el fortalecimiento del papel que debe cumplir la Secretaría de Salud como ente rector, en razón a que el nuevo modelo le permite mejorar la interacción y comunicación con la operación del servicio, ya que este queda agrupado en cuatro subredes de servicios, mientras que antes debía hacerlo con las veintidós ESE. Aunado a esto, la creación de entidades como el Instituto Distrital de Ciencia Biotecnología e Innovación en Salud, significa un avance para el sector salud, por el aporte científico que esta institución puede brindar, tanto para la prevención y promoción como para la atención de las diferentes patologías.

Se puede afirmar entonces que las áreas de marcada mejora son: la innovación, la puesta en marcha de tecnologías en los servicios de salud, la modernización de la infraestructura, el fortalecimiento de la institucionalidad, la gobernanza y la rectoría en salud. No obstante, estos resultados no son igual de significativos en el área de la operación del servicio.

Un aspecto en discusión correspondió a la construcción nueva o remodelación de los CAPS; más allá de si se utilizó una de estas dos alternativas, se destaca que, mediante una serie de acciones de orden normativo y contractual, se logró poner en operación los cuarenta Centros de Atención Prioritario de Salud, mejorando la oportunidad del servicio. En conjunto, toda la infraestructura (incluyendo lugares actualizados y construidos, hospitales, CAPS, centrales de urgencias, entre otros) pudo integrarse gracias a la planeación, para

promover la accesibilidad de la comunidad. A pesar de esto, no se lograron reducir los tiempos para la asignación de citas como estaba establecido y no se pudo cumplir con todo el Plan de Monitoreo y Evaluación del modelo organizacional, como lo había planteado la administración.

Por otra parte, la principal adaptación de este modelo de atención en salud fue la participación de los actores comunitarios en el ejercicio de la gobernanza, derivando una clara distinción entre las políticas y programas gubernamentales y el papel que debía cumplir la participación ciudadana. Esta afirmación no significa que el Gobierno haya cedido sus funciones para lograr los propósitos públicos, lo que se puede ver es que existe ahora una gama más amplia de instrumentos disponibles para lograrlo. En este mismo sentido, el rol de las Juntas Asesoras Comunitarias refleja un gran paso hacia los escenarios de gobernanza, en los cuales se destaca la participación ciudadana, desde un papel activo, liderando temas de interés para la comunidad en general, con un enfoque especial en el acceso a la atención de los servicios de salud. Para los expertos este mecanismo de participación, aunque ha sido invisible y poco escuchado, fortalece las instancias de participación comunitaria, como canal de comunicación entre el sector salud y la comunidad.

En general, las dificultades reveladas en el modelo de atención en salud tienen que ver con la acción de gobernar para la comunidad, de ahí la importancia de esta investigación, pues da una mirada bajo el enfoque de la gobernanza. A partir de esta, se observa un nuevo proceso directivo en donde fue necesario establecer nuevas relaciones entre el Gobierno y la sociedad. Así pues, que se habilitaron prácticas y estrategias políticas (juntas comunitarias, deliberación, participación) en relación con la ciudadanía, que permitieron en el modelo de atención en salud mantener relaciones más estrechas entre el Gobierno y los usuarios.

En síntesis, esta investigación permitió observar que, en el modelo de atención en salud, bajo la óptica de la gobernanza, ocurrió un cambio de proceso, en el que se activaron los recursos del poder público, de los mercados y las redes para destacar la capacidad administrativa y la capacidad política del Distrito de Capital. En otras palabras, se logró cambiar de un modelo de prestación del servicio desconcentrado de salud a un modelo concentrado, en el que el ejercicio de gobierno se complementó con otros organismos, organizaciones privadas y también comunitarias.

Por otra parte, como se señala en el marco teórico, desde la óptica de la gobernanza, un diseño institucional óptimo permite estructurar organizaciones que sean adecuadas, eficientes y sólidas, como condición para generar confianza entre las partes interesadas. Es decir, se puede mejorar la comunicación del sector público con la comunidad, el sector privado y otras instituciones, como elemento fundamental para trabajar en el bienestar de la sociedad.

El análisis de la transformación del modelo de atención en salud que se estableció con el Acuerdo 641 de 2016, bajo la lente de la gobernanza, permitió evidenciar la relación entre múltiples actores para la toma de decisiones ante un problema en materia de salud, que tenía una implicancia colectiva en la ciudad. Es así como la Alcaldía de Bogotá, la Secretaría de Salud, las Empresas Sociales del Estado Prestadoras de Servicios de Salud (ESE), las EPS y la comunidad participaron en los esfuerzos planeados para cambiar los arreglos institucionales, los procesos y los procedimientos de la administración, mediante una política pública materializada en el Plan Territorial de Salud, diseminada en diferentes programas de inversión.

En este contexto, el concepto de gobernanza como herramienta analítica permite vislumbrar la forma en que estos actores se relacionaron y los procesos que se llevaron a cabo. Entre estos, el fortalecimiento de las agencias y empresas estatales bajo la figura de la centralización administrativa en subredes de salud, cerrando la brecha entre la gobernabilidad y gobernanza, es decir, fortaleciendo las relaciones entre la Alcaldía, el sector privado y la sociedad civil. De igual manera, la organización en subredes de Salud y el diseño institucional, vinculado a un enfoque normativo diferente, atendió un problema por medio de un sistema de articulación jerárquico donde la institucionalidad fue la protagonista, siguiendo el accionar intersectorial propio de la gobernanza.

Los beneficios que se pueden encontrar en esta evaluación del modelo de atención en salud propuesto, utilizando el marco de la gobernanza, se aprecian a través de dos subcategorías en especial: rendición de cuentas y transparencia. La información del proceso integral que exigió la observación, la medición, el análisis e interpretación de los datos obtenidos sobre los indicadores evaluados, entregaron consideraciones importantes para que la Alcaldía tenga en cuenta a la hora de mejorar la coordinación e interacción entre los actores comprometidos y la forma en que se pueden atender los problemas públicos en materia de salud para Bogotá. En otras palabras, con la evaluación de resultados, se recopiló información relevante sobre diferentes proyectos de inversión que buscaron dar cumplimiento al Plan Territorial de Salud, haciendo especial énfasis en el diseño organizacional e institucional. Por consiguiente, la gobernanza al relacionarse con la implementación y mejoramiento de los aspectos funcionales en materia de salud y al enfrentarse a estos con un proceso de evaluación por resultados, necesariamente dejó ver la

importancia del concepto de rendición de cuentas y por ende de transparencia, como condiciones inherentes para poder lograr las metas colectivas.

De acuerdo con lo anterior, se plantea la posibilidad de diseñar futuras investigaciones relacionadas con la evaluación de resultados desde otras categorías que tienen implicaciones en la gobernanza como son los aspectos políticos, financieros, económicos y sociales, además de aspectos propios de la operación del servicio, en los que se puede profundizar a partir de datos cuantitativos que pueden ser analizados estadísticamente.

