

Seminario Internacional *Determinantes Sociales de la Salud, Intersectorialidad y Equidad Social en América Latina*. Mesa "Producción social de la salud y la vida: experiencias territorializadas".  
Fiocruz, Río de Janeiro, 17 de noviembre de 2015

## **Reflexiones sobre la experiencia de gobierno en salud en Bogotá 2004-2015**

Mario Hernández Álvarez

Médico, Doctor en Historia

Profesor Asociado

Facultad de Medicina

Coordinador Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

Miembro ALAMES Colombia

# Plan de presentación

- El “modelo de salud” hegemónico (global-nacional)
- Bogotá, 2004-2015: una experiencia ambigua
- Las hipótesis explicativas:
  - Las lógicas de la inequidad espacial (segregación)
  - Las lógicas del poder político urbano
  - Las lógicas del sistema de aseguramiento en salud
  - Las lógicas de la participación social
- ¿Hay Alternativas?

## El “modelo de salud” hegemónico (global-nacional)

- “Modelo de salud”: una manera de entender la salud-enfermedad-atención sustentada en fuerzas económicas, sociales, científico-técnicas y ético-políticas.
- “Hegemonía” (“consenso” de dominación):
  - [...] *donde se logra la conciencia de que los propios intereses corporativos, en su desarrollo actual y futuro, superan los límites de la corporación, de un grupo puramente económico y pueden y deben convertirse en los intereses de otros grupos subordinados.* (Gramsci A. “Análisis de situaciones y relaciones de fuerzas”. *Cuadernos de la Cárcel*, ca. 1924).

## El “modelo de salud” hegemónico (global-nacional)

- La salud es un “intangible”:
  - [...] es la “habilidad” de las personas y las comunidades para “adaptarse” y “auto-manejar” los desafíos de la vida (Jadad et al, 2011).
- Lo “tangible” es el conjunto de bienes y servicios de atención (prevención, curación, rehabilitación) que se transan (mercancías) para recuperar la salud (superar la enfermedad) (Arrow, 1963).

## El “modelo de salud” hegemónico (global-nacional)

- El lugar del modelo de salud en las transformaciones del régimen de acumulación capitalista global:
  - El lugar de los bienes y servicios de atención de enfermedad (Complejo Médico Industrial y Financiero) en la transformación del régimen de acumulación del régimen fordista al régimen de **financiarización-reprimarización-“capitalismo cognitivo”** (bienes informacionales protegidos por DPI. Zukerfeld, 2010).
  - **Agenda impuesta** por los organismos multilaterales (predominio BM-FMI-Banqueros y cierta adaptación de sistema de Naciones Unidas).
  - Arraigo en el cotidiano de una **perspectiva consumista** de servicios de atención de enfermedad (naturalización)

## El “modelo de salud” hegemónico (global-nacional)

- Estos bienes son “costosos”, porque se basan en “conocimiento”.
- El envejecimiento de la población y las “expectativas” de los individuos demandan cada vez más bienes y servicios de “alto costo”, sin discutir la “estructura del costo”
- Es necesario repartir los costos entre Estado, mercado y familias.
- Se requiere un arreglo que supere las “fallas del mercado” y las “fallas del Estado”:
- El modelo de “**Pluralismo estructurado**” es la solución (Londoño & Frenk, 1997).

## El “modelo de salud” hegemónico (global-nacional)

- Los fundamentos neoclásicos del “Pluralismo estructurado”:
  - Separación de **bienes privados** (atención individual) y **bienes públicos** (altas externalidades o “salud pública”).
  - Estado **regulador** y mercado **integrador**.
  - Incorporación según **derechos de propiedad** (pobres, no pobres, ricos).
    - Régimen Subsidiado (incorporación de los pobres al mercado por subsidio a la demanda).
    - Régimen Contributivo (cotización obligatoria de los no pobres).
    - Seguros privados (el plus de los ricos)
- Esto es: **Cobertura Universal en Salud** (CUS) o “protección financiera” en salud

## El “modelo de salud” hegemónico (global-nacional)

- Los fundamentos neoclásicos del “Pluralismo estructurado” (Colombia es el “modelo”):

- Separación de funciones y Estado regulador:

Financiamiento mayoritariamente público (fiscales y parafiscales)

Modulación (regulación de la competencia entre aseguradores = UPC/POS)

Articulación entre fondos y prestadores (EPS en competencia)

Prestación (IPS en competencia).

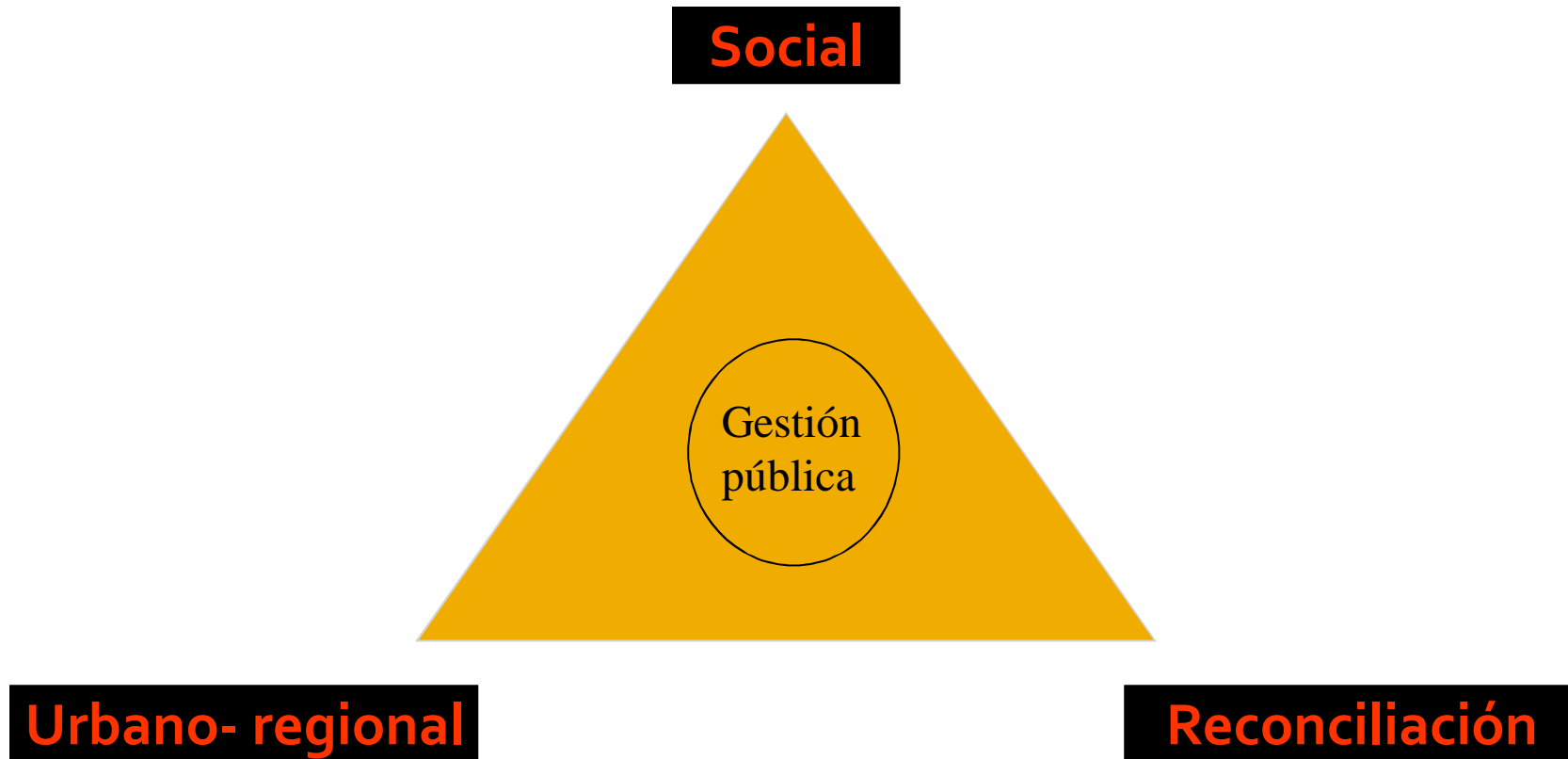


## La experiencia en Bogotá (el inicio: 2004-2008)

- Primer gobierno de coalición entre fuerzas sociales y políticas de izquierda y centro izquierda (PDA, Luis Eduardo Garzón).
- Incorporación de líderes del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, miembros de ALAMES.
- Reconocimiento de la inequidad como principal problema de la ciudad.
- Apuesta por la realización del Estado Social de Derecho a partir de garantía de derechos humanos interdependientes.

**Punto de partida: ejes del Plan Distrital de Desarrollo**  
***Bogotá sin Indiferencia, 2004-2008***

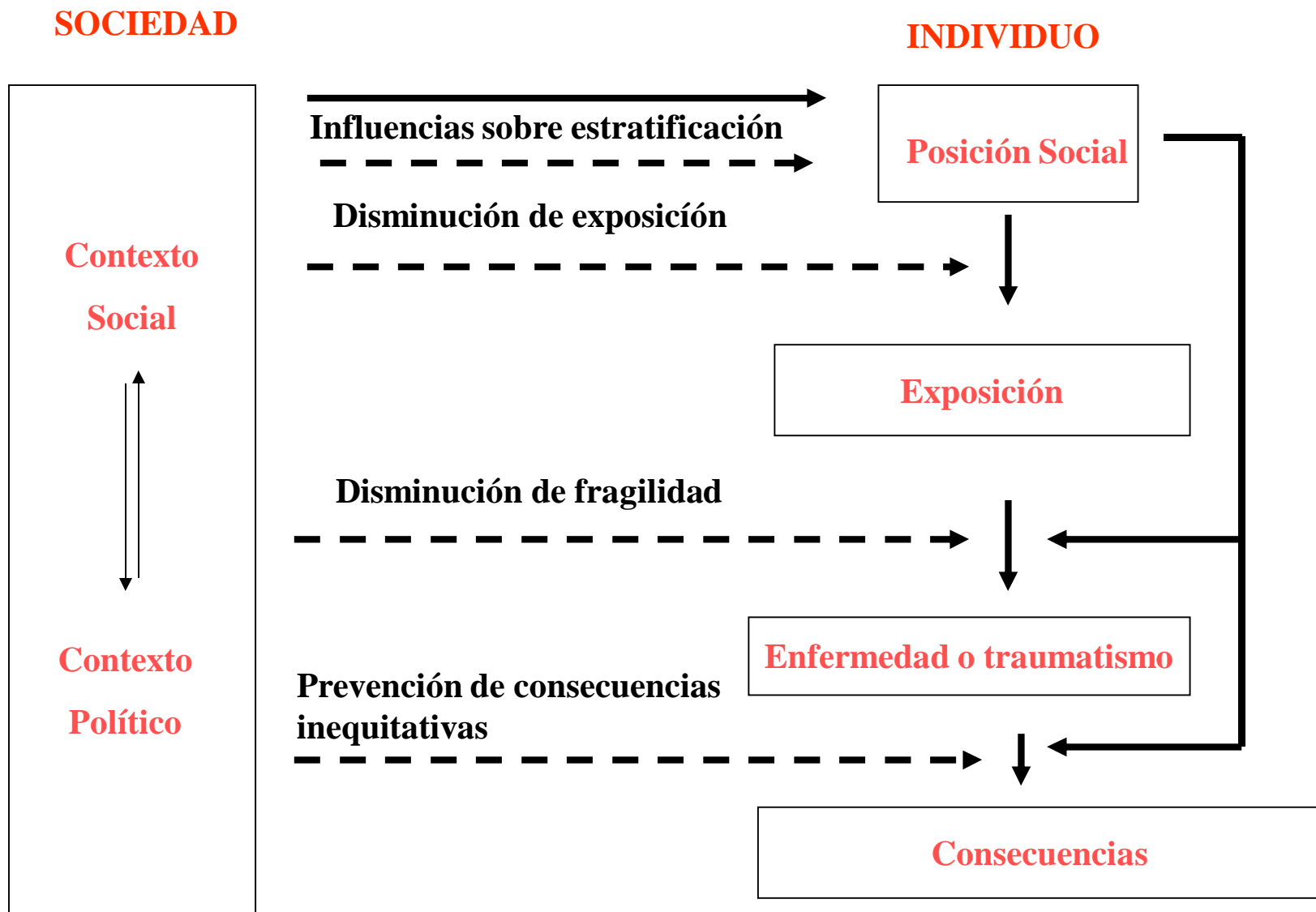
**Avanzar en la garantía del Estados Social de Derecho**



# Propósito de la política de salud: avanzar en la garantía del derecho a la salud

Enfoque promocional de calidad de vida y salud (A. De Negri, 2004).

- Salud como derecho humano, deber del Estado y responsabilidad social
- Concepción positiva de la salud:
  - Realización de proyectos de vida en relaciones sociales y en condiciones favorables (ejercicio de autonomía)
  - Poblaciones que construyen territorios sociales
  - Condiciones que determinan maneras de vivir, enfermar y morir
- Salud como vida buena: calidad de vida
- Equidad como principio orientador de la respuesta estatal y social
- Participación social como eje estructurante



# Pensar en calidad de vida implicaba:

Pasar de:

- ✓ Modo de atención basado en la enfermedad
- ✓ Modo de gestión por servicios curativos
- ✓ Demandas filtradas por la oferta
- ✓ Identificación de fragmentos de las necesidades sociales



Hacia:

- ✓ Imperativo ético de responder a necesidades sociales
- ✓ Modo de atención promocional de la calidad de vida y la salud
- ✓ Modo de gestión apropiado

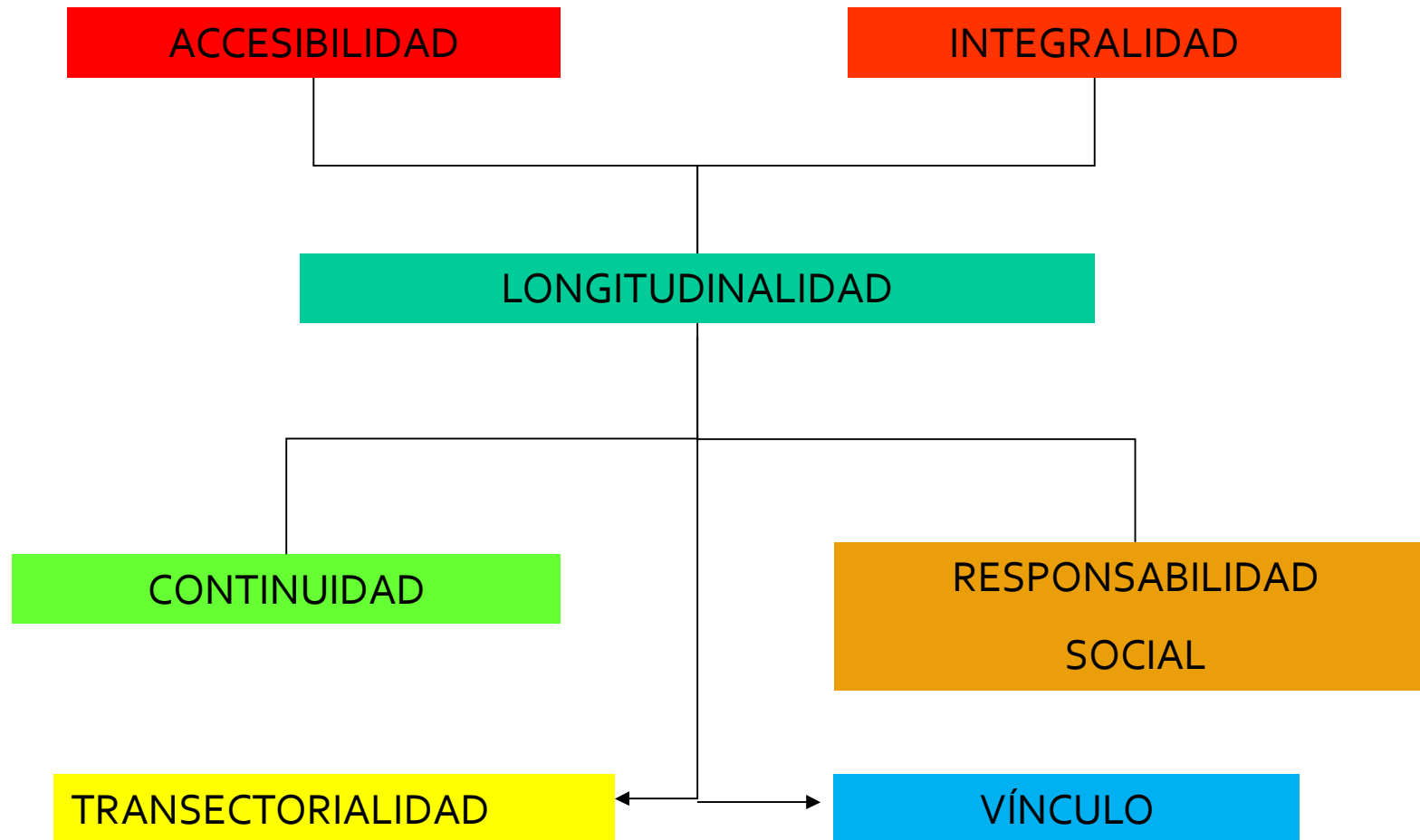
(Comité de DESC .  
Observación N° 14,  
basada en Alma Ata)



# Plan de salud con objetivos estratégicos, estrategias, proyectos

OBJETIVO	ESTRATEGIA	PROYECTOS DE INVERSIÓN RELACIONADOS
Afectar los determinantes de la salud	Abogacía de políticas saludables	Ciudad para la salud y la vida Promoción de la alimentación sana Promoción de ambientes saludables
	Salud en la gestión social de territorios	
	Comunicación en salud	Ciudad para la salud y la vida
Fortalecer el ejercicio de ciudadanía	Construcción de ciudadanía y participación	Ciudadanía en salud
Orientar a todos los actores hacia la atención integral en salud desde el ejercicio de la rectoría territorial del SGSSS	Ejercicio de rectoría territorial y desconcentrada del sistema (dirección, admón de recursos, IVC, tutela gubernativa, asistencia técnica)	Universalización de la atención integral Ciudad para la salud y la vida Redes de servicios de salud Desarrollo de la dirección del sistema y fortalecimiento de la red pública hospitalaria Plan maestro de equipamientos en salud Ciudad Salud Dignificación del trabajo en salud Cooperación técnica local, nacional e internacional
	Implantación progresiva de la APS con enfoque familiar y comunitario en el SGSSS en el DC ( <i>Salud a su Hogar</i> )	
	Organización de redes de servicios de salud en el SGSSS del DC	
	Desarrollo institucional SDS	
	Información para la decisión	Desarrollo del Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS)

# Orientar los servicios con base en los principios de la APS (Starfield, 1999)





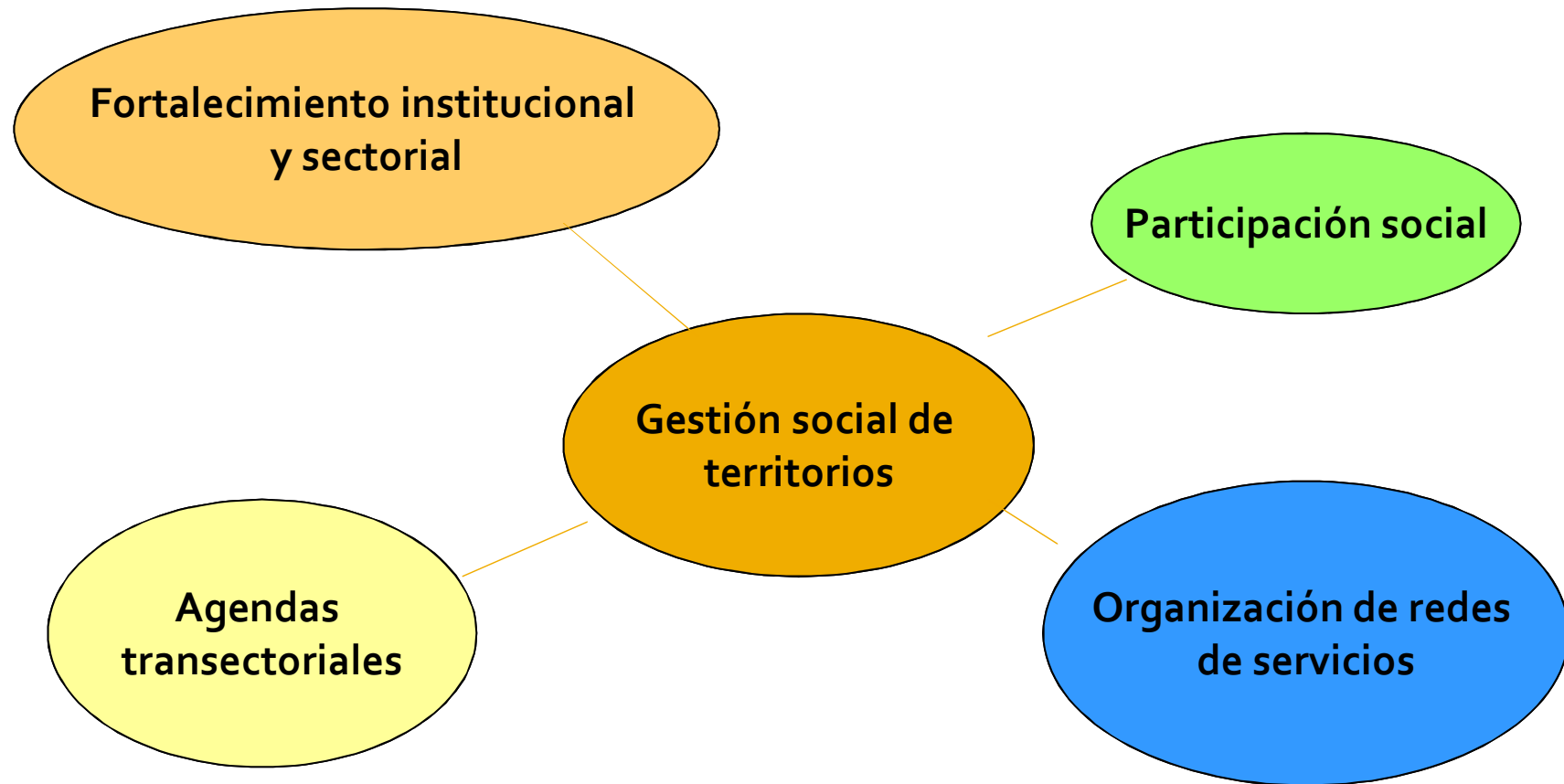
## Características básicas del sistema de seguridad social en salud colombiano de “pluralismo estructurado”.

- **Aseguramiento** con dos regímenes (RC y RS), “vinculados” transitorios (+ regímenes especiales y “medicina prepagada”).
- **Financiamiento** por recursos públicos (fiscales-SGP y parafiscales-Fosyga).
- **Articulación** por medio de “empresas promotoras de salud” (EPS) en “competencia regulada” por transferencias de UPC para garantizar POS.
- **Prestación** por “instituciones prestadores de servicios de salud” (IPS) que incluye hospitales públicos y compiten por contratos con EPS.
- **“Salud Pública”** a cargo de ET a través de PAB, hoy PIC.

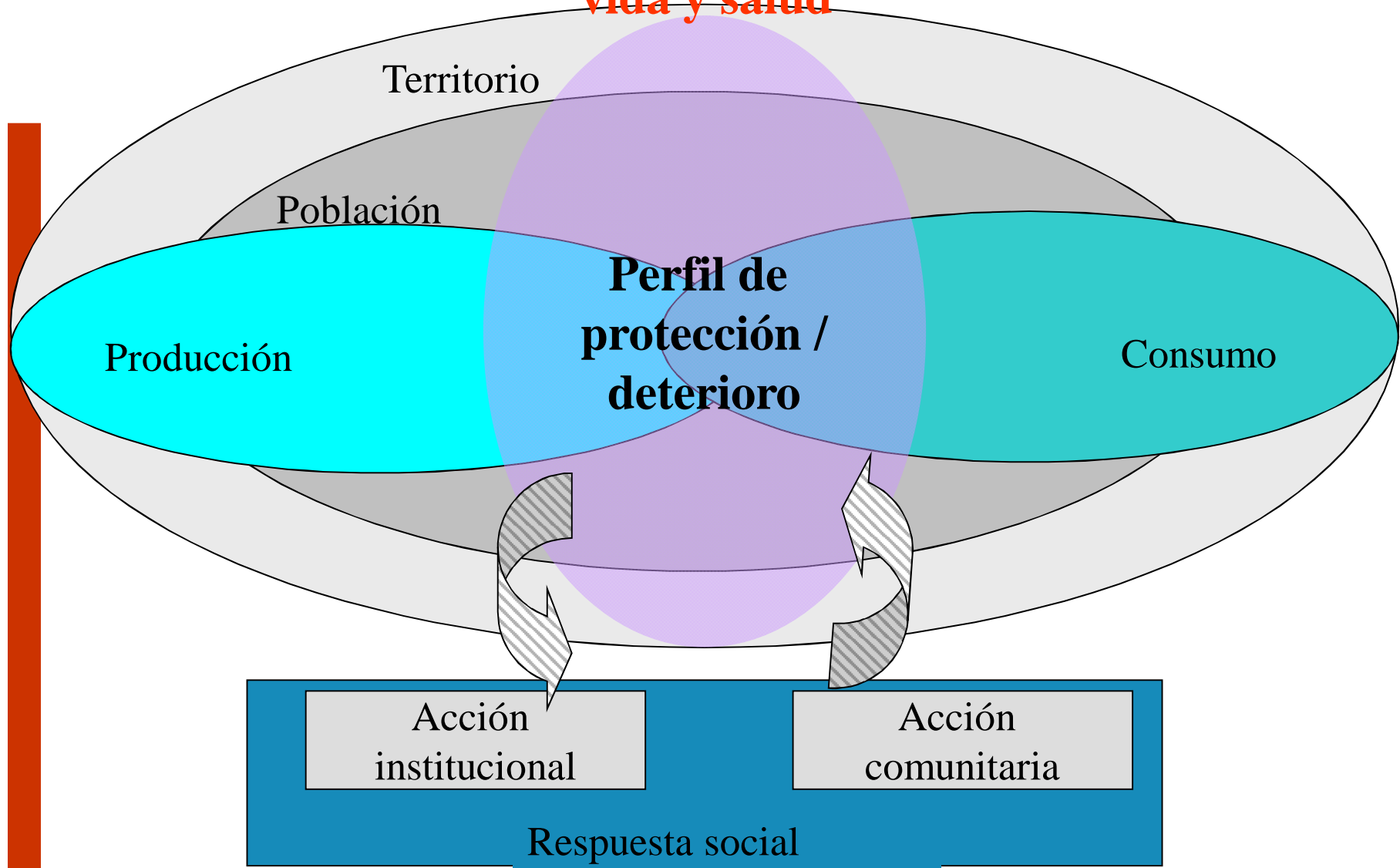
# La propuesta en el marco del SGSSS

- Conciencia de **la posición dominante de las EPS** a partir de su cálculo de rentabilidad (UPC vs. costos POS) = barreras de acceso
- En el sector de servicios, la APS con enfoque familiar y comunitario implicaba **aproximar a los prestadores con las comunidades para presionar a los aseguradores** hacia la atención integral.
- La APS permitiría **integrar las estrategias en los territorios** con **intersectorialidad**, visión de SP y afectar inequidades.
- Se inició con la **red hospitalaria adscrita (ESE)** como experiencia demostrativa.
- La SDS ejercería la **rectoría sobre los aseguradores** (RS y RC) para garantizar atención integral
  - Acercamiento a EPS del RC (no contratan hospitales públicos).
  - Contratos EPS del RS
  - Contratos ESE (vinculados)

# En territorios: un nuevo modo de gestión en salud



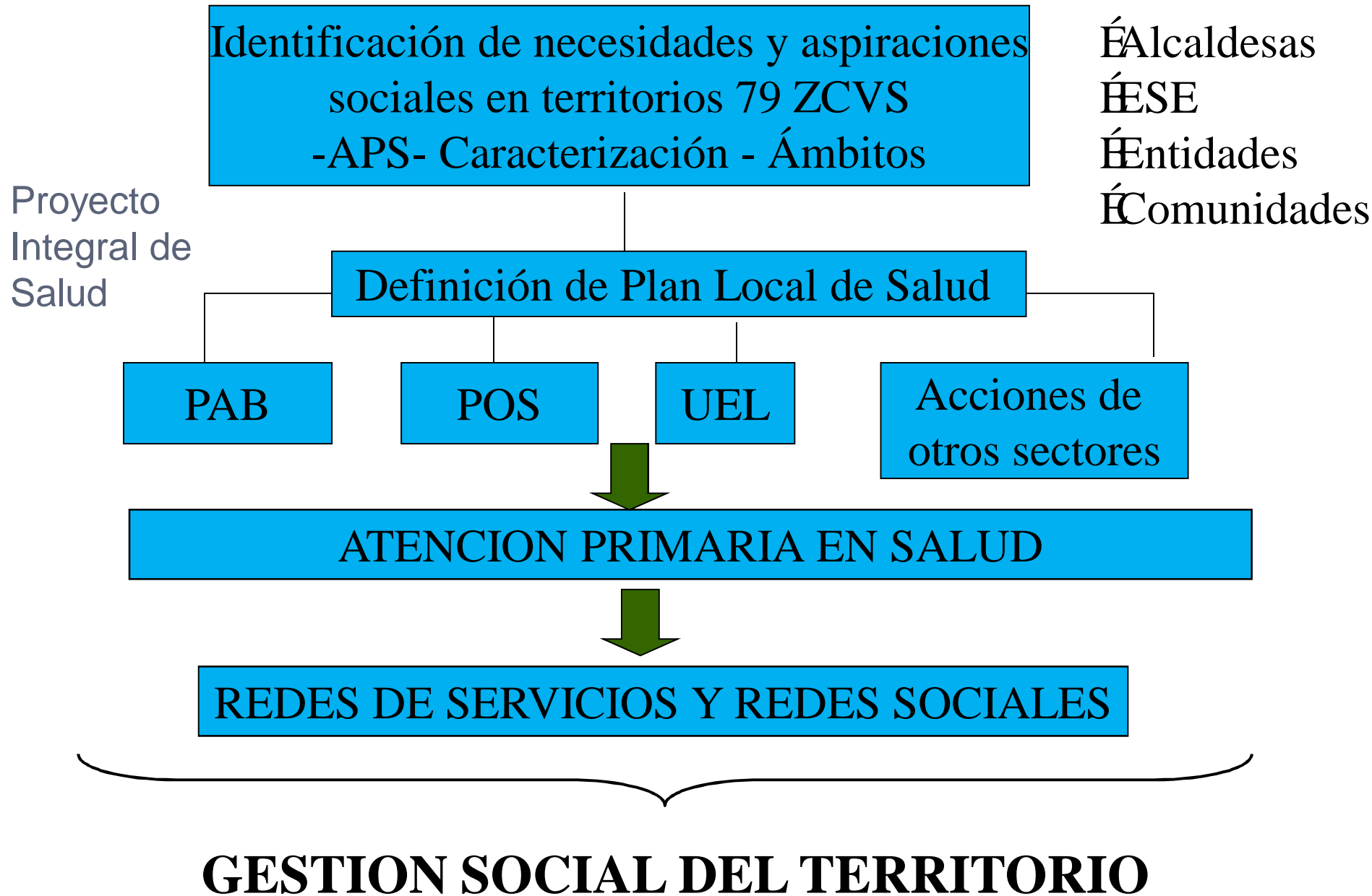
# Punto de partida en diagnósticos locales: análisis de condiciones de vida y salud



# Estrategias y proyectos articulados en territorios

Perspectiva de la gestión social de territorios para la calidad de vida (Distrito-región-cuenca-localidad-UPZ-ZCVS-microterritorio APS-ámbitos de vida cotidiana):

- **Reconocimiento** de actores, individuales y colectivos, que luchan por la apropiación y uso del territorio.
- **Identificación** de necesidades, capacidades, aspiraciones diferenciadas en poblaciones y territorios: **inequidades y brechas**.
- **Construcción** de agendas sociales: prioridades, escenarios, reglas, procesos, resultados de transformación (ESD – sociedad, *Bogotá sin indiferencia*)