5.2 Recomendaciones

La capacidad política y administrativa en el sector salud requiere un enfoque sostenido en la implementación del diseño institucional y organizacional desde el orden local. Si bien, como lo indica la investigación, dichos factores están determinados en parte por la configuración de la política nacional, es necesario aumentar los circuitos de retroalimentación entre los elementos políticos, administrativos e incluso operativos desde el nivel local para seguir construyendo un escenario de gobernanza en el intento de mejorar la política de salud. Lo anterior disminuirá esa tensión de gobernanza central frente a la territorial, con respecto al modelo de atención en salud, predominantemente impulsada por lógicas jerárquicas que se desarrollan de forma diferente en todo el país y que buscan en principio la eficacia de la práctica en la salud pública.

Se debe seguir insistiendo en la movilización de las capacidades administrativas en torno al servicio para los usuarios. Esto significa que el modelo de salud en el Distrito Capital debe considerar otras formas de capacidad administrativa que gestionen el rendimiento del servicio para los usuarios finales. Por ejemplo, la construcción de una infraestructura de red que sea capaz de etiquetar y rastrear a los pacientes a través del diagnóstico y del tratamiento creando caminos digitalizados es una apuesta que debe considerarse dentro de la toma de decisiones. El

modelo de atención en salud debe procurar estar a la par de la disrupción en los procesos digitales que están revolucionando los servicios de salud; de esta forma, se debe avanzar hacia el uso de tecnologías digitales, el diagnóstico en la atención virtual y el mejoramiento del flujo de información entre el paciente y las instituciones y viceversa, estableciendo un registro de salud electrónico que sea complementario al diseño institucional y organizacional.

Es importante considerar que la implementación de las Redes Integradas de Salud y la fusión de los veintidós hospitales cambió los sistemas de gobernanza existentes, dejando temas sensibles a nivel financiero. Es necesario que después de la fusión administrativa, las estrategias para mejorar la gestión de recursos limitados sean una prioridad a corto plazo para comenzar a mejorar la administración de los recursos, la rendición de cuentas y la transparencia al largo plazo.

Si bien es cierto que los modelos de atención en salud obedecen a procesos complejos, porque están influenciados por diferentes contextos y caracterizados por numerosos intereses, es esencial cambiar el enfoque a examinar si los cambios institucionales y organizacionales se efectúan para mejorar la eficacia o para reestructurar un modelo en defensa de la centralización administrativa y política. En otras palabras, desde un escenario de gobernanza uno de los objetivos de los servicios de salud en favor de los usuarios finales es mejorar la participación de la comunidad en la planificación y la toma de decisiones de atención de los servicios de salud. Para esto se cambió de un modelo de hospital único e independiente a un modelo de servicio de modalidad zonal en donde una subred tenía el mando administrativo; no obstante, si la centralización del modelo de salud, en mano de las subredes, funciona desde un escenario de gobernanza vertical se corre el riesgo que los actores institucionales y comunitarios se vuelvan menos importantes como portadores de autoridad política.

Si bien la participación ciudadana fue un tema recurrente en la agenda distrital bajo la implementación de este modelo de atención en salud propuesto en el Acuerdo 641 de 2016, conforme a lo expresado, en especial desde las entrevistas, no se percibe una completa participación en las prácticas reales, aunque legalmente se contemplen en la norma. Se necesita que las iniciativas dependan menos de los impulsos del poder político distrital y obedezcan más a las expresiones que en muchos casos provienen de otras formas de participación no institucionalizada, como la acción colectiva, entre ellas la protesta pacífica o la dinámica de asociaciones u organizaciones que se vinculan al activismo político en materia de salud.

Es importante considerar que la gobernanza sigue enfrentando desafíos al establecer procedimientos razonables en lo que respecta a la implementación de la rectoría en los modelos de atención en salud a gran escala. Frente a lo anterior y entendiendo las pesadas cargas sobre la rectoría para atender las necesidades desde la acción pública en Bogotá, se debe concentrar la atención en aquellas estructuras gubernamentales como la Secretaría de Salud que posee la autoridad para fortalecer las asociaciones entre los diferentes actores que son coparticipes en la interacción política y administrativa. Se considera que, si la secretaría no busca un espectro más amplio de interacción entre las partes interesadas, no se podrá fortalecer la confianza y la interacción entre el Gobierno y la sociedad, teniendo en cuenta que este modelo siempre dependerá del nivel de coordinación y objetivos que se establezcan entre las diferentes partes del sector de la salud.

Capítulo 6. Referencias

- Abimbola, S., Negin, J., Jan, S., Martiniuk, A., (2014) Towards people-centred health systems: a multi-level framework for analysing primary health care governance in low- and middle-income countries, *Health Policy and Planning*, Volume 29, Issue suppl_2, September 2014, Pages ii29–ii39, <https://doi-org.ezproxy.umng.edu.co/10.1093/heapol/czu069>
- Alcaldía de Bogotá, (s.f) *Modelo humano de atención en salud en Bogotá*, Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria de Salud, <http://www.saludcapital.gov.co/formatos%20captura%20territorios%20saludables/lineamientos%20tecnicos/documento%20marco%20territorios%20saludables.pdf>
- Alexander, E. (2005). Institutional Transformation and Planning: From Institutionalization Theory to Institutional Design. *Planning Theory*, 4(3), 209–223. <https://doi.org/10.1177/1473095205058494>
- Alvira, F. (2002) Metodología de la Evaluación de programas, Colección Cuadernos Metodológicos Numero 2, Centro de Investigaciones Sociológica (CIS)
- Apocada, P. (1999) Evaluacion de Resultados y del Impacto, Revista de Investigación Educativa, 1999, Vol. 17, n.º 2, págs. 363-377. <https://revistas.um.es/rie/article/download/121921/114601>
- Arbaiza F. (2019). Administración pública y privada. Pearson Educación. <http://www.ebooks7-24.com/?il=10384>
- Armijo, M. (2011) *Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público*, Manuales Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5509/S2011156_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Asiri, S. (2020) The Advantages and Disadvantages of Bureaucratic Structure in Healthcare Organizations, *International Journal of Management - Theory and Applications* (IREMAN), 8 (1), pp. 1-8. <https://www.praiseworthyprize.org/jsm/index.php?journal=ireman&page=article&op=view&path%5B%5D=25002>

- Aulakh, P. & Kotabe, M. (2008) Institutional changes and organizational transformation in developing economies, *Journal of International Management*, Volume 14, Issue 3, Pages 209-216, <https://doi.org/10.1016/j.intman.2008.04.001>
- Banco Distrital de Programas (s.f) *Programas y Proyectos*, Secretaría Distrital de Gobierno, <https://www.gobiernobogota.gov.co/transparencia/planeacion/programas-proyectos>
- Basheka, B. C. (2012). The paradigms of public administration re-examined: A reflection. *Journal of Public Administration*, 47(1), 25-67.
<https://journals.co.za/doi/abs/10.10520/EJC121371>
- Bañón, R. y Carrillo, E. (1997). *La nueva administración pública*. Alianza Editorial S.A.
- Bevir, M. (2007). Public administration. In *Encyclopedia of governance* (Vol. 1, pp. 759-765). SAGE Publications, Inc., <https://dx.doi.org/10.4135/9781412952613.n432>
- Bernd W. & Steven B. (2015) Open Government: Origin, Development, and Conceptual Perspectives, *International Journal of Public Administration*, 38:5, 381-396, DOI: 10.1080/01900692.2014.942735
- Berrones, U. (2004). El control y la evaluación en la administración pública. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 46(192), 43-70.
<https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2004.192.42463>
- R. (2004). El control y la evaluación en la administración pública. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 46(192), 43-70. <https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2004.192.42463>
- Bevir, M. (2009). What is governance? SAGE Publications Ltd,
<https://dx.doi.org/10.4135/9781446214817>
- Bianchi, C., Nasi, G., & Rivenbark, W. (2021) Implementing collaborative governance: models, experiences, and challenges, *Public Management Review*, 23:11, 1581-1589, DOI: 10.1080/14719037.2021.1878777
- Birkinshaw, J., & Goddard, J. (2009). What is your management model? *MIT Sloan Management Review*, 50(2), 81.
http://ydl.ch/pdf/Birkinshaw_What%20is%20your%20management%20model_MIT%202010.pdf

- Blanco, H. (2013). Descentralización en salud. En J. Blanco y J. Maya (Ed.), *Fundamentos de Salud Pública Tomo I Salud Pública* (pp. 49-60). CIB.
- Bogotá Salud Digital (2019) Bogotá Salud Digital. Rapido, fácil y Seguro para todos, <https://ciudadanobogotadigital.saludcapital.gov.co/>
- Box, R. C. (1998). *Introduction: a return to original values. In Citizen governance: Leading American communities into the 21st century* (pp. 1-26). SAGE Publications, Inc., <https://dx.doi.org/10.4135/9781483328249.n1>
- Briones, G. (1984) Evaluación de programas Sociales, teoría y metodología de la investigación evaluativa, Archivo 70188, <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/37083/IDL-37083%20v.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Julián, B. & Jules, G. (2009). What is your management model? *MIT Sloan Management Review*, 50(2), 81. http://yd1.ch/pdf/Birkinshaw_What%20is%20your%20management%20model_MIT%202010.pdf
- Camarena, J. (2016). La organización como sistema: el modelo organizacional contemporáneo. *Oikos Polis*, 1(1), 135-174. ://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2415-22502016000100005&lng=es&tlng=es.
- Cardona S., A. (2013). *Salud pública. Corporación para Investigaciones Biológicas*. <http://www.ebooks7-24.com.ezproxy.umng.edu.co/?il=707>
- Cardozo, M. (2006). *La evaluación de políticas y programas públicos – El caso de los programas de desarrollo social en México*. Miguel Ángel Porrúa Editor.
- Centro Latinoamericano Para el Desarrollo Rural (2012) *Metodología para la Aplicación del Modelo de Gobernanza Territorial*, Proyecto Gobernanza Subnacional para el Desarrollo Territorial en los Andes, https://www.rimisp.org/wp-content/files_mf/13596566737.pdf

Centro Oriente ESE (2019) e Construirán Tres Grandes Hospitales Y Nuevos Centros De Atención Prioritaria En Salud CAPS, *Sub Red Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E*, <https://www.subredcentrooriente.gov.co/?q=noticias/se-construir%C3%A1n-tres-grandes-hospitales-y-nuevos-centros-atenci%C3%B3n-prioritaria-salud-caps>

Chan, H. (1996) Scientizing public administration or public administration in search for quality governance, *International Journal of Public Administration*, 19:2, 261-289, DOI: 10.1080/01900699608525094

Completa, E. R. (2017). Capacidad estatal: ¿Qué tipo de capacidades y para qué tipo de Estado? POSTData: *Revista de Reflexión y Análisis Político*, 22(1), 111-140. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6070673.pdf>

Concejo de Bogotá, D.C. (6 de abril de 2016). *Acuerdo 641 de 2016. 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.* http://www.saludcapital.gov.co/Documents/acuerdo_641_de_2016.pdf

Conexión Capital (15 de junio de 2017) Estamos superando el hacinamiento en los hospitales de Bogotá': secretario de Salud, *Canal Capital*, <https://conexioncapital.co/estamos-superando-hacinamiento-los-hospitales-bogota-secretario-salud/>

Congreso de la República de Colombia (16 de febrero de 2015). *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.* Ley Estatutaria 1751 de 2015.

- Criado, I. (2016). Las administraciones públicas en la era del gobierno abierto. Gobernanza inteligente para un cambio de paradigma en la gestión pública. *Revista de Estudios Políticos*, 173, 245-275. doi: <http://dx.doi.org/10.18042/cepc/rep.173.07>
- Cristofoli, D., Meneguzzo, M. & Riccucci, N. (2017) Collaborative administration: the management of successful networks, *Public Management Review*, 19:3, 275-283, DOI: 10.1080/14719037.2016.1209236
- Conseil d'analyse économique (2013). Public Policy Evaluation. Notes du conseil d'analyse économique, 1, 1-12. <https://doi.org/10.3917/ncae.001.0001>
- Daft, R. (2011) Teoría y Diseño Organizacional, Cengage Learning, Mexic D.F, <https://www.auditorlider.com/wp-content/uploads/2019/06/Teor%C3%ADa-y-Dise%C3%B1o-Organizacional.-Richard-Daft.pdf>
- DANE (2019) ¿cuántos somos? Censo Nacional de Población y vivienda, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, <https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#/>
- Davis, MV (2006). Enseñanza de métodos prácticos de evaluación en salud pública. *Revista estadounidense de evaluación*, 27 (2), 247–256. <https://doi-org.ezproxy.umng.edu.co/10.1177/0198214006286422>
- Decreto 809 (2019) Por medio del cual se reglamenta el funcionamiento del comité directivo de Red del Sector Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá, http://www.saludcapital.gov.co/Inst_Coordinacion/Directivo_Red/Normativa/Reglamento_Decreto_809_2017.pdf
- Decreto 1190 (10 julio 2014)"Por el cual se reglamenta el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y. Resultados - Sinergia, *Departamento Nacional de Planeacion*, <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/decreto-1290-de-2014.pdf>

Decreto 812 (2017) Por el cual se incorporan funciones al Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud y se reglamenta la integración y funciones del Comité Intersectorial Distrital de Salud y se dictan otras disposiciones, Alcaldía Mayor de Bogotá, <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=74461&dt=S>

Denhardt, R. B., & Denhardt, J. V. (2000). The new public service: Serving rather than steering. *Public administration review*, 60(6), 549-559. <http://www.jstor.org/stable/977437>

Departamento Nacional de Planeación – DNP. (2012). Guías metodológicas sinergia – Guía para la evaluación de políticas públicas. Editado por el Departamento Nacional de Planeación, Bogotá, Colombia.