# LOCALIDAD CUARTA SAN CRISTOBAL

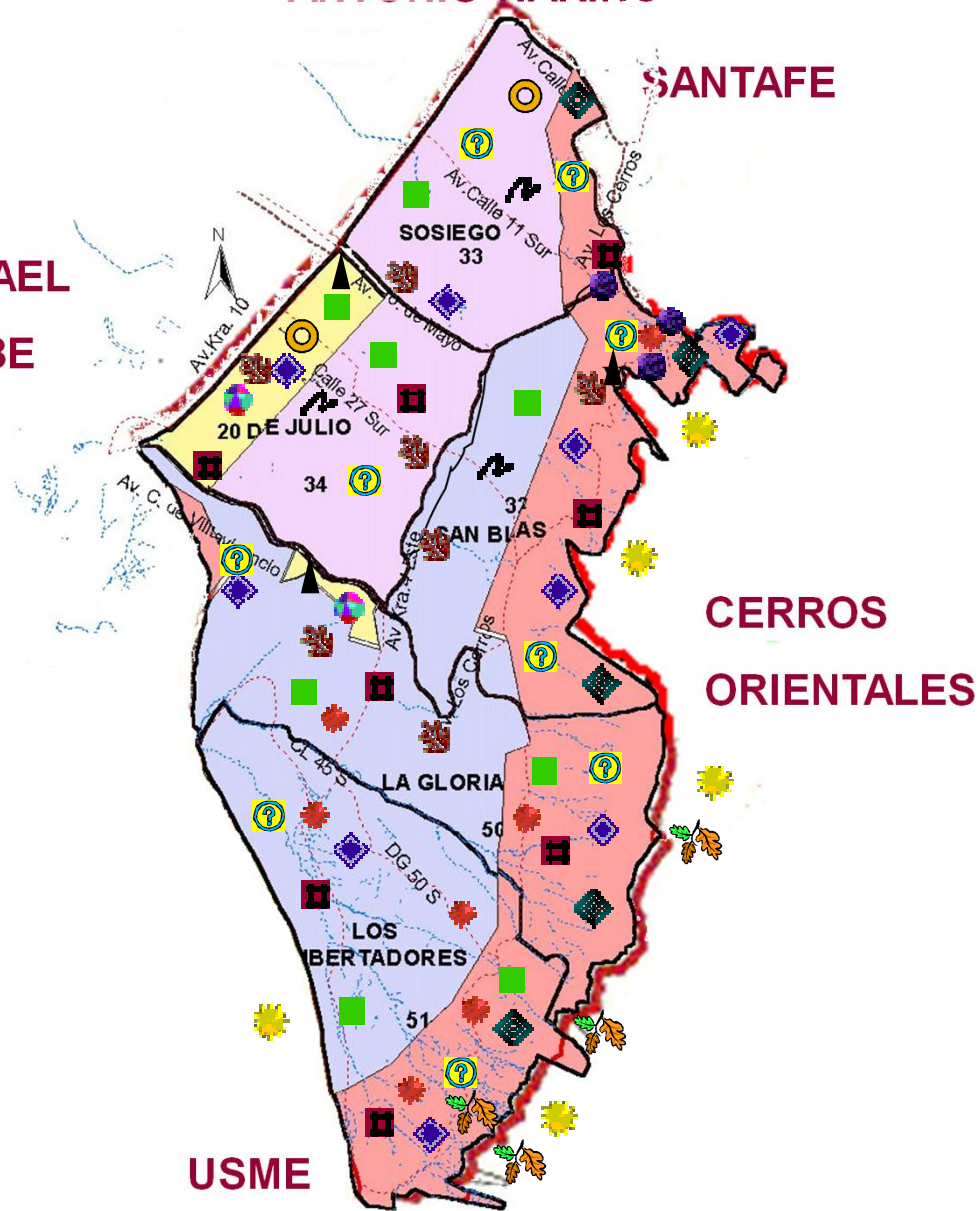
ANTONIO NARIÑO

SANTAFE

RAFAEL

URIBE

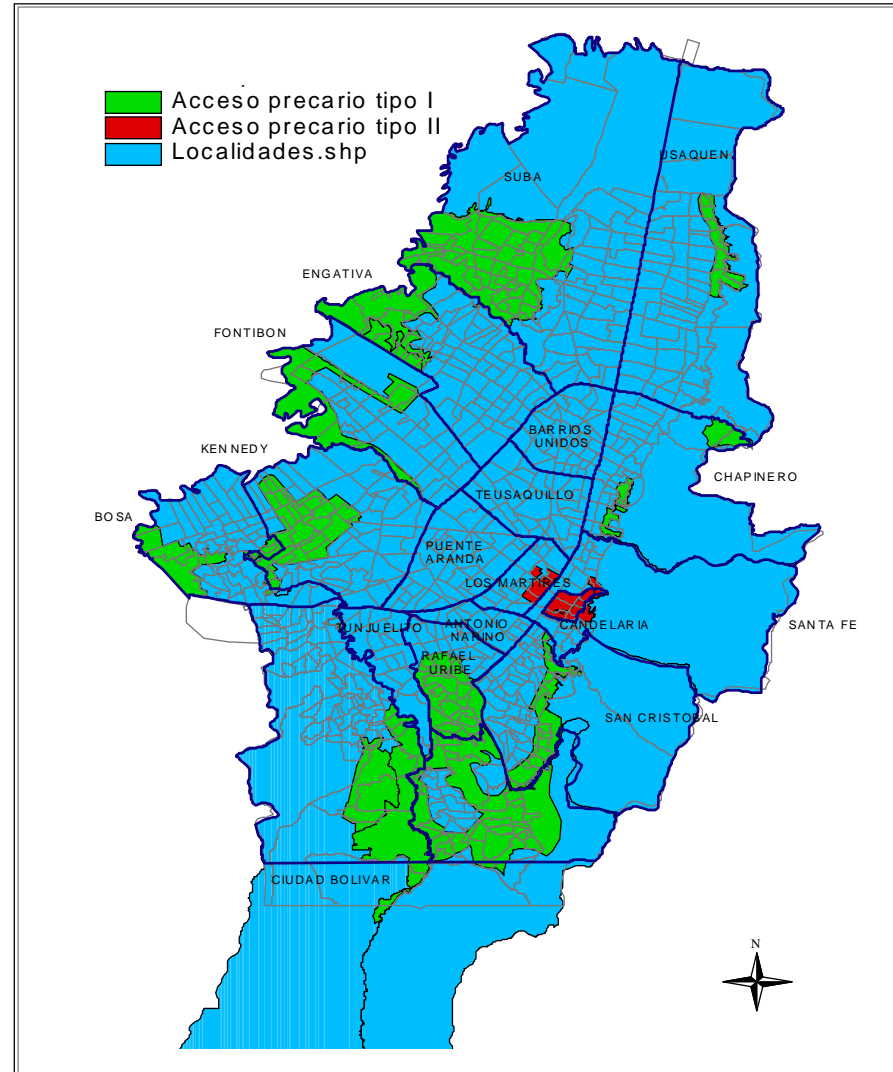
Ejemplo  
de Dx  
local



CERROS  
ORIENTALES

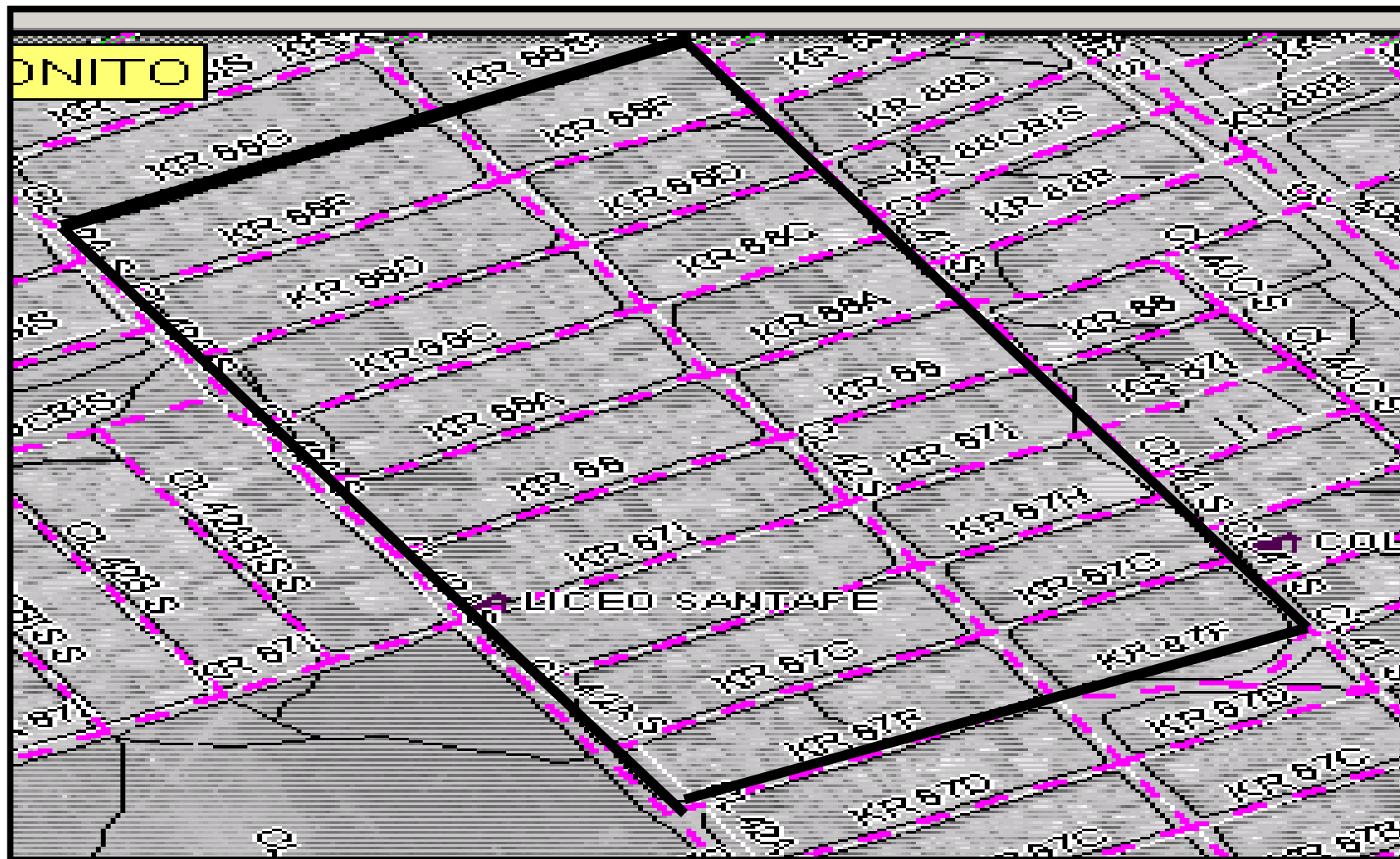
USME

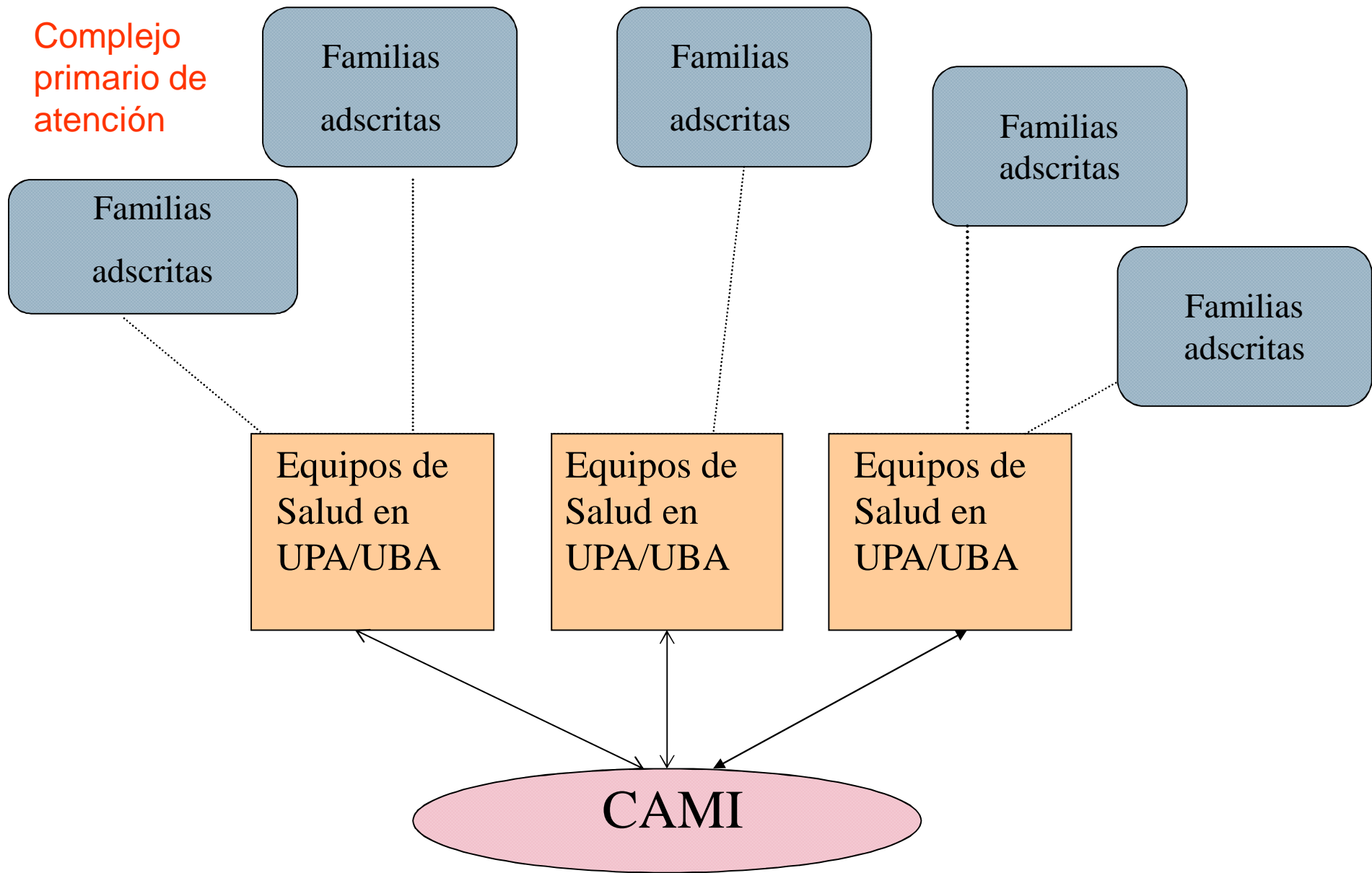
# Selección de zonas prioritarias para *Salud a su Hogar*



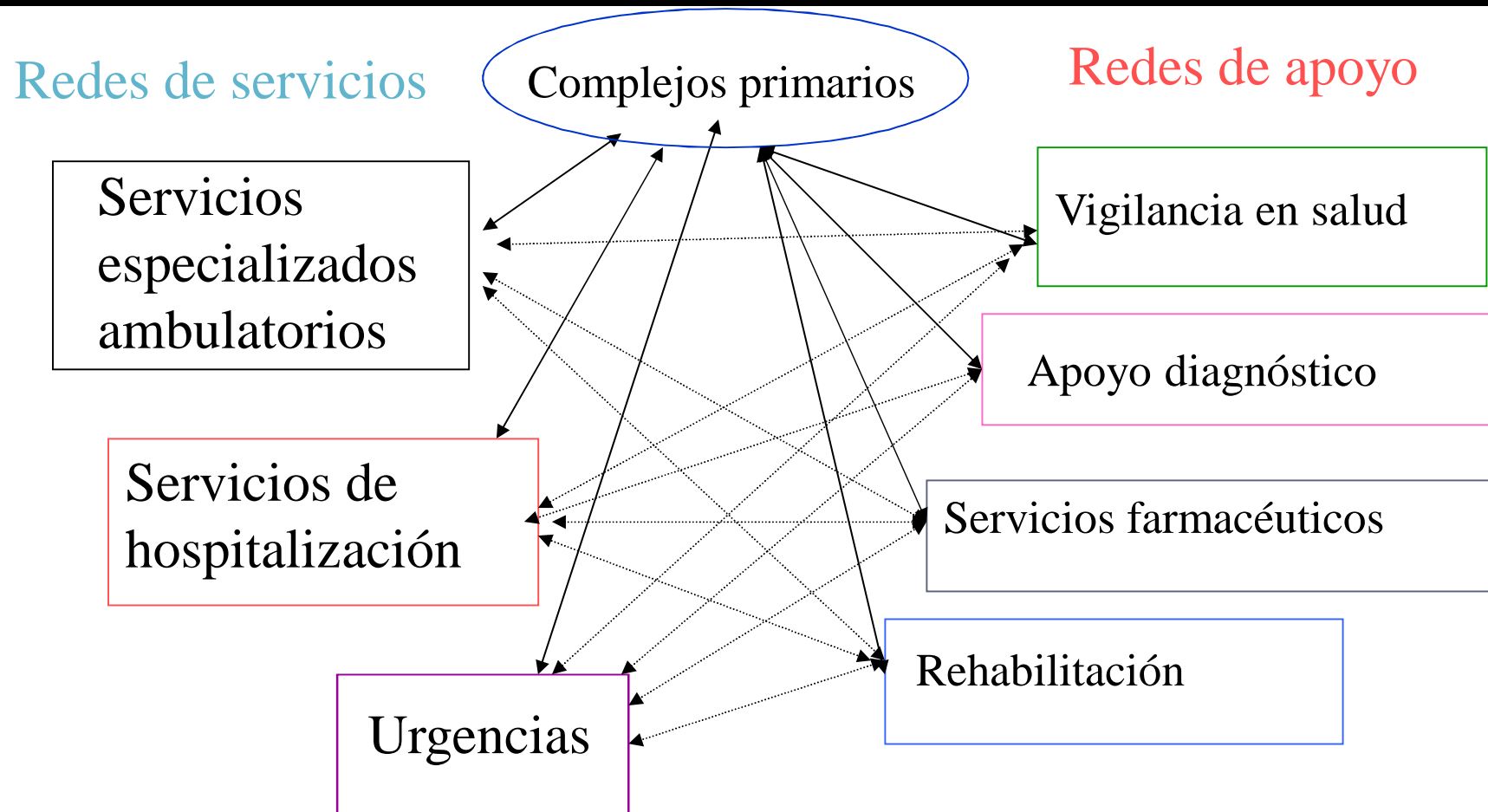


## Ejemplo de microterritorio en Patio Bonito (Kennedy)

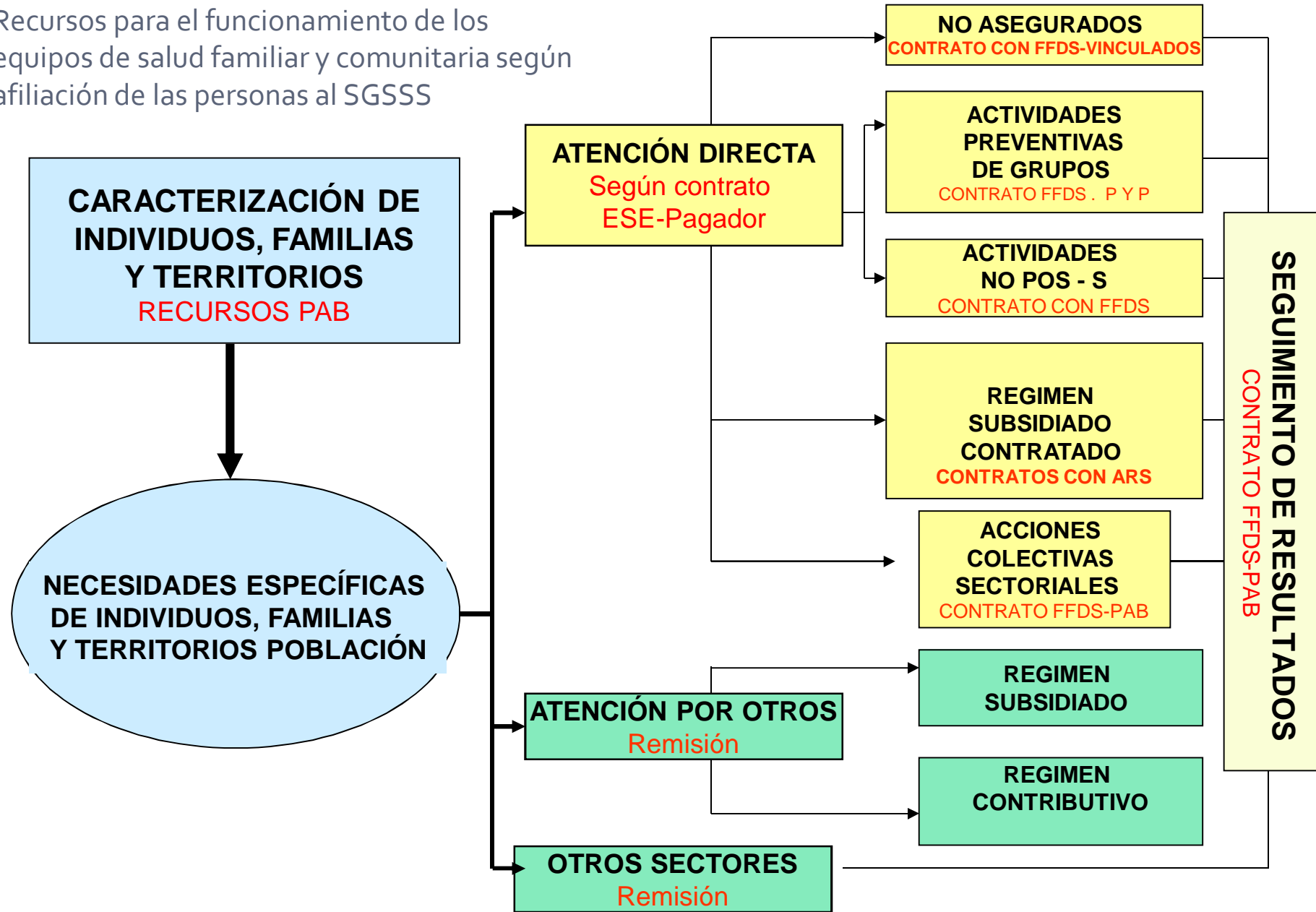




# Complejos primarios como puerta de entrada al sistema

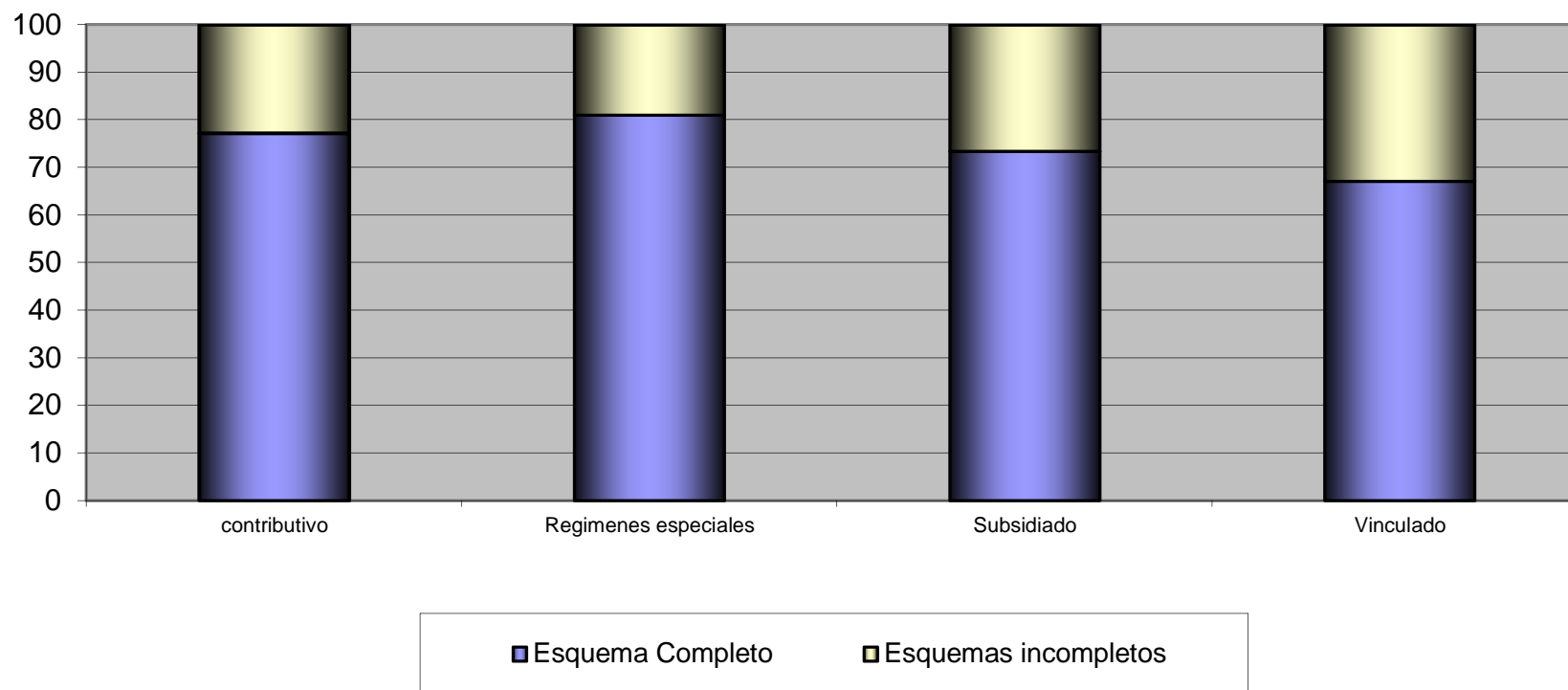


Recursos para el funcionamiento de los equipos de salud familiar y comunitaria según afiliación de las personas al SGSSS



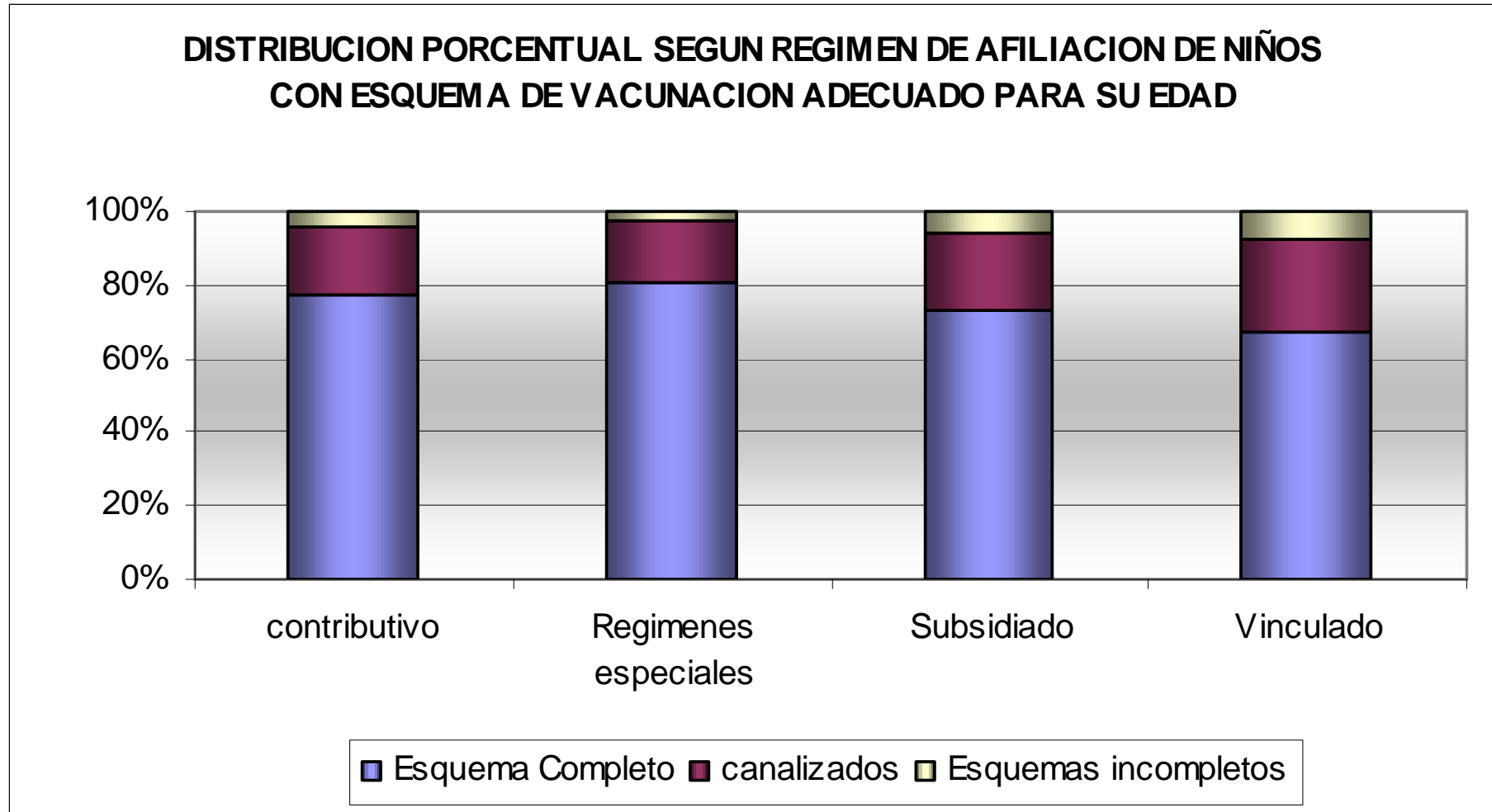
# Programa Ampliado de Inmunización (PAI) Esquemas completos para la edad