DNP. (2004). *Metodología de Evaluación Expost de programas y proyectos de inversión*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación. Obtenido de [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/Metodol o evaluacion Expost de prog proys inv.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/Metodol%20o%20evaluacion%20Expost%20de%20prog%20proys%20inv.pdf)

DNP (2009) *Guía Metodológica para la formulación de indicadores*, Departamento Nacional de Planeación, [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/Guia%20 Metodologica%20Formulacion%20-%20202010.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/Guia%20Metodologica%20Formulacion%20-%20202010.pdf)

DNP (2014) *Guía Metodológica Para El Seguimiento Y La Evaluación A Políticas Públicas*, Departamento Nacional de Planeación, [https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Cartilla%20Guia%20para%20 0Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20Ago%202013.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Cartilla%20Guia%20para%200Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20Ago%202013.pdf)

Depoy, E. & Gitlin, L. (2016) *Chapter 24 - Reciprocal Role of Research and Practice*, in Introduction to Research (Fifth Edition) Understanding and Applying Multiple Strategies, Pages 356-365, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-26171-5.00024-0>

Documento Técnico Secretaría de Salud (2018) Participación social y servicio a la ciudadanía en salud en el Distrito Capital, *Subsecretaria de Gestión Territorial, Participación a la*

Ciudadanía, Secretaría de Salud, <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/wp-content/uploads/2018/11/Cartilla-Participacion-Social-compressed.pdf>

Dulzaides, M. y Molina, A. (2004). *Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso*. ACIMED, 12(2), 1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000200011&lng=es&tlng=es

El-Taliawi, O. & Van Der Wal, Z. (2019) Developing administrative capacity: an-agenda for research and practice, *Policy Design and Practice*, 2:3, 243-257, DOI: 10.1080/25741292.2019.1595916

Eliassen, K & Sitter, N. (2008). *Modernization of public administration: towards the new public management and beyond*. In *Understanding public management* (pp. 93-112). SAGE Publications Ltd, <https://dx.doi.org/10.4135/9781446212363.n6>

Ellis, B. (2010) Capacidad Administrativa, www.jethroproject.com, TJP, pp. 1-12, https://www.academia.edu/5837571/Administrative_Capacity

El-Taliawi, O. & Van Der Wal, Z. (2019) Developing administrative capacity: an-agenda for research and practice, *Policy Design and Practice*, 2:3, 243-257, DOI: 10.1080/25741292.2019.1595916

Erazo, A. (2015) Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud, *Rev Panam Salud Publica*.38(3):248–53. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n3/248-253>

Salter, B., & Faulkner, (2011) A. State strategies of governance in biomedical innovation: aligning conceptual approaches for understanding 'Rising Powers' in the global context. *Global Health* 7, 3. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-3>

Farazmand, A. (2009). Building Administrative Capacity for the Age of Rapid Globalization: A Modest Prescription for the Twenty-First Century. *Public Administration Review*, 69(6), 1007–1020. <http://www.jstor.org/stable/40469017>

Feinstein, O. (2012). La institucionalización de la evaluación de políticas públicas en América Latina. *Presupuesto y Gasto público*, 68, pp. 41-52.

Ficha EBI-D Proyecto 1191 (2020) Proyecto 1191 Actualización y modernización de la infraestructura, física, tecnológica y de comunicaciones en salud, Banco Distrital de Programas y Proyectos,
http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Seguimiento%20Proyectos%202013/Proyectos_Inversion_2020/Bogota_Mejor_Para_Todos/Ficha_EBI_1191.pdf

Ficha EBI 7522 (19 marzo 2020) Proyecto 7524 Fortalecimiento y Desarrollo Institucional, Ficha de Estadística Básica de Inversión Distrital EBI-D,
https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/7524_201_secretaria_distrital_de_salud.pdf

Finkowsky, E. (2014). Organización de empresas. McGraw-Hill. <http://www.ebooks7-24.com/?il=361>

Florez, J. (2018) La administración Peñalosa no va a recuperar el San Juan de Dios, Juan Carlos Florez, <https://juancarlosflorez.com/2018/10/26/penalosa-no-recupera-san-juan-de-dios/>

Foss, H. (2005) Choosing Evaluation Models A Discussion on Evaluation Design, *Evaluation*, Vol 11(4): 447–462, DOI: 10.1177/1356389005060265

Franco, A. (2012) Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol 11, No 22,
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272012000100003

Frederickson HG (2007) *Whatever happened to public administration? Governance, governance everywhere*. Insitute of Governance Public Policy and Social Research, Working Paper,
<https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.537.8624&rep=rep1&type=pdf>

Función Publica (2018) *Guía para la construcción y análisis de indicadores de gestión*, Versión 4, Función Publica,
<https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418548/34150781/Gu%C3%ADa+para+la+construcci%C3%B3n+y+an%C3%A1lisis+de+Indicadores+de+Gesti%C3%B3n+->

- [+Versi%C3%B3n+4+-+Mayo+2018.pdf/0e0d10e4-0ec0-6781-21e9-f2bedfd0e18a?t=1533038939417&download=true](#)
- Galindo, M. (2000). *Teoría de la Administración pública*. Porrúa.
- Gallicchio, E. y Carrizo, L. (2014) *Desarrollo local y gobernanza. Enfoques transdisciplinarios*, Centro latinoamericano de Economía Humana, CLAEH, Montevideo
- Germov, J. (2005) Managerialism in the Australian public health sector: towards the hyper-rationalisation of professional bureaucracies, *Sociology of Health & Illness* Volume 27, Issue 6 p. 738-758, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00472.x>
- Goetz, J., & LeCompte, M. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Grindle, M. (2005) *Good Enough Governance Revisited*, A Report for DFID with reference to the Governance Target Strategy Paper, 2001, <http://www.gsdr.org/docs/open/ret283.pdf>
- Guo, S. (2019) Political-Administrative Dichotomy: Its Sources, Logic and Debates, *Open Journal of Social Sciences*, Vol.7 No.3, DOI: 10.4236/jss.2019.73030
- Harlan, Y. & Robinson, D. (2012). "The New Ambiguity of 'Open Government'". *UCLA L. Rev.* 59, <https://www.uclalawreview.org/pdf/discourse/59-11.pdf>
- Heluna Health (2018) Por qué es importante el pensamiento sistémico en la salud de la población, Heluna Healt, <https://www.helunahealth.org/news/systems-thinking-population-health/#:~:text=A%20systems%2Dapproach%20to%20population%20health%20operates%20under%20the%20notion,quality%20of%20life%2C%20and%20safety>.
- Henry, N. (1975) Paradigms of Public Administration, *Public Administration Review*, Vol 35 No 4 pp. 378-386, <http://www.jstor.org/stable/974540?origin=JSTOR-pdf>
- Henry, N. (2007). *Public administration and public affairs* (10th ed.). New Delhi: Prentice Hall of India.

- Hernández, P. (2015). *Modelo para planificar e implementar la BPM en la administración pública: estudio de caso en la administración pública de la Comunidad Autónoma de Canarias* [Tesis doctoral, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria].
- Hernández, J. (2015). *Del Gobierno a la Gobernanza Local. Capacidades, instituciones y visiones de lo público en el proceso de descentralización en Colombia: estudio de casos.* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
<http://eprints.ucm.es/28088/1/T35640.pdf>
- Hintze, J. (2007). *Guía para la evaluación de la capacidad institucional.* En TOP Tecnología para la Organización Pública, www.top.org.ar
- Hintze, J. (2001). *Control y evaluación de gestión y resultados.* DAAPGE: Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal, 1(1), 1-32.
<http://top.org.ar/ecgp/FullText/000000/35.pdf>
- Hysing, E. (2022). Designing collaborative governance that is fit for purpose: Theorising policy support and voluntary action for road safety in Sweden. *Journal of Public Policy*, 42(2), 201-223. doi:10.1017/S0143814X2000029X
- Hood, C. (1991) A Public Management For All Seasons, *Public Administration* Vol. 69 Spring 1991 (3-19), <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Howlett, M., & Ramesh, M. (2016). A chilles' heels of governance: critical capacity deficits and their role in governance failures. *Regulation & Governance*, 10(4), 301-313.<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/rego.12091>
- Tenbense, T. & Pushkar S. (2022) Cultivando la capacidad de las políticas de salud a través de la gobernanza en red en Nueva Zelanda: aprendiendo de historias divergentes de implementación de políticas, *Política y sociedad*, puab020,
<https://doi.org/10.1093/polsoc/puab020>

- Ik-Sik Kim (2000) Local Governance in Northeast Asia: Tasks and Prospects, *International Review of Public Administration*, 5:2, 115-127, DOI: 10.1080/12294659.2000.10804960
- Huerta, J. y Rodriguez, G. (2006) Desarrollo de habilidades directivas, Pearson Educación de México, S.A. de C.V.
- Ikeanyibe, O., Ori, E., & Okoye, A. (2017) John Martyn Chamberlain (Reviewing Editor) Governance paradigm in public administration and the dilemma of national question in Nigeria, *Cogent Social Sciences*, 3:1, DOI: 10.1080/23311886.2017.1316916
- Ikeanyibe, O. (2016). Uniformity in local government system and the governance model in Nigeria. *Journal of Asian and African Studies*. 1–15. doi:10.1177/00219096166666105
- Indra Company (2018) Indra lleva la interoperabilidad a los hospitales de Bogotá para centralizar la información clínica de los pacientes y mejorar la atención, *Indra*, <https://www.indracompany.com/es/noticia/indra-interoperabilidad-hospitales-bogota-centralizar-informacion-clinica-pacientes-mejorar>
- Jiménez, W. (1992). *Introducción al estudio de la teoría administrativa*. Noriega Editores.
- Joaquin, M., & Greitens, T. (2021). The Concept of Capacity. In: *American Administrative Capacity*. Springer, Cham
- Joshi, A. & Carter, B. (2015) *Public Sector Institutional Reform*, Topic guide. Birmingham, UK: GSDRC, University of Birmingham, https://gsdrc.org/wp-content/uploads/2015/07/PSIR_TG.pdf
- Julio, P. (2020) Importancia del modelo de gestión empresarial para las organizaciones modernas, *Revista de Investigación en Ciencias de la Administración ENFOQUES*, vol. 4, núm. 16, pp. 272-283, <https://doi.org/10.33996/revistaenfoques.v4i16.99>
- Khan, H.A. (2018). Governance, Public Administration, and the Challenges of Globalization. In: *Globalization and the Challenges of Public Administration*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi-10.1007/978-3-319-69587-7_2

- Khan, M. (2020). ¿Las ventajas de la burocracia weberiana superan sus desventajas? *Revista india de administración pública*, 66 (4), 592–595. <https://doi-org.ezproxy.umng.edu.co/10.1177/0019556120976600>
- Kettl, D. (2000) Public Administration at the Millennium: The State of the Field, *Journal of Public Administration Research and Theory*, volumen 10, número 1, páginas 7–34, <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024267>
- Kornberger, M., Meyer, R. E., Brandtner, C., & Höllerer, M. A. (2017). When Bureaucracy Meets the Crowd: Studying “Open Government” in the Vienna City Administration. *Organization Studies*, 38(2), 179–200. <https://doi.org/10.1177/0170840616655496>
- Kruse, F. M., Ligtenberg, W., Oerlemans, A., Groenewoud, S., & Jeurissen, P. (2020). How the logics of the market, bureaucracy, professionalism and care are reconciled in practice: an empirical ethics approach. *BMC health services research*, 20(1), 1024. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05870-7>
- Kumar, M., Sushil, & Pramod, K. (2010) Revisiting Flexibility in Organizations: Exploring its Impact on Performance, *Global Journal of Flexible Systems Management* 2010, Vol. 11, No. 3, pp 51-68
- Kuye, O., & Akinwale, O. (2020). Conundrum of bureaucratic processes and healthcare service delivery in government hospitals in Nigeria. *Journal of Humanities and Applied Social Sciences*. *Journal of Humanities and Applied Social Sciences*, Volume 3 Issue 1 <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHASS-12-2019-0081/full/html>
- Lampropoulou, M., & Oikonomou, G. (2018). Theoretical models of public administration and patterns of state reform in Greece. *International Review of Administrative Sciences*, 84(1), 101–121. <https://doi.org/10.1177/0020852315611219>
- Leon, L., y Cruz I. (2014). Evolución y desarrollo de la administración y gestión pública: un acercamiento a un estado del conocimiento en construcción, a través de la *Revista Gestión y Política Pública*. EDÄHI Boletín Científico de Ciencias Sociales y Humanidades del ICSHU, 2(4)

- León, J. y Figueroa, E. (2020) Deliberación democrática y gobernanza en la participación ciudadana local. El caso de los Consejos Comunales de la Sociedad Civil (cosoc), Biobío, Chile, *Desafíos*, vol. 32, núm. 2, DOI:
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/desafios/a.7219>
- Ley 1751 (16 febrero 2015) Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, *Congreso de la República*,
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Lopez, J. y Huffington, R. (2016) *Evaluación de Políticas Públicas* Unidad Didáctica, Documento elaborado para ser publicado por la Escuela Superior de Administración Pública ESAP – Bogotá.
- (López, M. y Jarias, E. (2015) El Nuevo Servicio Público (NSP), un paradigma para la construcción de nuevos modelos metodológicos para el análisis de la administración pública, *Revista de Investigaciones Políticas y Sociológicas*, vol. 14, núm. 2, 2015, pp. 73-93
- Luburić, R. (2019). A Model of Crisis Prevention (Based on managing change, quality management and risk management). *Journal of Central Banking Theory and Practice*, 2, 33-49. DOI:10.2478/jcbtp-2019-0012
- Lynn Jr, L., Heinrich, C., & Hill, C. (2000). Studying governance and public management: Challenges and prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 233-262. <http://www.jstor.org/stable/3525644>.
- Maggetti M, Verhoest K (2014) Unexplored aspects of bureaucratic autonomy: a state of the field and ways forward. *Int Rev Adm Sci* 80(2):239–256 <https://journals-sagepub/doi/full/10.1177/0020852314524680>
- McQueen, D. V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C. M., Davies, M., & World Health Organization. (2012). Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Maykut, P. S., Morehouse, R. E., Álvarez, R. P., & Roure, C. R. (1999). *Investigación cualitativa: Una guía práctica y filosófica*. Hurtado ediciones