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGUN RÉGIMEN DE AFILIACIÓN DE NIÑOS CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN ADECUADO PARA SU EDAD SEGÚN CARACTERIZACIÓN



Fuente: Bases de Datos Salud a Su Hogar, fase de caracterización y seguimiento

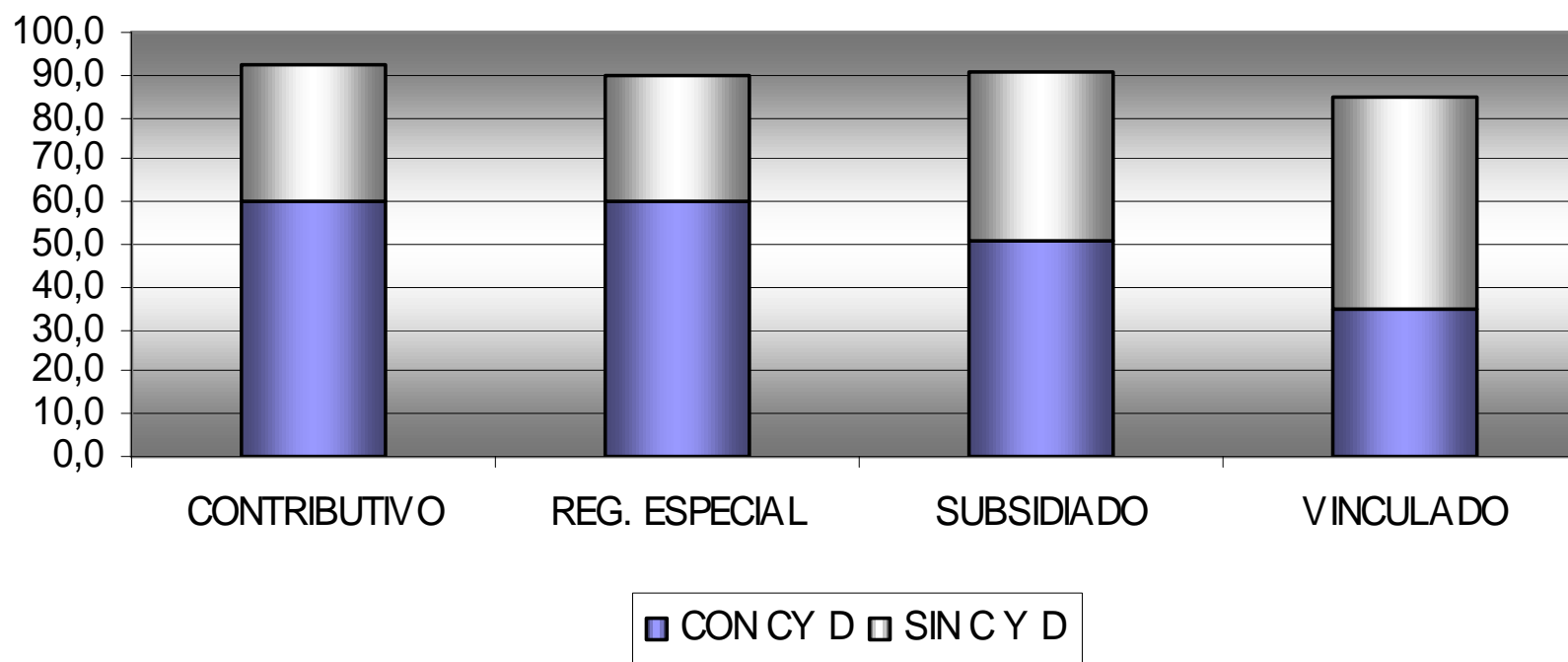
# Avances en canalización e incorporación al programa PAI



Fuente: Bases de Datos Salud a Su Hogar, fase de caracterización y seguimiento

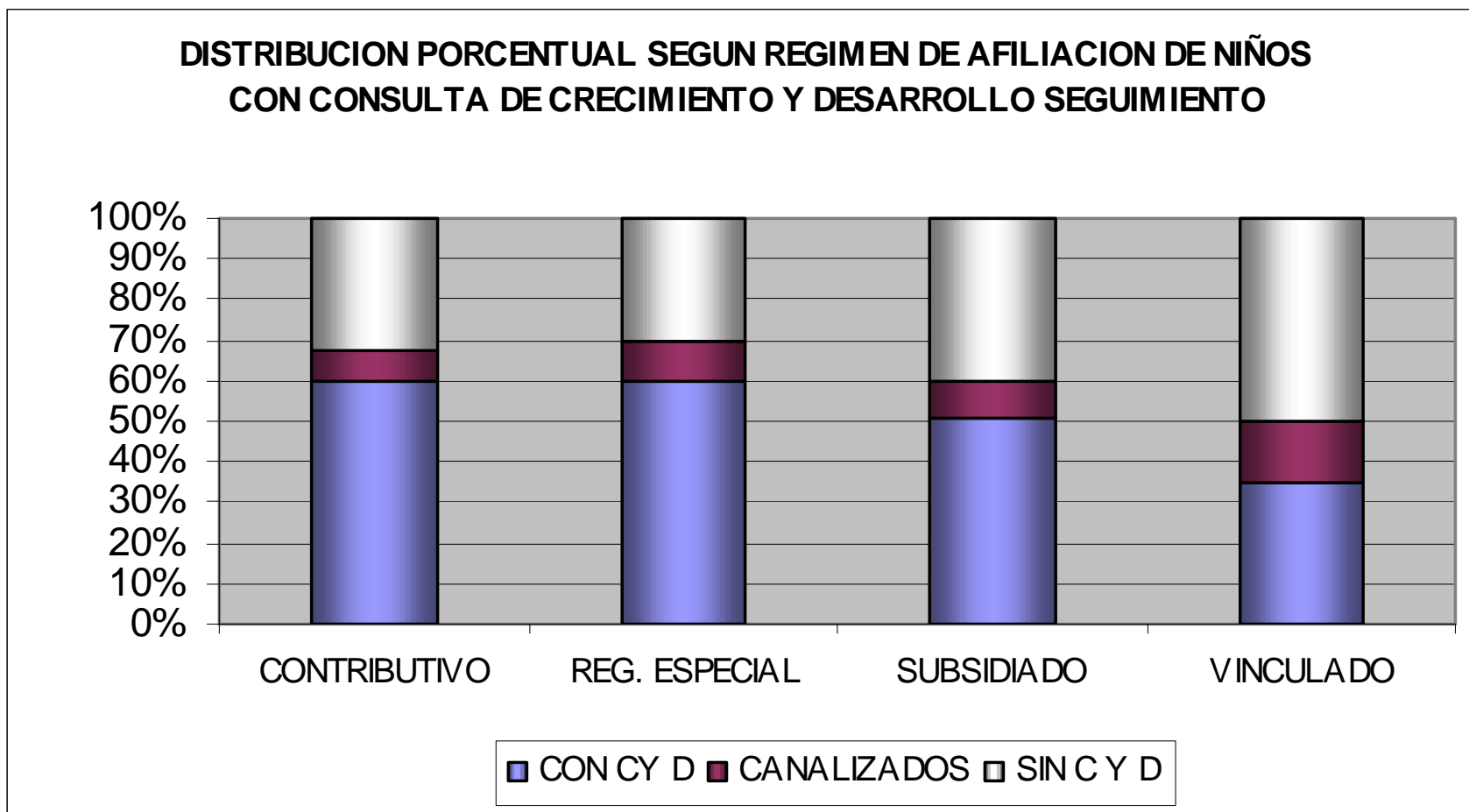
# Crecimiento y desarrollo en menores de cinco años

**DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN REGIMEN DE AFILIACION DE NIÑOS  
CON CONSULTA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO  
FASE: CARACTERIZACION**



Fuente: Bases de Datos Salud a Su Hogar, fase de caracterización y seguimiento

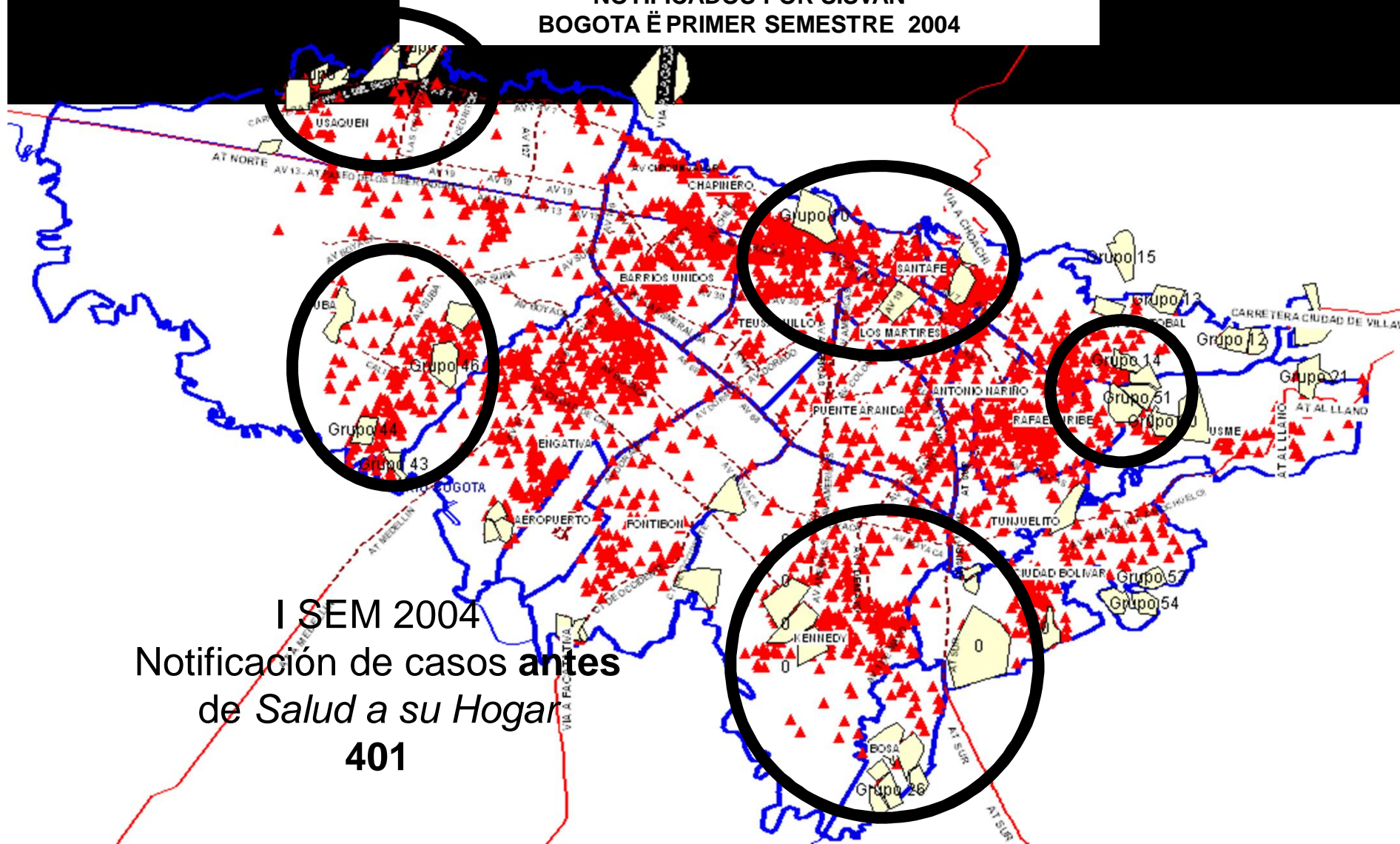
# Canalización e incorporación al programa de crecimiento y desarrollo



Fuente: Bases de Datos Salud a Su Hogar, fase de caracterización y seguimiento

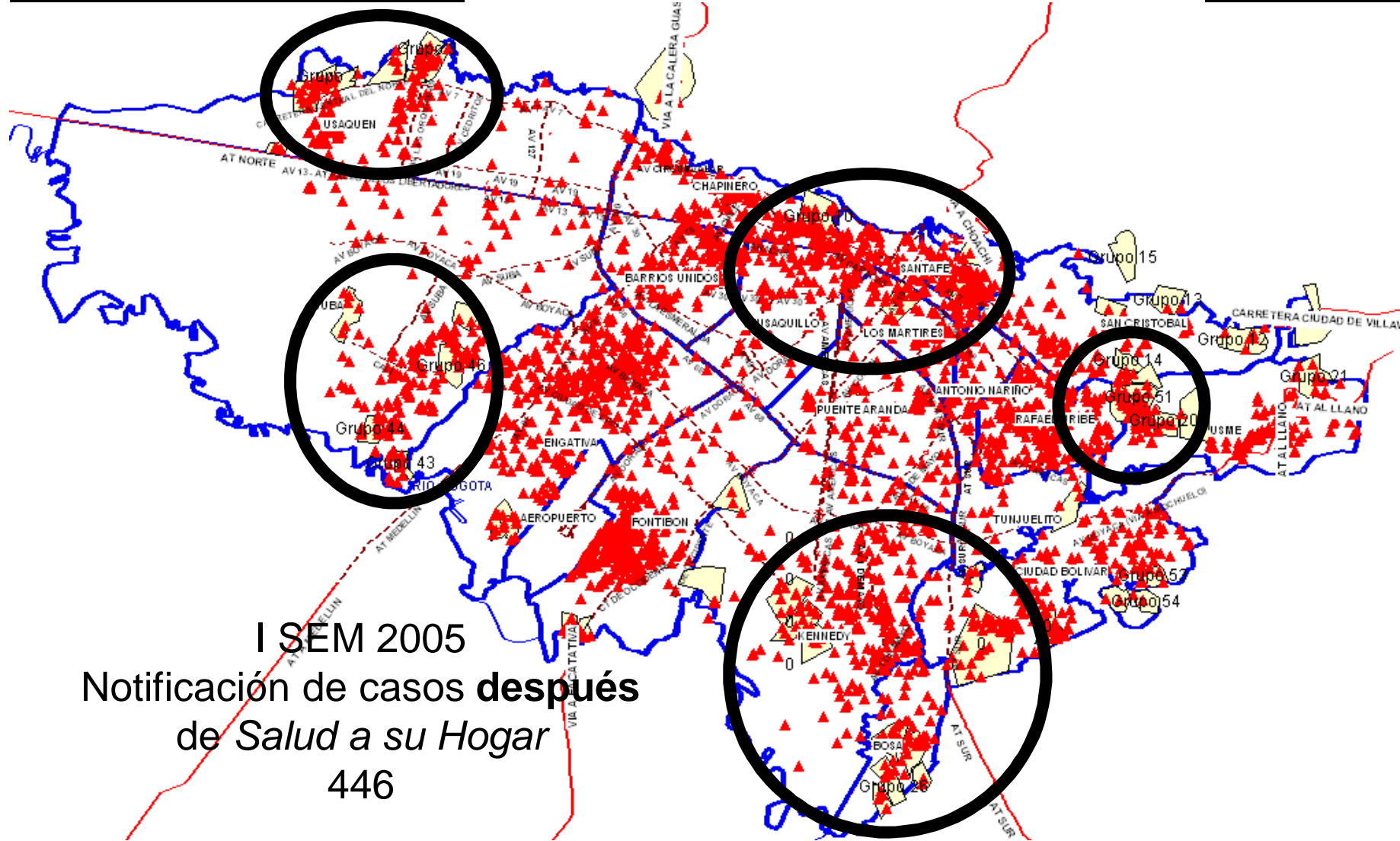


SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
CASOS DE DESNUTRICION EN MENORES DE 7 AÑOS  
NOTIFICADOS POR SISVAN  
BOGOTA È PRIMER SEMESTRE 2004



I SEM 2004  
Notificación de casos **antes**  
de *Salud a su Hogar*  
**401**

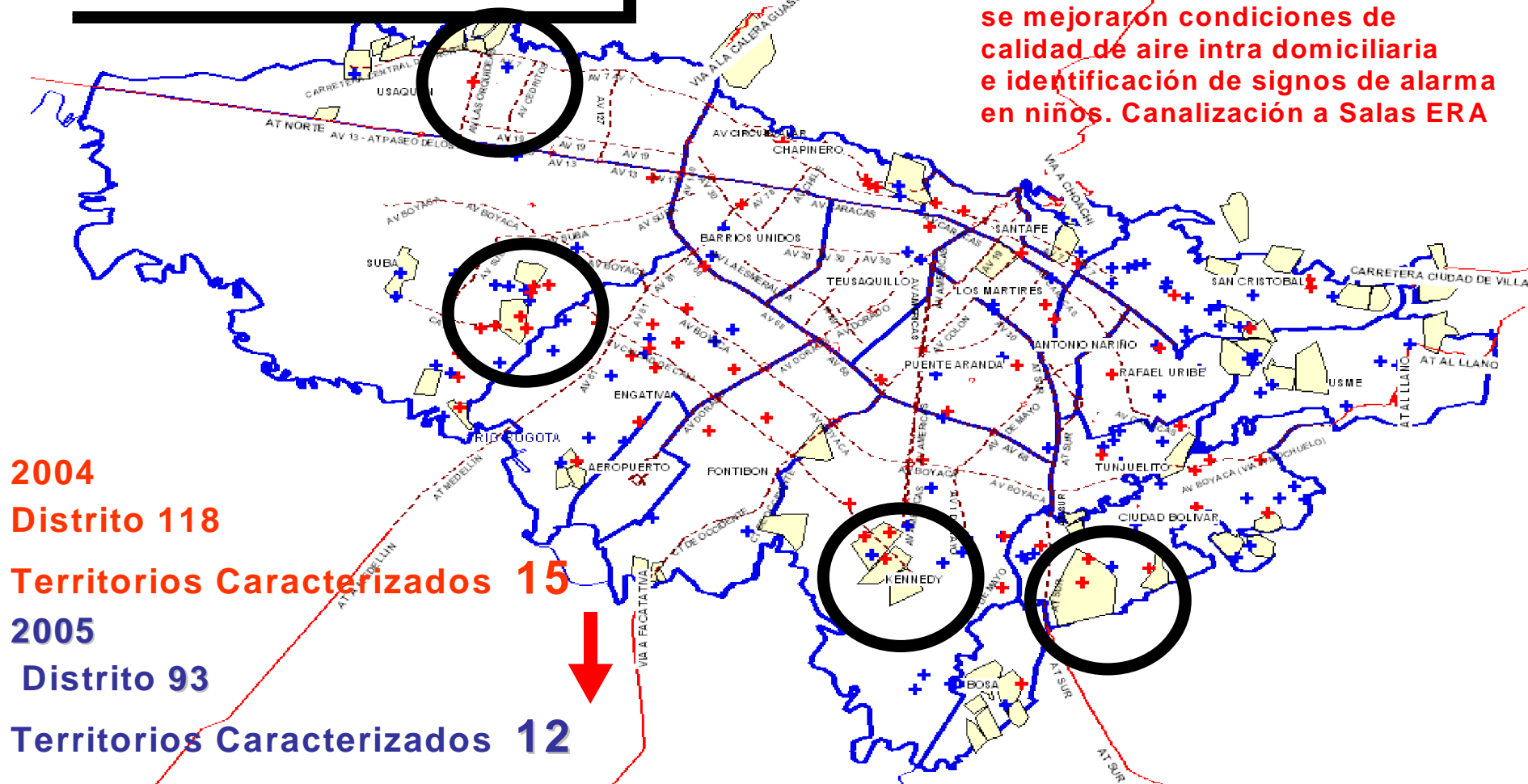
SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
CASOS DE DESNUTRICION EN MENORES DE 7 AÑOS  
NOTIFICADOS POR SISVAN  
BOGOTÁ PRIMER SEMESTRE 2005



Fuente: Bases de Datos Salud a Su Hogar, fase de caracterización y seguimiento - SISVAN

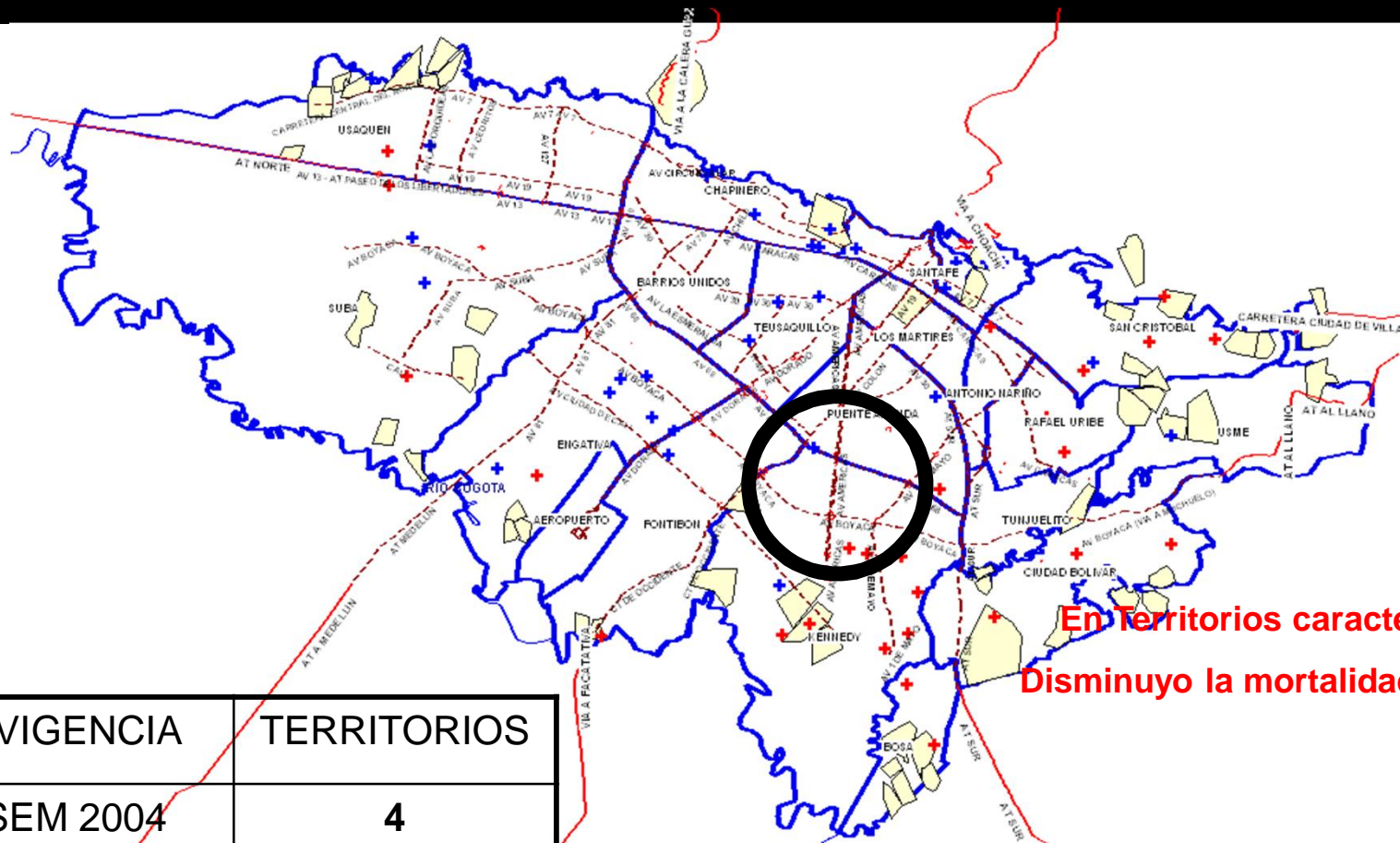
**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
CASOS DE MUERTES POR  
ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA  
BOGOTA - PRIMER SEMESTRE 2004 - 2005**

**En Territorios caracterizados se mejoraron condiciones de calidad de aire intra domiciliaria e identificación de signos de alarma en niños. Canalización a Salas ERA**





**SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD  
CASOS DE MUERTES MATERNAS  
BOGOTA PRIMER SEMESTRE  
2004 - 2005**

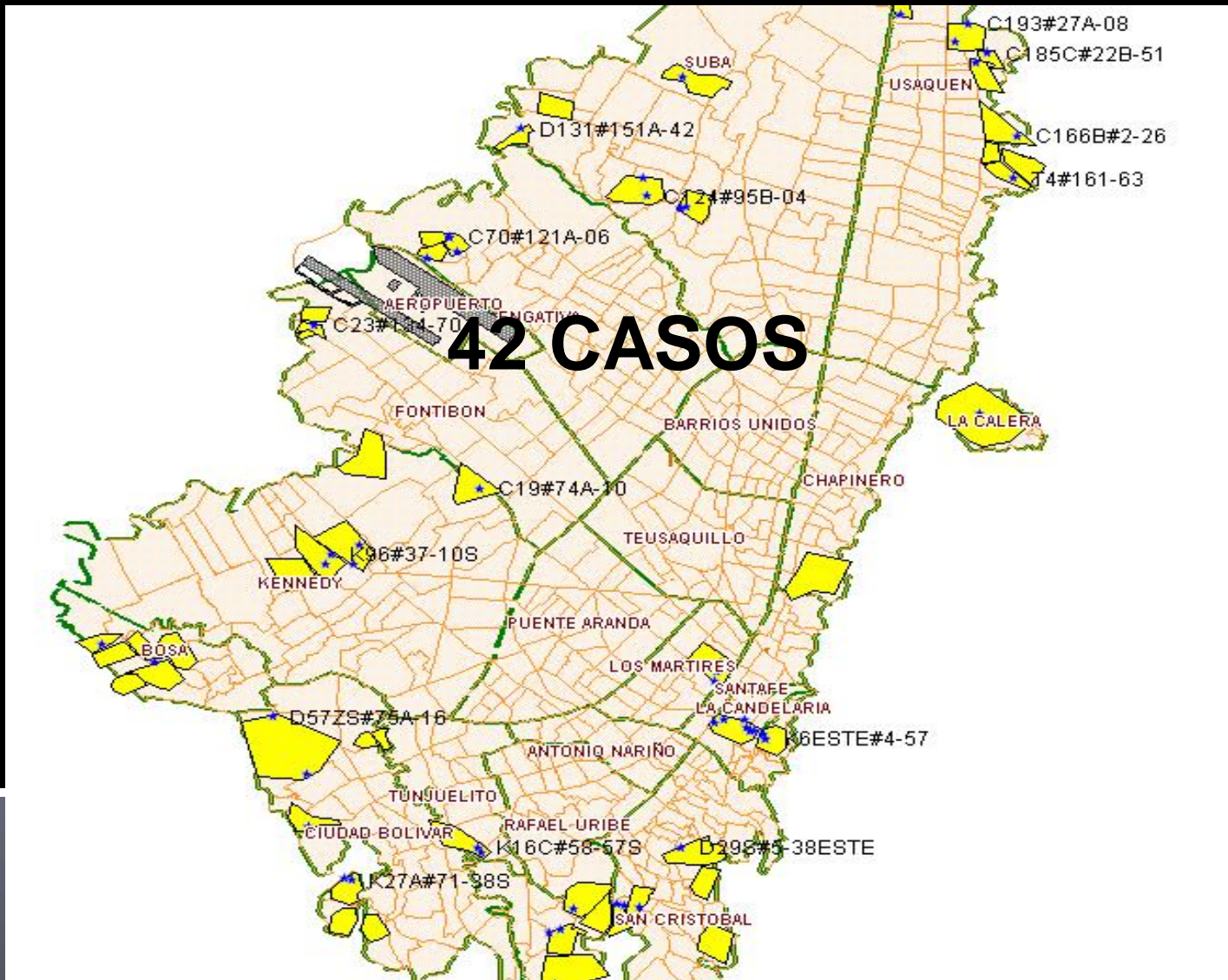


**En Territorios caracterizados  
Disminuyó la mortalidad materna.**

VIGENCIA	TERRITORIOS
I SEM 2004	<b>4</b>
I SEM 2005	<b>3</b>

Fuente: Bases de Datos Salud a Su Hogar, fase de caracterización y seguimiento. . ESTADISTICAS VITALES

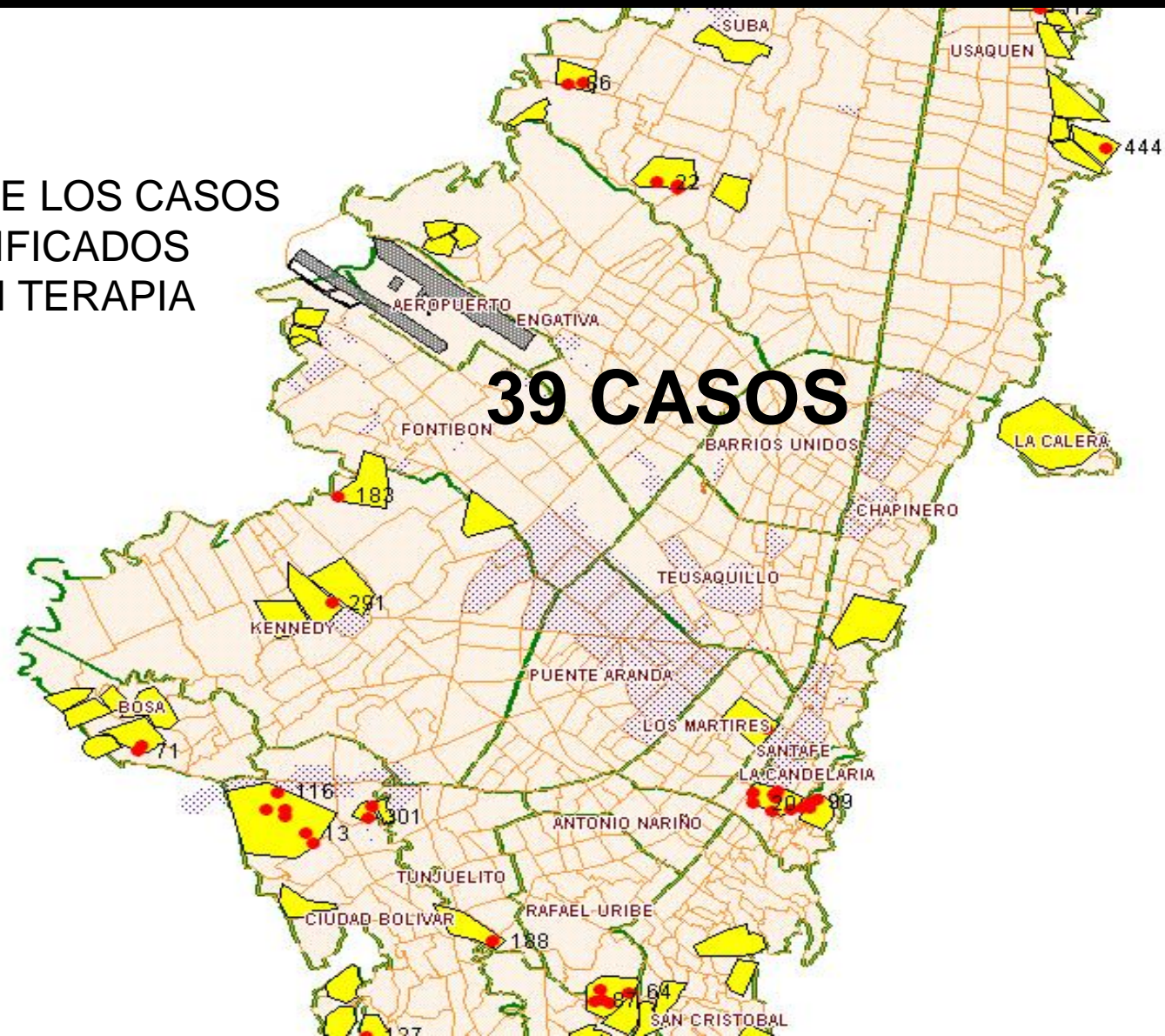
# NUMERO DE CASOS NOTIFICADOS DE TB VIGENCIA : I SEM 2004



Fuente: Bases de Datos Salud a Su Hogar, fase de caracterización y seguimiento. - SAA



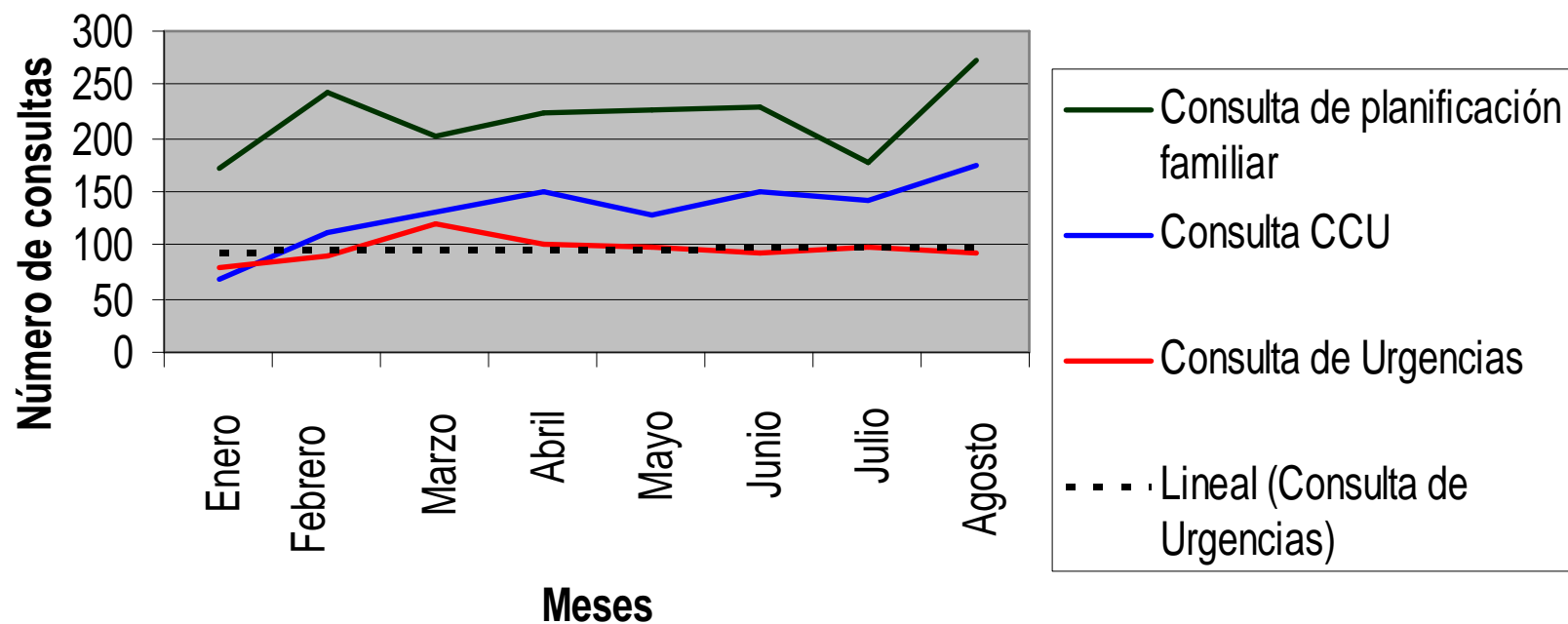
EL 100% DE LOS CASOS  
IDENTIFICADOS  
Y CON TERAPIA



Fuente: Bases de Datos Salud a Su Hogar, fase de caracterización y seguimiento. - SAA

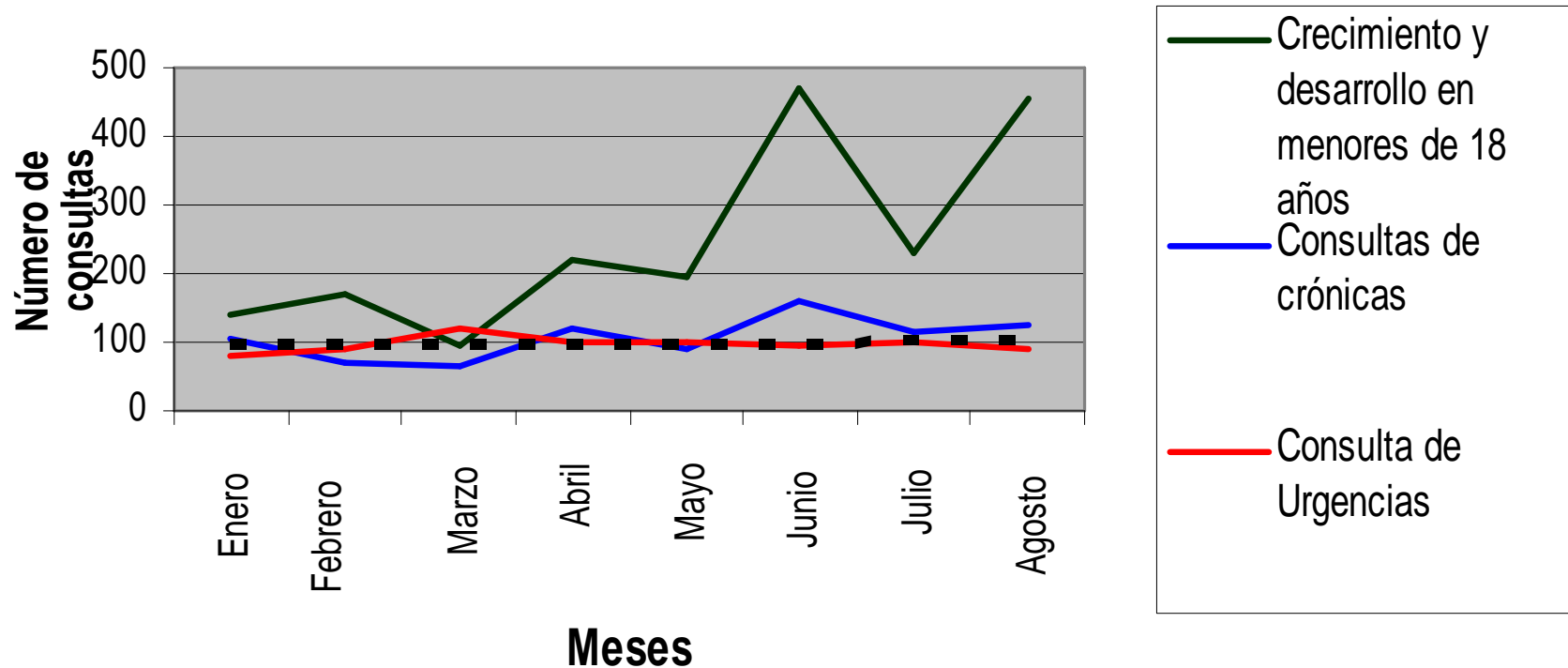
## Tendencia al aumento de acciones preventivas prioritarias

**Consultas en población de territorios de *Salud a su hogar*.  
H. Vista Hermosa. Localidad Ciudad Bolívar. Fuente RIPS.  
2005**