Molina, A. (2017) Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador, revistas. flacsoandes, DOI: 10.17141/iconos.63.2019.3070

Montero, E. (2004) Marco conceptual para la evaluación de programas de salud, *Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 1, núm. 2, enero-junio, 2004, p. 0, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44601206>

Morales, L. y García, J. (2017). Gestión de la crisis del sistema de salud en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 19 (1), pp. 129-133. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n1.64102>

Morales, L. [@luismorales0621]. (16 diciembre y 2019). *Los CAPS son una estrategia, no edificios*. [Tweet]. Twitter. https://twitter.com/luismorales0621/status/1206723660096118793?s=20&t=769F20NXZBxa4awD4_hJBw

Moti, U. (2019) The changing nature of public sector management and its implications for managers and professionals, *The International Journal research Publications*, <https://www.theinternationaljournal.org/ojs/index.php?journal=tij&page=article&op=view&path%5B%5D=1020>

Navarro V. (2011) The new conventional wisdom: an evaluation of the who report, health systems: improving performance. *Int J Health Services* 2001; 31(1): 23–33.

Nelissen, N. (2022) The Administrative Capacity of New Types of Governance. *Public Organization Review* 2, 5–22. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1016019302732>

Noto, G., Coraza, I., Lepiksona, Nuti, S. (2019) Health system performance assessment in small countries: The case study of Latvia, *The International Journal of Health Planning and Management* Volume 34, Issue 4 p. 1408-1422, <https://doi.org/10.1002/hpm.2803>

North, W. (1992) *Capacity Building and Technical Cooperation: Managing the Connection*. UNDP, New York, NY, <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/publications/Country-Exp-Full.pdf>

- Olsen, J. (2007) Organization theory, public administration, democratic governance, *Nordiske Organisasjonsstudier*, 9 (1): 93–110
- Omorogie, O. (2015) Public Management Research and a Three Qualitative Research Strategy, *Review Pub Administration Management* Vol 2 No 1, <http://dx.doi.org/10.4172/2315-7844.1000148>
- OMS (2008). *Integrated health services – what and why? Technical Brief No. 1, May 2008.*
https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf
- OMS (2000) *Health Sector Reform: Issues and Opportunities*, World Health Organization,
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127574/WP_HlthSecRefm_Final%20Version.pdf;sequence=1
- OMS (2000b). Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>
- Orozco, O. (2003) Nueva gerencia pública: ¿gobierno sin política?, *Revista Venezolana de Gerencia (RVG)*, Año 8. N° 23, pp. 379-395,
<https://www.redalyc.org/pdf/290/29002302.pdf>
- Orpen, C. (1987) The role of qualitative research in management, *School of Management, Deakin University*, 18(4),
https://www.researchgate.net/publication/335309620_The_role_of_qualitative_research_in_management
- OECD (2020) *Improving Governance with Policy Evaluation: Lessons From Country Experiences*, OECD Library, https://www.oecd-ilibrary.org/sites/89b1577d-en/index.html?itemId=/content/publication/89b1577d-en&_csp_=52684f81d2d00263c75d023269b384bb&itemIGO=oecd&itemContentType=book

- Pierre, J., & Peters, G. (2020) *Governance, Politics and the State* (2nd ed.). Bloomsbury Publishing. <https://www.perlego.com/book/2997350/governance-politics-and-the-state-pdf>
- Perea, L. & Rojas, I. (2019). Modelos de gestión en instituciones hospitalarias. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 18(36). [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20\(2019-I\)/54559086013/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20(2019-I)/54559086013/)
- Pérez, P. (2013). Sistemas de salud. En J. Blanco y J. Maya (Ed.) *Fundamentos de Salud pública Tomo I Salud Pública* (pp. 39-47). CIB.
- Peters, B. (2007). Measurement of Governance. En Mark Bevir (Ed.), *Encyclopedia of Governance*, (pp, 364-381). SAGE Publications.
- Peters, G. (2003) The Changing Nature of Public Administration: From Easy Answers to Hard Questions, *Viešoji Politika Ir Administravimas*, Nr. 5, <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.496.3199&rep=rep1&type=pdf>
- Peters, G. (2015) Capacidad política en la administración pública, *Política y sociedad*, volumen 34, número 3-4, páginas 219–228, <https://doi.org/10.1016/j.polsoc.2015.09.005>
- Pinilla, J. y García-Altés, A. (2010). La evaluación de políticas públicas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria* 2010, 24, suplemento 1, pp. 114-119.
- Peters, B. G. (2010). Institutional Design and Good Governance. In G. de Graaf, P. von Maravić, & P. Wagenaar (Eds.), *The Good Cause: Theoretical Perspectives on Corruption* (1st ed., pp. 83–97). Verlag Barbara Budrich. <http://www.jstor.org/stable/j.ctvbj7k5p.10>
- Pyone, T., Smith, H., & Van den Broek, N. (2017) Frameworks to assess health systems governance: a systematic review, *Health Policy and Planning*, Volume 32, Issue 5, June 2017, Pages 710–722, <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>

- Pritchett, L., & De Weijer, F. (2011). *Fragile states: ¿stuck in a capability trap?* World Development Report 2011, Background Paper, https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/9109/WDR2011_0001.pdf?sequence=1
- Proyecto de Acuerdo No 082 (2016) Por medio del cual se reorganiza el sector público de salud de bogotá distrito capital, *Concejo de Bogotá D.C.*, <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?dt=S&i=65344#0>
- Pyone, T., Smith, H., & van den Broek, N. (2017). Frameworks to assess health systems governance: a systematic review. *Health policy and planning*, 32(5), 710–722. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx007>
- Plan Territorial de Salud (2012) *Plan Territorial de Salud: acciones Colectivas*, Alcaldía Mayor de Bogotá, <http://www.grupofergusson.org/wp-content/uploads/2018/06/Plan-Territorial-de-Salud.pdf>
- Plan Territorial de Salud para Bogotá (2017) *Plan Territorial de Salud para Bogotá*, D. C. 2016-2020, secretaria Distrital de Salud Bogotá DC, http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Plan_Territorial_Salud_2016_2020.pdf
- Quecedo, R., & Castaño, C. (2002). introducción a la metodología de investigación Cualitativa. *Revista de Psicodidáctica* (14), 5-39.
- Rachel, E., Aoife, M., Graeme C. (2019) Teorización a partir de la investigación cualitativa en la administración pública: pluralidad a través de una combinación de rigor y riqueza, *Journal of Public Administration Research and Theory*, volumen 29, número 2, páginas 318–333, <https://doi.org/10.1093/jopart/muy057>
- Raigosa, M y Molina, G. (2014). Dimension política de las decisiones en salud pública, Bogotá D.C., 2012-2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13 (26), 90-105.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000100007&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000100007&lng=en&tlng=es)