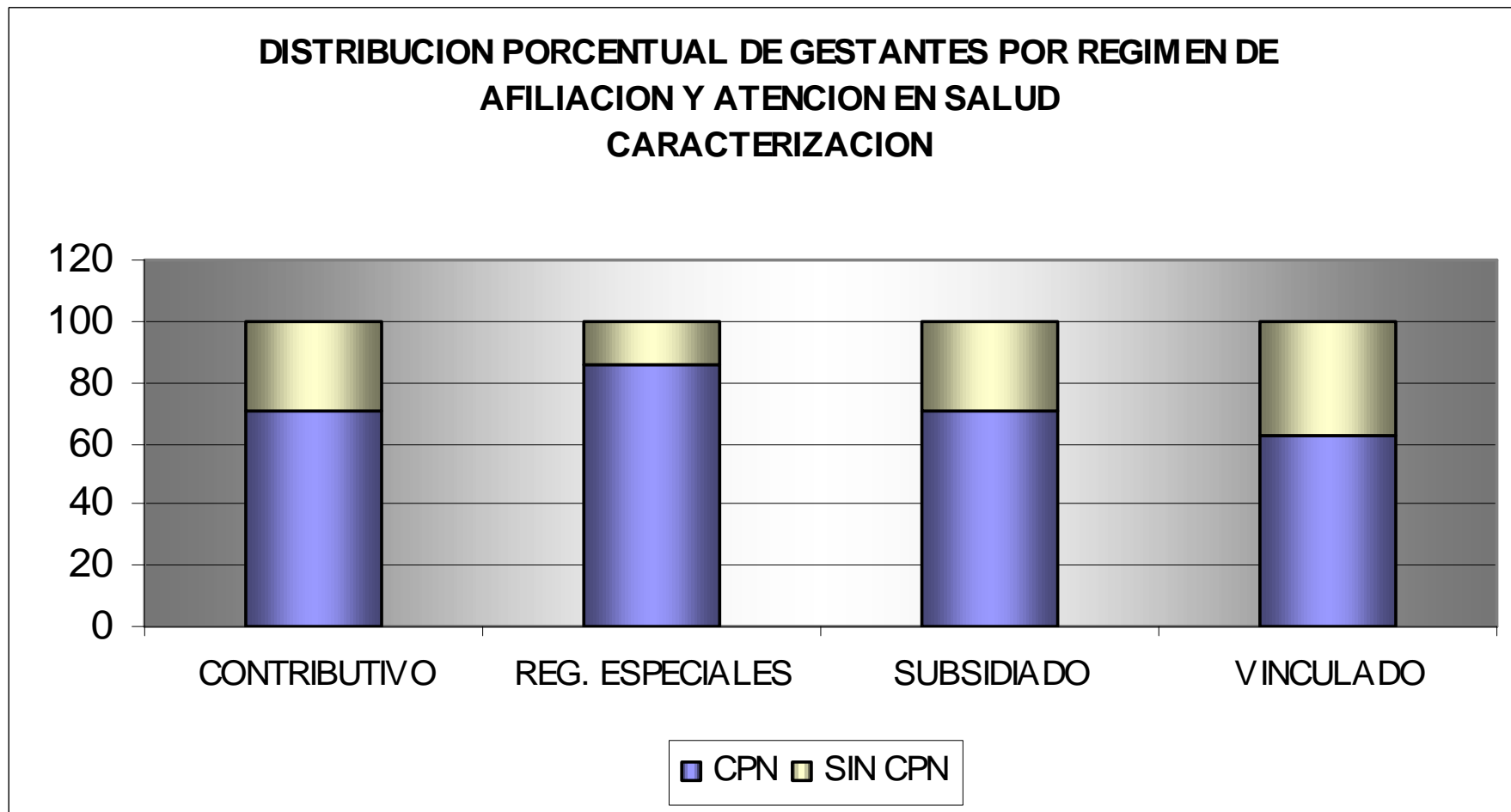
## Tendencia al aumento de acciones preventivas prioritarias

### Consultas en población de territorios de *Salud a su hogar*, H. Vista Hermosa, Localidad Ciudad Bolívar. Fuente RIPS. 2005



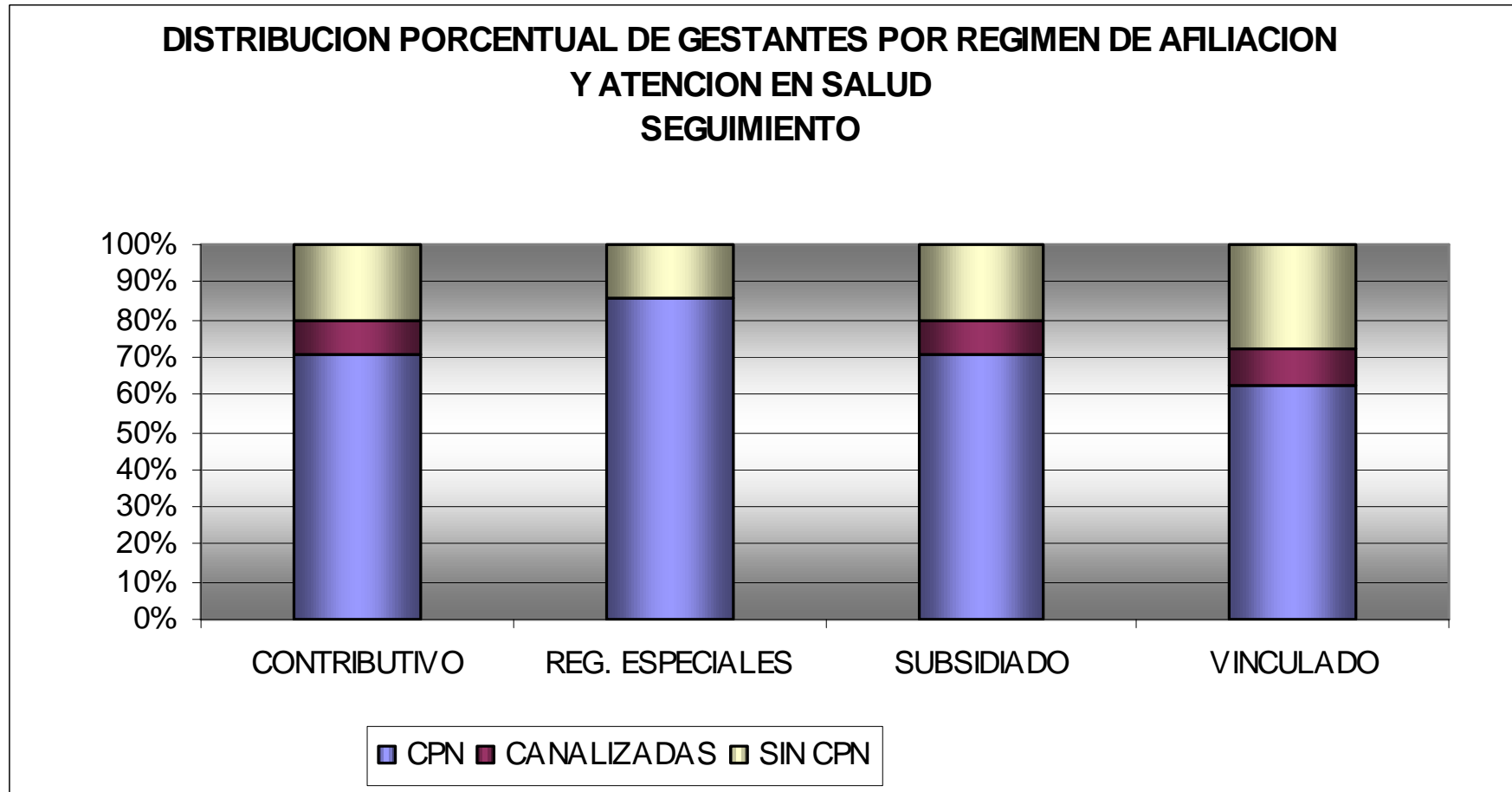


# Control prenatal



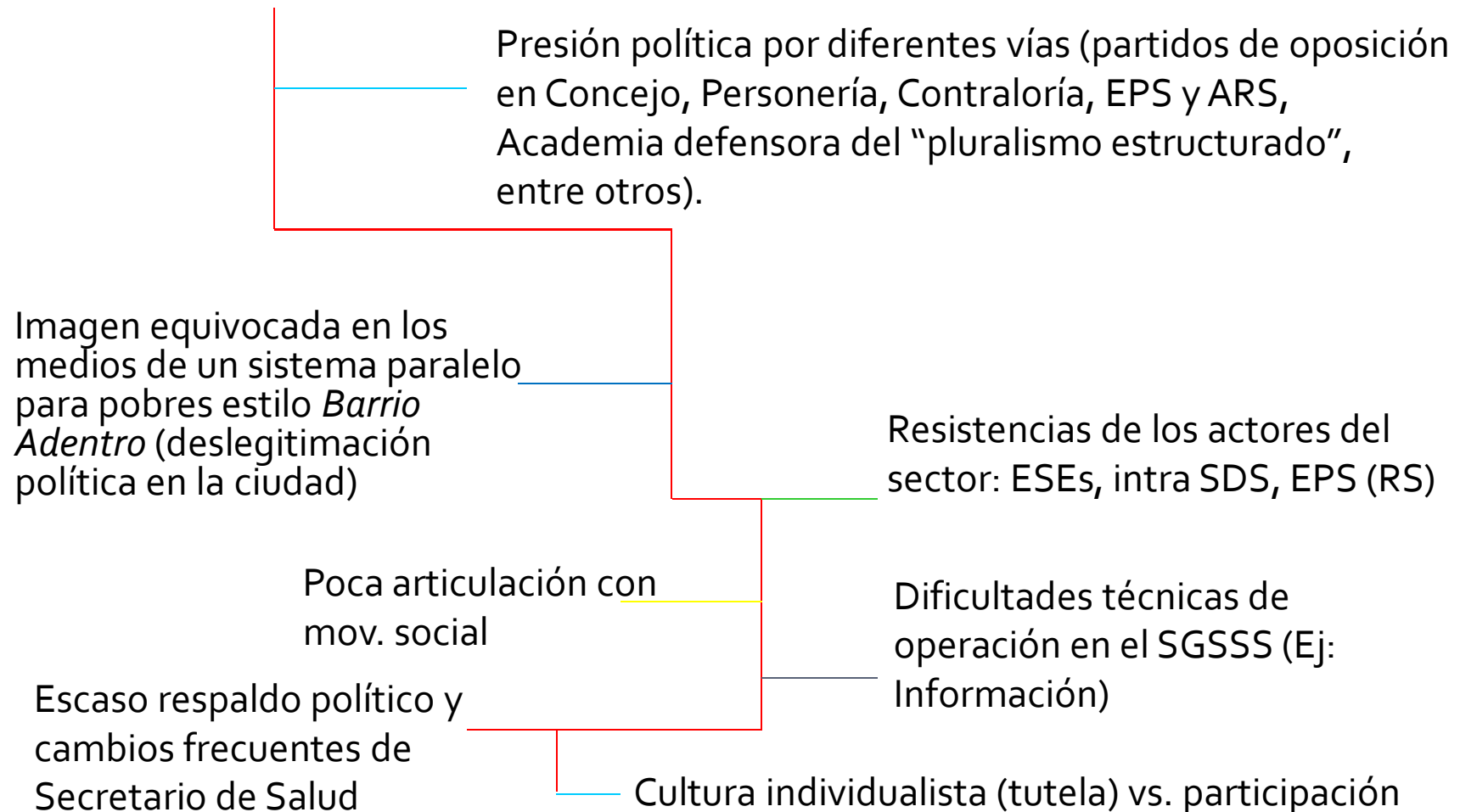
Fuente: Bases de Datos Salud a Su Hogar, fase de caracterización y seguimiento

# Incorporación a control prenatal



# Las dificultades tempranas para la ejecución

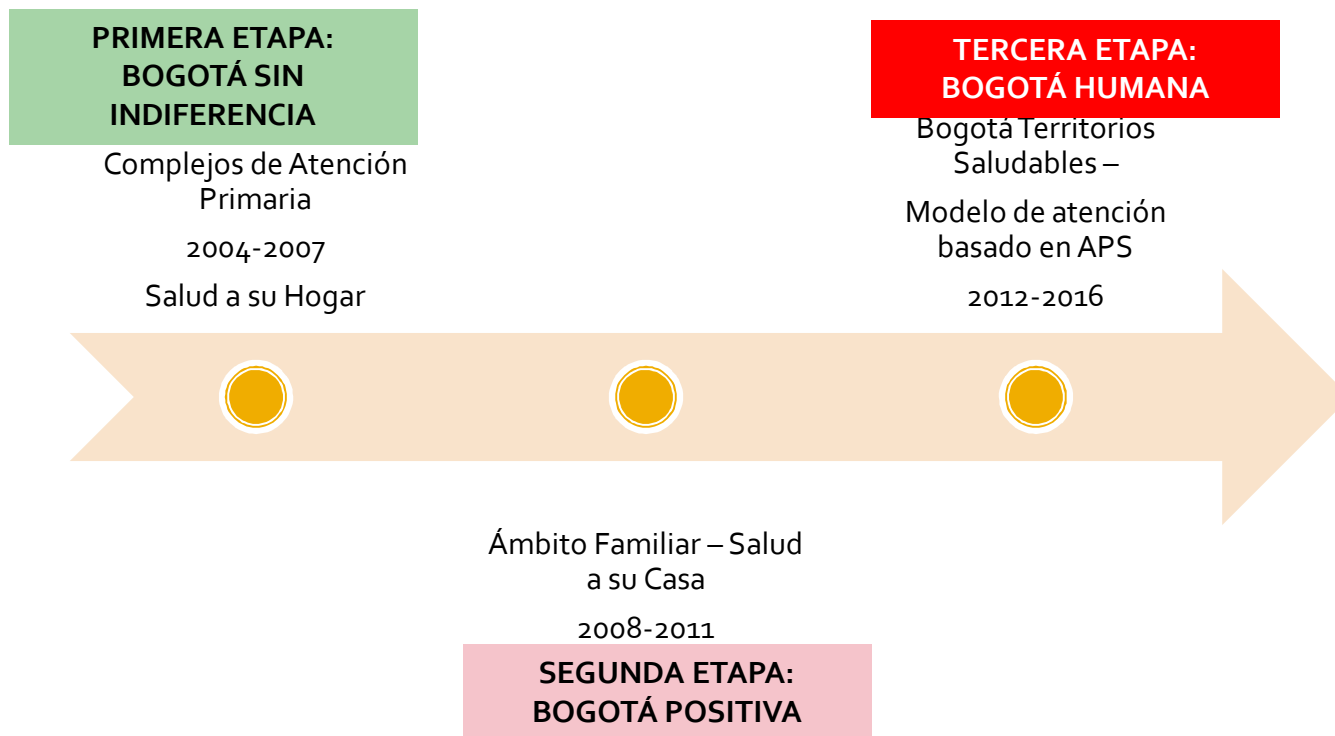
Se confundió *Salud a su Hogar* con la política distrital de salud



## Las dificultades para la ejecución y continuidad

- Dada la reacción de varios actores del sistema y del sector político de la ciudad, el Alcalde retiró el respaldo (2005-2006).
- Se mantuvieron cuadros clave en Salud Pública, pero no en otras secciones de la SDS.
- Entre 2008 y 2015 siguieron dos gobiernos más de “coalición de izquierda”, con rupturas en el PDA por el caso de corrupción en el gobierno de Moreno Rojas (2008-2011).
- Se mantuvo el componente de “APS”, como equipos de salud familiar y comunitaria en los territorios, se intentó construir una estrategia de “gestión social de territorios” con fortalecimiento de la participación social.

## ETAPAS DE LA APS EN BOGOTÁ



Fuente: SDS - DSP. (2014). Elaborado: Equipo de gestión de la información, análisis, monitoreo y evaluación de la operación local del Programa Territorios Saludables

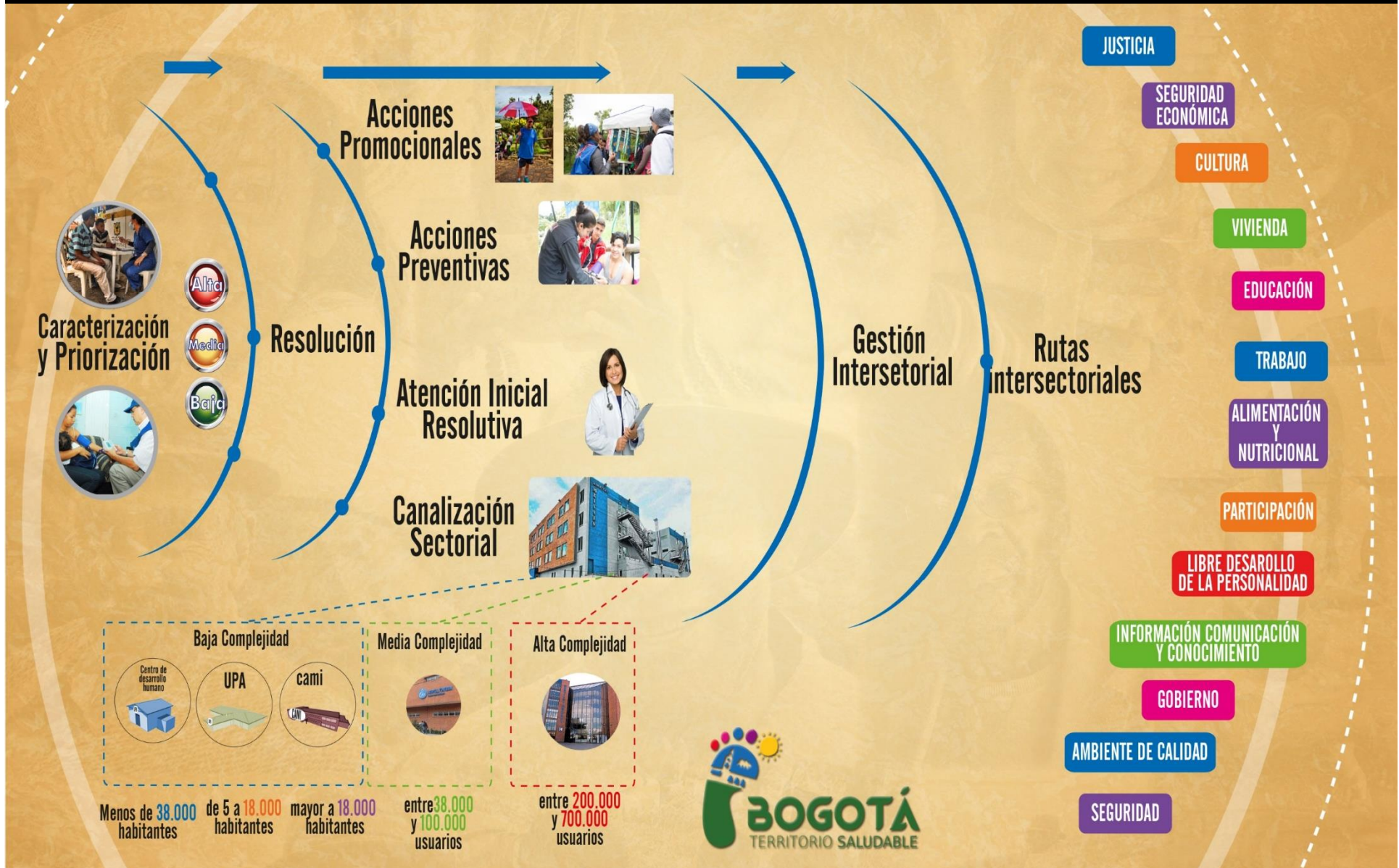
# 2012-2015: "territorios saludables" y transformación de la salud pública