Rave, J. (2020) Índice de Capacidad Administrativa de política Pública: un análisis de políticas LGTB en Colombia, *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México Nueva Época*, xv, núm. 239, pp. 85-115, doi: <http://dx.doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2020.239.67249>

Real Academia Española (2021). *Diccionario de la lengua española* (23º ed). <https://dle.rae.es>

Rendición de Cuentas Sector Salud (2017) *Rendición de cuentas del sector salud plan de desarrollo “Bogotá mejor para todos” vigencia 2017*, Secretaría Distrital de Salud, http://www.saludcapital.gov.co/Rendicion_Cuentas_2017/Evaluacion_RdC_2017.pdf

Rendición de Cuentas Sector Salud (2018) *Rendición de cuentas del sector salud plan de desarrollo “Bogotá mejor para todos” vigencia 2018*, Secretaría Distrital de Salud, <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Rendicion-Cuentas-2018-Informes.aspx>

Rendición de Cuentas Sector Salud (2019) *Rendición de cuentas del sector salud plan de desarrollo “Bogotá mejor para todos” vigencia 2019*, Secretaría Distrital de Salud, <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Rendicion-de-Cuentas-2019.aspx>

Rendición de Cuentas Sector Salud (2020) *Rendición de cuentas del sector salud plan de desarrollo “Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI” vigencia 2020*, Secretaría Distrital de Salud, <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Rendicion-cuentas-2020.aspx>

Rodrik, D., Subramanian, F., Trebbi, F., (2004), Institutions Rule: The Primacy of Institutions Over Geography and Integration in Economic Development, *Journal of Economic Growth*, 9: 131-165

- Romaniuk P., Kaczmarek K., Syrkiewicz M., Holecki T., & Szromek A. (2018) Health Systems and Their Assessment: A Methodological Proposal of the Synthetic Outcome Measure, *Frontiers in Public Health*, Vol 6., DOI=10.3389/fpubh.2018.00126
- Rosas, A. (2008). Una ruta metodológica para evaluar la capacidad institucional. *Política y cultura*, (30), 119-134.
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422008000200006&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422008000200006&lng=es&tlng=es)
- Rhodes, R. A. W. (1996). The New Governance: Governing without Government. *Political Studies*, 44(4), 652–667. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9248.1996.tb01747.x>
- Roth, A. y Molina, G. (2013) Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013, *Revista salud pública*. 15 (1): 44-55,
https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v15n1/v15n1a05.pdf
- Segnestam, L., Persson, A., Arvidsson, & Ijjasz, E. (2002). Country-Level Environmental Analysis A Review of International Experience, Environment Strategy papers No 8, The World Bank,
<http://web.worldbank.org/archive/website00530/WEB/PDF/ESP8CEA2.PDF>
- Secretaría Distrital de Planeación SDP (2022) Programación y seguimiento a la Inversión, *Secretaría Distrital de Planeación*, <https://www.sdp.gov.co/gestion-a-la-inversion/programacion-y-seguimiento-a-la-inversion/proyectos/actualizacion-y-modernizacion-de-la-infraestructura-fisica-tecnologica-y-de-comunicaciones-salud>
- Mahesh Shukla (2018) Impact of a Health Governance Intervention on Provincial Health System Performance in Afghanistan: A Quasi-Experimental Study, *Health Systems & Reform*, 4:3, 249-266, DOI: 10.1080/23288604.2018.1477536
- Monteduro, F. (2005). La riforma delle amministrazioni pubbliche: Verso la Public Governance. En V.V. Automóvil Club Británico. Nuevos perfiles de responsabilidad nelle PA: Teoria

- e strumenti. Quaderni Formez, vol. 40, ROMA: Forméz.
http://lavoropubblico.formez.it/sites/all/files/QuaderniFormez_40%20Vol%201.pdf
- Navarro, V. (2001) The New Conventional Wisdom: An Evaluation of the Who Report Health Systems: Improving Performance, *International Journal of Health Services*, Volume 31, Issue 1, <https://doi-org/10.2190/3LM8-A37Q-FKJ4-TE0>
- Oszlak, O. (2014) Políticas públicas y capacidades estatales. Forjando, año 3, número 5, No, las políticas públicas en la provincia de Buenos Aires.
- Salazar, S. y Chica, C. (2021) Posnueva gestión pública, gobernanza e innovación. tres conceptos en torno a una forma de organización y gestión de lo público, *Opera*, núm. 28, pp. 17-51, <https://doi.org/10.18601/16578651.n28.02>
- Schvarstein, L. (2003). La inteligencia social de las organizaciones. México: Paidós. <https://acortar.link/RBL9Ez>
- SaluData (2023). Datos de Salud. Ofertas de servicios de salud.
<https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/ofertas-de-servicios-de-salud/afiliacion-regimen/>
- Salud Capital (2017) *Metas en Salud Plan de Desarrollo 2016 – 2020*, Secretaria de Salud de Bogotá DC,
http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/Plan_de_Desarrollo_2016_2020_1.aspx
- Salud Capital (2019) alcalde Enrique Peñalosa cumple meta de gobierno y le entrega a Bogotá 40 CAPS, *Salud Capital*, <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas2/40-caps.aspx>
- Sampiere, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014) *Metodología de la Investigación*, Sexta Edición, Mc Graw Hill Educación
- Sanchez, T. (2009) Estrategias de Diseño Institucional, cumplimiento y virtud Cívica, *Revista de Ciencia Política*, vol. 29, núm. 1, pp. 85-110,
<https://www.redalyc.org/pdf/324/32414666004.pdf>

- Scagliola D. (2016). Percepciones de la burocracia como una barrera al establecer una pequeña empresa: un estudio de caso exploratorio [tesis doctoral]. Universidad de Phoenix.
<https://search-proquest-com/docview/1844998389?pq-origsite=gscholar>
- Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá (2020). *Informe gerencial sector salud*.
<https://secretariageneral.gov.co/sites/default/files/informe-salud-sept-3.pdf>
- Secretaría Distrital de Salud De Bogotá. (2016). Programa De Reorganización, Rediseño Y Modernización De Redes De Prestación De Redes De Prestación de Bogotá.
- Secretaria Distrital de Salud SDS. (2016b) Exposición de Motivos Proyecto de Reorganización del Sector Salud para Bogotá. Bogotá; 2016.
- Segredo, A. M., García, A., Puig, P., León, P. & Perdomo V. (2015). Enfoque sistémico del clima organizacional y su aplicación en salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41.
- Shearer, J., Abelson, J., Kouyaté, B., Lavis, J., Walt, G. (2016) ¿Por qué cambian las políticas? Instituciones, intereses, ideas y redes en tres casos de reforma de políticas, *Política y planificación de la salud*, volumen 31, número, páginas 1200–1211,
<https://doi.org/10.1093/heapol/czw052>
- Serna de la Garza, J. (2010). *Globalización y gobernanza: Las transformaciones del Estado y sus implicaciones para el derecho público (contribución para una interpretación del caso de la guardería ABC)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Serpa, S. (2022) State-centred-collaborative-governance: A “new” governance model for ICT success, *Cogent Social Sciences*, 8:1, DOI: 10.1080/23311886.2022.2058678
- Stoker, G. (1998). Governance as theory: Five propositions. *International Social Science Journal*, 50, 17–28.10.1111/issj.1998.50.issue-155

- Theodoulou, S., & Kofinis, C. (2004). Policy Implementation. Execution of Policy Solutions. S. Theodoulou, & C. Kofinis, The art of the game. Understanding American Public Policy Making
- Tenbense, T. & Pushkar R. (2022) Cultivando la capacidad de las políticas de salud a través de la gobernanza en red en Nueva Zelanda: aprendiendo de historias divergentes de implementación de políticas, Política y sociedad, puab020, <https://doi.org/10.1093/polsoc/puab020>
- Tobar, F. (2002). Modelos de gestión en salud. Buenos aires, 43-49. <https://www.academia.edu/download/34160957/SC-138.pdf>
- Treviño, J. (2011). Gobernanza en la administración pública. Revisión teórica y propuesta conceptual. *Contaduría y administración*, (233), 127-153. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-10422011000100008&lng=es&tlng=es.
- Trujillo Z., A. (2014). *Salud pública: administración de servicios de salud*. Corporación para Investigaciones Biológicas. <http://www.ebooks7-24.com.ezproxy.umng.edu.co/?il=247>
- United Nations (2022) About good governance, United Nations Human Rights, <https://www.ohchr.org/en/good-governance/about-good-governance>
- Valenzuela, C. (2017) El diseño institucional indispensable para la transparencia y eficiencia en los gobiernos estatales y municipales de México, Documento para su presentación en el VIII Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas GIGAPP, https://www.gigapp.org/administrator/components/com_jresearch/files/publications/abs_511_1504813852EldiseoinstitucionalindispensableparalatransparenciayeficienciaenlosgobiernosestatalesymunicipalesdeMxico.pdf
- Veeduría Distrital. (s.f.). Subredes integradas de servicios de salud de Bogotá. Un análisis a corto plazo (2016-2018). 2019.

- Vega, R., & Carrillo, J. (2006). APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso 'Salud a su Hogar' en Bogotá. *Gerencia y Políticas de Salud*, 5 (11). <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2733>
- Velásquez, F. y González, E. (2004) La planeación participativa en Bogotá D.C. Análisis y propuestas, Colombia, Fundación Corona, Foro Nacional ProColombia, enero de 2004, p. 2. Disponible en <http://www.fundacióncorona.org.co/descargas/planeaciónparticipativaenBogotá.pdf>.
- Walcott, C. y Hult, K. (2005) White House Structure and Decision Making: Elaborating the Standard Model, *Presidential Studies Quarterly* Volume 35, Issue 2 p. 303-318 , <https://doi.org/10.1111/j.1741-5705.2005.00250.x>
- Walsh, K. & Stewart J. (1992) Change in the Management of Public Services. *Public Administration*, 1992, 70, 499-518. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.476.7329&rep=rep1&type=pdf>
- Weber, M. (1977). *¿Qué es la burocracia?* La Pléyade.
- WHO (2014) Health Systems Governance for Universal Health Coverage, World Health Organization, Action Plan Department of Health Systems Governance and Financing, <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1346130/retrieve>
- WHO (2022) Health system performance assessment, World Health Organization, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240042476>
- Wilson, W. (1887). The Study of Administration. *Political Science Quarterly*, 2(2), 197–222. <https://doi.org/10.2307/2139277>
- Milward, B. (2015) The state and public administration: ¿have instruments of governance outrun governments? Introductory perspectives, *Asia Pacific Journal of Public Administration*, 37:4, 217-223, DOI: 10.1080/23276665.2015.1117178
- Witesman, E.M. (2021). *Public Value Governance: A Framework*. In: Sullivan, H., Dickinson, H., Henderson, H. (eds) *The Palgrave Handbook of the Public Servant*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29980-4_84

- Willems, S., & Baumert, K. (2003). Institutional capacity and climate actions. Paris, France: OECD., <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.456.2485&rep=rep1&type=pdf>
- Woods, N. (1999). Good Governance in International Organizations. *Global Governance*, 5(1), 39–61. <http://www.jstor.org/stable/27800219>
- XU Runya SUN Qigui & SI Wei (2015) The Third Wave of Public Administration: The New Public Governance, *Canadian Social Science*, Vol. 11, No. 7, 2015, pp. 11-21, DOI: 10.3968/7354
- X. Wu, Ramesh, M. & Howlett, M. (2015) Policy capacity: A conceptual framework for understanding policy competences and capabilities, *Policy and Society*, 34:3-4, 165-171, DOI: 10.1016/j.polsoc.2015.09.001
- Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, Ramírez M, Jaramillo I. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993*. Assalud - Mayol Ediciones SA.
- Yulivestra, M. (2020) Institutional Factors in Public Sector Reform A Theoretical Analysis, In *Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management* (pp. 2488-95). <http://www.ieomsociety.org/ieom2020/papers/726.pdf>
- Zabala, O. (2021) El seguimiento técnico al avance en la ejecución de la infraestructura física del proyecto denominado: “Reposicion Y Dotacion Nueva Umhes Santa Clara Y Caps Del Conjunto Hospitalario San Juan De Dios”, *Oficina de Control Interno Sistema Integrado de gestión Control Documental*, http://www.saludcapital.gov.co/Informes%20Control%20Interno/Auditorias_especificas/2021/Seg_UMHES_Santa_Clara_CAPS_San_Juan_Dios.pdf
- Zuñanic L. y Iacovello, M. (2010). La burocracia en América Latina. *ICAP-Revista Centroamericana de Administración Pública*, (58-59), 9-41. https://publicaciones.icap.ac.cr/images/PDF-REVISTA/revista-58-59/laura_zuñanic.pdf

Anexos

Anexo 1 Selección de Indicadores

Anexo 2 Matriz Metodológica

Anexo 3 Matriz Análisis Entrevistas

Anexo 4 Marco Legal