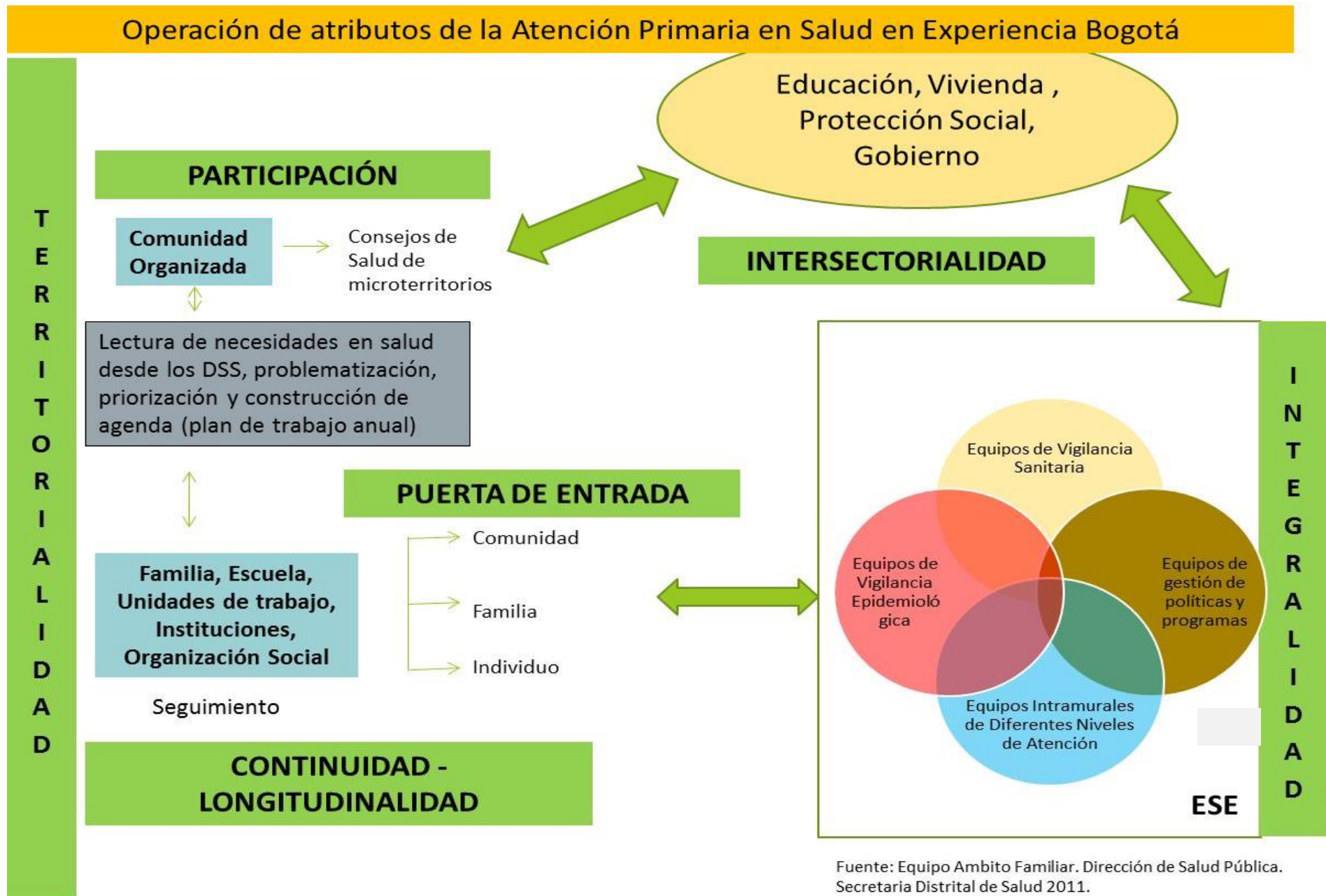
**UNA NUEVA SALUD PUBLICA EN BOGOTA  
LA ACCION EN SALUD EN LOS TERRITORIOS SOCIALES  
A TRAVÉS DE LOS AMBITOS DE VIDA COTIDIANA**



# 2012-2015: Organización de servicios e intersectorialidad



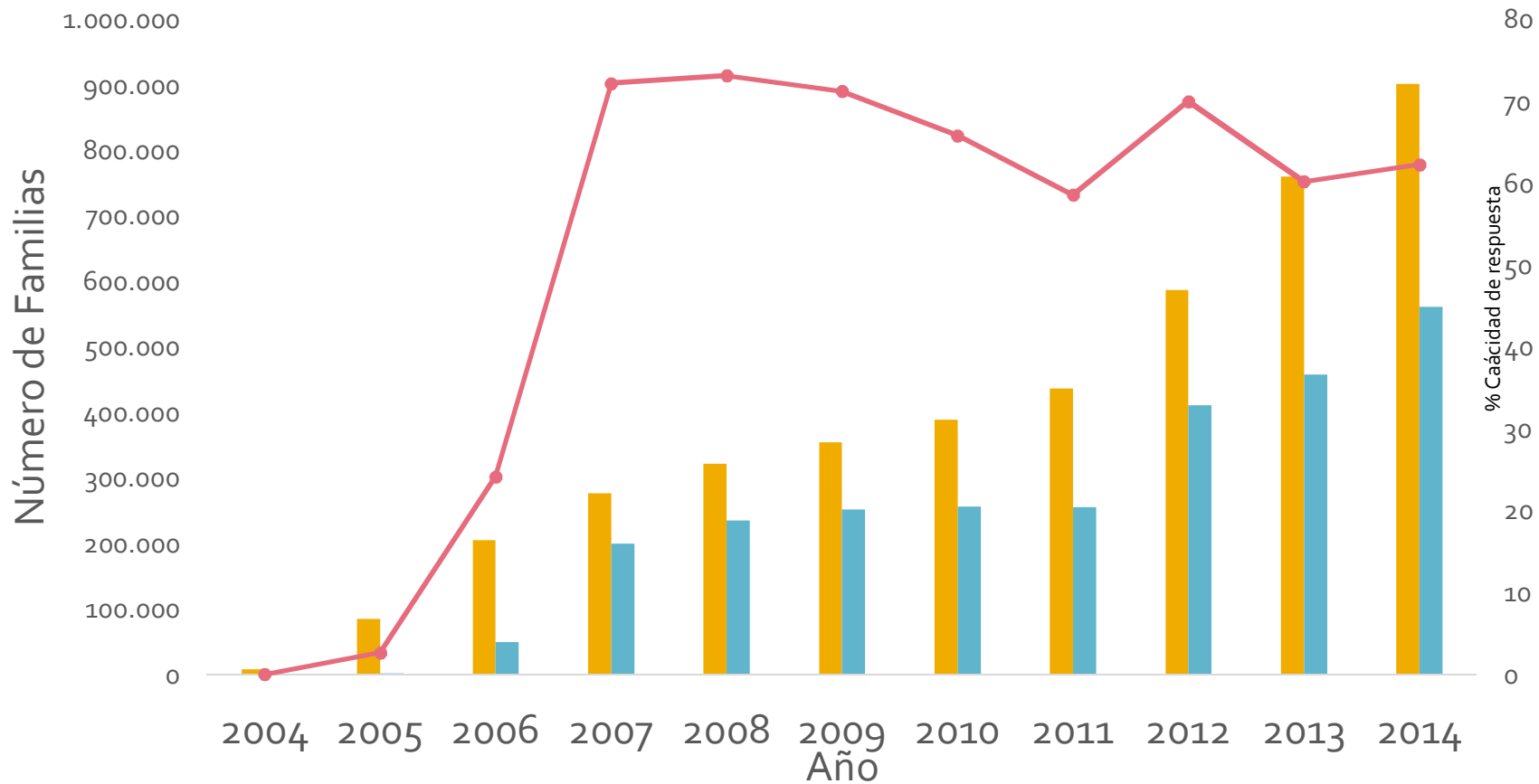
# OPERACIÓN DE LOS ATRIBUTOS DE APS EN BOGOTÁ





## CAPACIDAD DE RESPUESTA A LAS FAMILIAS POR AÑO, 2004 - 2015

■ Familias Activas   
 ■ Familias con seguimiento   
 ● % Capacidad de Respuesta

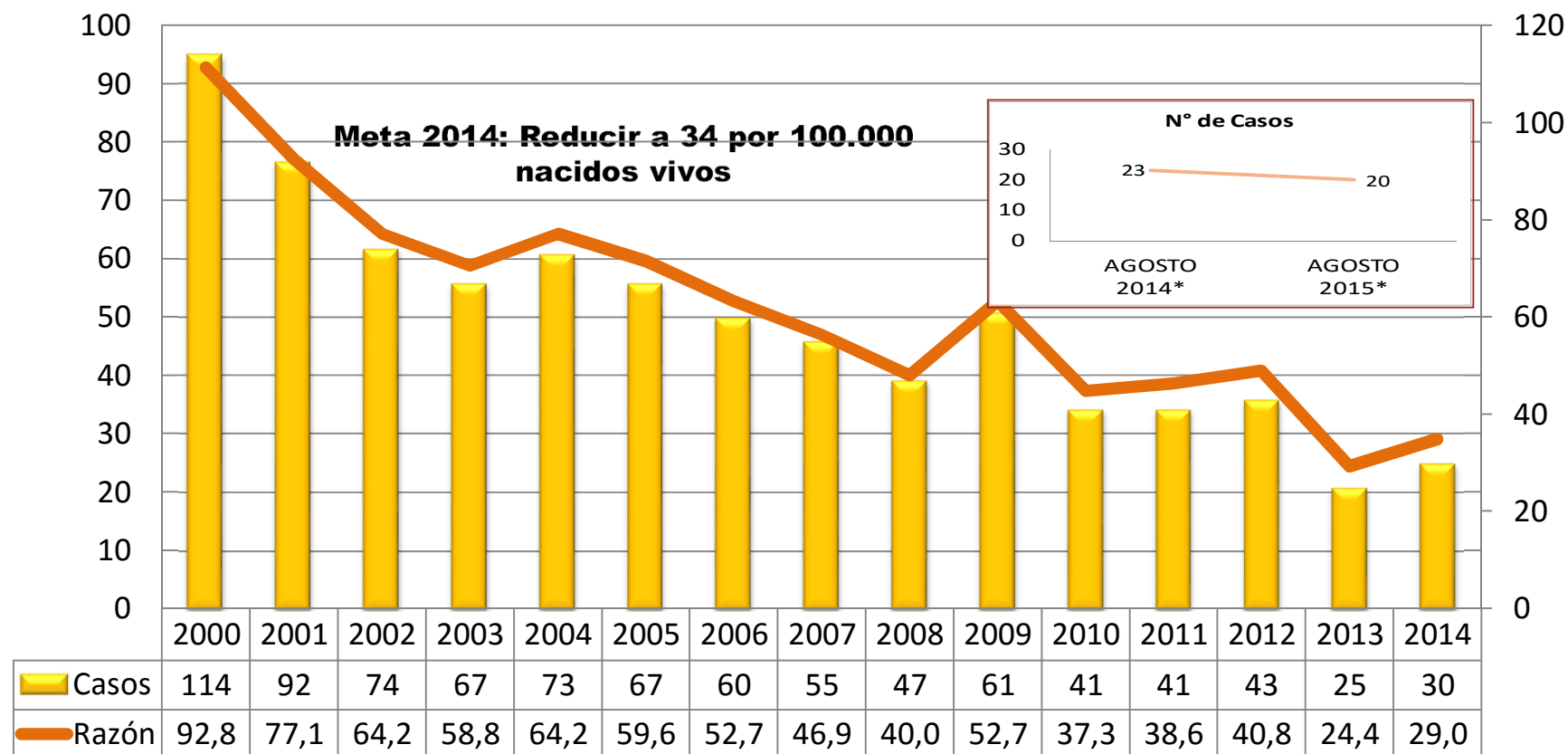


Fuente: SDS – SSSP. APS en línea a 31 de agosto de 2015 (Datos 2004 – 2014 definitivos, 2015 preliminares). Cortes por año a 31 de diciembre. Equipo de gestión de la información, análisis, monitoreo y evaluación de la operación local del Programa Territorios Saludables, C. Naranjo, I. Caro & E. Angulo

# COMPARATIVO COLOMBIA – BOGOTÁ, 2003 – 2011

INDICADOR	2003		2011	
	COLOMBIA	BOGOTÁ	COLOMBIA	BOGOTÁ
Población afiliada a R. Contributivo % (2003 y 2011)	30	43,9	44	73,9
Población afiliada a R. Subsidiado % (2003 y 2011)	26	18,7	47,9	22
Población no asegurada al sistema de salud % (2003 y 2011)	44	37,4	8	4,1
Tasa global de fecundidad (2000-2005/2010-2015)	2,62	2,17	2,35	1,91
Tasa bruta de natalidad (2000-2005/2010-2015)	22,31	20,1	18,89	15,87
Tasa general de fecundidad por 1000 mujeres (2003/ 2010-2015)	78,9	64,9	71,5	56,8
Esperanza de vida al nacer (2000-2005/2010-2015)	72,17	73,23	75,22	78,01
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos	20,4	15,1	12,25	12,1
Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos	104,9	92,2	68,82	38,6

## Meta 2016: Reducir a 31 por 100.000 nacidos vivos la tasa de mortalidad materna a 2016



Fuente: SDS Dirección de Salud Pública - Vigilancia en Salud. Bases de datos SDS-RUAF.2008-2010 Definitivos. 2011\*-2012-2013\* Datos Preliminares Sistema de Estadísticas Vitales SDS

Formato Desarrollado Dirección de Planeación y Sistemas

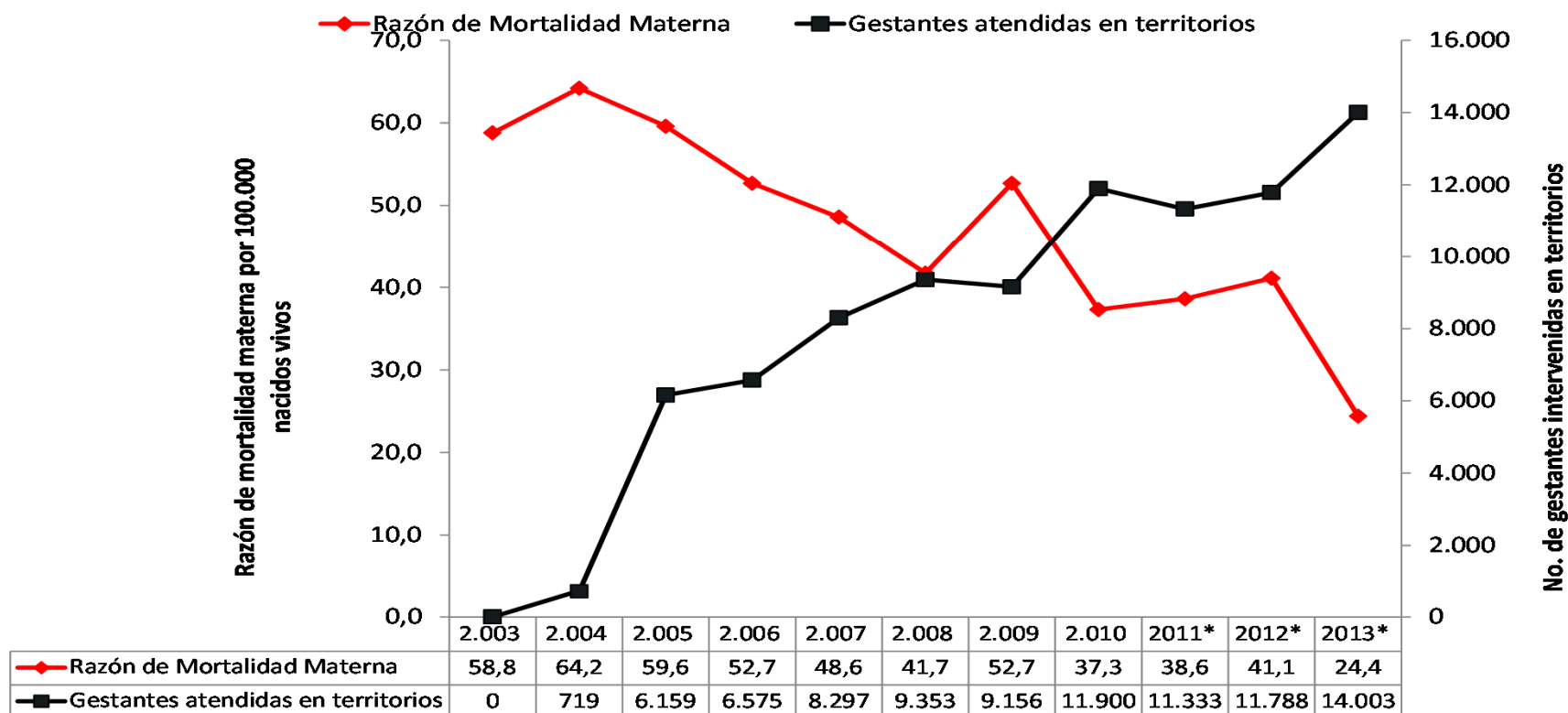
Fecha de Actualización: 2009-2011: 04-03-2013 2012-2013: 25-08-2014. 2014-2015: Ajustado 17-09-2015 ( Corte 11 -09-2015)

Consolidado Grupo de Análisis de Situación de Salud

NOTA: Serie de mortalidades evitables año 2012 actualizada con bases definitivas del DANF Año 2013: mortalidad

# Mayor y mejor atención de gestantes en territorios

## COMPARATIVO RAZON DE MORTALIDAD MATERNA Y GESTANTES ATENDIDAS EN TERRITORIOS, 2003 – 2013



FUENTE 2000-2007 : Certificado de defunción - Bases de datos DANE-Sistema de Estadísticas Vitales SDS -Definitivos;

FUENTE 2008 al 2011 -Bases de datos DANE-RUAF -El año 2010 preliminar actualizado 17-07-2012 y 2011 actualizado 21-10-2013

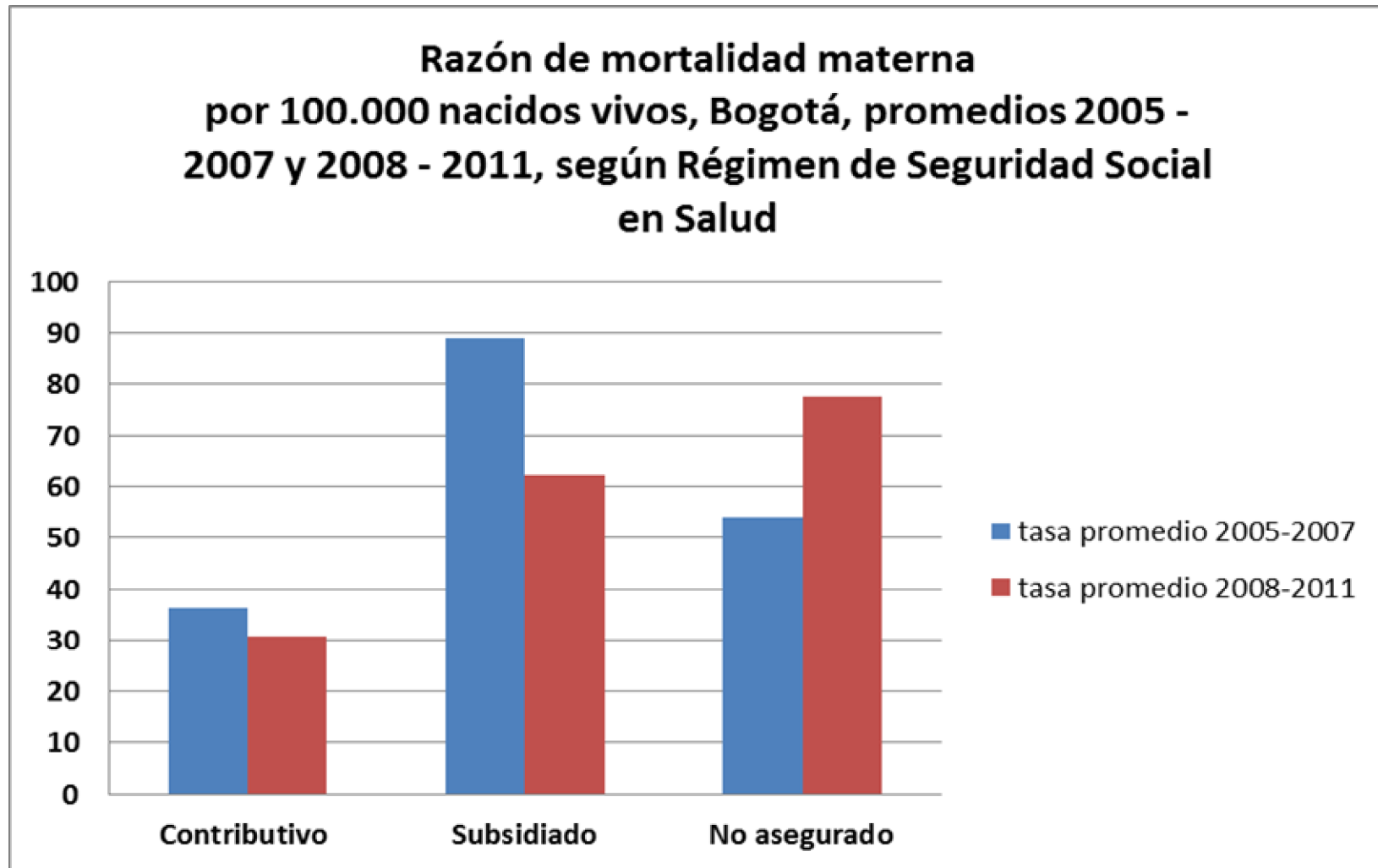
FUENTE 2012 -2013: Bases de datos SDS y RUAF - Actualizado 2012 el 04-03-2013 -Actualizado 2013 13-01-2014.-Preliminares

FUENTE Gestantes en Territorios 2004 – 2013: SDS – APS en Línea. Corte anual al 31 de diciembre. Datos preliminares para año 2013, Actualizado: 31 de Julio de 2014.

Diseño, cálculo y elaboración por: Equipo técnico gestión de la Información, análisis, monitoreo y evaluación de la operación local del Programa Territorios Saludables. Naranjo, Claudia. & Caro, Ivonne. 20 septiembre de 2014.



# Inequidad en mortalidad materna



Fuente: Martínez F, Hernández M (2012) Mortalidad materna e infantil en Bogotá. Seguimiento y análisis de inequidades 2005-2011. En: Restrepo D, Hernández M (Eds.) *Inequidad en salud en Bogotá. Convocatoria para la acción colectiva*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID), Universidad Nacional de Colombia: 287-328.

## El balance: avances y tensiones

- Con desarrollos desiguales entre localidades, disminución de brechas e inequidades en salud e impactos incipientes en salud y calidad de vida.
- Formulación de otras políticas sociales con enfoque promocional de calidad de vida y salud (Ej: infancia y adolescencia, vivienda, ambiente)
- Mayor interacción entre salud y otros sectores hacia integralidad en los territorios.
- Mayor presión y rectoría sobre actores del sistema: prestadores privados, aseguradoras y administradoras del régimen subsidiado

## Las hipótesis explicativas: Las lógicas de la inequidad espacial (segregación)

- La propiedad de la tierra urbana históricamente construida determina la segregación espacial.
- La aplicación de los “estratos” (1-6) ha reproducido y profundizado la segregación.
- El desplazamiento forzado ha generado más y más marginalidad.
- La planificación urbana ha sido mínima.
- Las reglas y decisiones políticas han reproducido la segregación espacial: grandes negocios inmobiliarios, transporte, basuras, servicios públicos, salud, educación (para pobres, medios y ricos).

# Las hipótesis explicativas:

## Las lógicas del poder político urbano

- El concejo de Bogotá expresa los predomios políticos por localidades y partidos en medio de enorme abstención.
- Las instituciones públicas (salud, educación, asistencia social, etc.) y los grandes contratos están atados a la lógica de distribución del poder político en los sectores.
- Existen correas de transmisión sólidas entre el nivel local (JAC-JAL), distrital (Concejo) y nacional (Congreso-Poder ejecutivo) en el interior de los partidos que obstaculizan cualquier gestión “disfuncional” a la lógica del gran negocio.



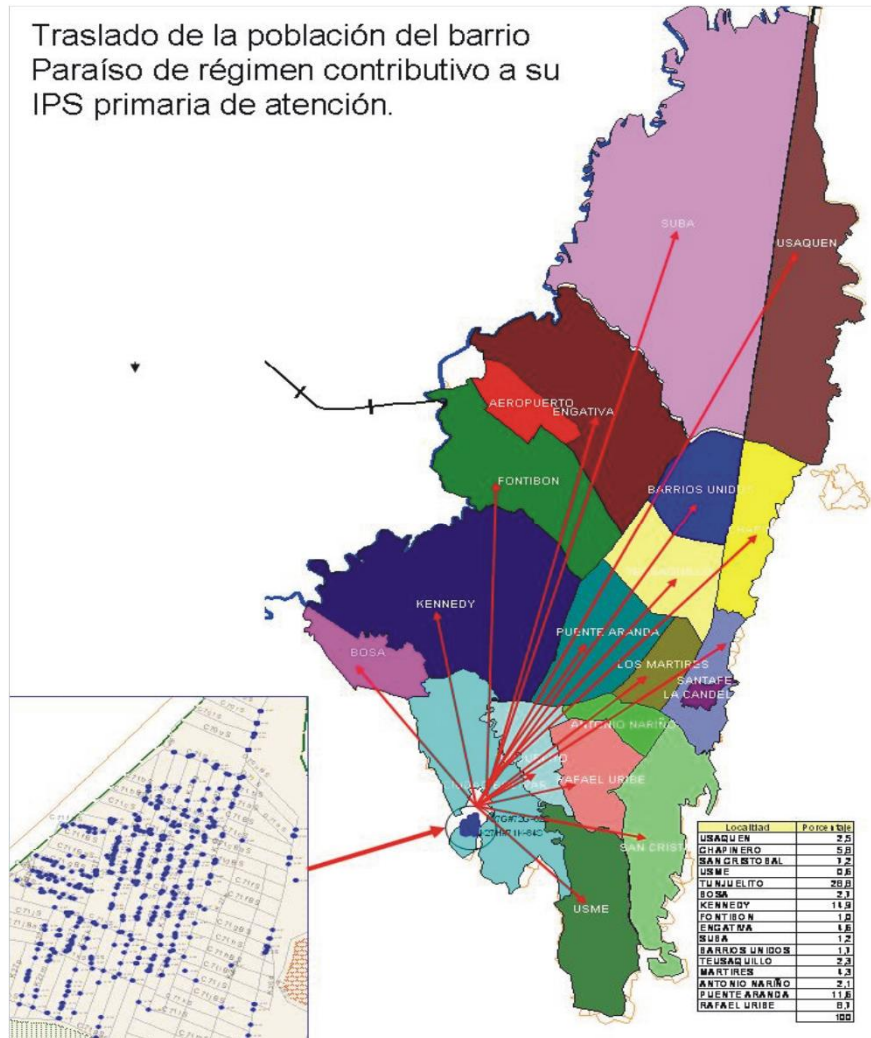
## Las hipótesis explicativas:

### Las lógicas del sistema de aseguramiento en salud

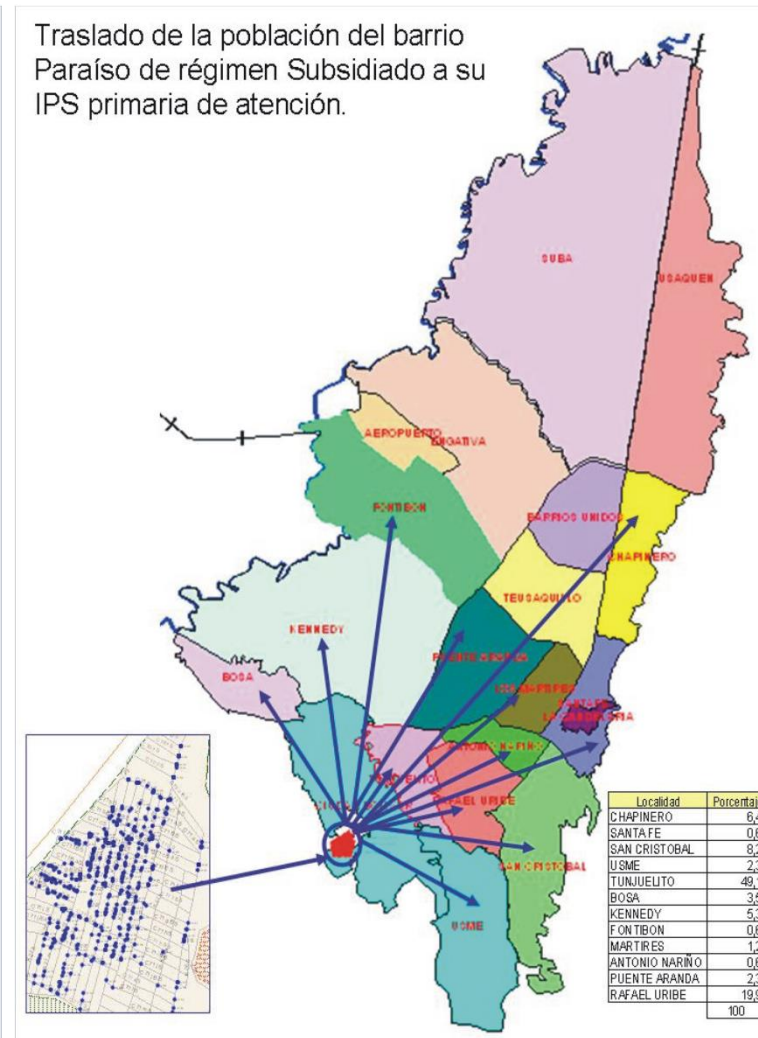
- La separación estructural entre regímenes ata el derecho a la propiedad de las personas y reproduce inequidades en la oportunidad y calidad en el acceso y en los resultados.
- La separación entre aseguramiento a cargo de EPS y “salud pública” a cargo de ET va en contra de la integración poblacional y territorial de las políticas públicas.
- El poder de las EPS es absoluto en el aseguramiento y no permite la más mínima gobernabilidad por parte del ET (¿coordinación?)
- Predomina la rentabilidad de los agentes (EPS y grandes IPS) por encima del derecho a la atención de las personas.
- La participación social ha sido destruida y se pasó a una lucha individual como consumidor para obtener bienes y servicios (tutela).

## Barreras geográficas de acceso en Bogotá

Traslado de la población del barrio Paraíso de régimen contributivo a su IPS primaria de atención.

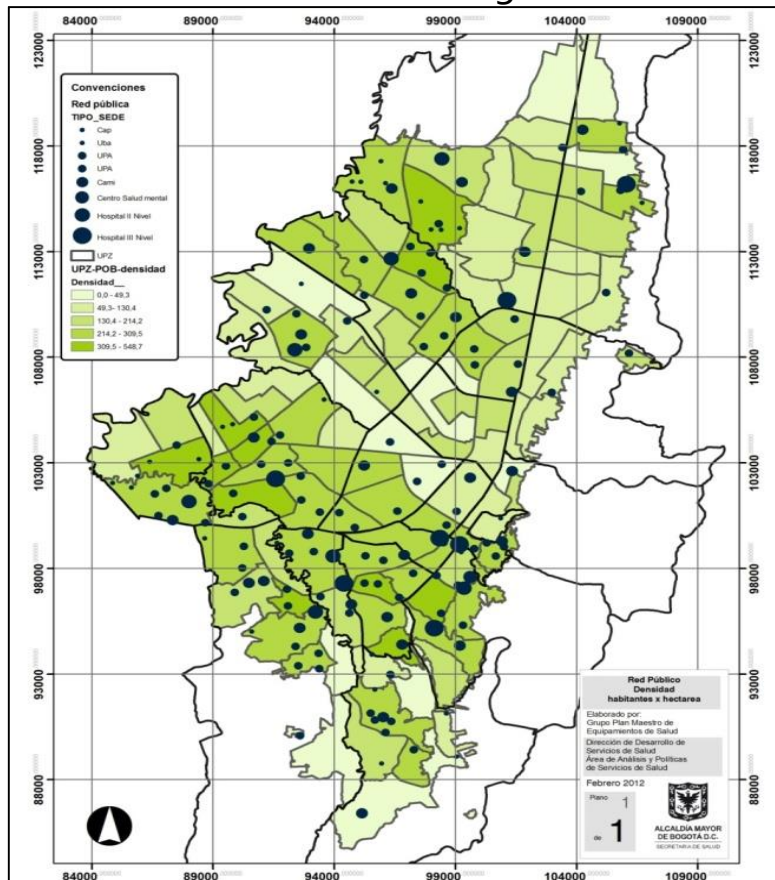


Traslado de la población del barrio Paraíso de régimen Subsidiado a su IPS primaria de atención.

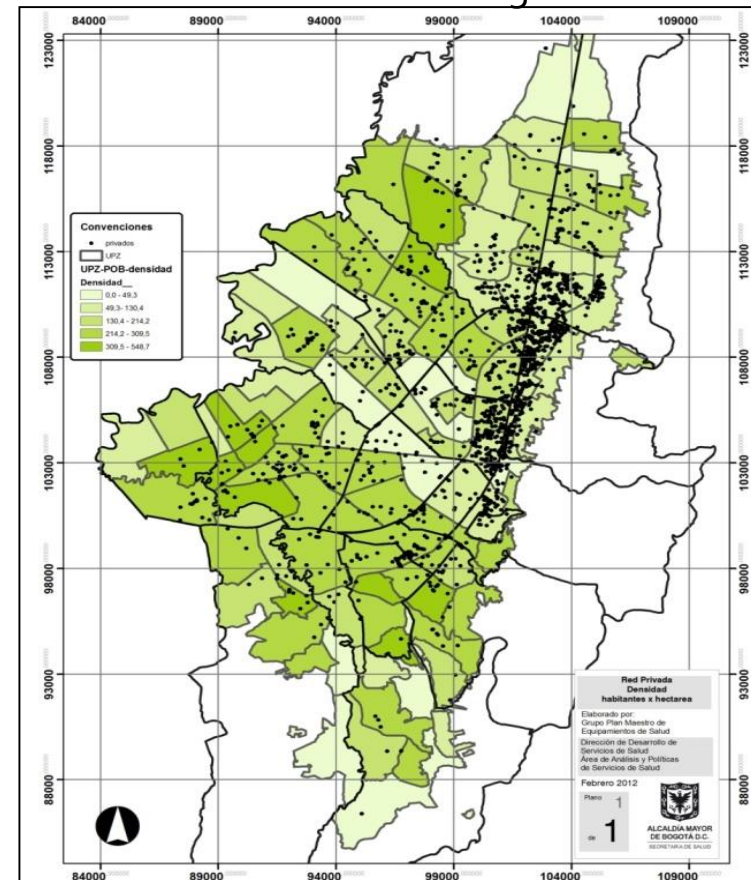


# DISTRIBUCIÓN DE REDES PÚBLICA Y PRIVADA PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Distribución de Instituciones Prestadoras de Salud – Red Pública. Bogotá – 2012



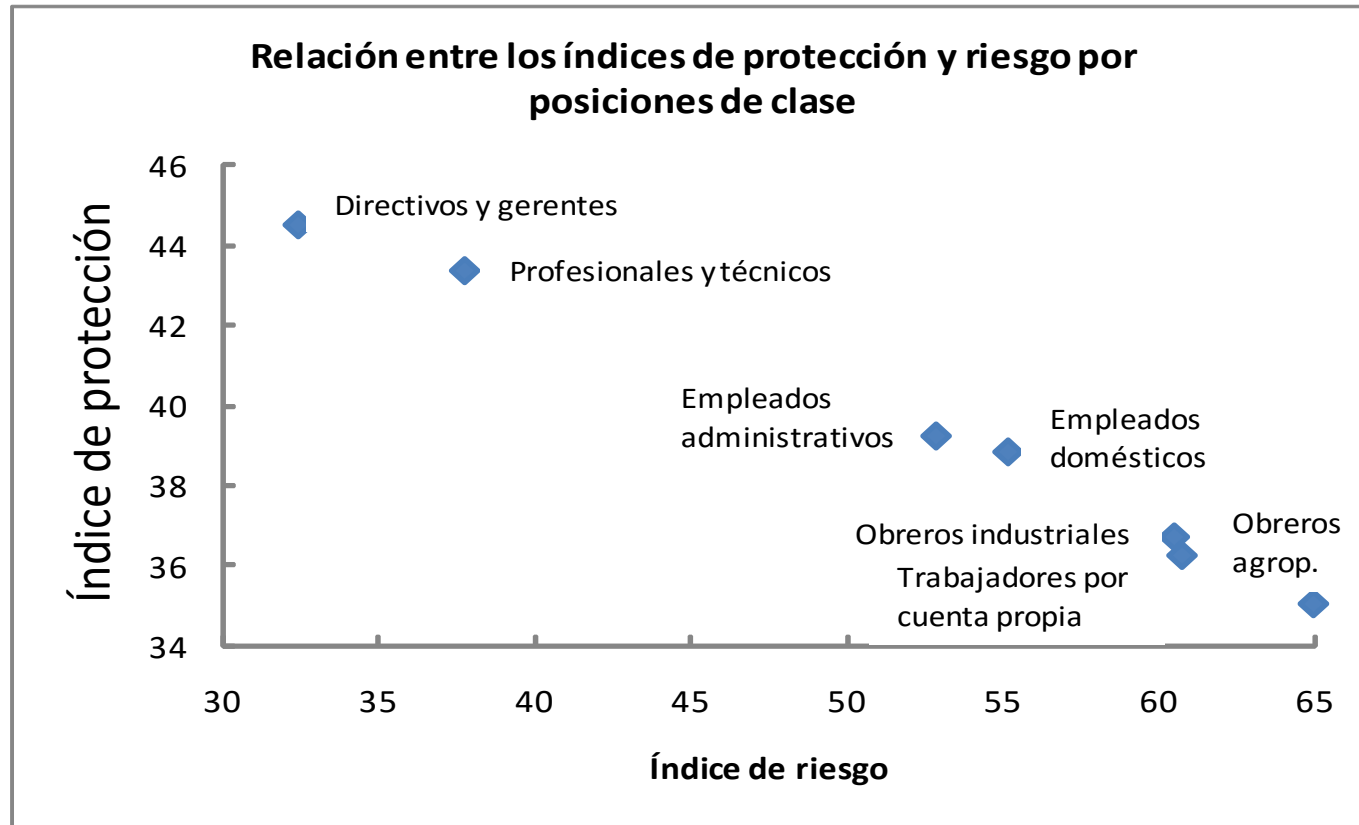
Distribución de Instituciones Prestadoras de Salud – Red Privada. Bogotá - 2012.



## Consecuencias...: reproducción sistemática de la desigualdad

Análisis de la ECV-2007 en Bogotá, desde un enfoque de equidad:

Riesgo y protección por posición social



Fuente: Fresneda, 2009

## Las hipótesis explicativas: Las lógicas de la participación social

- Participación social reducida a instancias marginales (Copacos, juntas directivas, asociaciones de usuarios) en los hospitales públicos (empresas sociales del Estado).
- Predomina la búsqueda individual de garantías (quejas, derechos de petición, tutelas, desacatos, etc.).
- Predomina una perspectiva individualista e insolidaria de los derechos de propiedad y del subsidio (no propiedad).
- Escasa acción colectiva.
- Nula conciencia de derechos de ciudadanía social.

# ¿Hay Alternativas?

- La salud debe articularse a transformaciones estratégicas estructurales.
- Disputa en el ámbito global:
  - Nuevo proyecto civilizatorio solidario, de reconocimiento mutuo y relación sociedad-naturaleza.

# ¿Hay Alternativas?

- La política de salud debe articularse a transformaciones estratégicas estructurales.
- Disputa en el ámbito global:
  - otro proyecto civilizatorio solidario, de reconocimiento mutuo y relación sociedad-naturaleza.
- En el ámbito local-nacional:
  - Comprensión de dinámicas de poder y de lucha desigual por la apropiación y uso de los territorios.
  - Profundización en la comprensión de procesos de producción y reproducción de inequidades.
  - Procesos de democratización profunda y transformación colectiva de las relaciones de poder y de la distribución-redistribución de los medios al alcance de las clases y los grupos sociales en conflicto.
  - Debate público amplio para la transformación de la institucionalidad estatal, tanto en salud en conjunto de protecciones sociales, distribución de la propiedad, fiscalidad y régimen político.



## A manera de conclusión

Las ciudades son territorios sociales en disputa y son buenos escenarios para cambiar la correlación de fuerzas.

Pero se necesita orientación política estratégica, organización y planeación para superar la reacción

# Gracias

mariohernandez62@gmail.com

